МИНИСТЕРСТВО ПРОСВЕЩЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ СОЦИАЛЬНО-
ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

На правах рукописи

Кривченко Елена Александровна

КОММУНИКАТИВНО-ПРАГМАТИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ХУДОЖЕСТВЕННЫХ ТЕКСТОВ НА МЕДИЦИНСКУЮ ТЕМАТИКУ

Специальность 5.9.5. Русский язык. Языки народов России

Диссертация
на соискание ученой степени
кандидата филологических наук

Научный руководитель:
доктор филологических наук,
профессор М.Ф. Шацкая

Волгоград – 2026

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ 4
ГЛАВА 1. ХУДОЖЕСТВЕННЫЙ ТЕКСТ НА МЕДИЦИНСКУЮ ТЕМАТИКУ КАК ОБЪЕКТ КОММУНИКАТИВНО-ПРАГМАТИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ 14
1.1. Медицинский дискурс – один из видов институционального дискурса .. 14
1.2. Медицинский текст как «продукт» медицинского дискурса 38
1.3. Специфика художественных текстов на медицинскую тематику 45
1.4. Коммуникативно-прагматический подход в исследовании художественного текста на медицинскую тематику 51
1.5. Коммуникативные парадигмы врачей и пациентов в художественных текстах на медицинскую тематику 62
1.5.1. Типичное и специфическое в риторике докторов 65
1.5.2. Речевые характеристики пациентов 82
Выводы по главе 1 97
ГЛАВА 2. МЕДИЦИНСКИЙ ДИСКУРС В АСПЕКТЕ ТЕОРИИ И ПРАКТИКИ ПРОДУКТИВНОГО РЕЧЕВОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ 101
2.1. Жанры медицинского дискурса в художественных текстах врачей-писателей 101
2.2. Виды речевого воздействия в коммуникации: тактики и стратегии врача и пациента в медицинском дискурсе 128
2.3. Приёмы убеждения и манипулирования в диалогах врачей и пациентов 148
Выводы по главе 2 177
ГЛАВА 3. НЕГАТИВНАЯ КОММУНИКАЦИЯ В МЕДИЦИНСКОМ ДИСКУРСЕ 179
3.1. Речевая агрессия в медицинском дискурсе 179
3.2. Провокационная речевая стратегия в медицинском дискурсе 197
3.3. Конфликты в медицинской коммуникации и их разрешение 214

Выводы по главе 3 250
ЗАКЛЮЧЕНИЕ 253
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ 258
СПИСОК СЛОВАРЕЙ 286
СПИСОК ИСТОЧНИКОВ 288

ВВЕДЕНИЕ

Лингвоинтенсивность профессии врача определяет целеполагание его коммуникации – лечение прежде всего словом: доктор должен убедить больного следовать намеченному лечению, принять быстрое решение и немедленно начать операцию и пр. В связи с этим медицинский работник должен не только обладать знаниями в области медицины, но и быть хорошим психологом, ритором. Однако общение врача не ограничивается только пациентами, взаимодействие также осуществляется и с коллегами-докторами. Все это коммуникативное пространство охватывает медицинский дискурс, понимаемый в широком смысле как всякое общение по поводу здоровья и связанных с ним проблемами (см.: [Шмелева, 2025, с. 25]). Кроме того, «важность адекватной коммуникации медика и пациента сегодня признается всеми – руководителями департаментов здравоохранения, врачами, педагогами» [Барабаш, Брусенская, Куликова, 2026, с. 58].

Актуальность исследования обусловлена: а) недостаточной разработанностью в современной лингвистике вопросов, связанных с определением специфики отражения медицинского дискурса в художественных текстах на соответствующую тематику; б) отсутствием специальных исследований, комплексно анализирующих художественный текст на медицинскую тематику с позиций коммуникативно-прагматического подхода; в) нерешенностью проблем, рассматривающих применительно к художественному тексту на медицинскую тематику его риторические составляющие (языковые средства формирования речевого воздействия – убеждения и манипулирования), а также негативные коммуникативные явления (речевую агрессию, конфликтные ситуации); г) развитием в современной лингвистике интереса к междисциплинарным и межотраслевым исследованиям, служащим повышению коммуникативной компетенции медицинских работников. Кроме того, в настоящее время «... актуально воссоздание целостной истории “медицинского текста” и выстраивание

картины “поэтики медицины” в литературе, направленные на то, чтобы проследить внутренние связи медицины и литературы, что важно для современного российского общества» [Барабаш, Брусенская, Куликова, 2026, с. 46].

Объектом исследования является медицинский дискурс, представленный в художественных текстах на медицинскую тематику.

Предмет исследования: специфика экспликации различных видов речевого воздействия в продуктивной и агрессивной коммуникации врачей-коллег и врачей и пациентов.

Цель работы – провести коммуникативно-прагматический анализ художественных текстов на медицинскую тематику для выявления механизмов создания речевого воздействия, описания языковых средств формирования тактических приемов в ходе реализации определенных стратегий для продуктивной коммуникации, а также определения причин возникновения речевой агрессии, провокативной стратегии и конфликта, средств их лингвальной объективации.

Для достижения поставленной цели были выдвинуты следующие **задачи** исследования:

1) представить объем понятий *дискурс, медицинский дискурс, медицинский текст, художественный текст на медицинскую тематику*;

2) определить особенности медицинского дискурса и медицинского текста как «продукта» медицинского дискурса;

3) выявить специфику художественных текстов на медицинскую тематику и представить особенности коммуникативно-прагматического подхода как одного из направлений исследования художественного текста на медицинскую тематику;

4) представить понятие *речевой жанр* и проанализировать основные жанры медицинского дискурса, функционирующие в художественных текстах;

5) охарактеризовать виды речевого воздействия в медицинской коммуникации и отражение их в художественном тексте (приемы убеждения и манипулирования в диалогах между врачами и в ходе общения врача и пациента), а также описать типичное и специфическое в медицинской риторике;

6) выявить в художественных текстах на медицинскую тематику ситуации, в которых проявляется речевая агрессия, возникает провокационная речь и происходит конфликт, и провести их лингвальный анализ.

Для реализации поставленных задач использовались следующие **методы и приемы**:

1) описательный метод, включающий приемы наблюдения, сопоставления, обобщения, типологизации анализируемого материала, его количественной репрезентации;

2) метод контекстуального анализа, позволяющий выявить смысловые приращения лексем в особом контекстуальном окружении и происходящие при этом семантико-синтаксические трансформации;

3) метод сравнительного анализа (сопоставление нескольких явлений по определенным критериям);

4) метод компонентного анализа, способствующий осмыслению актуализации в контексте определенных сем в значениях слов и специфики формирования синтаксем;

5) лингвопрагматический анализ, предусматривающий исследование функционирования языковых знаков в речи с учетом адресанта (субъекта), адресата (получателя сообщения), их взаимодействия в акте коммуникации.

В качестве **источников** исследования нами избраны художественные тексты таких авторов, как А.П. Чехов («Палата №6», рассказы), М.А. Булгаков («Записки юного врача», «Собачье сердце»), В.П. Аксёнов («Апельсины из Марокко»), В.В. Вересаев («Записки врача»), А.И. Егин («Повести о совести»), М. Малявин («Записки психиатра»), Д.А. Правдин

(«Записки районного хирурга»), Т.Ю. Соломатина («Акушер-ХА»), Ф.Г. Углов («Сердце хирурга»), которые свой писательский опыт основывали на профессиональной медицинской деятельности. **Материалом** для анализа послужила авторская картотека, которая собрана методом сплошной выборки (584 контекста) и содержит фрагменты из художественных произведений, заключающие в себе ситуации общения между врачами, а также врачами и пациентами.

Теоретическую базу исследования составляют следующие научные работы:

– вопросами изучения понятия *дискурс*, его элементов, основ, а также типологии занимались такие ученые, как Н.Ф. Алефиренко [Алефиренко, 2013], Н.Д. Арутюнова [Арутюнова, 1990], В.Г. Борботько [Борботько, 1998], А.Э. Гатина [Гатина, 2017], В.В. Жура [Жура, 2007], В.И. Карасик [Карасик, 2004], Н.Н. Кошкарова [Кошкарова, 2021], Е.С. Кубрякова [Кубрякова, 2000], М.Л. Макаров [Макаров, 2003], Т.М. Николаева [Николаева, 1978], Ю.С. Степанов [Степанов, 1996], В.Е. Чернявская [Чернявская, 2009], М. Фуко [Фуко, 2006], T.A. Dijk [Dijk, 1989) Harris Z. [Harris, 1952], R. Wodak [Wodak, 2008] и др.;

– медицинский дискурс представлен в трудах М.И. Барсуковой [Барсукова, 2007], Л.С. Бейлинсон [Бейлинсон, 2001], Н.В. Гончаренко [Гончаренко, 2015], В.В. Журы [Жура, 2007], В.И. Карасика [Карасик, 2002], М.Б. Ковалёвой [Ковалёва, 2014], Л.А. Линник [Линник, 2022], Ж.Н. Макушевой [Макушева, 2014] и др.;

– изучением жанровой специфики различных видов дискурса, включая медицинский, занимались Л.С. Бейлинсон [Бейлинсон, 2001], Н.В. Гончаренко [Гончаренко, 2007], А.А. Календр [Календр, 2017], Т.Г. Карымшакова [Карымшакова, 2015] и др.;

– теория речевого воздействия рассматривается в работах С.Ю. Головина [Головин, 2003], О.С Иссерс [Иссерс, 2009], В.Н. Панкратова

[Панкратов, 2001], Л.Л. Фёдоровой [Фёдорова, 1991], Е.В. Шелестюк [Шелестюк, 2015] и др.;

– приемы убеждения и манипулирования изучались Е.Л. Доценко [Доценко, 2000], Л.Ю. Ивановым [Иванов, 2004], Г.А. Копниной [Копнина, 2012], Э.Г. Куликовой [Куликова, 2017], В.П. Москвиным [Москвин, 2019], А.В. Шиповой [Шипова, 2007] и др.;

– речевая агрессия и конфликт в коммуникации анализировались в научных трудах А.В. Батаршева [Батаршев, 2005], Т.А. Воронцовой [Воронцова, 2006], Е.Н. Егоровой [Егорова, 2015], Л.М. Закоян [Закоян, 2008], О.А. Михайловой, Ю.Н. Михайловой, И.В. Шалиной [Михайлова, 2022], К.Ф. Седова [Седов, 2003, 2005], Ю.В. Щербининой [Щербинина, 2008, 2012] и др.;

– провокация изучалась в работах О.С. Волковой [Волкова, 2014], О.С. Иссерс [Иссерс, 2009], Е.Ю. Ионкиной [Ионкина, 2021], Н.Н. Кошкаровой [Кошкарова, 2021], В.Н. Степанова [Степанов, 2005, 2008], С.В. Тумского [Тумский, 2018], Т.Н. Шеметовой [Шеметова, 2014], А.А. Штебы [Штеба, 2017], Г.К. Эзри [Эзри, 2023] и др.;

– проблемы лингвистической конфликтологии представлены в трудах Н.Г. Комлева [Комлев, 1978], И.А. Коха [Кох, 2015], Н.Н. Кошкаровой [Кошкарова, 2021], О.А. Михайловой [Михайлова, 2021], Е.А. Пономаренко [Пономаренко, 2023], Г.Г. Почепцова [Почепцов, 2002], Е.С. Третьяковой [Третьякова, 2003, 2004, 2013], К.Ф. Седова [Седов, 2003, 2004, 2005] и др.

Научная новизна работы заключается в следующем:

1) впервые проводится системный коммуникативно-прагматический анализ (с точки зрения отражения продуктивной и негативной коммуникации) художественных произведений писателей-врачей Д.А. Правдина, В.П. Аксенова, М. Малявина и А.И. Егина, проза которых не была исследована ранее и посвящена медицинской тематике; особенностью этих текстов стало то, что они созданы на основе личного профессионального опыта в общении с пациентами и коллегами, что дает возможность

формирования более реалистичной картины коммуникации, отражает ее типичные проблемы и обрисовывает пути разрешения сложных ситуаций;

2) рассматриваются жанры медицинского дискурса (убеждение, разъяснение, просьба, упрек, жалоба и др.) в плане их экспликации в прозе практикующих писателей-врачей по таким параметрам, как коммуникативная цель и ее языковое воплощение, виды коммуникантов (врач, пациент, родственники), языковые средства, маркирующие тот или иной жанр;

3) констатируются тактики и стратегии, приводящие к успеху или провалу в общении в ходе речевого воздействия на коммуниканта (например, стимул корысти, стимул страха); выявлены частотные способы речевого воздействия: убеждение (со стороны докторов) и уговаривание (свойственно пациентам);

4) определяется специфика аргументации и манипулирования, отраженная в художественной прозе: выявлены наиболее частотные аргументы в диалогах между врачом и пациентами, применяемые медиком с учетом фактора уместности и объединенные одной интенцией (вытеснить сомнения пациентов по отношению к методам лечения); наиболее эффективны аргументы к вере, к страху, также отмечены аргументы к авторитету, к невежеству и к традиции;

5) исследованы такие типы речевой агрессии, как активная прямая агрессия, пассивная непрямая агрессия, имплицитная агрессия, в результате чего определены основные стратегии адресантов (уклонение и сотрудничество), а также выявлены причины возникновения речевой агрессии; названы экстра- и интралингвальные средства передачи речевой агрессии со стороны как врачей, так и пациентов, отраженные на страницах художественной прозы;

6) представлены языковые средства, формирующие преднамеренную или непреднамеренную провокативную речь и приемы защиты от нее; рассмотрены основные типы конфликтов (социальный / личностный, ресурсный, статусно-ролевой, конфликт из-за идей, норм и принципов),

представленные в художественных текстах на медицинскую тематику и свойственные медицинскому дискурсу, этапы протекания этих негативных ситуаций и ведущие стратегии (соперничество, уклонение).

Теоретическое значение исследования определяется тем, что полученные результаты вносят определенный вклад в разработку теоретических основ коммуникативно-прагматического анализа медицинского текста через описание коммуникативно-прагматических механизмов текстопорождения, установление взаимосвязи наиболее частотных аргументов с поставленной врачом целью – восстановление здоровья пациента. В рамках избранного подхода определяются особенности художественного текста на медицинскую тематику как одного из видов текстов, в котором представлен медицинский дискурс, отражающий в речи профессионалов используемые приемы, методы и средства убеждения, манипулирования, а также обусловленные негативным характером коммуникативных ситуаций различные виды речевой агрессии.

Практическая значимость работы представляется нам в дальнейшей возможности обогащения теории и практики вузовского преподавания, в использовании полученных результатов в курсах общего языкознания, лингвистики текста; в спецкурсах, посвященных исследованию проблем медицинского текста в коммуникативно-прагматическом аспекте; при подготовке учебных пособий; в теории и практике изучения языка специальности студентами медицинских вузов.

Положения, выносимые на защиту:

1. Врач в ходе общения с пациентом учитывает специфику состояния человека с помощью беседы (в нейтральной форме), старается отстоять свои доводы, ведя продуктивный диалог. С этой целью доктор может использовать диминутивы, уменьшительно-ласкательные слова, в исключительных случаях – «ты»-общение, лишенное негативной, грубо-фамильярной составляющей. Риторические и прагмалингвистические характеристики речи всех врачей схожи (основные виды речевого воздействия относятся к

волеизъявительному и информационно-разъяснительному типам), однако у представителей отдельных специальностей (хирурга, гинеколога и психиатра) есть своя специфика, отраженная в их коммуникации на страницах художественной прозы. Речь пациентов содержит в себе императивность, проявляющуюся в требовательности, использовании инвективы, угрозы, жалобы и пр., подмене или искажении информативной составляющей высказываний и частом употреблении фамильярно-разговорного типа общения.

2. Жанровое разнообразие в текстах на медицинскую тематику отражает специфику работы врача, что проявляется прежде всего в убеждениях и разъяснениях, а также нетипичном для институционального дискурса жанре «разговор по душам». Пациенты прибегают к жанрам оправдания, инвективы, упрека и просьбы. Каждому из жанров присущ набор не только типичных языковых средств, но и нетривиальных (фамильярные фразы, ирония).

Аргументация согласовывается с интенцией адресанта, психологической характеристикой адресата и спецификой речевой ситуации. Врач, преследуя целью продуктивное общение, в разговоре с пациентами прибегает к аргументу к вере (на пути выздоровления), аргументу к страху (представление возможного неблагоприятного исхода лечения или его намеренного отсутствия со стороны пациента), аргумента к авторитету (для формирования доверия). В ситуациях общения между коллегами-медиками действенными являются аргументы к страху и к вере.

3. Деструктивная коммуникация в медицинском дискурсе на страницах художественной прозы представлена активной прямой и пассивной непрямой речевой агрессией, в которой находят отражение стратегии уклонения и сотрудничества. Факторами-мотиваторами для начала негативной коммуникации являются отрицательная эмоциональная реакция на адресата, вербализация последним негативных эмоций; средствами передачи речевой агрессии – экстралингвальные (пресуппозиции, ряд разнообразных

предварительных условий) и интралингвальные, маркирующие речь инициатора агрессии или адресата агрессии. При этом прямые речевые акты характерны как для врачей, так и для пациентов, косвенные речевые чаще отмечаются в речи пациентов.

4. Провокативная речь в рамках общения между врачами и пациентами отмечается среди последних и характеризуется использованием разговорно-просторечной, бранной лексики и жаргона, демонстрацией фамильярного отношения к медицинскому персоналу, что маркируется средствами экспрессивного синтаксиса. Мишенями манипулирования становятся чувства и морально-нравственные качества человека, однако медицинские сотрудники показывают высокий уровень профессиональной речевой компетенции, что нейтрализует негативную коммуникацию. Провокация в речи докторов с пациентами и коллегами преследует одну из продуктивных целей – либо побудить больных серьезно заняться здоровьем и следовать избранному плану лечения, либо преподать урок начинающим специалистам-медикам.

Конфликты в медицинской сфере представлены чаще всего социальным / личностным, ресурсным, статусно-ролевым типами, а также конфликтом из-за идей, норм и принципов и носят в подавляющем большинстве деструктивный характер. Высокий социальный статус одного из коммуникантов позволяет ему использовать исключительно стратегию соперничества, адресат же вынужден прибегать к стратегии уклонения.

Оценка достоверности результатов исследования показала: использованные методы и приемы в полной мере обеспечивают достижение поставленной цели и решение исследовательских задач. Теоретические и практические выводы сделаны на основе теоретической и методологической базы, не противоречат им. Полученные результаты аргументированы и отражены в научных публикациях.

Апробация результатов исследования. Основные результаты работы, обсуждаемые на заседаниях кафедры русского языка и методики его

преподавания Волгоградского государственного социально-педагогического университета, были представлены на конференциях различного уровня: VI Международная конференция «Сталинградская гвоздика» (Волгоград, 2023); I Международная научно-практическая конференция «Теория и практика коммуникации» (Тирасполь, 2023); Десятая международная научная конференция «Восток-Запад: антропологическое пространство в литературе и фольклоре» (Волгоград, 2023); XXIX Региональная конференция молодых ученых и исследователей Волгоградской области (Волгоград, 2024); Международная научно-практическая конференция «XXV Кирилло-Мефодиевские чтения» (Москва, 2024); Одиннадцатая международная научная конференция «Экология природы и экология души в литературе и фольклоре» (Волгоград, 2024); XVIII Международная научно-практическая конференция «Сталинградская гвоздика» (Волгоград, 2025); XIX Международная научно-практическая конференция преподавателей, аспирантов, магистрантов, студентов «Идеи. Поиски. Решения» (Минск, 2025); Международная научная конференция «Четвертые Фортунатовские чтения в Карелии» (Петрозаводск, 2025); X Международная научно-практическая конференция «Сталинградская гвоздика», посвященная 225-летию со дня рождения В.И. Даля и 200-летию со дня рождения М.Е Салтыкова-Щедрина (Волгоград, 2026).

Основные положения диссертации отражены в 8 статьях (общий объем 4,2 п. л.), из них 3 – изданиях, рекомендованных ВАК при Минобрнауки РФ.

Объем и структура работы. Диссертационное исследование (общий объем 289 с.) содержит введение, три главы, заключение, список использованной литературы (242 наименования), список использованных словарей и справочников (24 позиции), список источников фактического материала (12 наименований). Текст работы включает 1 схему.

ГЛАВА 1. ХУДОЖЕСТВЕННЫЙ ТЕКСТ НА МЕДИЦИНСКУЮ ТЕМАТИКУ КАК ОБЪЕКТ КОММУНИКАТИВНО-ПРАГМАТИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

1.1. Медицинский дискурс – один из видов институционального дискурса

Анализ способов и механизмов создания текста подразумевает необходимость рассмотрения вопросов, связанных с характеристиками избранного для исследования дискурса, что позволит определить его специфику.

Н.В. Ефремова отмечает, что «понимание работы механизмов текстообразования связано с анализом дискурса, дискурсивной деятельности ученого, в процессе которой рождается, формируется текст» [Ефремова, 2017, с. 19]. Хотя вопросы дискурса активно разрабатываются как отечественными (Н.Ф. Алефиренко [Алефиренко, 2013], Н.Д. Арутюновой [Арутюнова, 1990], В.Г. Борботько [Борботько, 1998], А.Э. Гатиной [Гатина, 2017], В.В. Журой [Жура, 2007], В.И. Карасиком [Карасик, 2004], Н.Н. Кошаровой [Кошкарова, 2021], Е.С. Кубряковой [Кубрякова, 2000], М.Л. Макаровым [Макаров, 2003], Т.М. Николаевой [Николаева, 1978], Ю.С. Степановым [Степанов, 1996], В.Е. Чернявской [Чернявская, 2009] и др.), так и зарубежными учеными (М. Фуко [Фуко, 2006], T.A. Dijk [Dijk, 1989) Harris Z. [Harris, 1952], R. Wodak [Wodak, 2008] и др.), данное понятие не имеет общепринятого определения в науке. Более того, В.И. Карасик отмечает, что дефиниция дискурса столь широка, что он стал «шире понятия “язык”» [Карасик, 2004, с. 189].

Многозначность термина *дискурс* повлекла за собой разносторонность его описания и определения. Такие исследователи, как А.А. Кибрик и В.А. Плунгян, подчеркивают широту понятия *дискурс*, представляющего собой «одновременно и процесс языковой деятельности, и ее результат (= текст)» [Кибрик, Плунгян, 1997, с. 307]. Подробно представляя эту проблематику, А.Е. Осипчук отмечает, что распространение термина

«дискурс» и в целом появление его в качестве одной из ключевых категорий научного анализа и предмета междисциплинарных исследований связывают, как правило, с работой бельгийского лингвиста Э. Бюиссанса. А.Е. Осипчук соотносит работы Ф. де Соссюра, противопоставлявшего язык и речь, и Э. Бюиссанса, который между языком и речью добавляет «... новый член – discours, – понимая его как комбинации, посредством реализации которых говорящий использует код языка (langue). Речь – parole – является механизмом осуществления этих комбинаций. Так, дискурс, по Э. Бюиссансу, – это конкретная реализация языкового кода в речи» [Осипчук, 2022, с. 17].

Н.Н. Кошкарова в своей монографии тоже рассуждает о происхождении термина *дискурс*, рассматривает его в разных аспектах, дает краткую историю его возникновения. Так, она пишет: «Термин дискурс ввел в обиход Ю. Хабермас для обозначения вида речевой коммуникации, предполагающей рациональное критическое рассмотрение ценностей, норм и правил социальной жизни» [Кошкарова, 2021, с. 22]. Отметим, что исследователь представляет данное понятие в рамках коммуникативно-прагматического подхода, что созвучно с темой нашей диссертации, поэтому основополагающим для нас является учет общественных и экстралингвистических условий при оценке контекстов, что согласуется с дефиницией, которую предложила Н.Н. Кошкарова: «... дискурс в любой его разновидности рассматривается не просто как последовательность единиц разного уровня, но как процесс и результат взаимодействия языковых форм и значений с системой социально и культурно обусловленных значений в условиях межличностной интеракции в рамках широкого социального контекста» [Кошкарова, 2021, с. 26].

М.Л. Макаров выделяет несколько подходов к изучению понятия *дискурс*: «... первый подход, осуществляемый с позиций формально или структурно ориентированной лингвистики, определяет дискурс просто как “... язык выше уровня предложения или словосочетания”» [Макаров, 2003,

с. 56]. Второй подход «... дает функциональное определение дискурса как всякого “употребления”» [Макаров, 2003, с. 57]. Опираясь на труды Д. Шифрин, М.Л. Макаров упоминает третий подход к определению дискурса, когда учитывается «... взаимодействие формы и функции языка» [Макаров, 2003, с. 57]. Ученый дает свой комментарий к этому тезису: «это определение подразумевает, что дискурс является не примитивным набором изолированных единиц языковой структуры «больше предложения», а целостной совокупностью функционально организованных, контекстуализованных единиц употребления языка» [Макаров, 2003, с. 57].

В «Словарике терминов лингвистики текста» Т.М. Николаева лаконично представила семантическую парадигму понятия *дискурс* – это «многозначный термин лингвистики текста, употребляемый рядом авторов в значениях, почти омонимичных. Важнейшие из них: 1) связный текст; 2) устно-разговорная форма текста; 3) диалог; 4) группа высказываний, связанных между собой по смыслу; 5) речевое произведение как данность – письменная или устная» [Николаева, 1978, с. 467].

В.И. Карасик, рассматривая понятие *дискурс* с разных позиций, пишет: «Дискурс представляет собой явление промежуточного порядка между речью, общением, языковым поведением, с одной стороны, и фиксируемым текстом, остающимся в «сухом остатке» общения, с другой стороны. С позиций лингвофилософии дискурс – это конкретизация речи в различных модусах человеческого существования, поэтому правомерно, например, выделение делового (утилитарного) и игрового регистров дискурса; назначение первого – ориентировать человека в реальном мире; здесь важны цель и истина для адекватного представления образа реальности и полезного, эффективного действования в ней; назначение второго – освобождение человека от детерминизма природы и себе подобных, речевое лицедейство, опрокидывание устоявшихся стереотипов восприятия и поведения. С позиций лингвистики речи дискурс – это процесс живого вербализуемого общения, характеризующийся множеством отклонений от канонической

письменной речи, отсюда внимание к степени спонтанности, завершенности, тематической связности, понятности разговора для других людей» [Карасик, 2004, с. 192–193].

Несмотря на различные подходы к пониманию дискурса, ситуативный является наиболее принятым. Так, А.Е. Осипчук пишет, что данный подход «указывает на социолингвистическую природу дискурса как процесса, отличая его от текста как результата этого процесса» [Осипчук, 2022, с. 18]. В.И. Карасик отмечает, что «ситуативная интерпретация дискурса – это учет социально-, психологически- и культурно- значимых условий и обстоятельств общения, т. е. поле прагмалингвистического исследования» [Карасик, 2004, с. 190]. Опираясь на труды М.Л. Макарова, В.И. Карасик говорит, что «закономерно поэтому обращение к дискурсу со стороны многих ученых, разрабатывающих теорию речевых актов, логическую прагматику общения, конверсационный анализ, анализ диалога, лингвистический анализ текста, критический анализ дискурса, проблемы социолингвистики и этнографии коммуникации, когнитивной лингвистики и психолингвистики» [Карасик, 2004, с. 190]. В отечественной лингвистике, как известно, классическим является определение дискурса, данное Н.Д. Арутюновой, которая рассматривает его как «связный текст в совокупности с экстралингвистическими – прагматическими, социокультурными, психологическими и другими факторами, текст, взятый в событийном аспекте; речь, рассматриваемая как целенаправленное социальное действие, как компонент, участвующий во взаимодействии людей и механизмах их сознания (когнитивных процессах), речь, погруженная в жизнь» [Арутюнова, 1990, с. 136]. В.В. Красных конкретизирует сферы этого вида вербализованной речемыслительной деятельности, предстающей «как совокупность процесса и результата...» и обладающей «... как собственно лингвистическим, так и экстралингвистическим планами» [Красных, 2001, с. 200]. В.И. Карасик утверждает, что «ситуативная интерпретация дискурса – это учет социально, психологически и культурно значимых условий и

обстоятельств общения, т. е. поле прагмалингвистического исследования» [Карасик, 2002, с. 190].

Схожее понимание находим у М.И. Барсуковой: дискурс предстает как «... речевая деятельность в совокупности с прагматическими, социокультурными и другими факторами» [Барсукова, 2007, с. 6]. В труде В.Г. Борботько находим следующее уточнение: «... дискурс, называемый также текстом связной речи, представляет собой речемыслительный процесс, приводящий к образованию структуры» [Борботько, 1998, с. 3]. Таким образом, отмечается учет когнитивной составляющей речепорождения с последующим продуцированием дискурса.

Итак, поскольку существуют различные подходы к пониманию дискурса – коммуникативный, формальный и функциональный, ситуативный (культурно-ситуативный), – акцентируем наше внимание на социолингвистическом, ибо дискурс неразрывно связывается с сознанием и в целом отражает ценностные доминанты, культуру, менталитет, особенности социума, в котором он рождается, и прагмалингвистическом, так как одна из его сторон обращена к прагматике, что отвечает поставленным задачам и тематике выбранного материала. Исходя из сказанного, для нашего исследования, наряду с дефиницией Н.Д. Арутюновой, будет актуально и определение, данное Н.В. Гончаренко: дискурс – это «... целостное речевое произведение в многообразии его когнитивно-коммуникативных функций. Дискурс рассматривается как коммуникативное взаимодействие участников общения, как совокупность вербальных и невербальных действий» [Гончаренко, 2007, с. 3–4]. Таким образом, приведенные выше дефиниции ключевого термина отражают характерные черты дискурса: существование в реальной ситуации вербального и невербального общения коммуникантов (Н.Д. Арутюнова, В.И. Карасик), а также тесную связь с коммуникативной ситуацией, побуждающей активацию когнитивного процесса индивида. Учет всех характеристик в ситуациях общения врачей и пациентов, а также между коллегами-докторами позволит в нашем исследовании более полно

представить картину отражения специфики данного вида коммуникации в художественных текстах на медицинскую тематику.

М.Л. Макаров в своем труде «Основы теории дискурса» приводит основополагающие признаки дискурса. Так, он пишет, что «... связность дискурса – важнейшая из его отличительных черт. Наконец, дискурс обладает качеством самоорганизации: и для письменных текстов, и для устной речи вполне нормальным оказывается взгляд со стороны – мета-коммуникативные акты, т. е. дискурс по поводу самого дискурса, коммуникативные ходы, комментирующие, ориентирующие и меняющие ход общения или выделяющие его структурные фазы. Такие высказывания встречаются достаточно регулярно, что тоже доказывает наличие организации на дискурсивном уровне» [Макаров, 2003, с. 112]. Н.Н. Кошкарова считает, что «... при анализе дискурса важную роль играют личностные и социальные характеристики участников коммуникации (индивидов, субъектов), то есть адресанта и адресата речевого высказывания» [Кошкарова, 2021, с. 24].

В.И. Карасик в своем труде «Языковой круг личности: личность, концепты, дискурс» (2002) выделяет виды дискурса с точки зрения различных позиций. Так, «... с позиций участников общения (социолингвистический подход) все виды дискурса распадаются на личностно- и статусно-ориентированный дискурс. В первом случае участники общения стремятся раскрыть свой внутренний мир адресату и понять адресата как личность во всем многообразии личностных характеристик, во втором случае коммуниканты выступают в качестве представителей той или иной общественной группы, выполняют роль, предписываемую коммуникативной ситуацией. Личностно-ориентированный дискурс проявляется в двух основных сферах общения – бытовой и бытийной, при этом бытовое (обиходное) общение представляет собой генетически исходный тип дискурса, а бытийное общение выражается в виде художественного, философского, мифологического диалога. Статусно-ориентированный дискурс может носить институциональный и

неинституциональный характер, в зависимости от того, какие общественные институты функционируют в социуме в конкретный исторический промежуток времени» [Карасик, 2002, с. 199]. Учитывая, что в нашем исследовании мы рассматриваем художественные тексты на медицинскую тематику, в диссертации будет представлен анализ институционального медицинского дискурса в пределах художественного. Это предполагает особый синтез языковых средств, относящихся к разным стилям речи (о стилизации и ее приемах нами будет сказано далее в параграфе 1.3).

Л.С. Бейлинсон [Бейлинсон, 2001, с. 4–5] и М.И. Барсукова [Барсукова, 2007, с. 6] также выделяют два типа дискурса: персональный (личностно-ориентированный) и институциональный (статусно-ориентированный) [Бейлинсон, 2001, с. 4–5]. Основываясь на исследовании В.И. Карасика, М.И. Барсукова так определяет институциональный дискурс: это «… специализированная разновидность общения между людьми, которые могут не знать друг друга, но должны общаться в соответствии с нормами данного социума» [Барсукова, 2007, с. 6]. Л.С. Бейлинсон противопоставляет институциональный дискурс персональному «по признаку личностной либо представительской ориентации субъектов общения. Вместе с тем не существует абсолютно личностного и абсолютно статусного общения, институциональность имеет градуальный характер» [Бейлинсон, 2001, с. 5]. Ученый также отмечает, как строится данный дискурс: «... цель общения жестко детерминирует тематику и тональность дискурса. Вместе с тем в реальном общении неизбежны отклонения от трафарета, и в этом смысле пространство институционального дискурса также поддается градуальному сопоставлению: существуют мягкие и жесткие разновидности институционального дискурса, к первым относится, например, медицинская рекомендация, ко вторым – церковная служба. Это различие имеет место как между типами дискурса, так и между жанрами одного и того же типа» [Бейлинсон, 2001, с. 5].

Нельзя не отметить отличительные черты личностно-ориентированного типа дискурса, о котором пишет В.И. Карасик: «Личностно-ориентированный дискурс представлен двумя основными разновидностями: бытовой и бытийной. В первом случае общение носит свернутый, “пунктирный”», характер, речь идет об очевидных вещах, используется разговорная форма речи, бытовой дискурс диалогичен и является генетически исходным типом общения. Во втором случае предпринимаются попытки раскрыть свой внутренний мир во всем его богатстве, общение носит развернутый, предельно насыщенный смыслами характер, используются все формы речи на базе литературного языка; бытийное общение носит преимущественно монологический характер и представлено произведениями художественной литературы и философскими и психологическими интроспективными текстами» [Карасик, 2002, с. 240]. Добавим, что бытовой дискурс может появляться на страницах художественного текста на медицинскую тематику, его черты могут быть в медицинском дискурсе лишь в живых диалогах врачей и пациентов, отражаясь в некоторых чертах разговорного стиля (синтаксиса, лексики, морфологии).

М.Л. Макаров, рассуждая о структуре дискурса, говорит, в чем «состоят отличия разговора от наиболее структурированных типов дискурса, включая ритуализованные, институциональные» [Макаров, 2003, с. 112]. Лингвист, сопоставляя разговорный дискурс и институциональный, выделяет наиболее существенные отличия: разговорный дискурс ориентируется на процесс, а институциональный на структуру; разговорный дискурс фактически не имеет речевых ограничений, обладая «относительно свободной меной коммуникативных ролей» [Макаров, 2003, с. 112], когда как институциональный имеет «максимум речевых ограничений и относительно фиксированную мену коммуникативных ролей» [Макаров, 2003, с. 112]; «большая обусловленность непосредственным контекстом» характеризует разговорный дискурс, в отличие от медицинского («меньшая обусловленность непосредственным контекстом» [Макаров, 2003, с. 112]); в

разговорном дискурсе «целей много, и они обычно имеют локальный характер», а в медицинском – немного, «они имеют глобальный характер» [Макаров, 2003, с. 112].

Определение понятия *медицинский дискурс* давалось многими отечественными и зарубежными лингвистами, его анализом занимались: М.И. Барсукова [Барсукова, 2007], Л.С. Бейлинсон [Бейлинсон, 2001], Н.В. Гончаренко [Гончаренко, 2015], В.В. Жура [Жура, 2007], В.И. Карасик [Карасик, 2002], М.Б. Ковалёва [Ковалёва, 2014], Л.А. Линник [Линник, 2022], Ж.Н. Макушева [Макушева, 2014]. Так, М.И. Барсукова пишет, что «медицинский дискурс – хорошо прописанный, канонический тип профессионального взаимодействия с широким кругом людей, охваченных одной глобальной проблемой – оказание медицинской помощи любому нуждающемуся» [Барсукова, 2007, с. 19]. С.И. Маджаева определяет его как «совокупность вербальных и невербальных структур, обладающих определенными прагматическими особенностями и функционирующих в медицинской среде для реализации функций лечения и профилактики» [Маджаева, 2013, с. 43]. Н.В. Гончаренко пишет: «... медицинский дискурс – это вид институционального общения, в котором участвуют врач (медицинская сестра), пациент, родственники пациента и т.д., предназначенный для медицинской коммуникации диагностики заболевания, уточнения диагноза, позитивного эмотивного воздействия на пациента, принятия и обоснования выбранной методики лечения и выработки коллегиального согласия» [Гончаренко, 2007, с. 4]. Данное определение соответствует выбранной нами концепции исследования и признается базовым для нашей диссертации, в центре внимание которой – коммуникация, отраженная на страницах художественных произведений и связанная с обсуждением различных медицинских проблем.

М.И. Барсукова приводит в пример такие конститутивные признаки медицинского дискурса, которые позволяют относить его к институциональному виду: «... специфическая цель общения, заключающаяся

в оказании медицинской помощи; специфические обстоятельства общения, происходящего в ситуации врачебного приема, обхода, консультации; наличие институциональных символов (специальная одежда, инструменты, личная печать, документация); статусно-ролевая функция участников общения» [Барсукова, 2007, с. 7]. О статусно-ролевой функции в медицинском и других дискурсах также упоминает В.И. Карасик: «Ядром институционального дискурса является общение базовой пары статусно неравных участников коммуникации – учителя и ученика, священника и прихожанина, следователя и подследственного, врача и пациента» [Карасик, 2002, с. 204].

Названный выше вид дискурса имеет разные формы: общение между коллегами-врачами (как официальное, так и неофициальное), между врачом и пациентом, а также его семьей, научная лекция в медицинском вузе, ведение медицинской документации (оформление медицинских карт, составление анамнеза больного, запись его истории болезни в течение жизни, оформление справок и больничных листов). Ведущая цель медицинского дискурса, который ежедневно происходит в каждом медицинском учреждении, – это оказание высококвалифицированной помощи пациенту, умение убедить больного в необходимости лечения по избранному плану. Каждый из нас обращался в медицинское учреждение с различными проблемами со здоровьем, однако пациент не всегда полностью доверяет свою жизнь и здоровье врачу. На это могут быть разные причины, но врач, являющийся компетентным специалистом, имеющий соответствующий опыт, должен быть и хорошим психологом, который владеет тактикой убеждения, разрушая все доводы пациента, если тот усомнился в предложенных методах лечения, и помогает пациенту принять верное решение.

Медицинский дискурс относится к научному дискурсу, поэтому данные понятия тесно связаны и имеют общие черты. В определении научного медицинского дискурса исходим из понимания дискурса как «целенаправленного, профессионально обозначенного речемышления

ученого, в ходе которого рождается, формируется и формулируется новое знание, стимулируемое научным концептом» [Ракитина, 2007, с. 23]. Кроме того, важным для нашего исследования является и формулировка этого базового понятия Н.В. Ефремовой: медицинский дискурс – это «процесс речемышления, происходящий в момент продуцирования текста в направленности на коллегу, представителя другой специализации, пациента, а также при осмыслении ученым-исследователем существующих и создаваемых научных концепций, представляющих новое знание» [Ефремова, 2017, с. 22].

М.И. Барсукова полагает, что степень тех или иных компонентов (личного или статусного) в разных подвидах институционального дискурса проявляется по-разному. Так, в медицинском дискурсе внимание фокусируется на личности пациента, а не на статусе. Это согласовывается с мыслью Л.С. Бейлинсон о том, что «... наряду с конститутивными признаками институциональный дискурс в его конкретном проявлении неизбежно включает нейтральные признаки, которые относятся к любым типам дискурса и характеризуют общение как таковое, а также признаки, которые свойственны другим типам институционального или персонального дискурса, но спорадически встречаются в данном типе институционального дискурса (элементы научного дискурса – в медицинском, элементы религиозного – в педагогическом, элементы педагогического – в политическом, элементы делового – в рекламном и т. д.). Выделяются и промежуточные типы институционального дискурса, органически включающие на всем пространстве своих жанров характеристики двух (а возможно, и более) типов дискурса» [Бейлинсон, 2001, с. 6].

Иногда несколько разновидностей институциональных дискурсов могут с течением времени меняться, что, по мнению М.И. Барсуковой, связано с «изменением самих жанров дискурса» [Барсукова, 2007, с. 6], или же соединяться между собой. Например, на наш взгляд, медицинский дискурс в ряде случаев может сближаться с педагогическим, так как оба

характеризуются наличием специфических стратегий и тактик, обладают наличием символов и ритуалов, сохраняют статусно-ролевые отношения, иногда отличаются назидательным характером реплик адресанта. Так, Л.С. Бейлинсон называет отдельно медико-педагогический дискурс, определяя его как промежуточный тип, «представленный в устных текстах и типовых ситуациях общения логопеда с ребенком-пациентом и его родителем» [Бейлинсон, 2001, с. 5]. В.И. Карасик отмечает близость медицинского и религиозного дискурсов, что ведет «к значительной степени суггестивности медицинского общения врача с пациентом» [Карасик, 2002, с. 239]. Н.В. Гончаренко тоже обращает внимание на суггестивность медицинского дискурса, поскольку он по сути представляет собой «... текст речи врача в реальной ситуации общения, сочетает в себе черты научного стиля речи и разговорности, что усиливает суггестивное воздействие [Гончаренко, 2008, с. 7]. Однако, по мнению Л.С. Бейлинсон, «... изучение промежуточных типов институционального дискурса находится в начале своего развития» [Бейлинсон, 2001, с. 18].

Подчеркнем, что в нашей работе рассматривается то, как медицинский дискурс находит свое выражение в художественном дискурсе. Последний вид, пишет Т.А. ван Дейк, представляет собой коммуникативный акт, основной характеристикой которого является «стремление писателя при помощи своего произведения воздействовать на внутреннее, духовное пространство читателя, на его систему ценностей, верования и стремления с тем, чтобы изменить их» ([Dijk, 1979] цит. по: [Юркевич, 2014, с. 107–108]). А.Е. Осипчук, изучая отражение военного дискурса в художественном, подчеркивает, что «специфическими признаками художественного дискурса являются антропоцентричность, художественная информация, вымысел, стилизованность, объединение устной и письменной речи, эмотивность» [Осипчук, 2022, с. 21].

Одним из спорных вопросов является выделение как особого вида художественный медицинский дискурс на основании тематической

доминанты (М.А. Булгаков «Записки юного врача», В. Вересаев, «Записки врача», А. Солженицын «Раковый корпус», А.П. Чехов «Ионыч», Л.Н. Толстой «Смерть Ивана Ильича» и др.). Согласимся с В.В. Барабаш, Л.А. Брусенской и Э.Г. Куликовой в том, «... что медицинской темой содержание этих текстов не исчерпывается, что она тесно переплетена с философской, экзистенциальной, нравственной проблематикой, не менее важной для этих произведений» [Барабаш, Брусенская, Куликова, 2026, с. 36].

С целью наиболее полного описания рассматриваемого в нашем исследовании вида дискурса мы избрали следующую схему, основанную «на различных концепциях прагмалингвистики и социолингвистики: ... 1) участники общения (статусно-ролевые и ситуативно-коммуникативные характеристики); 2) условия общения (пресуппозиции – сфера общения, хронотоп, коммуникативная среда); 3) организация общения (мотивы, цели и стратегии, развертывание и членение, контроль общения и вариативность коммуникативных средств); 4) способы общения (канал и режим, тональность, стиль и жанр общения)» [Карасик, 2002, с. 200–201]. В работах Л.С. Бейлинсон и Н.В. Гончаренко можно найти следующую информацию, относящуюся к социолингвистическим характеристикам медицинского дискурса: «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 рекомендации, а также объяснение, оценка, контроль, содействие и организация; 6) жанры – жалоба пациента, амбулаторный прием, диагностирующая беседа, лечение, рекомендации, консилиум» [Бейлинсон, 2009, с. 26–29] (см. также: [Гончаренко, 2015, с. 4]; [Бейлинсон, 2001, с. 6]).

Итак, участниками медицинского дискурса становятся работники медицинского учреждения (прежде всего, это врачи), затем пациенты и их родственники. Иногда в медицинском дискурсе коммуникантом может стать

сотрудник медицинского учреждения, не имеющий отношения к самой медицине, но, например, поставленный руководителем той или иной деятельности медицинского учреждения. Кроме того, «... обстоятельства медицинского дискурса (его хронотоп) зависят от конкретных ситуаций, связанных с оказанием медицинской помощи человеку» [Карасик, 2002, с. 239]. Так, местом может стать не только больница или поликлиника, но и место несчастного случая, квартира или дом больного, его семьи и пр.

Ведущая цель медицинского дискурса – это оказание высококвалифицированной помощи пациенту, умение убедить больного в необходимости лечения по избранному плану. Для достижения поставленной цели врачу необходимо быть не только знающим специалистом, но и хорошим психологом, который владеет тактикой убеждения, разрушая все доводы пациента, который усомнился в предложенных методах выздоровления. Безусловной ценностью медицинского дискурса является здоровье, его сохранение и спасение жизни человека; дуальными концептами стали ЗДОРОВЬЕ, БОЛЕЗНЬ, ВРАЧ, ЛЕЧЕНИЕ, ЛЕКАРСТВО (см.: [Селезнева, 2018, с. 35]).

«Тематика медицинского дискурса включает широкий круг проблем, связанных с исследованием различных заболеваний, специализациями врачей и др.» [Ефремова, 2017, с. 24]. В связи с этим выработался ряд рекомендаций, позволяющих выстроить продуктивную коммуникацию: «1) сообщай информацию, содержащую известное для слушателя; 2) сообщай информацию, не расходящуюся с житейской логикой слушателя и его представлениями об обычном ходе событий; 3) не сообщай общеизвестного, банального; 4) не сообщай неприятного для собеседника; 5) говори точно, стремясь найти единственно верные слова; 6) придерживайся одного способа ведения беседы, одного жанра; 7) будь искренен и правдив; 8) не будь излишне откровенен; 9) не преувеличивай; 10) не используй языковых средств, которые могут быть неизвестны слушателю; 11) говори согласно норме и как принято; 12) избегай штампов; 13) выбирай номинации в

соответствии с номинативными привычками а) своими, б) слушателя и в) в соответствии с предметом речи» [Шмелева, 1983, с. 72–77].

Е.Н. Зарецкая отмечает, что «... каждое дискурсивное действие реализуется с помощью дискурсивных стратегий, которые являются “целенаправленным коммуникативным усилием участника дискурса по повышению воздействия на адресата”» [Зарецкая, 1988, с. 16]. «Дискурсивные стратегии, в свою очередь, состоят из определенных тактик, т. е. риторических, стилистических, визуальных приемов, усиливающих коммуникативное воздействие на аудиторию» [Стеблецова, 2018, с. 46]. Н.В. Гончаренко описывает три основные стратегии медицинского дискурса: диагностирующую, лечащую и рекомендующую. Ученый говорит также, что «... стратегии находят применение в речевых актах, относящихся к сфере речевых действий» [Гончаренко, 2007, с. 4]. В медицинском дискурсе, рождающемся между пациентом и врачом в ежедневных стандартных ситуациях, чаще всего встречается диагностическая стратегия. Диагностика – важный и неотъемлемый процесс перед основным лечением, однако именно в диагностической стратегии часто можно встретить тактику убеждения, так как типичный пациент при озвучивании серьезного диагноза и неблагоприятного для него исхода чаще всего старается не принимать услышанную информацию, отвергает все возможные доводы, даже если диагноз подтвержден с помощью ультразвукового, лабораторного и других видов исследования. Н.В. Гончаренко, опираясь на исследования В.И. Карасика и Л.С. Бейлинсон, пишет в своей работе, что «информативность медицинского общения реализуется через цепочку последовательно сменяющих друг друга и взаимопроникающих информативных стратегий (диагностирующая, лечащая, рекомендующая)» [Гончаренко, 2008, с. 14], суггестивность которых необходима для установления доверительных отношений с пациентом, контакта с ним, достоверной и объективной информации об обстоятельствах болезни, симптоматике. Более подробно специфика медицинского дискурса на

примере текстов из художественной литературы на медицинскую тематику будет рассматриваться далее в параграфах.

Представим подробнее особенности институционального медицинского дискурса. В ходе речемышления врача, который думает о пациенте, рождается текст, где акцент делается «на способность адресанта доносить свои мысли адресату убедительно и доступно, не подрывая доверия к себе» [Ефремова, 2017, с. 27]. Нередко врач в общении с пациентом опускает сложную терминологию или же использует термины, а затем дает более простой вариант, так как больной желает понимать суть, ведь за сложным термином может скрываться страшная болезнь. Синтаксис в этом случае в устной речи также упрощается из-за недостатка времени, которое врач должен согласно инструкциям затратить на одного пациента: предложения могут быть неполными, используются односоставные предложения, эллипсис. Отметим, что врач обязан обладать высокой речевой компетентностью, а также быть к своим пациентам объективным, не показывать личного отношения, в том числе неприязни, так как это противоречит этике. Н.В. Ефремова применяет в этом случае термин А.Б. Добровича «маска» [Ефремова, 2017, с. 29]: врач действительно на работе обязан надевать маску, помогая всем людям сохранить жизнь и здоровье. В случае проявления речевой агрессии со стороны пациента доктор не должен показывать свои эмоции, необходимо постараться закончить диалог, не переходя границу дозволенного. Профессионализм специалиста в этом случае измеряется тем, в какой степени врач обладает умением избирать действенные речевые тактики и средства, чтобы «лечить словом», располагать к себе пациентов и вызывать чувство доверия к специалисту.

Л.С. Бейлинсон пишет, что признаки медицинского дискурса включают, конечно, типичные черты институционального дискурса, среди которых называются следующие:

1) специфическая цель общения, заключающаяся в решении определенных проблем, которые и обусловили существование соответствующего института (борьба за власть в политическом дискурсе, сбыт продукции – в рекламном, оказание медицинской помощи – в медицинском, социализация новых членов общества – в педагогическом и т. д.);

2) специфические обстоятельства общения, происходящего в рамках определенного социального института, и вытекающие отсюда официальность стиля, жесткая заданность тематики, наличие институциональных символов (белый халат врача, указка учителя, облачение священника);

3) специфические характеристики участников общения – представляющих институт агентов и обращающихся в институт клиентов, выступающих в представительской статусно-ролевой функции;

4) специфические характеристики текстов, которые содержат знаки принадлежности агентов к социальному институту, прямо или косвенно выражают ценности этого института, соответствуют сложившимся жанрам в рамках определенного типа дискурса [Бейлинсон, 2001, с. 6].

Среди признаков медицинского дискурса Л.С. Бейлинсон отмечает следующие:

1) участниками медицинского дискурса являются медики и пациенты, при этом существует разветвленная специализация медиков как по горизонтали (специальности врачей), так и по вертикали (врачи, медсестры, санитары);

2) обстоятельства медицинского общения характеризуются высокой степенью символичности (наличие клятвы Гиппократа, белые халаты, медицинские инструменты, личные печати врачей, кабинет врача);

3) ценности медицинского дискурса сводятся к раскрытию основных концептов этого дискурса – здоровья и болезни, что отражается в специфических нормах медицинской этики;

4) стратегии медицинского дискурса вытекают из его цели оказать помощь заболевшему человеку и сводятся к диагностике, лечению и рекомендации; наблюдается вариативность этих стратегий в зависимости от типа заболевания и требуемой медицинской помощи; диагностирующая и рекомендующая стратегии медицинского дискурса обязательно вербализуются, лечащая стратегия вербализуется факультативно (непременно в случаях психиатрического и логопедического лечения);

5) медицинский дискурс характеризуется высокой степенью суггестивности, врач должен внушать пациенту доверие и формировать установки, способствующие успешному лечению;

6) особую значимость в медицинском дискурсе имеет речевое действие «директив», выражаемое как совет, рекомендация, инструкция, запрет, приказ;

7) в медицинском дискурсе выделяются различные устные и письменные жанры: диагностирующая консультация; жалоба пациента; карта анамнеза; справки объективной медицинской экспертизы (расшифровка кардиограммы, анализ крови, рентгенограмма и т. д.); медицинский консилиум; вербальное лечение; медицинская рекомендация; рецепт; медицинская справка (больничный лист); эпикриз. Эти жанры выделяются на основании следующих критериев:

– устный либо письменный способ общения:

– документальность;

– ситуативная инициатива участников общения;

– количество агентов дискурса;

– временная направленность.

Установленные критерии имеют различную природу и в самом общем плане сводятся к трем группам: форма дискурса, документальность, ситуативно-ролевые характеристики коммуникантов [Бейлинсон, 2001, с. 7–8].

Н.В. Гончаренко акцентирует внимание на суггестивности, присутствующей в медицинском дискурсе, так как «... общение врача с пациентом основано на психологическом влиянии на личность больного. По мнению исследования, «информация, передаваемая врачом, воздействует на пациента, его чувства и разум, изменяет его внутренний мир, регулирует поведение» [Гончаренко, 2007, с. 7]. Суггестивность имеет место в данном типе дискурса, так как от успешности внушения будет зависеть исход лечения. Доктор апеллирует (вербально и невербально) к чувствам и эмоциям больного, приводя его в необходимое психологическое состояние. Таким образом, в данном дискурсе успешность коммуникации зависит от правильного выбора тех или иных стратегий и тактик. Н.В. Гончарова пишет: «Коммуникативные стратегии являются координаторами отношений между коммуникантами, при которых субъект речевого воздействия регулирует речевое поведение объекта» [Гончарова, 2007, с. 8].

М.И. Барсукова отмечает, что речевые тактики в медицинском дискурсе определяются с помощью типа личности как врача, так и пациента, а также ситуации общения, даже разновидности болезни. Исследователь пишет, что «чем жёстче сценарий, тем стереотипнее каркас диалога, тем строже контроль за тактиками, тем менее они вариативны» [Барсукова, 2007, с. 9]. Н.В. Ефремова пишет: «В медицинском тексте механизмы оформления стратегий адресанта в процессе его создания проявляются в выборе и комбинировании языковых средств, речевых структур, композиционных и контактообразующих приемов, текстообразующих элементов» [Ефремова, 2017, с. 7].

В.В. Жура, рассматривая речевые тактики и стратегии в медицинском дискурсе, относит к особенностям медицинского дискурса шесть основных видов медицинских компетенций:

1) экстралингвистическая компетенция – это знания о внешних (социальном, культурном, психологическом) контекстах коммуникации, о мотивации и целях диалогов;

2) жанровая компетенция – это научные знания о жанровых формах речи;

3) стратегическая компетенция использует речевое воздействие как основное понятие, так как оно реализуется с помощью речевых стратегий и тактик;

4) коммуникативная компетенция связана с разными формами дискурса (нарративы, дескриптивы, императивы и др.), а также типами изложения (дескриптивный, нарративный, директивный и др.);

5) паралингвистическая компетенция – это научные знания о просодических средствах (темп, громкость, высота и тембр голоса, особенности артикуляции), а также знания о невербальных компонентах общения (мимика, жестикуляция);

6) эмотивная компетенция выделяет типичные эмоции пациента и эмоционально-маркированные темы дискурса [Жура, 2008, с. 87].

В.В. Жура изучает устную коммуникацию врачей, выделяя такие отличительные черты, как «... двухкомпонентность коммуникативной цели, включающей инструментальную и терапевтическую составляющую. Инструментальная цель способствует осуществлению профессиональной деятельности и определяется условиями ситуации общения. Терапевтическая цель состоит в оказании воздействия на психоэмоциональное состояние пациента для его стабилизации или улучшения, установления доверительных отношений между ним и врачом» [Жура, 2008, с. 7].

Таким образом, специфика медицинского дискурса проявляется в том, что цель речеговорения врача – убедить пациента начать выбранное лечение и следовать рекомендациям, отсюда и широкое использование императива (как семантического, так и морфологического), иногда нарратива (так как коммуникация включает последовательность, нередко речь врача имеет четкую структуру, если ситуация, безусловно, им контролируется, а слушающий готов выслушать его монологическое высказывание); дескриптивов (отличаются объективным отношением врача к пациенту;

бесстрастные реплики, без экспрессии и оценочной лексики, нейтральные обращения, использование штампов и пр.). Все это отражает уровень коммуникативной компетенции адресата и адресанта. Безусловно, медицинский дискурс подразумевает четкое целеполагание, а также учет статусно-ролевых отношений в выстраивании коммуникации между коллегами-врачами или же между доктором и пациентом. Выбор жанра в медицинском дискурсе напрямую связан с конкретной ситуацией, а также выбором тактик и приемов коммуникантов. Коммуникативная компетенция включает и корректный отбор невербальных средств общения, а также просодических. Так, доктор, как правило, говорит четко, спокойно, иногда даже может имитировать речь, обращенную к ребенку, избрав подобный тембр голоса, его высоту и темп, добавляя соответствующие лексические и морфологические средства. К ним можно отнести использование уменьшительно-ласкательных суффиксов, кратких форм имени в обращении, диминутивы, применение в речи личных местоимений «мы» для смягчения высказывания в медицинской речи [Барабаш, 2026, с. 21]. Последнее средство, как отмечает Н.В. Гончаренко, описывая способы снятия напряжения в общении, является эффективным, поскольку служит для поддержания контакта с пациентом и приемом суггестивного воздействия в значении «мы-совместное» (врач и пациент) [Гончаренко, 2007, с. 14].

Следует акцентировать внимание на том, что в центре нашего исследования – отражение в художественном дискурсе медицинского, ведущим отличием их является отнесенность последнего к институциональным, ведь тексты данного типа дискурса хорошо выражают особенности данного общественного института (в нашем случае института общественного здоровья). Так, общим для различных типов институционального дискурса является наличие особого языка, который используют в том числе и медицинские работники; конструктами такой речи являются медицинские термины, особые грамматические построения, а также существует определенный набор типичных текстов, отражающих

стандартные ситуации коммуникации в медицинском дискурсе. Согласимся с исследователем Е.А. Соловьёвой, которая указывает на нормированность речи участников институционального общения: «На формальном лингвистическом уровне институциональный дискурс − это прежде всего дискурс, реализуемый путем устного либо письменного обращения преимущественно к литературно-нормированному инструментарию языковой системы» [Соловьёва, 2019, с. 51].

Поскольку в нашем исследовании речь идет об отражении устной формы коммуникации (коммуникативный опыт писателей-врачей) в письменной речи с присутствием художественного вымысла, в произведениях отражается не только формальное, но и неформальное общение, что, по словам Т.С. Юсуповой, «... характеризуется активным использованием социально-профессионального кода арго, жаргонизмов, сленга» [Юсупова 2010, с. 8]. Поэтому интерес к анализу художественных текстов на медицинскую тематику обусловлен неоднородностью такого языкового материала, а также наличием рассматриваемого дискурса в его институциональной и неинституциональной разновидностях. Второй тип отличается субъективностью, экспрессивностью и смешением стилей (разговорно-бытовая, сниженная лексика, жаргонизмы, арго и пр.). Однако, как правило, доктор владеет высокой речевой культурой, чаще тяготеет к сохранению регламентированности речеговорения, формализации, объективности к собеседнику, безэмоциональности, нейтральности языковых средств; для его речи характерно четко выраженное статусно-ролевое взаимодействие, применение литературно-нормированных языковых знаков.

Однако в медицинской практике речь врача может выйти за рамки норм институционального дискурса, так как убеждать людей абсолютно разных социальных прослоек более эффективно в неофициальной манере говорения с применением тактики сближения с коммуникантом. Неинституциональный или личностно-ориентированный вид дискурса (бытовой) смешивается с институциональным в художественных текстах на медицинскую тематику.

Бытование медицинского дискурса в текстах различной стилистической ориентации вызывает интерес для исследования, так как возникает возможность сопоставления общих и частных характеристик речевого взаимодействия адресата и адресанта (врачей и пациентов или же медицинских работников между собой) в различных условиях социального взаимодействия.

Еще одним важным моментом, связанным с проведением нашего исследования, является разграничение понятий «дискурс» и «стиль». О необходимости разделения терминов и нежелательности их отождествления говорит А.Е. Осипчук с опорой на труды М.Н. Кожиной: «функциональная стилистика, опираясь на формы общественного сознания, представлена стройной системой “изучаемых объектов: функциональных стилей, подстилей, жанров и т. д., включая как макростилевой, так и внутристилевой аспекты и в целом полевую структуру функционального стиля (с учетом центра, периферии и межстилевых влияний и зон)”» [Кожина, 2016, с. 193−194], тогда как «какая-либо общая систематизация дискурсов, дискурсивных формаций нам неизвестна, да и вряд ли она возможна» [Там же, с. 194]. А.Е. Осипчук делает вывод о том, что такое разграничение обуславливает наличие «типологизации дискурса множеством отдельных классификаций по различным основаниям» [Осипчук, 2022, с. 30]. В.Е. Чернявская подчеркивает разницу между дискурсом и стилем: стили имеют общепризнанное количество, а количество типов дискурса не ограничено. Ученый пишет, что «фундаментальным критерием идентификации и дифференциации стилей являются базовые социально значимые сферы общения и деятельности, соотносимые с формами общественного сознания» [Чернявская, 2009, с. 148], «к которым традиционно относят искусство, науку, мораль, право, политику, религию, идеологию и др.» [Толстых, 1986, с. 62]. В.Е. Чернявская предлагает выделять части дискурса опытным путем, т. е. посредством наблюдения конкретных, типичных, повторяющихся коммуникативных ситуаций [Чернявская, 2009,

с. 148]. Мы разграничили понятия «дискурс» и «стиль», так как хотим подчеркнуть особенность анализируемого типа дискурса, заключающуюся в зависимости от экстралингвистических факторов, которые рождаются уже в самом процессе говорения. Поэтому, в отличие от ряда институциональных дискурсов, иногда сложно говорить о четкой форме изложения и выборе языковых, стилистических средств, тактик и стратегий, что является одной из особенностей устного медицинского дискурса.

Итак, в нашем исследовании мы рассматриваем термин «дискурс» в соответствии с коммуникативно-прагматическим подходом, который лежит в центре анализа текстов на медицинскую тематику, и понимаем его как ‘речевую деятельность в совокупности с прагматическими, социокультурными и другими факторами’.

Ученые выделяют персональное (личностно-ориентированное) либо институциональное (статусно-ориентированное) общение. Медицинский дискурс относится к институциональному типу, однако он может объединять в себе признаки других разновидностей дискурса, например, медицинский дискурс больше, чем другие, содержит в себе личностное общение и направлен именно на него, что сближает данный вид дискурса с личностно-ориентированным типом. Так, в нашем исследовании речь идет об устной форме медицинского дискурса, отраженной на страницах художественной литературы; ему не присуща строгая научность, наблюдается смешение языковых стилей, а также характерное для устного общения использование в диалогах героев определенных стратегий и тактик для избежания коммуникативных неудач в общении с пациентами или коллегами. Несмотря на наличие работ, посвященных медицинскому дискурсу ([Барсукова, 2007], [Бейлинсон, 2001], [Гончаренко, 2015], [Жура, 2007], [Карасик, 2002], [Ковалёва, 2014], [Линник, 2022], [Макушева, 2014]), он считается наименее изученным в лингвистике.

1.2. Медицинский текст как «продукт» медицинского дискурса

Несмотря на рост исследований о дискурсе, текст также «... не утрачивает своих позиций и оказывается более широким по сфере своего применения, чем термин дискурс» [Борботько, 2011, с. 11]. В лингвистике не существует единого взгляда на определение термина «текст» в связи с многоаспектностью этого понятия. Разные исследователи отмечают ключевые характеристики, на основе которых можно сформировать общую дефиницию данного термина, однако нет и единой классификации текстов, спорным является и отнесение того или иного речевого фрагмента к тексту. Основополагающей в этом направлении является работа М.М. Бахтина, в которой рассматривается понятие «текст» как в широком, так и в узком смысле слова. М.М. Бахтин пишет, что «... текст является той непосредственной действительностью (действительностью мысли и переживаний), из которой только и могут исходить эти дисциплины и это мышление. Где нет текста, там нет и объекта для исследования и мышления» [Бахтин, 1997, с. 306].

Е.С. Кубрякова указывает, что общепризнанной дефиниции термина «текст» в настоящее время не существует, поскольку разные исследователи делают акцент на разных сторонах этого понятия: «Д.Н. Лихачев – на существование его создателя, реализующего в тексте некий замысел; О.Л. Каменская – на основополагающую роль текста как средства вербальной коммуникации; А.А. Леонтьев – на функциональную завершенность этого речевого произведения и т. д.» [Кубрякова, 2001, с. 72]. Сходное с последним представление текста высказано В.Г. Колшанским, который видит это как «... микросистему, функционирующую в обществе в качестве основной языковой единицы, обладающую смысловой, коммуникативной законченностью в общении» [Колшанский, 1984, с. 35].

