

С.В. Майборода

## КОММУНИКАТИВНЫЕ СТРАТЕГИИ И ТАКТИКИ В РЕЧЕВОЙ ПАРТИИ ВРАЧА В ДИАЛОГЕ О САМОЛЕЧЕНИИ

На материале аудиозаписей диалогов доктора и пациента о самолечении исследованы речевые стратегии коммуникантов, выявлены типичные макроинтенции доктора («поддержать», «запретить», «игнорировать»), в соответствии с которыми предложена классификация коммуникативных стратегий: поддерживающая, отвергающая и игнорирующая. Анализ показал, что наиболее частотной и вариативной является отвергающая стратегия, включающая субстратегии критики и мотивации. Адекватность выбранной стратегии зависит от контекста ситуации и влияет на достижение взаимопонимания с пациентом.

**Ключевые слова:** медицинский дискурс; коммуникативные стратегии и тактики.

**Актуальность.** Проблема организации эффективной коммуникации в сфере медицины приобретает в настоящее время особую актуальность в связи с кризисом доверия населения медицинским учреждениям и врачам, который вызван различными причинами: скептическим отношением общества к современной медицине, формируемым средствами массовой информации, широкой доступностью медицинской и псевдомедицинской литературы, коммерциализацией и бюрократизацией медицины. Отсутствие доверия приводит к конфликту в отношениях врачей и пациентов – первые хотят сотрудничать с дисциплинированными пациентами, которые с уважением относятся к их авторитетному мнению и послушно следуют предписаниям; вторые все чаще подвергают сомнению назначения врачей, становятся более требовательными к профессиональным и коммуникативным качествам медиков. Изменилась внутренняя сущность доверия врачу в лечебном процессе: «Доверие, основанное на слепой вере, следует отличать от доверия заслуженного» [1]. Недостаток доверия вызван также отмечаемой в современной специальной литературе дегуманизацией медицинского обслуживания, т.е. объективирующим, технократическим отношением к человеку в системе медицины [2–4].

В результате дефицита институционального доверия пациенты стремятся к независимости от медицинских институтов, прибегая к медицинскому самообразованию, самостоятельной диагностике заболеваний и, как следствие, к самолечению. В выборе метода самодиагностики и самолечения пациент полагается на собственный опыт, советы родственников, знакомых, провизоров, отзывы на форумах и медицинских сайтах, рекламу препаратов и другие источники, которым он доверяет.

Впоследствии, оказываясь в кабинете врача, пациент часто уже имеет представление о своем диагнозе и высказывает собственное мнение о методах лечения и самолечения, не всегда разделяемое врачом. Так, неоднозначную реакцию врачей вызывают сообщения пациентов о самолечении при помощи «народных» и других нетрадиционных методов лечения, отражающих «наивную картину мира, не вполне соответствующую положениям современной медицинской науки» [5. С. 75]. С другой стороны, не остаются без внимания врачей сообщения о самостоятельной диагности-

ке и лечении пациентов, обладающих ложномедицинской эрудицией и стремящихся разделить или опровергнуть экспертное мнение специалиста. В связи с этим диалог о самолечении выступает как демонстрация инициативы пациента в лечебно-диагностическом процессе и является одним из показателей переходного явления, наблюдаемого в современном медицинском дискурсе: это стремление к преодолению патерналистских установок в общении доктора и пациента.

Переход от патерналистской модели взаимоотношения в медицинском дискурсе к партнерской воспринимается пациентами как возможность равноправного участия в поисках метода диагностики и лечения, что, безусловно, отражается на их установках, типах речевого поведения и выборе языковых средств. Именно поэтому так важна адекватная реакция специалиста на суждения непрофессионала, поскольку ответное речевое поведение врача – коммуникативного и социального лидера медицинского дискурса – влияет на ход диалога, его тональность и тип развития коммуникации: кооперативный или конфликтный, и, как следствие, на возможность установления доверительных отношений с пациентом.

В связи с этим важным объектом современных лингвистических исследований выступает язык медиков (прежде всего врачей-профессионалов) и их речевое поведение, так как от умения врача владеть словом, от уровня речевой культуры и стратегической компетенции во многом зависит формирование комплаентного отношения пациентов к лечебному процессу, иными словами, их готовность следовать предписаниям врача, выполнять рекомендации и план лечения [6]. Отметим также, что учет мотивов, целей и других стратегических особенностей речевой партии пациента в равной степени является важной задачей для исследования медицинского дискурса, поскольку позволяет оптимизировать общение и предупредить возможные коммуникативные сбои.

Особый интерес в изучении дискурса медицины вызывает система коммуникативных стратегий и тактик, присущих данному виду институционального общения и положительно или отрицательно влияющих на достижение взаимопонимания между доктором и пациентом. Различные варианты типологий представлены в работах отечественных и зарубежных исследователей, таких как В.И. Карасик, В.В. Жура, Л.С. Бейлин-

сон, Э.В. Акаева, М.И. Барсукова, Н.Ю. Сидорова, J. Heritage, D.W. Maynard, S. Flei-schman, N. Ainsworth-Vaughn и др. Долгосрочная цель подобных работ – выработка основных принципов определения коммуникативных стратегий и тактик в рамках профессионального дискурса, в том числе медицинского.

