На правах рукописи

КРИВЧЕНКО Елена Александровна

КОММУНИКАТИВНО-ПРАГМАТИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ХУДОЖЕСТВЕННЫХ ТЕКСТОВ НА МЕДИЦИНСКУЮ ТЕМАТИКУ

5.9.5. Русский язык. Языки народов России

А В Т О Р Е Ф Е Р А Т

диссертации на соискание ученой степени
кандидата филологических наук

Волгоград – 2026

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Волгоградский государственный социально-педагогический университет».

Научный руководитель – *Шацкая Марина Федоровна,* доктор филологических наук, профессор.

Официальные оппоненты: *Куликова Элла Германовна,* доктор филологических наук, профессор (ФГБОУ ВО «Ростовский государственный экономический университет (РИНХ)», заведующая кафедрой русского языка и культуры речи факультета лингвистики и журналистики);

Переволочанская Светлана Николаевна, кандидат филологических наук, доцент (ФГБОУ ВО «Российский государственный университет им. А.Н. Косыгина (Технологии. Дизайн. Искусство)», доцент кафедры общей и славянской филологии).

Ведущая организация – ФГАОУ ВО «Северо-Кавказский федеральный университет».

Защита состоится 15 декабря 2026 г. в 10.00 час. на заседании диссертационного совета 33.2.007.03 в ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный социально-педагогический университет» по адресу: 400005, г. Волгоград, пр. им. В.И. Ленина, 27.

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке и на сайте Волгоградского государственного социально-педагогического университета: https://www.vspu.ru.

Автореферат разослан 28 октября 2026 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета
доктор филологических наук,
профессор Шацкая Марина Федоровна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

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[1]. Кроме того, «важность адекватной коммуникации медика и пациента сегодня признается всеми – руководителями департаментов здравоохранения, врачами, педагогами»[2].

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»[3].

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

---

[1] Шмелева Т.В. Медиатексты о здоровье / болезнях в региональном медиаполе // Мир русского слова. 2025. № 1. С. 25.

[2] Барабаш В.В. Медицинская лингвистика: монография / В.В. Барабаш, Л.А. Брусенская, Э.Г. Куликова. М.: ФЛИНТА, 2026. С. 58.

[3] Там же. С. 46.

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, Н.Д. Арутюнова, В.Г. Борботько, А.Э. Гатина, В.В. Жура, В.И. Карасик, Н.Н. Кошкарова, Е.С. Кубрякова, М.Л. Макаров, Т.М. Николаева, Ю.С. Степанов, В.Е. Чернявская, М. Фуко, T.A. Dijk, Harris Z., R. Wodak и др.;

– медицинский дискурс представлен в трудах М.И. Барсуковой, Л.С. Бейлинсон, Н.В. Гончаренко, В.В. Журы, В.И. Карасика, М.Б. Ковалёвой, Л.А. Линник, Ж.Н. Макушевой и др.;

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

– теория речевого воздействия рассматривается в работах С.Ю. Головина, О.С Иссерс, В.Н. Панкратова, Л.Л. Фёдоровой, Е.В. Шелестюк и др.;

– приемы убеждения и манипулирования изучались Е.Л. Доценко, Л.Ю. Ивановым, Г.А. Копниной, Э.Г. Куликовой, В.П. Москвиным, А.В. Шиповой и др.;

– речевая агрессия и конфликт в коммуникации анализировались в научных трудах А.В. Батаршева, Т.А. Воронцовой, Е.Н. Егоровой, Л.М. Закоян, О.А. Михайловой, Ю.Н. Михайловой, И.В. Шалиной, К.Ф. Седова, Ю.В. Щербининой и др.;

– провокация изучалась в работах О.С. Волковой, О.С. Иссерс, Е.Ю. Ионкиной, Н.Н. Кошкаровой, В.Н. Степанова, С.В. Тумского, Т.Н. Шеметовой, А.А. Штебы, Г.К. Эзри и др.;

– проблемы лингвистической конфликтологии представлены в трудах Н.Г. Комлева, И.А. Коха, Н.Н. Кошкаровой, О.А. Михайловой, Е.А. Пономаренко, Г.Г. Почепцова, Е.С. Третьяковой, К.Ф. Седова 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 составля-

ющей 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.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во **введении** обоснованы выбор темы, актуальность проблемы, обозначены объект и предмет исследования, определены его цель, задачи, методологическая основа и методы; раскрыты научная новизна, теоретическая значимость и практическая ценность полученных результатов; сформулированы положения, выносимые на защиту, приведены сведения об апробации материалов исследования.