Н.С. Валгина в своем труде «Теория текста» также дает определение рассматриваемому термину: текст «... мыслится, прежде всего, как единица

динамическая, организованная в условиях реальной коммуникации и, следовательно, обладающая экстра- и интралингвистическими параметрами» [Валгина, 2003, с. 6]. О.Д. Вишнякова считает, что текст «… может быть определен как речевое коммуникативное образование, функционально направленное на реализацию внеязыковых задач» [Вишнякова, 2002, с. 183]. На наш взгляд, данные дефиниции неправомерно сближают текст с дискурсом в плане реального воплощения в конкретной ситуации общения и учета экстралингвальной пресуппозиции.

Т.Н. Николаева, рассматривая текст широко, как объединенную смысловой связью последовательность знаковых единиц, называет его базовые свойства – связность и цельность [Николаева, 1997, с. 555]. На особенности текста обращает внимание Е.С. Кубрякова: «Текст существует как источник изучения, как источник возбуждения в нашем сознании многочисленных ассоциаций и когнитивных структур (от простых фреймов до гораздо более сложных ментальных пространств и возможных миров). Текст в силу этого свойства показателен именно в том, что из него можно вывести, заключить, извлечь. Он являет собой поэтому образец такой сложной языковой формы, такого семиотического образования, которое побуждает нас к творческому процессу его понимания, его восприятия, его интерпретации, его додумывания – к такого рода когнитивной деятельности, которая имеет дело с осмыслением человеческого опыта, запечатленного в описаниях мира и служащего сотворению новых ступеней познания этого мира» [Кубрякова, 2001, с. 81].

Комплексное определение тексту дал И.Р. Гальперин: «Текст – это произведение речетворческого процесса, обладающее завершенностью, объективированное в виде письменного документа, литературно обработанное в соответствии с типом этого документа, произведение, состоящее из названия (заголовка) и ряда особых единиц (сверхфразовых единств), объединенных разными типами лексической, грамматической, логической, стилистической связи, имеющее определенную

целенаправленность и прагматическую установку» [Гальперин, 1981, с. 18]. Однако В.Г. Борботько полагает, что если применять данную дефиницию, то такое понимание указанного термина лишает иные речевые произведения статуса текста: «... понятие текста применимо не только к связной последовательности предложений, но и к любому письменному документу, в том числе и с элементами графики, который, в отличие от дискурса, строится как по законам языка, так и по иным схемам, сообразно практическим потребностям человека» [Борботько, 2011, с. 12].

И.Р. Гальперин отмечает необходимость разграничения устной и письменной речи, так как из-за разницы между формой речи меняется и само понятие текста, он вбирает в себя особенности варианта языка. Так, ученый указывает на характерную системность для письменной речи. Однако ряд исследователей (включая Л. Блумфилда, Дж. Лайонза) не принимает идею существования письменной речи, что исключает первую мысль. По мнению И.Р. Гальперина, письменный язык не существует автономно, он сосуществует и активно взаимодействует с устной формой языка. Одним из важных признаков письменного языка является «функциональная направленность, то есть его ориентация на выполнение какой-то заранее намеченной цели сообщения» [Гальперин, 1981, с. 16]. Действительно, письменный текст является более отточенным, имеет более четкую цель, лишен невербальных средств (жесты, мимика, поза, взгляд), в отличие от устной речи.

В.И. Карасик в труде «Языковой круг: личность, концепты, дискурс» дает определение понятию «дискурс» и рассматривает его с точки зрения стилистики текста: «С позиций стилистики потребовалось обобщить большой теоретический материал, касающийся прежде всего функциональных стилей и интерпретации текста. Основные положения, к которым можно свести теоретическую базу стилистики текста, состоят, по-видимому, в следующем: 1) текст есть результат, а не процесс речи и обычно зафиксирован в письменной форме, 2) текст – это интенциональное

произведение автора, обращенное к адресату, 3) существуют различные типы и жанры текстов, 4) существуют фундаментальные характеристики, свойственные всем текстам, – текстовые категории. Исследование текстовых категорий привело к возникновению лингвистики текста как особой области языкознания» [Карасик, 2002, с. 188]. Ученый также считает, что понятие «текст» не может быть в современной науке рассмотрено только в рамках структурой модели его описания, необходимым становится «... учет обстоятельств общения и характеристик коммуникантов, т. е. требуется переход к коммуникативной модели представления текста» [Карасик, 2002, с. 189]. Ученый отмечает, что «такой переход осуществляется в следующих направлениях: 1) осваиваются результаты исследований, так или иначе связанных с целым текстом, в прагма-, психо- и социолингвистике, риторике, литературоведении, когнитологии, 2) концептуально и терминологически противопоставляются текст, погруженный в ситуацию реального общения, т.е. дискурс, и текст вне такой ситуации, 3) на первый план выходят вопросы, связанные с порождением и пониманием текста, с диалогической природой общения, 4) исследуются не идеальные, правильно построенные тексты, а текстовые стратегии в их разнообразных реализациях» [Карасик, 2002, с. 189]. Таким образом, понятия «текст» и «дискурс» тесно связаны, так как «... интертекстуальные соотношения целого текста (либо его автономных фрагментов) являются предметом изучения лингвокультурологии. Отсюда, в частности, важность изучения вторичных текстов, аллюзий, типов дискурса» [Карасик, 2002, с. 189]. Лингвист подчеркивает, что текст следует рассматривать с учетом лингвокультурологических особенностей.

В.Г. Борботько отмечает, что «... понятие текста вполне правомерно использовать как для обозначения любого лингвистического материала в его письменной форме, так и в качестве синонима для дискурса, если данный текст является его письменным представлением, учитывая широкое использование термина “текст” в лингвистических работах в значении “языковой материал” [Щерба, 1974, с. 26], используя который возможно

установить те или иные закономерности в развертывании дискурсивного процесса, в устройстве языковой системы, а также выявить разнообразные свойства языковых единиц» [Борботько, 2011, с. 12]. Однако мы полагаем, что говорить о синонимии терминов «текст» и «дискурс» не стоит. Правильнее считать, что текст становится пространством, в котором дискурс может в большей своей мере отразиться, сохранив специфические характеристики, причем с течением времени они будут редуцироваться вплоть до полного исчезновения. Так дискурс «растворится» в тексте.

М.Л. Макаров разграничивает дискурс и смежные термины, «родственные категории текст, речь, диалог и монолог» [Макаров, 2003, с. 56]. Он пишет, что «... иногда их разграничивают по оппозиции письменный текст vs. устный дискурс, что неоправданно сужает объем данных терминов, сводя их к двум формам языковой действительности – использующей и не использующей письмо» [Макаров, 2003, с. 57]. Различие между текстом и дискурсом с точки зрения объекта (у дискурса объектом выступает устная речь, а у текста – письменная) критикуется исследователем из-за неоднозначного трактования. Он приводит в качестве примера доклад, относящийся одновременно к устной, а также и к письменной форме. Ученый рассуждает о иных позициях лингвистов, которые «трактуют дискурс как подчеркнуто интерактивный способ речевого взаимодействия, в противовес тексту, обычно принадлежащему одному автору, что сближает данное противопоставление с традиционной оппозицией диалог vs. монолог [Макаров, 2003, с. 58].

К.В. Ахнина, анализировавшая сетевой медицинский дискурс, подчеркивает, что «... нет единого мнения по поводу соотношения понятий “текст”, “речь” и “дискурс”. Одни исследователи выдвигают идею равенства этих понятий: дискурс как последовательность взаимосвязанных высказываний, принадлежащих разным коммуникантам» [Ахнина, 2016, с. 16]. Исследователь опирается на суждения Л.М. Мороховского, который отмечает связь дискурса с устной формой коммуникации, а В.Г. Борботько

включает даже в понятие дискурса внутреннюю речь [Борботько 1981, с. 113].

В нашем исследовании медицинский текст рассматривается как продукт медицинского дискурса, поскольку «... дискурс характеризует коммуникативный процесс, приводящий к образованию определенной структуры – текста» [Чернявская, 2001, с. 20].

Определение понятия «медицинский текст» дано С.В. Ракитиной: это «... результат когнитивно-дискурсивной деятельности ученого, содержащий относительно завершенное научное знание, структурированное в соответствии с разработанной автором концепцией, объективируемой синкретической системой общеязыковых и идиостилистических средств» [Ракитина, 2007, с. 14]. Н.В. Ефремова отмечает, что «в современной лингвистической науке достаточно глубоко проанализированы функциональные особенности медицинского текста» [Ефремова, 2017, с. 35]. Однако нельзя не сказать об особенностях коммуникативной ситуации, которые отражаются в подборе тех или иных речевых тактик, «под которыми понимаются речевые приемы, позволяющие достичь поставленных целей. Исходя из того, что медицинские тексты «создают новую коммуникативную среду» [Кушнерук, 2007, с. 7], обращение лингвистов к ним расширяет существующие представления о свойствах научного текста, закономерностях его организации и функционирования. Н.В. Ефремова, опираясь на суждения Н.Ю. Антоновой, Е.М. Какзановой, М.В. Косовой, Е.А. Костяшиной, С.П. Кушнерук, относит «к числу системообразующих признаков медицинского текста ... определенный компонентный состав, минимальное наличие образности, ситуативность, терминированность, диалогичность, коммуникативную полноту» [Ефремова, 2017, с. 35].

В нашей работе речь идет о созданных учеными-медиками текстах, в которых рассказчик транслирует свой опыт работы с пациентами. Безусловно, присутствует художественный вымысел, возможно, какие-то ситуации лишь обрисованы с помощью собирательных образов реальных

пациентов, но, как отмечает Н.В. Ефремова, «выступая когнитивно-речевым субъектом производимой деятельности, проявляют себя как языковая личность со своими особенностями познания мира и самого себя» [Ефремова, 2017, с. 36]. Специфичным является и то, что художественные тексты на медицинскую тематику включают субъективное мнение самого автора, которое подается через чувства, эмоции рассказчика (например, в произведении М.А. Булгакова «Записки юного врача») или главного героя (Ф.Г. Углова «Сердце хирурга). Согласимся с Н.В. Ефремовой, которая анализирует художественные тексты авторов-врачей на медицинскую тематику, в том, что «в познании самого себя и людей ученые используют эмоционально-эстетические методы, что находит наиболее явное выражение в публицистических и художественных текстах этих авторов, где описанные ими связанные с медициной факты действительности преломляются через эмоции, рожденные взаимодействием с окружающими людьми, через фантазии или представления о том, какой хотелось бы видеть им современную медицину» [Ефремова, 2017, с. 36].

Медицинский текст, бытующий в научной литературе, имеет свои особенности в художественной. Поэтому необходимо принимать во внимание, что такой тип текста может включать не только типичные для институционального текста научность, конкретность, лаконичность, отсутствие образности, но и лексику разных стилей речи, что маркирует в художественной литературе смешение жанров. Таким образом, медицинский текст, отраженный на страницах художественной литературы, по своему наполнению может вмещать различные стилистические, синтаксические и лексические особенности, характерные для медицинского дискурса.

По нашим наблюдениям, можно говорить о такой особенности текстов на медицинскую тематику, взятых из художественных произведений, которая представляет собой смешение разговорного стиля речи с научным в репликах героев. Так, А.Е. Осипчук пишет следующее об устной речи в художественном тексте: «степень её официальности, серьёзности,

стереотипности зависит от социального положения коммуникантов (чем выше статус говорящего, тем официальнее его речь) и пространственно-временного параметра, т. е. от того, в каком месте ... и в какое время ... происходит речевое событие» [Осипчук, 2022, стр. 37]. Можно говорить о том, что специфичной чертой текстов художественной литературы на медицинскую тематику является ассимиляция стилей.

Итак, текст мы понимаем, вслед за И.Р. Гальпериным, как продукт речетворческого процесса, обладающий завершенностью, зафиксированный в письменной форме и литературно обработанный, в состав текста в обязательном порядке входит название (заголовок) и ряд особых единиц (сверхфразовых единств), объединенных разными типами языковых связей и имеющих определенную интенцию.

В понимании медицинского текста мы будем придерживаться точки зрения С.В. Ракитиной и представлять его как научное знание, объективированное в результате когнитивно-дискурсивной деятельности медицинского работника при помощи синкретической системы общеязыковых и идиостилистических средств. От названного выше понятия следует отличать тексты художественной литературы на медицинскую тематику, к которым будут причисляться произведения, отражающие характеристики разных стилей речи, но тематически сходные с указанным выше институциональным дискурсом – принадлежностью к сфере медицины.

1.3. Специфика художественных текстов на медицинскую тематику

Немаловажным для нашего исследования было отметить отличительные черты художественных текстов на медицинскую тематику.

П.С. Аксючиц, анализируя научный и художественный дискурс в художественных текстах зарубежных авторов, пишет, что «художественная литература, понимаемая как дискурс, является системой открытой, нелинейной и динамичной, способной принимать и включать совершенно

разные элементы, изменяться и подстраиваться под заданную тему. Являясь достаточно полиморфной, система художественного текста может включать совершенно разные дискурсы: научный, политический, религиозный и др.» [Аксючиц, 2021, с. 145]. Как известно, одним из свойств художественного текста является включение в него разных типов дискурса, и как следствие – наслоение разных стилистических особенностей, нетипичных для одного типа дискурса (в нашем случае – медицинского).

Как пишут В.Г. Зинченко, В.Г. Зусман, З.И. Кирнозе, «дискурс в литературе – художественный текст, погруженный в жизнь и способный трансформироваться в произведение» [Зинченко, Зусман, Кирнозе, 2011, с. 241]. Так, в произведениях, созданных писателями-врачами, отражены живые диалоги докторов и пациентов, взятые из собственного опыта работы в больницах. По В.Г. Зинченко, художественный дискурс понимается как «динамический модус существования системы “литература”» [Зинченко, 2011, с. 255]. То есть с помощью дискурса рождается связь между реальной ситуацией общения и вымышленным миром героев в художественной литературе.

Т.Б. Самарская и Е.Г. Мартиросьян в своем исследовании подчеркивают, что «... разные виды дискурса внутри художественного произведения, даже если они полностью соответствуют критериям своей сферы, все равно не смогут оказаться “сильнее” художественного или превратить художественный текст, например, в научный, ибо эти дискурсы изначально включены в художественный и, следовательно, подчиняются художественному дискурсу» [Самарская, Мартиросьян, 2012, с. 20]. Ученые также отмечают, что «понятия «художественный дискурс» и «художественный текст» неразрывно связаны друг с другом. При анализе любого художественного произведения нужно учитывать обе эти категории. Принимая во внимание различные подходы к определению дискурса, под «художественным дискурсом» мы предлагаем понимать «социокультурное взаимодействие между писателем и читателем, вовлекающее в свою сферу

культурные, эстетические, социальные ценности, личные знания, знания о мире и отношение к действительности, систему убеждений, представлений, верований, чувств и представляющее собой попытку изменить “духовное пространство” человека и вызвать у него определенную эмоциональную реакцию» [Самарская, Мартиросьян, 2012, с. 21]. Таким образом, текст, созданный автором, предполагает такую цель, как затрагивание чувств и мироощущения самого читателя (перлокутивный акт), в свою очередь медицинский дискурс не имеет такой цели. Отметим, что, в отличие от институционального медицинского дискурса, в художественном тексте автор может изменять те или иные факты, обыгрывать их для достижения цели своего произведения (неточность каких-то исторических событий, добавление вымышленных историй из жизни персонажей, изменение финала события и пр.). Однако, как правило, в текстах, взятых нами для анализа, искажения не происходит, так как описанные ситуации могли иметь место в жизни. Чаще всего писатели в силу врачебной этики не дают читателю повода воспринимать героев или события как реальные (иногда авторы даже поясняют, что все имена придуманы ими и не связаны с реальными лицами).

Медицинский дискурс в художественных текстах на медицинскую тематику прежде всего проявляется в форме функционирования в канве текста научной тематики, однако в связи с наличием в произведениях бытовых сцен, где представлены разные социальные статусы пациентов, различные уровни их коммуникативной компетенции, институциональный медицинский дискурс соединяется с художественным (на этом пересечении смешиваются стили речи, сменяются тактики и стратегии). Нужно сказать и об еще одной отличительной черте – наличии внутреннего диалога главного героя-врача (например, в произведении М.А. Булгакова, Т.Ю. Соломатиной, В.В. Вересаева, В.П. Аксёнова и др.), размышляющего о пациентах, коллегах, собственных успехах и неудачах в работе. Такой монолог позволяет увидеть другую сторону работы врача: самоанализ профессиональной деятельности не прекращается даже тогда, когда врач уходит с рабочего места.

Авторы художественных текстов формируют атмосферу сопереживания и сомышления с помощью различных риторических приемов и языковых средств, показывают важность внутреннего мира человека и др. Авторская позиция проявляется в неожиданных поворотах сюжетного развития, употреблении метафор, диалогов, композиционном построении произведения; писатель представляет свою картину мира через художественные образы, каждый из которых может отражать его позицию. Среди писателей есть те, кто по основной профессии являются врачами. Свой врачебный опыт они нередко кладут в основу художественных произведений на медицинскую тематику. Особенностью их является выполнение двух основных функций – сообщение информации и воздействие на массового адресата через призму художественного произведения, своеобразная исповедь-отчет. Основой художественного мира автора-ученого выступают собирательные образы, вымышленные персонажи. В таких текстах ярко проявляется личностный подход его создателя.

Важным считаем отметить то, что в художественных текстах на медицинскую тематику для придания достоверности некоторым ситуациям и объективности отображения их активно используется *стилизация* (от фр. *stylization* − подражание стилю, от гл. *стилизовать* + имя сущ. *стиль*, из лат. *stilus* − заостренный кол, палочка) − это «нарочито подчеркнутая имитация оригинальных особенностей определенного стиля или особенностей языка определенной социальной среды, исторической эпохи в художественном произведении»; а также «произведение, сознательно написанное по какому-нибудь примеру или образцу и повторяющее до мельчайших подробностей его приемы, главным образом, в словесном искусстве» [https://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_literature/4398/Стилизация]. В.П. Москвин определяет «... стилизацию как воспроизведение особенностей (или “колорита”) чужой речи в изобразительных целях» [Москвин, 2004, с. 45]. В нашем случае происходит имитация научного стиля медицинской сферы. В.П. Москвин пишет о богатстве средств стилизации, что позволяет с

ее помощью «... изобразить речь любой местности, любой социальной, возрастной, профессиональной, национальной группы людей, о которых ведется повествование» [Москвин, 2004, с. 45]. Так, в нашем исследовании речь идет о профессиональной стилизации: «... профессиональный колорит создается посредством специальной терминологической лексики, а также профессионализмов (элементов профессионального жаргона)» [Москвин, 2004, с. 46]. Ученый также добавляет, что «для создания профессионального колорита могут быть привлечены не только лексико-фразеологические, но и синтаксические средства. Так, по наблюдениям Д.Н. Шмелева, "... характерно употребление страдательных и безлично-страдательных конструкций при описании действий каких-либо официальных лиц или учреждений, как бы вводящее в атмосферу их деятельности"» [Москвин, 2004, с. 47]. В речи пациентов, особенно когда местом действия становится деревенская местность, прослеживается сельский колорит, который «... достигается за счет привлечения просторечной лексики, а также просторечных словоформ и оборотов» [Москвин, 2004, с. 47]. В произведениях врачей-писателей врачебная деятельность главных героев нередко осуществляется именно в сельской местности, а их пациентами становятся люди из этой среды, речь которых отличается диалектными особенностями. В рассмотренных примерах средства стилизации вводятся через речь персонажей художественного текста, а не через речь автора. Как пишет В.П. Москвин, «... речи героев в целях характерологической стилизации часто придается внелитературный характер; именно поэтому в языке художественной литературы понятие нормы, ее требования (в области словоупотребления, словоизменения и т.п.) считаются применимыми прежде всего к авторской речи» [Москвин, 2004, с. 49].

Для стилизации институционального медицинского дискурса применяются различные маркеры профессиональной речи. К этим средствам можно отнести: 1) термины и профессионализмы; 2) абстрактную лексику; 3) устойчивые выражения, специальную фразеологию; 4) грамматику речи,

свойственную научному стилю (конструкции глагольного пассива; полипропозитивные предложения, в которых функционируют отглагольные и отадъективные имена существительные, формы родительного падежа, в том числе генитивные цепочки; преобладание существительных над глаголами; наречия и наречные слова для указания последовательности изложения; вводные слова и конструкции, которые структурируют ход мысли врача и др.); 5) средства элокуции (в научно-популярном изложении это, прежде всего, метафора и эпитет), свойственные для устной формы речи и служащие для доходчивого пояснения сложных научных понятий, а также с этой целью применяются примеры-аналогии из жизни (невыразительные сравнения), знакомые образы (как справедливо заметила Т.А. Нечаева, характеризуя научный стиль: «Функции образа в научной литературе отличаются от его функций в литературе художественной. Образ здесь – средство разъяснения научных понятий» [Нечаева, 2013, с. 71]).

Таким образом, специфика художественных текстов на медицинскую тематику заключается в наслоении особенностей разных типов дискурса: институционального медицинского и художественного, а также институционального (медицинского) и неинституционального или личностно-ориентированного (бытового). Художественный текст, отобранный для исследования, действительно как будто «погружён в жизнь» медицинских работников, а форма написания в виде дневниковых записей, наличие внутренних диалогов рассказчика (самого врача, описывающего свою медицинскую практику) и ведение повествования от первого лица усиливает такое впечатление, что достигается при помощи различных средств стилизации. Так, писатели посредством художественного текста воздействуют на читателей в своих исповедях-отчетах.

Особенностью художественных текстов на медицинскую тематику является отражение достаточно разнообразных риторических приемов и языковых средств для достижения иллокутивного эффекта. Образы героев в рассматриваемом типе текста являются собирательными, можно говорить о

некоторой схожести докторов из художественных произведений разных годов, однако присутствует вымышленность ситуаций и самих героев, что свойственно художественному стилю. В тексте отражаются типичные черты медицинского дискурса: есть императив, нарратив, дескриптив, а речь самого доктора показывает сохраняемую во многих трудных ситуациях высокую коммуникативную компетенцию.

Кроме того, художественный текст воплощает типичные черты авторского текста: субъективное отношение к повествованию автора, возможное искажение событий, вымысел, определенную цель, свойственную литературным текстам и пр. Однако авторы таких текстов стремятся показать не только жизнь своих персонажей и их судьбу, но и типичные проблемы врачей, ситуации, которые созданы на основе реального опыта писателей-докторов – поры студенчества и затем первых лет работы в медицинском учреждении.

1.4. Коммуникативно-прагматический подход в исследовании художественного текста на медицинскую тематику

Любое общение связано с рядом различных факторов, комплексно представляющих основные параметры и определяющих результативность речевого взаимодействия. А.Э. Гатина метафорично описывает процесс коммуникации, сравнивая его с черным ящиком: мы знаем начало коммуникации «на входе», а также ответную реакцию слушающего, однако обработку реплик коммуникантов мы не можем знать, это закрытый процесс. «Только сопоставив замысел говорящего и его ожидаемую реакцию с той, какая случилась в реальности, можно интерпретировать ответное высказывание (результат общения) и предположительно истолковать причины коммуникативного успеха или коммуникативной неудачи» [Гатина, 2017, с. 28]. Таким образом, конкретная коммуникативная ситуация должна рассматриваться в ее коммуникативной среде, с учетом адресата, контекста,

канала связи, кода, которые выделяет Р. Якобсон как основные компоненты модели коммуникации, а также с учетом определенной социально-культурной ситуации.

И.В. Быдина отмечает, что «с развитием коммуникативно-прагматического подхода к художественному тексту утвердился выход за рамки традиционного структурно-языкового подхода к уровневой организации данного объекта» [Быдина, 2005, с. 43]. Ученый опирается на разработанную А.М. Шахноровичем психолингвистическую трактовку данной проблемы: «в художественному тексте, по мнению исследователя, по меньшей мере имеются два плана: коммуникативный и когнитивный» [Быдина, 2005, с. 43]. А.М. Шахнорович так определяет два плана рассматриваемого подхода: «Первый составляет прагматический компонент текста, а второй – семантический» [Шахнорович, 1990, с. 30]. Однако наиболее полным подходом к пониманию анализа художественного текста с точки зрения осмысления его компонентов в смыслообразовании и смысловосприятии является концепция Н.С. Болотновой, которая выделяет два универсальных уровня – «... информативно-смысловой и прагматический, каждый из которых имеет лингвистическую и экстралингвистическую сущность. Данные уровни дифференцируются функционально: по способности отражать концептуальную картину мира автора и по способности многопланово воздействовать на адресата» [Болотнова, 2009, с. 259]. Информативно-смысловой уровень – это один из уровней текста, состоящий из фонетического, морфологического, лексического, синтаксического подуровней. Прагматический уровень включает такие подуровни, как экспрессивно-стилистический и функционально-стилистический. Н.С. Болотнова добавляет, что «при этом прагматический уровень является более сложным понятием. Он основывается на информативно-смысловом, т.е. репрезентируется его средствами при условии выполнения ими дополнительной функции – воздействия на читателя. <…> Что же касается единиц прагматического уровня, они отражаются в сознании

читателя в иерархии идей и образов: от микроидеи до целостного концепта текста и от микрообразов до системы художественных образов и глобального художественного образа мира в рамках целого художественного произведения» [Болотнова, 2009, с. 259, 262]. Таким образом, созданная ученым модель в силу своего коммуникативно-деятельностного характера позволяет проводить комплексный анализ, отражая двуединую природу художественного текста.

Рассмотрим важные параметры коммуникативно-прагматического подхода, которые будут в центре внимания нашего исследования текстов на медицинскую тематику.

Художественный текст понимается нами как живая и меняющаяся в зависимости от разных обстоятельств система, которой не свойственны статичность и неизменность. Л.С. Бейлинсон пишет, что непосредственно благодаря коммуникативному подходу к изучению дискурса возможно ставить «... в центр лингвистического анализа дискурс – текст, погруженный в ситуацию общения» [Бейлинсон, 2001, с. 2]. Таким образом, следует говорить о лингвистической прагматике, сущность которой – «изучение поведения языковых знаков в реальных процессах коммуникации» [Норман, 2009, с. 8]. Избранный нами подход к изучению художественного текста отвечает и дефинициям *дискурса* и *медицинского дискурса*. Языковые знаки в этом случае понимаются и рассматриваются в живой речи.

Б.Ю. Норман более подробно говорит о лингвопрагматике и ее сфере: сюда «... входит анализ явных и скрытых целей высказывания, внутренней установки говорящего и готовности слушающего “пойти навстречу” в достижении искомого смысла; изучение типов коммуникативного поведения: речевой стратегии и тактики, правил диалога, направленных на достижение эффективности общения, использование так называемых “непрямых” речевых актов и разнообразных приемов языковой игры» [Норман, 2009, с. 8]. Это позволяет утверждать, что коммуникативно-прагматический подход к изучению художественных текстов на медицинскую тематику дает

возможность интерпретировать высказывания вымышленных героев, анализировать тактики и стратегии, используемые в разных речевых ситуациях и условиях, изучить типы речевого поведения и выявить их причины. Б.Ю. Норман, рассматривая области лингвопрагматики, добавляет, что ее также интересует, «как соотносится предыдущий опыт (когнитивный и коммуникативный) участников диалога: он должен включать в себя определенные общие предпосылки (“пресуппозиции”). В противном случае может возникнуть непонимание (“коммуникативная неудача”) или даже конфликт» [Норман, 2009, с. 13–14]. Данная область также освещается в нашем исследовании: конфликты и их причины, причины коммуникативных неудач и способы их избежания.

Изучение коммуникативно-прагматического подхода в ходе анализа художественного текста, по мнению Н.В. Пономаревой, также затрагивает проблему текстовой актуализации его автора-адресата и читателя-адресата, что связано с особой целью художественного текста. Создатель теории речевых жанров (далее – РЖ) М.М. Бахтин полагал, что речевые жанры существуют как бы на пересечении позиций «речевого субъекта» и «другого» [Бахтин, 1986, с. 237–280]. Ученый указывал на глубинную связь речевого жанра и категории адресованности и для литературных жанров, в связи с этим отмечал следующее: «Вопрос о концепции адресата речи <…> имеет громадное значение в истории литературы. Для каждой эпохи, для каждого литературного направления и литературно-художественного стиля, для каждого литературного жанра в пределах эпохи и направления характерны свои особые концепции адресата литературного произведения, особое ощущение и понимание своего читателя, слушателя, публики, народа» [Там же, с. 279]. Н.В. Пономарева, изучающая дискурс в рамках коммуникативно-прагматического подхода, говорит о значимости представления М.М. Бахтина «о соприсутствии в художественном тексте как условного, “разыгрываемого”, так и реального диалога автора с читателем и идеи детерминированности первого диалога вторым» [Пономарева, 2016, с. 22].

Г.В. Степанов в статье «К проблеме единства выражения и убеждения (автор и адресат)», говоря о диалогичности художественного текста, отмечает, что «художественная коммуникация, может быть, как никакая другая, в столь яркой форме не вскрывает <…> диалогическую функцию языка» [Степанов, 1984, с. 21]. Далее ученый делает ценные замечания относительно специфики художественной коммуникации: «Адресат художественных произведений существенным образом отличается от адресата речевых актов. Читатель, публика не вовлечены непосредственно в прагматическую ситуацию. От них не требуется оценки коммуникативного смысла и непосредственной реакции на речевой акт. В художественном произведении вообще нет жесткой адресованности. Читатель обычно не принимает интенций автора на свой счет» [Там же, с. 24]. «Невовлеченность» читателя в прагматическую ситуацию речевого общения, его опосредованное участие в интеракции с автором указывают на связь художественной коммуникации с «неканонической коммуникативной ситуацией», для которой не выполняется главное требование «канонической коммуникативной ситуации» – «присутствие говорящего и слушающего в контексте сообщения» [Падучева, 1995, с. 259]. Так, автор и его читатели, безусловно, существуют не в одном времени и пространстве. Однако художественный текст имеет коммуникативную природу, а также, как отмечено Г.Г. Почепцовым, текст затрагивает «вневременные вопросы человеческого бытия», а сам автор, мастер слова «порождает долгоживущие альтернативные тексты» [Почепцов, 2001, с. 351–352].

Коммуникативно-прагматический подход антропоцентричен. В этой связи важным является диада *адресант – адресат*, понятие смены коммуникативных ролей, причем врач чаще всего становится ведущим, а пациент – ведомым. Использование коммуникативно-прагматического подхода при изучении текстов художественной литературы на медицинскую тематику писателей XX–XXI вв. дает возможность проследить взаимосвязь приемов, методов, используемых для изучения употребления языка врачей и

пациентов в процессе коммуникации на рабочем месте, во время исполнения врачебного долга в единстве с прагматическими свойствами языковых единиц в связи с ситуацией общения для достижения успешности коммуникации и регулирования коммуникативного (речевого) поведения с целью координации отношений между доктором и больным для успешного лечения человека и исполнения всех предписаний профессионала.

Описание речевых жанров также не обходится без учета коммуникативно-прагматических параметров. Так, Т.В. Шмелева выделяет четыре типа жанров по базовому критерию «коммуникативная цель»: информативные, императивные, этикетные и оценочные РЖ [Шмелева, 1997, с. 89]. А.Е. Осипчук подчеркивает, что анализ выделенных лингвистом жанров уместен при «рассмотрении коммуникативно-прагматических параметров модели речевого жанра» [Осипчук, 2022, с. 83]. На наш взгляд, рассмотрение речевых жанров медицинского дискурса по коммуникативной цели позволит выйти за границы, которые были сформированы принадлежностью РЖ к одному стилю, и показать некоторое смешение стилей, жанров в одном фрагменте текста.

Медицинский дискурс, отраженный в художественных текстах, представлен в определенных *коммуникативных ситуациях*, являющихся «исходным моментом любого речевого действия» [Кузьмина, 2018, с. 34]. Н.И. Формановская так определяет это понятие: «коммуникативная ситуация – сложный комплекс внешних условий общения и внутренних состояний общающихся, представленных в речевом поведении – высказывании, дискурсе» [Формановская, 2002, с. 42]. В центре нашего внимания – фазы коммуникации в диалогах врачей и пациентов и составляющие коммуникативной ситуации. К ним относятся сами партнеры коммуникации (продуцент и реципиент), коммуникативные намерения, то есть цель, место, время, обстоятельство действительности. В нашем исследовании к партнерам коммуникации относятся врачи и пациенты, их родственники. При этом тип потенциально возможного адресата в такой

коммуникации – конкретный, реальный, но может быть как единичным, так и массовым. Стоит сказать, что адресант должен учитывать коммуникативную компетенцию своего собеседника, так как при ее низком уровне цель коммуникации может быть не достигнута. А.О. Столярова лаконично характеризует коммуникативную ситуацию как «комплекс идеальных (лингвистических и экстралингвистических) и материальных (собственно физических) факторов, взаимодействие которых в результате порождает речевое высказывание» [Столярова, 2020, с. 121]. При этом ученый подчеркивает важность влияния социальных условий на выбор дискурса. Так, в нашем исследовании тексты взяты из художественной литературы, однако внутри текста представлен медицинский дискурс, поскольку местом коммуникации является медицинское учреждение, интенция – помочь человеку спасти жизнь или сохранить здоровье. А.О. Столярова, опираясь на работы Л.Л. Славовой [Славова, 2000] и Г.Б. Филимоновой [Филимонова, 2002], так представляет *коммуникативную ситуацию*: это «демонстрация отношений между объектами действительности; отрезок жизни, в котором под влиянием экстралингвистических факторов осуществляется процесс симбиоза речевой и предметной деятельности субъекта, в результате которого производится финальный продукт – речевое сообщение» [Столярова, 2020, с. 122]. Как известно, к составным элементам коммуникативной ситуации можно отнести: «коммуникативный акт, состоящий лишь из трех элементов: адресант, само сообщение и адресат. Основными же компонентами коммуникативной ситуации являются следующие: 1) коммуниканты; 2) отношения между коммуникантами; 3) текст как речевое сообщение; 4) речевая, т. е. коммуникативная, деятельность коммуникантов; 5) внеречевая деятельность коммуникантов; 6) внешние компоненты внеречевой деятельности коммуникантов» [Столярова, 2020, с. 122].

В нашем исследовании речь идет о медицинском дискурсе, в котором возможны следующие основные микрогруппы коммуникантов: 1) медицинский работник и пациент, 2) медицинский работник и

родственники больного, 3) коллеги-врачи, 4) доктор и его начальство, а также иной работник медицинского учреждения. Отношения между коммуникантами официальные, так как медицинский работник (часто это врач) находится при исполнении своих обязанностей, цели же коммуникации могут быть разные, ведущей является – оказание или получение медицинской помощи. Кроме того, в художественных текстах могут быть отражены деловые переговоры с руководителем медицинского учреждения, деловая беседа с коллегами с целью обсудить рабочие вопросы и пр. Таким образом, коммуникация в медицинском учреждении прямо или косвенно связана с обеспечением сохранности здоровья людей.

В своем труде «Теория текста» Н.С. Валгина отмечает, что тип речевой ситуации определяет конкретную модель коммуникации (сообщения) [Валгина, 2003, с. 51]. Отсюда появляется «стереотипичность речевого поведения, которая отражается на нормах (жестких или менее жестких, свободных) речевой организации текста. Текст, соответственно, приобретает ту форму, которая помогает ему выполнить данную коммуникативную задачу. При этом чем более стандартен текст, тем ярче выявляются его признаки и тем более предсказуемой оказывается его форма. Следовательно, цель, намерение (авторская интенция) определяют тип изложения в тексте, несущем определенную информацию, а тип текста – функционально-смысловой тип речи, т. е. речевую форму» [Валгина, 2003, с. 52]. Исходя из вышесказанного, Н.С. Валгина резюмирует: «текст реализует определенную коммуникативную интенцию (намерение, задачу): 1) сообщить, констатировать (описание); 2) рассказать, изобразить (повествование); 3) сравнить, резюмировать, обобщить (определение, объяснение); 4) обосновать, доказать, опровергнуть, разоблачить (аргументация, рассуждение); 5) побудить, просить, приказать (инструктаж). Учитывая данные целеустановки текста, можно сделать (обобщенно и условно!) выводы о преобладающем способе изложения содержания в целом по тексту или по его фрагменту, виду текста, жанру; даже виду науки (например, в

математике – рассуждение, в ботанике – описание, в истории – повествование). Речь идет, конечно, только о преобладающем способе изложения, и это не исключает сочетания разных способов в любых текстах. Надо иметь в виду и различия в проявлениях этих способов в текстах монологических и диалогических» [Валгина, 2003, с. 52]. Так, в таком жанре, как диалог врача с пациентом, нужно учитывать определенный сценарий, по которому он обычно разворачивается. «1. Контактоустанавливающий этап. Установление контакта с пациентом, создание благоприятной атмосферы. Начало консультации задает тональность общения. 2. Сбор информации (сбор анкетных данных). 3. Сбор жалоб – этап вербального исследования пациента, цель которого выяснение причины обращения пациента к врачу. 4. Этап сбора анамнеза настоящего заболевания. 5. Этап сбора анамнеза жизни больного. 6. Этап осмотра пациента. 7. Этап сообщения диагноза. 8. Этап рекомендации» [Третьякова, 2014, 163–164]. Таким образом, интенция связывается с типом речи, его жанром, поэтому для полного анализа текста следует учитывать все категории, поскольку «для каждого этапа медицинской консультации характерно использование определенного первичного речевого жанра: жанр жалобы, просьбы, постановки диагноза, утешения, убеждения, рекомендации» [Третьякова, 2014, с. 163–164].

В ряд коммуникативно-прагматических параметров анализа входит речевое поведение. В.В. Дементьев выделяет нормативное и ненормативное коммуникативное поведение: «Нормативное коммуникативное поведение – принятое в данной лингвокультурной общности и соблюдаемое в стандартных коммуникативных ситуациях большей частью языкового коллектива. Ненормативное коммуникативное поведение – нарушающее принятые нормы» [Дементьев, 2010, с. 122]. При этом исследователь говорит о тесной взаимосвязи жанра и речевого поведения коммуниканта: «именно коммуникативный жанр в конечном счете определяет тип речевого поведения, задаваемый речевой ролью и регулируемый жанровыми предписаниями и / или взаимными ожиданиями партнеров по общению,

допустимые и социально одобряемые нормы и правила речевого поведения, наконец, конкретные стратегию и тактики речевого поведения, стандартные в данной ситуации речевые поступки коммуникантов» [Дементьев, 2010, с. 124]. Как пишут В.В. Барабаш, Л.А. Брусенская и Э.Г. Куликова, «выделяются несколько моделей поведения врача в диалоге с пациентом: активно-пассивная (сам знает, что нужно больному, деятельность врача сводится к выполнению своей работы без участия пациента, пациент при этом пассивен, не участвует в принятии решений); покровительственная (пациенту сообщается лишь необходимая, с точки зрения врача, информация, врач в роли наставника, роль пациента пассивная); информативная (пациенту сообщается вся информация по поводу его состояния, врач выполняет роль компетентного эксперта, роль пациента активная, он сам принимает решения); интерпретативная (пациент нуждается лишь в уточнении диагноза с помощью врача, врач выполняет роль советника, консультанта и помогает больному принимать решения, роль пациента активная); совещательная, или договорная (врач активно влияет на формирование мнения пациента и помогает ему в принятии решений, роль врача состоит в вовлечении пациента в обсуждение, касающееся его здоровья, роль пациента активная, он принимает решения совместно с врачом). И оптимальной моделью является именно совещательная (Сайно, Морунов, 2019). Идеально, если врачу свойственна эмпатия, способность вникнуть в проблемы пациента; хуже, если эмоционально дистанцирован от проблем пациента» [Барабаш, Брусенская, Куликова, 2026, с. 27–28].

Г.Г. Слышкин подчеркивает взаимосвязь коммуникативного поведения и жанра: «Жанровое оформление коммуникативного поведения относят к основным постулатам коммуникативной лингвистики, представляющим собой обобщение концепций, разработанных в различных областях науки о языке» [Слышкин, 2007, с. 336]. Причем «жанры собственно медицинского дискурса обусловлены характером коммуникации между врачом и пациентом. Для научного медицинского дискурса, естественно, характерен научный

стиль речи, в то время как медицинский дискурс представляет собой контаминацию стилей: научного, официально-делового и разговорного с возможными отдельными вкраплениями субстандарта» [Барабаш, Брусенская, Куликова, 2026, с. 28]. Таким образом, необходимо иметь в виду большую роль коммуникативного жанра, который образуется в речеговорении в непосредственном процессе коммуникации, чтобы провести более широкий анализ речевого поведения коммуниканта, рассматривая его в разных проявлениях.

Эффективным методом анализа художественного текста с позиции коммуникативно-прагматического подхода является концептуальный анализ, который предполагает поиск содержательно-концептуальной информации, о которой пишет Н.Р. Гальперин в своем труде «Текст как объект лингвистического исследования». Лингвист дает более детальное разъяснение данного термина: «Содержательно-концептуальная информация – преимущественно категория текстов художественных, хотя может быть получена из научно-познавательных текстов. Различие здесь лишь в том, что СКИ в научных текстах всегда выражена достаточно ясно, в то время как в художественных (пожалуй, за исключением морально-дидактической поэзии) для декодирования СКИ требуется мыслительная работа» [Гальперин, 1981, с. 28]. Ученый также говорит о том, что в художественном тексте следует работать и с содержательно-подтекстовой информацией, которая возникает благодаря «способности единиц языка порождать ассоциативные и коннотативные значения» [Гальперин, 1981, с. 28]. Это приводит к мысли о том, что художественный текст должен рассматриваться со стороны отражения в нем ключевых концептов, репрезентация которых является целью коммуникации.

Таким образом, коммуникативно-прагматический подход является междисциплинарным, так как охватывает различные разделы лингвистики, позволяя анализировать художественный текст подробно и с разных сторон, исследовать языковой материал с учетом его диалогичности, культурного

кода, смыслового поля, что говорит о сложности и многоуровневости объекта исследования.

Названный выше подход рассматривает текст с точки зрения коммуникативной функции, целей писателя, воздействия на адресата, а коммуникативная ситуация анализируется в ее коммуникативной среде. Акцент делается на механизмах создания эстетического эффекта и интерпретации смысла. В процессе анализа научной литературы выявлена связь между жанром и коммуникативным поведением, а также обоснована коммуникативная природа самого текста. Избранный подход позволяет рассматривать язык как живое и существующее в настоящем времени явление, несмотря на временную разницу между читателем, автором и героями художественного произведения.

1.5. Коммуникативные парадигмы врачей и пациентов в художественных текстах на медицинскую тематику

Нельзя не согласиться с мнением Н.И. Формановской, В.П. Москвина в том, что умение свободно владеть речью входит в компетенции многих профессий. Так, врач вне зависимости от квалификации должен обладать умением общаться – иметь профессиональную компетенцию в области взаимодействия с партнером в процессе обмена мыслями, мнениями с целью решения важных для жизни вопросов. Это может быть дискуссия по поводу плана лечения или восстановления пациента после операции, принятие решения в пользу проведения экстренной операции, которая связана с риском, и многое другое. Таким образом, «... врач институционально наделен экспертной и коммуникативной властью, обладает специальными медицинскими знаниями, но и пациент не должен быть в пассивной роли наблюдателя. Это становится возможным благодаря наличию у врача знаний о правилах организации общения, о наиболее продуктивных способах трансляции предоставляемой информации, об особенностях речевого

поведения пациентов и потенциальных коммуникативных помехах, о приемах создания благоприятной психоэмоциональной атмосферы» [Барабаш, Брусенская, Куликова, 2026, с. 56].

Профессиональная речь врача, несомненно, опирается на каноны общей риторики, поскольку ее задача – рассмотрение «начальных, главных, общих правил» построения «речи вообще» [Москвин, 2019, с. 21], независимо от ее профессиональной ориентации. Однако при работе с художественными текстами, содержащими медицинский дискурс, нами было отмечено, что есть некоторые особенности у врачей той или иной специальности, что легло в основу данного параграфа. Владеть искусством слова необходимо каждому специалисту, поскольку умение убеждать повышает продуктивность работы. Этому служат различные риторические приемы воздействия на человека, апеллирующие либо к его логике, либо к его чувствам. Таким образом, надо учитывать, по замечанию В.П. Москвина, что «каждой частной риторике могут быть поставлены в соответствие: 1) определенный специальный подъязык (а следовательно, и его терминосистема); 2) определенный функциональный стиль или подстиль» [Москвин, 2019, с. 21]. Рассматривать текст следует глубже, изучив его подстили, которые фактически всегда можно вычленить в тексте. Говоря о жанрах, мы также подчеркнули, что и в этом аспекте необходимо учитывать смешение нетипичных жанров, равно как и при рассмотрении общей специфики речи врача и пациента необходимо смотреть на текст с разных точек зрения.

С целью анализа особенностей медицинского дискурса мы будем рассматривать специфику риторики врачей в рамках коммуникативной ситуации, характеристики которой были приведены нами в параграфе 1.4.

М.Л. Макаров, рассматривающий особенности институционального дискурса в сравнении с разговорным в работе «Основы теории дискурса», отмечает общие черты всех подтипов институционального дискурса: ориентация на структуру, максимум речевых ограничений, относительно

фиксированная мена коммуникативных ролей, цели обычно имеют глобальный характер [Макаров, 2003, с. 112]. Действительно, в диалогах врача и пациента мена коммуникативных ролей чаще всего фиксирована: посредством произнесения первой, инициативной части диалогического единства типа вопрос-ответ определяется следующий ход, но говорящий не назначается, хотя часто он(а) подразумевается. Врач задает вопросы или констатирует факт, пациент должен дать ответную реакцию, а специалист уже по ней ориентируется, насколько верно они смогут выстроить ход лечения. Кроме того, для продуктивного общения со стороны врача применяются различные «средства выражения эмпатии, ободрения, демонстрации внимания (интереса), эмоционального переключения, ориентированных на стабилизацию эмоционального состояния пациента» [Жура, Рудова, 2016, с. 13]. Среди таких приемов можно назвать прием активного слушания, повтор реплик, эвфемизация, юмор, «мы докторского участия», использование специальной медицинской терминологии и околомедицинской лексики, а также «... метатекстовые высказывания, в семантике которых содержится сема “намерения”: хочу сказать, хочу подчеркнуть» [Наумова, 2013, с. 639]. Все названное способствует прежде всего соблюдению принципа правдивости, зиждущегося на принципе гуманизма, обеспечению гармонизации и релаксации.

Немаловажным для положительного результата коммуникации является учет правил речевого взаимодействия. Поэтому во избежание окончания диалога необходима смена ролей говорящих (диалог, а не долгий монолог без возможности ответной реплики). С.Г. Тер-Минасова пишет о том, что «правила учёта статусных ролей коммуникантов проявляются, с одной стороны, в реализации категории вежливости, с другой, – связаны с иерархическими или неиерархическими отношениями собеседников» [Тер-Минасова, 2004, с. 216]. На основе вышесказанного и в результате обработки языкового материала нашего исследования отметим, что проявляется данное правило в системе обращений: «Обращение на “Вы” (а не панибратское, тем

более хамское “ты”) и по имени-отчеству, вопросы, заданные с интонацией заинтересованности проблемой пациента, спокойные и убедительные интонации речи врача, объясняющего причины и прогнозы болезни, ясное объяснение рекомендаций и лечебных назначений – это то, что создает позитивный настрой на лечение. В свою очередь, пациент тоже обращается на “Вы” и с помощью слова “доктор”» [Барабаш, Брусенская, Куликова, 2026, с. 26].

Н.И. Формановская пишет, что «прагматически значимое название объектов действительности, в том числе своего партнера (при обращении), третьего лица, а также самоназвание (при знакомстве) несет информацию об оценке называемого, об ориентировке в ситуации и в социальных признаках собеседника или третьего лица и т. д. и заключается во многом в периферийных единицах языка: переносных значениях слов и форм, обращениях и названиях лиц, представленных при знакомстве» [Формановская, 2002, с. 6]. Определенное название несет в себе прагматическую информацию, а также связано со знанием этикета, который также используется в официальном общении коллег-врачей, докторов и их пациентов. Важно учитывать и иерархические отношения, которые зиждутся, по мнению А.А. Холодовича, на таких параметрах, как возраст, половая принадлежность, служебное положение (начальник / подчиненный), роль в сфере услуг (клиент / обслуживающий персонал), отношения родства (родственник / не родственник), отношения приятельства [Холодович, 1960, с. 33].

1.5.1. Типичное и специфическое в риторике докторов

По нашим наблюдениям, речь врачей практически всех специальностей имеет много общего, что отражается в различных характеристиках, в первую очередь в системе обращений. Чаще всего встречаются официальные обращения к врачам между собой и между врачом и пациентом. Так, в

произведении Ф. Грачёва «Записки военного врача» читаем: *Здравствуйте, товарищ! – приветливо обратилась к Вернигоре начальник физиотерапевтического отделения врач Руновская* [Грачёв, 1970, с. 21]. Существительное *товарищ* в МАС имеет несколько значений, так как само слово появилось вовсе не в советское время, а значительно раньше. Учитывая время протекания событий в произведении, можно сказать, что эта лексема функционирует в значении ’гражданин, человек в советском обществе’ [МАС, 1957–1960, т. 4, с. 370]. Стоит указать, что данное существительное не имеет политического значения (не подразумевается принадлежность к коммунистической партии), оно являлось частотным не только в стенах медицинских учреждений. В данном контексте слово уместно, так как пациент обращается к врачу, при этом присутствует сдержанное, вежливое, официальное общение. На протяжении всего текста мемуаров «Записки военного врача» сохраняется именно такой стиль коммуникации между врачами и пациентами – обращение на «вы».

Несмотря на молодость офицера, бывшего студента, врач называет раненого по имени и отчеству, глаголы повелительного наклонения также употреблены во множественном числе, что соответствует русской форме вежливости (местоимение *вы*, фразы *не уступайте, слышите*). Безусловно, это отражается на манере общения с пациентами, а сами больные стараются придерживаться одного стиля взаимодействия с докторами. Реплики емкие, немногословные, иногда могут быть экспрессивными (например, в случае диалога с молодым пациентом, потерявшим ноги на поле боя):

*– Что я буду делать, **Розалия Львовна**?! – с горечью восклицает офицер. – Без ног! На роликовой тележке? Вот так… Руками, что ли, отталкиваться? Нет! Лучше петля.*

*– Это малодушие! Не уступайте ему! Не уступайте! – взволнованно убеждает раненого Золотницкая. – Ни на йоту! Вы слышите? Ни на йоту! Я слепая! Это очень страшно! Не видеть красоты на земле! Но я живу и работаю, **Николай Васильевич**!* [Грачёв, 1970, с. 40]

Коммуникативные компетенции собеседников примерно одинаковые, так как у героини-врача в диалоге отражаются такие психофизиологические особенности, как экстравертивность, Золотницкая находится в открытом, доверительном общении со своими пациентами, ровно как и ее пациент, несмотря на свое тяжелое положение. Доктором избрана верная аргументация: Розалия Львовна обращает внимание на то, что сама имеет физический недостаток – слепоту. Однако она подчеркивает силу духа, которую нашла в себе, чтобы, даже ослепнув, продолжить работу в госпитале. Именно благодаря такому откровенному пылкому диалогу офицер увидел в словах Золотницкой повод расстаться с мыслями о суициде. Коммуникативный контакт успешно установлен. Интенция врача прямая, так как она не старается открыто говорить о важности самого факта продолжения жизни вопреки сложившимся обстоятельствам, что приводит к положительному результату общения. Отметим, что эмоциональность в интонациях женщины также положительно сказалась на молодом офицере.

В риторике существует несколько приемов влияния в процессе установки контакта. Так, нами уже освещен прием озвучивания имени врачом или пациентом (обращения по имени). Однако существует еще несколько значимых приемов, отраженных на страницах художественных произведений. Прием «личная жизнь», упомянутый впервые психологом М.Е. Сандромирским [Сандромирский, 2005], нередко применяется именно врачами. Это связано с тем, что многие пациенты обычно воспринимают врача как человека, который только лечит других, а сам или не болеет, или же не стал бы придерживаться избранного им самим хода лечения. Поэтому ничто так быстро не располагает пациента к врачу, как фраза доктора *я сам пил эти таблетки* или *я сам недавно переболел.* История из личного опыта очень успокаивает. В приведенном выше контексте врач Золотницкая применяет прием «личная жизнь», чтобы показать: слепой быть хуже, чем остаться без ног. Она экспрессивно говорит об этом: никогда ей не суждено уже увидеть красоту мира, а ведь пациент может насладиться этим зрелищем.

Н.И. Формановская отмечает, что «в процессе завязывания контактов используются обращения, приветствия, во второй фазе – средства авторизации и адресации, а в третьей – реализуются прощание, пожелание добра и пр.» [Формановская, 2002, с. 54]. В работах Б.Ю. Нормана обращено внимание на то, что в русском языке, в отличие от, например, польского или чешского языков, нет универсального обращения к человеку женского и мужского пола. То же касается и сферы профессиональной, но «в медицинской среде всё же есть классические варианты “врач” и “сестра”, часто используемые пациентами при общении с докторами и медицинским персоналом» [Норман, 2009, с. 25]. Например, в произведении Ф.Г. Углова «Сердце хирурга» фельдшер Павел Петрович обращается к врачу по имени-отчеству: *Сейчас, Фёдор Григорьевич. А ты, мальчик, не реви. Доктор поможет, выправит, крепше прежнего будет лоб!* [Углов, 2008, с. 77]. Несомненно, обращение является одним из важных компонентов в установлении контакта, неизбежного в коммуникации врача и пациента.

В медицинском дискурсе понятие ‘родство’ сближается с понятием ‘работа – второй дом’, а коллеги – это ‘члены большой медицинской семьи’. Поэтому нередко стираются границы в общении, но сохраняется чаще всего использование имени и отчества при обращении, дополненные иногда более экспрессивными, оценочными или уменьшительно-ласкательными элементами, что ведет к появлению диминутивов (например, к имени может добавиться суффикс – *Ларисочка Михайловна* вместо *Лариса Михайловна*).

В произведении М.А. Булгакова «Записки юного врача» можно встретить следующее обращение к пациенту: *Вот что, голубчик, – говорил я, постукивая по широчайшей теплой груди, – у вас малярия. Перемежающаяся лихорадка… У меня сейчас целая палата свободна. Очень советую ложиться ко мне. Мы вас как следует понаблюдаем. Начну вас лечить порошками, а если не поможет, мы вам впрыскивания сделаем. Добьемся успеха. А? Ложитесь?* В словаре Д.Н. Ушакова находим помету к слову *голубчик* – разговорное, фамильярное, иногда с оттенком ласки, обращение в значении

‘мой милый, дорогой мой’ [Ушаков, 1935, т. 1, с. 591]. Данный гендерный вокатив, относящийся к анималистическим лексемам, маркирует момент создания произведения: еще нет активного обращения *товарищ*, ставшего частотным в период СССР и несущего «партийно-советскую» окраску. Исходя из мнения М. Фасмера, слово *голубчик* образовано от существительного *голубь* [https://gufo.me/dict/vasmer/голубчик] и развивает метафорическое значение. Это существительное имеет позитивную коннотацию, что позволяет врачу в официальной обстановке в общении с пациентом употребить его, добившись также ответной положительной реакции. Словообразовательный формант *-ик* в слове имеет уменьшительно-ласкательное значение, ср. в аналогичных словах *котик, попрыгунчик* и др.

У М.А. Булгакова в главе «Египетская тьма» находим еще одно обращение в речи фельдшера: *Бабочка, ты нам очков не втирай, – сурово, искривив рот, говорил Демьян Лукич, – мы все досконально понимаем. Сознавайся, кого лечила этими каплями? – Вот чтоб мне…* [Булгаков, 2018, с. 46] Ласковое обращение *бабочка* (в словаре Д.Н. Ушакова с пометой просторечное – ‘ласковое обозначение молодой женщины’ [https://ushakovdictionary.ru/word.php?wordid=1289]) не раз встречается в разговорной речи на страницах классической литературы.

Примечание – у М. Шолохова в произведении «Поднятая целина» Разметнов и Устин тоже употребляют данное обращение к женщинам. Раньше оно часто использовалось в бытовой речи с уменьшительно-ласкательным суффиксом *-оньк-* . Обращение восходит к слову *бабка, бабушка*, что зафиксировано в этимологическом словаре М. Фасмера: ‘уменьш. от ба́бка «бабушка». Это образование основано на представлении, что душа умершего продолжает жить в виде бабочки’ [https://gufo.me/dict/vasmer/бабочка].

В произведении Ф.Г. Углова «Сердце хирурга» разговор ведется между двумя коллегами-врачами, которые обсуждают необходимость операции. Однако она достаточно рискованна, молодой хирург сомневается, но главный

хирург подталкивает своего ученика к мысли об обязательности операции, несмотря на большой риск: *Выхода, папенька, нет, – сурово сказал Николай Николаевич. – Кончайте! Может быть, обойдётся* [Углов, 2015, с. 8]. В толковом словаре Д.Н. Ушакова находим определение *папенька* – ’разг. устар. ласкательное или почтительное обозначение отца’ [Ушаков, 1939, т. 3, с. 36]. Как отмечает Б.Ю. Норман, «чрезвычайно характерной чертой русского речевого обихода является метафорическое использование названий родственников для обращения к незнакомому человеку (и вообще для именования постороннего человека)» [Норман, 2009, с. 36]. К ним относятся слова и их различные вариации *папа, мать, сестра* и *брат.* Использование их дериватов-диминутивов в качестве обращений не соответствует формальной обстановке, но, как было уже отмечено, профессия врача предполагает фактически ежедневное, порой круглосуточное пребывание специалиста на работе. Главный хирург, общаясь со своим преемником в такой «домашней» обстановке, настраивает его на нужное решение, не накаляя атмосферу, а делая все возможное для ее разрядки.

Пациент часто обращается к специалисту не по собственному желанию, а в связи со сложившимися обстоятельствами. Врач старается поддерживать доверительное общение, так как получение подробной информации об образе жизни, симптомах, сопутствующих факторах очень важно в постановке диагноза, назначении препаратов и / или процедур, для понимания, насколько назначение будет эффективно для конкретного пациента, и в целях предположения хода лечения. Одним из компонентов суггестивного воздействия в фатической стратегии, а также способом поддержания эмоционального контакта в ходе информативного общения является использование эмоционально воздействующих фраз, в том числе комплиментов [Гончаренко, 2007, с. 13]. С помощью последнего врач располагает к себе, демонстрирует интерес к больному, выстраивает и поддерживает контакт с ним. Иногда похвала требуется как пациенту, так и коллеге, поскольку профессия врача предполагает не только общение с

больными, но и слаженную и эффективную работу профессионалов в области медицины.

В больницах работают и рядовые врачи, и их руководители, главные врачи занимаются организаторской деятельностью в медицинских учреждениях (например, в столовых при больницах и госпиталях), они должны уметь вести конструктивный диалог, мотивировать коллег и сотрудников, применяя в том числе похвалу. В ходе общения невозможно избежать суггестивности. Как пишет Н.В. Гончаренко, «... вербально суггестивность медицинского дискурса выражается в установках, формулируемых врачом посредством прямого речевого внушения в виде «директив», принимающих формы врачебной команды, совета, рекомендации, инструкции, запрета, а также косвенного внушения в виде внушающего одобрения (комплимент, похвала) или внушающего осуждения» [Гончаренко, 2007, с. 7]. Рассмотрим, всем ли специальностям врачей свойственен данный компонент суггестивного воздействия и в чем его специфика.

В произведении «Записки военного врача» Ф.Ф. Грачёва происходит диалог между начмедом и главным врачом Ягуновым, делающим замечание – ***Потрясающий результат****!* И далее в тексте читаем: *Его усы бабочкой вздернулись вверх. – Всё?* [Грачев, 1970, с. 6]. Становится понятным, что первая фраза сказана с иронией, так как начмед не подготовился к тому, чтобы кормить военных в госпитале, нет элементарно даже утвари для пациентов. Однако мы видим, как изменяется следом поведение начмеда при рапорте о закупке кроватей для раненых, так как тех становится все больше, а многие больницы просто не готовы к такому количеству солдат: ***Вот это работа!*** *– воскликнул Ягунов. ...* ***Похвально! Прекрасно, друг сердечный!*** [Грачев, 1970, с. 7] Главный врач использует похвалу по отношению к солдату, доложившему о такой радостной новости, при этом употребляет обращение *друг сердечный*, хотя врач понимает, что не один человек выполнил данное поручение, а целая команда, однако рапортовавший

порадовал его сердце, полное тревог за организацию и расширение госпиталя.

Иногда можно увидеть жанр упрека в общении коллег, сотрудников медицинского учреждения. Критика в данном случае чаще всего является оправданной, так как в медицинском учреждении необходимо соблюдать порядок, четко выполнять указания старшего. В приведенном ниже примере диалог происходит между санитаркой и Евгенией Степановной, являющейся профессором Ленинградского университета, которая показывает, как нужно мыть полы в палате военного госпиталя. Этот пример может свидетельствовать о том, что в военной обстановке врач, имеющий высокий статус, тоже старается делать все для сохранения порядка и чистоты в госпитале, не чужда ему любая работа.

– *Надя! Неси горячую воду!*

– *Евгения Степановна, где мыло?*

– *Да не так надо мыть,* ***маменькины дочки****! Ты с какого факультета?*

– *С философского.*

– ***Спиноза****! Смотри! Смотри, как моют полы!* [Грачёв, 1970, с. 8]

Врач называет студентку философского факультета, а теперь санитарку, *Спинозой*, иронично ссылаясь на голландского философа, кроме того, в контексте есть обращение с учетом иерархии возраста – только по имени без отчества, что подчеркивает социальную незрелость адресата. Фразеологизмом *маменькина дочка* (‘избалованная, изнеженная девочка, девушка’ [Тихонов, 2003, с. 142]) употреблен в форме множественного числа, что говорит о частоте случаев, когда совсем юные, не знающие тяжелой работы санитарки, девушки со студенческой скамьи, попадали в госпиталь, где некогда было объяснять какие-то вещи, а нужно быстро и качественно выполнять работу.

В военном госпитале много работы, врачи и весь медицинский персонал, сотрудники и военные, снабжающие медучреждение, измотаны, поэтому порой от начальства необходима поддержка, доброе слово, что

согласуется с коммуникативным намерением комиссара и служит созданию нужного эмоционального фона. В речи комиссара находим следующее высказывание-реплику к медперсоналу госпиталя: *Плохой уход, товарищи, может загубить бойца, свести на нет всю огромную работу врачей.* ***А теперь наберитесь сил, отдохните****! – закончил комиссар. – Политрукам медицинских отделений явиться ко мне!* [Грачёв, 1970, с. 15]. Выделенная реплика имеет простую, емкую в смысловом отношении композицию, используется принятое в советское время ритуализованное обращение *товарищи*, наставление-забота передается через формы повелительного наклонения: *наберитесь сил, отдохните*. В данном примере представлен жанр речевого волеизъявительного (просьба начальника) воздействия с социально ориентированным влиянием (то есть на группу докторов, которые должны набраться сил перед новым поступлением раненых).

Находим в художественных произведениях и общение между врачами, например, между опытным и только поступившим на работу доктором. Иногда молодые врачи не осознают предстоящих трудностей, которые им нужно будет преодолеть в стенах больниц и поликлиник. Такая ситуация описана в произведении Д.А. Правдина «Записки районного хирурга», когда молодой специалист уже видит нехватку кадров, огромное количество обязанностей на плечах врача (работать и за санитара, и за медсестру, а еще в не предназначенном для этого помещении – здании общежития):

– Теперь начинаю понимать, отчего ваши хирурги убежали.

– Это еще цветочки, – грустно заметил заведующий.

– Какими ж будут ягодки…

– ***Сдрейфил?*** *– подмигнул мне завотделением.*

– Еще чего! Надо таскать – потаскаем, – не особо бодро ответил я [Правдин, 2019, с. 7].

Опытный врач понимает, что, не задав провокационный вопрос (*Сдрейфил?)*, он легко потерял бы потенциального коллегу, который смог бы взять на себя часть обязанностей и освободить других. Он сделал ставку на

возраст нового доктора, которого в силу молодости еще можно спровоцировать, указав на его трусость или слабость. Заведующий учел *фактор адресата* [Москвин, 2012, с. 58]: молодость потенциального коллеги, а также свое более высокое положение и возможность использовать такую манеру общения. Нельзя сказать, что провокация имеет только негативные намерения говорящего. Так, Е.Н. Зарецкая пишет, что «человек внутренне может относиться к вам вполне лояльно, но ему очень нужна информация, которой вы владеете, иногда настолько нужна, что ему кажется: от этого знания зависит его судьба» [Зарецкая, 2002, с. 45].

Рассмотрим следующий пример: – ***Юрьевна! Алексеич!*** *Бегом! Леночка орёт! Что-то случилось во второй седьмой!* [Соломатина, 2020, с. 24] Санитарка в данном примере обращается только по отчеству к врачам, что сохраняет вежливость, но вместе с тем отражает панибратское отношение. Для определенной социальной категории лиц это вполне допустимое обращение [Норман, 2009, с. 32].

В ходе наблюдений мы выявили, что некоторые риторические особенности отражаются в речи врачей таких специальностей, как **хирург, акушер-гинеколог** и **психиатр**. Рассмотрим это подробнее.

Медицинский дискурс предполагает построение высказывания с заданными характеристиками, свойственными речи доктора в процессе общения с пациентом (см. пример ниже): модальность долженствования в реплике врача *надо удалить*, так как ситуация не имеет иного выхода и директивна по сути. При этом врач добавляет *обязательно*, используя парцелляцию для подчеркивания безвыходности ситуации и логическое ударение далее усиливая с помощью восклицания. Врач оказывает прямое интенциональное воздействие, желая добиться необходимого для обеих сторон результата в своей убедительной просьбе. Отметим, что пациент не стремится возмутиться, а высказывает доверие:

В перевязочной Павлова внимательно и бережно осмотрел Муратов.

– Болит нога?

– Грызет… Моченьки нету…

– Осколок ***надо удалить****, — мягко сказал хирург. – Обязательно!*

– ***Вам виднее****, – тяжело выдохнул раненый. – Только боязно мне, Петр Матвеевич…*

– Понимаю. Перед операцией так бывает с каждым. ***Но вы не бойтесь! Все будет хорошо*** [Правдин, 2019, с. 61].

В речи врача есть категоричность, присущая речи людей рассматриваемой профессии. Категоричность выражается в инфинитивной конструкции *надо удалить*, восклицательном предложении (для подчеркивания того, что пациент должен доверять хирургу и стараться не волноваться об успехе лечения и операции). Доктор проявляет эмпатию, говоря, что состояние пациента свойственно всем, кому предстоит операция: *так бывает с каждым*. Это замечание, на наш взгляд, положительно повлияло на военного, так как он увидел уверенность в словах опытного профессионала. Диалог хирурга и пациента заканчивается благодарностью после осмотра: *Спасибо, ангел ты мой!* Кроме того, в начале общения раненый говорит с врачом на «вы», а затем переходит на «ты», что также подчеркивает сокращение дистанции между коммуникантами и полное доверие доктору. Нужный результат общения, таким образом, был врачом достигнут.

В произведении М.А. Булгакова «Записки юного врача», посвященного деятельности начинающего специалиста, показана ситуация, в которой доктор вынужден осуществить хирургическое вмешательство. В общении врача с пациентом коммуникативная компетенция очень важна, однако не всегда врач может убедить пациента. Но в приведенной ниже ситуации мы понимаем, что категоричность врача уместна, поскольку в его намерение входит дать понять неизбежность хирургического вмешательства во имя спасения ребенка:

– Вот что, – сказал я, удивляясь собственному спокойствию, – дело такое. Поздно. Девочка умирает. И ничто ей не поможет, кроме одного – операции.

– Может, это ей поможет? – спросила мать.

– Нисколько не поможет.

– Перестань, – промолвил я. Вынул часы и добавил: – Пять минут даю думать. Если не согласитесь, после пяти минут сам уже не возьмусь делать.

– Не согласна! – резко сказала мать.

– Ну, как хотите, – глухо добавил я и подумал:

– Что вы, с ума сошли? Как это так не согласны? Губите девочку. Соглашайтесь. Как вам не жаль?

– Нет! – снова крикнула мать [Булгаков, 2018, с. 27].

Врач осознает, что женщины пришли к нему спасти ребенка. Чтобы помочь девочке, доктор нарушает границы вежливости (обрывает, обращается на «ты» к матери), так как статусно-ролевое положение коммуникантов позволяет ему это делать, не влияя на коммуникативную компетенцию негативно. У врача есть коммуникативное намерение, которое в данной экстремальной ситуации сильнее норм этикета, правил; он не ведет длительной беседы, а уже фактически сразу после осмотра велит фельдшеру готовить камфору, чтобы ввести девочку в состояние наркоза. Категоричность связана с перформативностью, то есть с побуждением партнера к действию (речевому / неречевому), к мысли или к прекращению какой-либо деятельности и т. п. [Кузьмина, 2018, с. 329], подталкивая женщин к действию, а именно к тому, чтобы они дали разрешение на операцию. Доктор использует вопрос-упрек: *Как это не согласны?* Затем заключает: *губите девочку*. Однако такое поведение врача в конце коммуникации произвело негативный эффект, что связано с конфликтогенностью характера (вспыльчивость), были нарушены правила этикета (*Что вы, с ума сошли?*). Жанр упрека явно выражен в репликах, поскольку врач открыто говорит о том, что именно из-за безграмотности и халатного отношения ребенок

находится в крайне тяжелом состоянии. Доктор открыто показывает отсутствие эмпатии ко взрослым, не желает идти на поводу у женщин и давать лекарство, которое не облегчит ребенку боль и тем более не спасет жизнь. Мы видим из диалога, что, несмотря на убедительный тон, лаконичность ответов врача, уверенность в незамедлительности операции, укор матери в том, что она целых пять дней не обращалась к специалисту, доведя ситуацию до кризиса, ни мать, ни бабушка девочки не согласны на надрез горла ребенка. Врач не учел фактор адресата, который не привык вообще к таким словам, как *операция*, *надрез горла* и *осуществление дыхания через серебряную трубку*. В той деревне, где работал молодой врач-рассказчик, жители привыкли лечиться травами, примочками и прочими народными средствами, полагаясь на волю судьбы. Коммуникативная компетенция обеих женщин не соответствует тому, чтобы действительно наладить с ними контакт и быстро уговорить на необходимую спасительную операцию. Адресаты – другого социального статуса, нежели врач. Однако в итоге он после резкого отказа женщин побеждает в этом споре, так как его тактика была верной: врач дал понять серьезность сложившейся ситуации и использовал объяснение «простыми словами» своих действий во время операции, а также применил тактику побуждения к действиям, потому что времени мало и нельзя его тратить на долгие разговоры. При этом в начале общения глобальная стратегия врача была на грани провала, поскольку он не учел критерия местности в вербализации своей профессиональной компетентности. Верным был ход – взять паузу. В данном примере можно говорить о суггестии: доктор применяет метод воздействия на психологическое состояние женщин, а передаваемая им информация, изложенная лаконично и четко, апеллирует к чувствам. Волевое и интеллектуальное превосходства врача также помогли ему получить необходимое от родственников разрешение на хирургическое вмешательство.

В речи докторов узких специальностей, например, гинекологов и психиатров, нередко встречаются свои риторические особенности, так как их

пациентами являются люди, имеющие повышенную эмоциональность из-за различных психо-физиологических причин.

Обратимся к тексту Т.Ю. Соломатиной «Акушер-ХА». В работе врачей-гинекологов есть своя специфика, так как им приходится работать с женщинами, которые имеют нестабильное психо-эмоциональное состояние в связи с физиологическим состоянием, социальным статусом. Доктору необходимо быть дипломатичным и тактичным, чтобы наладить общение, обойти назревающие конфликты с пациентками, которые в любой момент могут не справиться с эмоциями, что может привести к нежелательным последствиям и ухудшению состояния здоровья женщин и их будущего потомства.

В произведении «Акушер-ХА» Т.Ю. Соломатиной встречаем следующий пример, в котором посреди ночи звонит обеспокоенная женщина в положении, требующая немедленной госпитализации:

– Милочка, выпейте таблетку но-шпы и ложитесь ***баю-бай****. Завтра, как и договаривались, подъезжайте с утра. Мы вас госпитализируем, обследуем, и* ***все будет хорошо****.*

– Доктор, я рожаю!!!

– До свидания, Милочка [Соломатина, 2020, с. 27].

Доктор понимает, что женщина ждет первенца и может быть особенно обеспокоена тем, как должен начинаться процесс родов, однако врач не впервые видит подобное поведение пациенток, пошагово объясняет ей все (глаголы совершенного вида *выпейте, подъезжайте* для создания инструкции пациентке), что нужно сделать: выпить лекарство, отдохнуть и уже завтра прийти на запланированный ранее осмотр. Однако убедившись в том, что женщина будет настаивать на своем, врач, соблюдая этикет, прощается и обрывает коммуникацию. Врач применяет элемент уговаривания, который сопровождается междометием *баю-бай*, что также сопряжено с обращением *милочка* на протяжении всего разговора, как бы

смягчая убедительную речь врача о том, что ситуация не требует срочного вмешательства.

Рассмотрим риторические особенности **речи психиатра**. Надо сказать, что не всегда ласковое и вежливое обращение встречается в диалогах между врачом и пациентом, потому что иногда доктор воспринимается больными как причина их долгого и принудительного лечения в богоугодных заведениях. Так, в произведении А.П. Чехова «Палата №6» (глава IX) выделим следующий пример, где обращение к врачу весьма нелестно звучит (*Проклятая гадина!*, *Вор!*, *Шарлатан! Палач!*), как только он входит в палату и его шаги слышит пациент психиатрической больницы:

– Доктор пришел! – крикнул он и захохотал. – Наконец-то! Господа, поздравляю, доктор удостаивает нас своим визитом! Проклятая гадина! – взвизгнул он и в исступлении, какого никогда еще не видели в палате, топнул ногой. – Убить эту гадину! Нет, мало убить! Утопить в отхожем месте!

Андрей Ефимыч, слышавший это, выглянул из сеней в палату и спросил мягко:

– За что? – За что? – крикнул Иван Дмитрич, подходя к нему с угрожающим видом и судорожно запахиваясь в халат.

– За что? Вор! – проговорил он с отвращением и делая губы так, как будто желая плюнуть. – Шарлатан! Палач! [Чехов, 2006, с. 487]

Необходимо также указать на неверно выбранную тактику врача, который отвечает на оскорбления как вербально, так и невербально эмоционально. Он показывает, что пациент достиг желаемого эффекта – задел чувства, эмоции врача, который только начал обход больных. Доктор начинает спрашивать пациента, почему он заслуживает столь грубых к нему обращений. Сложившуюся ситуацию можно охарактеризовать как коммуникативное самоубийство, потому что доктор выбрал роль просителя (просит разъяснить ему причины оскорбительной речи по отношению к нему, однако сам понимает специфику своих пациентов, знает, что иногда агрессия

психически больного человека может не иметь каких-то логической мотивации).

Как мы знаем, психиатр имеет дело со специфическими пациентами, которые часто, несмотря на свои недуги, являются очень хорошими манипуляторами. Врач находится в сложных взаимоотношениях с такими больными, он должен спокойно относиться к проявлению разных форм речевой агрессии, однако терпение может быть небезграничным, иногда доктор тоже срывается. Не секрет, что каждый человек имеет слабые места («мишени психологического манипулирования»), а пациент, имеющий достаточный уровень интеллекта и долго лечащийся в больнице, очень хорошо знает об этом и может эмоционально дестабилизировать врача.

В сборнике М.И. Малявина «Записки психиатра» находим примеры, иллюстрирующие риторические и прагмалингвистические особенности речи доктора. Обратимся к тексту рассказа, где беседуют коллеги:

– *Предлагаю ввести совместные со стационаром практические занятия с обязательной сдачей нормативов и зачетов, с привлечением наблюдателей из городского штаба ГО!*

Начмед, подпрыгнув от неожиданности на месте, вкрадчиво спросил:

– *И* ***давно вас стали посещать такие, ммммм… конструктивные идеи****?* [Малявин, 2012, с. 23]

В примере начмед реагирует на идею коллеги, используя умолчание (многоточие и замена реальной мысли на более корректную в данной речевой обстановке: беседа специалистов на совещании) и типичный для психиатров вопрос: *давно вас посещают такие... мысли*? Фраза стала своеобразным маркером этой медицинской профессии, так как нередко именно психиатры задают такой вопрос, понимая, что их пациенты страдают навязчивыми идеями. С помощью намека через иносказание врач дает понять, что идея введения практических занятий не вызывает положительного отклика у врачей, имеющих и без этих дополнительных занятий большую занятость, однако никто не вышел за рамки дозволенного, не перешел в стадию

конфликта или не опустился до оскорбления, перехода на личность. Все это говорит о наличии должной языковой компетенции у специалистов. Ответ имеет лишь шутливую форму в реплике начмеда.

Итак, речь любого врача учитывает специфику состояния человека, находящегося в стадии заболевания и имеющего в разной степени нестабильное поведение, которое может выражаться в необъяснимых вспышках агрессии, нежелании и невозможности мыслить логически. Однако врачи, имеющие опыт работы, с помощью бесед сначала оценивают ситуацию, пытаются в мягкой форме отстоять свои доводы, как бы направляя действия пациентов, но не доводят коммуникацию до конфликта, поскольку это может только ухудшить психическое состояние больных. Нередко врач относится к пациенту как к ребенку (использование диминутивов, уменьшительно-ласкательных слов, доброжелательной интонации, разговора с пациентами на «ты»). Если же общение закончилось коммуникативной неудачей, цель не была достигнута врачом, он решает завершить разговор, как бы дав больному ощущение, что его выслушали, уважительно отнеслись к его точке зрения, и при этом общение происходило на равных.

Нами были проанализированы риторические и прагмалингвистические характеристики речи врачей отдельных специальностей: хирурга, в том числе и военного, врача общего профиля, гинеколога и психиатра. В речи врачей общего профиля каких-либо особенностей, кроме названных выше, не выявлено, поскольку эти доктора сталкиваются в качестве пациентов как с детьми, так и со взрослыми. Они сохраняют речь официальной, могут прибегать к логическим аргументам, убеждению, упреку.

Если говорить о видах речевого воздействия в речи врачей, то все типы относятся к волеизъявительному и информационно-разъяснительному. Это связано с тем, что, вне зависимости от специализации врача, каждый из них стремится дать совет по лечению, иногда они делают это в приказном порядке или мягком тоне в виде просьбы, а также объясняют ход лечения или необходимость того или иного медицинского вмешательства, например,

операции. Таким образом, в речи хирурга часто присутствует категоричность, выражающаяся в формах семантического и морфологического императива. Военного врача отличает более строгое, регламентированное условиями общение, поскольку пациентами являются не гражданские, а военные люди, имеющие обязательное официальное обращение друг к другу (*товарищ*, *товарищ капитан* и пр.).

Отметим, что есть общие черты в риторических особенностях речи врачей-гинекологов и врачей психиатров, так как их пациентами являются люди, имеющие повышенную эмоциональность, в первом случае – на фоне гормональных изменений, волнения перед рождением ребенка или после родов в связи с состоянием здоровья новорожденного, а во втором – на фоне психических заболеваний (повышенная возбудимость и порой эксцентричность поведения на приеме). Врачи названных выше специальностей используют при общении с пациентом диминутивы, стараются поддерживать режим дружеского общения. Кроме того, психиатры стараются приводить логические аргументы, опираться на факты и всем понятные аксиомы, но при этом ни в коем случае не вступают с больными в конфликты, показывая высокий уровень коммуникативной компетенции даже в неординарных ситуациях.

На наш взгляд, наиболее ярко с риторической точки зрения в художественных произведениях отражена речь гинеколога: она отличается простотой, не осложняется абстрактными понятиями, она похожа на общение не со взрослыми, а с детьми за счет использования диминутивов.

1.5.2. Речевые характеристики пациентов

Рассмотрим теперь особенности коммуникации пациентов в ходе получения ими медицинской помощи. Речь больных, возможно, будет больше насыщена иностилевыми единицами речи, так как пациентами становятся люди абсолютно разных профессий, социального статуса и, конечно, речевой

компетенции. Кроме того, у пациентов будет отсутствовать употребление профессиональных терминов, наблюдаться большая экспрессивность, так как человек находится в состоянии стресса в связи со своим недомоганием, волнением за здоровье свое или близкого человека, который сейчас болен.

В рассказе М.А. Булгакова «Стальное горло» («Записки юного врача») описывается спор врача с семьей девочки: родственники не обратились вовремя за медицинской помощью, а теперь отказываются от хирургического вмешательства, что может погубить ребенка:

– Дай ей капель, – сказала она и стукнулась лбом в пол, – удавлюсь я, если она помрет.

– Встань сию же минуточку, – ответил я, – а то я с тобой и разговаривать не стану.

Мать быстро встала, прошелестев широкой юбкой, приняла девчонку у бабки и стала качать. Бабка начала молиться на косяк, а девочка все дышала со змеиным свистом.

– ***Дай ей, помоги! Капель дай!***

Я ясно видел, что меня ждет, и был тверд.

– Каких же я капель дам? Посоветуй. Девочка задыхается, горло ей уже забило. Ты пять дней морила девчонку в пятнадцати верстах от меня. А теперь что прикажешь делать?

– ***Тебе лучше знать, батюшка****, – заныла у меня на левом плече бабка искусственным голосом, и я ее сразу возненавидел.*

Мать не давала девочку, когда увидела шприц, но мы ей объяснили, что это не страшно.

– ***Может, это ей поможет*** *– спросила мать.*

– Нисколько не поможет.

Тогда мать зарыдала.

– Перестань, – промолвил я. Вынул часы и добавил: – Пять минут даю думать. Если не согласитесь, после пяти минут сам уже не возьмусь делать.

– Не согласна! – резко сказала мать.

– Нет нашего согласия! – добавила бабка.

*– **Убьет**, – повторила бабка, глядя на меня в ужасе.*

– В операционную их не пускать! – приказал я [Булгаков, 2018, с. 28].

Обратим внимание на троекратный повтор глагольных императивов *дай, помоги,* который во фразе *Капель дай!* выступает совместно с инверсией, с помощью чего смысловой акцент падает на слово *капли*. Для матери такое лечение кажется наиболее простым и эффективным, а операция видится чем-то фатальным для ее ребенка, несмотря на решительность доктора и его уверенный прогноз возможной смерти пациента в случае отказа от хирургического вмешательства. Императив используется в форме 2 лица, мать использует «ты»-конструкции, что маркирует ее происхождение и подчеркивает возраст врача. В диалоге также присутствуют реплики бабушки маленькой пациентки. Старушка смягчает свою речь обращением *батюшка* (‘ласково-фамильярное обращение к собеседнику’ [МАС, 1981, т. 1, стр. 65]), показывая свое уважение к доктору. Мать чувствует, что проигрывает этот спор доктору, однако еще раз переспрашивает с неуверенностью (вводное слово *может*). Врач утверждает свою позицию относительно метода лечения, о чем свидетельствует отрицание (*нисколько не…).* Тогда женщина окончательно понимает, что исход неизбежен, она плачет, возможно, от безысходности или же для привлечения внимания к ее положению врача и других медицинских работников. Однако, когда доктор сказал, что дает им пять минут подумать, при этом добавив, что после он и без их согласия начнет оперировать, мать немедленно закричала *Не согласна* – маркер категоричности и высокого уровня экспрессии. Бабушка вторит матери девочки: повтор слова *нет*, а также употребление местоимения *нашего*, для того чтобы продемонстрировать врачу сплоченность семьи в принятии решения.

Согласие матери на проведение операции сопровождается недоверчивой фразой бабушки *Убьёт* (буд. время сов. в.; форма третьего

лица без адресата, предполагаемое негативное следствие операции), которая ждет только худшего.

В другом рассказе «Пропавший глаз» описывается случай, когда к врачу пришла женщина с грудным ребенком, проблема которого была в том, что на глазу появился большой шар желтоватого цвета, закрывший ему глаз. Доктор долго сомневается, что же это, предполагает неминуемость операции, что пугает женщину:

– ***Что резать?*** *– спросила баба, бледнея.* – ***На глазу резать? Нету моего согласия…***

И она в ужасе стала заворачивать младенца в тряпки.

– ***Капелек дайте****, – говорила баба в ужасе.*

– Да что ты, смеешься? Каких таких капелек? Никакие капельки тут не помогут!

– ***Что ж ему, без глаза, что ли, оставаться?***

– Нету у него глаза, говорю тебе…

– А третьего дни был! – отчаянно воскликнула баба.

– Не знаю, может, и был… черт… только теперь нету… И вообще, знаешь, милая, вези ты своего младенца в город. И немедленно, там сделают операцию… Демьян Лукич, а?

– ***Резать в городе?*** *– спросила баба в ужасе.* – ***Не дам*** [Булгаков, 2018, с. 51].

Кончилось это тем, что баба увезла своего младенца, не дав притронуться к глазу.

В последних двух фрагментах из произведений отметим сходство реакций женщин на рекомендацию оперативного вмешательства: недопонимание серьезности ситуации. В реплике встречаем риторический вопрос доктора: *Что ж ему, без глаза, что ли, оставаться?* Риторический вопрос выражает эмоции врача – сомнение, неуверенность (наличие в вопросе модальной частицы *что ли*, имеющей также значение неуверенности), а модальная частица *же* совместно с названной выше

частицей усиливает смысл реплики в целом: *ему без глаза оставаться.* Обратим внимание на повтор инфинитива *резать* в словах матери. Она заостряет на этом внимание, для нее это не операция, она вкладывает, вероятно, другое значение в слово *резать – зарезать* (‘убивать режущим предметом’ [МАС, 1981, т. 1, стр. 566]) Создается впечатление, что мать видит во враче убийцу, орудием которого является скальпель. На наш взгляд, именно такие ассоциации возникли в сознании героини, что привело к смысловому приращению лексемы *резать* – ‘убить, покалечить’. В словах женщины находим еще лексический повтор существительного *глаз* (*на глазу, без глаза*), поскольку ее мысли заняты только идеей сохранения зрения ребенка. Этот лексический повтор, с одной стороны, говорит о силе переживаемых эмоций, а с другой – подчеркивает замешательство врача, который не решается сам браться за лечение, что оправдано его уровнем профессиональной компетенции.

В произведении Д.А. Правдина «Записки районного хирурга» повествуется о том, как 31 декабря в хирургическое отделение пришел представительный мужчина, который настаивал на срочной медицинской помощи и требовал немедленного оперативного вмешательства:

– Что вы на меня так смотрите? Да, прооперируйте меня прямо сейчас!

– Послушайте, товарищ, сколько у вас уже растет этот ***халязион****?*

– ***Пятый год, а что****?*

– Ничего, если не считать, что вы пришли с ним за десять часов до Нового года.

– ***Да какая разница****, – махнул рукой представительный. –* ***Для меня Новый год – не праздник.***

– Зато для всех остальных таки праздник, – мягко сказал я и проводил носителя халязиона к выходу.

– ***Я этого так не оставлю! Я буду жаловаться!*** *– неслось по коридору. –* ***Вы у меня еще попрыгаете!*** [Правдин, 2019, с. 42]

В этом диалоге представлена противоположная ситуация той, которая проанализирована нами ранее. Пациент сам настаивает на незамедлительной операции, хотя положение этого не требует. Мужчина обратился за медицинской помощью перед самым праздником, при этом зная, что его здоровью ничто не угрожает. Такое поведение говорит о высоком уровне мнительности и тревожности человека (доброкачественная опухоль растет уже пять лет), а также о неуважении к врачам и другим больным, ведь операцию человек требует провести именно 31 декабря. Пациент демонстрирует полное безразличие к расспросам, он упрямится (... *а что?*) и считает, что врач незамедлительно должен начать оперировать его. Мужчина безэмоционально реагирует на возражение доктора, не испытывая стыда. Далее следует речевой акт угрозы: ... *так не оставлю, ... буду жаловаться, Вы у меня попрыгаете!* При этом его желание отомстить (в данном случае через начальство врача) несет деструктивный подтекст, желание мстить вызвано эмоциональным состоянием мужчины, он хочет расправы за отказ. В тексте произведения не сказано, какой социальный статус у этого пациента, однако автор дает понять, что он занимает какую-то руководящую должность, что отразилось на его манере общения в любой ситуации. Даже его требование срочно отвести его к хирургу уже является отражением его манеры общения, исход можно было предугадать. Однако тактика пациента оказывается недейственной. Хирург понимает, что он может потратить время на проведение несрочной операции, а в этот момент кто-то может погибнуть из-за не оказанной своевременно медицинской помощи. Отметим еще одну деталь: врач в начале разговора использует термин *халязион* ‘нарост на глазу’. В ответе пациента понятно, что он знает это научное обозначение новообразования, значит, можно предположить, что мужчина осознает и степень опасности такого заболевания. Таким образом, его требование оперативного вмешательства больше похоже на каприз, чем на реальную необходимость в помощи, а отсюда следует вывод: возможно, он знает и то, что это не является поводом для срочного удаления, что подтверждает мысль

о принципиальной позиции пациента – удалить, когда ему нужно, невзирая на преддверие праздников, перегруженность в эти дни хирурга и пр. Таким образом, в рассмотренном примере иллокутивный акт угрозы не привел к перлокутивному акту: врач ответил отказом.

В этом же произведении Д.А. Правдина (глава «Трудовые будни») находим описание ситуации, где один из коммуникантов – конфликтный родственник, который сразу заявляет о недовольстве и ведет разговор на повышенных тонах, используя угрозу:

– ***Алло!*** *Мне нужен врач, который оперировал Стелькина Ивана Фомича, –* ***скандальным тоном*** *заявил женский голос, не поздоровавшись.*

– Я вас слушаю.

– ***Я замглавы администрации Новосибирской области****, Стелькин мой брат, я знаю, что его доставили к вам. Что с ним?*

– ***У вас какой стаж работы?*** *– недовольно спросил голос.*

– А какое это имеет значение?

– ***Прямое! Почему вы сами оперировали моего брата, а не отправили в область?***

– Потому что у него продолжалось кровотечение, а я мог это прекратить.

– Послушайте, ***как вас там****?*

– Дмитрий Андреич Правдин.

– ***Так вот****, доктор Правдин, я хорошо знаю вашего главного хирурга области, и попрошу разобраться, на каком основании вы оперировали моего брата, а не вызвали санавиацию и не отправили его в область.* ***Вы меня поняли****?*

– Я вас прекрасно понял! Только, мадам, попросите еще узнать главного хирурга области, почему ваш брат сидит на шее у своей жены, у которой трое маленьких детей. Почему он пьет технический спирт, а не работает, как все нормальные мужики. Попросите!

– Да, как ты смеешь! Ты! Я тебя по стенке размажу! Ты там последний день работал, понял?

– Понял, я сегодня последний день работаю, а потом вы приезжаете сюда работать вместо меня и нянчится со своим распрекрасным братцем [Правдин, 2019, с. 50].

Заметим, в начале телефонного разговора родственница не здоровается и не представляется, игнорируя общепринятый речевой этикет, а сразу *скандальным тоном* требует позвать к телефону нужного ей врача. Далее женщина сразу упоминает свое общественное положение, делая это намеренно, используя аргумент к статусу, тактику самопрезентации, и демонстрируя социальное неравенство между ней и доктором. Интересуясь стажем врача, родственница делает ложный вывод об уровне профессиональной компетенции, которая на самом деле должна быть оценена по качеству врачебной помощи. Эмоциональный напор женщины отражается в использовании глагольного императива (*послушайте*), лексического повтора (*оперировали* ***моего брата***), негативная оценка врача и отношения к нему усиливаются вопросом *Как вас там?* Этим вопросом она подчеркивает незначительность для нее личности врача, ведь до этого он уже представлялся: фраза демонстрирует неуважительное отношение. На протяжении всего диалога женщина ни разу не использовала тактику расспрашивания и уточнения (о состоянии брата, за которого она так переживает). Ее интересует больше, каков статус врача, проводившего операцию, и место ее проведения. Апогей конфликта происходит, когда врач переходит за рамки этичного (сдержанного) общения и говорит правду об истинном положении вещей. Реакция женщины: переход на «ты»-общение, неоднократные угрозы (*размажу по стенке, последний день там работал*), использование лексического повтора (фамильярное местоимение *ты*), свидетельствующего о нарушении личных границ. Заканчивает угрозы вопросом ... *понял?* Этот глагол в вопросе она употребляла ранее, однако тогда соблюдался ею речевой этикет «вы»-общения.

Иногда пациенты ценят работу врача, однако сами калечат свое здоровье и подвергают себя очередной опасности из-за пагубных привычек. Так происходит и с пациентом, который неоднократно употреблял алкогольные напитки и засыпал на улице в сильный мороз, что в конечном счете привело к ампутации всех пальцев. В речи пациента много лживых высказываний:

– Уважаемый, будешь дальше пить – и без рук, и без ног останешься, – сказал я «подснежнику», обработав отмороженные участки и наложив асептические повязки. – Давай в больницу положу? Полечишься.

– ***Не, доктор, спасибо! Мне домой надо, в деревню, жена, дети ждут.***

– Подождут, полежи, полечим. Хоть от пьянки отойдешь, а то сейчас выйдешь из больницы и снова назюзюкаешься.

– ***Нет, доктор! Я твердо решил завязать! И так чуть пальцы не потерял, хватит! Я ж первоклассный столяр, как же мне без пальцев? Нет! Все, пьянству бой!***

– Ну, смотри! Пальцы особо не пострадали, больше не пей.

– ***Нет, что вы, слово даю! Больше не пью!*** [Правдин, 2019, с. 55]

В речи мужчины с помощью различных видов негации (употребленное четырежды слово *нет*, отрицательная частица *не*) выражается его решение прекратить употребление алкоголя. Герой приводит психологическую аргументацию под маской благородного семьянина. Затем он акцентирует внимание на том, что его работа (столяр) требует определенных параметров физического здоровья. Мужчина даже в конце употребляет лозунг «Пьянству – бой», который появился в СССР в рамках кампании по борьбе с пьянством. Подкрепляя свои уверения, пациент использует аргумент к вере, однако эта убедительность оказывается ложной. В данном примере суггестивность присутствует в речи пациента, который внушает, что не станет больше злоупотреблять алкоголем, демонстрируя волевое превосходство, однако это лишь иллюзия. Вербально суггестивность в словах

врача также есть: императив (*смотри*, *не пей*), с помощью которого доктор дает установку, команду.

Иногда пациенты совершенно не разбираются в медицине, не могут верно оценить состояние своего здоровья и понять необходимость медицинской помощи. Порой оказывать ее уже поздно. Однако даже в этой ситуации общение с врачом не носит негативного характера:

– Доктор, ***вы не уделите мне внимание****, – сказал он, встретив меня в коридоре больницы.*

– А что с вами случилось?

– Вы знаете, я ***пальчик*** *отморозил.*

– Отморозил пальчик? Но как вас угораздило? За окном июнь. Вы его в холодильник засунули?

– Нет, что вы! Я его ***еще на Новый год отморозил, пьяный был и варежку одну потерял.***

Он продемонстрировал первый палец левой кисти, антрацито-черный, полностью мумифицированный до корня.

– А почему сразу не обратились?

– Дак, думал, что пройдет. ***А он не проходит, не шевелится и не чувствую его совсем.***

– У вас сухая гангрена, – сказал я и, ухватив за больной палец, без видимых усилий отсоединил его от кисти. – Все! Вот ваш пальчик.

– И это все? ***Даже не больно было, и кровь не бежит****, – удивился чудила. –* ***Спасибо, доктор****!* [Правдин, 2019, с. 67]

В словах пациента видим соблюдение этических норм, он вежлив и достаточно скромно себя ведет. В его поведении, в том числе и речевом, есть черты инфантильности (диминутив *пальчик*, неспособность понять срок давности заболевания). Мужчина благодарен врачу, так как вместо ожидаемой боли доктор быстро решил проблему. Таким образом, можно сказать, что не всегда пациенты ведут себя с доктором агрессивно и видят вину лишь доктора. В этом случае, на наш взгляд, проявляется зависимость

манеры общения, речевого поведения человека от его психотипа и социального статуса.

Нами уже было отмечено, что иногда пациенты манипулируют врачом: психологическими уловками пытаются усыпить бдительность специалиста, чтобы добиться желаемого результата, например, получить инвалидность:

*– **Здрасте**, доктор, – произнес страдалец, превозмогая боль.*

– Добрый вечер! Что с вами?

*– Да вот, – пациент продемонстрировал левую руку неестественно мраморного цвета. – **Дочка**, **зараза**, утром ножом ударила. Я у ней бутылку самогонки хотел отобрать, пятый день **ужо** бухает, а она меня ножом саданула.*

– Во сколько это случилось?

– Около семи утра, а что?

– А здесь сколько уже сидите?

*– **Дык** это, сразу и пришел.*

– А какого черта сидел под дверями и не заходил в кабинет? – сорвался я. – Рука-то мертвая! Похоже, плечевая артерия пересечена, как раз на месте бифуркации.

– На месте чего? – переспросил раненый.

– В том месте, где плечевая артерия делится на локтевую и лучевую. Да неважно. Уже контрактура Фолькмана сформировалась.

– Чего сформировалась?

*– Рука, говорю, мертвая! Не спасти руку, поздно уже! Зачем в коридоре весь день просидел? Почему не сказал, что рука болит? Может, и **успели** бы спасти. **Сшили** бы артерию, **восстановили** кровообращение, глядишь, все бы обошлось.*

*– Не знаю, – мужик дернул плечом и скривился. – Болела, думал, что так и должно быть. **Дык** щас **чаво** делать-то?*

– А сейчас руку ампутировать надо, больше ничего не предпримешь, поздно.

– Ну, надо – ***дык*** *ампутируй. А инвалидность точно дадут?*

– Так вы тут выжидали, чтоб рука омертвела и её отрезали? – догадался я. – Чтоб инвалидность дали? Да?

– ***Моя рука!*** *– завопил мужик. –* ***Что хочу, то и делаю! Отрезай давай, а потом пущай инвалидность*** [Правдин, 2019, с. 69].

Речевые характеристики пациента и врача прогнозируют определенный перлокутивный эффект – непонимание между коммуникантами. Так, в речи больного присутствуют черты разговорного стиля: сокращение приветствия *здравствуйте* до *срасьте,* просторечные частицы *пущай* ʻто же, что пускай и пусть’ [МАС, 1983, т. 3, с. 567] и *дык*, вопросительное местоимение *чаво*, бранное слово *зараза* ʻупотребляется как бранное слово’ [МАС, 1981, т. 1, с. 564], наречие *ужо* ʻпозже, потом, как-нибудь на досуге’ [Ушаков, 1940, т. 4, ст. 2 с. 908], глагол *саданути* ʻс размаху, с силой ударить’ [МАС, 1984, т. 4, с. 12]. Врач аргументирует свое мнение терминами (*плечевая артерия*, *локтевая и лучевая*, *контрактура Фолькмана, ампутировать*), пытаясь их более понятно изложить, но забыв, с кем ему приходится говорить, а мужчина совсем не злится на себя или на медицинский персонал, ведь именно отсрочки медицинской помощи он и добивался. Недопонимание между специалистом и мужчиной, обратившимся за медицинской помощью, возникает из-за шумов, представляющих собой «помехи, затрудняющие декодирование» [Москвин, 2026, с. 10]. Данный пример «связан с несовершенством воспринимаемой речи»: содержание реплики врача было недоступно для простого человека, так как включало не прокомментированные сразу медицинские термины [Москвин, 2026, с. 10–11]. В более доступном для понимания объяснении доктора находим словосочетание *сшить артерию*. Медицинский термин-метафора используется не только как профессиональный термин; это еще и «субъективная, наивная, преимущественно оценочная характеристика состояния здоровья человека» [Барабаш, 2026, с. 8]. Здесь его применение целесообразно: речь врача становится ясной для пациента

(общеупотребительный глагол *сшить* в сочетании с термином *артерия*). Однако, когда он понимает, что врач его разоблачил, он начинает эмоционально реагировать: восклицательные неполные предложения, глагольный императив *отрезай давай*, неопределенно-личный глагол *дают* (отсылка к чиновникам или государству, которые обязаны ему платить за невозможность больше работать без рук).

Культура речи врача, по мнению Т.Ф. Матвеевой, включает этический аспект, который «подразумевает соблюдение норм поведения, норм общения, речевого этикета и деонтологии» [Матвеева, 2014, с. 118]. Формы повелительного наклонения (*ампутируй, отрезай*) в словах обратившегося за помощью мужчины противоречит этике поведения пациента в медицинском учреждении, хотя диалог начался с фатического общения (этикетная формула приветствия между коммуникантами). Врач, выстраивая продуктивные отношения с пациентами, учитывает знания основ психологии и медицинской этики, однако в рассматриваемой речевой ситуации начинает зарождаться конфликт, доктор частично сохраняет официальность в своих высказываниях, делая сниженным характер своей речи посредством перехода на «ты».

Несмотря на накаляющуюся обстановку, доктор тщательно продумывает тактику беседы, предупреждая об уже появившейся опасности, и призывает к разуму, запрещая игнорировать сложившуюся неблагоприятную ситуацию, сохраняя свою авторитетность перед пациентом, но не переходя к авторитарности. Авторитетность выражается, по мнению Т.Ф. Матвеевой, в руководстве, «... когда врач занимает ведущую, активную позицию» [Матвеева, 2014, с. 120]. По В.П. Москвину, модели и стили поведения делятся «... по ориентации на коммуникативно-поведенческие стереотипы: формальное и неформальное поведение» [Москвин, 2024, с. 128]. Рассматриваемый пример относится к формальному или ролевому поведению, где у каждого своя четкая роль, которая соответствует нужному и ожидаемому коммуникативному сценарию. Умение сохранять единые модель

и стиль поведения также можно отнести к сформированным коммуникативным навыкам, знаниям в области речевого этикета.

Отметим, что до разоблачения врач следует этике общения с пациентом: он вовремя заменяет трудные для понимания научные термины эквивалентными, ясными для пациента, применяя так называемую «околомедицинскую лексику». Этот вид языковых единиц возникает, по мнению Ю.Б. Жидковой, в ситуации, когда «... интерпрофессиональная коммуникация осуществляется внутри определённой социально-профессиональной общности» [Жидкова, 2008, с. 8]. В диалоге доктор сначала с использованием терминологии описывает состояние пациента, а затем применяет языковую изобретательность: *сшили бы артерию, рука омертвела*.

Н.И. Формановская, говоря о речевом этикете, уточняет, что в профессиональной речи допускаются «иностилевые вкрапления» [Формановская, 1989, с. 35], если они оправданны, как в приведенном отрывке художественного текста. Ученый подчеркивает важность «... уважительного, в соответствии с нормами речевого этикета, отношения к каждому» [Формановская, 1989, с. 111]. Обратим внимание на эмпатию доктора: он расстроен, что не смог спасти руку мужчине, эти эмоции передаются с помощью глагольных форм *успели, сшили, восстановили* первого лица множественного числа, соотносимых с местоимением *мы* в качестве языкового средства смягчения. Н.И. Формановская пишет о таком явлении, встречающемся в речи между доктором и пациентом: «происходит соединение говорящего и адресата – возникает так называемое “мы совместное”, как бы “мы с вами”» [Формановская, 1989, с. 82]. Таким образом, культура общения между врачом и пациентом играет немаловажную роль в выстраивании продуктивных отношений, а также может повысить качество врачебной помощи пациентам. Анализ лексики коммуникантов позволяет создать полную речевую характеристику героев в художественном тексте.

Отметим также наличие речевых штампов в речи доктора: *Во сколько это случилось?*, *Что с вами?* Штампы позволяют безэмоционально провести медицинский опрос пациента, не требуют особых знаний от него, так как просты в понимании и типичны в процессе постановки диагноза.

Как показал проведенный анализ отраженной в произведениях художественной литературы речи пациентов, в ней присутствует императивность, но иного свойства, чем у врачей: требование другого вида лечения или прекращение агрессивного медицинского вмешательства (операции).

Посредством лексических средств отражается негативный настрой больных и их родственников. Кроме того, в ситуациях общения с врачом пациенты и их близкие используют инвективы, угрозы, жалобы, в целом дают негативную оценку работе доктора. Простой синтаксис фраз с неполными предложениями (без многословного изложения сути дела) и частой инверсией (мена темы и ремы) служит для создания логического акцента на определенном содержании высказываний. Еще одной характеристикой стала подмена или искажение их содержания.

Обращения к врачам – часто ласковые, фамильярно-разговорные, представленные не собственно называнием по имени и отчеству, а различными диминутивами и другими вариантами оценочных языковых единиц.

Таким образом, речь пациентов наполнена различными эмотивами, что связано с определенным психологическим состоянием.

Пациенты применяли тактику самопрезентации, однако она оказывалась недейственной, так как врач оставался непреклонен, и тактику убеждения, что тоже оказывалось безрезультатным.

Выводы по главе 1

Коммуникативно-прагматический подход, избранный нами для анализа текстов на медицинскую тематику, созданных писателями-врачами, позволил провести исследование языкового материала с учетом его диалогичности, культурного кода, смыслового поля. Кроме того, этот подход позволил судить о коммуникативных функциях адресанта и адресата речи и воздействии автора на потенциального читателя.

С целью осуществления комплексного исследования были рассмотрены базовые теоретические понятия, включающие дискурс, понимаемый как речевая деятельность в совокупности с прагматическими, социокультурными и другими факторами; описана типология дискурсов, подразделяющихся на персональные (личностно-ориентированные) либо институциональные (статусно-ориентированные). Освещались вопросы, связанные с пониманием термина «медицинский дискурс», который принадлежит к институциональному типу, однако содержит в себе черты личностного общения и направлен именно на него. Поскольку в нашем исследовании речь идет об устной форме медицинского дискурса, отраженной на страницах художественной литературы, следует учитывать при анализе прозы отсутствие строгой научности и присутствие смешения разных языковых стилей (основные характеристики медицинского дискурса представлены на рис. 1, стр. 99).

Медицинский дискурс нашел свое выражение в тексте – продукте речетворческого процесса, обладающего завершенностью, зафиксированного в письменной форме и литературно обработанного. В произведениях художественной литературы отражен прежде всего медицинский текст, представляющий собой научное знание, объективированное в результате когнитивно-дискурсивной деятельности медицинского работника при помощи синкретической системы общеязыковых и идиостилистических средств. Однако материал нашего исследования черпался из текстов на

медицинскую тематику, к которым относятся произведения, объединенные тематически – сферой медицины. В них нашли отражение особенности разных типов дискурса: институционального медицинского и художественного, а также институционального (медицинского) и неинституционального или личностно-ориентированного (бытового). Добавим также, что художественные тексты на медицинскую тематику отличаются использованием разнообразных риторических приемов и языковых средств для достижения иллокутивного эффекта.

Говоря о специфике речи врачей и пациентов, следует отметить, что эмотивность в большей степени присуща пациентам, их речь насыщена эмоционально-оценочными словами, восклицательными предложениями, передающими чувства людей, их психологическое состояние, переживание за свое здоровье или же за здоровье родственника.

Общим в речи пациентов и врачей стали следующие характеристики: нет стилистической привязки к научности, классическому медицинскому дискурсу, так как рассмотренные примеры демонстрировали устную живую речь людей, поэтому иностилевые единицы, а также «околомедицинская лексика» в речи встречались часто.

В речи как докторов, так и пациентов встречались профессиональные термины (название заболеваний), использование штампов (*сразу не обратились, во сколько это случилось, что с вами*).

Словам врачей и пациентов свойственна эмотивность, достигающаяся с помощью восклицательных предложений и акцентного членения с помощью инверсии, эмоционально окрашенной лексики, сниженной лексики, инвектив. Обращения часто становились средством передачи отношения к адресату (как позитивное, так и негативное, фамильярное). Императивность (осознанная чаще) встречалась и в репликах докторов, и в речи больных, а также у родственников последних.

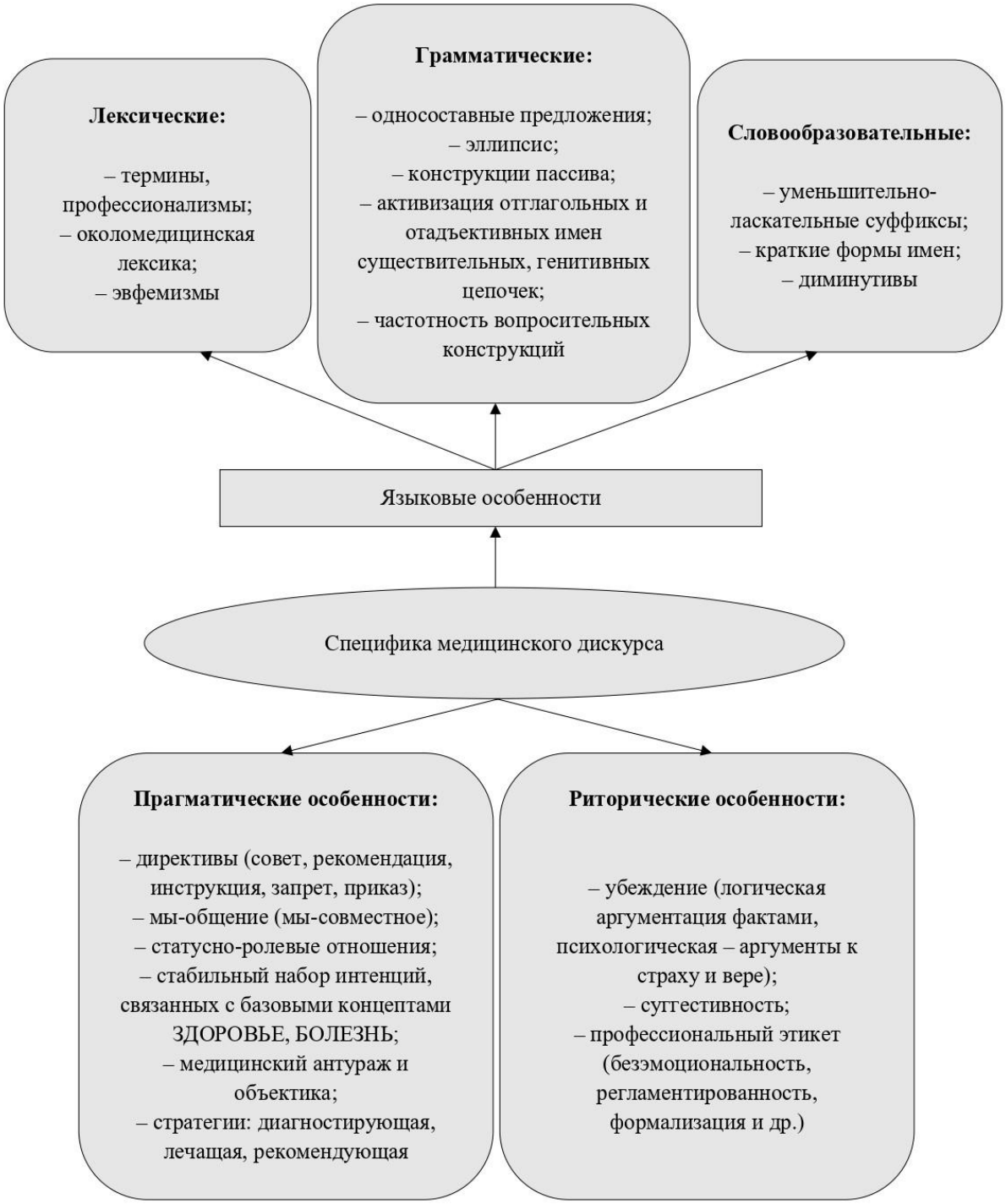

Рис. 1. Специфика медицинского дискурса

Стиль общения врача оставался официально-деловым или изменялся в ходе диалога на утилитарный (в зависимости от речевой компетенции собеседника). Однако врач даже при использовании императива демонстрировал эмоциональную стабильность (бесстрастность, даже в

случае тактик самопрезентации, знания о высоком положении пришедшего к нему на прием), так как цель была не вести спор или демонстрировать свой социальный статус, а авторитетность в отстаивании своей социальной роли и незамедлительная помощь человеку.

Интенции врачей были более содержательными, в свою очередь пациент не всегда стремился сохранить свое здоровье, иногда даже наоборот: получить инвалидность, выждав ухудшение своего состояния (самовредительство), желание вступить в конфликт или спор. Но в большинстве ситуаций цели обеих сторон являлись классическими – помочь человеку, сохранить жизнь и здоровье.

В отношении врача к пациенту сохранялась эмпатия, что передавалось с помощью глагольных форм первого лица множественного лица (*мы* совместное) и восклицаний (проявление участия в судьбе пациента).

Успех деятельности докторов зависит от их умения выстраивать коммуникацию, располагать к себе собеседника, владея основами культуры речи. Отсутствие вышеперечисленного ведет к недостаткам в оказании практической медицинской помощи. Однако межличностная коммуникация зависит не только от одного собеседника, порой в работе врача именно пациент старается быть в оппозиции, затрудняя взаимопонимание.

ГЛАВА 2. МЕДИЦИНСКИЙ ДИСКУРС В АСПЕКТЕ ТЕОРИИ И ПРАКТИКИ ПРОДУКТИВНОГО РЕЧЕВОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ

2.1. Жанры медицинского дискурса в художественных текстах врачей-писателей

Медицинский дискурс как объект исследования, отраженный в произведениях художественной литературы, получил обстоятельное описание в лингвистических работах, посвященных творчеству таких писателей, как А.П. Чехов, М.А. Булгаков, Ф.Г. Углов, Н.М. Амосова, В.В. Вересаева, (Н.В. Ефремова [2017], Е.А. Пономаренко [2014]). Как было уже отмечено, выделяют устную и письменную форму медицинского дискурса. Отсюда вытекает необходимость не только соотнести специфику художественных текстов на медицинскую тематику с формой изложения, но и с типичными жанрами, свойственными названному типу дискурса.

Медицинские жанры, функционирующие в художественных текстах, изучены мало, что вызвало наш интерес к данной проблематике. Многие исследовали (Л.С. Бейлинсон [2001], Н.В. Гончаренко [2007], А.А. Календр [2017], Т.Г. Карымшакова [2015]) медицинского дискурса анализировали специфику жанров, однако эмпирический материал исследования брали из реальных устных диалогов докторов и пациентов, изучая видеозаписи ведения беседы во время оказания медицинской помощи. В данном параграфе речь пойдет о тех речевых жанрах, которые отражены на страницах рассказов и повестей русских писателей-врачей.

Вопрос классификации жанров в русистике остается открытым, несмотря на данное М.М. Бахтиным определение речевого жанра, создание ученым основ теории жанров речи, а также появление целой области исследования, именуемой жанроведением. Термин «речевой жанр» (РЖ) ввел в научный оборот М.М. Бахтин, соответственно, изучение речевого жанра делится на два периода: «добахтинский» (понятие «жанр» рассматривалось

узко) и «послебахтинский» (рассматривались конкретные аспекты жанра) [Дементьев, 2010, с. 21–25]. По М.М. Бахтину, речевой жанр – это не определенный речевой акт (конкретное речевое действие), а «типическая форма высказывания в типических обстоятельствах» [Бахтин, 1997, с. 237]. М.М. Бахтин так дает определение термину: речевой жанр – это «относительно устойчивые, тематические, композиционные и стилистические типы высказывания» [Бахтин, 1986, с. 255]. Данную дефиницию комментирует и уточняет М.Ю. Федосюк: «При этом высказывание в данном случае – это совсем не некий речевой эквивалент предложения, а нечто вроде реплики диалога в расширенном понимании этого термина» [Федосюк, 1997, с. 102]. Таким образом, лингвист дополняет данное М.М. Бахтиным определение РЖ, уточняя, что «... область его возможного применения не ограничивается только высказываниями» [Федосюк, 1997, с. 103]. Ученый говорит о том, что РЖ представляют собой не типы высказываний, а текстов, при этом разграничивая терминологически разновидности РЖ. Лингвистом сформулированы типичные черты речевых жанров: «коммуникативная ситуация, экспрессия и экспрессивная интонация, объем (приблизительная длина речевого целого), концепция адресата и концепция “нададресата”» [Бахтин, 1979, с. 305].

Дефиниция термина «речевой жанр» приводилась в работах А. Вежбицкой, В.В. Дементьева, В.Е. Гольдина, В.П. Москвина, К.Ф. Седова и многих других. Вслед за М.М. Бахтиным С.В. Волынкина рассматривает речевой жанр как «... минимальную единицу общения, некую речевую модель, которая, определяемая триединством темы, стиля и композиции, превращается в “живое” высказывание благодаря целеполаганию автора» [Волынкина, 2021, с. 276].

М.П. Брандес говорит о близости РЖ и функционального стиля, называя жанр «подстилем»: «... речевой жанр – это разновидность функционального стиля, выделяемая, главным образом, на основе анализа группировки текстов, объединяемых общностью тематики, способов подачи

и интерпретирования содержания, а также общими, сходными чертами стилистического оформления и композиции. Наряду с родным языком при рождении мы получаем готовый набор речевых жанров, который дополняется вместе с формированием и взрослением личности. Сами того не замечая, мы говорим жанрами, этими гибкими и изменчивыми единицами речи» [Брандес, 2004, с. 28–29].

Жанр в лингвистике также определяется как «... исторически сложившаяся форма и разновидность речи, стилистические особенности которой обусловлены функциональным типом речи, содержанием, целью и характером речевой ситуации» [Нестеров, 1991, с. 140–143], как «образ», «модель текста», «схема действия создателя текста», закрепленная традицией [Вежбицкая, 1985, с. 129].

В.В. Дементьев на основе разных взглядов исследователей рассматривает понятие РЖ как в широком понимании, так и в узком:

– воспринимая *речевой жанр* расширенно, следует отметить «сущностное единство жанрового типа системности со всеми другими речевыми (даже языковыми) типами, при этом именно жанровый тип системности признается базовым или гиперонимическим / родовым, что автоматически делает многие (если не все) остальные виды речевой системности (коммуникативный жанр, речевой акт, стиль, фрейм, коммуникативный концепт, тональность, многие отдельные горизонтальные и вертикальные модели организации дискурса) или вторичными / видовыми, или вообще избыточными» [Дементьев, 2010, с. 143];

– суженное понимание РЖ предполагает уточнение понятия «через ужесточение дефиниции и последовательное отграничение данного явления от более или менее генетически близких смежных явлений: речевого акта, речевых стратегии и тактики и даже коммуникативного жанра, который тоже противопоставляется речевому по ряду признаков, считающихся значимыми в рамках данной модели» [Дементьев, 2010, с. 146].

В нашем исследовании мы придерживаемся определения понятия «речевой жанр», отраженного в работе А.Е. Осипчук и сформулированного на основе теоретических воззрений М.М. Бахтина, Т.В. Шмелевой, В.Е. Гольдина, С.В. Волынкиной, О.Н. Дубровской. Итак, *речевой жанр* – это динамичная, гибкая форма речи, обладающая обусловленным языковой сферой набором параметров и способная изменяться в пределах этого набора; реализующаяся в тексте как речевом произведении, продуцируемом «... в определённой ситуации и с соответствующей ей целью, которая обусловливает специфику речевого поведения коммуникантов» [Осипчук, 2022, с. 86] (подробно рассмотрением отличительных черт речевых актов и речевых жанров занималась в своей диссертационной работе А.Е. Осипчук [Осипчук, 2022]).

М.М. Бахтин [Бахтин, 1997] указывает, что форма речевых жанров может быть устной и письменной. Научный медицинский дискурс представляет собой письменные тексты сложной организации, которые воплощены в различных видах речевых жанров. Своеобразие жанров медицинского дискурса рассматривается во многих лингвистических исследованиях. Письменно-речевые жанры данного институционального дискурса описывали К.В. Ахнина [2016] (сетевой медицинский дискурс), Ф.Л. Косицкая и М.В. Матюхина [2018] (особенности жанра монографии и научной статьи), С.В. Ракитина [2007] (научные тексты медицинского дискурса, их подтипы и стилевое и жанровое взаимодействие), О.В. Рудова [2008] (жанровое своеобразие медицинского буклета) и др. Формирование жанрового пространства в сфере медицинской коммуникации, влияние идиостиля на языковое воплощение речевых жанров, жанр «жалоба» в различных типах дискурса − все эти вопросы осветила Н.А. Емельянова [Емельянова, 2004].

В.В. Дементьев в своем труде «Теория речевых жанров» рассматривает отдельно РЖ с точки зрения лингвистического (генристики) и прагмалингвистического изучения (жанроведения). В нашем исследовании

используется коммуникативно-прагматический подход, поэтому нам близко понимание РЖ в прагмалингвистическом изучении. Так, В.В. Дементьев уточняет: «Данное направление исходит из диалогической природы РЖ и опирается уже не на одну статью М.М. Бахтина, а на его целостную диалогическую, культурологическую философию» [Дементьев, 2010, с. 52]. Рассматриваемый подход предполагает изучение как монологических, так и диалогических высказываний. Именно поэтому нам важно следующее высказывание В.В. Дементьева: прагматика позволяет рассматривать язык «... не только в связи с “человеком говорящим”, но и непременно в диалогическом контексте коммуникативной ситуации, а также – более широко – в контексте национально-речевой, социальной, духовной культуры» [Дементьев, 2010, с. 52].

Существует несколько классификаций РЖ. М.Ю. Федосюк выделяет элементарные и комплексные жанры, дает пояснение к каждому из них: элементарные речевые жанры – это «... такие тематические, композиционные и стилистические типы текстов, в составе которых отсутствуют компоненты, которые, в свою очередь, могут быть квалифицированы как тексты определённых жанров» [Федосюк, 1997, с. 104]. Лингвист относит к данному типу жанров, например, похвалу, просьбу и др. Комплексными жанрами ученый называет такие «... типы текстов, состоящие из компонентов, каждый из которых, в свою очередь, обладает относительной завершённостью и представляет собой текст определённого жанра» [Федосюк, 1997, с. 104]. При этом последние подразделяются на монологические (один говорящий или пишущий) и диалогические (реплики разных коммуникантов) подтипы.

В.В. Дементьев говорит о трудностях в выделении единой классификации РЖ наряду и с общим определением самого термина. Существует лишь списки РЖ, иногда более подробные, а иногда сжатые. В.В. Дементьев систематизирует все наиболее известные в русистике классификации, где затрагиваются аспекты речежанровой типологизации: 1) типологические идеи М.М. Бахтина (несмотря на отсутствие четкой

классификации, есть только «некоторые соображения о многообразии и списках отдельных РЖ, так и о принципах классификации РЖ, пусть начальных» [Дементьев, 2010, с. 155]); 2) классификации последователей М.М. Бахтина – Н.Д. Арутюновой и Т.В. Шмелевой, М.В. Панова, А. Вежбицкой; 3) исследования, посвященные отдельным типам и, соответственно, группам жанров – этикетным (Т.В. Тарасенко, Ю. В. Казачкова), жанрам положительного и отрицательного эмоционального воздействия (М. Ю. Федосюк), жанрам деловой речи (Т.В. Анисимова), жанрам естественной письменной речи (Н.Б. Лебедева), мягким и жестким жанрам властного дискурса (Е.И. Шейгал, И.С. Черватюк), жанрам англосаксонского властного дискурса (А.В. Олянич, Т.Н. Астафурова) и др.; 4) в работах по классификации типов дискурса, например, в исследовании В.И. Карасика [Дементьев, 2010, с. 155–159].

Т.В. Шмелева дает следующую классификацию, выделяя четыре класса РЖ: «... информативные, оценочные, перформативные (формируют события социальной действительности: приветствия, поздравления и т. д.), императивные (“содействуют” осуществлению событий с разной степенью императивности: просьбы, советы и т. д.)» [Шмелева, 1992, с. 12–13].

Медицинский дискурс как процесс речемышления обладает разветвленной жанровой системой, реализующейся в текстах различной жанровой природы. «Жанры собственно медицинского дискурса обусловлены характером коммуникации между врачом и пациентом. Для научного медицинского дискурса, естественно, характерен научный стиль речи, в то время как медицинский дискурс представляет собой контаминацию стилей: научного, официально-делового и разговорного с возможными отдельными вкраплениями субстандарта. Использование научного стиля обусловлено тематикой общения, черты официально-делового стиля проявляются в использовании профессиональных клише

(*пройти комиссию, пройти процедуры, выписать рецепт, назначить лечение* и т. п.), а элементы разговорного стиля определяются положением участников дискурса, один из которых владеет информацией в большей степени, чем другой, и пытается адаптировать ее средствами разговорной речи. Кроме того, разговорная речь способствует персуазивности (см. подробнее: Костяшина, 2008)» [Барабаш, Брусенская, Куликова, 2026, с. 28–29].

Т.Г. Карымшакова в своем исследовании, выявляя специфику медицинского дискурса и реализации в нем речевого воздействия, выделяет первичные (просьба, мольба, убеждение, угроза, инвектива, предостережение, хвастовство, осуждение) и вторичные (консультация доктора, постановка диагноза, медицинские рекомендации) жанры [Карымшакова, 2015, с. 23]. Л.С. Бейлинсон приводит следующие разновидности: диагностирующая консультация (беседа), жалоба пациента, карта анамнеза, справки объективной медицинской экспертизы (расшифровка кардиограммы, анализа крови, рентгенограммы и т. д.), медицинский консилиум, вербальное лечение, медицинская рекомендация, рецепт, медицинская справка (больничный лист), эпикриз [Бейлинсон, 2001, с. 5]. Однако в нашем исследовании речь идет о художественных текстах на медицинскую тематику, что предполагает наличие периферийных жанров, а также смешение их с другими типами дискурсов. Например, в некоторых случаях можно сравнивать речевые особенности различных жанров медицинского и политического дискурса, а также педагогического. Все они связаны с коммуникацией, а также имеют цель повлиять на сознание человека, на его интенцию. Исследователь также отмечает, что если речь идет о периферийных жанрах институционального дискурса, то в этом случае происходит переплетение различных типов дискурса в одном фрагменте речи. Л.С. Бейлинсон в исследовании пишет, что «... различные типы институционального дискурса обнаруживают специфику применительно к субъектам общения: например, есть классические типы дискурса, в которых

выделяются коммуникативные диады “агент-клиент” института, т. е. полноправный представитель института и человек, обращающийся в этот институт для решения своей проблемы либо являющийся объектом институционального воздействия (врач и пациент, политик и избиратель). Общение агентов институционального дискурса наблюдается практически в любом типе, наличие клиентов характерно лишь для некоторых типов дискурса, например, для религиозного, педагогического и медицинского [Бейлинсон, 2001, с. 6]. Таким образом, жанры тесно связаны с типом институционального дискурса, а отсюда видна необходимость глубже анализировать стилевую и жанровую принадлежность, чтобы говорить о типичном и специфическом в том или ином типе дискурса. В нашем исследовании проанализированы те речевые жанры, которые задействованы в таком процессе, как речевое воздействие.

К.Ю. Горшкова предложила другую классификацию жанров медицинского дискурса: 1) аутентичные РЖ (в речевом взаимодействии врача и больного это РЖ жалобы, профессионального медицинского вопроса, указания при объективном исследовании, постановки диагноза, медицинской рекомендации); 2) комплементарные РЖ: просьба, мольба, убеждение; 3) периферийные РЖ – все РЖ, кроме комплементарных, которые необязательно могут появляться в институциональном дискурсе (например, РЖ предостережения, угрозы, инвективы, обвинения); 4) экстернальные, или внеположные РЖ, например, в речевой модели «врач – пациент» не может присутствовать РЖ осуждения, хвастовства и т. п. [Горшкова, 2018, с. 110–111].

В исследовании нами были проанализированы устные формы речевых жанров медицинского дискурса, отраженные в текстах художественных произведений, выявлено общее и специфичное в презентации каждого жанра, определены наиболее частотные из них. При проведении лингвистического анализа мы будем опираться на классификацию К.Ю. Горшковой, поскольку в ней учитывается прагмалингвистический аспект, а также характеристики

адресата и адресанта (их интенции, речевое поведение, специфика коммуникативной ситуации в плане условий общения).

Разнообразие речевых жанров находится в тесной взаимосвязи с тем, кто является адресантом и адресатом: врач, его коллеги, пациенты или их родственники. Один и тот же жанр может быть присущ разным коммуникативным ролям, но есть и наиболее типичные для определенных коммуникантов. Это, предположительно, связано с тем, что врач в соответствии с профессиональным кодексом не может использовать в речи инвективы, так как находится на рабочем месте, не должен проявлять агрессию, основанную на брани и взаимных оскорблениях.

Рассмотрим вначале произведения из сборника современной русской писательницы и врача Т.Ю. Соломатиной «Акушер-ХА». В рассказе «Здравствуйте, доктор!» повествуется о том, как родители привезли в приемный покой свою дочь-девятиклассницу с резкими болями в животе. Однако при осмотре урологом стало понятно, что происходит не что иное, как роды. В приведенном ниже примере мы можем увидеть такой комплементарный речевой жанр, как оправдание, в ходе которого мать пытается выгородить себя перед медицинским персоналом. Используя восклицательные предложения, женщина выбирает в качестве последнего аргумента довод к морали (апелляция к моральным аксиомам, т. е. к общепризнанным правилам поведения и нравственным принципам [Москвин, 2025, с. 91]): дочь ее невинна, поскольку девочка настолько занята, что нет времени на глупости, она еще ребенок, в свободное время в возрасте 14-15 лет играет в куклы. Говорит это мать в присутствии всех, чтобы реабилитировать дочь в глазах медперсонала. Коммуникативной целью убеждения является изменение точки зрения слушающих, в первую очередь врача. Концепция адресанта выражается в несогласии с очевидным, с тем, что уже случилось: она стала бабушкой, а ее дочь – молодой матерью.

Вот в этот самый момент и упали в обморок медсестра цистоскопическая и мама… пардон, уже бабушка. А папа побелел на всю

оставшуюся жизнь. Медсестра – потому что хоть и цистоскопическая, а роды первый раз видела и вообще крови боится. А папа и мама – НЕ ЗНАЛИ!

– Ну, располнела немного в последнее время, – скулила пришедшая в себя мама-бабушка часом позже. – ***Что вы, доктор! Она же ещё в куклы играется****! — добивала она меня железным аргументом* [Соломатина, 2020, с. 23].