Глава 1 «Художественный текст на медицинскую тематику как объект коммуникативно-прагматического исследования» посвящена анализу теоретических основ исследования, где рассматриваются такие ключевые проблемы работы, как использование *коммуникативно-прагматического подхода* в комплексном анализе *медицинского дискурса, медицинского текста* и *художественных текстов на медицинскую тематику*; определяется специфика названного выше профессионального дискурса и его продукта – текста.

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, с. 11).

Медицинский дискурс нашел свое выражение в тексте – продукте речетворческого процесса, обладающем завершенностью, зафиксированном в письменной форме и литературно обработанном. 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, служащих достижению определенного иллокутивного эффекта.

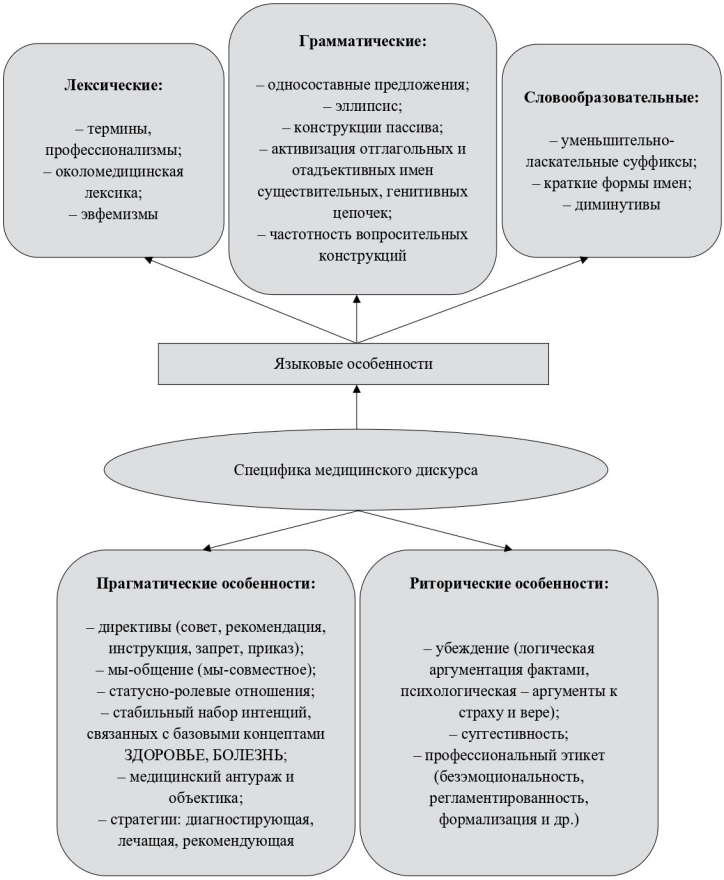

Рис. 1. Специфика медицинского дискурса

Теоретическая база исследования стала опорой для выявления специфики речи врачей и пациентов. В связи с этим следует отметить, что эмотивность в большей степени присуща пациентам. Это отражается не только в употреблении эмоционально окрашенной лексики и восклицательных предложений (встречается и в речи докторов), но и сниженной лексики, инвектив, акцентного членения высказываний с помощью инверсии, часто передающих чувства людей, их психологическое состояние, переживание за свое здоровье или же за здоровье родственника. Обращения в большинстве случаев становились средством передачи отношения к адресату (как позитивного, так и негативного, фамильярного). Императивность, чаще осознанная, встречалась и в репликах докторов, и в речи больных, а также у родственников последних.

Общими в речи пациентов и врачей стали следующие характеристики: нет стилистической привязки к научности, классическому медицинскому дискурсу (хотя отмечено употребление профессиональных терминов, использование штампов), так как рассмотренные в диссертации примеры отражали устную речь людей, поэтому иностилевые единицы, а также «околомедицинская лексика» в ней встречались часто.