В общении с пациентами иногда не обходится без конфликтных ситуаций и речевой агрессии. Пациенты нередко считают, что им мало уделено внимания, поэтому могут навязчиво искать врача (иногда в неприемные часы) и придумывать себе новые болезни, которые, по мнению пациента, врач недостаточно хорошо изучил или вообще не определил. Такая ситуация случается и в гинекологическом отделении (в контексте присутствует периферийный речевой жанр инвективы).

– Доктор! У меня ОТТУДА идет кровь! ***Я же уже третий день чувствую – что-то не так****!*

– Так надо, – вздохнув, говорю я Милочке – Это, ***дружочек****, лохии. Слизистые кровянистые выделения. Если их не будет – то тебе будет* ***бо-бо****. У тебя будет температура. В общем, всё это будет называться эндометрит.* ***Ну, помнишь? Вот есть гингивит. А есть – эндометрит. Чему нас учат в школе? Что окончание «ит» обозначает? Пра-а-авильно! Воспаление! Давай зачётку. Отлично с отличием****.*

– Сами ***вы лох****! – обижается Милочка.*

– Да. Тут я не могу с тобой не согласиться, потому что лох я и есть. Натуральный. – И приступаю к перевязке, потому как акушерке или операционной медсестре Милочка своё послеоперационное пузо не доверяла [Соломатина, 2020, с. 28].

Как видим, пациентка агрессивно реагирует на намеренную примитивность высказываний врача, переходит на оскорбления, используя жаргонное слово *лох* (‘неотесанный, неуклюжий человек, увалень, простак;

провинциал; неопытный молокосос, непрофессионал’ [Елистратов, 2000, с. 231]). Налицо прямая вербальная агрессия пациентки: слово с негативно-оценочной коннотацией маркирует жанр оскорбления, нарушающий принцип вежливости в отношениях врача и пациента. В речи же врача используется жанр разъяснения, он говорит, что процесс заживления тканей происходит без аномалий, переживать незачем. Воздействие на разум коммуниканта происходит с использованием логической аргументации: женщине не больно, потому что подобные выделения являются нормой, а вот если бы их не было, то возникли бы неприятные ощущения, говорящие о тревожных симптомах воспалительного процесса, нередко случающегося после рождения ребенка. Как видим, доктор использует апелляцию к наличию комфорта (у пациентки нет болевых ощущений). Аргументы в убеждающей речи врача отличаются рациональностью. В речи акушера-гинеколога использован прием растяжки ударной гласной в качестве экспрессивного средства с целью воздействия на собеседника, для подчеркивания верности и неопровержимости своих суждений по поводу течения реабилитационного периода: «*Пра-а-авильно!*».

Кроме того, во фразе врача есть риторические вопросы, фамильярная форма общения с пациентом (обращения на «ты»), а также доктор создает шуточную ситуацию: желая успокоить пациентку, рассказывает ей о том, что такое эндометрит в упрощенной форме, как для маленького ребенка, а не взрослого человека.

Как известно, разъяснение в риторике соотносится с убеждением. Для этого врач умело проводит аналогию с названиями болезней (суффикс *-ит-* с семантикой ‘воспаление’), добиваясь тем самым полного понимания сути дела пациенткой, что немаловажно: нередко больные в силу отсутствия каких-то медицинских знаний склонны не доверять врачам. Опора на аксиому [Линник, 2020, с. 270] (тезис не может быть оспорен в данном случае, пациентка поняла, что воспалительный процесс нежелателен для женщины в послеродовой период, иначе потребуется новое врачебное вмешательство) сделала аргументацию сильной. Итак, речевой жанр

разъяснения обнаруживается в высказываниях врача и характеризуется ранее упомянутым «разговором со взрослым как с ребенком», использованием языковых средств разных стилей: например, разговорный диминутив *дружочек* наряду с терминами *эндометрит* и *гингивит*, междометие *бо-бо* (‘в детской речи: больное место’ [Ушаков, 2008, с. 201]). Такая речь гинеколога обусловлена фактором ситуативной уместности, в котором учитывается специфика адресата (женщина в положении или пациентка, недавно родившая). Кроме того, аргументация врача происходит путем апелляции ко временному фактору (*так надо*, *то есть сейчас такие выделение норма, а затем они пройдут*). Можно отметить еще один прием в ходе диалогизации монолога – ответствование, суть которого с том, что задается вопрос от имени слушателя, а ответ дается с позиции говорящего, авторитетного лица, что также лучше помогает разъяснить ситуацию. В речи пациентки присутствует аутентичный жанр постановки диагноза, однако она, испытывая страх от происходящего, не обосновывает это никакими логическими доводами, поскольку не имеет никакого медицинского образования и опирается лишь на свою интуицию (маркер – глагол *чувствовать* – ‘воспринимать органами чувств, ощущать’ [МАС, 1984, т. 4, с. 689]).

В следующем отрывке рассмотрим еще одну ситуацию, где показан жанр убеждения. Врач, испытывая прилив негативных эмоций, использует аллюзию на известный советский фильм, меняя имя героя фильма (в оригинале *Федя*):

– ***Надо, Вася, надо!*** *– говорю строго и убедительно.*

– Какой срок?

– Какой срок? – испуганно вторит мне она. – Никакого срока нет! ***Не сидевшие мы и в президенты не выдвигались****! Никакого срока на мне нет, боярыня доктор!*

– Не ври! – злобствую. – ***Есть на тебе срок, и немалый! То есть – в тебе! Зачем доктору врёшь?!***

– ***Вот те крест…***

– ***Какой, говорю, на хрен, крест, если я сердцебиение слышу?!***

– Разворачиваем операционную, – говорю Серёге. – Преждевременная отслойка.

А тётка заполошно голосит:

– ***Какая операционная?! Не хочу операционную! У меня всю картошку украдут!***

– Серж, – говорю измученно, – сделай уже что-нибудь, сил никаких моих терпеть не осталось!

Он тетке лёгкого нейролептанальгезическо-наркотического коктейля и вколол. Можно подумать, я для неё просила!

Она не успокоилась, но тему причитаний поменяла. Начала повторять мантру:

– ***Резать будете – не снимайте носки! Резать будете – не снимайте носки!***

– ***Женщина! – говорю ей. – Вы не переживайте! Вы сейчас «баю-бай» будете делать, а через два часа мы вас разбудим, и будете как новенькая. Но с ребёночком. Вы кого хотите?*** [Соломатина, 2020, с. 16].

В диалоге присутствует также жанр инвективы, когда врач видит плод в утробе, но сама пациентка продолжает отрицать свое положение. Доктор выражает свое возмущение сложившейся ситуацией абсурда: женщина пытается до последнего скрыть от окружающих ее на работе людей свою беременность. Пациентка убеждает врача, приводя, на ее взгляд, безапелляционный аргумент – *вот тебе крест*.

Во фразе доктора *Есть на тебе срок, и немалый* врач подхватывает игру пациентки, использовавшей языковую игру за счет многозначности слова *срок.* Как видим, актуализируются два значения этой лексемы, вначале – ‘отрезок, промежуток времени, обычно определённый, назначенный для чего-либо’ [МАС, т. 4, с. 241] и ‘тюремное заключение определённой продолжительности (по приговору суда)’ [Кузнецов, 2008,

с. 1256]. Врач изначально интересовался сроком беременности, а пациентка, не желая сознаваться и оттягивая неизбежное, ссылается на второе значение слова. При этом врач продолжает каламбур, играя на разной сочетаемости, подчеркивающейся предлогами: *срок в тебе* (предлог *в* предполагает значение ‘при обозначения предмета, места, пространства, внутри или пределах которого кто-, что-л. находится или что-то происходит’ [МАС, т. 1, с. 132]); для пациентки – беременность определенного срока и *на тебе срок* (тюремный срок на человеке). Усиливается комический эффект за счет прилагательного *немалый*, продолжающего языковую игру: *немалый срок* (*тюремный*) и *немалый срок беременности*. Доктор намекает на вину женщины в ее безответственном отношении: она не наблюдалась у врача, что и привело к негативным последствиям.

Когда врач незамедлительно начал готовить женщину к разрешению родов, пациентка перешла к убеждению, выдвигая главным аргументом следующий: если она потеряет время в родильном блоке, то останется без картошки. Врач же применяет уговаривание, которое сопровождается междометием *баю-бай* (‘употребляется как компонент колыбельной песни’ [МАС, т. 1, с. 55]), что также показывает отношение доктора к роженицам, как к детям, и должно успокоить взволнованную женщину. Доктор сразу задает популярный вопрос, кого хочет роженица, что отвлекает ее от мыслей об опасности.

В речи пациентки перед самой операцией находим морфологический императив *не снимайте*, уговаривание представляет собой лишь настоятельные просьбы без аргументации, эмоционально окрашенные повторы (восклицательные предложения) одного и того же вплоть до действия наркоза.

Нередко коллеги поддерживают друг друга в случае, когда попадаются сложные, не совсем вменяемые пациенты. В описываемой ниже ситуации коллега просит выйти к необычным пациентам – цыганам, которые приехали

в родильный дом с целым табором и устроили представление из обычного в этих стенах процесса деторождения.

И бродит, и ходит, и воет. Но не по-настоящему. Видно, что для неё это – спектакль. Её маленькое представление. Но она настолько в роли, что Станиславский верит раз и навсегда!

А-а-а-а… О-о-о… У-у-у… Э-э-э… Ой, ромалы!

– А поедемте-ка к цыганам, Пётр Александрович!

– Пошто, душа моя, Татьяна Юрьевна, ехать, когда табор сам к нам пожаловал!

– Вы правы, ***душенька Пётр свет Александрович,*** *выйду-ка я в приём, негоже заставлять ждать столь почтенную публику!*

– ***А и правда, сходите, голубушка моя разлюбезная Татьяна Юрьевна! Любушка Светлана Ивановна, а нет ли у нас, вселенскую мать нашу, бубна где заначенного, по голове нашей роженице*** *– как зовут?*

– Мария, дядя.

– ***...Марии нашей по голове настучать****!*

– ***Ой, доктор, чтобы у Машки всё хорошо, так у вас тут из кранов шампанское будет литься и всех золотом увешаю. – Это барон. Машка – его дочь****.*

– ***Да оставьте себе ваше шампанское. Вы нам лучше лекарства купите из списка. Вашей Маше не сгодится – другому кому****.*

И не будет ни шампанского, ни лекарств – уж поверьте! Дырка от бубна будет [Соломатина, 2020, с. 20].

В речи медицинских работников находим жанры просьбы и согласия в гиперболизированной форме, где используется подражающая цыганской речи лесть: обращения *голубушка моя разлюбезная*, *любушка Светлана Ивановна*, *душенька Пётр свет Александрович*. Прилагательное *разлюбезная* относится к оценочным прилагательным, а именно к лексико-тематической группе «содержащие оценку черт характера» [Черняева, 2013, с. 88]. Анималистическая лексема *голубушка* в качестве этикетных вокативов имеет

здесь позитивную метафорическую коннотацию по отношению к врачу-женщине; *душенька* (’ласковое обращение (преимущественно к женщине)’ [МАС, т. 1, с. 457]) также не несет отрицательного значения, но употреблено с иронией (нетипичной последовательностью в современном языке, отсылая к былинам (характерно для народного творчества, о чем свидетельствует помета в толковом словаре)); обращение *свет* (’ласковое, приветливое обращение к кому-либо‘). Тональность медицинского дискурса ироничная, что подчеркивается словами врача по отношению к роженице, нарушающей порядок в родильном блоке: *вселенскую мать нашу, по голове нашей роженице настучать*. Вопрос о бубне уже даже саркастично-риторический, так как врачи понимают, что остановить «цыганский концерт» будет невозможно и для его скорейшего окончания нужно побыстрее принять роды у женщины.

Реплика барона, отца роженицы, носит характер суггестивной просьбы, в которой гиперболы *увешать всех золотом*, *лить из кранов шампанское* служат маркерами неправдоподобия, истинность которого понимает доктор, о чем свидетельствует императив *оставьте*.

Иногда врачи вынуждены применять убеждение в ситуации, когда им необходимо выглядеть достойно перед начальством, проверяющими инспекциями, явившимися на проверку. В таких ситуациях специалист может обманывать, чтобы выглядеть достойно в глазах гостей, выгораживая коллег или свое начальство. Так и происходит с главной героиней произведения Т.Ю. Соломатиной «Акушер-ХА», которая должна объяснить американским врачам, приехавшим в больницу, что обычное хозяйственное мыло, а именно его обмылок, есть что-то невиданное и уникальное, несмотря на непривлекательный вид и такой же запах. В убеждении используется апелляция к положительному опыту: нечего бояться этого незнакомого предмета, так как это бактериологическая разработка; апелляция к категории *польза* (в данном случае при выполнении медицинских манипуляций такое мыло принесет пользу и обезопасит от заражений). Кроме того, лексический

повтор призван подчеркнуть уникальность обычного мыла. Все доводы медика помогут достичь заданной коммуникативной цели – убедить иностранцев в том, что врачи пользуются уникальными разработками секретных служб, а отечественные медицинские учреждения находятся на том же уровне оснащения, что и зарубежные.

В тексте находим интертекстуальную отсылку *Руки прочь*, являющуюся лозунгом времен интервенции, в полном виде звучащим как *Руки прочь от Советской власти!* Эта аппликация используется неслучайно: делегация приехала из США, это представители капиталистического, то есть враждебного социалистической стране, мира. В следующей далее фразе базой стала строчка из стихотворения «Незнакомка» А.А. Блока (*Дыша духами и туманами*), автором использован парафраз *пахло отнюдь не духами и туманами.* Эта фигура интертекста помогает обрисовать абсурдность ситуации: встретившие делегацию русские врачи всеми силами хотят не упасть в грязь лицом перед иностранцами. Одному из докторов приходит идея выдать хозяйственное мыло за что-то уникальное, что производит нужный эффект, вносит некую загадочность в ситуацию, хотя запах объекта внимания и внешний вид являются непривлекательными.

А были … брусочки такого тёмного-тёмного мыла, известного моим дряхлым ровесникам и тем, кто постарше, под названием «хозяйственного». Вид оно имело не очень привлекательный и ***пахло отнюдь не духами и туманами****, да ещё порой, смыленное чуть ли не напрочь, бултыхалось в жиже мыльницы. Но на сей раз санитарка сгоняла к старшей медсестре оперблока, и угрожающе-коричневые кирпичи ощерились, всем своим видом предупреждая: «****Руки прочь****!».*

*– **Это специальное мыло, необычное,** – повторила я для всё ещё недоумевающих американцев, аккуратно взявших его в руки и, видимо, успокоенных тем, что Светлана Петровна не скончалась от соприкосновения с оным.*

– И в чём же его необычность? – Всем хороши американцы, только слишком любознательные. И последовательные.

*– **Э-э-э… Да во всём! Во-первых, это разработка секретной военной лаборатории. Бактериологической. Вернее – секретного института по борьбе с бактериологическим оружием. Вот*** [Соломатина, 2020, с. 33–34].

В следующем примере находим жанр просьбы в словах пациентки, которая хочет, чтобы доктора позаботились о ней, аргументируя это тем, что ее муж не сможет жить без нее, она смысл его жизни. Женщина при помощи предостережения (*а ведь у нас ещё дочка*) пытается использовать аргумент к жалости (об этом и других видах доводов см. параграф 2.3.), говоря, что у нее есть ребенок, нельзя оставлять его сиротой, поэтому акушер должен быть с нею очень внимателен и провести операцию успешно. Врач прибегает к жанру убеждения, употребляя при характеристике коллег (хирурга и анестезиолога) прилагательные *опытный*, устойчивое сочетание *выше всяких похвал*, метафорическую перифразу ***бог наркоза***.

*– Да. **Всё будет хорошо, не волнуйтесь!** Виталий Анатольевич **опытный хирург, да и анестезиолог выше всяких похвал**.*

*– Евгения Владимировна, Виталик мне сказал, что вы – **опытный хирург** и вас он привлекает для подстраховки.*

– Виталий Анатольевич кокетничает. Ему подстраховка не нужна. Да и кесарево у нас плановое, не то что в первый раз, я прочитала.

*– Да я особо и не волнуюсь. А вот муж… Он такой сильный. Почти неуязвимый. Я его единственное слабое место. Так что вы уж постарайтесь, ладно? Не ради меня. Ради него. Если со мной что-то случится, ему будет незачем жить. **А у нас ещё дочка**.*

– И, пожалуйста, я так боюсь боли…

*– Не бойтесь! Сан Саныч – **бог наркоза*** [Соломатина, 2020, с. 57].

Рассмотрим, какие жанры представлены в «Рассказах судмедэксперта» А.А. Ломачинского и каковы их характеристики. Порой пациенты могут удивить врачей своим поведением, так и произошло с теми, кто делал

операцию одной женщине. Ей вырезали кристалл, который она решила спрятать, проглотив. Пациентка, увидев, что ее секрет раскрыт, просит вернуть ее вещь. Жанр мольбы характеризуется двукратным повтором этикетной формулы *пожалуйста*, трехкратным – морфологического императива *отдайте*, семантическим императивом *умоляю* (в 1 лице изъявительного наклонения, используемого в качестве специализированного средства побуждения в данном речевом жанре). Доктор, используя предостережение, информирует пациентку о том, что успешно завершенная операция может иметь негативные последствия из-за несоблюдения медицинской рекомендации:

– ***Тихо, тихо, тихо! Швы же разойдутся****! – Он бережно уложил больную обратно на подушку и снял её дряблые старческие руки со своего запястья.*

На глаза Эммы Аароновны навернулись слёзы:

*Доктор****, пожалуйста, отдайте его мне! Ну, пожалуйста! Очень прошу вас, отдайте****!*

– Что именно?

Вместо ответа бабуля прикусила губу:

– Ну, это... Украшение... ***Отдайте, умоляю!***

В убеждающей и успокаивающей речи врача находим просторечный фразеологизм *не ровён час* (‘употребляется для выражения опасения, что может произойти, случиться что-либо неожиданное, неприятное’ [Тихонов, 2003, с. 241]). Настойчивая просьба, усиленная экспрессией (синтаксический эмотив, содержащий императив и разговорное *дрянь* – ’о ком-, чем-либо плохом, скверном [МАС, т. 1, с. 450]):

Видно, цацка очень дорога для бабули. Старлей принялся успокаивать её:

– Эмма Аароновна, ***да берите, конечно!*** *Уж коль из вас вырезано, то вам и принадлежит. Хотя как учебный препарат эта стекляшка была бы намного ценнее для нас, чем...*

Адъюнкт не успел договорить, как его челюсть опять отвисла от удивления. Бабулька схватила пузырёк и тут же вытрясла из него кристалл себе в рот! А потом, крепко сжав челюсти, уставилась на Барашкова испуганными глазами.

Опешивший старлей не знал что и сказать.

– Эмма Ааароновна... Мы, это... Никто тут ничего не собирается... ***Да вытащите вы эту дрянь изо рта! Не ровен час****, опять проглотите, что тогда? Вторую операцию делать?!* [Ломачинский, 2020, с. 9]

Иногда пациентом доктора может оказаться собственный друг, тогда особенно сложно озвучивать диагноз, если он является вердиктом. Так случается с онкологом Кузнецовым, поставившим диагноз – неоперабельная аденокарцинома. Давать разъяснения или обсуждать дальнейшие действия нет смысла, так как друг Райтсман тоже врач. Через несколько месяцев Кузнецов получает неожиданно приглашение от него пойти на охоту. При встрече врач Кузнецов сразу спрашивает Райтсмана, используя профессиональный медицинский вопрос о самочувствии. Однако пациент на такой вопрос отвечает неожиданно просто: следовал указаниям. Но уточняет тут же: *ничего не делал*, как бы противореча себе, сначала успокоив и сразу же ошеломив друга-онколога.

– Всё, ***Райтсман, хватит загадок – рассказывай всё подробно. Что делал и как себя чувствуешь****?*

– Чувствую себя прекрасно, а что делал… ***Что ты сказал, то и делал. Ничего не делал, гранатовый сок пил****!*

Тело Райтсмана основательно изучалось всеми возможными методиками. Нашли – заживишие рубцы от опухоли и метастазов. Не нашли – ни одной раковой клетки и причины исцеления [Ломачинский, 2020, с. 56].

В произведении А.П. Чехова «Палата №6» встречаем диалоги между врачом больницы и пациентами психиатрического отделения. Их беседы часто похожи на рассуждения о вечных вопросах бытия, однако не всегда

доктор поддерживает беседу, чаще выступая лишь в роли терпеливого и вежливого слушателя, как происходит и в ситуации, когда главный врач слушает почтмейстера и его размышления:

***Не глядя собеседнику в глаза, тихо и с паузами**, Андрей Ефимыч продолжает говорить об умных людях и беседах с ними, а Михаил Аверьяныч внимательно слушает его и соглашается: «**Совершенно верно**».*

– А вы не верите в бессмертие души? – вдруг спрашивает почтмейстер.

*– Нет, **уважаемый Михаил Аверьяныч**, **не верю и не имею основания** верить.*

*– Признаться, и я сомневаюсь. А хотя, впрочем, у меня такое чувство, как будто я никогда не умру. **Ой, думаю себе, старый хрен, умирать пора**! А в душе какой-то голосочек: не верь, не умрешь!..*

В начале десятого часа Михаил Аверьяныч уходит [Чехов, 1893, с. 27].

В данном примере мы видим, что содержание разговора не несет какой-то серьезной смысловой нагрузки: нет речи о лечении пациента, его состоянии или лекарственных препаратах, содержании в данном лечебном учреждении и пр. Врач и пациент ведут гедонистическое общение, заключающееся в обмене мыслями и умозаключениями, так как пациентом является не простой рабочий, а начальник, ранее богатый человек, имеющий хорошее образование, он вполне мог поддержать разговор, быть интересным собеседником, что мы и наблюдаем: интересен тот факт, что в их репликах нет явных признаков медицинского дискурса, такой диалог мог бы состояться между двумя приятелями, коллегами. Однако врач сохраняет официальное обращение к больному (*уважаемый Михаил Аверьянович*), отмечается в целом безэмоциональность общения со стороны доктора (тихая речь, паузы), отсутствие визуального контакта, что, на наш взгляд, является косвенными показателями институционального типа медицинского дискурса.

В отрывке художественного текста видим так называемый жанр *разговор по душам*, который по В.В. Дементьеву представляет собой «...

русский речевой жанр, по нашему мнению, имеющий исключительное значение для русского коммуникативного пространства, а также системы основных ценностей русской культуры» [Дементьев, 2010, с. 305]. Ученый акцентирует внимание на особенной роли разновидности данного жанра в русской культуре, называя его *разговор о главном* – жизненных позициях и ценностях [Дементьев, 2010, с. 305]. В контексте видим типичные для данного РЖ концепты – *душа, жизнь и смерть*.

В этой же повести находим диалог между врачом и пациентом Иваном Дмитриевичем Громовым, губернским секретарем, встретившим доктора весьма недоброжелательно:

– Доктор пришел! – крикнул он и захохотал. – Наконец-то! ***Господа, поздравляю, доктор удостоивает нас своим визитом! Проклятая гадина!*** *– взвизгнул он и в исступлении, какого никогда еще не видели в палате, топнул ногой. –* ***Убить эту гадину! Нет, мало убить! Утопить в отхожем месте!***

Андрей Ефимыч, слышавший это, выглянул из сеней в палату и спросил мягко:

– За что? – крикнул Иван Дмитрич, подходя к нему с угрожающим видом и судорожно запахиваясь в халат. – ***За что? Вор!*** *– проговорил он с отвращением и делая губы так, как будто желая плюнуть. –* ***Шарлатан! Палач!***

– ***Успокойтесь****, – сказал Андрей Ефимыч,* ***виновато улыбаясь****. –* ***Уверяю вас, я никогда ничего не крал, в остальном же, вероятно, вы сильно преувеличиваете. Я вижу, что вы на меня сердиты. Успокойтесь, прошу вас, если можете, и скажите хладнокровно: за что вы сердиты?***

– А за что вы меня здесь держите?

– За то, что вы больны.

– Да, болен. Но ведь десятки, сотни сумасшедших гуляют на свободе, потому что ***ваше невежество неспособно отличить их от здоровых****. Почему же я и вот эти несчастные должны сидеть тут за всех, как козлы*

отпущения? ***Вы, фельдшер, смотритель и вся ваша больничная сволочь в нравственном отношении неизмеримо ниже каждого из нас, почему же мы сидим, а вы нет? Где логика?***

– Нравственное отношение и логика тут ни при чем. Всё зависит от случая. Кого посадили, тот сидит, а кого не посадили, тот гуляет, вот и всё. В том, что я доктор, а вы душевнобольной, нет ни нравственности, ни логики, а одна только пустая случайность.

– Этой ерунды я не понимаю... – глухо проговорил Иван Дмитрич и сел на свою кровать [Чехов, 1893, с. 34].

Начала реплик пациента, безусловно, можно отнести к жанру упрека. Иван Дмитриевич при других пациентах упрекает доктора в том, что он не приходил раньше: маркеры *наконец-то*, *поздравляю,… удостоил нас своим визитом*. Затем больной возмущается необоснованностью, по его мнению, его пребывания в стенах больницы. При этом врач абсолютно не реагирует на такое поведение пациента, он не вступает в полемику, его эмоциональное состояние совсем не изменилось, несмотря на проявленное неуважение, оскорбления в его адрес. Как отмечает В.В. Дементьев, «... косвенность всегда основывается на диаде» [Дементьев, 2010, с. 174]. В примере пациент намекает на то, что, по его мнению, все, включая врачей и медицинский персонал, должны быть в больничной палате. Кроме того, В.В. Дементьев, говоря о диадах, пишет: «В зависимости от того, какие языковые единицы выступают в качестве членов диады (в качестве членов диады означающего и означаемого могут выступать не только языковые единицы – в этой роли часто выступают интенциональные состояния (Intentional states) [Серль, 1987, с. 96], которые совершенно неправильно было бы сводить к типам языковых единиц, например синтаксическим типам» [Дементьев, 2010, с. 174]. Опираясь на терминологию диад, в приведенном контексте находим сообщение-упрек в речи пациента (он упрекал врача в его нечастом посещении больных). Кроме того, присутствует диада *сообщение – оскорбление*, что отражено в изобилии инвектив (*палач, шарлатан, вор,*

проклятая гадина) в адрес доктора с целью пошатнуть его эмоциональную стабильность. Врач не нарушает нормы медицинской этики, включающие запрет на унижение и оскорбление пациента.

Отметим, что в медицинском дискурсе жанр упрека встречается и чаще относится к речи врача, который может упрекать «в несоблюдении пациентом врачебных предписаний и служит коммуникативным инструментом косвенного внушения» [Пономаренко, 2023, с. 24]. В жанре упрека встречаем восклицательные предложения, а также инфинитивные предложения, с помощью которых образуется императив: *убить, утопить*. Однако диалог между доктором и пациентом переходит в речевой жанр *разговора по душам*. В этом примере диалог представляет собой напряженный разговор, включает элементы спора (по В.В. Дементьеву это свойственно именно мужскому РЖ разговора по душами [Дементьев, 2010, с. 315]); в примере доктор настроен «на понимание собеседника» [Дементьев, 2010, с. 315], несмотря на враждебное настроение адресанта (В.В. Дементьев, упоминая русских классиков XIX-XX вв., говорит о наличии данного РЖ в их текстах: «У А.П. Чехова отсутствие интеллигентного понимающего собеседника приводит к тоске, безысходности, деградации личности» [Дементьев, 2010, с. 311].) В конце Андрей Ефимович оказывается в одной палате со своим пациентом, потянувшись к нему после разговоров с ним.

Иногда жанр упрека встречается во фразах пациента, эту ситуацию находим в произведении «Записки врача» В.В. Вересаева: молодой врач, не имеющий достаточного опыта, оказал медицинскую помощь, но неэффективно, что повлекло упрек со стороны пациентки:

– Вот, доктор, вы говорили, что ***скоро все пройдет****, – сказала она. – У меня все* ***не проходит****, а, напротив,* ***становится все хуже****. Такие* ***страшные боли****, –* ***господи****! Я и не думала, что возможны такие страдания!* [Вересаев, 2022, с. 57]

Этот пример относится к диаде *сообщение – упрек* (по В.В. Дементьеву): женщина сказала об ухудшении состояния, упрекнув в

непрофессионализме. Пациентка целенаправленно задела чувства молодого доктора, отмечая *страшные боли, становится хуже* и зная, что это ему небезразлично. Врач не смог ответить ей и успокоить, потому что она почувствовала его незнание и неуверенность в выборе лечения и развитие своей болезни, не стал с помощью обмана скрывать собственные ошибки и недостаточность знаний, что в целом было оправданно для поисков положительного исхода дела: «Недопустим со стороны врача такой вид профессиональной или личностной защиты, как непризнание собственных врачебных ошибок, сокрытие важной для пациента информации, даже если это было осуществлено в гуманных целях избежать травмирования пациента» [Барабаш, 2026, с. 25–26].

В «Записках юного врача» М.А. Булгакова (глава «Полотенце с красным петухом») описывается следующая ситуация: девочка попала в мялку и может скоро умереть, о чем свидетельствуют медицинские показатели (пульс еле определяется, конечности уже холодны, крылья носа и губы белы). Однако молодой врач решается спасти жизнь ребенка:

Но вдруг сурово сказал, не узнавая своего голоса:

– ***Камфары***.

Тут Анна Николаевна склонилась к моему уху и шепнула:

– ***Зачем, доктор***. ***Не мучайте. Зачем еще колоть. Сейчас отойдет… Не спасете.***

Я злобно и мрачно оглянулся на нее и сказал:

– ***Попрошу камфары…***

Так, что Анна Николаевна с вспыхнувшим, обиженным лицом сейчас же бросилась к столику и сломала ампулу [Булгаков, 1992, с. 47].

В приведенном выше примере мы видим жанр убеждения, где общение осуществляется между медиками-коллегами, имеющими разные статусы, уровни профессиональных знаний, опыт и взгляд на процесс лечения. В связи с эти происходят некоторые разногласия. Новый доктор не хочет свою карьеру начинать со смерти пациента. В высказывании Анны Николаевны

вопросительное предложение цели с местоимением *зачем* (*Зачем, доктор?*) служит маркером безрезультатности намеченных действий врача и способом остановить его от проведения ненужной операции. Морфологический императив *не мучайте* и повтор отрицательной частицы *не* (*не спасете, не мучайте*) подчеркивают нецелесообразность намерений.

Врач холодно и с усмешкой реагирует на реплики более опытных коллег, считая, что врач должен оказать помощь и сделать все возможное и даже больше. Твердость намерения доктора проявляется в том, что он не вступает в дискуссию, ограничиваясь императивным генитивом *Камфоры!* (т. е. дайте камфоры). В.В. Дементьев упоминает такие жанры, характерные для медицинского дискурса, как жанры жесткой формализации [Дементьев, 2010, с. 191], которые наблюдаются в соответствующей речевой ситуации (подготовка к хирургической операции). Врач намеренно сохраняет ритуализацию, выполняя свои действия последовательно и четко, не реагируя на слова коллег.

Как показал проведенный анализ, наиболее частотными в произведениях художественной литературы являются жанры инвективы и убеждения, что связано со спецификой работы врача и иногда чрезмерной агрессивностью пациентов на фоне недомогания, нетипичного физического состояния. Отмечены также смежные жанры, например, разговор по душам, поскольку врач нередко ведет откровенную беседу с пациентом, чтобы тот доверился ему, рассказал о своих опасениях или переживаниях.

Для жанра оправдания характерно было наличие восклицательной интонации, отрицания. Этот жанр свойственен в большей степени пациентам. Врач в ситуациях, когда его профессионализм подвергался критике, не пытался оправдываться, принимал замечания, осознавая серьезность своих ошибок.

Жанр инвективы проявлялся в оскорблениях и применялся пациентами, так как врачам присуще владение профессиональной коммуникативной

компетенцией. РЖ упрека встречался в рассмотренных текстах, причем с перерастанием в инвективы.

Докторам свойственен жанр разъяснения, который, как правило, подкрепляется логической аргументацией, однако может содержать фамильярные обращения.

Жанр убеждения также имеет место в устном диалогическом медицинском дискурсе, для него характерно наличие императивов, лексических повторов, а также иных средств (метафорический перифраз). Однако иногда убеждение может перейти в инвективу (ироничность доктора, использование языковой игры, создание каламбура), но при этом прямых оскорблений пациентов, выявление их недостатков или переход на личность никогда не допускалось.

Жанр просьбы может включать аргументы к жалости и чаще находится в репликах пациентов. Был найден один пример жанра жесткой формализации, свойственного для институционального (медицинского) дискурса.

Отметим, что жанры не всегда маркировались типичным для них набором языковых средств, описанных ранее в лингвистической литературе. Например, жанр разъяснения мог реализоваться с помощью использования фамильярных фраз и в шуточной форме, что связано было с тем, что диалог состоялся между роженицей и акушером-гинекологом, привыкшим именно в такой форме говорить с женщинами, готовящимися стать матерями или же уже ими ставшими. Жанр постановки диагноза был найден в речи пациента, при этом абсолютно не имел никакой логически сильной аргументации, основывались доводы женщины лишь на интуиции. Просьба в одной ситуации отличалась гиперболизированной формой, использованием анималистичных лексем и лести; в другой – просьба, исходящая от пациента, осталась без ответа со стороны врача, потому что тот был убежден в пустословии родственников пациентки, и поэтому не тратил силы на

общение с ними; в третьей – просьба реализовывалась с помощью предостережения.

2.2. Виды речевого воздействия в коммуникации: тактики и стратегии врача и пациента в медицинском дискурсе

Значимость верно подобранных стратегий и тактик в процессе общения – это один из показателей профессионализма врача, его умения влиять на ситуацию. Этими и другими вопросами коммуникации занимается теория речевого воздействия. Рассмотрим вначале ее лингвистические основы.

Умелое владение речевым влиянием на собеседника весомо в институциональном дискурсе, в том числе и в медицинском, так как врач также должен оказывать эффективное речевое воздействие на пациентов. Под речевым влиянием И.А. Стернин понимает «... выбор подходящего, адекватного способа речевого воздействия на личность в конкретной коммуникативной ситуации» [Стернин, 2012, с. 3]. О.А. Стеблецова пишет, что «... каждое дискурсивное действие реализуется с помощью дискурсивных стратегий, которые являются «целенаправленным коммуникативным усилием участника дискурса по повышению воздействия на адресата» [Стеблецова, 2018, с. 16]. Дискурсивные стратегии, в свою очередь, состоят из определенных тактик, т. е. риторических, стилистических, визуальных приемов, усиливающих коммуникативное воздействие на аудиторию» [Стеблецова, 2018, с. 26]. Н.В. Гончаренко также говорит о том, что дискурс имеет ряд функций, в том числе и воздействующую функцию («функция привлечения и удержания внимания, функция убеждения» [Гончаренко, 2007, с. 5]). Таким образом, институциональный медицинский дискурс предполагает усиление выразительности и смысла, влияние на восприятие и разум собеседника посредством реализации различных интенций с применением для этого определенных средств языка.

И.А. Стернин определяет речевое воздействие (далее – РВ) «... как воздействие человека на другого человека или группу лиц при помощи речи и сопровождающих речь невербальных средств для достижения поставленной говорящим цели» [Стернин, 2001, с. 51]. Ученый выделяет два основных аспекта РВ – вербальный и невербальный, определяя каждый из них следующим образом: «Вербальное (от латинского *verbum* ‘слово’) речевое воздействие – это воздействие при помощи слов. При вербальном воздействии воздействующими средствами являются собственно языковые средства, и успешность воздействия зависит от их подбора, расположения, интонации, содержания выражаемой ими мысли (например, какой аргумент подобран, какая тактика ведения диалога избрана и др.). Невербальное воздействие – это воздействие при помощи несловесных средств, которые сопровождают нашу речь (жесты, мимика, поведение во время речи, внешность говорящего, дистанция до собеседника и др.)» [Стернин, 2001, с. 51]. И.А. Стернин отмечает еще одно важное понятие, необходимое для полного осмысления РВ в лингвистике – «коммуникативная позиция говорящего». Он дает определение термину: коммуникативная позиция говорящего – это «степень коммуникативной влиятельности, авторитетности говорящего по отношению к его собеседнику» [Стернин, 2001, с. 52]. От нее зависит эффективность коммуникации и успех речевого воздействия.

В узком смысле понимает речевое воздействие Е.Ф. Тарасов: «... речевое общение в структуре координативных социальных отношений, когда коммуникантов связывают отношения равноправного сотрудничества, а не формальные или неформальные отношения субординации» [Тарасов, 1990, с. 44].

А.А. Леонтьев, анализирующий речевую деятельность, определяет любое речевое воздействие как «... заранее запланированное преобразование в “поле смыслов”, результатом выступает изменение мировосприятия» [Леонтьев, 1974, с. 25]. Е.Ф. Тарасов понимает речевое воздействие в узком смысле как «речевое общение в системе средств массовой информации или

агитационном выступлении непосредственно перед аудиторией. Предполагается, что чаще всего речевое воздействие имеет место «в системе координативных социальных отношений, когда коммуникантов связывают отношения сотрудничества» [Тарасов, 1990, с. 6]. На наш взгляд, в некоторой степени медицинский дискурс отвечает данным требованиям, так как, во-первых, речь врача имеет агитационный характер: убеждение в необходимости медицинского вмешательства, в ведении здорового образа жизни и пр.), во-вторых, отношения между врачом и пациентом предполагает сотрудничество, которое преследует одну цель – выздоровление. Кроме того, можно говорить о том, направлено ли речевое воздействие медика на формирование или изменение определенного мнения слушателя.

О.С. Иссерс отмечает, что «быть субъектом речевого воздействия – значит регулировать деятельность своего собеседника (как интеллектуальную, так и физическую) при помощи речи. Под этим подразумевается не только побуждение к каким-либо действиям, но и влияние на принятие решений, на представления о мире, на систему ценностей и убеждений. Быть объектом речевого воздействия – значит испытывать на себе влияние других, которое осуществляется в вербальной форме» [Иссерс, 2009, с. 24].

На многозначность термина обращает внимание Р.Г. Котова: «речевое воздействие – человеческое общение, взятое в определённом аспекте, и одновременно область исследования процессов воздействия людей друг на друга в ходе их общения» [Котова, 1990, с. 5].

Н.В. Гончаренко, посвятившая свои исследования суггестивному воздействию, так определяет его: оно представляет собой «... неотъемлемый компонент акта коммуникации, состоящий в изменении конфигураций стандартных и индивидуальных представлений под влиянием информации текста» [Гончаренко, 2007, с. 5]. Суггестия является близким понятием по отношению к речевому воздействию: суггестия понимается «... как процесс воздействия на психику адресата, на его чувства, волю и разум, связанный со

снижением сознательности, аналитичности и критичности при восприятии внушаемой информации» [Гончаренко, 2007, с. 6]. Ученый акцентирует внимание на естественном присутствии речевого воздействия и суггестии в медицинском дискурсе, обосновывая свою точку зрения так: «... общение врача с пациентом основано на психологическом влиянии на личность больного; информация, передаваемая врачом, воздействует на пациента, его чувства и разум, изменяет его внутренний мир, регулирует поведение» [Гончаренко, 2007, с. 7].

И.А. Стернин обращает внимание на понятие «когруэнтность», которое представляет собой «соответствие смыслов вербальных и сопровождающих их невербальных сигналов, неконгруэнтность – противоречие между ними» [Стернин, 2011, с. 77]. Вербальные и невербальные факторы взаимосвязаны в процессе коммуникации, однако они варьируются в зависимости от этапа общения между коммуникантами. Когда возникает противотечение, о котором говорит И.А. Стернин, коммуникант склонен обращать внимание на невербальные сигналы, так как тот или иной жест может нести определенный смысл для его считывания.

Условиями, необходимыми для эффективного речевого воздействия, являются следующие: 1) знание общих коммуникативных законов и следование им; 2) соблюдение коммуникативных правил общения без конфликтов; 3) применение правил и приемов речевого воздействия; 4) возможность реального достижения поставленной цели [Карпова, 2015, с. 2–3].

Негативным завершением коммуникации считается коммуникативная неудача, представляющая собой «... отрицательный результат общения, такое завершение общения, когда цель общения оказывается не достигнутой» [Стернин, 2001, с. 52]. И.А. Стернин также дает пояснение о том, когда нас постигают неудачи: «... когда мы неправильно строим свое речевое воздействие: выбираем не те способы речевого воздействия, не учитываем, с

кем мы разговариваем, не выдерживаем правил бесконфликтного общения и т. д.» [Стернин, 2001, с. 52].

Для достижения положительного результата используют различные способы речевого воздействия – приемы воздействия человека на других людей. Так, Е.В. Шелестюк выделяет не только способы речевого воздействия, но и типы, представляющие собой «... обобщенные группы прагматических видов высказываний, выделяемых на основании единой коммуникативной функции» [Шелестюк, 2015, с. 56]. О.С. Иссерс добавляет, что понятие типа речевого воздействия «... некоторым образом перекликается с понятиями речевой (коммуникативной) стратегии, определяемой как комплекс речевых действий, направленных на достижение тех или иных коммуникативных целей, и коммуникативной тактики, означающей одно или несколько речевых действий (речевых приемов), направленных на решение общей коммуникативной задачи говорящего» [Иссерс, 2003, с. 37]. При этом Е.В. Шелестюк уточняет мысли ученого, добавляя, что «... типы РВ – это своеобразная номенклатура сходных по прагматической сущности высказываний. Что касается коммуникативных тактик, то они представляют собой непосредственное использование в речи этих видов высказываний» [Шелестюк, 2015, с. 56].

Классификацию, которую мы использовали в исследовании, отразили в своих трудах С.Ю. Головин [Головин, 2003], В.Н. Панкратов [Панкратов, 2001], Л.Л. Фёдорова [Фёдорова, 1991], Е.В. Шелестюк [Шелестюк, 2015]. Представим эти способы речевого воздействия.

1. Доказывание. Доказывать – это приводить доводы и аргументы, подтверждающие правильность сказанного. Доказывание хорошо действует на человека с развитым логическим мышлением, но логика действует эффективно не на всех и далеко не всегда.

2. Убеждение. По мнению Е.В. Шелестюк, опирающейся на определения В.Н. Панкратова, С.Ю. Головина, убеждение – это «воздействие на сознание личности через обращение к ее собственному критическому

суждению. Основу метода убеждений составляет отбор, логическое упорядочение фактов и выводов согласно единой функциональной задаче, логическое доказательство, возможно, вкупе с эмоциональным воздействием, призванное обеспечить сознательное принятие реципиентом системы оценок и суждений в согласии с иной точкой зрения [Шелестюк, 2014, с. 43].

3. Уговаривание. Уговаривать – это в основном эмоционально склонять собеседника к принятию нашей точки зрения и отказу от своей. Уговаривание эффективно в ситуации эмоционального возбуждения, когда собеседник в равной степени может выполнить просьбу, а может и не выполнить. В серьезных вопросах уговаривание обычно не помогает.

4. Внушение. Внушение – это «подталкивание» человека поверить нам, поверить в то, что мы говорим без обдумывания. Внушение основано на сильном психологическом, эмоциональном давлении, часто – на авторитете собеседника.

5. Приказ. Приказать – это побудить человека выполнить что-либо без каких-либо объяснений необходимости в этом.

6. Просьба. Просить – это побуждать собеседника сделать что-либо в интересах говорящего, руководствуясь просто хорошим отношением к говорящему, откликаясь на его потребность.

7. Принуждение. Принудить – это заставить человека сделать что-либо против его воли. Принуждение основывается обычно на грубом нажиме либо прямо на демонстрации грубой силы, угрозах.

Е.В. Шелестюк относит к способам речевого воздействия обоснование, разграничивая его с доказательством и убеждением: «в отличие от доказательства и обоснования, для которых не обязательны коммуникативные аспекты, аргументация – приведение доводов с намерением изменить убеждения другой стороны (аудитории) – принципиально ориентирована на достижение прогнозируемого коммуникативного эффекта, на то, чтобы “навязать” реципиенту значение истинности, которым снабжено сообщение» [Шелестюк, 2014, с. 44].

Е.В. Шелестюк, В.И. Свинцов также выделяют обоснование, отличая его от доказательства. Так, В.И. Свинцов подчеркивает, что «к обоснованию, в отличие от доказательства, можно относить процедуру, подтверждающую высказывание, сообщающую ему определенную степень вероятности, это нестрогий (недедуктивный) вывод» [Свинцов, 1990, с. 68]. А.А. Ивин, Е.В. Шелестюк говорят о важности учета определенного времени, социального контекста, а также цели: «при переходе в сферу коммуникации, к логико-методологическим характеристикам, влияющим на эффективность сообщения, добавляется широкий спектр оценок, с точки зрения логики «нестрогих», но приобретающих исключительное значение для достижения прогнозируемого эффекта. Речь идет о доступности, весе, силе, убедительности и т.п. качествах сообщения» [Шелестюк, 2014, с. 45].

Е.В. Шелестюк, И.Ю. Черепанова, В.Н. Панкратов, С.Ю. Головин определяют еще один способ речевого воздействия – внушение, представляющее собой «воздействие на подсознание, эмоции и чувства человека, косвенно обеспечивающее воздействие на его ум, волю, поведение и осуществляющееся за счет ослабления контрольно-регулятивной функции сознания, снижения сознательности и критичности при восприятии и реализации внушаемого содержания благодаря отсутствию целенаправленного активного понимания, развернутого логического анализа и оценки со стороны реципиента» [Шелестюк, 2014, с. 48]. На наш взгляд, такой способ может быть эффективным в процессе речевого воздействия в медицинском дискурсе, так как для доктора важно изменять эмоциональное состояние больных, способствуя некритическому восприятию информации.

Е.В. Шелестюк выделяет не только основные способы речевого воздействия, но и его типы – «обобщенные группы прагматических видов высказываний, выделяемых на основании единой коммуникативной функции» [Шелестюк, 2014, с. 56]. Лингвист, опираясь на типологию Л.Л. Федоровой, дополняет ее и уточняет.

1. Социальное воздействие – приветствие, прощание, представление, благодарность, извинение, прощение, обещание и т. д.

2. Воздействие с помощью художественных образов: a) рассказ – повествование, рассказ о собственном опыте или опыте другого человека (экспериенциальные высказывания), рассказ о некоем обобщенном герое; b) изображение – художественное описание.

3. Информирование – известие, сообщение, сведение.

4. Доказывание (аргументация-доказывание) – определение, постулирование, обоснование, описание, экспликация, пояснение, доказательство, опровержение, экземплификация, толкование, обобщение, сообщение с модусом знания, предположения, мнения и др.

5. Аргументация-ведение – виды сообщений те же, что и в доказывании, но со специальным подбором фактов и упорядочиванием аргументов для убеждения и переубеждения адресата, иногда с некорректным представлением тезиса и аргументов в виде несвойственных им высказываний, с добавлением эмоционально-оценочного модуса, с манипуляцией с модусами мнения и знания и т. п.

6. Симулированный диалог – обращение, риторический вопрос, вопросно-ответные комплексы.

7. Уговаривание – просьба, предложение, совет, пожелание, навязывание, подначивание, обольщение, подкуп и др.

8. Призыв – воззвание, лозунг, агитация, реклама; презентация, самопрезентация и др.

9. Повеление – приказ, указание, распоряжение, команда, требование, запрет, позволение, заказ, напоминание, желание и др.

10. Принуждение – угроза, запугивание, волевой нажим и т. п.

11. Оценка: a) этическая, эстетическая, интеллектуальная, утилитарная – похвала, одобрение, порицание, осуждение; b) социально-правовая – защита, оправдание, осуждение, обвинение.

12. Эмоциональное воздействие – ободрение, утешение, ласка, жалоба, шутка, насмешка, хвастовство, оскорбление, угроза, выражение эмоций (например, сожаления, радости, недоумения).

13. Психическое программирование – кодирующие формулы, восклицания, аффективно-эмоциональные фразы, аффирмации-экзерситивы, «вставленные» команды [Шелестюк, 2014, с. 58–59].

Ряд исследователей говорят о том, что для успешной и продуктивной коммуникации, воздействия на слушающего и достижения поставленной цели общения необходимо создавать условия для сотрудничества коммуникантов. Е.И. Алещенко, М.Ф. Шацкая и Ю.Г. Фатеева в своей работе, касающейся сферы делового общения, опираются на суждения Дж. Лакоффа, который акцентирует внимание на том, «... что в таком сотрудничестве, по сути, выражается этический аспект процесса коммуникации. Главное проявление этики речевого общения состоит в учете говорящим воздействия своей речи на слушающего. Как может говорящий учитывать воздействие своей речи? Для этого он должен соблюдать следующие три принципа, носящие, по сути, этический характер: 1. “Не навязывайся”. 2. “Выслушай собеседника”. 3. “Будь дружелюбен”. Правила Р. Лакофф определяют лингвистические основы речевого такта, этики речевого общения. Руководствуясь этими тремя правилами, человек соблюдает этику речевого общения, учитывая воздействие своей речи на собеседника» [Алещенко, Шацкая, Фатеева, 2022, с. 43]. Таким образом, воздействие не предполагает лишь негативную сторону этого процесса, а может являться показателем достаточного уровня коммуникативной компетенции, средства которой могут быть направлены на установление доверительных отношений, так как врач должен сохранять свой имидж в глазах пациента. Неумение выстраивать коммуникативное сотрудничество порождает конфликты, недопонимание и рост недоверия у пациентов.

Одним из средств воздействия на коммуниканта является юмор. С помощью создания комического эффекта идет устранение негативного

восприятия какой-либо ситуации, снимается психологическое напряжение, нервозность, что создает базу для наилучшего восприятия убеждающей или рекомендательной речи врача и формирования необходимого перлокутивного эффекта. Важно лишь не переходить рамки приличия, не задевать чувства коммуниканта и не затрагивать больных для него вопросов, чтобы не нарушать этику.

Следует теперь коснуться таких категорий, как «заставить» и «убедить». Е.Н. Зарецкая относительно них пишет следующее: «... заставить человека помимо его воли можно, воздействуя на два мощных стимула, которые изначально присущи его сознанию. Первый стимул – страх, второй – корысть» [Зарецкая, 2002, с. 53]. Врач может в своей работе с пациентом использовать такой стимул, как страх смерти, призывая незамедлительно начинать лечение и не доводить ситуацию до неблагополучного исхода. Любой человек, действительно, не может не отреагировать на новости о том, что его здоровье серьезно пострадает или он может умереть, если не согласится с предложенным ходом лечения. Нередки случаи, когда речь идет о ребенке, за жизнь которого отвечают родители, тогда доктор воздействует на позицию взрослых. Е.Н. Зарецкая поясняет суть воздействия на страх за жизнь: «как заставляют совершать поступки через страх, специально рассматривать не надо, потому что существует такое понятие, как «инстинкт самосохранения», и воздействуя на этот инстинкт, вызывая чувство страха за сохранение своей собственной плоти или плоти своего ребенка (здесь также фигурирует философский дуализм “Я” и “Дитя”), человека, вообще говоря, можно заставить сделать почти все или просто – все» [Зарецкая, 2002, с. 54]. Ученый указывает и на императивное речевое воздействие в процессе коммуникации, что отвечает особенностям медицинского дискурса, так как врачи нередко используют такую форму при ведении беседы с пациентом. Е.Н. Зарецкая говорит, что «... императив, составляющий основу авторитарной речи, – силовой способ речевого воздействия (приказ, угроза, словесный садизм и т. д.)» [Зарецкая, 2002, с. 68]. Однако некоторые

указанные виды не свойственны речи врачей в силу соблюдения ими определенных этических норм.

Ю.В. Щербинина упоминает понятие «тактическое сомнение» (метод «подзадоривания»), представляющее собой «частную разновидность метода проецирования – средство целенаправленного речевого воздействия на адресата путем словесного “вызова” или “провокации”: задеть самолюбие, бросить вызов, выразить притворное недоверие» [Щербинина, 2004, с. 148]. И чем быстрее реакция адресата на такой вызов, тем больше произведенный эффект, при котором провокатор остался в выигрыше.

Для рассмотрения освещенных выше способов речевого воздействия обратимся к примерам из художественного текста на медицинскую тематику писателей XX-XXI вв. Нельзя не сказать о том, что выбор тактик и стратегий зависит и от этапа речевого воздействия. Так, на этапе установления контакта применяется распространенная в повседневной жизни тактика присоединения (понимание слушающим того, что с говорящим они принадлежат к одной общности, поможет быстро расположить к себе), упомянутая Г.А. Копниной [Копнина, 2012, с. 36], которую лингвист иллюстрирует на примере общностей *земляки, коллеги, мужики*. Подобный пример тактики присоединения находим в произведении М.А. Булгакова «Собачье сердце»:

– Я слишком известен в Москве, профессор. Что же мне делать?

*– **Господа**, – **возмущённо кричал** Филипп Филиппович, – **нельзя же так**.*

***Нужно сдерживать себя**. Сколько ей лет?*

– Четырнадцать, профессор… Вы понимаете, огласка погубит меня. На днях я должен получить заграничную командировку.

– Да ведь я же не юрист, голубчик… Ну, подождите два года и женитесь на ней.

– Женат я, профессор.

*– Ах, **господа, господа**!* [Булгаков, 2022, с. 582]

В диалоге профессор Преображенский говорит со своим статусным пациентом, который обратился к нему в щекотливой ситуации. Доктор обращается с мужчиной деликатно и вежливо, хотя не высказывает прямого осуждения. Лексема *господа* – косвенно высказанный укор со стороны Преображенского. Тип речевого воздействия – этическая оценка (порицание действий мужчины, перерастающие в запрет), созданная с помощью интонации, безличных предложений, отрицательных эмоционально-правовых оценок действий мужчины, так как он обращается к нему с весьма серьезным делом, связанным с близкими отношениями с несовершеннолетней. Порицание осуществляется с помощью такого способа речевого воздействия, как побуждение (в данном случае к здравому смыслу, закону и морали). С помощью риторического обращения *господа* (‘в буржуазно дворянском обществе: человек, принадлежащий к привилегированным слоям общества’ [МАС, 1981, т. 1, с. 338]) профессор дает понять пациенту, что не готов участвовать в разрешении ситуации, связанной с незаконными отношениями взрослого человека с несовершеннолетней, показывая тем самым в скрытой форме порицание, поскольку терять клиента тоже не желает. Несмотря на статус пациента, материальное благосостояние и возможность заплатить любую цену за помощь в таком деликатном деле, Преображенский устоял перед таким мотиватором, как корысть (он мог бы получить за помощь хорошее вознаграждение, а также за сохранение тайны имен пациентов, возраста девушки, чтобы его клиент не попал в тюрьму). На совещательном этапе диалога профессор применяет такой способ речевого воздействия, как убеждение: он предлагает путь решения проблемы – жениться на девушке через два года, когда ей исполнится 16 лет. Врач обращается к такому приему, как апелляция к устоявшимся стереотипам и архетипам: мужчина женится на той, кто ждет от него ребёнка. Он не предлагает иного варианта, даже когда узнает, что его клиент уже женат и не может следовать наставлению доктора. Результатом воздействия становится отказ в оказании

медицинского вмешательства по отношению к несовершеннолетней, нежелание врача становиться участником такого безнравственного образа жизни даже за большое вознаграждение от постоянного пациента. Однако нам неизвестно, потерпел ли доктор коммуникативную неудачу, так как он только отказал мужчине, итог речевого воздействия не освещается, однако можно предположить, что профессор не единственный человек, кто мог бы оказать такую помощь за большие деньги.

В произведении Т.Ю. Соломатиной «Акушер-ХА» находим пример, в котором речевое воздействие оказывает пациент, желающий, чтобы его лечащим был только профессор, а не рядовые врачи:

Осматривает невропатолог физика теоретического, а сварщик шестого разряда с койки внимательно слушает. И так тому сварщику профессор медицинский понравился, что он, простой рабочий парень, тоже возжаждал персональной консультации. Свобода у нас и равенство или где?! Чем это сварщик хуже теоретического физика?! С тем, значит, полчаса политесы разводить, а этому – шиш?! И говорит невропатологу сварщик:

– Профессор, ***я стесняюсь спросить****. Но вы так* ***прекрасно всё рассказываете и показываете****, что на меня посмотрите,* ***пожалуйста****, и расскажите мне,* ***будьте любезны****, чего у меня вдруг* ***ваши обыкновенные доктора*** *просмотрели****. А я вам, если что, тоже помогу, чем смогу. У меня и свой сварочный аппарат есть. Со стройки упёр – всё честь по чести*** [Соломатина, 2020, с. 75].

В приведенном контексте представлено уговаривание как основной тип речевого воздействия, в котором мы видим предложение и подкуп врача. Пациент использует эффективное преодоление защитного барьера между коммуникантами (подкуп). В данной речевой ситуации это было некорректно, ведь врач обязан помогать больному без цели получить какие-то материальные блага. Помимо этого, пациент использует гармонизирующую стратегию, выстраивая с врачом позитивную

продуктивную коммуникацию. В словах сварщика находим несколько речевых тактик, которые адресованы доктору, чтобы привлечь его внимание и добиться осмотра у профессора. Мужчина демонстрирует подчеркнутое уважение к профессору, заискивает перед ним, часто вставляет в речь этикетные обороты с семантикой вежливости (*будьте любезны, я стесняюсь спросить, пожалуйста*). В конце пациент применяет тактику самопрезентации, говоря о том, что и он может быть полезен, если врач поможет ему. Больной старается активно применять тактику сближения социальных и межличностных ролей «снизу вверх»: несмотря на разницу в социальном статусе, мужчина с помощью своего предложения (умения, которые могут пригодиться) хочет расположить к себе профессора. Так происходит попытка воздействовать на стимул корысти, но профессор игнорирует его слова. Параллельно применяется и тактика обещания: помочь, если доктору необходима услуга сварки. Пациент даже хвалит себя, упоминая наличие специального аппарата и горделиво рассказывая, что он украл его с рабочего места. Столкновение разностилевых языковых единиц (грубое просторечное слово *упёр* – ‘унести что-либо тяжёлое, громоздкое’ [МАС, т. 4, с. 501], фразеологизма *честь по чести* – ‘так как следует, положено, как надо’ [Тихонов, 2007, с. 321]) создают этический контраст: трудно говорить, что красть инструмент на работе является тем, что положено. В речи сварщика можно отметить еще использование стратегии похвалы: подчеркивается, что профессор не сравним с *обычными врачами*, которые плохо провели осмотр больного или поставили неверный диагноз.

В произведении В.В. Вересаева «Записки врача» находим ситуацию, в которой доктор должен был убедить пациентку следовать лечению, однако положительный прогноз не подтвердился, поскольку из-за малого опыта он не принял во внимание, что в теории дается наиболее общая информация о болезни без учета возможных нюансов:

– Что это, мазь ли пахнет мертвечиной, или уж я начинаю заживо разлагаться? – ворчала больная. – Умирать, так умирать, мне все равно, но только почему это так мучительно?

– ***Полноте, сударыня, ну можно ли так падать духом!*** *– сказал я. –* ***Тут никакой и речи не может быть о смерти****, –* ***скоро вы будете совершенно здоровы.***

– Ну да, вы мне это говорите для того, чтобы меня утешить... А долго я, в таком случае, буду еще мучиться?

Я дал неопределенный ответ и обещался прийти завтра.

Назавтра боли значительно уменьшились, температура опустилась, больная смотрела бодро и весело. Она горячо пожала мне руку.

– Ну, кажется, наконец, начинаю поправляться! – сказала она. – Уж надоела же я вам, доктор, – признайтесь! Такая нетерпеливая, просто срам! Уж меня муж и то стыдит... Скажите, теперь можно надеяться, что пойдет на выздоровление?

– ***Безусловно!.. Вы хотели, чтобы салициловый натр подействовал моментально, – это невозможно. Так быстро, как вы желали, он не действует, но зато действует верно. Только пока, во всяком случае, продолжайте принимать его.***

– Я очень потею от него, – ночью пришлось сменить три рубашки.

– А звона в ушах нет?

– Нет.

– ***В таком случае продолжайте, если не хотите, чтоб процесс снова обострился.***

– Ой, нет, нет, не хочу! – засмеялась она. – Лучше готова сменить хоть десять рубашек. Приезжаю на следующий день, вхожу к больной. Она даже не пошевельнулась при моем приходе; наконец неохотно повернула ко мне голову; лицо ее спалось, под глазами были синие круги [Вересаев, 2022, с. 58–59].

В словах доктора видим многократное повторение одной и той же мысли разными словами (комморация, см.: [Хазагеров, Ширина, 1999, с. 237]): он убеждает пациентку в том, что она вылечится, ей не грозит смерть, нужно лишь применять мазь. С помощью комморации доктор пытается заменить мысли больной о неблагополучном исходе ее лечения на позитивные. Врач также использует провокационную фразу *если не хотите, чтобы процесс снова обострился,* некий «разговорный постулат» [Курбатов, 1995, с. 190], который предполагает ответ «да» или «нет». В рассматриваемом примере, безусловно, женщина отвечает отрицательно. Для усиления воздействия дважды используется лексический повтор морфологического императива *продолжайте*, а также глагола *действовать* относительно лекарства, прописанного женщине. В речи доктора находим медицинскую метафору *звон в ушах*, употребление которой широко распространено в процессе сбора анамнеза специалистом, однако в научной речи этому сочетанию соответствует латинский термин *тиннитус*. Так врач прибегает к использованию околомедицинского выражения для установления контакта и повышения понимания между ним и пациенткой.

Способ речевого воздействия в примере – убеждение, так как врач аргументирует научным фактом, говоря о способе действия медицинского препарата и не очень быстром эффекте.

В названном выше произведении В.В. Вересаева находим пример того, как речевое воздействие было оказано на пациентку не в нужном объеме: она ждала большего участия в ее судьбе, помощи от врача, совета от него, а доктор ответил стандартно, не проявив сочувствия:

Сестра стояла молча, и из ее глаз непроизвольно текли крупные слезы; гордая, она досадовала, что не может их удержать, и они капали еще чаще. Ее большое горе было опошлено и измельчено, таких, как она, – тысячи, и ничего в ее горе нет ни для кого ужасного... А она так ждала его совета, так надеялась!

– Ну, во-от!.. Ну, это, барышня, уж совсем нехорошо! – воскликнул профессор, увидев ее слезы. – Ай-ай-ай, какой срам! Плакать, а!.. Полноте, полноте!..[Вересаев, 2022, с. 204]

Тип речевого воздействия врача – эмоциональное: демонстрируя неодобрение (междометие *ай-ай-ай* выражает осуждение доктора, растягивание слов имитирует речь родителя и ребенка, которого упрекают в непослушании), он пытается успокоить пациентку, пристыдив ее. Однако это не произвело должного эффекта, так как девушка поняла, что такие безэмоциональные шаблонные общие фразы он говорит каждому, чтобы поскорее завершить прием. Ещё один тип речевого воздействия, которое применяет доктор, – повеление. Оно проявляется в репликах врача частицей *полноте*, выражающей требование, междометием *ну* со значением побуждения, лексическим повтором, в котором призыв прекратить плакать, поскольку врач не хочет успокаивать ее или разъяснять ситуацию, сложившуюся в связи с болезнью девушки.

Отметим, что в речи доктора есть одна из разновидностей софизма (софизм – «некорректные рассуждения и мнимые умозаключения, обоснованность которых является кажущейся, порождается субъективным впечатлением, вызванным недостаточностью логического или семантического анализа» [Шелестюк, 2014, с. 86–87]) – аргументация ложной причины. Доктор пытается доказать девушке, что слезы – это нехорошо, потому что это срам. Однако она, узнав о своей болезни, не делает ничего предосудительного. В то же время врач по долгу своей службы обязан разъяснить девушке, каков дальнейший прогноз протекания заболевания, и постараться настроить пациентку на благоприятный исход ситуации.

В произведении «Записки юного врача» М.А. Булгакова находим пример речевого воздействия с использованием тактики общения, применяемой пациентом по отношению к врачу, чтобы показать: мужчина готов к любым материальным тратам ради спасения единственной дочери. Отец пациентки использует речевой повтор лексемы *денег*, чтобы показать

врачам, что любая цена будет уплачена им за спасение девочки. Лексический повтор глагола *хотите* также указывает на выполнение любого желания доктора, выполнение любых условий. Просторечная частица *пущай* повторяется дважды, как и слово *хватит*, показывая, что ему важно лишь сохранение жизни ребенка. Все это говорит о состоянии человека: он находится в панике, исступлении, у него нет другого выхода, только ждать решения доктора, от которого зависит исход.

– Господин доктор… что хотите… денег дам… денег берите, какие хотите. Какие хотите. Продукты будем доставлять… только чтоб не померла. Только чтоб не померла. Калекой останется – пущай. Пущай – кричал он в потолок. Хватит прокормить, хватит.

Бледное лицо Аксиньи висело в черном квадрате двери. Тоска обвилась вокруг моего сердца.

– Что?.. Что? говорите! – выкрикнул я болезненно. Он стих и шепотом, как будто по секрету, сказал мне, и глаза его стали бездонны:

– В мялку попала… [Булгаков, 2022, с. 10]

В речи отца, когда он начинает сбивчивое объяснение произошедшего, можно выделить такой *семантический шум* [Москвин, 2026, с. 11], как неясные формулировки и неточность (нельзя понять конкретно, что именно повреждено у ребенка, определить степень тяжести его состояния). Как видим, способом речевого воздействия в контексте являются уговаривание, основанное на эмоциональном побуждении коммуниканта или подкупе, и (социальное) обещание. Однако на доктора это не произвело никакого эффекта, для него важно выяснить, что случилось с ребенком и как давно это было, чтобы спрогнозировать ход медицинских действий. Врач и без просьб отца немедленно оказывает помощь ребенку. Отец пациентки применяет тактику прямого воздействия, поэтому он сообщает свои мысли прямо и открыто, несмотря на состояние глубокого потрясения. В начале речи мужчина употребляет вежливое обращение *господин доктор* (*господин* – ʿформа вежливого обращения или упоминания в дореволюционное время –

при фамилии или звании лиц, принадлежавших к привилегированному обществу, в настоящее время – по отношению к официальным представителям или гражданам других государств' [МАС, 1981, т. 1, с. 338]). Парцелляция и эллипсис передают торопливость речи мужчины, крайнюю степень его эмоционального возбуждения: *Господин доктор… что хотите… денег дам… денег берите, какие хотите. Какие хотите. Продукты будем доставлять… только чтоб не померла. Только чтоб не померла* [Булгаков, 2022, с. 12]. Это придает речи характер неотложности и незамедлительности, что создается обычно незапланированно, спонтанно. Фактором речевого воздействия на адресата становится его психологическое состояние – стресс.

В произведении Д. Правдина «Записки районного хирурга» находим пример такого речевого воздействия, которое решало исход опаснейшей ситуации: пациент стал инвалидом, выпрыгнув из окна по причине измены своей жены; мужчина решается убить и себя, и доктора, который дал ему ложную надежду на благоприятный исход лечения после полученных травм:

– А ты мне рот не затыкай! Меня, Витя, ***похоронят на кладбище с почестями, я людям жизни спасал! И будут у меня на могиле всегда живые цветы лежать!*** *– я слушал себя, и сам удивлялся, но остановиться уже не мог. –* ***А тебя, Витя, как собаку зароют у дороги, потому что самоубийц на кладбище не хоронят. И мама, и папа твои будут по ночам к тебе ходить, потому что днем им вслед люди будут плевать, за то, что их сынок хорошего доктора угробил. Витя, меня полрайона знает! Люди не простят моего убийства, ты о родителях подумал, как они дальше будут жить с таким грузом на душе?***

– На! «Забери гранату!» – чуть слышно прошептал Виктор. – Осторожней, у меня пальцы затекли, смотри, чтоб рычаг не распрямился [Правдин, 2019, с. 201].

Отметим, врач применяет такой способ речевого воздействия, как убеждение, основанное на логике (самоубийц как смертных грешников не хоронят на общем кладбище, этот факт принесет еще больше горя родителям,

а убитого врача общественность будет помнить как настоящего героя). Доктор понимал, что, если его тактики и стратегии воздействия на мужчину будут безрезультатными, взрыв отнимет жизни у него и пациента, а также нанесет ранения другим людям, лежащим в соседней палате. Врач намеренно гиперболизирует, чтобы подчеркнуть, как воспримут его смерть в обществе, и применяет прием антитезы: *меня похоронят с почестями, а тебя, как собаку, зароют у дороги*, выбирая верно мишенью манипулирования отношение общества (осуждение окружающих). Таким образом, для пациента подобная проспекция (ненаступившее будущее) стала действенной.

В приведенном выше диалоге можно отметить еще один способ воздействия – прием «уклон» («предвзятой подачи информации, специальный подбор фактов и аргументов» [Шелестюк, 2014, с. 70]). Нужный врачу результат был достигнут благодаря реалистичности описанной ситуации, что привело к коммуникативному выигрышу инициатора воздействия. Несмотря на угрозу смерти (граната в руках пациента), смелость и упорство послужили применению сильной тактики, причем не на начальном этапе, а после того, как врач постарался взять на себя коммуникативное лидерство с целью изменения хода мыслей мужчины.

Таким образом, типами речевого воздействия стали оценочные и эмоциональные виды воздействия на коммуниканта (морально-этическая оценка статуса самоубийцы и убийцы другого человека, в данном случае подчеркивается известность доктора, положительная оценка его труда – хороший специалист, апеллирующие к чувству жалости (в отношении родителей)). Все это приведет к общественному порицанию и пациента, и его родителей.

Итак, в рассматриваемых примерах речевое воздействие оказывалось как на врачей, так и на пациентов, однако не во всех случаях это закончилось успешно. Пациенты воздействовали с помощью стимула корысти, предлагая свои услуги, какую-то материальную выгоду. Врачи применяли стимул

страха (в медицинском дискурсе – страх за свою жизнь или жизнь близкого человека).

Обратим внимание, что среди способов речевого воздействия превалировали убеждение, уговаривание (свойственно пациентам) с помощью суггестии или гармонизирующей стратегии, а также эмоциональное воздействие с применением софизма, что не является нормой речевого поведения доктора. Кроме того, эмоциональное воздействие было использовано доктором, чтобы успокоить пациента посредством уклонения от ответа и применения речевого механизма полуправды.

Отметим, что не всегда коммуникация становилась продуктивной: убеждение с аргументированием не всегда давало положительный результат. Напротив, уговаривание с применением гармонизирующей стратегии давало положительный результат.

Использование софизмов, эмоциональное воздействие на пациента иногда свидетельствовало о непрофессионализме доктора, если речь шла о нежелании вести разговор с пациентом, когда он находится в подавленном эмоциональном состоянии.

2.3. Приёмы убеждения и манипулирования в диалогах врачей и пациентов

Речь убеждающая (англ. *forensic oratory*), или, в античной терминологии, совещательная – «когда перед говорящим стоит задача изменить мнение слушателей или побудить их выполнить какое-либо действие» [Москвин, 2019, с. 19]. Такая же задача стоит и перед врачом, который должен донести нужную информацию и корректно изменить мнение больного. В.П. Москвин, основываясь на труде «Теория аргументации» А.А. Ивина, пишет, что человек очень часто «действует на основе имеющихся у него убеждений», и поэтому «изменение убеждений является одновременно изменением его поведения» [Москвин, 2019, с. 21]. Продуктивность такого

процесса мы можем наблюдать во врачебной практике: доктор не только старается грамотно осуществить процесс оздоровления больного, но и при этом по возможности изменить те стороны его жизни, которые способствуют поддержанию здоровья и дееспособности.

Убеждение, по мнению Е.Н. Зарецкой, имеет особый механизм: так, «человек имеет систему взглядов. Сначала нужно набрать значительное, а точнее – достаточное количество аргументов, которые бы доказали несостоятельность точки зрения речевого оппонента. Это называется вытеснением. Необходимо вытеснить из его сознания ту систему взглядов, которая там была. После того, как вытеснение произошло, в мозгу речевого оппонента образуется вакуум. В этот момент важно приступить к тому, чтобы заполнить его своей системой убеждений посредством новой системы аргументов. Этот второй этап и вторая процедура называются замещением. Уже пустующее место в сознании другого человека занимается новой нужной концепцией. Это и называется – убедить» [Зарецкая, 2002, с. 57]. Тактика убеждения является общей для различных стратегий медицинского дискурса, нередко может сочетаться с разными тактиками одновременно. О.Е. Осипчук подчеркивает, что тактика убеждения предполагает верный подбор «средств речевого воздействия, которые обеспечат высокую результативность побуждения» [Осипчук, 2022, с. 139]. В противном случае коммуникант потерпит коммуникативную неудачу и не достигнет поставленной цели коммуникативного акта. Однако комплексное использование тактик может не привести к успеху, если врач не смог выбрать наиболее подходящие для конкретного случая, а также если специалист не владеет речевой компетенцией.

Убеждение – это успешное интеллектуальное воздействие на сознание этого человека, в результате которого он сам приходит к мнению, что поступок, который вы от него требуете, необходим [Москвин 2019, с. 56]. Люди многих профессий прибегают к убеждающей речи, чтобы добиться той

или иной цели. Не исключение и врачи, которые часто используют убеждение, чтобы помочь пациентам и порой спасти их жизни.

Л.А. Введенская рассматривает понятия «доказательство» и «убеждение» в качестве вытекающих одно из другого: задачей полемиста является «не только доказать выдвинутый тезис, но и убедить оппонента, а также всех присутствующих в его ценности» [Введенская, 2004, с. 370]. При этом ученый не отождествляет их, а подчеркивает их различия: «доказательство означает устанавливать истинность тезиса, а убеждать – это создавать впечатление, вселять уверенность, что истинность тезиса доказана, делать слушателей единомышленниками, соучастниками своих замыслов и действий» [Введенская, 2004, с. 371]. Согласимся, что убеждение в спорной ситуации не всегда имеет логическое обоснование, в целом не обладает доказательностью, а может опираться лишь на предрассудки и при этом восприниматься адресатом как неоспоримый факт в силу его неосведомленности, а также благодаря суггестивности речи ритора, уверенного в собственной правоте.

Е.Н. Зарецкая пишет, что один из сложных коммуникативных случаев – это ситуации, когда «контакт происходит по схеме один говорящий со многими оппонентами» [Зарецкая, 2022, с. 11]. Иногда врачи попадают в такие условия, когда специалист должен подобрать эффективные аргументы для убеждения пациентов в срочном лечении, методы которого могут их отталкивать. В этом случае врач чаще всего использует аргументы к вере («обещание с целью побудить адресата к определенным действиям» [Москвин, 2019, с. 497]) и к страху (в основе довода лежит «воздействие на поведение человека с помощью шантажа или угрозы» [Москвин, 2012, с. 412]). Выбор этих доводов обусловлен тем, что они апеллируют к одной из сильных эмоций. Е.Н. Зарецкая подчеркивает, что базовой эмоцией является именно страх, который мы испытываем перед речью как таковой: любой человек боится сообщения о несчастье [Зарецкая, 2002, с. 50]. Так, пациенты могут быть испуганы теми последствиями, которые неминуемо произойдут,

если не начать операцию, не пить лекарства и не следовать иным вариантам лечения.

Однако в медицинском дискурсе имеет место еще и убеждение адресата при помощи аргумента к вере [лат. *argumentum ad fidem, argumentum ad credendum*, англ. *appeal to belief*], который представляет собой обещание с целью побудить адресата к определенным действиям [Гончаренко, 2007, с. 497]. В свое время В.М. Бехтерев совершенно правильно отметил, что «вера играет необычайную роль как фактор, способствующий внушению» [Бехтерев, 1908, с. 29]. Фактор веры, подкрепленный силой самовнушения, издавна используют врачи, знахари, различного рода народные целители [Гончаренко, 2007, с. 498].

Обратимся ко второму ключевому понятию – *манипуляция*, которая является одним из типов коммуникативной стратегии с определенными приемами и средствами. Е.Л. Доценко дает следующее определение этому термину: «манипуляция – это вид психологического воздействия, искусное исполнение которого ведёт к скрытому возбуждению у другого человека намерений, не совпадающими с его актуально живущими желаниями» [Доценко, 1994, с. 59].

Г.А. Копнина, посвящая свое исследование речевой манипуляции, определяет ее как «такое воздействие на наше поведение, которое, как пишет С. Кара-Мурза, побудило нас сделать такие поступки, что мы оказались в проигрыше, а то и в дураках» [Копнина, 2012, с. 9]. То есть манипуляция связана с чем-то негативным, каким-то убытком, который возник по причине воздействия со стороны другого человека, навязанная им позиция, усугубившее наше положение. Г.А. Копнина данное понятие связывает с демонстрацией фокусов, когда реальные действия скрыты от зрителя так же, как искусный манипулятор скрывает свои истинные намерения, ловко управляя нами во время беседы. М.Л. Макаров отмечает, что манипуляция нарушает нормы общения в процессе коммуникации, акцентируя внимание на том, что она построена «на умышленном нарушении норм кооперативного

общения и самого принципа коммуникативного сотрудничества, а также институциональных норм этикета» [Макаров, 2003, с. 138]. Однако Г.А. Копнина, В.Н. Куницына, Н.В. Казаринова обращают внимание на то, что манипуляция не может относиться только к чему-то негативному, она может быть направлена на благо, на «способ выживания» [Куницына, Казаринова, 2001, с. 182].

Как отмечают Е.И. Алещенко, М.Ф. Шацкая и Ю.Г. Фатеева, основной целью манипуляции становится «управление ситуацией через взаимодействие поведением участников» [Алещенко, Шацкая, Фатеева, 2022, с. 52]. Исследователи также отмечают особенности манипулятивной стратегии, которые заключаются в том, что «манипуляция нацелена в основном на поведенческую сторону общения, основной целью является достижение цели, при этом могут быть задействованы некоторые сомнительные с точки зрения этики приемы» [Алещенко, Шацкая, Фатеева, 2022, с. 52]. Манипулирование при этом предполагает сохранение этичности речевого поведения коммуникантов.

Приведенные выше характеристики манипуляции позволили нам прийти к выводу о том, что этот вид воздействия дуален: он может положительно влиять на человека (например, в ситуации, когда надо убедить пациента бросить курить), а также негативно, когда коммуникант побуждает сделать «противное всей личности в целом дело» [Копнина, 2012, с. 14]. Причем Г.А. Копнина подчеркивает, что манипуляция возникает не сразу, а лишь на этапе, когда другие доводы не повлияли на собеседника, «когда открыто переиграть соперника не удаётся, а подавить его полностью ещё нет возможности» [Копнина, 2012, с. 14].

Спорным в лингвистике остается вопрос о том, можно ли считать этикетные формы манипуляцией. Так, С. Кара-Мурза, Г.А. Копнина не относят этикетные формы общения к манипуляции, а А.Ю. Панасюк, напротив, считает их таковыми: «употребляя их, человек неосознанно удовлетворяет свои собственные потребности (чувство удовлетворения,

стремление избежать неприятностей, а значит, потребность в самосохранении) и, следовательно, действует корыстно, что не подразумевает его собеседник» [Панасюк, 2002, с. 160–163]. Однако при этом должны наблюдаться признаки манипуляции, намерения человека, о которых говорит ученый.

Важно учитывать этапы манипуляции, так как хороший манипулятор заранее продумывает каждый из них, помимо стратегий и тактик. Безусловно, вначале манипулятор должен подготовить адресата, проводить «подстройку к особенностям ситуации или адресата» [Копнина, 2012, с. 35]. К первому этапу относится и выбор «мишеней манипулирования», представляющих собой «те психические структуры, на которые оказывается влияние со стороны инициатора воздействия и которые изменяются в направлении, соответствующем цели воздействия» [Доценко, 1994, с. 122]. Г.А. Копнина в своей работе дает этапы манипулятивного воздействия, представляющего собой своего рода ступени к успешной манипуляции: «... подготовительный этап (выбор мишеней психологического воздействия), сбор информации об адресате – обнаружение/формирование мишеней манипулирования – аттракция – понуждение адресата к действию – выигрыш инициатора воздействия» [Копнина, 2012, с. 35–37].

Е.Л. Доценко различает манипуляцию «как по средствам психологического воздействия, так и по характеру внутриличностных процессов: манипуляция образами, конвенциональная манипуляция операционально-предметная манипуляция, эксплуатация личности, манипуляция духовностью» [Доценко, 1994, с. 157]. Манипуляция образами представляет собой «предъявление таких стимулов, которые актуализируют необходимую манипулятору потребность» [Копнина, 2012, с. 17]. Так, врач с помощью создания образов того, как именно будет проходить каждый этап лечения, сможет получить согласие пациента на медицинское вмешательство, установить доверительные отношения с больным.

Е.В. Сидоренко разграничивает манипуляцию и принуждение, считая их нетождественными. Так, она пишет, что принуждение представляет собой «приневоливание (стимуляция) человека к выполнению определённых действий с помощью угроз (открытых или подразумеваемых)» [Сидоренко, 2004, с. 30]. Безусловно, манипуляция не предполагает применения силы, а принуждение возникает, когда адресант находится в более выгодном, независимом положении, в отличие от адресата, а также при угрозе в отношении к нему.

Остается спорным вопрос о равноправии понятий *убеждение* и *внушение*. Трудность вопроса в том, что убеждение предполагает логические доводы в пользу своей точки зрения, под действием которых человек принимает эту позицию. Но, как пишет Ю.А. Шерковин, «есть основания говорить о внушающей силе убеждения», а также о существовании «смешанного типа внушающего и убеждающего воздействия» [Шерковин, 1973, с. 164]. Исследователь также описал, в каком отношении пересекаются такие понятия, как *убеждение, манипуляция* и *внушение*: 1) внушение объявляется основным способом организации общественного мнения и манипулирования сознанием масс; 2) внушение рассматривается как вспомогательный механизм, дополняющий собой убеждающую коммуникацию и повышающий ее эффективность в тех случаях, когда необходимо преодолеть возникающее у аудитории по тем или иным причинам сопротивление убеждению [Шерковин, 1973, с. 201].

Н.В. Гончаренко в своей работе пишет, что любой тип дискурса обладает некоторой суггестивностью, то есть любой текст обладает суггестивным воздействием на слушающего: «любая речь – это внушение» [Гончаренко, 2007, с. 5]. Согласимся, что скрытое влияние на коммуниканта в коммуникативной практике представлено широко, в медицинской практике доктора нередко должны убеждать обратившихся к ним людям или же попавшим в больницы и поликлиники по иным причинам (принудительно, в несознательном состоянии и пр.). Таким образом, и медицинский дискурс

предполагает воздействие на личность пациента, основанное на психологическом влиянии на него, однако без угроз и насилия. При этом суггестивность может быть задействована в разных жанрах.

Убеждение, по мнению Н.В. Гончаренко, отличается от внушения тем, что оно построено «на том, чтобы с помощью логического обоснования добиться согласия от человека, принимающего информацию» [Гончаренко, 2007, с. 6]. Это составляет одно из отличий убеждения от внушения, последнее строится на принятии информации, воздействие происходит на область эмоционально-волевую. Лингвист, опираясь на суждения В.М. Бехтерева, говорит, что «внушение входит в психическую сферу совершенно незаметно для внушаемого лица и без всякой борьбы и сопротивления с его стороны» [Гончаренко, 2007, с. 6].

Н.В. Гончаренко выделяет вербальную и невербальную суггестивность. К невербальной суггестивности относится следующее: «уверенное поведение врача (открытые позы, жесты, мимические реакции, межличностная дистанция, длительный спокойный взгляд, внимательное слушание ответов)» [Гончаренко, 2007, с. 7]. Действительно, обладая таким типом поведения, врач сможет выстроить продуктивный диалог, добиться главной цели, создав ощущение уверенности профессионала в своих действиях и решениях и вызвав у пациента доверие к нему, надежду на благополучный исход лечения. Если говорить про вербальную суггестивность, то она, как пишет Н.В. Гончаренко, «выражается в установках, формулируемых врачом посредством прямого речевого внушения в виде “директив”, принимающих формы врачебной команды, совета, рекомендации, инструкции, запрета, а также косвенного внушения в виде внушающего одобрения (комплимент, похвала) или внушающего осуждения» [Гончаренко, 2007, с. 7]. Таким образом, суггестивность может положительно влиять на разрешение ситуации, если речь идет об умелом использовании внушения и убеждения в словах доктора, обращенных к пациентам, увеличивая авторитет

профессионала, а также доверие между специалистом и обратившимся за помощью больным.

Таким образом, существуют близкие, связанные между собой понятия, к которым относятся внушение (суггестия), убеждение, принуждение и манипуляция. Однако убеждение все же основывается на логическом, интеллектуальном объяснении своей позиции, манипуляция связывается с применением некоторой хитрости, направленной на добровольное принятия решения, интересного для самого манипулятора. Суггестия и принуждение больше связываются с применением насильственного действия, использованием агрессии и угроз, связанных с намеренным причинением вреда коммуниканту. Г.А. Копнина подчеркивает, что «речевое насилие и речевое манипулирование являются разновидностями речевого психологического воздействия» [Копнина, 2012, с. 30].

Справедливо замечание лингвистов относительно специфики общения между врачом и пациентом: «Хотя устное общение врача и пациента всегда асимметрично, однако в этом общении проявляются признаки не только институализированного дискурса, но и приметы персонального, личностно-ориентированного общения. Преобладающей и наиболее предпочтительной в общении врача и пациента является рациональная аргументация – argumentum ad rem (аргумент к сущности вещей). Но в зависимости от личных качеств (уровня образования, психоэмоционального настроя) пациента врач может выбрать и тактику эмоционального воздействия. Поскольку в реальной жизни прием у врача жестко ограничен во времени, не имеется возможности исчерпать все рациональные аргументы, чтобы пациент их взвесил и мог принять окончательное решение. На эмоциональную сферу направлен argumentum ad baculum (апелляция к силе): «Если довести до этого заболевания, то здесь 100% смертность» и под.» [Барабаш, Брусенская, Куликова, 2026, с. 57]. Таким образом, ученые обращают внимание на предпочтительность определенных аргументов в

зависимости от интенции врача и предполагаемого им результата речевого воздействия на пациента.

Рассмотрим подробнее различные типы убеждения и манипулирования, отмеченные нами на страницах художественных произведений.

В цикле рассказов М.А. Булгакова «Записки юного врача» (глава «Египетская тьма») герой-пациент – интеллигентный мельник, общение с которым стало приятной неожиданностью для молодого врача, привыкшего к несговорчивым деревенским жителям.

– Вот что, голубчик, – говорил я, постукивая по широчайшей теплой груди, – у вас малярия. ***Перемежающаяся лихорадка****… У меня сейчас* ***целая палата свободна****. Очень советую ложиться ко мне.* ***Мы*** *вас как следует понаблюдаем. Начну вас* ***лечить порошками, а если не поможет, мы вам впрыскивания сделаем. Добьемся успеха. А? Ложитесь?***

– Покорнейше вас благодарю! – очень вежливо ответил мельник. – Наслышаны об вас. Все довольны. Говорят, так помогаете… И на впрыскивания согласен, лишь бы поправиться [Булгаков, 2018, с. 11].

Врач старается использовать медицинские термины, называя диагноз пациента, местоимение *мы*, имеющее обобщающее значение (подразумевается целая группа врачей, которая будет наблюдать за больным). Название методов лечения (порошки и впрыскивания) также создают образ современного и эффективного лечения в воображении слушающего. Большинство людей, попавших в больницу, хотят прежде всего получить заботу, внимание, тщательный осмотр и нахождение в комфортных условиях. Обо всем этом говорит доктор, рисуя наиболее благоприятные условия, которые мог бы получить пациент. С помощью уверений о том, что скоро они добьются успеха в лечении, врач актуализирует ценность здоровья пациента, одновременно создавая идеальный архетип врача (заботящийся, прекрасно знающий медицину, уверенный в благополучном исходе лечения). Итак, образ врача, созданного им самим в воображении больного, становится видом суггестивного воздействия и порождает ответную реакцию в воображении

мужчины, что приводит к согласию на лечение в больнице, а также на предложенные процедуры. Врач верно подстроился к особенностям ситуации и адресата (мельник оказался достаточно воспитанным, соблюдающим речевой этикет, сам обратился за медицинской помощью и сейчас находится в руках доктора), а затем выбрал мишенью манипулирования потребность в безопасности (среди множества профессионалов в медицинском учреждении).

В отрывке художественного текста есть фактор тематической уместности: врач и пациент любезно говорят друг с другом (средний стиль речи), т. к. не возникло привычного спора или несогласия, пациент доверяет доктору, потому что наслышан о нем. В речи доктора прослеживается и конвенциональная манипуляция: вежливость и стандарты поведения при общении с мужчиной соблюдены специалистом. Этикетные и правильные фразы, влияющие на решение пациента, исключают прямой отказ в госпитализации. Врач использует логические аргументы (факты, четкий диагноз) в сочетании с психологическими (аргумент к вере: успех будет в случае выполнения всех предписаний доктора), убеждая мужчину. Есть фактор доверия, т. к. пациент не пререкается, а полностью доверяется врачу. Используется восходящая аргументация: от второстепенных к сильному аргументу (*добьемся успеха*).

Следующий тип манипуляции – конвенциональная. Она «основана на эксплуатации конвенциальной силы (норм, правил, ритуалов и т. п.), с помощью которой создаются нужные манипулятору ситуации, направляющие объект манипуляции по готовым образцам» [Копнина, 2012, с. 19]. Однозначно можно говорить о наличии определенных ритуалов в медицинском дискурсе, что позволяет прививать нужные стереотипы поведения человеку согласно его социальной роли. Для наглядного иллюстрирования данного типа манипуляции обратимся к «Запискам юного врача» М.А. Булгакова. В произведениях этого цикла много ярких примеров убеждения, поскольку герой-врач часто находится в сложных и

экстремальных ситуациях, где нужно предпринимать активные риторические действия. Отметим, что конвенциональная манипуляция предполагает эмоциональное давление, например, на основе вызванного коммуникантом чувства страха, стыда за свою неосведомленность в вопросах медицины. Так, в рассказе «Стальное горло» повествуется о том, как бабушка и мать привезли больную дифтерийным крупом девочку, которая уже пять дней находилась в тяжелом состоянии и не могла нормально дышать. Доктор предлагает единственно верное решение:

– Вот что, – сказал я, удивляясь собственному спокойствию, – дело такое. Поздно. Девочка умирает. И ничто ей не поможет, кроме одного – операции (аргументы от тезиса к подтверждению).

Даже такой веский аргумент, как смерть ребенка, был для женщин неубедителен. Они не соглашались на операцию.

– Нужно будет горло разрезать пониже и серебряную трубку вставить, дать девочке возможность дышать, тогда, может быть, спасем ее, – объяснил я.

– Что ты! Не давай резать! Что ты? Горло-то?! Мать не давала девочку, когда увидела шприц, но мы ей объяснили, что это не страшно.

– Может, это ей поможет? – спросила мать.

– Нисколько не поможет. Тогда мать зарыдала.

– Перестань, – промолвил я. Вынул часы и добавил: – Пять минут даю думать. Если не согласитесь, после пяти минут сам уже не возьмусь делать.

– Не согласна! – резко сказала мать.

– Нет нашего согласия! – добавила бабка.

– Что вы, с ума сошли? Как это так не согласны? Губите девочку. Соглашайтесь. Как вам не жаль?

– Нет! – снова крикнула мать.

– Ну, скорей, скорей соглашайтесь! Соглашайтесь! Ведь у нее уже ногти синеют.

– Нет! Нет!

– Ну, что же, уведите их в палату, пусть там сидят.

Их увели через полутемный коридор. Я слышал плач женщин и свист девочки. Фельдшер тотчас же вернулся и сказал:

– Соглашаются! [Булгаков, 2018, с. 10]

Во фразах врача есть не только убеждение, но и психологическое давление (*соглашайтесь, девочка умирает* и пр.), а также вербальное внушение, перебиваемое аргументами. Доктор одновременно включает в свою речь духовное помыкание, которое заключается в «опоре на жизненные смыслы, ценности» [Копнина, 2012, с. 21]. Одной из ценностей в обществе является защита детей, сохранение их здоровья и жизни. Ответственность за это несут родители, а также медицинские работники, которые обязаны спасать жизни всех людей, обратившихся к ним за помощью. Именно к такому ценностному ориентиру апеллирует доктор, когда ведет непрерывный разговор именно с матерью девочки, исключая участие в диалоге бабушки. Врач также использует «правильные» фразы, включающие аргументы к страху, которые подталкивают женщин на согласие: *девочка умирает, операция поможет, спасём её*. Можно отметить еще один психологический аргумент – аргумент к вере. Врач пытается изменить мнение женщин, вытеснить их аргументы, заменив своими, он акцентирует внимание на том, что девочку можно спасти только посредством проведения операции, другие варианты исключаются. Он дает разъяснения, которые показывают необходимость и гипотетическую успешность операции, заставляет женщин поверить лишь в этот единственный возможный путь решения проблемы.

В репликах врача есть тематическая уместность, обусловленная тем, что он должен убедить простых деревенских и малообразованных женщин в необходимости медицинского вмешательства. Он использует сниженный стиль речи (*помрет, о чем ты думала, морила девочку, что прикажешь делать, уйди, бабка*), что также позволяет сказать о применении фактора уместности (такой стиль и поведение врача необходимы, поскольку это внештатная ситуация, нужно было говорить с людьми «на одном языке»).

Кроме того, следует отметить фактор места и времени: врач выбирает такой стиль общения именно потому, что в тот момент спор отвлечет от пациентки и все может закончиться летальным исходом, чего нельзя допустить, поэтому доктор старается быть на равных, убедить как можно быстрее. В ситуации общения врача и пациента в спокойной и рядовой обстановке не допускается обращения на «ты», переход на личность и оскорбления, однако в приведенном выше примере цель – доказательство своей правоты в битве не просто за здоровье, а за жизнь ребенка. В реплике врача используется еще критерий релевантности, а именно рациональные аргументы: он говорит четко о ситуации, о том, что нужно делать для излечения маленькой пациентки.

В репликах врача есть фактор цели, т. к. доктор должен убедить женщин и начать спасительную операцию, а также задействована эристическая аргументация, цель которой – победа над противником в споре, однако итогом может быть ссора, что и происходило до согласия на операцию.

Нельзя не сказать о том, что в примере есть такой тип манипуляции, как эксплуатация личности адресата. Ее суть заключается в перекладывании ответственности на адресата. В конце диалога доктор понимает, что никакие воздействия не помогают ему изменить позицию женщин, поэтому он использует данную манипуляцию, дав родственникам время посидеть в больнице, имитируя «процесс самостоятельного выбора между альтернативными мотивами» [Копнина, 2012, с. 21]. Ликвидировав стороннее вмешательство со своей стороны, доктор смог получить желаемый результат и спас ребенку жизнь.

В рассказе «Вьюга» повествуется о несчастном случае, произошедшем с молодой женой конторщика в день венчания, которая умирает от удара, упав с саней. Мужчина обезумел от этого горя и не мог прийти в себя. Врач видит: ему нужна инъекция успокоительного. Тогда утром можно будет

сказать ему о смерти жены и о том, что шанса спасти ее не было. В контексте находим фразу врача:

– Если вы не дадите себе впрыснуть лекарство, мы ничего не можем делать. Вы нас мучаете, работать мешаете!

Тогда он согласился; тихо плача, снял пиджак, мы откатили рукав его праздничной жениховской сорочки и впрыснули ему морфий [Булгаков, 2018, с. 35].

Можно отметить наличие признаков конвенциальной манипуляции, к которым относится эмоциональное давление на пациента: *работать мешаете, мучаете*. Эти слова включают манипуляцию чувством вины, стыда за свое поведение (если пациент не соглашается на медицинское вмешательство, то он лишь зря тратит время медика). Доктору в данной ситуации удается убедить мужчину, потому что у пациента нет выбора. Как видим, применяются психологические аргументы (психологическое давление на оппонента, выражающееся в применении аргумента к вере: нужно успокоиться и довериться врачу, чтобы он смог помочь и сделать качественно свою работу – попытаться спасти женщину). Используется фактор тематической уместности: врачу требуется спокойная обстановка для оказания помощи нуждающимся.

Автор использует в реплике врача гиперболизацию: *мы ничего не можем делать*. Подчеркивается необходимость помочь врачам и дать возможность сделать инъекцию. Используется нисходящая аргументация: от сильного довода (*ничего не можем делать*) к слабым (*мучаете, мешаете работать*).

Ещё один тип манипуляции – операционно-предметная [Копнина, 2012, с. 20], которая опирается «на такие автоматизмы, как инерция, сила привычек, особенности распределения внимания между элементами структуры деятельности, навыки выполнения какой-то работы и т. п.» [Доценко, 1994, с. 162]. Ярким примером операционно-предметной манипуляции является следующий отрывок из рассказа «Звездная сыпь». На

прием пришел пациент, у которого врач обнаружил сифилис. Больной не поверил доктору, однако молодой врач не сдался, т. к. больному необходимо было экстренное лечение. Пациент же видел лишь один волнующий его симптом – больную глотку. Врач дает мужчине лекарство, которое лечит в комплексе болезнь, включая глотку. Именно так, «пойдя навстречу» пациенту, врач добивается его согласия. Таким образом, доктор показывает мужчине более привлекательный вариант.

– Вы будете делать втирания. Вам дадут шесть пакетиков мази. Будете втирать по одному пакетику в день… вот так…

И я наглядно и с жаром показал, как нужно втирать, и сам пустую ладонь втирал в халат…

– …Сегодня – в руку, завтра – в ногу, потом опять в руку – другую. Когда сделаете шесть втираний, вымоетесь и придете ко мне. Обязательно. Слышите? Обязательно! Да! Кроме того, нужно внимательно следить за зубами и вообще за ртом, пока будете лечиться. Я вам дам полоскание. После еды обязательно полощите…

– И глотку? – спросил пациент хрипло, и тут я заметил, что только при слове «полоскание» он оживился.

– Да, да, и глотку [Булгаков, 2018, с. 63].

В контексте, как видим, использованы логические аргументы (факты, опора на научные труды, медицинскую литературу и практику); нисходящая аргументация (от сильного аргумента (озвучивание точно поставленного серьезного заболевания) к перечню нужных действий в ходе лечения, в разговоре врач акцентирует внимание на больной глотке, которая и беспокоила пациента). Еще один довод – аргумент к страху (угроза серьезности ситуации, если не лечиться, возможность заражения всей семьи). Мы могли убедиться, что в диалоге присутствует фактор цели (кооперативная), поскольку доктор понял, что с этим пациентом будет трудно, развивать конфликт не нужно, иначе он вообще не станет лечиться, поэтому доктор решил согласиться с локальным лечением глотки, однако добавил и

другие процедуры – втирание в другие части тела. Отметим, что отказ пациента от метода лечения, озвученного врачом, не уместен, так как социальные роли между людьми в диалоге накладывают отпечаток на желания адресата-пациента: врач в силу своей профессии знает о лечении больше, чем больной, поэтому со специалистом нужно соглашаться. Упоминание социальной роли также относится к манипуляции, а построение речи доктора говорит о четком ведении разговора без лишних слов, речь выстраивается в некую инструкцию, обязательную к исполнению.

Далее в названной выше главе рассказывается о пациентке, которая превысила дозировку белладонны, что привело врача в замешательство, т. к. женщина должна была непременно отравиться от такого количества препарата, но никаких признаков доктор не обнаружил. Тогда он позвал на помощь фельдшера, который быстро раскрыл обман:

– Бабочка, ты нам очков не втирай, – сурово, искривив рот, говорил Демьян Лукич, – мы все досконально понимаем. Сознавайся, кого лечила этими каплями?

– Вот чтоб мне…

– Брось, брось… – бубнил Демьян Лукич и обратился ко мне: – Они, доктор, ведь как делают. Съездит такая артистка в больницу, выпишут ей лекарство, а она приедет в деревню и всех баб угостит.

– Что вы, гражданин фершал…

– Брось! – отрезал фельдшер.

– Я у вас восьмой год. Знаю. Конечно, раскапала весь флакончик по всем дворам, – продолжал он мне. – Еще этих капелек дайте, – умильно попросила баба.

– Ну, нет, бабочка, – ответил я и вытер пот со лба, – этими каплями больше тебе лечиться не придется. Живот полегчал?

– Прямо-таки, ну, рукой сняло!..

– Ну вот и превосходно. Я тебе других выпишу, тоже очень хорошие [Булгаков, 2018, с. 43].

В словах Демьяна Лукича есть аргумент к страху. Доктор использует в речи глагол в повелительном наклонении *сознавайся*. Медики показывают женщине свою убежденность в том, что они уже все поняли, знают по опыту, что она давала назначенное ей лекарство другим людям, поэтому уместно сказать о факторе свидетеля. Использован еще фактор ситуативной уместности (реплики врачей носят угрожающий характер, они боятся, что пациентка дала лекарство другим людям и могла нанести вред их здоровью по незнанию). Присутствует психологический аргумент к страху: фельдшер говорит о том, что женщина могла дать всем знакомым попробовать лекарство, это может привести к плохим последствиям для их здоровья, в том числе и летальному исходу. Аргументация восходящая: от второстепенных доводов к главному (живот полегчал, а это значит, что больше белладонну давать не надо).

В рассказе «Пропавший глаз» врач попадает в сложную ситуацию: к нему приходит мать с младенцем и просит дать капель, однако врач убежден, что ребенку срочно нужна операция, т. к., предположительно, у него вместо глаза – опухоль. Он уже мысленно представляет процесс ее удаления, однако мать категорически против:

– Что ж ему, без глаза, что ли, оставаться?

– Нету у него глаза, говорю тебе…

– А третьего дни был! – отчаянно воскликнула баба.

– Не знаю, может, и был… черт… только теперь нету… И вообще, знаешь, милая, вези ты своего младенца в город. И немедленно, там сделают операцию… Демьян Лукич, а? [Булгаков, 2018, с. 52]

В контексте мы видим использование фактора цели (эристическая аргументация, с помощью которой автор пытался убедить женщину согласиться на операцию, однако спор и убеждение закончились ссорой). Можно отметить присутствие фактора свидетеля, т. к. доктор спрашивал подтверждение своей рекомендации у фельдшера, чтобы женщина поверила в необходимость такого хирургического вмешательства. Кроме того,

используется аргумент к вере с целью побудить адресата делать именно так, как говорит врач, чтобы спасти глаз ребенка. Однако анализируемый пример интересен тем, что доводы, приводимые специалистом, не повлияли на решение женщины, она отказалась делать операцию ребенку. Убеждение не достигло конечной цели. Врач увидел, что ситуация не связана с риском для жизни, решение о принятии крайних мер может подождать, помимо этого, доктор был сконфужен, в конце разговора начал сам сомневаться в предложенном методе лечения и стал отправлять женщину в город, где есть более опытные и высококвалифицированные специалисты.

На наш взгляд, в этом примере врач не смог убедить женщину и доказать, что у ребенка нет глаза, так как он допускает логическую ошибку в доказательстве, именуемую «ложным основанием». Как отмечает Л.А. Введенская, такая ошибка возникает «из-за недостаточной компетентности полемиста» [Введенская, 2004, с. 366]. Главный герой является молодым начинающим врачом, поэтому коммуникативная неудача обусловлена отсутствием достаточного опыта, излишней торопливостью в постановке диагноза, стремлением усложнить ситуацию.

Такие лингвисты, как В.П. Москвин [Москвин, 2019, с. 478], В.В. Дементьев, писавший о комическом обыгрывании ситуаций в процессе общения [Дементьев, 2010, с. 314–315], справедливо подчеркивают важную роль комического при аргументации в качестве эффективного рычага в процессе коммуникации, её регулирования и создания нужной эмоциональной тональности. В рассматриваемых речевых жанрах также используется языковая игра (см. подробнее о ее функциях [Шацкая, 2007]), определяемая М.Ф. Шацкой как «творческое, нестандартное (неканоническое, отклоняющееся от языковой / речевой, в том числе – стилистической, речеповеденческой, логической нормы) использование любых языковых единиц и / или категорий для создания остроумных высказываний, в том числе – комического характера» [Шацкая, 2008, с. 191]. Применение юмора и, в частности, приема языковой игры в эристических

целях именуется доводом к смеху [лат. *argumentum ad ridiculum, argumentum ad risum,* англ. *appeal to ridicule, appeal to mockery, appeal to humor, the horse laugh*; лат. + англ. *argumentum ad neerdum* (термин Макса Блэка) [Москвин, 2019, с. 478]. В сборнике рассказиков «Записки психиатра» М. Малявина находим пример, когда доктор шутит, используя юмор в качестве приема убеждения пациентки, которую мучает склероз:

– Ну, хорошо. А что еще вы разучились делать?

– Я не могу есть! Я ложкой тычу мимо рта, меня сын кормит!

– А готовите сама?

– Сама, – спохватившись: – но невкусно! Ой, мне плохо!

– Никогда бы не подумал. Наоборот, склероз – это самая приятная болезнь: ничего не болит, и каждый день новость… У вас-то что плохо? [Малявин, 2012, с. 28]

Как видим, в тексте есть аргумент к вере. Врач пытается убедить женщину в том, что склероз не является чем-то негативным, находит его «плюсы»: каждый день что-то новое. Такую иронию доктора нельзя счесть цинизмом, он понимает, что поставленный самой пациенткой диагноз надуман, поэтому он позволяет себе шутить над ней, не оскорбляя при этом ее достоинство.

Теперь обратимся к произведению «Палата № 6» А.П. Чехова, где также находим диалоги пациента и врача, в которых доктор во время беседы с больным о том, почему пациент оказывается в больнице и почему это так несправедливо по отношению к нему, пытается успокоить, убедить больного:

– А за что вы меня здесь держите?

– За то, что вы больны.

– Да, болен. Но ведь десятки, сотни сумасшедших гуляют на свободе, потому что ваше невежество неспособно отличить их от здоровых. Почему же я и вот эти несчастные должны сидеть тут за всех, как козлы отпущения? Вы, фельдшер, смотритель и вся ваша больничная сволочь в

нравственном отношении неизмеримо ниже каждого из нас, почему же мы сидим, а вы нет? Где логика?

– Нравственное отношение и логика тут ни при чем. Все зависит от случая. Кого посадили, тот сидит, а кого не посадили, тот гуляет, вот и все. В том, что я доктор, а вы душевнобольной, нет ни нравственности, ни логики, а одна только пустая случайность.

– Этой ерунды я не понимаю... – глухо проговорил Иван Дмитрич и сел на свою кровать [Чехов, 2000, с. 488].

В приведенном примере находим психологический прием техники двойных стандартов: врач Андрей Ефимович Рагин – на стороне пациента Ивана Дмитриевича Громова, понимает его позицию, и в то же время он старается убедить его в том, что пациенту необходимо остаться в больнице. Используется доктором еще аргумент к вере: пациент должен поверить, что это необходимо, иначе его поймает полиция; а также аргумент к страху: общество непобедимо, оно оградило себя от преступников и психически больных людей. Привлекается аргумент к традиции, представляющий собой «апелляцию к сложившейся в обществе “системе образцов, норм и правил”» [Москвин, 2019, с. 467]: тюрьмы существуют для правонарушителей, психбольницы – для душевнобольных. Парадоксальность речи Андрея Ефимовича заключена в абсурдной гиперболизации: доктор говорит, что единственный выход для Ивана Дмитриевича – побег, однако упоминает невозможность уйти из больницы, потому что беглеца задержат, что приводит пациента к мысли смириться со своей судьбой. В речи А.Е. Рагина используется гипотипозис: он рисует картину будущего, чтобы воодушевить пациента, ведь в будущем не будет ни тюрем, ни психбольниц и в целом любых «решеток». Как видим, в приведенном контексте сочетается сразу несколько видов аргументов, т. к. врач общается с душевнобольным пациентом, требующим более долгой беседы разъясняющего характера. Андрей Ефимович выступает больше как друг, соратник, который дает возможность больному отвести душу. Аргументация восходящая, т. к.

сильный аргумент располагается в конце: случайность, все люди ходят под богом, неизвестно, кто будет в больнице или тюрьме, а кто – на свободе.

Еще один рассказ А.П. Чехова, где происходит конфликт между врачом и пациентом, – «Хирургия». В нем дважды встречаются диалоги, которые происходят во время приема фельдшером дьячка, обратившегося с больным зубом. При этом фельдшер лишь заменяет отсутствующего врача и хорошо вживается в роль, он уверен в себе, тогда как на деле показывает полный непрофессионализм:

– Пустяки... – скромничает фельдшер, подходя к шкапу и роясь в инструментах. – Хирургия – пустяки... Тут во всем привычка, твердость руки...

Раз плюнуть... Намедни тоже, вот как и вы, приезжает в больницу помещик Александр Иваныч Египетский... Тоже с зубом... Человек образованный, обо всем расспрашивает, во все входит, как и что. Руку пожимает, по имени и отчеству... В Петербурге семь лет жил, всех профессоров перенюхал... Долго мы с ним тут... Христом-богом молит: вырвите вы мне его, Сергей Кузьмич! Отчего же не вырвать? Вырвать можно. Только тут понимать надо, без понятия нельзя... Зубы разные бывают. Один рвешь щипцами, другой козьей ножкой, третий ключом... Кому как.

– Ну-с, раскройте рот пошире... – говорит он, подходя с щипцами к дьячку. – Сейчас мы его... тово... Раз плюнуть... Десну подрезать только... тракцию сделать по вертикальной оси... и все... (подрезывает десну) и все...

– Благодетели вы наши... Нам, дуракам, и невдомек, а вас господь просветил...

– Не рассуждайте, ежели у вас рот раскрыт [Чехов, 2000, с. 543].

В.П. Москвин, обращаясь к диалогу Платона о риторике «Горгий», акцентирует внимание на том, что «убедить возможно только в том случае, если владеть приёмами убеждения и являться профессионалом в соответствующей области» [Москвин, 2019, с. 20]. В анализируемом нами

контексте отсутствует как раз вторая составляющая, поэтому убеждения разрушаются на том моменте, когда пациент понимает, что перед ним не профессионал своего дела. Подтверждение находим далее: дьячок начинает ругаться с фельдшером. Доктор, не обладающий нужными коммуникативными качествами, не может убеждать пациента, видящего обман и несоответствующую медицинскую помощь. В рассказе речь идет о хирургической процедуре, непрофессионализм был выявлен быстро и медицинское вмешательство не было доведено до конца.

Можно отметить, что в диалоге применен психологический аргумент – аттракция (отсылка на собственный опыт, удачные до этого удаления зубов у известного пациенту человека, отсылка на его значимость, что именно такой интеллигентный человек обратился к фельдшеру Курятину). Аргумент к авторитету, представляющий собой «ссылку на мнение лиц, пользующихся признанием или влиянием в определенной сфере общественной деятельности» [Москвин, 2019, с. 413], отмечен нами в ситуации, когда фельдшер приводит в пример своего пациента, известного помещика, который доверился именно ему. Хрия отражена в назидательном рассказе об истории помещика и его успешном излечении в качестве примера позитивной практики фельдшера. В диалоге дана нисходящая аргументация (от сильного к слабому аргументу).

В этом же рассказе приведенный выше диалог имеет продолжение и логическую развязку всей ситуации: оба мужчины переходят границы и показывают себя с другой стороны, отбросив тактичность:

Придя в себя, дьячок сует в рот пальцы и на месте больного зуба находит два торчащих выступа.

– Парршивый черт... – выговаривает он. – Насажали вас здесь, иродов, на нашу погибель!

– Поругайся мне еще тут... – бормочет фельдшер, кладя в шкап щипцы. – Невежа... Мало тебя в бурсе березой потчевали... Господин Египетский, Александр Иваныч, в Петербурге лет семь жил...

образованность... один костюм рублей сто стоит... да и то не ругался... А ты что за пава такая? Ништо тебе, не околеешь! [Чехов, 2000, с. 546]

Фельдшером применяется психологический аргумент к невежеству, представляющий собой «упоминание таких фактов или положений, которых никто из спорящих не знает и не в состоянии проверить» [Москвин, 2019, с. 249]: он подчеркивает неведение дьячка в области стоматологии, упрекает в невежестве, указывает, что его дело – бить в колокола. Кроме того, используется повтор фамилии помещика как авторитетного и образованного постоянного пациента, выбирающего именно такого квалифицированного врача, как Курятин (аргумент к авторитету). На основе анализа рассказа можно сделать вывод о том, что фельдшер достиг цели и пациент доверился, открыв рот и позволив медицинские манипуляции, однако фельдшер не выполнил врачебную цель (облегчить боль пациенту, помочь). Он перешел на брань, обвинения, хотя дьячок не имел медицинского образования. Цель коммуникации достигнута, а профессиональная – нет.

Рассмотрим примеры применения аргументов к вере в «Сердце хирурга» Ф.Г. Углова. К убеждающей речи прибегают врачи, чтобы убедить своих коллег, приободрить или призвать к решительным действиям во имя спасения пациентов. Такой пример находим, когда главный герой, от лица которого идет повествование, выполняет с наставником сложнейшую операцию по новым методам, в ходе которой у оперируемого держится низкое давление уже около часа:

– А как с лёгким? – взволнованно спросил я. – Лёгочная артерия-то перевязана!

– Выхода, папенька, нет, – сурово сказал Николай Николаевич. – Кончайте! Может быть, обойдётся [Углов, 2007, с. 15].

В приведенном выше примере аргумент к страху реализуется с помощью вербальных средств, а именно синтаксических: восклицательного предложения с глагольным императивом и обращения с использованием уменьшительно-ласкательного суффикса *-енк-*.

Иногда случается так, что пациент использует аргумент к страху, успешно убеждая врача. Следующие слова молодой женщины можно отнести в том числе и к такой разновидности манипуляции, как духовное помыкание: говоря про самоубийство, которое хочет совершить пациентка, девушка шантажирует самой важной ценностью для доктора – жизнью больного, которая может оборваться именно по его вине. В диалоге между врачом и молодой пациенткой происходит разговор о том, что девушка хочет рискнуть и сделать операцию по новому методу, так как ее болезнь без операции приведет к неминуемому трагичному исходу, а доктор не хочет использовать ее как подопытного кролика, испытывая неопробованную хорошо методику. Тогда Оля подбирает убедительные слова, прибегая к аргументу к страху с использованием следующих синтаксических средств – восклицательные предложения и парцелляция:

– Вы знаете, что я обречена. Если не будет операции – не будет никакой надежды на спасение. Умоляю – не отказывайте… Я всё равно так жить больше не могу… И не хочу! Я опять… Я покончу с собой!

– Хорошо, Оля, – ответил я. – Вы ляжете к нам в клинику на обследование… Не падайте духом [Углов, 2007, с. 13].

Фёдор Григорьевич Углов повествует о своем становлении в качестве врача, описывая случай, когда мальчик получил глубокую, зияющую рану от удара копытом верблюда. У ребенка было обширное повреждение, почти во весь лоб. Медсестра Нюра, готовящаяся к операции, вступила в диалог с мальчиком:

– Сейчас, Фёдор Григорьевич. А ты, мальчик, не реви. Доктор поможет, выправит, крепше прежнего будет лоб! [Углов, 2007, с. 77]

Как видим, медсестра прибегает к аргументу к вере, чтобы ребенок был уверен в позитивном результате – облегчении после операции, заставляя его поверить, что все будет даже лучше, чем прежде. Медсестра использует просторечную лексику, реализуя аргумент к вере с помощью подходящего вербального средства. Она выбирает такой стиль речи, чтобы ребенок понял

ее, так как многие пациенты – простые дети рабочих, не имеющие даже образования. С помощью разговорного стиля речи женщина убеждает ребенка, коротко и ясно дает понять, что он в хороших руках хирурга.

Доктор Фёдор Григорьевич Углов неоднократно рассказывал, как оперировал своих односельчан, которых знал еще в то время, когда не предполагал, кем станет в будущем. Такой пациенткой стала Наташа, которой сделали неудачную операцию после третьих родов. У женщины образовалась огромная грыжа, в которую частично выпали кишки, «плотно припаянные к коже грыжевого мешка» [Углов 2007, с. 124]. Перед этой важной операцией между врачом и пациенткой был диалог:

– Наташа, – сказал я ей, – ты полежала, отдохнула, пора, что ли?

– А для меня, Федя, другого пути нет: или на тот свет, или здоровой домой вернуться, – твёрдо ответила она. – Я на тебя, как на брата, полагаюсь.

– Ладно, договорились, – старался я отвлечь её от плохих мыслей. – Уж я к тебе потом снова на пельмени приеду, не поскупись, чтоб мне одному миска с верхом была! [Углов, 2007, с. 126]

Врач заставил поверить женщину в благополучный исход, говоря о будущем, о том, как погостит еще у нее, они смогут, как раньше, поговорить в доме и вместе потрапезничать за одним столом. И действительно, он справился с задачей, спас жизнь пациентке. Доктор, как и в предыдущем примере, общается со старой подругой в разговорном стиле речи (*миска с верхом, не поскупись, приеду на пельмени*); его реплики не изобилуют эмоциями, но все слова пронизаны надеждой в лучшее, в светлое близкое будущее уже без мучащей женщину долгое время грыжи.

Часто на страницах «Сердца хирурга» можно встретить тяжелые диалоги двух врачей или ассистирующей медсестры и врача, которые быстро должны принимать непростые решения в операционной. Так, перед неизбежной операцией пациента Жиганова, который ощущал сильнейшую

боль в связи с разлитым перитонитом, есть следующий диалог между врачом и врачом-ассистентом Верой Михайловной:

– Нужно накладывать анастомоз, – сказала Вера Михайловна.

– Но мы не знаем, какая у него кислотность желудочного сока. Если она высокая, разовьётся пептическая язва, как у Стёпы Оконешникова. Всё равно будет мучеником!

– Где выход? Без анастомоза он погибнет. А мы назначим ему диету, будем давать щелочи, пептическая язва, смотришь, не разовьётся… Во всяком случае, будет ли анастомоза, – это почти точно [Углов, 2007, с. 136].

Отметим, что Вера Михайловна применяет аргумент к вере, чтобы подкрепить веру в успешность хирургических действий, так как без операции пациент может умереть от последствий перитонита. Часто коллеги-врачи помогают друг другу поверить в благоприятный исход, обрести надежду на лучшее перед важной операцией. Успешно реализованный аргумент к вере состоит из следующих стилистических средств – риторического вопроса, книжной речи (в структуре диалога между врачами научный стиль речи переплетается с вводным словом *смотришь*, что подчеркивает каждодневность и привычность данных вопросов между двумя равноценными специалистами.

Как показало наше исследование, каждый из аргументов соответствовал речевой ситуации, состоянию реципиента, его статусу и другим параметрам.

Наиболее частотным аргументом, найденным в диалогах между врачом и пациентами, стал аргумент к вере. Он был уместен в тех случаях, когда врачу необходимо было добиться того, чтобы тот следовал назначенным рекомендациям.

Аргумент к страху был действенным, когда врач обрисовывал пациенту картину возможного неблагоприятного исхода, который был вероятен при несоблюдении плана лечения.

Аргумент к авторитету использовался для того, чтобы пациент доверился врачу, поскольку тот имеет опыт и все необходимые компетенции, а также существует множество довольных его лечением пациентов. Однако такой аргумент употребляется и не вполне квалифицированным медиком (например, фельдшером Курятиным из рассказа А.П. Чехова «Хирургия»).

Аргумент к невежеству был применен в ситуации, когда врач упрекал пациента в необразованности, хотя сам не отличался высоким профессионализмом (тот же герой из рассказа А.П. Чехова «Хирургия»).

Аргумент к традиции помог врачу-психиатру успокоить пациента: рассказ о вечном мироустройстве (преступники сидят в тюрьме, психически больные люди лечатся в психиатрической больнице, и ни один человек не защищен от неприятной возможности попасть в одно из этих мест).

Все названные выше виды доводов несли в себе цель – вытеснить сомнения пациентов по отношению к методам лечения. Как мы могли убедиться, врачу не всегда удавалось подобрать действенные аргументы, чтобы скорректировать взгляды пациентов в соответствии со своим пониманием ситуации.

Проведенный анализ художественных текстов показал, что эффективность применения врачами и пациентами аргументов к вере и страху велика, однако не безусловна, так как многое зависит от психологического настроя самих коммуникантов и уровня доверия друг к другу. Так, в одной из ситуаций врач сам не был до конца уверен в предположительном диагнозе, поэтому он не смог убедить пациентку с ребенком обратиться в более крупную городскую больницу.

Отметим, что названные выше виды аргументов были применены не только врачом относительно пациентов, но и между медицинскими работниками. Безусловно, часто врачи могут усомниться в необходимости тех или иных хирургических манипуляций, именно в этот момент им нужна поддержка, а также убеждающая речь коллеги. Немаловажным было и то, что аргументы к страху и вере достигают своей цели, базируясь прежде всего на

вербальных средствах (чаще всего стилистических, синтаксических, лексических), иногда сочетающихся с невербальными (жесты, усиливающие эффект, который должен быть при произнесении слов врача). Таким образом, наиболее действенными были аргументы к вере в сочетании с психологическим давлением, констатирующим безвыходность ситуации, а также применялось замещение, с помощью которого доктор менял мнение пациентов в соответствии с врачебными интересами. Аргументы к авторитету и к невежеству были использованы в рассказе А.П. Чехова низкоквалифицированным фельдшером, его доводы имели агрессивный характер, что привело к провалу при выполнении врачебной цели – помочь пациенту и избавить от боли.

Выводы по главе 2

Целью анализа приведенной выше главы стало исследование жанров медицинского дискурса в художественных текстах врачей-писателей, видов речевого воздействия в коммуникации и приемов убеждения и манипулирования в диалогах врачей и пациентов.

Среди жанров медицинского дискурса наибольшую частотность на страницах художественной прозы показали инвективы и убеждения, что согласуется с интенциональной заданностью профессии врача. Жанру убеждения присуще наличие императивов, лексических повторов, а также иных средств (метафорический перифраз). Однако иногда убеждение может перейти в инвективу (ироничность доктора, использование языковой игры, создание каламбура), но при этом прямых оскорблений пациентов, выявления их недостатков или перехода на личность никогда не допускалось. В речи докторов также присутствует жанр разъяснения, подкрепленный логической аргументацией. Кроме того, отмечены смежные жанры – разговор по душам, инвектива, оскорбление, убеждение, оправдание, упрек.

Речи пациентов свойственны жанры оправдания, маркированные восклицательной интонацией (наличие восклицательных знаков в письменном тексте) и активным отрицанием, инвективами, упреками и просьбами.

Отметим, что жанры не всегда маркировались типичным для них набором языковых средств, описанных ранее в лингвистической литературе. Например, жанр разъяснения мог реализоваться с помощью использования фамильярных фраз и в шуточной форме; жанр постановки диагноза был найден в речи пациента, при этом логическая аргументация в нем отсутствовала. Просьба могла быть выражена в гиперболизированной форме с использованием анималистичных лексем и лести либо реализовывалась с помощью предостережения.

Типами речевого воздействия как со стороны врачей, так и пациентов стали оценочные и эмоциональные виды (морально-этическая оценка статуса и положительная оценка труда врача). Врачи применяли стимул страха, пациенты воздействовали с помощью стимула корысти, предлагая свои услуги, какую-то материальную выгоду. Среди способов речевого воздействия превалировали убеждение (врачи), уговаривание (чаще пациенты) с помощью суггестии или гармонизирующей стратегии, эмоционального воздействия, уклонения и механизма полуправды. При этом не всегда коммуникация становилась продуктивной: логичное убеждение могло оказывать меньшее действие, чем уговаривание с применением гармонизирующей стратегии. Софизмы в речи доктора при эмоциональном воздействии на пациента свидетельствовали иногда о непрофессионализме врача.

Аргументация, используемая согласно определенным речевым ситуациям, согласовывалась часто с учетом состояния реципиента, его статусом и другими параметрами. Частотными доводами в речи врачей отмечены аргументы к вере, к страху и к авторитету. Единичны случаи применения аргументов к невежеству, к традиции. Все доводы преследовали одну цель – вытеснить сомнения пациентов по отношению к методам лечения, однако не все аргументы достигли этой цели, поскольку многое зависит от психологического настроя самих коммуникантов и уровня доверия друг к другу. Приведенные типы доводов применялись и в общении коллег-медиков.

Аргументы к страху и к вере становились действенными в случае верного использования вербальных средств (стилистических, синтаксических, лексических), сочетающихся с невербальными (жестами), а также с применением иногда психологического давления, констатацией безвыходности ситуации и приема замещения с целью изменения мнения пациентов для достижения положительного результата лечения.

ГЛАВА 3. НЕГАТИВНАЯ КОММУНИКАЦИЯ В МЕДИЦИНСКОМ ДИСКУРСЕ

3.1. Речевая агрессия в медицинском дискурсе

В большинстве языковедческих работ речевая агрессия считается явлением психолингвистическим, где психологическое понимание агрессии рассматривается как речевое поведение и с лингвистикой связан только способ выражения. Для того чтобы лучше понять соотнесенность терминов «вербальной агрессии» в психологии и «речевой агрессии» в лингвистике, следует обратиться к словарным определениям данных словосочетаний. В психолингвистическом словаре С.Ю. Головина «вербальная агрессия – форма поведения агрессивного, в коей используется отреагирование своих отрицательных эмоций как посредством соответственных интонаций и других невербальных компонентов речи, так и посредством угрожающего содержания высказываний» [Головин, 1998, с. 6]. С позиции психолингвистики речевую агрессию рассматривает К.Ф. Седов, определяя ее как «целенаправленное коммуникативное действие, ориентированное на то, чтобы вызывать негативное эмоционально-психологическое состояние у объекта речевого воздействия [Седов, 2005, с. 33]. Речевая агрессия рассматривается в работе Т.А. Воронцовой как «тип речевого поведения, который может осуществляться в рамках любого дискурса, независимо от его временных и национальных параметров» [Воронцова, 2006, с. 13]. Как мы видим из определений понятий, они синонимичны, так как и речевая агрессия, и вербальная агрессия предполагают выведение собеседника на негативные эмоции с целью дестабилизировать его.

Установление значения понятия «речевая агрессия» не будет полным без обращения к определениям, зафиксированным в словарях. К примеру, в «Стилистическом энциклопедическом словаре русского языка» М.Н. Кожиной под речевой агрессией понимается «использование языковых

средств для выражения неприязни, враждебности; манера речи, оскорбляющая чьё-либо самолюбие, достоинство. В наибольшей степени речевая агрессия находит воплощение в разговорной и публицистической сферах коммуникации» [Кожина, 1966, с. 18].

Часто агрессия, в том числе и речевая, может выступать средством достижения определенной цели. Если говорить о медицинском дискурсе, то здесь цели могут быть разными: повысить собственный авторитет, самоутвердиться, выплеснуть усталость на другого, психологически подавить человека.

Если говорящий выбирает конфронтационную коммуникативную стратегию, целью которой является доминирование над партнером, понижение его статуса, принуждение к подчинению, то происходит обострение конфликта и разрешение конфликтной ситуации негативным результатом. В подобных случаях коммуниканты прибегают к речевой агрессии. По шкале деструктивного общения этот вариант речевого поведения оценивается как речевое преступление.

Э.Н. Егорова отмечает, что «при речевой агрессии давление на личность происходит через воздействие на её ценностную сферу, составной частью которой является социальный статус индивида. Поэтому понятие речевой агрессии не сводится к употреблению бранных слов и нелитературных выражений, это более широкое понятие» [Егорова, 2015, с. 2]. Поведение человека в том или ином конфликте связано с индивидуальными свойствами личности. Так, вспыльчивый и импульсивный человек нередко вступает в конфликт с похожим эмоциональным человеком, а иногда раздражается от спокойствия и уступчивости другого. В.С. Третьякова пишет, что «особенности поведения связаны также с социальными факторами, сложившимися в объективной ситуации: внешние факторы актуализируют те или иные свойства людей, вызывая или гася стрессогенные переживания» [Третьякова, 2013, с. 280].

Можно отметить, что негативную коммуникацию могут спровоцировать различные *шу̀мы* – помехи, затрудняющие общение (см.: [Shannon, Weaver, 1964, p. 7]). К ним относятся: 1) помехи, возникающие в результате «засорения» канала общения побочными громкими звуками, нечетким волновым или др. сигналом (перебои в работе сети Интернет) – ‘механический шум’, т. е. неязыковые помехи; неудобства для зрительного восприятия информации (разные шрифты, цветовые выделения в тексте и под.), непривычное расположение информации в пространстве (напр., вертикальная запись трехзначных номеров кабинетов); 2) помехи в восприятии устной речи: а) ортологическая неправильность (*шприцы́*, *звóнит, томографи́я, кӯклюш, кашлянӯть*), применение сложных конструкций, непоясненных терминов, некодифицированной лексики, в устной речи – неполный произносительный стиль, в письменной – неразборчивый почерк; б) содержание речи: двусмысленность, алогизм, неточность и др. – ‘семантический шум’, т. е. языковые помехи.

Отметим, что речевая агрессия тесно связана с конфликтом. Он понимается В.С. Третьяковой как «ситуация, в которой наличествует несовместимость действий, целей, стремлений или желаний у двух лиц – межличностный конфликт» [Третьякова, 2013, с. 280] (о конфликтах в медицинском дискурсе речь пойдет в параграфе 3.3).

В специальной литературе выделяют различные классификации речевой агрессии, например, О.А. Михайлова, Ю.Н. Михайлова, И.В. Шалина в работе, посвященной речевому конфликту [Михайлова, 2022], Ю.В. Щербинина в труде о речевой агрессии [Щербинина, 2008, 2012], а также ее формы проанализированы в работах А.В. Батаршева [Батаршев, 2005], основывающегося на умозаключениях А. Басса и А. Дарки, однако нами была выбрана классификация Ю.В. Щербининой, так как для нашего исследования немаловажными характеристиками являлись степень коммуникативного воздействия на собеседника, способ целенаправленности, а также способ выраженности агрессии. Лингвист подразделяет негативное

коммуникативное воздействие по признаку интенсивности на слабое (стертое) и сильное; по степени целенаправленности агрессивного высказывания и его осознанности говорящим необходимо различать осознанную, целенаправленную (преднамеренную, инициативную) речевую агрессию и неосознанную или осознанную недостаточно, нецеленаправленную (непреднамеренную, реактивную, оборонительную, защитную); по характеру, способу выраженности можно выделить явную (открытую) и скрытую (неявную) вербальную агрессию; по отношению к объекту речевой агрессии (адресату высказывания) можно говорить о «переходной» и «непереходной» разновидностях агрессии; по количеству участников выделяют массовую и социально замкнутую (межличностную, групповую) разновидности агрессии [Щербинина, 2017, с. 61-66].