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 сохранял эмоциональную стабильность, так как цель была не вести спор или демонстрировать свой социальный статус, а показать авторитетность в отстаивании своей социальной роли и оказать незамедлительную помощь человеку.

Рассмотрим диалог врача и молодого пациента, потерявшего на поле боя обе ноги:

*– 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**!* (Ф.Ф. Грачёв «Записки военного врача»).

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!, Вы слышите?*). Безусловно, это отражается на манере общения с пациентами, а сами больные стараются придерживаться одного стиля взаимодействия с докторами. Как видим, реплики ёмкие, немногословные, иногда могут быть экспрессивными.

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, равно как и ее пациент с врачом, 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 такой откровенной речи Золотницкой офицер увидел в ее словах повод расстаться с мыслями о суициде. Коммуникативный контакт успешно установлен. Интенция врача прямая: несмотря на то, что она не старается открыто говорить о важности самого факта продолжения жизни вопреки сложившимся обстоятельствам, Золотницкая своей эмоциональной речью и на своем личном примере показывает эту истину, что приводит к положительному результату общения.

Намерения врачей были почти всегда однозначными, в свою очередь пациент не всегда хотел сохранить свое здоровье, иногда даже наоборот: стремился получить инвалидность, выждав ухудшение своего состояния, у него появлялось желание вступить в конфликт или спор. Но в большинстве ситуаций цели обеих сторон являлись классическими – сохранение жизни и здоровья.

В отношении врача к пациенту проявлялась эмпатия, что передавалось с помощью глагольных форм первого лица множественного лица (*«мы* совместное») и восклицаний (экспрессивное акцентирование на проявлении участия к 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.

Целью анализа **главы 2 «Медицинский дискурс в аспекте теории и практики продуктивного речевого воздействия»** 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 так-

же иных средств (например, метафорического перифраза). Однако иногда убеждение может перейти в инвективу (ироничность доктора в ходе использования языковой игры, создания 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.

В повести А.П. Чехова «Палата №6» 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. 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 (А.П. Чехов «Палата № 6»).

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; кроме того, пациент упрекал врача в его нечастом посещении больных. При этом доктор не реагирует на такое поведение коммуниканта, он не вступает в полемику.

Основываясь на теории диад В.В. Дементьева, мы отметили, что в приведенном контексте присутствует одна из них – *сообщение – оскорбление*. Это отражено в изобилии инвектив (*палач, шарлатан, вор, проклятая гадина*) в адрес доктора с целью пошатнуть его эмоциональную стабильность. Однако врач не нарушает нормы медицинской этики, включающие запрет на унижение и оскорбление пациента.

Как было нами обнаружено, речи пациентов свойственны жанры оправдания, что можно понять по восклицательной интонации (наличие восклицательных знаков в письменном тексте) и активным отрицаниям, инвективам, упрекам и просьбам.

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 имел шуточную форму; 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.

В общении с пациентами иногда не обходится без конфликтных ситуаций и речевой агрессии, например, в произведении Т.Ю. Соломатиной «Акушер-ХА». 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 в гинекологическом отделении (заметим: 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 (Т.Ю. Соломатина Акушер-ХА»).

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’[4]). 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. Можно отметить еще, что 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. 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 (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.

[4] Елистратов В.С. Словарь русского арго: материалы 1980–1990 гг.: около 9000 слов, 3000 идиоматических выражений / В.С. Елистратов. М.: Русские словари, 2000. С. 231.

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'[5]). 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 в 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'[6]).

По нашим наблюдениям, 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 в соответствии с определенными речевыми ситуациями, согласовывалась часто с учетом состояния реципиента,

---

[5] 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. М.: Советская энциклопедия: ОГИЗ, 1935. Т. 1: А – Кюрины. С. 201.

[6] Словарь русского языка: В 4-х т. Т. 4. / АН СССР, Ин-т рус. яз.; под ред. А.П. Евгеньевой. 2-е издание, исправленное и дополненное. М.: Русский язык, 1984. Т. 4. С – Я. С. 689. Далее в тексте автореферата ссылаться на этот словарь автор будет с помощью отсылок с указанием сокращенного названия словаря (МАС), года издания, тома и страницы. – Е. К.

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 и 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.