Агрессивные намерения скрыто или косвенно выражаются и в жалобах, особенно часто встречающиеся в ситуациях, связанных с процессом оказания медицинской помощи.

Итак, рассмотрим, какие виды речевой агрессии присутствуют в прозаических произведениях, определим, каковы причины ее возникновения и речевые средства экспликации. В произведении В.В. Вересаева «Записки врача» находим пример проявления агрессии в коммуникации между врачами и отцом умершего не так давно ребенка:

Вот акцизный чиновник с воспалением седалищного нерва, доведенный страданиями до бешенства, кричит профессору:

– ***Подлецы*** *вы все,* ***шарлатаны****! Да убейте же вы меня, ради создателя, – одного только я у вас прошу!* [Вересаев, 2022, с. 21]

Причиной речевой агрессии адресата служит желание высказать негативные эмоции, так как он уже несколько лет парализован из-за случайной травмы – повреждение спины. В реплике пациента используются такие синтаксические средства, как восклицательные предложения, обратный порядок слов (инверсия): *подлецы вы все*; *одного только я у вас прошу*. Это

использовано для большей возможности интонационно подчеркнуть негодование и отношение пациента к врачам.

Инвективные номинации адресата, используемые для оскорбления речевого партнера, вызвать ответную негативную реплику или агрессию, можно отметить следующие: *подлец* (‘подлый, низкий, бесчестный человек, негодяй’ [МАС, т. 4, 1984, с. 195]) и *шарлатан* (‘невежда, выдающий себя за знатока, специалиста; обманщик, плут’ [МАС, 1984, т. 4, с. 702]). Эти существительные употреблены пациентом не случайно, а для подчеркивания своей оценки – непрофессионального поведения врачей и качества их работы. В данном примере можно отметить «фактор профессионала», который выражается в агрессивном поведении и указывает на то, что «адресат высказывания не является профессионалом в той или иной области» [Воронцова, 2006, с. 23], а следовательно, не может адекватно оценить уровень оказанной ему помощи. Больной судит по негативному результату.

Оскорбление носит намеренный характер, в нем используется глагольный императив *убейте*, который позволяет понять внутреннее состояние больного, полностью отчаявшегося. Однозначно можно сказать, что данный пример демонстрирует сильную прямую, осознанную и переходную (направленную на врачей больницы) агрессию, выраженную вербально. В предложении *Подлецы вы все, шарлатаны* используется антиципация, когда сначала употребляется существительное, а затем местоимение *вы* для расстановки нужных логических акцентов.

В приведенном выше примере оскорбление является прямым, так как есть слова с ярко выраженной негативной окраской, установка на конфронтацию сторон, содержится открытая враждебность со стороны мужчины, потерявшего здоровье.

Обратимся к следующему примеру из «Записок врача»:

Служитель огромного роста, с черной бородой, вскрыл труп и вынул органы. Умершая лежала с запрокинутою назад головою <…>.

– Вы что тут делаете, а? – вдруг раздался в дверях задыхающийся голос.

На пороге стоял человек <…> лицо его было смертельно бледно и искажено ужасом. Это был мещанин-сапожник, отец умершей девочки; он шел в покойницкую узнать, когда можно одевать умершую, ошибся дверью и попал в секционную.

– Что вы тут делаете, ***разбойники?!*** *– завопил он, трясясь и уставясь на нас широко раскрытыми глазами.*

У прозектора замер нож в руке.

– Ну, ну, чего тебе тут? «Ступай!» – сказал побледневший служитель, идя навстречу мещанину.

– Ребят здесь ***свежуете****, а?! – кричал тот с каким-то плачущим воем, судорожно топчась на месте и тряся сжатыми кулаками. – Вы что с моей девочкой исделали?* [Вересаев, 2022, с. 31].

Мужчина, потерявший свою дочь, столкнулся с триггером – растерзанное тело девочки. Он сразу же решил, что это его ребенок, и отца захватили эмоции – ярость, ненависть к врачам из-за того, что они не только не сохранили жизнь ребенку, но и препарируют ее тело, используя его в качестве наглядного материала. Мужчине не пришло в голову, что он мог ошибиться: это не его дочь. Он уже был в подавленном состоянии, душевная боль переполняла его. Неслучайно автор использует грубое и сниженное слово *уставясь*, толкование которого дано в словаре как ‘разг. стать, повернуться в определённом направлении, принять определённое направление’ [МАС, т. 4, с. 523], чтобы подчеркнуть исступленное состояние мужчины. В этот момент он как бы перевел внутренние переживания в физические и вербальные, пытаясь вступить в конфликт, ломая дверь в учебную комнату.

Показателем активной прямой агрессии является использование глагола *свежевать* (‘снимать шкуру с убитого животного и потрошить его’ [МАС, т. 4, с. 39]). Данная лексема, употребленная по отношению к человеку, а тем

более к врачу, который обязан был вскрыть тело после смерти и удостовериться в правильности установленной ее причины, неуместен, поскольку нарушена лексическая сочетаемость (это слово может вступать в сочетания не со всеми словами данного семантического класса, а лишь с теми, что указаны в словарной статье: ‘потрошить, снимать шкуру’).

Мужчина начинает скандал, развившийся из-за ошибки, которая стала толчком к деструктивному конфликту, переросшему в драку. В контексте агрессия передается и с помощью описания невербальных средств: отец трясся, задыхался от негодования, сжав при этом кулаки. Его поза, сбившееся дыхание говорили о том, что он готов броситься в драку.

В.В. Вересаев приводит еще один случай из врачебной практики главного героя:

– Поднесите его к окну, посмотреть горло, – сказал я.

– Что его еще мучить! – сердито проговорила вошедшая мать. – Уж оставьте его в покое!

– Как вам не стыдно!

– Чуть немножко хуже стало, – и руки уж опустили: помирай, дескать! <…> Я сказал родителям, что все идет очень хорошо, и мальчик теперь быстро оправится.

– Дай бог! – скептически улыбнулся отец. – А я так думаю, что вы его завтра и в живых уж не увидите.

Я прописал рецепт, объяснил, как давать лекарство, и встал. – До свидания! [Вересаев, 2022, с. 191]

Предшествующие этой ситуации события были таковы: врач спасал ребенку жизнь, вскрыв нарыв миндалины. Родители увидели ухудшение в состоянии ребенка после операции, что породило их скептичный и агрессивный настрой и привело к выбору стратегии открытого негативного реагирования (тактика отказа [Никифорова, 2024, с. 60], а также негативизма). Они решили, что к обеду следующего дня мальчик умрет, так как всю ночь выходил гной, ребенок захлебывался. Родители также

испытывали агрессию вследствие фрустрации – резкое ухудшение состояния ребенка, бледность, отказ от еды и в целом бессонная ночь привели их к мысли о скором летальном исходе. Данный пример иллюстрирует активную прямую агрессию: мать раздражена желанием врача снова проводить осмотр, а врач – ее нежеланием сделать все возможное, несмотря на ухудшение. Последний ответ врача *Как вам не стыдно!* можно квалифицировать как манипулятивную агрессию: доктор призывает мать пациента к разуму (нельзя сдаваться) и, как к производному, к соответствующему чувству (стыд), а также делает акцент на необходимости повторного осмотра и оценке состояния ребенка.

Врач выбирает стратегию уклонения, не реагируя на слова матери, ищущей конфликт. Он понимает, что с женщиной бесполезно говорить, она не видит улучшений и ставит крест на ребенке, ожидая кончины. Доктор не тратит силы на склоки, а грамотно выполняет свою работу и покидает дом.

Обратимся к следующему примеру:

– Володе хуже стало, он бредит и стонет, – сообщает она. – Пожалуйста, пойдемте.

Я безропотно иду. Но иногда у меня не хватает терпения.

– Вас сестра милосердия прислала, или это вы находите нужным мое присутствие? – спрашиваю я недобрым голосом.

Её темные глаза загораются негодованием; Екатерина Александровна еле сдерживается, видя, как я ценю свой сон.

– Я думаю, что сестра милосердия – не врач, и она не может об этом судить, – резко отвечает она.

Иду с нею. Мальчик бредит, мечется, дышит часто, но пульс хороший, и никакого вмешательства не требуется. Раздраженная сестра милосердия сидит на стуле у окна. Я молча выхожу в прихожую [Вересаев, 2022, с. 197].

Доктор использует враждебное замечание, насмешку, поскольку устал и хочет отдохнуть. Форма агрессии в коммуникации – раздражение, которое не перерастает в грубость, поскольку оба коммуниканта были уставшими. Он

подчеркивает, что женщина взяла на себя слишком много, беспокоя его вместо того, чтобы обратиться сначала к сестре милосердия, а уж в случае сильного ухудшения снова будить его. Характер замечания больше целенаправленно-наступательный, так как цель достигнута – женщина раздражена, хотя на протяжении всего пребывания врача в их доме она обращалась вежливо.

Поведение и реплики Екатерины Александровны могут стать примером пассивной непрямой агрессии, так как ее истинные чувства и мысли она не озвучила, чтобы, скорее всего, врач ощутил свое неприемлемое в этой ситуации поведение, не соответствующее клятве, которую дает каждый специалист. Их диалоги не перешли в прямую активную агрессию благодаря правилам светской беседы, демонстрирующей уровень образованности и воспитанности говорящих. Диалоги представляют пример имплицитной агрессии, которая предполагает скрытое желание оппонента начать конфликт, однако в силу усталости обоих ситуация сходит на нет и заканчивается безэмоциональным осмотром больного ребенка.

Врач и мать пациента выбирают стратегию сотрудничества, так как оба понимают, что мальчик в плохом состоянии, мать очень переживает, она, естественно, будет просить доктора быть таким же внимательным к ребенку, как и она. Женщина не развивает конфликт, ставя выше спокойствие врача, его присутствие в их доме важнее собственного самолюбия. Доктор прощает это, ведь она мать, ее чувства можно понять.

Невербальные средства маркирования негативных эмоций есть (взгляд матери, откровенно недовольный незаинтересованностью врача в состоянии сына), однако из-за общей усталости взрослых и желания женщины оставить врача как можно дольше в доме конфликт гасится.

В исследовании мы также рассмотрели произведение «Записки районного хирурга» Д.А. Правдина. В тексте находим следующие примеры речевой агрессии:

Был уже полдень, и чего я только не услышал в свой адрес, продираясь сквозь толпу к кабинету. Самое мягкое было «дармоед». Я как мог оправдывался, объяснял, что я один, что ночью оперировал, что у меня на отделении тоже больные. Но все было тщетно <…>.

Чашу терпения переполнило брошенное мне в спину – «Коновал»! <…>

В другой раз я бы, наверное, так себя не повел, но бессонная ночь дала о себе знать, притупив здравый смысл:

– А, вот так! Если я коновал, то езжайте к настоящим врачам, сюда-то чего заявились? Все!

– Я главврачу пойду жаловаться! Безобразие! – попыталась надавить на меня толстая баба со смачным синяком в левой параорбитальной области (вокруг глаза) [Правдин, 2019, с. 27].

Агрессия вызвана недовольством (реакция на слова доктора) пациентов, которые с самого утра ждут приема, а врач говорит о том, что сегодня его не будет. Причина конфликта – сбои в вербальном или невербальном ролевом поведении, когда должностные лица не выполняют своих прямых обязанностей или выполняют их недолжным образом. Однако так видят ситуацию пациенты, доктор же имел оправдание, которое не интересовало самих ожидающих.

Четко прослеживается «фактор профессионала», который отражается в намеренных прямых оскорблениях по отношению к врачу, в употреблении сниженной лексики, с помощью которой пациенты понижают статус доктора.

Причина речевой агрессии пациентов вызвана отрицательным коммуникативным намерением (унизить адресата из-за созданных им неудобств). Обратимся к употребленному пациентом слову *коновал* (Ср.: прямое значение этой лексемы – ‘знахарь, лечащий лошадей’ [МАС, т. 2, с. 90]; *знахарь* – ‘лекарь-самоучка, лечивший средствами, рассчитанными на суеверие и невежество’ [МАС, т. 1, с. 617]; переносное значение существительного *коновал* – ‘*не врач, а к.* (о плохом, невежественном враче; разг. пренебр.)’ [https://dic.academic.ru/dic.nsf/ogegova/87702]). Как видим,

реакция врача на оскорбление понятна, поскольку его квалификацию не просто занизили до знахаря, а еще и упрекнули в непрофессионализме. Сразу после оскорбления врач завершает прием, отправляя всех обратно домой. В примере представлена вербальная агрессия (крик, ругань). Отрывок текста включает агрессивное поведение коммуникантов контексте отношений «субъект-ситуация» [Кошкарова, 2021, с. 100], так как конфликт возникает из-за неудовлетворенности ожидающих в связи с долгой задержкой приема специалиста. Деструкция медицинского дискурса выражается здесь в ликоущемляющем акте [Каразия, 2004, с. 10], цель которого вступает «в противоречие с позитивной направленностью» [Каразия, 2004, с. 4] общения по отношению к врачу: выкрикивающий направлял свою речь на ущемление достоинства, социального имиджа врача. Как поясняет Н.А. Каразия: «Совершая ликоущемляющий акт, адресант стремится снизить либо интенсифицировать угрозу лицу партнера [Каразия, 2004, с. 15]. В словах пациентки прослеживается угроза (*я главврачу буду жаловаться*), что усиливается восклицанием *Безобразие!*

Безусловно, оскорбления в сторону врача, а затем ответное оскорбление от пациентов к обидчику являются примером прямой активной агрессии, так как были попытки высмеять врача, сравнивая его с коновалом, а также в реплике пациента содержится прямой призыв агрессивных действий против объекта речи (*сволочь, иди извиняйся*).

В репликах доктора прослеживается манипулятивная агрессия, так как он говорит, что сейчас прием закончится, порядка нет, угрожает собственным увольнением. В словах пациента, назвавшего врача коновалом, эксплетивная агрессия.

Коммуникативная стратегия в этом примере относится к сотрудничеству (обе стороны ищут решение, которое интересно всем). Такое решение конфликта связано с тем, что пациенты заинтересованы в начале приема, так как сами разрешить свои проблемы со здоровьем не могут, многие нуждаются в хирургическом вмешательстве. А врач в свою очередь

хочет начать прием, оказав медицинскую помощь, понимая, что в его отделении нередко людям нужно быстрое вмешательство профессионала, чтобы не привело к необратимым последствиям.

– Дмитрий Андреевич, я вам в двух словах сейчас все объясню, – шепотом заговорила Алла Борисовна, заведующая детским отделением. – Понимаете, к нам доставили мальчика с черепно-мозговой травмой.

– А почему к вам, а не в хирургию?

– Видите ли в чем дело… Он сын начальника местной милиции, а мама у него директор школы, и они попросили меня, чтоб госпитализировали в наше отделение.

– Да почему к вам?

– Ну, у вас там бомжи, уголовники, всякие другие асоциальные элементы. У нас мальчику будет более комфортно. Ну, вы меня понимаете?

– Понял, – протянул я. – ***Хирургия наша, значит, гадюшник?***

– Ну, почему гадюшник, у вас нет отдельных палат, а у нас есть [Правдин, 2019, с. 40].

Причиной речевой агрессии Дмитрия Андреевича стала отрицательная эмоциональная реакция адресата на высказывание Аллы Борисовны, так как врача обидело изменение порядка в больнице из-за «особенного» пациента в хирургическом отделении. Врач использует насмешку, иронично называя свое отделение *гадюшником*. В примере представлена прямая речевая агрессия, так как мужчина не скрывает своих негативных эмоций, говорит все коллеге в лицо. В словаре арго В.С. Елистратова *гадюшник* определяется как ‘какое-либо низкопробное, сомнительное заведение; любое грязное, запущенное место’ [Елистратов, 2000, с. 84]. Однако женщина не стала развивать конфликт, понимая, что им предстоит помочь мальчику сейчас. В реплике врача также используется прямая активная агрессия (ирония, перефразирование слов Аллы Борисовны). Женщина старается избежать развертывание конфликта, найти путь избежания речевой агрессии: она

вовремя переключает внимание на другой аспект – необходимость в отдельной палате, переводя негативную энергию в более мирное русло.

Слова врача содержат имплицитную агрессию, поскольку он с помощью такого неожиданного ироничного подведения итога на фразу Аллы Борисовны «назвал вещи своими именами» – *гадюшником*. Его цель – продолжить разговор, так как доктор недоволен решением, принятым за него и явно ему неудобным.

Обратимся к еще одной ситуации из врачебной практики главного героя:

Сережа, пятнадцатилетний худенький подросток, сидел на кровати, поджав ноги по-турецки, дурашливо смеялся, корчил рожи и показывал присутствующим язык.

– Послушайте, коллеги, да он же у вас в дупель пьяный! – констатировал я, осмотрев парня.

– Да как вы смеете! – фурией взвилась мама мальчика, красивая ухоженная дама. – Кто дал вам право делать такие выводы?

– А вы сами не видите? – спокойно спросил я.

– Что я должна видеть?!

– Что ваш ребенок пьян. Кто вам сказал, что его избили?

– Сам Сережа!

– Я думаю, что он вам солгал.

– Послушайте, – попытался я объяснить еще раз. – Ваш сын мертвецки пьян. Его не надо спасать, ему не нужна наша помощь. Он проспится – и все будет в порядке, понимаете? Раньше, может, и надо было желудок промыть, а сейчас уже поздно.

– Я так этого не оставлю! – ярилась дама. – А вас, – она грозно посмотрела на меня, – привлекут за неоказание помощи. ***Это я вам обещаю!*** [Правдин, 2019, с. 41]

Откровенный ответ врача о факте алкогольного опьянения вывел из себя мать подростка, женщина не использовала оскорблений, однако тон и

восклицательные предложения, наличие угрозы в конце демонстрируют, насколько сильна ее эмоциональная реакция на высказанные мысли врача по поводу травмы мальчика. Агрессия здесь выражена в виде речевого акта угрозы, прямым актом речевой агрессии. В ходе развития коммуникации начинается ссора: взаимные претензии, отрицательное речевое воздействие. В отрывке использована прямая вербальная активная агрессия (угроза, оскорбление, женщина угрожает весьма неприятными последствиями). Можно говорить о такой форме агрессии, как обида, так как доктор быстро понял истинную причину состояния мальчика, что вызвало раздражение, переросшее в речевой конфликт.

Врач парирует и отвергает все заявления об избиении мальчика, применяя оппозицию, четко обозначая свою непреклонную позицию и мнение об алкогольном опьянении мальчика: *Ваш сын мертвецки пьян. Его не надо спасать, ему не нужна наша помощь* [Правдин, 2019, с. 41]. В речи врача заметна такая форма агрессии, как раздражение, однако он контролирует свои эмоции: доктор настоял на своем и не оказал медицинскую помощь, потому что она не требовалась, поскольку не было угрозы жизни.

Мать мальчика использует деструктивную стратегию, именуемую скандалом. Она угрожает, говорит на повышенных тонах и категорически отвергает возможность того, что ее сын просто пьян, а врача не нужно задерживать из-за таких ситуаций.

– Алло! Мне нужен врач, который оперировал Стелькина Ивана Фомича, – скандальным тоном заявил женский голос, не поздоровавшись.

– Я вас слушаю.

– Я замглавы администрации Новосибирской области, Стелькин мой брат, я знаю, что его доставили к вам. Что с ним?

– У вас какой стаж работы? – недовольно спросил голос.

– А какое это имеет значение?

– Прямое! Почему вы сами оперировали моего брата, а не отправили в область?

– Потому что у него продолжалось кровотечение, а я мог это прекратить.

*— **Послушайте, как вас там?***

– Дмитрий Андреич Правдин.

– Так вот, доктор Правдин, я хорошо знаю вашего главного хирурга области, и попрошу разобраться, на каком основании вы оперировали моего брата, а не вызвали санавиацию и не отправили его в область. ***Вы меня поняли?***

– Я вас прекрасно понял! Только, мадам, попросите еще узнать главного хирурга области, почему ваш брат сидит на шее у своей жены, у которой трое маленьких детей. Почему он пьет технический спирт, а не работает, как все нормальные мужики. Попросите! [Правдни, 2019, с. 50]

И далее:

– Да, как ты смеешь! Ты! Я тебя по стенке размажу! Ты там последний день работал, понял?

– Понял, я сегодня последний день работаю, а потом вы приезжаете сюда работать вместо меня и нянчиться со своим распрекрасным братцем [Правдин, 2019, с. 50].

В контексте отражена прямая речевая агрессия, которая исходит вначале от родственницы пациента, вид агрессии – угроза. Речевая агрессия возникает у звонившей женщины сразу же, так как она уже настроена враждебно, высокомерно и кичится своим положением, обозначая границы того, что она все равно выше врача. Пренебрежительная фраза *Как вас там?* зарождает начало речевой агрессии. До этого мы видим грубое требование женщины дать информацию о квалификации врача, при этом ее не интересовало, что доктор уже оказал надлежащую помощь и его стаж не имеет значения. Врач же отвечает агрессией, используя обвинение родственника звонившей в тунеядстве и алкоголизме.

Врач не отвечает угрозами, а лишь использует насмешку. Речевая агрессия выражается открыто и прямо, можно увидеть сарказм в словах доктора (*будете работать вместо меня, нянчится*), использования слова *мадам*, которое «в русской разговорной речи второй половины XX начала XXI столетия имеет эмоционально-оценочную помету “ироничное” в семантическом словаре. Материалы национального корпуса русского языка свидетельствуют о том, что анализируемая лексема часто используется носителями языка в контекстах, имеющих иронический, негативный оттенок, в частности тогда, когда используется в функции обращения» [Зуга, 2004, с. 249].

Один из приемов реакции на речевую агрессию «расфокусировка», суть которого – «сбить ориентиры, разорвать шаблоны и переиграть ситуацию в свою пользу» [Щербинина, 2012, с. 36]. Врач задает неожиданный вопрос об аморальном образе жизни брата. В конце телефонного разговора доктор использует просьбу с «подвохом», один из приемов расфокусировки ориентиров собеседника, переиграв с помощью такого заявления ситуацию [Щербинина, 2012, с. 37]: *Понял, я сегодня последний день работаю, а потом вы приезжаете сюда работать вместо меня….*

Женщина прибегает к стратегии коммуникативного насилия, ощущая свое превосходство и показывая свою силу, выражающуюся в нужных знакомствах и своей должности в администрации: она пренебрежительно относится к врачу, дает понять, что не считает его профессионалом из-за отсутствия опыта. Женщина приводит в негодование врача (раздражению), что уже порождает скандал, относящийся к деструктивной стратегии. В словах также применена апелляция к авторитету: *Я замглавы администрации Новосибирской области, Стелькин мой брат, я знаю, что его доставили к вам.*

В ходе проведенного исследования были выделены следующие типы речевой агрессии: активная прямая агрессия, встречающаяся чаще, пассивная непрямая агрессия, а также имплицитная агрессия. Были использованы

адресантами такие стратегии, как стратегия уклонения, стратегия сотрудничества, когда речь шла о сохранении жизни человека и обеими сторонами было принято решение остановить нарастающий конфликт, занявшись первостепенной задачей врача, который должен сохранять спокойствие для оказания квалифицированной экстренной помощи.

Причинами возникновения речевой агрессии являлись следующие факторы: отрицательная эмоциональная реакция адресата на фразу адресанта, желание высказать негативные эмоции из-за какого-либо внешнего фактора-раздражителя, недовольство пациентов, отрицательное коммуникативное намерение.

Средствами передачи речевой агрессии могут быть экстра- и интралингвальные. К внелингвальным относятся пресуппозиция, ряд предварительных условий, разозливших оппонента или повлиявших на его точку зрения, молодой возраст врача. Внутрилингвальные можно разделить на две группы. Первая – это языковые маркёры в речи инициатора агрессии (употребление стилистически маркированной лексики, например, агрессивной, неодобрительной, грубой; инверсия, восклицательные эмоциональные предложения, инвективные номинации адресата используемые для оскорбления собеседника, глагольные императивы, антиципация, которая наряду с инверсией позволила расставить логические акценты, нарушение лексической сочетаемости слов, создание двусмысленных высказываний; приращение контекстуальных смыслов к отдельным лексемам, эксплетивная лексика, нарушение лексической сочетаемости слов), вторая – адресата агрессии, который либо эмоционально дестабилизирован нападающим (ответные оскорбления, выражающиеся в стилистически маркированной лексике, восклицательные предложения, враждебные замечания, насмешка, ирония, сарказм), либо пытается сгладить конфликтную ситуацию (замалчивание, игнорирование реплик, нейтральная лексика, неэмоциональные предложения, эвфемизация).

Ряд рассмотренных примеров показывают, как конфликтная ситуация не стала перетекать в большой скандал и разрешилась фактически в самом начале, поскольку врача, пациента и его родственников объединяет в большинстве случае одна цель – незамедлительно помочь больному, облегчить страдания и спасти жизнь. В примерах представлены как прямые, так и косвенные речевые акты агрессии в коммуникации. Так, прямые речевые акты характерны как для врачей, так и для пациентов, однако отмечены некоторые следственные связи: врач вступает в негативную коммуникацию после применения открытой агрессии со стороны пациента (угрозы, оскорбления без объективных причин). В обоих примерах врач дал аргументированный ответ, однако это не удовлетворило коммуникантов, что и вызвало ответную реакцию со стороны доктора. Иногда прямые акты свойственны пациентам по причине нестабильного эмоционального состояния: смерть близкого, сильное продолжительное недомогание, ухудшение здоровья. В этом случае от врача не исходила ответная агрессия, так как специалист мог понять причину такого речевого поведения человека. Косвенные речевые акты были и в речи пациентов, которые не переходили на угрозы, обвинения или оскорбления в силу состояния своих близких (мать думала только о ребенке, его мучениях). Врач в таком случае также воздержался от усугубления ситуации, уходил от коммуникации с женщиной, давав короткие ответы на вопросы о состоянии здоровья маленького пациента.

Конфликт – это неотъемлемый фактор деструкции в любом типе дискурса. В примерах были найдены такие виды деструкции в медицинском дискурсе, как ликоущемляющие акты, речевой конфликт. Формы агрессии в примерах: чаще вербальная, негативизм, раздражение и обида.

3.2. Провокационная речевая стратегия в медицинском дискурсе

Провокационная речевая стратегия и ее особенности изучались многими учеными (О.С. Волкова [Волкова, 2014], О.С. Иссерс [Иссерс, 2009], Е.Ю. Ионкина [Ионкина, 2021], Н.Н. Кошкарова [Ионкина, 2021], В.Н. Степанов [Степанов, 2005, 2008], С.В. Тумский [Тумский, 2018], Т.Н. Шеметова [Шеметова, 2014], А.А. Штеба [Штеба, 2017], Г.К. Эзри [Эзри, 2023]), которые исследовали речевую провокацию, ее признаки, а также собственно провокативное общение. В.Н. Степанов детально рассматривал провокативный дискурс, взяв в качестве материала исследования массовую коммуникацию, включающую и рекламный дискурс, описал основные провокативные речевые жанры. Н.Н. Кошкарева провела исследование провокативного дискурса на материале СМИ, уточнив определение понятия провокации как механизма речевой агрессии. Г.К. Эзри описывает провокацию в контексте самовыражения человеческой личности в рамках постмодернизма. Е.Ю. Ионкина исследует коммуникативные тактики провокации на материале немецкой прессы в интервью-портрете. Как видим, теоретические основы такой коммуникативной стратегии, как провокация, были разработаны и подробно описаны на разном языковом материале, однако медицинский дискурс, в частности отраженный на страницах художественной прозы, является одной из лингвистических лакун.

Как пишет О.С. Иссерс, «в публичном общении контроль за интеллектуальными и эмоциональными процессами собеседника обеспечивает развитие диалога в нужном направлении и поэтому представляет одну из типичных коммуникативных “интриг”, обретающих ранг стратегии» [Иссерс, 2009, с. 92]. Не чужд контроль и в медицинском дискурсе, так как и медицинскому работнику, и пациенту важно добиться определенного психоэмоционального состояния человека, управлять им через определенные слова (в том числе и провокативные), выражения или действия.

Обязательная речевая форма сократовского «метода» наводит на мысль об особой функции языка в «дидактике» Сократа – эвокативной функции, т. е. функции языка как средства вызывать у собеседника искомое психическое состояние [Степанов, 2008, с. 22]. На наш взгляд, одним из рычагов давления на психическое состояние слушающего является провокация, нередко используемая в риторике разных типов дискурса, включая и рассматриваемый нами тип. Поскольку адресат волен принять или отвергнуть предложенную ему программу взаимодействия, возникает проблема реализации коммуникативной интенции в условиях сопротивления партнера, что можно обозначить как провокационную речевую стратегию, которая была выделена на основе изучения коммуникативно-прагматических условий возникновения конфликта [Иссерс, 2009, с. 50].

А.А. Штеба в статье «Лингвистические признаки провокации» сформулировал на основе работы Н.Н. Кошкарёвой этапы провокации: «С позиции адресата (провоцируемого) в механизме провокации выделяются следующие этапы: 1) неосознаваемая установка; 2) деятельностная стадия с выходом на уровень осознания; 3) утрата осознанности и приобретение статуса автоматизированного действия. Именно поэтому провоцирующее воздействие является средством манипулирования сознанием, т. е. достигает цели помимо воли и сознания лица, на которое оказывается воздействие. Провокативное намерение говорящего всегда связано с изменением коммуникативной активности провоцируемого с целью вызвать в нём психологическое состояние, которое не соответствует его актуальному состоянию» [Штеба, 2017, с. 122]. Общепризнанным является то, что провокация предполагает воздействие на сферу эмоций; она ориентирована на вызов у собеседника желаемого говорящему психологического состояния и являет собой комплексное образование.

Обратимся к данным научных и лексикографических источников для определения термина *провокация*. Так, в «Словаре иностранных слов» под редакцией И.В. Лехина, С.М. Локшиной, Ф.Н. Петрова, Л.С. Шаумяна

сказано, что провокация – это ʻпредательское поведение, подстрекательство, побуждение кого-либо к заведомо вредным для него действиям’ [Лехин, Петров, 1954, с. 400]. В МАС провокация определяется как ’подстрекательство, побуждение кого-либо (отдельных лиц, групп, организаций и т.д.) к таким действиям, которые повлекут за собой тяжёлые, гибельные для них последствия’ [МАС, т. 3, с. 472]. Основываясь на этих определениях, можно утверждать, что провокация является подстрекательством, преднамеренным поведением человека; она создается для получения негативных эмоций, результатов по отношению к адресату.

О.С. Иссер не только рассматривает разные определения понятия «провокация», но и отмечает, опираясь на суждения Б.Ю. Нормана, что «провокация может быть использована с разной коннотацией, иметь нейтральное значение: искусственное возбуждение, усиление каких-либо явлений или признаков» [Норман, 1994, с. 93]. На основе данного суждения Б.Ю. Норман понимает под провоцирующим вопросом «такой тип иллокутивного вынуждения, когда говорящий демонстрирует в речи свое психологическое состояние с целью передать его собеседнику, заразить им собеседника и вызвать (каузировать) у него аналогичное внутреннее состояние» [Норман, 1994, с. 177]. О.С. Иссерс относит к провокации «всякое иллокутивное вынуждение, описанное в терминах “стимул – реакция”. Более того, в определенном смысле провокацией можно считать любое осуществление стратегии говорящего, поскольку она ориентирована на необходимый ему перлокутивный эффект» [Иссерс, 2009, с. 93]. Так, в медицинском дискурсе применяются разные средства манипуляции, в том числе и возможности провокации, что преследует достижение перлокутивного эффекта: убедить или, наоборот, разубедить в чем-либо, изменить точку зрения, а иногда исключительно негативный эффект провокации – оскорбить, вывести из равновесия, задеть чувства собеседника.

В научной литературе провокация чаще всего представляется как манипулятивное действие, призванное побудить человека к чему-либо, то

есть акцент делается на стимулировании желаемого поведения. Соответственно, предполагается, что смысл провокации именно во внешней реакции – в поведении [Эзри, 2023, с. 146].

С.В. Тумский сосредоточил свое внимание на анализе положительной и отрицательной провокации в социокультурной сфере. Его анализ показал большую неоднозначность исследуемого явления: «провокация не обязательно наносит ущерб или является способом уничтожения, но требует от провокатора высокого уровня рефлексивности. Инструменты положительной провокации – доверие, обман, сокрытие истинных намерений, эмоциональное воздействие. Кроме того, при использовании положительной провокации возможно применение сомнительных приемов, однако они нужны для установления контакта, привлечения внимания адресата, передачи сообщения. Провокатор намеренно шокирует, доставляет дискомфорт, вызывает раздражение ради достижения какой-либо позитивной цели» [Тумский, 2018, с. 27].

Следовательно, провокация может быть направлена на достижение определенного положительного эффекта и / или передачи сообщения. Нами рассматривается провокация в медицинском дискурсе, поэтому можно сразу сказать о том, что врачебная провокация также может быть положительной: побуждение к незамедлительному лечению, создание верной критической оценки ситуации для пациента, который гиперболизирует реально отсутствующую проблему и пр. В этом смысле провокация – явление гораздо более сложное, чем грубая манипуляция. Во всяком случае, философско-антропологическая интерпретация провокации не может ее трактовать так, потому что в таком случае может быть упущено личностное (глубинное и экзистенциальное) ее значение, невозможно будет раскрыть контекст, связанный с самовыражением [Эзри, 2023, с. 147].

С точки зрения В.Н. Степанова, провокация – это «способ функционирования прагматической информации об особом намерении адресанта продемонстрировать определенное психическое состояние с целью

вызвать у адресата аналогичное состояние» [Степанов, 2005, с. 17], то есть создание ситуации конфликта. По мнению исследователя, объектом провокационного воздействия обычно выступают внутренний мир человека, его мысли, намерения и духовное состояние [Степанов, 2005, с. 25].

Коммуникативная схема провокации будет выглядеть следующим образом: провокатор воспринимает картину мира Другого и оценивает ее в целом (или отдельные ее элементы) как неприемлемую для себя. Чтобы изменить эту картину мира, провокатор сообщает объекту провокации определенную информацию. Эта информация воздействует на картину мира объекта провокации и преобразует ее в соответствии с желаниями провокатора. На заключительном этапе провокатор оценивает результат провокации как удачный или неудачный. Только в этом случае провокацию можно считать завершенной. Конечным итогом провокации можно считать изменения в картине мира объекта провокации, а субъект провокации всегда замкнут на собственную картину мира [Шеметова, 2014, с. 13]. Добавим, что результат провокации может визуально не опознаваться или не быть словесно выраженным, но опытный провокатор распознает, смог ли он поселить внутри человека сомнение, обидеть, задеть чувства адресата. Если перед провокатором интеллигентный человек или находящийся на рабочем месте профессионал, то он постарается сдержанно выразить ответ, возможно, никак внешне не отреагировать, но внутри уже будет запущен механизм, который позже даст желаемый результат – изменение (частичное или существенное) картины мира адресата.

Анализируя пространство конфликтного дискурса, мы считаем необходимым выделить два вида провокативного общения в рамках медицинского дискурса – прямое провокативное общение и косвенное провокативное общение [Степанов, 2008, с. 253]. В высказываниях, соотносимых с прямым провокативным общением, содержится эксплицитное выражение намерения адресанта вызвать у собеседника желаемое психологическое состояние (например, в медицинском дискурсе изменение

взглядов на тот или иной вопрос в свою сторону, нарушение эмоционального равновесия, возвращение к адекватному восприятию реальности). Косвенное провокативное общение выражается посредством речевых актов намека, запроса информации, этикетных речевых актов.

Обобщая все известные сведения о провокативном дискурсе, провокативной стратегии, считаем верным избрать для нашего исследования дефиницию базового термина, предложенную О.С. Иссерс: «Речевая провокация – это целенаправленное, мотивированное, преимущественно контролируемое коммуникативное поведение, направленное на (1) получение информации, которую собеседник не желает сообщать добровольно, либо (2) дестабилизацию его эмоционального состояния» [Иссерс, 2009, с. 93]. В своей работе мы будем опираться именно на это определение (отметим, что провокативная стратегия и провокация будут использованы нами как термины-синонимы), поскольку констатируем, что именно в медицинском дискурсе нередко провокативная речь преследует цель вывести человека из спокойного эмоционального состояния, делая это часто намеренно, однако предполагая позитивный для пациента результат. Действительно, провокация сфокусирована и на получении большей информации. Например, это может быть необходимо медицинским работникам, чтобы оценить реальное состояние пациента, ведь многие скрывают ухудшение здоровья или, наоборот, стремятся незаконно получить медицинский документ о нетрудоспособности. Кроме того, врач ведет прием людей, которые иногда находятся в негативном эмоциональном состоянии (долгие ожидания, проблемы со здоровьем, в том числе и психическим). Таким образом, в нашем исследовании мы обращали внимание и на случаи незапланированной провокации.

Провокация может являть собой коммуникативное намерение (в медицинском дискурсе это может быть побуждение к действию как со стороны врача, так и со стороны пациента), однако в некоторых случаях, несмотря на последовавшую реакцию (прогнозируемую или

непрогнозируемую), она может быть непреднамеренной [Степанов, 2008, с. 142] (в медицинском дискурсе имеют место эмоции, поэтому иногда причиной непреднамеренной речевой провокации могут стать эмоции пациента или иногда врача, если он не совладает с собой и не сможет сдержаться). В ходе общения врачей и пациентов или в сообществе медиков-коллег также отмечается сознательная провокация (например, специально сказанные оскорбительные слова в адрес врача по разным причинам – как апелляция человека к собственной выгоде или эмоциям адресата, запрос нужной информации за счет провоцирующих фраз или вопросов и др.) и несознательная (например, если пациент находится в расстроенных чувствах, испытывает какие-либо физические боли или имеет психические проблемы). В провокационном дискурсе выделяются наиболее типичные и эффективные для достижения цели речевые тактики, называемые провоцирующими и определяемые как конфликтогенные технологии речевого воздействия. Среди продуктивных приемов их реализации отмечаются «прямое обвинение», «угроза», «выражение недоверия», «подозрение», «насмешка», «обвинение чужими устами», «нелицеприятный намек», «ирония» [Ионкина, 2021, с. 95].

В произведении «Записки районного хирурга» Д.А. Правдина находим пример, в котором описана ситуация, когда врач опоздал на прием, все пациентки долго его ждали, а увидев врача, не смогли сдержать негативные эмоции:

Был уже полдень, и чего я только не услышал в свой адрес, продираясь сквозь толпу к кабинету. Самое мягкое было «дармоед». Я как мог оправдывался, объяснял, что я один, что ночью оперировал, что у меня на отделении тоже больные. Но все было тщетно <…>.

Чашу терпения переполнило брошенное мне в спину – «Коновал»! <…>

В другой раз я бы, наверное, так себя не повел, но бессонная ночь дала о себе знать, притупив здравый смысл:

А, вот так! Если я коновал, то езжайте к настоящим врачам, сюда-то чего заявились? Все!

– Я главврачу пойду жаловаться! Безобразие! – попыталась надавить на меня толстая баба со смачным синяком в левой параорбитальной области (вокруг глаза) <…>.

– Да пожалуйста, – сказал я и сам поразился своему спокойствию. – На сегодняшний день я единственный хирург в районе. Леонтий Михайлович в отпуске и убыл за пределы области. Вы идете жаловаться, я увольняюсь, а дальше будете ездить в область, пока Ермаков не приедет.

– Доктор, ну что ты завелся? – спросил какой-то человек с впалой грудью. – Ну, погорячились мы, с шести утра ждем.

– А зачем с шести ждать, если прием с девяти?

– Ну, – замялся впалогрудый. – Очередь занимаем.

– Короче, – громко объявил я. – Пока тот, кто обозвал меня коновалом, не извинится, приема не будет! Ясно? [Правдин, 2011, с. 35]

Оскорбившие доктора пациенты выбирают достаточно примитивную, но всегда действенную мишень манипулирование – чувства человека, находящегося на рабочем месте. Обидные слова в адрес человека, несомненно, не останутся незамеченными, даже если не вызвали ответных оскорбительных речей в сторону обидчика.

Рассмотрим подробнее, как реагирует герой «Записок районного хирурга». Врач, несмотря на оскорбительные высказывания в его адрес и общее воинственное настроение пациентов, начал объясняться и оправдываться, взывая даже к состраданию и пониманию людей. Однако ожидаемой смены настроения в толпе не произошло. В такой ситуации врач понимает, что он ошибся в предполагаемой реакции (перлокуция была обратна той, которая была вложена в интенцию), так как оправдание было расценено как слабость, поэтому доктор изменяет стратегию на «нападение в ответ» и угрозу уволиться. Для этого гиперболизируется желание пациента пожаловаться на врача мнимым согласием и ироничной тактикой

проспекции – «предсказание ухудшения в будущем»: *...а дальше будете ездить в область, пока Ермаков не приедет*. При этом пугающе звучит для пациентов, нуждающихся в помощи здесь и сейчас, некоторая неопределенность сроков приезда другого врача. С помощью такого неблагоприятного прогноза врач усмирил толпу, вернув свой авторитет среди больных. В этот момент недовольство проходит, а врач таким ультимативным поведением остается в коммуникативных победителях и гасит зарождающийся конфликт, используя свою профессиональную компетенцию и не поддаваясь на свои отрицательные эмоции (он усмиряет в себе гнев, не отвечает оскорблениями).

Отметим, что речевая манипуляция в целом не является этичной, а также не согласуется с принципами искреннего и благожелательного отношения к адресату [Куликова, 2017, с. 67], что можно наблюдать со стороны пациентов. Провокация включает многосмысловые высказывания, на что указывает В.Н. Степанов: «…понимание провокативного высказывания может быть достигнуто только при условии анализа максимально широкого социального, речевого, коммуникативного контекста» [Степанов, 2008, с. 56]. В приведенном выше примере провокативность создают инвективы *дармоед* (‘тот, кто живёт за чужой счёт: бездельник, тунеядец’ [МАС, т. 1, с. 365]) и *коновал* (‘о плохом, невежественном враче’ (с пометой разговорное, пренебрежительное) [МАС, т. 2, с. 90]), несущие негативную модальность. Провокация со стороны пациента имеет явную демонстративность, имплицитным адресантом являются все присутствующие пациенты, существительное *коновал* употреблено с целью унизить врача перед больными. Кроме того, в речевой провокации есть состязательность, что мы наблюдаем в общении врача и пациентов, причем последние по негласному правилу занимают более высокую позицию. В коммуникативном поведении врача можно отметить несколько этапов, на которых применяются разные тактики: 1) неэффективное отступление через оправдание, 2) гиперболизация через

ироничное согласие (переломный момент в общении), 3) ультимативность (эффективна, восстановление репутации).

В произведении «Коллеги. Звёздный билет», входящем в цикл повестей «Апельсины из Марокко» В.П. Аксёнова, находим пример диалога между врачом и симулирующим грипп рабочим из числа бывших заключенных, выполняющим сложные тяжелые работы в бригаде:

– Бюллетенчик надо продлить, – вдруг тихо и отчетливо проговорил парень.

– Это на каком же основании?

– По-свойски. Мы ведь с вами вроде бы сродственники.

– То есть? – опешил Зеленин.

– Предмет у нас один – Дашутка Гурьянова. – И вдруг рыкнул: – Понял, лепила?

– Перестаньте болтать чушь! – резко сказал Зеленин и пошел прочь, выпятив подбородок. «Вот оно что! Даша и этот сытый громила? Дико, непостижимо. Милая чистая девушка и… Значит, и обо мне болтают. Разве я давал повод?» [Аксёнов, 2018, с. 58]

Обратим внимание на лексику из фраз уголовника Федьки Бугрова, которая относится к провокативной: *лепила* является стилистически маркированной лексемой, в криминальном и воровском жаргоне значит ‘медицинский работник ИТУ’ [Дубягин, 1991, с. 97]; *сродственники* – просторечное ‘то же, что и родственник’ [Толковый словарь уголовных жаргонов, 1991, с. 240]. Манера общения выдает в мужчине его прошлое, он сразу же снижает статус врача, показывая, что для него он ничего не значит. Фёдор Бугров оказывает коммуникативное давление: он решил вывести из эмоционального равновесия доктора, упомянув имя медсестры, которая нравилась обоим, чтобы морально надавить на врача и вынудить продлить бюллетень. Как видим, была инициирована попытка деструктивного общения с помощью завуалированной угрозы и побуждения сомнения путем намека.

Последняя интенция достигла своей цели, что видно из внутреннего монолога Зеленина.

Отметим, что в этом примере мишенью манипулирования снова становятся чувства героя: скорее всего, неравнодушие Зеленина к медсестре было известно или нескрываемо от других. Работая с людьми, доктор мог и не заметить, как вокруг его личности растут слухи о симпатии к коллеге. Таким образом, манипулятор использует против адресата информацию-намек, а также манипулирует чувствами врача, которые он совсем не хотел бы показывать прежде всего чужому человеку, открыто пытающемуся воспользоваться этой информацией в собственных меркантильных интересах.

В работе врача-психиатра есть своя специфика, так как он работает с людьми, имеющими проблемы с психикой: иным восприятием мира, наличием галлюцинаций, а также стабильными зависимостями, например, наркотической или алкогольной. В приведенном ниже контексте можно увидеть, что провокация происходит не только со стороны пациентки, но и врача, поэтому можно говорить о наличии редких случаев взаимной провокации в медицинском дискурсе между врачом и пациентом. Нередко психиатры играют по правилам со своими пациентами, чтобы не усугубить их состояние. Так происходит с постоянной пациенткой, героиней произведения М. Малявина «Записки психиатра». Больная считает себя крайне привлекательной особой, ей кажется, что ее хотят украсть, но она не отвечает симпатией никому, решается открыться только лечащему доктору.

– Бог ты мой, Света, я отчетливо слышу всеобщий зубовный скрежет и биение лбами в стену сотен отверженных тобою претендентов…

– Да? Правда? Вы тоже ЭТО слышите? А почему из нас двоих галоперидол пью только я?

– Я доктор, Света, мне можно.

– А на днях генеральный прокурор…

– Света, скажи, ЗАЧЕМ ты мне все это рассказываешь?

Света делает совершенно серьезное и осмысленное лицо и словно непутевому, но родному дитю, терпеливо объясняет:

– Так ведь скучно мне, Максим Иванович. А вы хоть послушаете…

– Послушаю, Света, куда ж я денусь [Малявин, 2012, с. 77].

Пациентка, рассказав о своей популярности и привлекательности, задает врачу вопрос после его шутки, делая акцент на употребленном психиатром глаголе *слышать* (*слышу-слышите*) и интонационно выделенном эвфемистичном местоимении *это*. Предполагаем, что такая лакуна в понимании приводит к алогичной реакции (*А почему из нас двоих галоперидол пью только я?*). В этой ситуации сформировывается ненамеренная провокация, так как в силу болезни девушка не поняла иронии, восприняла реплику врача буквально и далее, следуя своей логике рассуждения, задала провокативный вопрос о лекарстве. Ирония в словах врача становится провоцирующей, попыткой вернуть женщину в реальность (*нет никаких голосов*) через гиперболизацию и абсурдность заявленной ситуации. Доктор избирает мишенью манипулирования амбициозность и самооценку пациентки, утрируя ее слова. Психиатр использует все возможные приемы для того, чтобы изменить ход болезненной логики пациентки, вернуть ей критическую оценку действительности. С помощью иронии, где есть гиперболизация (*всеобщий*) и употребление устаревших выражений: библеизм-фразеологизм *зубовный скрежет* (‘бешеная злоба’ [Фразеологический словарь русского языка, 2003, с. 94]), а также *биение лбами* (‘делать всё возможное, отстаивать чьи-либо интересы’ [Фразеологический словарь русского языка, 2003, с. 33]. С помощью этого врач меняет стиль речи, чтобы воздействовать на сознание пациентки, показать нереальность и комичность изображаемой им действительности (говоря ей о поклонниках), пытаясь вернуть женщину к адекватному восприятию реального мира. Пациентка, в свою очередь, провокационным вопросом о лекарстве уходит от разговора о своем психическом состоянии. Речевое поведение врача характеризуется отстраненностью, он

безэмоционально реагирует на вопрос больной и завершает диалог нелогичной фразой, однако она согласуется с алогичностью мышления девушки. Психиатр достиг определенной цели – он провел сеанс терапии: дал возможность пациентке выговориться и немного успокоил.

Обратимся к «Повести о совести» А.И. Егина, в которой рассказывается о том, как врач вел прием в обкомовской больнице. Доктор не любил там принимать, потому что к нему иногда приходили жены советских партийных работников или чиновников, которые от безделья пытались усердно найти у себя несуществующие особенные болезни:

– Тоже мне, профессор! А не знает, к какому врачу отправить больную женщину!

– Больную, знаю к кому направлять, а здоровую – нет.

– У меня кружится голова, у меня слабость, боли в животе, – *кипятилась семипудовая баба.*

– Меньше кушайте, особенно жирного. Больше ходите, гуляйте на свежем воздухе и все пройдет.

– Это я и без вас знаю, профессор, – с сарказмом прервала Луганцева пациентка. – Так вы не направите меня в Москву?

– Нет. Нечего вам там делать.

– Тогда я вас направлю на ковер к секретарю обкома партии.

– Ну, голубушка, в таком тоне я с вами разговаривать не намерен. Прошу покинуть кабинет [Егин, 2021, с. 42].

Реакция пациентки на отказ в продолжении ее лечения последовала сразу: она использует разговорную частицу *тоже мне* (‘употребляется для выражения неодобрения по адресу кого-либо, сомнения относительного чьего-либо права называться как-либо, быть кем-либо, делать что-либо’ [МАС, т. 4, с. 372,]) в сочетании с существительным *профессор*, намеренно снижая тем самым статус профессионала и выражая сомнение в его компетентности при постановке диагноза. В данной ситуации врач держится уверенно, он уже не первый раз встречается с подобным типом пациентов,

которые не стесняются указать на свои связи (*направлю к секретарю обкома партии*), вынуждая доктора испугаться, возможно, привести к раздражению или другим негативным эмоциям, что послужило бы запланированному перлокутивному эффекту. Врач парирует и тоже провоцирует пациентку, иронично намекая на ее лишний вес, который может быть причиной плохого физического состояния, на гиподинамию (дает совет: *больше гуляйте и всё пройдёт*). Может быть, врач использовал намеренно такую тактику защиты от провокации, чтобы подчеркнуть свою уверенность и типичность ситуации, с которой он уже не раз сталкивался. Пациентка использует речевую стратегию «игра без правил или принуждение через обвинение», суть которой такова: обвинения моделируются через привнесение в ситуацию несуществующих в ней событий, фактов [Иссерс, 2009, с. 95]. Мишенью манипулирования она избирает зависимость сотрудников от авторитетов, в приведенном выше примере – от их начальства и вышестоящих руководителей, которые могут жестко отреагировать на жалобу жены партийного работника, которая явно в не первый раз угрожала подобным образом. Отличительным в такой стратегии является типичная реакция адресата: оправдание себя, пространные объяснения ситуации и пр. Итак, в рассмотренном примере пациентка использовала такие средства провокации, как угроза-обещание, инвективы (*тоже мне, профессор*), однако она не получает ожидаемую реакцию на свое коммуникативное давление, врач не выходит из себя и не поддается на провокацию, не изменяет ход лечения, а дает понять, что разговор окончен.

В приведенной ниже ситуации мы можем наблюдать следующее: не только пациенты используют различные мишени манипулирования и провокативные речевые тактики, но и сами врачи. Доктор выбирает речевую тактику воздействия на чувства чести, что стало успешным (матрос прекратил ругаться и кричать). Он обращается к матросу, отличавшемуся нервозностью в стенах больницы, нетерпимостью к боли при медицинских процедурах: *Разве вы не давали мне слово? А?* Врач усиливает свое

коммуникативное воздействие лаконично-категоричной репликой *«Вдруг» исключается:*

– Постараемся, товарищ старшина, чтобы не было больно.

– Ложусь в дрейф! – Вернигора крепко обхватил кушетку руками. – А вдруг и на этот раз не выдержу и начну ругаться? – приподнял голову матрос.

– «Вдруг» исключается. Разве вы не давали мне слово? А?

– Был такой разговор. Ну хорошо, начинайте! Полный вперед! – скомандовал Вернигора.

А сам побледнел. На лице бисеринки пота… Глаза сузились и потемнели. Матрос страдал молча [Егин, 2021, с. 41].

В книге Д.А. Правдина «Записки районного хирурга» показан диалог между опытным врачом Леонтием Михайловичем и новичком, только что прибывшим в амбулаторию. Леонтий Михайлович увидел, что молодой человек пришел работать в их медучреждение сразу после окончания обучения, еще не имеет опыта самостоятельного проведения лечения и у него пока только поверхностные знания во многих областях медицины. Врач задает провокационные вопросы, построенные по принципу градации, и далее таким же по смыслу тезисом-выводом (*Как соберешься сбежать – отдашь*). Отметим, что коммуникативная стратегия врача намеренная, поскольку он хотел посмотреть реакцию молодого человека: вызовут ли его слова стремление оправдаться или же возникнет недовольство, порождающее гнев. Однако доктор дает новому коллеге свои книги, что обязывает молодого мужчину задержаться у них в учреждении подольше и принять окончательное решение о своей будущей работе. Леонтий Михайлович в силу своего опыта понимает, что больницы всегда испытывают нехватку врачей, поэтому ему не хочется запугивать человека, но и тратить время зря на агитацию он тоже не желает.

– Леонтий Михайлович, я ведь раньше никогда не работал в амбулатории, – честно признался я.

– Да это я уже понял, – кивнул заведующий. – Наблюдал со стороны. И травму ты не знаешь, и детей, и урологию. Хорошо пациентов сложных сегодня не было. Вас чему на интернатуре учили?

– В основном патологии и травме органов брюшной и грудной полостей.

– Понятно. То есть человек состоит только из грудной клетки и живота? А всего остального – конечностей, головы, шеи – у него нет? И он сразу взрослым рождается?

– Нет, конечно, – начал оправдываться я. – Но у нас программа построена так.

– На, – сказал Леонтий Михайлович, протянув мне стопку книг. – Это руководства по травматологии, детской хирургии, урологии известных авторов. Занимайся. Как соберешься сбежать – отдашь.

– А почему вы решили, что я сбегу?

– Я ничего не решил, время покажет. Пойдем, я передам тебе больных в стационаре [Правдин, 2011, с. 87].

Как видим, оба врача обладают достаточной степенью владения профессиональной коммуникативной компетенцией, что делает возможным избежать пререканий, переводящих ситуацию в конфликтную. Опытный хирург добился желаемого результата: начинающий врач признал недостаток своих знаний, согласился на их пополнение в ходе чтения специальной литературы и активизации практической деятельности.

Итак, пациенты в провокативной речи используют нередко разговорно-просторечную, бранную лексику и жаргон, демонстрируя фамильярное отношение к медицинскому работнику, психологически стараясь занизить его профессиональный статус. Иногда больные применяли преднамеренную провокацию как сигнализацию своего недовольства действиями врача. Для оказания коммуникативного давления речь провокаторов изобиловала такими средствами экспрессивного синтаксиса, как эмоциональное интонирование высказываний, парцелляция фраз. Мишенями

манипулирования избирались чувства и морально-нравственные качества человека (тщеславие, обида, гордость, вина, страх, стыд). Однако медицинские сотрудники неоднократно сталкивались с подобным поведением пациентов, уровень их профессиональной речевой компетенции был достаточно высок (употребление книжной лексики вместо разговорной в большинстве случаев, использование профессиональной терминологии, превалирование нейтральной лексики, отсутствие синтаксических эмотивов, лаконичность фраз (простые неосложненные предложения)), что помогло нейтрализовать негативное поведение больных.

Доктора реже применяют провокацию, преследуя целью с ее помощью помочь пациентам и коллегам начать мыслить критически. Так, встречаются и случаи, когда провокативная речь направлена от доктора к своему коллеге и она не имеет негативного подтекста: опытные специалисты таким образом пытаются преподать урок начинающим работникам, заставить устыдиться в незнании, однако это не приводит к конфликту (встречалась специальная лексика (термины), нейтральная и разговорная, а также фразы с включением фразеологизмов; негативный подтекст содержал иронию, выражающуюся с помощью вопросов, в том числе и с иронической окраской, вопросительные предложения позволяли создать модальность сомнения, показывающую несостоятельность коллег в определенных медицинских вопросах).

Часто врачи используют иронию для того, чтобы соблюсти свои личные границы и подчеркнуто не отождествлять свои воззрения с восприятием мира пациентов. Иронию часто сопровождает гиперболизация, так как преувеличение помогает докторам через формирование абсурда показать надуманность описанной больными проблемы и их сомнений. Ради спасения жизни и здоровья человека врачам иногда приходится прибегать к ультимативности, что передается категоричными высказываниями, в которых присутствуют лексический повтор и морфологический императив. Медики использовали тактику воздействия на чувства, аргументы к логике, однако их провокативная речь была оправданна, поскольку применялась во благо.

3.3. Конфликты в медицинской коммуникации и их разрешение

Общение между людьми может иметь конструктивный или деструктивный характер. В параграфе речь пойдет именно о деструктивном общении, в котором стороны не добиваются целей, взаимовыгодных результатов, разрывая отношения между собой. В.В. Барабаш и Э.Г. Куликова пишут, что «повышенная конфликтность сигнализирует о кризисном состоянии социальной системы» [Барабаш, 2025, с. 7]. В обществе наблюдается некоторое снижение уровня эмпатии людей друг к другу, терпимости и в целом речевой культуры на фоне социального и экономического кризиса. Все это отражается во многих типах дискурса. Не исключением становится и медицинский дискурс, так как к врачу приходят люди разного социально статуса, а также в разном психоэмоциональном состоянии. Поэтому нами предполагается, что настроение пациентов и врачей влияет на возникновение речевого конфликта в медицинском дискурсе, в том числе причины могут крыться в статусе пациента, уровне его культуры, образованности, даже в типе темперамента. Напряженная обстановка создает конфронтацию среди людей.

Итак, деструктивное общение связано с понятием *конфликт*. Как отмечает в своей работе Л.А. Введенская, конфликт существовал всегда и есть в любой сфере, однако только в 50–60 гг. XX в. начала складываться новая междисциплинарная область знания, получившая название «Конфликтология» [Введенская, 2004, с. 136]. Её А.Я. Анцупова, А.И. Шипилова в своем труде определяют так: «наука о закономерностях возникновения, развития, завершения конфликтов, а также принципах, способах и приёмах их конструктивного регулирования» [Анцупова, Шипилова, 1999, с. 240].

Вначале остановимся на толковании понятия *конфликт*. Чаще всего оно толкуется через более общие понятия – «столкновение» (лат. conflictus-столкновение), «противоречие», «противоборство». Таким образом, можно

выделить первый обязательный компонент содержания данного понятия: конфликт – это состояние (ситуация) противоборства (столкновения). Но сами по себе эти состояния или ситуации существовать не могут, они возникают тогда, когда есть участники ситуации, носители противоречия. Ими могут быть различные субъекты – конкретные люди, а также группы людей, большие или малые [Третьякова, 2009, с. 12].

Понятие «конфликт» изучается во многих научных направлениях: политологии, риторике, социологии, психологии, философии и многих других, так как в процессе коммуникации люди видят разницу взглядов собеседников, могут быть не согласны с другим человеком и высказывают это в разной форме. Для полного понимания конфликта необходимо рассматривать его не только в рамках лингвистики, но и других наук. Согласимся с В.С. Третьяковой, которая пишет, что «такой синкретизм наук «подталкивает к выработке глобальных концепций, способных обеспечить целостную интерпретацию огромного разнообразия средств достижения коммуникативной цели. Описание русского дискурса в одном из важнейших проявлений межличностной коммуникации – речевого конфликта на фоне гармонического взаимодействия – позволяет осознать природу и механизмы функционирования данного явления, вскрыть его глубинные причинно-следственные отношения, аргументировать функциональные особенности конфликтного высказывания, обусловленные единством лингвистического, психологического (личностного) и социального» [Третьякова, 2004, с. 112].

В.С. Третьякова обращает внимание, что «психологи при изучении конфликта ставят в центр своего внимания личность: психология личности, индивидуальные внутренние механизмы поступков отдельной личности, поведение индивидов в группе, влияние социальных условий на поведение индивида, воздействие группы на отдельных ее членов и индивида на группу. Конфликт в этом случае понимается как ситуация, в которой наличествует несовместимость действий, целей, стремлений или желаний у двух лиц – межличностный конфликт» [Третьякова, 2009, с. 13]. Согласимся с ученым в

следующем: поскольку конфликт рождается среди нескольких коммуникантов, которые могут вступать в конфликт под влиянием отдельной ситуации (социальных условий), иногда даже этот же человек в другой ситуации и с другими мыслями, чувствами и внутренним состоянием мог бы не начинать спор, выражать несогласие, но в определенный момент это может стать началом конфликта. Любой конфликт может начаться в процессе коммуникативного контакта. Н.Д. Голев полагает, что любой речевой акт может перерасти в конфликт [Голев, 2001, с. 37-41]. Таким образом, конфликт может быть непреднамеренным, а любое вербальное и невербальное наполнение речевого акта дать толчок к началу конфликта и появления конфронтации.

Л.А. Введенская, Л.Г. Павлова определяют конфликт как «столкновение сторон, имеющих противоположные цели, интересы, взгляды; серьёзные разногласия, острый спор, приводящий к борьбе» [Введенская, 2004, с. 136]. Деструктивный характер конфликта проявляется в особых тактиках и стратегиях, которые свойственны ему: агрессия, различные манипулятивные приемы, инвективы, эмоционально-оценочная лексика, жаргонизмы, сниженная лексика и пр. Необходимо дополнить, что конфликт может зародиться и до словесного изложения мыслей (доречевая стадия): это передается, например, через высокомерный взгляд, усмешку человека. Все это может вызвать негативные эмоции и желание заговорить, отреагировав на провокативные бессловесные знаки. На наш взгляд, такое начало конфликта имеет запланированный характер, ведь многие люди отреагируют на дерзкие взгляды, агрессивные жесты и мимику и на все, что противоречит их принципам выстраивания нормативный модели коммуникативного поведения. В.С. Третьякова отмечает, что именно типология стадий зарождения конфликта и в целом его природы остаются достаточно открытыми в языкознании, хотя проблемы лингвистической конфликтологии рассматривались в исследованиях многих ученых: Н.Г. Комлева [Комлев, 1978], И.А. Коха [Кох, 2015], Н.Н. Кошкаровой [Кошкарова, 2021],

О.А. Михайловой [Михайлова, 2021], Е.А. Пономаренко [Пономаренко, 2023], Г.Г. Почепцова [Почепцов, 2002], Е.С. Третьяковой [Третьякова, 2003, 2004, 2013], К.Ф. Седова [Седов, 2003, 2004, 2005] и др.

Итак, конфликтность, как отмечает в своем труде Э.Г. Куликова, В.В. Барабаш, Л.А. Брусенская, «отражает социально значимые ценностные противоречия различных социальных субъектов, что приводит к их противостоянию и даже конфронтации» [Барабаш, 2025, с. 7]. Несмотря на негативность, разрушительный характер конфликта, приведение к борьбе в процессе острого спора, есть мнение, что конфликт имеет и позитивные результаты. Такую теорию высказал американский социолог Льюис Козер, который выдвигает концепцию «позитивно-функциональных конфликтов»: «использование их энергии в созидательных целях, для обеспечения общественного порядка и устойчивости системы социальных отношений» [Введенская, 2004, с. 136]. Э.Г. Куликова, В.В. Барабаш, Л.А. Брусенская подчеркивают этот факт: конфликт может стать признаком надвигающегося кризиса, но и «стимулами развития и обновления» [Барабаш, 2025, с. 7]. Н.Н. Кошкарова, вводя понятие *конфликтный дискурс* («... это деструктивное взаимодействие коммуникантов, актуализирующее их национальный и культурный опыт с установлением отношений определенной тональности, выражающееся в негативно маркированных речевых стратегиях, тактиках и способах речевого поведения, представленное в виде конфликтного монолога и конфликтного диалога, которые в свою очередь характеризуются интолерантной, негативно-оценочной, а зачастую агрессивной направленностью общения» [Кошкарова, 2021, с. 27]), тоже признает возможность положительных сторон конфликта, причем лишь в том случае, когда благодаря ему коммуникант смог убедить при помощи разных коммуникативных стратегий (например, манипуляции, компромисса и др.) собеседника в своей правоте и прийти к коммуникативной удаче, выполнив поставленные цели. Согласимся с вышесказанным, поскольку медицинский дискурс предполагает споры, даже

конфликты между коллегами, которые отстаивают свой метод лечения, взгляд на тот или иной вопрос в медицине, ведя науку к развитию через критическое осмысление хода болезни, ее исследование, подбор нужного плана лечения и т. д.