В сборнике рассказов «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? (М. Малявин «Записки психиатра»).

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 человек видит или узнает 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 достоинства.

Обратимся к «Запискам юного врача» М.А. Булгакова:

– 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 (М.А. Булгаков «Записки юного врача»).

В словах Демьяна Лукича есть аргумент к страху, который маркирован в речи доктора императивом *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 констатируем в приведенном контексте фактор свидетеля. Еще отмечен 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 не болит, значит, белладонну больше давать не надо).

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 с приемом замещения с целью изменения мнения пациентов для достижения положительного результата лечения.

Глава 3 «Негативная коммуникация в медицинском дискурсе» посвящена проблемам негативной коммуникации: анализу ситуаций, в которых проявляется речевая агрессия, применяется провокативная стратегия; а также исследуются все параметры конфликтных ситуаций, описанных на страницах художественных произведений писателей-врачей.

Итак, 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.

В произведении В.В. Вересаева «Записки врача» находим пример проявления агрессии в коммуникации между врачом и отцом недавно умершего 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!* (В.В. Вересаев «Записки врача»)

Причиной речевой агрессии адресата служит желание выразить негативные эмоции, так как он уже несколько лет парализован из-за случайной травмы – повреждения спины. В реплике пациента используются та-

кие синтаксические средства, как восклицательные предложения, обратный порядок слов (инверсия): *подлецы вы все*; *одного только я у вас прошу*. Это дает большую возможность интонационно подчеркнуть негодование и отрицательное отношение пациента к врачам.

Инвективные номинации адресата, используемые для оскорбления речевого партнера, а также из желания вызвать ответную негативную реплику или агрессию, отмечены следующие: *подлец* (‘подлый, низкий, бесчестный человек, негодяй’ [МАС, 1984, т. 4, 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 акцентирования внимания на своей оценке непрофессионального поведения врачей и низкого качества их работы.

Речевая агрессия может перерастать в конфликтную ситуацию, которая имеет свои характеристики – определенную структуру, примененные стратегии и тактики коммуникантов и др. Так, в конфликте могут присутствовать как прямые, так и косвенные речевые 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 речевые 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, например, ликоущемляющие акты; формами агрессии стали вербальная реакция, несущая часто негативизм, а также невербальные проявления раздражения и обиды.

В произведении Д.А. Правдина «Записки районного хирурга» находим следующий пример 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) (Д.А. Правдин «Записки районного хирурга»).

Агрессия вызвана недовольством (реакция на слова доктора) пациентов, которые с самого утра ждут приема, а врач говорит о том, что сегодня он не состоится. Причиной конфликта со стороны пациентов стали сбои в вербальном или невербальном ролевом поведении доктора, когда должностные лица не выполняют своих прямых обязанностей или выполняют их недолжным образом. Однако у врача была уважительная причина так себя вести.

В приведенном контексте прослеживается «фактор профессионала», который отражается в намеренных прямых оскорблениях по отношению к врачу, в употреблении сниженной лексики, с помощью которой пациенты понижают статус доктора. Речевая агрессия пациентов вызвана отрицательным коммуникативным намерением: желанием унизить адресата из-за созданных им неудобств. С этой целью употребляется пациентом слово *коновал*: прямое значение этой лексемы – ‘знахарь, лечащий лошадей’ [МАС, 1982, т. 2, с. 90]; *знахарь* – ‘лекарь-самоучка, лечивший средствами, рассчитанными на суеверие и невежество’ [МАС, 1981, т. 1, с. 617]; переносное значение существительного *коновал* – ‘*не врач, а к.* (о плохом, невежественном враче; разг. пренебр.)’[7]. 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.

В примере представлена вербальная агрессия (крик, ругань). Агрессивное поведение коммуникантов представлено в контексте отношений «субъект-ситуация» (термин Н.Н. Кошкаровой), так как конфликт возникает из-за неудовлетворенности ожидающих в связи с долгой задержкой приема специалиста. Деструкция медицинского дискурса выражается здесь в ликоущемляющем акте, цель которого вступает в противоречие с позитивной направленностью общения по отношению к врачу: выкрикивающий направлял свою речь на ущемление достоинства, социального имиджа врача.

В провокативной речи пациенты используют нередко разговорно-просторечную, бранную лексику и жаргон, изобилие такими средствами экспрессивного синтаксиса, как эмоциональное интонирование высказываний, парцелляция фраз, что демонстрирует фамильярное отношение к медицинскому работнику и попытку оказать на него психологическое давление. Мишенями манипулирования избирались чувства и морально-нравственные качества человека. Однако медицинские сотрудники в силу своего опыта могли противостоять негативному речевому воздействию

[7] Ожегов С.И., Шведова Н.Ю. Толковый словарь русского языка: 80000 слов и фразеологических выражений / С.И. Ожегов, Н.Ю. Шведова. 4-е изд., дополненное. М.: Азбуковник, 1997. С. 290.

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 аргументов 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).

Рассмотрим одну из конфликтных ситуаций между врачом и пациенткой, отраженную в произведении В.В. Вересаева «Записки врача». 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 приведенном ниже примере можно увидеть насмешку со стороны пациентки: вначале 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? (В.В. Вересаев «Записки врача»)

Представленный в контексте конфликт – социальный, межличностный; это также конфликт из-за идей, норм и принципов, так как женщина представляла себе доктора как уверенного в своих знаниях профес-

сионала, 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 забыл, как 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 дом; инцидент исчерпан, так как врач осознал вину, а женщина должна 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, признает свою ошибку. Пациентка использует «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»[8]. С помощью такого метода женщине удается поставить врача в тупик, пристыдить.

Причинами возникновения речевой агрессии, по нашим наблюдениям, были отрицательная эмоциональная реакция адресата на реплики адресанта, желание выразить 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 – упо-

[8] Щербинина, Ю.В. Русский язык. Речевая агрессия и пути ее преодоления: учебное пособие / Ю.В. Щербинина. М.: Флинта-Наука, 2004. С. 148.

требление 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).

В **заключении** подведены итоги исследования, намечены перспективы дальнейшей работы. 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).

В перспективе дальнейшего исследования – сравнительное описание 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.

Основные положения диссертационного исследования отражены в следующих публикациях автора:

Статьи в рецензируемых научных изданиях, рекомендованных ВАК при Министерстве науки и высшего образования Российской Федерации

1. 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 (0,8 п. л.).

2. 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 (0,6 п. л.).

3. 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 (0,7 п. л.).

Статьи в сборниках трудов и материалов научных конференций, других научных изданиях

4. 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», Москва, 23 мая 2024 г.: сборник статей / гл. ред. В.И. Карасик. – М.: Гос. ИРЯ им. А.С. Пушкина, 2024. – С. 552–558 (0,3 п. л.).

5. 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 (0,6 п. л.).

6. 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: в 2 т. Тирасполь, 27–28 февраля 2023 г. – Тирасполь: ПГУ им. Т.Г. Шевченко, 2023. – Т. 1. – С. 130–139 (0,4 п. л.).

7. 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, 19–21 апреля 2023 г. – Волгоград: ПринТерра-Дизайн, 2023. – Вып. 5. – С. 100–107 (0,4 п. л.).

8. Кривченко, Е.А. Типичное и специфическое в медицинской риторике (на материале произведений художественной литературы) / Е.А. Кривченко // Идеи. Поиски. Решения: материалы XIX Международной научно-практической конференции, Минск, 14 ноября 2025 г. – Минск: БГУ, 2025. – С. 602–608. – Текст: электронный. – URL: https://elib.bsu.by/handle/123456789/342119 (0,4 п. л.).

КРИВЧЕНКО Елена Александровна

КОММУНИКАТИВНО-ПРАГМАТИЧЕСКИЕ
ХАРАКТЕРИСТИКИ ХУДОЖЕСТВЕННЫХ ТЕКСТОВ
НА МЕДИЦИНСКУЮ ТЕМАТИКУ

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени
кандидата филологических наук

Подписано к печати 01.10.26. Формат 60x84/16. Бум. офс.
Гарнитура Times. Усл. печ. л. 1,4. Уч.-изд. л. 1,5. Тираж 110 экз. Заказ .

Научное издательство ВГСПУ «Перемена»
Отпечатано в типографии ИП Миллер А.Г.
400005, Волгоград, пр-кт им. В. И. Ленина, 27