В ряде случаев собеседник, напротив, стремится исключить возможность возникновения конфликта. В.В. Барабаш, Э.Г. Куликова, Л.А. Брусенская в работе о ценностном конфликте делают важное замечание о том, что негативные последствия находятся не в самом конфликте, а «в его неподобающем разрешении» [Барабаш, 2025, с. 9]. Таким образом, от самого человека зависит, будет ли он продолжать деструктивное общение или постарается с помощью различных речевых средств и коммуникативных умений загасить конфликт. Н.Г. Комлев отмечает «два случая, когда при наличии противоречий конфликт отсутствует: во-первых, при идеально слаженной интеракции на основе полного взаимного соответствия стратегических и тактических интересов общающихся индивидов и коллективов; во-вторых, при отсутствии всякого контакта между ними» [Комлев, 1978, с. 90]. Нет конфликта и в том случае, когда действует только один участник. Часто в медицинском дискурсе два врача могут иметь личные конфликты между собой, ощущать неприязнь друг к другу, однако благодаря интеракции (наличие единой цели помочь пациенту во что бы то ни стало) два профессионала не будут тратить время на колкости в адрес друг друга, а начнут непосредственно работать и спасать жизнь, что является их первейшей задачей.

Согласимся с Т.Г. Нуруллаевой в том, что именно в речи коммуникантов можно найти различные способы нивелирования нежелательных для говорящего выводов собеседника: так, в речи «просматриваются языковые механизмы интерпретации реальности, речевой деятельности оратора, лексическое значение единиц высказывания» [Нуруллаева, 2022, с. 23]. То есть, по мнению исследователя, существуют разные тактики и стратегии, направленные на сглаживание конфликтной

ситуации. Нами также предполагается, что в институциональном дискурсе чаще встречаются случаи снижения риска выхода ситуации за рамки делового конструктивного диалога, так как, например, рассматриваемый нами медицинский дискурс имеет определенные цели, которых нужно достичь нередко в короткие сроки.

В.В. Барабаш, Э.Г. Куликова, Л.А. Брусенская определяют конфликт как *состояние*, говоря о том, что он является «переходом из состояния устойчивости и стабильности в неустойчивое, нестабильное состояние» [Барабаш, 2025, с. 8]. Ученые, рассматривая этот деструктивный вид коммуникации с позиции речевых актов, предлагают ввести «... особый речевой акт – конфликтив, иллокутивными целями которого являются угроза, обвинение, выговор, проклятье» [Барабаш, 2025, с. 8]. При этом они акцентируют внимание на неизбежности конфликта, называя его «разновидностью нормы» [Барабаш, 2025, с. 9]. Согласимся с такой точкой зрения, поскольку, действительно, в медицинском дискурсе, а также в научном дискурсе в целом не может быть только согласия среди ученых, работников научной деятельности, иначе не было бы новых теорий, открытий. Нередко «провальные» теории, оспариваемые многими членами научного общества, потом признавались инновационными и гениальными. В медицинском дискурсе важно учитывать и эмоциональную составляющую: оппозиция может возникнуть вначале безосновательно, а затем измениться на противоположную – согласие адресата. Л.А. Введенская, Л.Г. Павлова упоминают различные последствия конфликта: «исчезновение всех участников конфликта, их деградация, потеря основных позиций; победа одной стороны и уничтожение другой; объединение участников и на этой основе появление новой, более адаптированной структуры» [Введенская, 2004, с. 136].

Таким образом, можно говорить о том, что разные ученые, исследовавшие конфликт, склоняются к тому, что этот вид деструктивной

коммуникации действительно может нести не только негативные последствия, но и позитивные, созидательные, о чем было сказано выше.

Связанным с конфликтом является понятие *спор*, который представляет собой «всякое столкновение мнений, разногласие в точках зрения по какому-либо вопросу, предмету, борьба, при которой каждая из сторон отстаивает свою правоту» [Введенская, 2004, с. 326]. При этом исследователи обращают внимание, что спор, как и конфликт, может служить для «совместного расследования истины» [Введенская, 2004, с. 326], что, безусловно, не выходит за рамки конструктивного общения в деловой сфере. Однако иногда целью спора становится убеждение адресата в чем-либо, при этом не всегда коммуникант убеждает в том, во что сам глубоко верит. Нередко полемист уверяет, потому что «так “надо” по долгу службы, в силу каких-либо обстоятельств» [Введенская, 2004, с. 326]. Таким образом, из спора может вытекать конфликт, так как именно в процессе коммуникации, когда высказываются разные точки зрения, выявляются разные интересы, взгляды, отношение к тому или иному вопросу, а любое неверно понятое слово, посыл в определенном контексте могут привести к появлению оппозиции и самого конфликта.

Сопоставим теперь близкие, но нетождественные понятия, объединенные общей тематикой в рамках конфликтной коммуникации, – *«язык вражды», вербальная агрессия, речевой конфликт, ценностный конфликт*. *Ценностный конфликт* представляет собой «проявление социальных противоречий, вытекающих из многообразной деятельности социальных субъектов, что даёт основание считать его важной характеристикой социума» [Литвин, 2004, с. 8]. Э.Г. Куликова, В.В. Барабаш, Л.А. Брусенская отмечают, что понятие *ценностный конфликт* сопоставляется с *речевым конфликтом*. Ученые также дают свою трактовку ценностного конфликта как результата «... противостояния систем социальных ценностей, которое обусловлено комплексом субъективных и объективных противоречий» [Барабаш, 2025, с. 16]. Определение понятия

речевой конфликт дает В.С. Третьякова: «... это состояние противоборства двух сторон (участников конфликта), в результате которого каждая из сторон сознательно и активно действует в ущерб противоположной стороне, эксплицируя свои действия вербальными и прагматическими средствами» [Третьякова, 2003, с. 145]. «Язык вражды», по определению О.А. Михайловой, представляет собой «... речевые поступки, нацеленные на создание у слушающего образа врага и победу над “врагом”» [Михайлова, 2022, с. 132]. «Речевая (вербальная) агрессия – обидное общение; словесное выражение негативных эмоций, чувств или намерений в оскорбительной, грубой, неприемлемой в данной речевой ситуации форме. Речевая агрессия – это форма речевого поведения, нацеленного на оскорбление или преднамеренное причинение вреда человеку; использование языковых средств для выражения неприязни, враждебности; манера речи, оскорбляющая чье-либо самолюбие, достоинство; целенаправленное коммуникативное действие для установления доминирования над собеседником» [Михайлова, 2022, с. 53–54].

О.М. Михайлова, давая схожее с представленным выше определением термина «речевой конфликт», подчеркивает его сознательность в ущемлении другой стороны и добавляет, что «... в отличие от коммуникативной неудачи речевой конфликт интенционален, закономерен, так как мотивирован противоречием, проблемой в профессиональной или бытовой деятельности, психологическим надломом. Речевое общение в такой ситуации строится не на основе принципа сотрудничества, а на основе конфронтации» [Михайлова, 2022, с. 28–29].

Т.А. Воронцова, рассматривая речевую агрессию в рамках коммуникативно-дискурсивного подхода, также разграничивает термины *конфликт* и *речевая агрессия*. Так, исследователь пишет: «Безусловно, речевая (вербальная) агрессия – это конфликтогенная технология коммуникативного взаимодействия (о речевой агрессии мы писали в параграфе 3.2 [указание параграфа работы наше. – *Е.К.*]). Если объектом

речевой агрессии является адресат, конфликт между адресантом и адресатом может возникнуть как следствие установки адресанта на речевое доминирование. В тех типах коммуникации, где представлен множественный или массовый адресат, он, как правило, не является объектом агрессии, т.е. эксплицированным в высказывании объектом негативного отношения адресанта. Однако стремление адресанта индуцировать на адресата свое негативное отношение к предмету речи позволяет говорить о том, что адресантом «планируется» конфликт между адресатом и предметом речи. Следовательно, при любом типе коммуникации и любом объекте негативного отношения конфликт является коммуникативной перспективой речевой агрессии» [Воронцова, 2006, с. 14–15].

Рассмотрим теперь классификации конфликтов для определения параметров нашего анализа этого деструктивного вида коммуникации в медицинском дискурсе, отраженном на страницах художественных произведений.

В.С. Третьякова в своей монографии выделяет разные типы конфликтов, разграничивая их в зависимости от источника конфликта (когнитивный конфликт и конфликт интересов), количества говорящих (одиночные и групповые), длительности (долгосрочные, продолжительные и краткосрочные, временные), сферы общественной жизни (например, политические, семейные, экономические, социальные, конфликт духовных ценностей, культуры), субъекта – участника конфликта (межличностный, внутриличностный, внутригрупповой, межгрупповой, международный). Ученый справедливо замечает, что фактически любой элемент конфликта, будь то тема конфликта, характеристика участников, может стать еще одной его классификацией. Это не позволяет составить четкую и единую классификацию конфликтов в ряде наук, вызывая неточности в разрешении конфликта, напрямую зависящего от его разновидности [Третьякова, 2009, с. 18]. Однако существует типология, принятая многими исследователями (И.А. Кох, В.С. Третьякова, Л.А. Введенская, О.А. Михайловна и др.). «В

зависимости от последствий конфликта учёные выделяют два типа конфликтов: конструктивные и деструктивный – в зависимости от того, ведет ли разрешение конфликта к сохранению и развитию положительных качеств личности (группы) или, наоборот, он разрушительно воздействует на личность (группу)» [Третьякова, 2009, с. 18]. По последствиям, в зависимости от достигнутой цели, выделяются также конфликты целесообразные и нецелесообразные, т. е. учитывается, достигается ли заранее поставленная цель и удовлетворены ли обе стороны достигнутым результатом или же конфликт не приводит к поставленной цели (вариант: при достижении цели одна из сторон испытывает неудовлетворенность результатом взаимодействия) [Кох, 2016, с. 90]. Л.А. Введенская дает широкое пояснение каждому из этих типов: конструктивных и деструктивных. Так, под конструктивным исследователь рассматривает такой тип конфликта, при котором затронуты «принципиальные стороны жизнедеятельности организации, их разрешение помогает вывести организационную структуру на новый, более эффективный уровень развития» [Введенская, 2004, с. 138]. В.В. Барабаш, Э.Г. Куликова и Л.А. Брусенская отмечает, что, кроме деструктивной роли, конфликт выполняет «диагностическую и отчасти конструктивную функции, которая связана с преодолением коммуникативных кризисов и выработкой позитивных норм общения» [Барабаш, 2025, с. 29]. Однако конструктивный конфликт не перерастает в деструктивный только в случае сохранения официальности речи, отсутствия разрушения рамок делового общения между адресатом и адресантом. Под деструктивным Л.А. Введенская понимает такой конфликт, когда «стороны не придерживаются нравственно-этических норм поведения, стремятся психологически подавить партнера, дискредитируют и унижают его в глазах окружающих, прибегают к взаимным оскорблениям» [Введенская, 2004, с. 138].

Деление конфликтов по параметру «характер субъектов конфликта» предполагает наличие двух типов – внутриличностных и социальных.

Социальный подразделяется на межличностные конфликты и между личностью и группой, между малыми социальными группами и между средними, между большими социальными группами и межгосударственные, которые в свою очередь делятся на конфликты между отдельными государствами и между коалициями государств [Введенская, 2004, с. 137]. А.Я. Анцупова и А.И. Шипилова также рассматривают разновидности конфликтов с точки зрения потребностей субъектов взаимодействия: ресурсный (материальные потребности субъекта, объектом удовлетворения потребностей являются те или иные ресурсы), статусно-ролевой конфликт (объект удовлетворения потребностей – статус в группе, роль в межличностных отношениях), конфликты из-за идей, норм, принципов (объектом удовлетворения становится идеал, норма или принцип, потребности в этом типе конфликта духовные) [Анцупова, Шипилова, 1999, с. 43].

Поскольку в нашем исследовании речь идет в некоторых случаях о коммуникации между коллегами или подчиненными и начальством медицинских учреждений, то важна для нас и классификация конфликтов «по характеру подчиненности между участниками: “по вертикали” (люди находятся в подчинении друг друга) и “по горизонтали” (люди не находятся в подчинении друг друга; сотрудники одного статуса)» [Введенская, 2004, с. 138–139].

Возникновение любого социального конфликта всегда сопряжено с конфликтной ситуацией, в которой обнаруживается почва для противоборства между социальными субъектами. Такое положение может сложиться объективно, независимо от воли и желания будущих противников. Сопровождается конфликтная ситуация определенной социальной и психологической атмосферой, обозначаемой в социологии как социальная напряженность [Третьякова, 2009, с. 18]. Причины возникновения конфликта тоже не имеют единой классификации, потому что зависят от многих факторов. В нашей работе мы обращаем внимание прежде всего на

объективные обстоятельства, которые представляют собой «... естественное столкновение интересов людей в процессе их жизнедеятельности; слабую разработанность использования в России нормативных процедур разрешения социальных противоречий; недостаток и несправедливое распределение значимых для нормальной жизнедеятельности людей материальных и духовных благ; сам образ жизни россиян, связанный с материальной неустроенностью и радикальными масштабными, быстрыми переменами и др.» [Введенская, 2004, с. 140]. Классификация А.Я. Анцуповой и А.И. Шипиловой включает еще организационно-управленческие причины, социально-психологические, а также личностные причины [Анцупова, Шипилова, 2000, с. 219–221]. Еще одной причиной конфликта, по нашему мнению, может стать темперамент коммуниканта, поскольку «... в конфликте как системе сложного порядка переплетаются внутренние (духовные, личностные, биологические), внешние (социальные факторы) [Третьякова, 2009, с. 19]. В.С. Третьякова связывает «... их диалектическое взаимодействие, которое определяет природу человека и конфликт, а также способы поведения в нём» [Третьякова, 2009, с. 19]. Такой точки зрения придерживаются также Н.В. Гришина [Гришина, 1995], А.В. Дмитриев [Дмитриев, 1993] и др.

Случается так, что коммуникативно продуктивные качества медицинского работника могут нивелироваться и со временем замениться негативными. Зарождается «... профессиональная деструкция – изменение структуры деятельности и структуры личности, негативно сказывающееся на продуктивности труда и взаимодействия с другими участниками этого процесса» [Третьякова, 2009, с. 19]. Поэтому для врача, работающего в профессии не один год, может быть свойственна некоторая холодность в общении, шаблонность фраз, что может породить конфликт (например, если пациент воспримет это как безразличие именно к нему и его болезни), возможно также общение свысока, что тоже может неверно трактоваться пациентами.

В нашем исследовании нами рассматривается конфликт в деловом общении, так как речь идет о коммуникации между коллегами, а также врачом и пациентом. Деловое общение имеет свои особенности, которые отражаются и на построении конфликта, на его признаках именно в рамках медицинского дискурса. В.В. Барабаш, Л.А. Брусенская и Э.Г. Куликова пишут: «Медицинская конфликтология занимается конфликтами в сфере здравоохранения. Конфликт в медицине понимается как противоборство двух или более сторон, возникающее на основе противостояния их интересов, целей, идей и взглядов, касающихся вопросов медицины, охраны и укрепления здоровья. Предметом конфликта в здравоохранении могут стать право собственности на строения и территории, объем и источники финансирования, распределение кадров и кадровые позиции, условия работы и уровень заработной платы. Наконец, серьезные конфликты могут возникать из-за противоположных точек зрения на стратегию, тактики и приоритеты в развитии здравоохранения» [Барабаш, 2026, с. 59–60]. Напомним, что спецификой названного процесса является регламентированность, т. е. подчинение установленным ограничениям, которые определяются профессиональными этическими принципами, национальными и культурными традициями [Михайлова, 2022, с. 7]. Действительно, между двумя специалистами в конфликте будут действовать негласные правила, которые регулируются речевой компетентностью. Вначале мы предположили, что коллеги-медики могут конфликтовать достаточно сдержанно, в их речи не будет сниженной лексики, оскорблений и брани. В то же время речь пациентов не будет регулироваться правилами делового общения, так как далеко не всегда перед нами будут люди с высоким уровнем речевой компетентности, а также с высокими этическими принципами, культурой. Речь пациента будет изобиловать экспрессией и характеризоваться отсутствием абсолютного контроля в отборе языковых средств.

Среди причин, вызывающих конфликты между врачами и пациентами, выделяются объективные и субъективные. «К объективным факторам относятся несовершенство существующей нормативной базы в области здравоохранения, невысокое качество отечественного медицинского образования, расширение сферы платных медицинских услуг. Субъективные факторы конфликта «непосредственно связаны со спецификой профессии врача и особенностями ее реализации в последние годы. В их числе: деформация профессионального сознания врачей, низкая мотивация труда врача, его незаинтересованность в излечении больного, приводящая к врачебным ошибкам, имеющим порой фатальное значение для пациента» (Семина, 2016: 88)» [Барабаш, Брусенская, Куликова, 2026, с. 63]; «Причиной конфликта “врач–пациент” становятся дефекты общения медицинских работников с больными и их родственниками» [Барабаш, Брусенская, Куликова, 2026, с. 67]. Кроме того, в последнее время изменяется характер общения между врачом и пациентом: если раньше за ход лечения отвечал целиком врач, принимая самостоятельно те или иные решения, то сейчас частично ответственность за выбор стратегии лечения перекладывается на пациента [Барабаш, Брусенская, Куликова, 2026, с. 67]. Художественные произведения, которые послужили материалом для нашего исследования, написаны в период существования патерналистской медицины, поэтому конфликты, возникающие в ходе общения, прежде всего связаны с несогласием пациентов с тем или иным планом лечения, на котором настаивает врач, или недовольством поведения доктора. Таким образом, чаще всего инициаторами конфликтной ситуации становятся именно пациенты или их родственники, а врачи стараются действовать в рамках их профессиональных обязанностей.

В структуре конфликта выделяются следующие стадии: назревание, созревание, пик, спад и разрешение [Третьякова, 2009, с. 73]. Экспликация существующих между двумя сторонами противоречий происходит чаще всего на вербальном и речедеятельностном уровнях, поэтому актуальным

становится изучение особенностей речевого поведения участников данного типа деструктивного взаимодействия с точки зрения средств и способов выражения имеющихся противоречий в коммуникативной фазе развития конфликта [Третьякова, 2009, с. 112]. Похожую структуру конфликта приводят Л.А. Введенская, Л.Г. Павлова, выделяя «предконфликтный период; открытый период, представляющий собой собственно конфликт, конфликтное взаимодействие, начинающееся с инцидента, первого столкновения сторон; завершение или прекращение конфликта. Формами завершения конфликта могут стать его разрешение, урегулирование, затухание, устранение или перерастание в другой конфликт» [Введенская, 2004, с. 144–145].

В стадии назревания конфликта (докоммуникативная фаза) происходит осознание субъектами взаимодействия своих потребностей, интересов, позиций, которые влияют на формирование целей общения и определяют намерения и выбор стратегических и тактических средств и способов взаимодействия. Оба субъекта начинают ощущать конфликтность ситуации и готовы предпринять речевые действия друг против друга. В.В. Барабаш, Л.А. Брусенская и Э.Г. Куликова обращают внимание на термин «конфликтоген», определяя его как «неизбежный вербальный маркер конфликтного потенциала дискурса. Это весьма разнородные по своей сути разноуровневые единицы языка, детальное исследование которых (в качестве конфликтогенов) ещё в начале пути» [Барабаш, 2025, с. 71]. Назревание конфликта может продолжаться и в коммуникативной фазе, когда действия субъектов направлены на «разведку» ситуации: выявление позиции противника, возможностей разрешения противоречий и т. п. Основные стадии конфликта – созревание, пик и спад – происходят в коммуникативной фазе [Третьякова, 2009, с. 113].

Конфликт в медицинском дискурсе должен быть предотвращен до его развития и появления. Для этого существуют различные механизмы, которые использует специалист, общаясь с пациентами на рабочем месте. Можно

выделить универсальные ценности, обеспечивающие коммуникативную гармонию, ориентация на которые снимает коммуникативную напряженность участников делового общения и предотвращает конфликтное противостояние. Среди них: приветливость, доброжелательность, помогающие создать благоприятную атмосферу общения; готовность к сотрудничеству, проявляющаяся в стремлении установить как можно больше деловых и личных контактов; владение культурой речи как свидетельство образованности, культурности, а также уважения к собеседнику; этикетность внешнего вида и поведения, что, безусловно, располагает к общению; умение слушать, обеспечивающее большее получение нужной информации; толерантность, дающая возможность общаться с разными типами собеседников (независимо от их возраста, пола, уровня культуры, социальной принадлежности, психологических особенностей) [Михайлова, 2022, с. 8]. Безусловно, приветливость и доброжелательность в речи и поведении врача могут положительно сказаться на эмоциональном состоянии больных, снизить вероятность применения провокации, а также в целом негативной коммуникации, избежав ситуации вывода из эмоционального равновесия коммуникантов. В этом случае происходит коммуникативная неудача, так как доктор переходит также на повышенный тон, грубость и выходит из спокойного состояния.

Принцип терпимости часто применяется в качестве приема ухода от конфликта. Так, врач может использовать такой принцип, поскольку оценивает психическое и эмоциональное состояние пациента (шок, паника, страх за свою жизнь или же за жизнь своего близкого родственника).

Принцип позитива также может быть успешно использован врачом в процессе ведения приема и общения с пациентом. Доктор может перевести какую-то ситуацию или слова пациента в шутку, использовать иронию, но не переходить к сарказму, что вызовет негативные чувства собеседника. Принцип позитива можно представить так: врач должен преподнести информацию о наличии болезни и плане лечения, минимизируя ее

негативное содержание. При этом можно использовать такие фразы, как *я вас понимаю, мне это близко*, что позволяет продемонстрировать поддержку собеседника; можно также повторять фразы из речи собеседника, «отзеркаливать» его слова, показывая, что собеседник внимательно слушает, вникает.

Комплимент как частный прием, обслуживающий принцип позитива, способствует установлению контакта между собеседниками – фатическая функция – и воздействию на адресата – прагматическая функция. Последняя оказывает более сильное влияние на собеседника, поэтому данный прием надо применять с осторожностью. Психологи считают наиболее эмоциональным, запоминающимся, но рискованным комплимент «минус – плюс». Если «минус» оказывается значительнее «плюса», то возможен конфликт [Семенычева, 2016б, с. 127].

Рассмотрим с точки зрения типологии конфликтов, причин его возникновения и динамики контексты, взятые из художественных произведений.

Конфликт может происходить между доктором и руководством медицинского учреждения, различными органами управления. Такой случай находим в художественном тексте Ф.Г. Углова «Сердце хирурга»:

Я объяснил, что согласно установленному порядку прошу дать путевки в аспирантуру: мне – в клинику Н. Н. Петрова Института усовершенствования врачей в Ленинграде, Вере Михайловне – в акушерско-гинекологическую клинику того же института.

Начальник постукивал короткими, поросшими черными волосами пальцами по столу и молчал. Потом, опять зевнув, сказал:

– Вы имеете желание, мы не имеем желания... А думаю я предложить вам, товарищ Углов, хорошенькое дельце. Назначим-ка вас на должность завводздравотделом в... – он сделал паузу, –...в Печоре!

Я не мог поначалу слова выговорить: я ему про необходимость учиться, он мне сквозь зевоту – о продолжении работы на Крайнем Севере,

в еще большей глуши, да не хирургом, а администратором! Глупый он человек, не знающий жизни, или, наоборот, меня за дурачка принимает? Я пристально взглянул на него, увидел в его выпуклых глазах затаенную насмешку. Сдерживая себя, насколько мог спокойно, сказал:

– Мы с женой должны стать аспирантами, у нас для этого и так уже критический возраст. Напишите направления, как было обещано.

– Вы так, товарищ Углов, не разговаривайте, не советую. Сказано, в Печору, поедете в Печору. А потом посмотрим насчет вашей аспирантуры. В аспирантуру идти не один вы имеете желание, находятся и другие, между прочим...

– Что ж, – сказал я, – если вы представите мне конкурента, который больше меня проработал на Крайнем Севере, заслужил право, я уступлю ему свою путевку. Есть такой человек?

– Я вас через ЦК заставлю поехать в Печору!

– А я, пожалуй, прямо отсюда сам пойду в ЦК. Там объективные люди, рассудят, нужно ли мне учиться или нет, и кто из нас прав – тоже рассудят

– Какой у вас горячий темперамент, – натянуто засмеялся начальник.

– Никуда не ходите, нам не нужно этого. Но до завтра хорошенечко обдумайте мое предложение [Углов, 2015, с. 98].

В приведенном выше примере продемонстрирован социальный межличностный конфликт (по классификации А.Я. Анцупова, А.И. Шипилова); по классификации Л.А. Введенской, опирающейся на теорию А. Маслоу, конфликт отчасти ресурсный, а также статусно-ролевой, так как суть разговора не только в удовлетворении материальных потребностей врача, но и желании защитить собственный статус (врач хочет повысить уровень образования, имея на это право: он полностью отдает свой профессиональный долг, работая на севере). Безусловно, конфликт по ходу общения перерастает в деструктивный, так как доктор увидел насмешку в

глазах начальника, почувствовал неуважение к себе и своей просьбе, с которой он прямо обратился.

По характеру отношений подчиненности между участниками это конфликт «по вертикали», поскольку Углов находится в подчинении у начальника, распределявшего врачей по тем или иным областям страны. Другим участником, реально не присутствующим, но задействованным, становится жена доктора, так как ее напрямую касается исход этого разговора.

По классификации причин А.Я. Анцупова и А.И. Шипилова, в данном конфликте мотивы социально-психологические (стремление к власти: начальник пользуется своим служебным положением, а нежелание рассказчика соглашаться с ним только усиливает оппозицию). Можно отметить также и личностные причины конфликта: он возникает, так как поведение адресанта не укладывалось в рамки желательного или допустимого; рамки допустимого поведения сужаются в связи с лидерскими качествами, эгоистической ориентацией вышестоящего лица. Начальник пренебрег интересами врача и его семьи, что обусловлено некоторыми психологическими особенностями его характера.

Этапы конфликта: 1) предконфликтный период, включающий возникновение проблемной ситуации; осознание ее субъектами взаимодействия; попытка со стороны врача разрешить эту ситуацию неконфликтными способами (разъяснение), возникновение предконфликтной ситуации; 2) открытый период, первый инцидент, во время которого увеличивается конфликтная напряженность, оппоненты переходят к открытой агрессии, затрагиваются интересы другой стороны, происходит их поляризация; 3) завершение, которое на данном этапе переросло в затухание конфликта, однако он может возникнуть, если врача будут удерживать на этом месте работы и лишат возможности обучения в аспирантуре. Послеконфликтного периода не состоялось. Стратегия поведения начальника – соперничество (конкуренция), так как данный коммуникант

думает только о себе: оставив на севере хорошего, добросовестного доктора, он сможет получить похвалу от своего начальства. Так, начальник думает только о своих интересах в ущерб позиции другого.

Речь начальника представляет собой речь-предложение, которое является типом призывающей к действию речи, как конвенциальное предложение (по Т.В. Анисимовой, Е.Г. Гимпельсон) [Анисимова, 2023, с. 324], однако оно затем перерастает в приказ ультимативного характера, что стало ошибочным и перевело диалог в непродуктивную форму. Как видим, конфликт возник неожиданно для адресата: доктор не ждал такого решения начальства Управления Наркомздрава, так как он и его жена честно и в полной мере отработали по контракту, даже дольше оговоренного срока, однако начальник не проникся ситуацией, был безучастен по отношению к интересам семьи.

Созревание конфликта: врач хотел отстоять свои интересы, не нарушая норм поведения, что подчеркивается с помощью личного местоимения *мы* (объединил себя и жену как силу, противостоящую несправедливому решению), морфологического (*напишите*) и семантического императивов (*должны стать аспирантами*). В этот момент начался рост конфликта, доктор показал свою четкую позицию и нежелание подчиняться: в его речи можно отметить жанр возражения, основанного на отрицательном прогнозе запрета, ошибки адресанта, так как адресат уверен в своей победе в конфликте, его аргументация вполне рациональна. Начальник выбрал стратегию принуждения в конфликте, с помощью которой он насильно склоняет врача отказаться от идеи обучения в аспирантуре как для него, так и для его жены. Стратегия обоснована тем, что он имеет должностные преимущества, однако перлокутивный эффект при этом не достигнут. Доктор уверен в своей правоте и может логически обосновать причину отъезда. Кроме того, получение статуса кандидата наук – пополнение числа научных сотрудников в медицинском сообществе, что является сильным аргументом. Безусловно, такой подход не располагает врача к начальнику, однако о

гармоничных взаимоотношениях начальник не думает, его цель – добиться подчинения. Он не хочет уступать, он пытается перевести разговор в шутливый тон, говоря о темпераменте доктора, может быть, надеясь на смену его настроения. Между последней и предпоследней репликами сделана пауза, в момент которой он обдумывает свои заключительные фразы, но решает намеренно применить отрицание (*никуда не ходите*), употребить личное местоимение *нам* вместо формы второго лица *вам,* объединяя себя и врачей, будто огораживая их от лишних хлопот и лишних лиц в этом конфликте. В конце он дает наставление (глагольный императив *обдумайте),* не ставя точку в этом разговоре. Однако в завершении конфликта можно заметить, что начальник выбирает сделать паузу, возможно, предпочтя сотрудничество, что является «альтернативой конфликту» [Барабаш, 2025, с. 17]. Он понимает, что доктор может действительно обратиться в ЦК, его аргументы являются убедительными. Вышестоящее руководство может удовлетворить просьбу и конфликт перейдет на другой уровень – между ЦК и начальником Управления Наркомздрава, что может привести к непредсказуемым последствиям.

Иногда конфликт может возникнуть на рабочем месте в связи с тем, что когда-то коллеги имели вне работы разногласия, на почве личной жизни (борьба за внимание одного мужчины). На фоне старой обиды может произойти конфликт, а один из его разжигателей воспользуется ситуацией, чтобы, обладая более высоким социальным статусом, придать себе значимости, задеть адресата, свести с ним счеты. Такой пример находим в книге Т.Ю. Соломатиной «Акушер-ХА»:

Через полчаса туда заявилась дежурная врач Елена Анатольевна, ещё три года назад отзывавшаяся на «Ленку» и умолявшая меня передать ей «по наследству» Стасика. Я, кстати, передала. Так что совершенно не ожидала от Ленки пламенного рыка:

– Интернам не место в дежурке! Интерны должны быть на посту!

– Лен, привет. Так в родзале же нет никого! – спокойно ответила я.

– Не «Лена», а Елена Анатольевна! – с невыразимым блаженством сказала она.

Да. Реванш за то, что у них со Стасиком не «срослось», был взят красиво. В те далёкие исторические времена я не была ещё такой зубасто-ироничной и всех ещё, глупая, жалела и проникалась пониманием и сочувствием. Поэтому я молча встала и понуро вышла, не забыв прихватить О'Генри с собой [Соломатина, 2020, с. 12].

Данный пример демонстрирует деструктивный конфликт, так как врач стремится психологически подавить коммуниканта, выместить обиду. Все это основывается на истинных причинах возникновения негативной коммуникации: личностная причина конфликта, а именно некоторая психологическая особенность врача – стремление быть лучше других, удачливее, возможно, стремление к демонстративности (дежурный врач Елена Анатольевна хотела подчеркнуть, что на рабочем месте должен быть порядок, все должны соблюдать этикет в общении с коллегами). Отметим, что не каждый человек повел бы себя так, что подтверждает мысль о влиянии в этом конфликте определенных черт характера женщины. Интерн сначала растерялась, не отреагировала ответно негативно, так как могла обосновать причину своего нахождения не на посту. Нельзя говорить о том, что доктор Елена Анатольевна хотела улучшить организацию работы в отделении, этому была другая скрытая причина.

Предконфликтный, или латентный, период включал этапы возникновения проблемной ситуации (появилась задолго до этого, когда противоречие сторон еще не осознано коммуникантами, но появилась проблемная ситуация – один свободный молодой мужчина), осознание ее (интерн поняла, что является истинной причиной такого поведения и изменения отношения к ней). Добавим, что интерн пыталась решить ситуацию неконфликтными способами: она разъяснила, что нет необходимости идти на пост.

Открытый период состоял из одного инцидента (интерн не была на посту), далее увеличивается количество проблемных ситуаций (не на том месте сотрудник, не соблюдает официальное обращение к более старшим медицинским работникам), оппонент предъявил претензию – нетактичное обращение по имени на рабочем месте. Доктор проявляет агрессию.

Завершается конфликт затуханием, так как девушка решила послушаться, уходит по требованию врача на свое место. Послеконфликтный период состоит в частичной нормализации отношений, так как обе женщины работают в одном отделении, им приходится взаимодействовать, однако дружеские отношения были прерваны. Безусловно, налицо стратегия соперничества или конкуренции из-за мужчины. Предполагаем, что мужчина больше был заинтересован в интерне, чем в докторе, с которым не сложились отношения. Интерн избирает стратегию избегания или уклонения: девушка хочет выйти из конфликта, она не ожидала такого изменения в поведении врача, не настаивает на своем, видя, что это нецелесообразно, поскольку женщина не восприняла логические доводы, она в нестабильном эмоциональном состоянии из-за неудачи в личной жизни.

Интерн не нарушает этико-лингвистических норм, назвав врача Леной, так как вне работы раньше у них были приятельские отношения. Такая реакции женщины не была связана с работой и привычным обращением друг к другу по имени. В данном случае интерн назвала врача *Лена* не из плохих побуждений, так как отношения между женщинами были дружескими, однако это было понято неправильно, а обращение прозвучало фамильярно для врача, которая сразу же сделала акцент на нарушении распределения медицинского персонала в дежурной части, несмотря на логический довод о том, что родильный зал в гинекологическом отделении пустой. Можно сказать, что совокупность обстоятельств, которые были не связаны с работой, а также привычно сказанное обращение по имени, ставшее конфликтогеном, послужили пусковым механизмом для конфликта. Елена Анатольевна при виде соперницы, которая не считала себя таковой,

подчеркнула статус девушки – она интерн, который должен подчиняться правилам, а не делать то, что ей хочется. Дежурный врач применяет тактику авторитета, косвенно обращается к молодому доктору, дважды повторяя лексему *интерн*. Врач использует семантический императив *должны быть* во множественном числе, подчеркивая, что, несмотря на когда-то приятельские неформальные взаимоотношения с интерном, все всегда на рабочем месте должно быть по правилам. Конфликт можно отнести к социальным и межличностным: это столкновение из-за идей, норм и принципов, так как врач посчитал, что по причине неудавшейся личной жизни нужно прерывать ранее дружеские отношения, поэтому идет на принцип, подчеркивая свою значимость и ущемляя интерна.

В.В. Вересаев в произведении «Записки врача» описывает конфликт между врачом и пациенткой. Доктор был уверен в эффективности назначенного лечения, выписал соответствующее лекарство, которое вычитал в учебнике, однако это не облегчило боли. Это привело к конфликту: женщина верила в прогнозы доктора, который в итоге ошибся в силу своей молодости и неопытности. В.В. Барабаш, Л.А. Брусенская, Э.Г. Куликова отмечают, что оскорбление представляет собой «травму, нанесенную достоинству, самоуважению, чести человека» [Барабаш, 2025, с. 19]. Исследователи добавляют: «Различаются издевательство, насмешка, глумление: издеваться и насмехаться над человеком можно по любому поводу, а глумиться над тем, что человеку важно и дорого, что он бережно хранит в своей душе» [Барабаш, 2025, с. 19]. В рассматриваемом примере перед нами насмешка со стороны пациентки, так как сначала она верила доктору и его прогнозу быстрого выздоровления, а затем поняла, что он ошибся, и стала открыто говорить о его неуверенности, непрофессионализме:

Приезжаю на следующий день, вхожу к больной. Она даже не пошевельнулась при моем приходе; наконец неохотно повернула ко мне голову; лицо ее спалось, под глазами были синие круги.

– А у меня, доктор, боли появились в правом плече! – медленно произнесла она, с ненавистью глядя на меня.

– Всю ночь не могла заснуть от боли, хотя очень аккуратно принимала вашу салицилку. Для вас это, не правда ли, очень неожиданно? [Вересаев, 2022, с. 58–59]

Представленный в контексте конфликт – социальный, межличностный; это также конфликт из-за идей, норм и принципов, так как женщина представляла себе врача как уверенного в своих знаниях профессионала, который имеет опыт, чего в итоге не увидела в своем лечащем враче. Причина конфликта организационно-управленческая, а именно личностно-функциональная, так как у сотрудника медицинской организации не было, по ее мнению, нужных профессиональных качеств. Врач назначил лечение, которое привело к ухудшению состояния больной. Однако нельзя говорить о том, что врач настолько плох в своем деле: он опирался на медицинскую литературу, но важно учитывать, что в реальной практике болезнь может протекать по-разному, а также лечение может быть не таким эффективным по ряду причин и / или дать эффект через более длительное время.

Этапы конфликта: 1) предконфликтный, включающий возникновение проблемной ситуации (боли не прекращались); попытки оправдаться или логически обосновать неэффективность лекарства не было, так как врач сам осознал свою некомпетентность в этом вопросе в силу неопытности, он не предугадал ситуации, поступил по отношению к женщине неверно, пообещав ей легкое излечение; 2) открытый период начался с инцидента, когда пациентка испытала новые сильные боли и вызвала врача на домой; инцидент исчерпан, так как врач осознал вину, а женщина предположительно обратится к другому опытному специалисту, который займется лечением; 3) завершение представляет собой затухание: врач ушел, а пациентка отказалась от помощи молодого доктора. Послеконфликтный период отсутствует, так как ни одна из сторон не желает налаживать взаимоотношения.

Стратегия врача – уклонение или избегание: он не хочет разжигать конфликт, выходит из него молча, он понимает абсурдность отстаивания своих прав. На наш взгляд, это характеризует молодого мужчину с положительной стороны: он действительно не прав. Пациентка использует здесь «тактическое сомнение» или метод «подзадоривания», который Ю.В. Щербинина определяет так: «Средство целенаправленного речевого воздействия на адресата путем словесного “вызова” или “провокации”: задеть самолюбие, бросить вызов, выразить притворное недоверие» [Щербинина, 2004, с. 148]. С помощью такого метода женщине удается поставить врача в тупик, пристыдить.

Порой конфликт может возникать между опытным врачом-наставником и молодым, начинающим доктором, только что закончившим обучение в вузе. Так, в произведении Ф.Г. Углова «Сердце хирурга» рассказчик повествует о том, как учился оперировать под руководством опытного хирурга больницы, однако на фоне отсутствия опыта и должного трудолюбия, желания совершенствовать ежедневно свои навыки между коллегами конфликт возникал систематически:

В своих требованиях к нам, особенно когда ей казалось, что мы недостаточно внимательны к больным, Мария Ивановна могла быть придирчиво-невыносимой. И однажды, выведенный из себя ее нападками, я в сердцах воскликнул:

– Что за скотское обращение!

– Вам не нравится? – тут же гневно ответила она. – Иначе не могу и не буду. Ради больных готова обращаться еще и не так. А если не хотите со мной работать – уходите! Скажу профессору – вас завтра же переведут к другому ассистенту [Углов, 2015, с. 56].

Конфликт в этом примере социальный, межличностный: статусно-ролевой конфликт (борьба молодого врача за роль в межличностных отношениях, так как он желал более уважительного к себе отношения, понимания того, что у него небольшой опыт, могут быть ошибки в

профессиональной деятельности в силу того, что он новичок). Можно сказать, что этот конфликт конструктивный, так как он разгорелся между врачами, а Мария Ивановна желает видеть в интернах более высокий уровень развития, поэтому она так требовательна, считая, что в медицине недопустимо ошибаться. Нельзя сказать, что конфликт выходит за рамки деловых отношений, опытный доктор строго соблюдает официальность речи, старается сдерживать себя, несмотря на эмоциональное восклицание начинающего врача. Участники конфликта – молодой врач и доктор Мария Ивановна. Причина конфликта социально-психологическая: разный подход к оценке одних и тех же сложных событий (Мария Ивановна очень ответственно относится к оказанию медицинской помощи и в целом к самим пациентам, не приемлет другого отношения к делу).

Этапы конфликта: 1) предконфликтный, фактически отсутствует, так как конфликт появился внезапно: молодой доктор не выдержал в один момент незаслуженной, по его мнению, критики; конфликт назревал постепенно: в силу своей воспитанности и уважения к старшим молодой человек терпел замечания, порой очень резкие; однако на этом этапе отсутствует попытка разрешить его неконфликтными способами; 2) открытый период включил в себя только первый инцидент, в котором видим рост эмоциональной напряженности: Мария Ивановна говорит о своих претензиях; 3) завершение происходит так же внезапно, как и начало негативной коммуникации: конфликт затухает, а повторение его не возникает, так как главный герой соглашается с замечаниями, готов исправить недостатки в своей работе для развития нужных профессиональных навыков. Послеконфликтный период в дальнейшем перешел в нормализацию отношений: молодой Углов осознал свою неправоту, не затаил обиды и поставил перед собой цель стать хорошим врачом.

Данная ситуация предполагает использование такой стратегии, как компромисс: Мария Ивановна предлагает поменять наставника, таким

образом, закончить негативную коммуникацию. Однако начинающий доктор избирает также компромисс: решает достигнуть такого уровня профессионализма, чтобы Мария Ивановна могла быть спокойна за то, кто придет на смену ей.

Как видим, присутствует столкновение коммуникантов, с одной стороны, на почве проявления личностных качеств (молодой врач не согласен терпеть постоянные придирки и критику со стороны наставника), с другой – на почве профессиональных требований (опытный хирург видит недостаточное стремление в ассистенте оттачивать свои навыки, незнание анатомии и в целом несостоятельность в вопросах медицины и хирургии). Мотивы конфликта ясны: медики не могут работать вместе, поскольку один считает, что его уничтожают как профессионала, а другой – то, что безграмотный врач не может работать с пациентами, поэтому если не допускать такого специалиста к работе нельзя, то предпочтительнее обучать его другому наставнику. Мария Ивановна в общении с молодым доктором выбрала психологическую установку «против партнёра»: она всячески показывает, что не желает взаимодействовать с новым врачом, сразу же предлагает избавиться от него – перевести к другому доктору ассистировать. Она непримирима к новичку. В общении двух коллег растет коммуникативное напряжение, что обусловлено игнорированием опытным доктором ценностных установок (в данном случае нет проявления эмпатии к молодому врачу, испытывающему трудности в работе, отсутствует заинтересованность помочь ему, а также терпимость и терпеливость со стороны Марии Ивановны). В диалоге много восклицательных предложений, показывающих пик эмоционального напряжения, несдержанности, Мария Ивановна также использует морфологический императив (*уходите*), высказывает речевой акт угрозы, который сопровождается тактикой коммуникативного давления на молодого специалиста (*если…*), применяет негативную тональность речи. Мария Ивановна использует данную тактику, стараясь достигнуть перлокутивного эффекта: молодой специалист выведен

из равновесия, однако своим восклицанием пытается оказать противодействие, но избранная тактика приводит к коммуникативной неудаче. Возможно, Мария Ивановна не ожидала от молодого доктора такой реакции на свои высказывания. Неопытный врач не стал искать в этой ситуации оправданий, они были бы неуместны. На этом конфликт был исчерпан, а слова Марии Ивановны стали строгим наставлением для нового врача, он стал больше практиковаться, чтобы достойно выполнять свою работу.

Еще раз акцентируем внимание на языковых особенностях фраз коммуникантов. Так, стоит обратить внимание на частицу *что за* в восклицательном предложении молодого доктора, сказанную с отрицательной коннотацией (возмущение); частица *же* в роли усиления смысла высказывания (*завтра же* показывает категоричность Марии Ивановны), наличие глаголов будущего времени совершенного вида (*скажу, переведут*), форма которых используется для демонстрации угрозы; обилие отрицательных частиц *не* подчеркивает в целом отрицание достоинств молодого ассистента, показывает категоричность адресанта. При помощи неполных предложений, парцелляции демонстрируется ее спешка, желание закончить с этим неприятным разговором.

В этом же произведении находим еще один пример, когда происходит неодобрение научных достижений молодого специалиста и возникновение конфликта на этой почве:

Вопреки моим опасениям, доклад был встречен с интересом. Профессор Нечаев, крупный терапевт, сказал, что доклад доктора Углова относится к таким, после которых уходишь с ощущением приобретенной пользы, обогатившись какими-то новыми сведениями. И другие члены кружка сказали добрые слова в мой адрес. Все было как нельзя лучше, пока не заговорил профессор Самарин.

– Покажи препарат, – попросил он.

Я кинулся к тому месту, куда его положил, но его там не было. Выяснилось, что дежурный санитар выбросил его... в туалет. Я был подавлен.

*– **Даже одно это – отношение Углова к препарату характеризует** его как **никудышного** научного работника, – раздраженно заявил профессор Самарин. – И почему такое восхваление докладу? В нем, разобраться, нет ничего от науки, а из Углова, вижу, никогда толкового научного работника не получится. Крыльев для полета нет. Не получится!* [Углов, 2015, с. 58].

Конфликт относится к социальным межличностным (между врачом Угловым и профессором), кроме того, он относится к статусно-ролевому типу, так как борьба здесь – за получение признания, статуса в медицинском сообществе. Основные участники конфликта: профессор и врач Углов, к другим участникам можно отнести также дежурного санитара, выбросившего препарат. Несмотря на эпизодическое появление санитара, он существенно повлиял на протекание негативной коммуникации. Причину конфликта можно определить как социально-психологическую, а именно выбор разных способов оценки результатов деятельности.

Этапы конфликта: 1) предконфликтный период неясен, так как возникновение проблемной ситуации могло быть в нарастающей личной неприязни или же можно предположить, что профессор не приемлет успехов более молодых коллег, ревностно относится к этому; кроме того, у адресата не было возможности урегулировать неконфликтными способами ситуацию, бесполезно оправдываться после слов профессора Самарина; 2) открытый период заключается в том, что увеличиваются проблемные ситуации (препарат выбросили, придав важному открытию минимальное значение; жесткая критика одним из профессоров), начинается эскалация конфликта в момент, когда профессор Самарин оценивает Углова как посредственного врача и неперспективного научного работника, используя интеллектуальную инвективу (*никудышний*); 3) завершение конфликта происходит на этапе открытого периода и первого инцидента, так как сам докладчик Углов не

стал оправдываться, вступать в конфликт, он был подавлен и не готов к оппозиции. Послеконфликтный период отсутствует, так как нормализация отношений не произошла. На наш взгляд, профессор применяет стратегию соперничества или конкуренции, обладая большим авторитетом.

Речь профессора представлена речью-критикой (ср.: *критика* – «выступление, содержащее обсуждение и оценку общественно значимого события, совершённого конкретным человеком с целью обнаружения и выправления недостатков» [Анисимова, 2004, с. 304]). Т.В. Анисимова и Е.Г. Гимпельсон обращают внимание на то, что в этом жанре «желательно говорить только о деле, не переходя на личность, критиковать дело, а не человека» [Анисимова, 2004, с. 304]. Однако речь врача является именно критикой начинающего ученого. Адресант – эксперт в обсуждаемом вопросе, но он не ставит перед собой цель исправления ошибок. Отметим, что в критике не высказана объективная причина ошибки ученого, что свидетельствует об отсутствии должной речевой культуры оратора. Т.В. Анисимова и Е.Г. Гимпельсон подчеркивают неприемлемость ведения «критики к запрету или осуждению, а только к обсуждению» [Анисимова, 2004, с. 305]. В реплике профессора находим просторечное слово *никудышный* (‘никуда не годный, плохой’ [МАС, т. 3, с. 499]) в адрес молодого работника, он подчеркивает свое негативное отношение с помощью развернутой метафоры *крыльев для полёта нет.* Замечаем инверсию в первом предложении, которая применяется для усиления смысла слов профессора: лекарство и доклад едва ли можно отнести к науке. Союз *и* в начале предложения выполняет также усилительную функцию для акцентирования негодования по отношению к выступлению Углова. С целью убедить молодого работника, что он не дает ему даже шанса на будущее, в последней части высказывания употребляется отрицательное наречие *никогда*, лексический повтор глагола с отрицательной частицей *не получится*. Это выглядит как вердикт, который нельзя уже изменить. Возможно, такое поведение в адрес Углова скрывает страх перед

конкуренцией, ведь впоследствии этот молодой медик станет известным врачом-хирургом.

Конфликт интересов может быть представлен в диалогах врачей и их начальства, так как одни излагают директивы высокопоставленного начальства, а другие могут дать им негативную оценку, поскольку они тормозят реальный ход оказания помощи населению. У врачей мало свободного времени, однако, как правило, начальство / руководителей больниц это не останавливает – дать докторам новую нагрузку, которая не связана с прямыми обязанностями медицинского персонала – помогать больным и спасать их жизни. Такой пример есть в произведении В. Малявина «Записки психиатра»:

– Предлагаю ввести совместные со стационаром практические занятия с обязательной сдачей нормативов и зачетов, с привлечением наблюдателей из городского штаба ГО!

Начмед, подпрыгнув от неожиданности на месте, вкрадчиво спросил:

– И давно вас стали посещать такие, ммммм… конструктивные идеи?

Не придавая значения профессиональному интересу, вспыхнувшему в глазах докторов, отставной полковник четким шагом пересек кабинет и положил перед начмедом пухленькую папку, завязанную на аккуратный бантик.

– Сергей Витальевич, ознакомьтесь с моими соображениями по данному вопросу и разработайте соответствующий план мероприятий. Потом доложите [Малявин, 2012, с. 78].

Как видим, конфликт относится к социальному, между личностью и группой (так как заместитель главного врача по медицинской части представляет интересы всех медицинских работников учреждения), его также можно отнести к ресурсному (ресурс – труд врачей, их время, потраченное не на прямые обязанности, а на гражданскую оборону). Основными участниками конфликта стали начмед и полковник,

организующий занятия по гражданской обороне. Другими участниками, оказывающими эпизодическое влияние на ход конфликта, стали присутствующие на собрании врачи. Начало конфликта возникает вследствие ситуативно-управленческой причины, так как внедрение занятий по гражданской обороне занимает много времени, нарушает распорядок дня врачей, увеличивает нагрузку на работников, которые и без этого нововведения работали сверхурочно. Возможно, конфликт начался еще и по причине разного подхода к оценке одних и тех же сложных событий (распределение нагрузки на медперсонал).

Этапы конфликта: 1) в предконфликтный период (возникновение проблемной ситуации из-за изменения графика работы врачей) разрешения ситуации не происходит неконфликтным способом; 2) открытый период представляет собой увеличение конфликтных ситуаций (включение занятий по гражданской обороне (далее – ГО), привлечение наблюдателей, сдачу нормативов врачами), нарастает эмоциональная напряженность (полковник прекрасно понимает, что его новости не вызвали позитивного отклика у слушателей), соответственно, затрагиваются интересы другой стороны (городской штаб, организаторы ГО в медицинских учреждениях), а также отсутствие учета интересов самих докторов; 3) завершение конфликта переросло в его затухание в силу статуса полковника, который отдал безапелляционное распоряжение и вступать в дальнейшую негативную коммуникацию он не стал, не отреагировав на колкость начмеда. Послеконфликтный период отсутствует, так как нормализация отношений не произошла. Стратегия военного – соперничество или конкуренция. Полковник верно выбрал стратегию, так как оценил свои силы (обладает волевыми качествами военного человека и руководителя), смог быстро выйти из критической ситуации (не стал обращать внимание на реакцию врача), не дал понять врачам, что отчасти сам понимает сложность ситуации (у врачей действительно мало времени, нагрузка велика, а ее только усугубляют второстепенными задачами). Он также использует стратегию

избегания или уклонения, когда стремится выйти из конфликтной ситуации, не уступая начмеду, но и не решая создавшееся противоречие между сторонами.

В контексте также представлена речь-предложение, а именно конвенциальное предложение, когда оратор понимает, что публика не может дать отказ в силу обязательств. Как пишет Т.В. Анисимова и Е.Г. Гимпельсон, «слушатели не противодействуют решению проблемы» [Анисимова, 2004, с. 325], но один человек из руководящего состава все-таки решается высказать ироничный комментарий. Мы предполагаем, что конфликт мог бы выполнить конструктивную функцию в случае, если бы внедрение занятий было сделано рационально, с учетом расписания дежурств, занятости докторов, что позволило бы выработать позитивные нормы общения между сторонами. Однако нежелание организатора вникать в детали приводят к началу конфликта. Фраза начмеда является конфликтогенной, несмотря на отсутствие таких очевидных негативных языковых единиц, так как срабатывают когнитивные механизмы интерпретации высказывания.

Анализируя речевое поведение двух начальников (начальника гражданской обороны при медицинском учреждении и начальника самого медицинского учреждения), можно отметить, что между ними идет конфронтация. Начмед выбирает рационально-эвристическую стратегию: он косвенно показывает свое отношение к идее полковника, не теряет контроль над собой, хотя по его невербальной реакции (вздрагивание) понятно, что он шокирован новостью. Несмотря на назревающий конфликт интересов, полковник контролирует речевую агрессию с помощью тактики игнорирования: он сохраняет официальный стиль общения, показывает твердость своей позиции (глагольные лексемы совершенного вида и морфологический императив *ознакомьтесь, разработайте, доложите*) и нецелесообразность дискуссии на эту тему, поскольку он отдал от лица начальства приказ, который обсуждению и оспариванию не подлежит.

Начмед вслух говорит о том, что полковника посетили *конструктивные идеи*, но подразумевает под этим *навязчивые идеи*, используя скрытую насмешку. Такую иронию можно назвать конфликтогенной. В конфликте эта фраза играет ключевую роль, поскольку срабатывает когнитивный механизм ее интерпретации в сознании военного, который считывает смысл реплики начмеда. Конфликт на этом резко завершается: полковник в силу своей профессии привык к тому, что его распоряжения выполняются бесспорно. Итак, конфронтация передается в речи начмеда следующими языковыми средствами: ироничным вопросом, провоцирующим спором, наличием столкновения противоположных позиций по организации работы врачей больницы. Однако полковник доминирует над собеседником без нарушения норм речевого этикета, использует стратегию дистанцирования.

Рассмотренные нами примеры из художественных произведений, описывающих разную социальную, экономическую действительность, говорят о том, что, несмотря на иногда неразрешимые конфликты, все же со стороны профессионалов, находящихся при исполнении должностных обязанностей, конфликт заканчивается резким или плавным обрыванием. Один из коммуникантов завершает беседу, так как из-за траты времени на спорные моменты можно лишить пациента возможности спастись. При таком речевом конфликте каждая из сторон остается при своем мнении, однако врач продолжает быть авторитетом, ему доверяют, он принимает итоговое решение или же старается найти выход из ситуации, который будет выгоден и пациентам, и ему самому.

В художественных произведениях был представлен чаще всего социальный / личностный тип конфликта (между двумя коммуникантами). Отмечены также ресурсный, статусно-ролевой, конфликт из-за идей, норм и принципов.

Конфликты чаще всего носили деструктивный характер. Единственным конструктивным – был в ситуации, когда негативная коммуникация произошла между опытным врачом и начинающим и резкие замечания

доктора были не желанием избавиться от молодого врача, а неким наставлением, проверкой для молодого специалиста: сможет ли он оправдать надежды, перенять опыт и ответственное отношение к делу. Интересно, что в этом случае и постконфликтный период закончился нормализацией отношений, так как начинающий доктор правильно понял более опытного, не стал уходить к другому наставнику, поскольку цель обоих одинаковая – оказание высококвалифицированной помощи людям в области медицины, спасение жизни и сохранение здоровья. В силу высокой речевой компетенции оба не перешли на оскорбления.

Если коммуникантами становились лица из руководящего состава (например, начмед и руководитель гражданской обороны; молодой ученый и профессор), то в таких ситуациях нами отмечена стратегия соперничества: оппозиционеры старались отстоять свою правоту, однако, как правило, коммуникант, обладавший большим социальным статусом или высокой коммуникативной компетенцией, приводил адресата к стратегии уклонения, и на последнем этапе конфликт затухал. Однако нельзя не добавить, что стратегия уклонения была использована неопытным врачом в том случае, когда он ошибся в назначенном лечении, при этом постконфликтного периода не было, потому что пациентка решила сменить врача, к которому собиралась обратиться за помощью, не продолжая негативной коммуникации. На наш взгляд, такая стратегия врача не является в этой ситуации позитивной, но другого решения молодой доктор принять не мог: он был честен с больной, сам с собой, постарался опираться на научную литературу, но не усмотрел всех возможных нюансов в лечении болезни.

Выводы по главе 3

Деструктивное общение проявляет себя в провокативной стратегии, речевой агрессии и конфликтных ситуациях.

В результате анализа художественных произведений были выявлены следующие типы речевой агрессии: активная прямая агрессия, встречающаяся чаще, пассивная непрямая агрессия, а также имплицитная агрессия. В ходе этого деструктивного типа общения коммуниканты использовали стратегии уклонения и сотрудничества. Причинами возникновения речевой агрессии стали отрицательная эмоциональная реакция адресата на реплики адресанта, желание высказать негативные эмоции из-за какого-либо внешнего фактора-раздражителя, недовольство пациентов, присутствие их отрицательного коммуникативного намерения. Средствами передачи речевой агрессии стали экстралингвальные (пресуппозиция, ряд предварительных условий) и интралингвальные (со стороны инициатора агрессии – употребление стилистически маркированной лексики, например, агрессивной, неодобрительной, грубой; инверсия, восклицательные эмоциональные предложения, инвективные номинации адресата, используемые для оскорбления собеседника, глагольные императивы, антиципация, которая наряду с инверсией позволила расставить логические акценты, нарушение лексической сочетаемости слов, создание двусмысленных высказываний; приращение контекстуальных смыслов к отдельным лексемам, экспрессивная лексика, нарушение лексической сочетаемости слов; со стороны адресата – ответные оскорбления, выражающиеся в стилистически маркированной лексике, восклицательные предложения, враждебные замечания, насмешка, ирония, сарказм либо замалчивание, игнорирование реплик, нейтральная лексика, неэмоциональные предложения, эвфемизация).

Речевая агрессия может перерастать в конфликтную ситуацию, которая имеет свои характеристики, связанные с определенной структурой,

стратегиями и тактиками коммуникантов. Так, в конфликте могут присутствовать как прямые, так и косвенные акты. Прямые речевые акты характерны как для врачей, так и для пациентов, однако врач вступает в негативную коммуникацию после применения открытой агрессии со стороны пациента; прямые акты свойственны пациентам по причине нестабильного эмоционального состояния в связи с физическим недомоганием. Косвенные речевые акты были отмечены в речи пациентов, которые не переходили на угрозы, обвинения или оскорбления в силу состояния своих близких. Врач показывал в таких ситуациях свой высокий профессионализм, не давая развиться отрицательной коммуникации. Среди видов деструкции в медицинском дискурсе были найдены ликоущемляющие акты [Каразия, 2004, с. 15], [Кошкарова, 2021, с. 104], речевой конфликт; формами агрессии стали вербальная, негативизм, раздражение и обида.

В провокативной речи пациенты используют нередко разговорно-просторечную, бранную лексику и жаргон, демонстрируя фамильярное отношение к медицинскому работнику и психологически стараясь занизить его профессиональный статус. Преднамеренная провокация со стороны пациентов могла свидетельствовать о недовольстве действиями врача. Для оказания коммуникативного давления речь провокаторов изобиловала такими средствами экспрессивного синтаксиса, как эмоциональное интонирование высказываний, парцелляция фраз. Мишенями манипулирования избирались чувства и морально-нравственные качества человека. Однако медицинские сотрудники в силу своего опыта могли противостоять негативному речевому воздействию со стороны пациентов, что свидетельствовало об их высоком уровне профессиональной речевой компетенции и вело к нейтрализации негативного поведения больных.

Доктора применяют провокацию исключительно для оказания более сильного воздействия на пациента или неопытного коллегу в их же интересах (заставить принять план лечения или преподать урок начинающим работникам), а также для соблюдения личных границ врача. Ради спасения

жизни и здоровья человека и снятия сомнений врачам иногда приходится прибегать к иронии и ультимативности, что передается категоричными высказываниями, включающими лексический повтор и морфологический императив, использованием тактики воздействия на чувства и аргументами к логике.

Часто в художественной прозе отражался социальный / личностный тип конфликта (между двумя коммуникантами), кроме того, отмечены случаи ресурсного, статусно-ролевого, конфликта из-за идей, норм и принципов. Эти конфликты в большинстве своем носили деструктивный характер. Ведущей стратегией было соперничество, если адресант имел более высокий социальный статус, и уклонение (часто со стороны начинающего работника или пациента).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Художественные тексты на медицинскую тематику, проанализированные с позиций коммуникативно-прагматического подхода, позволили судить о специфике отражения медицинского дискурса в данном типе прозы, созданной писателями-врачами.

Дискурс, понимаемый как речевая деятельность в совокупности с прагматическими, социокультурными и другими факторами, был рассмотрен в преломлении к тематике исследуемых текстов, относящихся к сфере медицины. Особенностями медицинского дискурса стало проявление черт как институционального типа, так и личностного. Кроме того, медицинский дискурс, функционирующий и на страницах художественной литературы, не содержит строгой научности, в нем присутствует ассимиляция разных языковых стилей.

Медицинский дискурс в прозе писателей-врачей отражает прежде всего научное знание, представленное в виде медицинского текста, являющегося продуктом когнитивно-дискурсивной деятельности медицинского работника. Поскольку художественная проза фиксирует речевой опыт практикующих медиков, названному типу текстов присуще отражение разнообразного спектра риторических приемов и языковых средств, которые используются и врачами, и пациентами для достижения определенного перлокутивного эффекта. Следует отметить также, что эмотивность в большей степени присуща пациентам (основные маркеры – эмоционально-оценочная лексика, восклицательные предложения); врач, даже используя императивность, демонстрировал часто эмоциональную стабильность, эмпатию (маркеры – глагольные формы первого лица множественного лица). Таким образом, в художественных текстах на медицинскую тематику нет строгого следования научному стилю речи (в речи врача могло происходить чередование официально-делового стиля с утилитарным), в них присутствует большое количество иностилевых языковых единиц, прежде всего «околомедицинской

лексики». Цели коммуникации обеих сторон – помочь человеку, сохранить жизнь и здоровье, однако интенции врачей были однозначны, пациентами могли руководить другие мотивы – получить инвалидность, выждав ухудшение своего состояния (самовредительство), желание вступить в конфликт или спор.

С целью достичь желаемого результата врачи использовали в своей речи жанры убеждения и разъяснения, однако иногда убеждение могло переходить в инвективу. Пациентам присущи жанры оправдания, инвективы, упрека и просьбы. Жанры могли маркироваться как типичным для них набором средств, так и нетривиальным (фамильярные фразы, намеренная гиперболизация и др.).

Речевое воздействие осуществлялось часто врачами с применением стимула страха, пациентами – с помощью стимула корысти. Ведущими способами речевого воздействия стали убеждение (врачи), уговаривание (чаще пациенты) с помощью суггестии или гармонизирующей стратегии, эмоционального воздействия, уклонения и механизма полуправды. Продуктивность коммуникации отмечалась не всегда, поскольку логическая аргументация в отдельных ситуациях оказывалась менее действенной, чем психологическая.

Учет различных характеристик адресата речи послужил выбору определенных доводов со стороны врачей – это аргументы к вере, к страху, к авторитету, которые имели целью – оказать максимальную практическую и психологическую помощь больным и их родственникам, а также способствовали продуктивности в общении между коллегами-медиками.

Любое общение может оказаться деструктивным, если в нем отмечаются признаки провокативной стратегии, речевой агрессии и конфликта.

В художественных произведениях представлены следующие типы речевой агрессии: активная прямая агрессия, пассивная непрямая агрессия, имплицитная агрессия. В процессе негативного общения коммуниканты

прибегали к стратегиям уклонения и сотрудничества, мотивированные отрицательной эмоциональной реакцией собеседника, желанием вербализировать свои негативные эмоции, недовольством пациентов по поводу оказания им медицинских услуг. Средствами передачи речевой агрессии стали экстралингвальные (пресуппозиция, ряд предварительных условий) и интралингвальные (со стороны инициатора агрессии – употребление стилистически маркированной лексики, например, агрессивной, неодобрительной, грубой; инверсия, восклицательные эмоциональные предложения, инвективные номинации адресата, используемые для оскорбления собеседника, глагольные императивы, антиципация, которая наряду с инверсией позволила расставить логические акценты, нарушение лексической сочетаемости слов, создание двусмысленных высказываний; приращение контекстуальных смыслов к отдельным лексемам, экспрессивная лексика, нарушение лексической сочетаемости слов; со стороны адресата – ответные оскорбления, выражающиеся в стилистически маркированной лексике, восклицательные предложения, враждебные замечания, насмешка, ирония, сарказм либо замалчивание, игнорирование реплик, нейтральная лексика, неэмоциональные предложения, эвфемизация).

Строя провокативную речь, пациенты нередко употребляли сниженную лексику, оказывая тем самым психологическое давление на врача. Преднамеренная провокация со стороны пациентов противопоставлялась подобной в речи врача по целевой установке: доктор тем самым старался побудить пациента к активным действиям ради сохранения жизни и здоровья. Речь провокаторов изобиловала различными средствами экспрессивного синтаксиса (эмоциональное интонирование высказываний, парцелляция). Мишенями манипулирования избирались чувства и морально-нравственные качества человека. Однако медицинские сотрудники в силу своей профессиональной компетентности противостояли негативному речевому воздействию со стороны пациентов. В общении коллег-медиков

также могла присутствовать провокация, однако она носила дидактический характер либо была связана с психологическим фактором (соблюдением личных границ).

Речевая агрессия может быть сведена на нет, однако в прозе зафиксированы случаи, когда негативное общение перерастало в конфликт. В нем нашли отражение прямые речевые акты, применяемые часто врачами, и косвенные акты, функционирующие больше в речи пациентов. В художественных произведениях нашли отражение следующие виды конфликтов: социальный / личностный (между двумя коммуникантами), ресурсный, статусно-ролевой, конфликт из-за идей, норм и принципов. Практически все конфликты носили деструктивный характер и в них ведущими стратегиями стали соперничество и уклонение.

Таким образом, результаты исследования позволили, во-первых, судить о специфике отражения медицинского дискурса и медицинского текста в художественной прозе писателей-врачей; во-вторых, констатировать действенные механизмы и приемы речевого воздействия, риторической продуктивности со стороны как докторов, так и пациентов; в-третьих, представить картину деструктивного общения от первых ее проявлений (речевой агрессии), через развитие (провокативная стратегия), до разрастания в наибольшую коммуникативную форму (конфликт).

Проведенный коммуникативно-прагматический анализ позволил наметить перспективы исследования, заключающиеся в привлечении к дальнейшему сравнительному описанию художественных текстов на медицинскую тематику с медицинскими текстами научного стиля, сопоставление представленной в диссертационной работе прозы авторов-врачей с прозой авторов, которые являются по своему образованию представителями других профессий – журналистами, художниками, филологами, философами (например, Ф.М. Достоевский «Идиот», Л.Н. Толстой «Смерть Ивана Ильича», И.С. Тургенев «Живые мощи»,

А. Солженицын «Раковый корпус», Ю. Герман «Подполковник медицинской службы» и др.).

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алещенко, Е.И. Прагматика русского языка в сфере делового общения: учебное пособие по русскому языку / Е.И. Алещенко, Ю.Г. Фатеева, М.Ф. Шацкая. – Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2022. – 92 с.

2. Акаева, Э.В. Коммуникативные стратегии профессионального медицинского дискурса: автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата филологических наук: 10.02.01 / Акаева Элеонора Вячеславовна. – Омск: ОмГУ, 2007. – 19 с.

3. Аксючиц, П.С. Художественный и научный дискурс в романах «Человеческие следы» С. Фолкса и «Суббота» И. Макьюэна / П.С. Аксючиц, М.С. Рогачевская // Вестник Минского государственного лингвистического университета. Серия 1: Филология. – 2021. – № 5 (114). – С. 144–154.

4. Алексеева, Л.М. Медицинский дискурс: теоретические основы и принципы анализа / Л.М. Алексеева, С.Л. Мишланова. – Пермь: Перм. гос. ун-т, 2002. – 200 с.

5. Алефиренко, Н.Ф. Текст и дискурс: учебное пособие для магистрантов / Н.Ф. Алефиренко [и др.]; науч. ред. Н.Ф. Алефиренко. – 2-е издание, стереотипное. – Москва: Флинта, 2013. – 230 с.

6. Алпатов, В.М. Проблема речевых жанров в работах М.М. Бахтина / В.М. Алпатов // Жанры речи. – 2020. – № 3. – С. 92–104.

7. Анисимова, Т.В. Современная деловая риторика: учеб. пособие: учеб.-метод. пособие / Т.В. Анисимова, Е.Г. Гимпельсон; Рос. акад. образования, Моск. психолого-соц. ин-т. – 2-е издание, стереотипное. – Москва: Изд-во Моск. психолого-соц. ин-та; Воронеж: МОДЭК, 2004 (ФГУП Издат.-полигр. фирма Воронеж). – 430 с.

8. Анцупов, А.Я., Шипилов, А.И. Конфликтология: учебник для вузов / А.Я. Анцупов, А.И. Шипилов. – Москва: ЮНИТИ, 2000. – 551 с.

9. Арнольд, И.В. Семантика. Стилистика. Интертекстуальность: сб. ст. / И.В. Арнольд. – Санкт-Петербург: Изд-во СПбГУ, 1999. – 444 с.

10. Артамонова, Е.С. Стратегии скрытого речевого воздействия как способы создания имиджа публичной персоны / Е.С. Артамонова. – Текст: электронный // Вестник ВУиТ. – 2015. – № 2 (18). – URL: https://cyberleninka.ru/article/n/strategii-skrytogo-rechevogo-vozdeystviya-kak-sposoby-sozdaniya-imidzha-publichnoy-persony (дата обращения: 23.12.2025).

11. Арутюнова, Н.Д. Язык и мир человека / Н.Д. Арутюнова. – Москва: Языки русской культуры, 1998. – XV, 895 с.

12. Ахнина, К.В. Сетевой медицинский дискурс: языковые и коммуникативно-прагматические характеристики: автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата филологических наук: 10.02.01 / Ахнина Кристина Валерьевна. – Москва, 2016. – 19 с.

13. Барабаш, В.В. Медицинская лингвистика: монография / В.В. Барабаш, Л.А. Брусенская, Э.Г. Куликова. – Москва: ФЛИНТА, 2026. – 198 с.

14. Барабаш, В.В. Ценностный конфликт и его вербальное воплощение: лингвоэкологические параметры: монография / В.В. Барабаш, Л.А. Брусенская, Э.Г. Куликова. – Москва: ФЛИНТА, 2025. – 208 с.

15. Баранов, А.Г. Когниотипичность текста. К проблеме уровней абстракции текстовой деятельности / А.Г. Баранов // Жанры речи. – Саратов: Изд-во ГосУНЦ «Колледж», 1997. – С. 4–12.

16. Барсукова, М.И. Медицинский дискурс: стратегии и тактики речевого поведения врача: диссертация на соискание ученой степени кандидата филологических наук: 10.02.01 / Барсукова Марина Игоревна. – Саратов, 2007. – 141 с.

17. Батаршев, А.В. Базовые психологические свойства и профессиональное самоопределение личности: практическое руководство по психологической диагностике / А.В. Батаршев. – Санкт-Петербург: Речь, 2005. – 208 с.

18. Бахтин, М.М. Проблема речевых жанров / ред. С.Г. Бочаров, Л.А. Гоготишвили // Собрание сочинений в 7 томах. – Москва: Русские словари, 1997. – Т. 5. – С. 159–206.

19. Бахтин, М.М. Проблема текста в лингвистике, филологии и других гуманитарных науках / М.М. Бахтин // Эстетика словесного творчества. – Москва: Искусство, 1986. – С. 297–325.

20. Бахтин, М.М. Эстетика словесного творчества / М.М. Бахтин; примечания С.С. Аверинцева, С.Г. Бочарова. – 2-е издание – Москва: Искусство, 1986. – 444 с.

21. Бахтин, М.М. Язык в художественной литературе / М.М. Бахтин // Собрание сочинений в 7 томах. – Москва, 1997. – Т. 5. – 482 с.

22. Бейлинсон, Л.С. Характеристики медико-педагогического дискурса (на материале логопедических рекомендаций): автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата филологических наук: 10.02.19 / Бейлинсон Любовь Семеновна. – Волгоград: Изд-во «Перемена», 2001. – 19 с.

23. Бехтерев, В.М. Внушение и его роль в общественной жизни / Сочинения Акад. В.М. Бехтерева, заслуж. проф. Имп. Воен.-мед. акад., дир. Клиники душев. и нерв. болезней. – 3-е издание, значительно дополненное. – Санкт-Петербург: К.Л. Риккер, 1908. – 175 с.

24. Богданов, В.В. Текст и текстовое общение / В.В. Богданов. – Санкт-Петербург: Изд-во Санкт-Петербургского ун-та, 1993. – 67 с.

25. Болотнова, Н.С. Филологический анализ текста: учеб. Пособие / Н.С. Болотнова. – 4-е издание. – Москва: Флинта: Наука, 2009. – 520 с.

26. Борботько, В.Г. Принципы формирования дискурса. От психолингвистики к лингвосинергетике: От психолингвистики к лингвосинергетике: монография / В.Г. Борботько. – издание 3-е, исправленное. – Москва: URSS, 2009. – 286 с.

27. Борботько, В.Г. Элементы теории дискурса: учеб. пособие / В.Г. Борботько. – Грозный: Изд-во Чечено-Ингуш. гос.ун-та, 1981. – 113 с.

28. Брандес, М.П. Стилистика текста: учебник / М.П. Брандес. – Москва: ИНФРА-М, 2004. – 416 с.

29. Быдина, И.В. Коммуникативно-прагматический подход к структурированию поэтического текста / И.В. Быдина // Вестник Томского государственного педагогического университета (Tomsk State Pedagogical University Bulletin). – 2005. – Вып. 3 (47). – С. 43–48.

30. Валгина, Н.С. Теория текста / Н.С. Валгина. – Москва: Логос, 2003. – 173 с.

31. Василенко, Е.И. Медицинский дискурс как социальная деятельность: становление, приоритеты, динамика (на материале российского научно-популярного журнала «Здоровье») / Е.И. Василенко, А.П. Воскобойникова, А.В. Полонский, А.П. Короченский // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2023. – № 31 (спецвыпуск 1). – С. 691–695.

32. Вахтель, Н.М. Основы прагмалингвистики / Н.М. Вахтель. – Воронеж: Издательско-полиграфический центр Воронежского гос. ун-та, 2008. – 48 с.

33. Введенская, Л.А, Павлова, Л.Г. Деловая риторика: учебное пособие для вузов / Л.А. Введенская, Л.Г. Павлова. – Москва: ИКЦ «МарТ», Ростов-на-Дону: Издательский центр «МарТ», 2004. – 512 с.

34. Вежбицкая, А. Речевые акты / А. Вежбицкая и др. // Новое в зарубежной лингвистике. Лингвистическая прагматика. – Москва: Прогресс, 1985. – Вып. 16. – С. 251–275.

35. Виноградов, В.В. Русский язык. Грамматическое учение о слове / В.В. Виноградов. – Москва: Высшая школа, 1972. – 265 с.

36. Вишнякова, О.Д. Язык и концептуальное пространство / О.Д. Вишнякова. – Москва: МАКС Пресс, 2002. – 377 с.

37. Волкова, О.С. Коммуникативная провокация как стратегия деструктивного поведения в бытовом конфликте / О.С. Волкова. – Текст: электронный // Вестник ВолГУ. Серия 2: Языкознание. – 2014. – № 5. – URL:

https://cyberleninka.ru/article/n/kommunikativnaya-provokatsiya-kak-strategiya-destruktivnogo-povedeniya-v-bytovom-konflikte (дата обращения: 27.06.2025).

38. Волынкина, С.В. Речевой жанр экспертизы в аспекте коммуникативного целеполагания / С.В. Волынкина // Жанры речи. – 2021. – № 4 (32). – С. 275–284.

39. Воронович, А.С. Апелляция к авторитету как коммуникативный ход публичной речи политического и религиозного дискурса / А.С. Воронович // Научная конференция студентов и аспирантов БГУ: сб. работ 67 науч. конф. студентов и аспирантов Белорусского государственного университета, Минск, 17–20 мая 2010 г.: в 3 ч. – Минск: Изд. центр БГУ, 2011. – Ч. 2. – С. 38–41.

40. Воронцова, Т.А. Речевая агрессия: коммуникативно-дискурсивный подход: автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора филологических наук: 10.02.19 / Воронцова Татьяна Александровна. – Челябинск: Научно-издательский центр «Регулярная и хаотическая динамика», 2006. – 43 с.

41. Гальперин, И.Р. Текст как объект лингвистического исследования / И.Р. Гальперин. – Москва: Наука, 1981. – 137 с.

42. Гатина, А.Э. Введение в теорию коммуникации: учебное пособие для студ. бакалавриата гуманитарных напр. / А.Э. Гатина. – Бишкек: Изд-во КРСУ, 2017. – 104 с.

43. Гиппенрейтер, Ю.Б. Введение в общую психологию / Ю.Б. Гиппенрейтер. – Москва: «Гнозис», 2000. – 261 с.

44. Голев, Н.Д. Взаимодействие естественного и юридического языка как базовая проблема юрислингвистики / Н.Д. Голев // Право і лінгвістика: Материалі Міждународноі науково-практичноі конференціі, Сімферополь–Ялта, 01–17 мая 2003 г. / отв. ред. Прадид Ю.Ф. – Сімферополь – Ялта: Крымский университет, 2003. – Ч. 1. – С. 33–41.

45. Голев, Н.Д. Конфликтность и толерантность как универсальные лингвистические категории / Н.Д. Голев // Лингвокультурологические

проблемы толерантности: тезисы докладов Международной научно-практической конференции, Екатеринбург, 24–26 сентября 2001 г. – Екатеринбург: Уральский государственный университет им. А.М. Горького, 2001. – С. 37–41.

46. Гончаренко, Н.В. Коммуникативное поведение врача / Н.В. Гончаренко // Языки профессиональной коммуникации: сб. ст. участников Третьей Междунар. науч. конф., Челябинск, 23–25 октября 2007 г.: в 2 т. / отв. ред. и сост. Е.И. Голованова, чл. редкол. С.А. Питина, Л.А. Шкатова. – Челябинск: Энциклопедия, 2007. – Т. 2. – С. 92–95.

47. Гончаренко, Н.В. Суггестивность медицинского дискурса / Н.В. Гончаренко // Известия Волгоградского государственного педагогического университета. – 2008. – № 2 (26). – С. 12–16.

48. Гончаренко, Н.В. Суггестивные характеристики медицинского дискурса: диссертация на соискание ученой степени кандидата филологических наук: 10.02.01 / Гончаренко Наталья Владимировна. – Волгоград: Изд-во «Перемена», 2007. – 205 с.

49. Гончаренко, Н.В. Суггестивные характеристики медицинского дискурса: монография / Н.В. Гончаренко; М-во здравоохранения Российской Федерации, Волгоградский гос. мед. ун-т. – Волгоград: ВолгГТУ, 2015. – 209 с.

50. Горбунова, М.В. К истории возникновения термина «дискурс» в лингвистической науке / М.В. Горбунова // Известия Пензенского гос. пед. ун-та им. В.Г. Белинского (Penza State Pedagogical University named after V.G. Belinsky). – 2012. – Вып. 27. – С. 244–245.

51. Горелов, И.Н., Седов, К.Ф. Основы психолингвистики / И.Н. Горелов, К.Ф. Седов. – Москва: Лабиринт, 2001. – 320 с.

52. Городецкий, Б.Ю. К типологии коммуникативных неудач / Б.Ю. Городецкий, И.М. Кобозева, И.Г. Сабурова // Диалоговое взаимодействие и представление знаний. – Новосибирск, 1985. – С. 64–78.

53. Горшкова, К.Ю. Речевые жанры аргументативного дискурса: убеждение и уговаривание / К.Ю. Горшкова // Изв. Волгоград. гос. пед. ун-та. Сер.: Пед., филол., ист. науки и археология. – 2018. – № 5 (128). – С. 108–116.

54. Гришина, Н.В. Психология межличностного конфликта: диссертация на соискание ученой степени доктора психологических наук: 19.00.05 / Гришина Наталия Владимировна. – Санкт-Петербург, 1995. – 318 с.

55. Гумбольдт, В. Избранные труды по языкознанию / Вильгельм фон Гумбольдт; пер. с нем. яз. под ред. и с предисл. Г.В. Рамишвили. – 2 издание. – Москва: Прогресс, 2000. – 396 с.

56. Дейк, Т.А. ван. Язык. Познание. Коммуникация: пер. с англ. / Т.А. ван Дейк. – Благовещенск: Благовещ. гуманит. колледж, 2000. – 308 с.

57. Декатова, К.И. Смыслообразование знаков косвенно-производной номинации в процессе порождения речевого высказывания / К.И. Декатова // Известия Волгоградского государственного педагогического университета. – 2009. – № 7. – С. 4–8.

58. Дементьев, В.В. Жанры фатического общения / В.В. Дементьев // Дом бытия. Альманах по антропологической лингвистике. – Саратов, 1995. – Вып. 2. – 203 с.

59. Дементьев, В.В. О типологизации неязыковых коммуникативных смыслов / В.В. Дементьев // Стереотипность и творчество в тексте: Межвуз сб. науч. тр. / отв. ред. М.П. Котюрова. – Пермь: Перм. ун-т, 2002. – С. 31–62.

60. Дементьев, В.В. Теория речевых жанров / В.В. Дементьев. – Москва: Знак, 2010. – 600 с.

61. Дмитриев, А.В., Кудрявцев, В.Н. Введение в общую теорию конфликтов / А.В. Дмитриев, В.Н. Кудрявцев. – Москва, 1993. – 211 с.

62. Доценко, Е.Л. Психология манипуляции: феномены, механизмы и защита / Е.Л. Доценко. – Москва: «ЧеРо», Изд-во МГУ, 2000. – 344 с.

63. Дружинин, А.М. Коммуникативные практики. Философско-методологический анализ: диссертация на соискание ученой степени

кандидата философских наук: 09.00.11 / Дружинин Андрей Михайлович. – Москва: РГБ, 2005. – 27 с.

64. Егорова, Э.Н. Речевая агрессия и стратегия дискредитации (на примере анализа газетных публикаций) / Э.Н. Егорова // Язык и текст. – 2015. – Т. 2, № 3. – С. 69–75.

65. Елькин, И.О. Влияние профессионального юмора и профессионального сленга на деловое общение в медицине / И.О. Елькин // Системная интеграция в здравоохранении. – 2008. – № 1 (1). – С. 76–80.

66. Емельянова, Н.А. Речевой жанр «Жалоба» в различных типах дискурса в английском языке: диссертация на соискание ученой степени кандидата филологических наук: 10.02.04 / Емельянова Надежда Александровна. – Астрахань, 2004. – 181 с.

67. Ефремова, Н.В. Когнитивно-дискурсивные механизмы создания медицинского текста: на материале произведений Н.М. Амосова, Ф.Г. Углова: диссертация на соискание ученой степени кандидата филологических наук: 10.02.01 / Ефремова Наталия Владимировна. – Волгоград: Изд-во «Перемена», 2017. – 215 с.

68. Ефремова, Н.В. Типы дискурсов ученого в когнититивно-дискурсивном пространстве медицинских текстов (на материале работ Н.М. Амосова) / Н.В. Ефремова // Коммуникативные аспекты современной лингвистики и лингводидактики: материалы Междунар. науч. конф., Волгоград, 18 октября 2013 г. – Волгоград: Изд-во ВолГУ, 2013. – С. 131–138.

69. Жура, В.В. Дискурсивная компетенция врача в устном медицинском общении: монография / В.В. Жура // Федеральное агентство по здравоохранению, Волгоградский гос. мед. ун-т, Каф. иностранных яз. с курсом латинского языка. – Волгоград: Изд-во ВолГМУ, 2008. – 373 с.

70. Жура, В.В. Речевые стратегии врача в устном медицинском дискурсе / В.В. Жура // Альманах современной науки и образования. – Тамбов: Грамота, 2007. – Ч. 2, № 3 (3). – С. 59–61.

71. Жура, В.В. Устный медицинский дискурс: проблемы изучения / В.В. Жура; Агентство по здравоохранению и социальному развитию, Волгоградский гос. мед. ун-т, Каф. иностранных яз. с курсом латинского яз. – Волгоград: Волгоградский гос. мед. ун-т, 2007. – 156 с.

72. Залевская, А.А. Введение в психолингвистику / А.А. Залевская. – Москва: Российск. гос. гуманит. унт, 2000. – 192 с.

73. Закоян, Л.М. Речевая агрессия как предмет лингвистических научных исследований / Л.М. Закоян // Вестник Российского университета дружбы народов. – 2008. – С. 46–52.

74. Зарецкая, Е.Н. Риторика: Теория и практика речевой коммуникации / Е.Н. Зарецкая. – 4-е издание. – Москва: Дело, 2002. – 480 с.

75. Зинченко, В.Г. Литература и методы ее изучения. Системный и синергетический подход: учебное пособие / В.Г. Зинченко, В.Г. Зусман, З.И. Кирнозе. – Москва: Флинта, Наука, 2011. – 280 с.

76. Зобова, А.А. Провокативность медиапространства: аксиологический аспект / А.А. Зобова // Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. Социология. Психология. Философия. – 2014. – № 1 (2). – С. 434–438.

77. Зуга, О.В. «Мадам!» Оскорбление или вежливое обращение / О.В. Зуга // Вестник Удмуртского университета. Сер. История и филология. – 2018. – Т. 28, вып. 2. – С. 248–253.

78. Зубкова, О.С. Профессиональный дискурс как сфера функционирования метафоры (экспериментальное исследование) / О.С. Зубкова // Вестник ЛГУ имени А.С. Пушкина. Научный журнал. Серия «Филология». – 2009. – № 3. – С. 261–270.

79. Иванов, Л.Ю. Пиар есть пиар – примеры речевой манипуляции в новом российском политическом дискурсе / Л.Ю. Иванов // Symanzik B., Birkfellner G., Sproede A. Sprache. Literatur. Politik. – Hamburg: Verlag Dr. Kovač, 2004. – С. 33–62.

80. Иванюшкин, А.Я. Профессиональная этика в медицине / А.Я. Иванюшкин. – Москва: Медицина, 1990. – 220 с.

81. Ильясова, С.В. Языковая игра в коммуникативном пространстве СМИ и рекламы / С.В. Ильясова, Л.П. Амири. – 5-е издание, стереотипное. – М.: ФЛИНТА, 2015. – 296 с.

82. Ионкина, Е.Ю., Тихаева, В.В. Реализация коммуникативной тактики провокации в интервью-портрете: основные сценарии речевого поведения адресата (на материале немецкой прессы) / Е.Ю. Ионкина // Вестн. Том. гос. ун-та. Филология. – 2021. – № 71. – С. 91–112.

83. Иссерс, О.С. Речевое воздействие: учеб. пособие для студентов, обучающихся по специальности «Связи с общественностью» / О.С. Иссерс. – Москва: Флинта: Наука, 2009. – 224 с.

84. Иссерс, О.С. Стратегии речевой провокации в публичном диалоге / О.С. Иссерс // Русский язык в научном освещении. – 2009. – № 2 (18). – С. 92–104.

85. Казанцева, О.П. Стратегии и речевые тактики утешения в медицинском дискурсе / О.П. Казанцева // Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Пермский гос. гуманитарный пед. ун-т, Каф. Русского языка. – Пермь, 2017. – 47 с.

86. Календр, А.А. Жанрово-стилистические характеристики американского популярно-медицинского дискурса: диссертация на соискание ученой степени кандидата филологических наук: 10.02.04 / Календр Алла Александровна. – Астрахань, 2017. – 194 с.

87. Каразия, Н.А. Прагмалингвистическое исследование акта упрека в контексте современной американской речевой культуры: диссертация на соискание ученой степени кандидата филологических наук: 10.02.04 / Каразия Наталья Александровна. – Москва, 2004. – 214 с.

88. Карасик, В.И. Культурные доминанты в языке / В.И. Карасик // Языковая личность: Культурные концепты. – Волгоград; Архангельск, 1996. – С. 3–16.

89. Карасик, В.И. О типах дискурса / В.И. Карасик // Языковая личность: институциональный и персональный дискурс: сб. науч. тр. – Волгоград: Перемена, 2000. – С. 5–20.

90. Карасик, В.И. Языковой круг: личность, концепты, дискурс / В.И. Карасик; Науч.-исслед. лаб. «Аксиол. Лингвистика». – Москва: ГНОЗИС, 2004. – 389 с.

91. Карпова, В.А. Роль культуры речевого воздействия в обеспечении целей делового общения / В.А. Карпова // VII Всероссийская научно-практическая конференция молодых учёных с международным участием «Россия молодая». – Кемерово: Кузбасский государственный технический университет им. Т.Ф. Горбачёва, 2015. – С. 1–5.

92. Карымшакова, Т.Г. Лингвистические технологии речевого воздействия в медицинском дискурсе: диссертация на соискание ученой степени кандидата филологических наук: 10.02.19 / Карымшакова Татьяна Геннадьевна. – Улан-Удэ, 2015. – 201 с.

93. Кибрик, А.А., Плунгян, В.А. Функционализм / под ред. А.А. Кибрика и др. // Фундаментальные направления современной американской лингвистики: сб. обзоров. – Москва: Изд-во Моск. ун-та, 1997. – 454 с.

94. Кожина, М.Н. О специфике художественной и научной речи в аспекте функциональной стилистики / М.Н. Кожина. – Пермь: Перм. гос. ун-т, 1966. – 213 с.

95. Кожина, М.Н. Стилистика русского языка: учебник / М.Н. Кожина, Л.Р. Дускаева, В.А. Салимовский. – Москва: Флинта, 2016. – 464 с.

96. Козлов, А.Е., Саженин, И.И. Провокативный дискурс как объект лингвистического анализа / А.Е. Козлов, И.И. Саженин // Вестник НГПУ. – 2015. – № 5 (27). – С. 142–151.

97. Колшанский, В.Г. Коммуникативная функция и структура языка / В.Г. Колшанский; отв. ред. Т.В. Булыгина. – Москва: Наука, 1984. – 175 с.

98. Комалова, Л.Р. Лингвистический аспект конфликтологической компетентности: диссертация на соискание ученой степени кандидата филологических наук: 10.02.21 / Комалова Лилия Ряшитовна. – Москва, 2016. – 378 с.

99. Комлев, Н.Г. Лингво-семантические мотивы возникновения и разрешения межперсонального конфликта / Н.Г. Комлев // Тез.VI Всесоюз. симпозиума по психолингвистике и теории коммуникации. – М., 1978. – С. 177–187.

100. Копнина, Г.А. Речевое манипулирование / Г.А. Копнина. – Москва: Флинта, 2012. – 170 с.

101. Коротеева, О.В. Социально-коммуникативные характеристики педагогического дискурса / О.В. Коротеева // Языковая личность: вербальное поведение: сб. науч. тр. – Волгоград: РИО, 1999. – С. 117–134.

102. Косицкая, Ф.Л. Жанровая палитра французского парфюмерного дискурса / Ф.Л. Косицкая // Вестн. Томского гос. пед. ун-та (TSPU Bulletin). – 2016. – Вып. 6 (171). – С. 71–75.

103. Косицкая, Ф.Л. Письменно-речевые жанры рекламного дискурса моды в аспекте межъязыковой контрастивности (на материале французских и русских каталогов моды): диссертация на соискание ученой степени кандидата филологических наук: 10.02.20 / Косицкая Фаина Леонидовна. – Томск, 2004. – 231 с.

104. Котов, Р.Г. Оптимизация речевого воздействия / под ред. Р.Г. Котова. – Москва, 1990. – 239 с.

105. Кох, И.А. Конфликтология. Теория и практика управления конфликтами: учебное пособие / И.А. Кох; М-во образования и науки Российской Федерации, Федеральное гос. бюджетное образовательное учреждение высш. образования «Уральский гос. горный ун-т». – Екатеринбург: УГГУ, 2015 (обл. 2016). – 227 с.

106. Кочетова, Л.А. Лингвокультурные характеристики английского рекламного дискурса: автореферат диссертации на соискание ученой степени

кандидата филологических наук: 10.02.04 / Кочетова Лариса Анатольевна. – Волгоград: Волгогр. гос. ун-т, 1999. – 19 с.

107. Кошкарова, Н.Н. Конфликтный и кооперативный типы дискурса в межкультурном политическом пространстве: монография / Н.Н. Кошкарова. – Челябинск: Библиотека А. Миллера, 2021. – 360 с.

108. Кошкарова, Н.Н. Провокативное общение как разновидность конфликтного дискурса / Н.Н. Кошкарова // Семантика и прагматика слова в художественном и публицистическом дискурсах: материалы IX Всероссийского научного семинара, Томск, 25–26 апреля 2008 г. – Томск: Изд-во ЦНТИ, 2008. – С. 140–145.

109. Красных, В.В. Основы психолингвистики и теории коммуникации: лекц. курс / В.В. Красных. – Москва: Гнозис: Кучково поле, 2001. – 269 с.

110. Кривченко, Е.А. Аргументы к вере и страху в убеждающей речи врача / Е.А. Кривченко // Теория и практика коммуникации: материалы I Международной научно-практической конференции, Тирасполь, 27–28 февраля 2023 г. : в 2 т. – 2023. – Т. 1. – С. 130–139.

111. Кривченко, Е.А. Жанры медицинского дискурса в художественных текстах современных врачей-писателей / Е.А. Кривченко // Неофилология. – 2025. – Т. 11, № 3. – С. 587–598. – DOI 10.20310/2587-6953-2025-11-3-587-598.

112. Кривченко, Е.А. Косвенные речевые акты в речевой агрессии (на материале произведений В.В. Вересаева «Записки врача» и Д.А. Правдина «Записки районного хирурга») / Е.А. Кривченко // Вестник Донецкого национального университета. Серия Д: Филология и психология. – 2024. – № 4. – С. 111–122. – DOI 10.5281/zenodo.13997498.

113. Кривченко, Е.А. Приемы убеждения и манипулирования в диалогах врача и пациента (на материале рассказов М.А. Булгакова и А.П. Чехова) / Е.А. Кривченко // Известия Волгоградского государственного

социально-педагогического университета. Филологические науки. – 2023. – № 2 (2). – С. 65–72.

114. Кривченко, Е.А. Провокации и манипуляции в медицинском дискурсе на материале произведения Доктора Иваныча «Байки старого психиатра / Е.А. Кривченко // Язык и культура: взгляд молодых: материалы Международной научно-практической конференции «XXV Кирилло-Мефодиевские чтения», 23 мая 2024 г. / гл. ред. В.И. Карасик. – Москва: Гос. ИРЯ им. А.С. Пушкина, 2024. – 588 с. – С. 552–558.

115. Кривченко, Е.А. Провокационная речевая стратегия в медицинском дискурсе (на материале художественной прозы писателей-врачей) / Е.А. Кривченко // Филологические науки. Вопросы теории и практики. – 2026. – Т. 19, № 3. – С. 1125–1133. – DOI 10.30853/phil20260144.

116. Кривченко, Е.А. Типичное и специфическое в медицинской риторике (на материале произведений художественной литературы) / Е.А. Кривченко // Идеи. Поиски. Решения: материалы XIX Междунар. науч.-практ. конф., Минск, 14 ноября 2025 г. / Белорус. гос. ун-т; редкол. С.А. Важник [и др.]. – Минск: БГУ, 2025. – С. 602–608.

117. Кривченко, Е.А. Убеждающая речь врача в ходе оказания медицинской помощи (на материале анекдотов) / Е.А. Кривченко // Сталинградская гвоздика: сборник материалов VI Международной конференции. – Волгоград: Издательство: ПринТерра-Дизайн, 2023. – Вып. 5. – С. 100–107.

118. Крысин, Л.П. Неявные ограничения в лексической и семантической сочетаемости слова / Л.П. Крысин // Проблемы семантического анализа лексики. – Москва: Русские словари, 2002. – С. 50–52.

119. Кубрякова, Е.С. О понятии дискурса и дискурсивного анализа в современной лингвистике: обзор / Е.С. Кубрякова // Дискурс, речь, речевая деятельность. Функциональные и структурные аспекты: сборник обзоров / отв. ред. С.А. Ромашко. – Москва: ИНИОН РАН, 2000. – С. 7–25.

120. Кубрякова, Е.С. О тексте и критериях его определения / Е.С. Кубрякова // Текст. Структура и семантика. – Москва, 2001. – Т. 1. – С. 72–81.

121. Кузьмина, Т.Н. Категоричность в сфере институционального дискурса в русском и английском языках / Т.Н. Кузьмина // Филологические науки. Вопросы теории и практики. – 2018. – №1–2 (79). – С. 326–330.

122. Куликова, Э.Г. Вербальное манипулирование как нарушение этико-речевых норм / Э.Г. Куликова // Гуманитарные и социальные науки. – 2017. – № 3. – С. 66–75. – DOI 10.18522/2070-1403-2017-62-3-66-75.

123. Куницына, В.Н., Казаринова, Н.В., Погольша В.М. Межличностное общение: учебник для вузов / В.Н. Куницына, Н.В. Казаринова, В.М. Погольша. – Санкт-Петербург, 2001. – 544 с.

124. Курбатов, В.И. Стратегии делового успеха / В.И. Курбатов. – Ростов-на-Дону, 1995. – 416 с.

125. Кушнерук, С.П. Лингвистика документной коммуникации: теоретические аспекты / С.П. Кушнерук. – Волгоград: Волгогр. научн. изд-во, 2007. – 276 с.

126. Лебедева, С.В., Зубкова, О.С. Медицинская метафора в современном языке: монография / С.В. Лебедева, О.С. Зубкова. – Курск: Изд-во КГУ, 2006. – 129 с.

127. Леонтьев, А.А. Психолингвистика / А.А. Леонтьев. – Москва: Наука, 1967. – 115 с.

128. Леонтьев, А.А. Речевая деятельность / А.А. Леонтьев // Основы теории речевой деятельности. – Москва: 1974. – С. 25–28.

129. Линник, Л.А. Медицинский дискурс: образы автора и адресата / Л.А. Линник // Лингвориторическая парадигма: теоретические и прикладные аспекты. – 2020. – № 1. – С. 179–181.

130. Линник, Л.А. Типологические особенности аутентичных текстов аннотаций в медицинском дискурсе: монография / Л.А. Линник; Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего

образования «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России). – Уфа: БГМУ, 2022. – 337 с.

131. Литвин, В.Л. Ценностный конфликт в современном обществе: социально-философский аспект: автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата философских наук: 09.00.11 / Литвин Вячеслав Львович. – Иркутск, 2004. – 26 с.

132. Лю, Цзин Видо-временные и модальные глагольные формы в выражениях русского речевого этикета: автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата филологических наук: 10.02.01 / Лю Цзин. – Москва, 2004. – 23 с.

133. Макаров, М.Л. Основы теории дискурса / М.Л. Макаров. – Москва: Гнозис, 2003. – 280 с.

134. Манаенко, Г.Н. О содержании термина «дискурс» / Г.Н. Манаенко // Проблемы вербализации концептов в семантике языка и текста: в 2 ч.: тезисы докладов. – Волгоград: Перемена, 2003. – Ч. 2. – С. 23–26.

135. Маслова, А.Ю. Введение в прагмалингвистику: учебное пособие для студентов высших учебных заведений, обучающихся по направлению 031000 и специальности 031001 – Филология / А.Ю. Маслова. – 3-е издание. – Москва: Флинта: Наука, 2010. – 147 с.

136. Маслова, А.Ю. К вопросу о сопоставительной прагмалингвистике (на примере речевой ситуации автопрескрипции) / А.Ю. Маслова // Вестн. Том. гос. ун-та. – 2008. – № 314. – С. 22–25.

137. Матвеева, Т.Ф. Этический аспект речевого общения «Врач-пациент» как ключевая тема курса «Культура речи врача» // Полилингвиальность и транскультурные практики. – 2014. – №4. – С. 118–123.

138. Мерзлова, А.Д. О сущности информационного стиля текста как научного понятия / А.Д. Мерзлова // Медиасреда. – 2020. – № 2. – С. 47–51.

139. Метелькова, Л.А., Шипатова, О.В. Лексические и фонетические способы речевого воздействия в рекламе / Л.А. Метелькова, О.В. Шипатова // Вопросы общего языкознания и теории текста: сборник научных статей / отв. ред. Н.В. Кормилина, Н.Ю. Шугаева. – Чебоксары: Чувашский государственный педагогический университет им. И.Я. Яковлева, 2018. – С. 49–52.

140. Михайлова, О.А. Речевой конфликт и коммуникативные сценарии его гармонизации: учебно-методическое пособие / О.А. Михайлова, Ю.Н. Михайлова, И.В. Шалина; под общ. ред. О.А. Михайловой; Министерство науки и высшего образования Российской Федерации, Уральский федеральный университет. – Екатеринбург: Изд-во Урал. ун-та, 2022. – 136 с.

141. Москвин, В.П. Речевое воздействие и речевые манипуляции: учебник для вузов / В.П. Москвин. – 3-е издание, переработанное и дополненное. – Москва: Издательство Юрайт, 2025. – 154 с.

142. Москвин, В.П. Риторика и теория коммуникации. Виды, стили и тактики речевого общения. Кн. 1: Общие вопросы: Типы речевых событий. Текст. Коммуникативные макросистемы. Предметные и кодовые типы коммуникации. Виды речевой деятельности. Уровни коммуникации. Непосредственная и опосредованная коммуникация. Целевые типы речи. Функциональные стили. История риторики / В.П. Москвин. – 2-е издание, переработанное и существенно дополненное. – М.: ЛЕНАНД, 2024. – 232 с.

143. Москвин, В.П. Риторика и теория аргументации: учебник для вузов / В.П. Москвин. – 3-е издание, переработанное и дополненное. – Москва: Издательство «Юрайт», 2019. – 725 с.

144. Нестеров, М.Н. Проблемы лингвостилистического изучения жанров художественной речи / М.Н. Нестеров // Стилистика жанров художественной речи. – Брянск: БГПИ, 1991. – С. 140–143.

145. Нечаева, Т.А. Выразительные средства языка научных текстов / Т.А. Нечаева // Известия ЮФУ. Технические науки. – 2013. – № 10 (147). – С. 71–77.

146. Николаева, Т.М. Лингвистика текста. Современное состояние и перспективы / Т.М. Николаева // Новое в зарубежной лингвистике. Лингвистика текста. – Москва: Прогресс, 1978. – Вып. 8. – С. 5–39.

147. Норман, Б.Ю. Грамматика говорящего / Б.Ю. Норман; Санкт-Петербург. гос. ун-т. – СПб.: Изд-во Санкт-Петербург. ун-та, 1994. – 227 с.

148. Норман, Б.Ю. Лингвистическая прагматика (на материале русского и других славянских языков): курс лекций / Б.Ю. Норман. – Минск: БГУ, 2009. – 185 с.

149. Осипчук, А.Е. Коммуникативно-прагматическая координация устных и письменных речевых жанров в военном деловом и художественном дискурсах: диссертация на соискание ученой степени кандидата филологических наук: 10.02.01 / Осипчук Анастасия Евгеньевна. – Волгоград, 2022. – 299 с.

150. Ощепкова, Н.А. Реализация механизмов речевого воздействия в политическом дискурсе / Н.А. Ощепкова // Гуманитарные и социальные науки. – 2020. – № 3. – С. 121–132. – DOI 10.18522/2070-1403-2020-80-3-121-132.

151. Падучева, Е.В. Высказывание и его соотнесенность с действительностью: (Референциальные аспекты семантики местоимений) / Е.В. Падучева; отв. ред. В.А. Успенский. – Москва: Наука, 1985. – 271 с.

152. Панкратов, В.Н. Психотехнология управления людьми: практ. рук. / В.Н. Панкратов. – Москва: Изд-во Ин-та психотерапии, 2001. – 336 с.

153. Панченко, Н.В. «Власть референции» в процессе композиционного построения художественного текста (на материале современной художественной прозы) / Н.В. Панченко // Филология и человек. – 2008. – № 1. – С. 85–97.

154. Петрова, Н.Е. Рацибурская, Л.В. Язык современных СМИ. Средства речевой агрессии: учебное пособие / Н.Е. Петрова, Л.В. Рацибурская. – Москва: Флинта-Наука, 2011. – 160 с.

155. Понамарева, Н.В. Коммуникативно-прагматические особенности немецкого прозаического романа XV–XVI вв.: автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата филологических наук: 10.02.04 / Понамарева Надежда Валерьевна. – Санкт-Петербург, 2016. – 19 с.

156. Пономаренко, Е.А. От врачебного диалога к бытийному конфликту: динамика речевых жанров в рассказе А.П. Чехова «Враги» / Е.А. Пономаренко // Жанры речи. – 2023. – Т. 18, вып. 2 (38). – С. 138–145.

157. Пономаренко, Е.А., Чуреева, О.А. Речевые жанры обвинения и упрёка в речевом поведении врача / Е.А. Пономаренко // Жанры речи. – 2022. – Т. 17, вып. 1 (33). – С. 21–27.

158. Почепцов, Г.Г. Психологические войны / Г.Г. Почепцов. – Москва: Рефл-бук, Ваклер, 2002. – 528 с.

159. Почепцов, Г.Г. Теория коммуникации / Г.Г. Почепцов. – Москва: Рефл-бук: Ваклер, 2001. – 656 с.

160. Ракитина, С.В. Когнитивно-дискурсивное пространство научного текста: диссертация на соискание ученой степени доктора филологических наук: 10.02.01 / Ракитина Светлана Владимировна. – Волгоград, 2007. – 534 с.

161. Ракитина, С.В. Научный текст как многоаспектное явление: учебное пособие / С.В. Ракитина; Федер. агентство по образованию, Волгоград. гос. пед. ун-т, каф. рус. яз. и методики его преподавания в нач. шк. – Волгоград: Перемена, 2004. – 152 с.

162. Ракитина, С.В. Научный текст: когнитивно-дискурсвные аспекты: монография / С.В. Ракитина. – Волгоград: Перемена, 2006. – 278 с.

163. Ракитина, С.В. Понимание и личностный смысл (на материале работ В.И. Вернадского / С.В. Ракитина // Современные проблемы лингвистики и методики преподавания русского языка в школе и вузе:

сборник научных трудов; под ред. докт. филол. наук, проф. О.В. Загоровкий. – Воронеж: Научная книга, 2011. – Вып. 15. – С. 75–83.

164. Рудова, Ю.В. Буклет как жанр письменного медицинского дискурса / Ю.В. Рудова // Вестник Волгоградского государственного университета. Серия 2: Языкознание. – 2008. – № 1 (7). – С. 110–115.

165. Самарская, Т.Б. Художественный дискурс: специфика составляющих и особенности организации художественного текста / Т.Б. Самарская, Е.Г. Мартиросьян // Сфера услуг: инновации и качество. – 2012. – № 10. – С. 20–30.

166. Сандромирский, М.Е. Чудеса по заказу, или естественное сверхъестественное / М.Е. Сандромирский. – Уфа: Виртуал, 2005. – 72 с.

167. Свинцов, В.И. Истинностные аспекты коммуникаций и проблемы совершенствования речевого сообщения / В.И. Свинцов // Оптимизация речевого воздействия. – Москва: Наука, 1990. – С. 68–86.

168. Седов, К.Ф. Дискурс и личность: эволюция коммуникативной компетенции / К.Ф. Седов. – Москва: Лабиринт, 2004. – 320 с.

169. Седов, К.Ф. Речевая агрессия в межличностном взаимодействии / К.Ф. Седов // Прямая и непрямая коммуникация. – Саратов: ГУНЦ «Колледж», 2003. – С. 196–212.

170. Седов, К.Ф. Речевая агрессия в повседневной коммуникации / К.Ф. Седов // Речевая агрессия в современной культуре. – Челябинск, 2005. – С. 32–37.

171. Семенычева, Л.В. Комплименты со знаком «минус» и их место в речевом этикете / Л.В. Семенычева // Русская словесность в научном, культурном и образовательном пространстве (к 90-летию со дня рождения профессора В.И. Максимова): материалы докладов и сообщений XXI Международной научно-методической конференции, Санкт-Петербург, 05 февраля 2016 г. / Санкт-Петербургский государственный университет промышленных технологий и дизайна; отв. ред. Н.Т. Свидинская. – Санкт-

Петербург: Санкт-Петербургский государственный университет промышленных технологий и дизайна, 2016. – С. 126–129.

172. Семенычева, Л.В. Русская словесность в научном, культурном и образовательном пространстве (к 90-летию со дня рождения профессора В.И. Максимова): матер. докл. и сообщ. XXI Междунар. науч.- метод. конф. – Санкт-Петербург: ФГБОУВО «СПбГУПТД», 2016. – С. 126–129.

173. Серио, П. Как читают тексты во Франции / П. Серио; пер. с французского и португальского // Квадратура смысла: Французская школа анализа дискурса. – Москва: Прогресс, 1999. – С. 14–53.

174. Серль, Дж. Р. Природа интенциональных состояний / Дж. Р. Серль // Философия, логика, язык. – Москва, 1987. – С. 96–126.

175. Сидоренко, Е.В. Тренинг влияния и противостояния влиянию / Е.В. Сидоренко. – Санкт-Петербург: Речь, 2004. – 256 с.

176. Слышкин, Г.Г. Лингвокультурные концепты и метаконцепты: монография / Г.Г. Слышкин; Моск. гос. лингв. ун-т, Волгогр. гос. пед. ун-т. – Волгоград: Перемена, 2004. – 339 с.

177. Соловьева, Е.А. Метафора во французском военном дискурсе: когнитивный и диахронический аспекты: диссертация на соискание ученой степени кандидата филологических наук: 10.02.05 / Соловьева Евгения Анатольевна. – Ростов-на-Дону, 2019. – 207 с.

178. Соссюр, Ф. де. Труды по языкознанию / Ф. де Соссюр. – Москва: Прогресс, 1977. – 695 с.

179. Стеблецова, А.О. Национальная специфика делового дискурса в сфере высшего образования (на материале англоязычной и русскоязычной письменной коммуникации): автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора филологических наук: 10.02.20 / Стеблецова Анна Олеговна. – Тверь, 2015. – 44 с.

180. Стеблецова, А.О. Речевое воздействие в медицинском дискурсе / А.О. Стеблецова // Вестник ВГУ. Серия: Филология. Журналистика. – 2018. – № 2. – С. 49–51.

181. Степанов, В.Н. Провокативный дискурс массовой коммуникации / В.Н. Степанов // СМИ и проблемы формирования массового сознания. – Москва, 2009. – С. 233–235.

182. Степанов, Г.В. К проблеме единства выражения и убеждения: (автор и адресат) / Г.В. Степанов // Контекст 1983: лит.-теорет. исслед.: сборник / отв. ред. П.В. Палиевский и др. – Москва: Наука, 1984. – С. 20–37.

183. Степанов, В.Н. Провоцирование в социальной и массовой коммуникации: монография / В.Н. Степанов. – Санкт-Петербург: Роза мира, 2008. – 268 с.

184. Степанов, Ю.С. Альтернативный мир, Дискурс, Факт и Принцип причинности / Ю.С. Степанов // Язык и наука конца 20 века. – Москва: РАН, 1996. – С. 35–73.

185. Стернин, И.А. Введение в речевое воздействие / И.А. Стернин. – Воронеж: Полиграф, 2001. – 252 с.

186. Стернин, И.А. Общие особенности коммуникативного поведения народа: реальность или фикция? / И.А. Стернин // Язык, сознание, культура, этнос. – Москва: ИЯ РАН, 1994. – 100 с.

187. Стернин, И.А. Основы речевого воздействия: учебное издание / И.А. Стернин. – Воронеж: «Истоки», 2012. – 178 с.

188. Стернин, И.А. Практическая риторика / И.А. Стернин. – Воронеж: Изд-во ВИПКРО, 1993. – 140 с.

189. Столярова, А.О. Основные компоненты коммуникативной ситуации деловых переговоров / А.О. Столярова // Вестник НГУ. Серия: Лингвистика и межкультурная коммуникация. – 2020. – № 1. – С. 120–131.

190. Тарасов, Е.Ф. Речевое воздействие в сфере массовой коммуникации / отв. ред. Ф.М. Березин, Е.Ф. Тарасов. – Москва: Наука, 1990. – С. 41–52.

191. Тарасов, Е.Ф. Речевое воздействие: методология и теория / Е.Ф. Тарасов // Оптимизация речевого воздействия / отв. ред. Р.Г. Котов. – Москва: Наука, 1990. – С. 5–18.

192. Ташлыков, В.А. Психология лечебного процесса / В.А. Ташлыков. – Ленинград: Медицина, Ленингр. отделение, 1984. – 191 с.

193. Тер-Минасова, С.Г. Язык и межкультурная коммуникация / С.Г. Тер-Минасова. – 2-е издание, доработанное. – Москва: Изд-во МГУ, 2004. – 350 с.

194. Толстых, В.И. Общественное сознание и его формы / В.И. Толстых, Н.Б. Биккенин, Л.С. Мамут [и др.]; под общ. ред. В.И. Толстых. – Москва: Политиздат, 1986. – 366 с.

195. Третьякова, В.С. Конфликт глазами лингвиста / В.С. Третьякова // В лаборатории ученого. – Екатеринбург: Известия УрГУ. – 2003. – № 27. – С. 143–152.

196. Третьякова, В.С. Речевая коммуникация: гармония и конфликт: монография / В.С. Третьякова. – Екатеринбург: Изд-во ГОУ ВПО «Рос. гос. проф.-пед. ун-т», 2009. – 231 с.

197. Третьякова, В.С. Речевая конфликтология: проблемы, задачи, перспективы / В.С. Третьякова // Вестник ЧелГУ. – 2013. – № 1 (292). – С. 279–282.

198. Третьякова, В.С. Речевой конфликт и аспекты его изучения / В.С. Третьякова // Юрислингвистика. – 2004. – № 5. – С. 112–120.

199. Тумский, С.В. Положительная провокация в социокультурной сфере. Отличие положительной провокации от отрицательной / С.В. Тумский // Социодинамика. – 2018. – № 9. – С. 27–39.

200. Федорова, Л.Л. Типология речевого воздействия и его место в структуре общения / Л.Л. Федорова // Вопросы языкознания. – 1991. – № 6. – С. 46–50.

201. Федосюк, М.Ю. Нерешенные вопросы теории речевых жанров / М.Ю. Федосюк // Вопросы языкознания. – 1997. – № 5. – С. 102–120.

202. Федотова, В.Г. Коммуникация и диалог в науке и за ее пределами / В.Г. Федотова // Общественные науки и современность. – Москва: Российская академия наук, 2004. – № 5. – С. 75–82.

203. Филимонова, Г.Б. Детерминированность высказывания коммуникативной ситуацией / Г.Б. Филимонова // Вестник МГЛУ. Серия 1 «Филология». – 2002. – № 9. – С. 38–44.

204. Формановская, Н.И. Избранные статьи разных лет (юбилейный сборник) / Н.И. Формановская. – Москва, 2007. – 332 с.

205. Формановская, Н.И. Речевое общение: коммуникативно-прагматический подход / Н.И. Формановская. – Москва: Издательство «Русский язык», 2002. – 216 с.

206. Фуко, М. Дискурс и истина / М. Фуко; пер. с англ. А.М. Корбута; Белорусский государственный университет, Центр проблем развития образования. – Минск: Пропилеи, 2006. – 152 с.

207. Хазагеров, Т.Г., Ширина, Л.С. Общая риторика: курс лекций; Словарь риторических приёмов / под ред. Е.Н. Ширяева. – Ростов-на-Дону, 1999. – 320 с.

208. Холодович, А.А. Опыт теории подклассов слов / А.А. Холодович // Вопросы языкознания. – 1960. – № 1. – С. 32–43.

209. Черепанова, И.Ю. Дом колдуньи. Начала суггестивной лингвистики. – Пермь: Изд-во Перм. ун-та, 1995. – Ч. 1. – 213 с.

210. Чернявская, В.Е. Дискурс как объект лингвистических исследований / В.Е. Чернявская // Текст и дискурс. Проблемы экономического дискурса: сб. науч. ст. – Санкт-Петербург: Изд-во СПб ГУЭФ, 2001. – С.11–22.

211. Чернявская, В.Е. Лингвистика текста: Поликодовость, интертекстуальность, интердискурсивность: учебное пособие / В.Е. Чернявская. – Москва: Книжный дом «ЛИБРОКОМ», 2009. – 248 с.

212. Чернявская, В.Е. От анализа текста к анализу дискурса / В.Е. Чернявская // Текст и дискурс: традиционный и когнитивно-функциональный аспекты исследования: сб. науч. тр. / под ред. Л.А. Манерко. – Рязань: Ряз. гос. пед. ун-т им. С.А. Есенина, 2002. – С. 230–232.

213. Черняева, А.Б. Стилистические особенности обращения в личностно-ориентированной сфере общения, теория и практика сервиса: экономика, социальная сфера, технологии / А.Б. Черняева // Теория и практика сервиса: экономика, социальная сфера, технологии: гуманитарный аспект образовательного пространства. – 2013. – Вып. 4 (18). – С. 88–91.

214. Шахнарович, А.М. Концепция анализа текста Г.В. Степанова: психолингвистическая интерпретация / А.М. Шахнарович // Res Philologica. – Москва, 1990. – С. 29–31.

215. Шацкая, М.Ф. Взаимодействие лексической и синтаксической семантики в русском художественном тексте: межуровневые контакты и механизмы аномальных трансформаций при порождении языковой игры: монография / М.Ф. Шацкая; М-во образования и науки Российской Федерации, ГОУ ВПО «Волгоградский гос. пед. ун-т». – Волгоград: Перемена, 2010. – 198 с.

216. Шацкая, М.Ф. Функционирование актантов и сирконстантов локативного и темпорального типов в условиях языковой игры / М.Ф. Шацкая // Известия РГПУ им. А.И. Герцена. – 2008. – № 84. – С. 188–196.

217. Шацкая, М.Ф. Языковая игра в аспекте семантического синтаксиса: учебное пособие по спецкурсу / М.Ф. Шацкая; Федеральное агентство по образованию, ГОУ ВПО «Волгоградский гос. пед. ун-т». – Волгоград: Перемена, 2007. – 116 с.

218. Шейгал, Е.И. Семиотика политического дискурса / Е.И. Шейгал. – Москва; Волгоград: Перемена, 2000. – 368 с.

219. Шелестюк, Е.В. Речевое воздействие: онтология и методология исследования: монография / Е.В. Шелестюк. – 2-е издание, исправленное и дополненное. – Москва: ФЛИНТА: Наука, 2014. – 344 с.

220. Шеметова, Т.Н. Провокация как метод в современной журналистике: мысли по поводу / Т.Н. Шеметова // Теория и истории журналистики. – 2014. – № 1. – С. 54–65.

221. Шерковин, Ю.А. Психологические проблемы массовых информационных процессов / Ю.А. Шерковин. – Москва: Мысль, 1973. – 215 с.

222. Шипова, А.В. Манипулирование сознанием и его специфика в современном обществе: автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата философских наук: 09.00.11 / Шипова Анна Владимировна. – Ставрополь, 2007. – 25 с.

223. Шмелева, Т.В. Модель речевого жанра / Т.В. Шмелева // Жанры речи. − Саратов: Изд-во Сарат. ун-та, 1997. − Вып. 1. – С. 88–98.

224. Шмелева, Т.В. Повседневная речь как лингвистический объект / Т.В. Шмелева // Русистика сегодня. Функционирование языка: лексика и грамматика: сборник статей. – Москва, 1992. – С. 5–15.

225. Шмелева, Т.В. Семантический синтаксис: текст лекций / Т.В. Шмелева. – Красноярск: КГУ, 1988. – 54 с.

226. Штеба, А.А. Лингвистические признаки провокации / А.А. Штеба // Litera. – 2017. – № 1. – С. 120–128. – DOI: 10.7256/2409-8698.2017.1.19580

227. Штеба, А.А. Репрезентация диффузной эмотивности в разножанровой коммуникации: автореферат диссертация на соискание ученой степени доктора филологических наук: 5.9.8. / Штеба Алексей Андреевич. – Волгоград, 2026. – 38 с.

228. Шумкина, И.В. Введение в теорию коммуникации: учеб. пособие / И.В. Шумкина. – Самара: Изд-во Самарского университета, 2016. – 60 с.

229. Шуравина, Л.С. Медицинский дискурс как тип институционального дискурса / Л.С. Шуравина // Вестн. Челяб. гос. ун-та. Филология. Искусствоведение. – 2013. – № 37 (328), вып. 86. – С. 65–67.

230. Щерба, Л.В. Избранные работы по русскому языку / Л.В. Щерба. – Москва: Учпедгиз, 1957. – С. 113–129.

231. Щербинина, Ю.В. Вербальная агрессия / Ю.В. Щербинина. – Москва: КомКнига, 2008. – 360 с.

232. Щербинина, Ю.В. Речевая агрессия. Территория вражды / Ю.В. Щербинина. – Москва: Форум, 2012. – 202 с.

233. Щербинина, Ю.В. Речевая защита. Учимся управлять агрессией / Ю.В. Щербинина. – Москва: Форум: Неолит, 2017. – 177 с.

234. Щербинина, Ю.В. Русский язык. Речевая агрессия и пути ее преодоления: учебное пособие / Ю.В. Щербинина. – Москва: Флинта-Наука, 2004. – 224 с.

235. Щирова, И.А. Текст сквозь призму сложного / И.А. Щирова. – Санкт-Петербург: Политехника-сервис, 2013. – 216 с.

236. Эзри, Г.К. Провокация как философско-антропологическая проблема / Г.К. Эзри // Международный журнал гуманитарных и естественных наук. – 2023. – № 4–3 (79). – С. 146–148.

237. Юркевич, В.В. Политический и художественный виды дискурса: сходства и различия / В.В. Юркевич // Вестник ЧелГУ. − 2014. − № 6 (335). − С. 106–110.

238. Славова, Л.Л. Типологія комунікативних невдач (на матеріалі сучасного англійського мовлення): автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня кандидата філологічних наук: 10.02.04 / Славова Людмила Леонардівна. – Киев, 2000. – 18 с.

239. Dijk, T.A. van. Cognitive Processing of Literature Discourse / T.A. van Dijk // Poetics Today. – 1979. – № 1. – P. 143–160.

240. Harris, Z. Discourse analysis / Z. Harris // Language. – 1952. – V. 28. – № 1. – P. 1–30.

241. Shannon, C., Weaver, W. The mathematical theory of communication / C. Shannon, W. Weaver. – Ed. 10. – Urbana: The University of Illinois Press, 1964 [1949]. – P. 7.

242. Wodak, R. Introduction: discourse studies – important concepts and terms / R . Wodak // Qualitative discourse analysis in the Social Sciences. – Basingstoke: Palgrave p., 2008. – P. 1–29.

СПИСОК СЛОВАРЕЙ

1. Арутюнова, Н.Д. Дискурс / Н.Д. Арутюнова // Лингвистический энциклопедический словарь. – Москва: «Советская энциклопедия», 1990. – 688 с.

2. Большой толковый словарь русского языка / главный редактор С.А. Кузнецов. – Санкт-Петербург: Норинт; Москва: Рипол классик, 2008. – 1534 с.

3. Брокгауз, Ф.А. Энциклопедический словарь / Ф.А. Брокгауз, И.А. Ефрон // Большая советская энциклопедия. – 2-е издание. – 1951. – Т. 6. – С. 131–132.

4. Головин, С.Ю. Словарь практического психолога / сост. С.Ю. Головин. – Минск: Харвест, 1998. – 799 с.

5. Даль, В.И. Толковый словарь живого великорусского языка. В 4 т. / В.И. Даль. – Москва: ОЛМА-ПРЕСС; ОАО ПФ «Красный пролетарий», 2005. – Т. 4. – 640 с.

6. Елистратов, В.С. Словарь русского арго: материалы 1980-1990 гг.: около 9000 слов, 3000 идиоматических выражений / В.С. Елистратов. – Москва: Русские словари, 2000. – 694 с.

7. Краткий медицинский словарь / сост. С.Л. Кабак, Д.И. Романовский. – Минск: Новое знание, 2004. – 736 с.

8. Лингвистический энциклопедический словарь / гл. ред. В.Н. Ярцева. – Москва: Советская энциклопедия, 1990. – 685 с.

9. Ожегов, С.И., Шведова, Н.Ю. Толковый словарь русского языка: 80000 слов и фразеологических выражений / С.И. Ожегов, Н.Ю. Шведова. – 4-е издание, дополненное. – М.: ООО А Темп, 2006. – 944 с.

10. Словарь иностранных слов / под ред. И.В. Лехина, проф. Ф.Н. Петрова. – 4-е издание, переработанное и дополненное. – Москва: ГИС, 1954. – 856 с.

11. Словарь русского языка: В 4-х т. / АН СССР, Ин-т рус.яз.; под ред. А.П. Евгеньевой. – 2-е издание, исправленное и дополненное. – Москва: Русский язык, 1981. – Т. 1. А – Й. – 1981. – 698 с.

12. Словарь русского языка: В 4-х т. / АН СССР, Ин-т рус. яз.; под ред. А.П. Евгеньевой. – 2-е издание, исправленное и дополненное. – Москва: Русский язык, 1981. – Т. 2. К – О. – 1982. – 736 с.

13. Словарь русского языка: В 4-х т. / АН СССР, Ин-т рус. яз.; под ред. А.П. Евгеньевой. – 2-е издание, исправленное и дополненное. – Москва: Русский язык, 1981. – Т. 3. П – Р. – 1983. – 752 с.

14. Словарь русского языка: В 4-х т. / АН СССР, Ин-т рус. яз.; под ред. А.П. Евгеньевой. – 2-е издание, исправленное и дополненное. – Москва: Русский язык, 1981. – Т. 4. С – Я. – 1984. – 794 с.

15. Словарь современного русского литературного языка: в 17. т. / Академия наук, Ин-т языкознания; ред. А.М. Бабкин – Москва; Ленинград, 1955. – Т. 4. – 788 с.

16. Стилистический энциклопедический словарь русского языка / под ред. М.Н. Кожиной. – Москва: Флинта: Наука, 2003. – 696 с.

17. Тихонов, А.Н. Фразеологический словарь русского языка: св. 10 тысяч фразеологизмов / сост. А.Н. Тихонов и др. – Москва: Высшая школа, 2003. – 334 с.

18. Толковый словарь уголовных жаргонов / под общ. ред. Ю.П. Дубягина, А.Г. Бронникова. – Москва: СП «Интер-ОМНИС»: СП «РОМОС», 1991. – 206 с.

19. Ушаков, Д.Н. Толковый словарь русского языка: в 4 т. Т. 1. / сост. Г.О. Винокур, Б.А. Ларин, С.И. Ожегов [и др.]; под ред. Д.Н. Ушакова. – Москва: Советская энциклопедия: ОГИЗ, 1935. – Т. 1: А – Кюрины. – 1562 стб.

20. Ушаков, Д.Н. Толковый словарь русского языка: в 4 т. Т. 3. / гл. ред. Б.М. Волин, Д.Н. Ушаков; сост. В.В. Виноградов, Г.О. Винокур,

Б.А. Ларин [и др.]; под ред. Д.Н. Ушакова. – Москва: Гос. изд-во иностр. и нац. слов., 1939. – Т. 3: П – Ряшка. – 1424 стб.

21. Ушаков, Д.Н. Толковый словарь русского языка: в 4 т. Т. 4. / гл. ред. Б.М. Волин, Д.Н. Ушаков; сост. В.В. Виноградов, Г.О. Винокур, Б.А. Ларин [и др.]; под ред. Д.Н. Ушакова. – Москва: Гос. изд-во иностр. и нац. слов., 1940. – Т. 4: С – Ящурный. – 1502 стб.

22. Фасмер, М. Этимологический словарь русского языка: в 4 т. / пер. с нем. и доп. О.Н. Трубачева. – 4-е издание, стереотипное. – Москва, 2003. – Т. 1: А – Д. – 588 с.

23. Фёдоров, А.И. Толковый словарь устаревших слов и фразеологических оборотов русского литературного языка: около 20000 слов и выражений: развёрнутые толкования, грамматические формы, стилистическая и экспрессивная характеристика, цитаты из произведений русской классической литературы и исторических сочинений XVIII – начала XX века / А.И. Фёдоров; Ин-т филологии Сибирского отд-ния РАН. – Москва: Восток-Запад, 2012. – 895 с.

24. Фразеологический словарь русского языка: [Текст]: Св. 10 тысяч фразеологизмов / [сост. А.Н. Тихонов и др.]. – М.: Высш. шк., 2003. – 334 с.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Аксёнов, В.П. Апельсины из Марокко / В.П. Аксёнов. – Санкт-Петербург: Азбука, 2018. – 445 с.

2. Булгаков, М.А. Записки юного врача: рассказы / М.А. Булгаков. – Москва: Изд. дом Мещерякова, 2007. – 137 с.

3. Булгаков, М.А. Полное собрание романов, повестей и рассказов в одном томе / М.А. Булгаков. – Москва: «Издательство АЛЬФА-КНИГА», 2018. – 1247 с.

4. Вересаев, В.В. Записки врача / В.В. Вересаев. – Москва: Директ-Медиа, 2022. – 300 с.

5. Грачев, Ф.Ф. Записки военного врача / Ф.Ф. Грачев. – Ленинград: Лениздат, 1970. – 208 с.

6. Егин, А.И. Повести о совести: повести и рассказы / А.И. Егин. – Волгоград: ГКУ ВО ЦИМТО, 2021. – 384 с.

7. Малявин, М. Записки психиатра / М. Малявин. – Москва: Астрель; Санкт-Петербург: Астрель-СПб, 2012. – 634 с.

8. Правдин, Д. Записки районного хирурга / Д. Правдин. – Москва: АСТ, 2019. – 416 с.

9. Соломатина, Т.Ю. Акушер-ХА / Т. Соломатина. – Москва: Эксмо: Яуза-пресс, 2020. – 416 с.

10. Углов, Ф.Г. Сердце хирурга. Будни хирурга / Ф.Г. Углов. – Издание дополненное и переработанное. – Москва: АСТ, 2015. – 512 с.

11. Чехов, А.П. Палата №6: сборник / А.П. Чехов. – Москва: Эксмо, 2006. – 1038 с.

12. Чехов, А.П. Рассказы / А.П. Чехов. – Москва: Слово, 2000. – 781 с.