Коммуникативная стратегия – процесс построения диалога путем выбора оптимального в конкретной ситуации типа речевого поведения, направленного на достижение цели и обусловленного социальным контекстом и определенными психологическими установками. Реализация коммуникативных стратегий и тактик происходит спланированно или спонтанно на основе свободного выбора оптимального в конкретной ситуации типа речевого поведения, направленного на достижение цели и обусловленного социальным контекстом и определенными психологическими установками. В исследованиях, посвященных профессиональному дискурсу, принято делить речевые стратегии на основные и вспомогательные [7. С. 14].

Основными в медицинском дискурсе являются **диагностирующая, лечащая, рекомендующая** стратегии, т.е. стратегии, реализующие специфические цели: диагностику, лечение, рекомендации [8–10]. Достижение конкретной речевой задачи в процессе построения диалога обеспечивают вспомогательные стратегии, которые имплицитно три целеполагающих компонента: мотив, цель и тактики, вместе подготавливающие прагматический аспект высказывания. Мотивы вспомогательных стратегий основаны на потребности в эффективной коммуникации с наименьшими коммуникативными затратами и зависят от локальных целей общения. Вспомогательная стратегия, направленная на достижение нескольких субцелей, подразделяется на субстратегии, т.е. варианты, являющиеся подчиненными по отношению к ней и обеспечивающие достижение определенной субцели. Субстратегии могут реализовываться как самостоятельно, так и в системе с другими субстратегиями.

Средствами воплощения стратегий и субстратегий в дискурсе выступают речевые тактики и коммуникативные ходы, реализующиеся посредством различных лексико-синтаксических и стилистических средств. В качестве модели описания речевой тактики нами используется система анализа, предложенная О.С. Иссерс:

- 1) цель речевого взаимодействия;
- 2) особенности предстоящего коммуникативного события и типы речевого поведения;
- 3) позиции сторон в диалоге;
- 4) установки на тип общения;
- 5) условия успешности речевой тактики и перлокутивные эффекты;
- 6) последовательность коммуникативных ходов;
- 7) выбор языковых ресурсов [7. С. 247–255].

Тактики, в свою очередь, реализуются при помощи разнообразных коммуникативных действий, или ходов (вопросительные высказывания, переспросы, уточнения, обращения и пр.).

Систематическое описание речевых тактик доктора в медицинском дискурсе было предпринято в исследовании М.И. Барсуковой, где под тактикой пони-

мается совокупность речевых действий, выбираемых и выполняемых коммуникантами в той или иной последовательности для достижения глобальной цели общения. Для каждой из основных стратегий дискурса – диагностической, рекомендующей и лечащей – представлен набор определенных тактик (тактики сближения, убеждения, запроса конкретной информации, угрозы, самопрезентации, утешения, объяснения, обвинения, умолчания, комплимента и др.) [10].

Данная типология тактик не является универсальной, поскольку анализ значительного материала расшифрованных записей реальных коммуникаций «доктор – пациент» позволил выделить массив примеров, не попадающих под уже известные стратегии и тактики. Они отличаются комплексной реализацией и являются специфичными для современного медицинского дискурса. Следовательно, представляется актуальным продолжить изучение записей реальных коммуникаций врачей разных профилей с целью лингвистического уточнения характеристик стратегий и тактик в медицинском дискурсе и определения путей комплаенса, т.е. достижения взаимопонимания между доктором и пациентом.

На наш взгляд, количественные и качественные характеристики стратегий и тактик, применяемых в медицинском дискурсе, могут варьироваться за счет изменений конфигурации медицинских практик и моделей взаимоотношения врача и пациента. Система коммуникативных тактик врача может быть расширена путем введения уровней субстратегий и субтактик, что позволит уточнить имеющуюся классификацию и сопоставить компоненты типологии, выявить и описать типичные коммуникативно-прагматические и лингвистические характеристики речевой партии участников медицинского дискурса.

Учитывая, что «коммуникативный подход к анализу речевого поведения малоэффективен, если игнорируется факт успеха / неудачи акта общения» [7. С. 235], следует выявить наиболее очевидные показатели достижения / недостижения цели коммуникации при обсуждении самолечения, а именно типичные и неожиданные речевые реакции и перлокутивные эффекты. Условия успешности применения определенных стратегий, субстратегий и тактик обнаруживаются при помощи комплексного исследования и сопоставления речевых партий врача и пациента в авторитарной и коллегиальной модели общения.

**Цель:** определение и классификация речевых стратегий и тактик доктора в диалоге о самолечении пациента с точки зрения их влияния на эффективность коммуникации – достижение комплаенса (согласия) в авторитарной и коллегиальной моделях общения.

**Материал исследования:** записи 55 аутентичных диалогов врачей и пациентов, что составляет более 700 минут звучащей речи. Условия сбора, использования и представления материалов исследования были одобрены комитетом по этике ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава РФ.

Для определения объекта исследования – диалогов о самолечении – был проведен анализ записей меди-

цинских консультаций на семантическом, лексическом, лексико-грамматическом и коммуникативно-прагматическом уровне. С позиций семантики наиболее очевидными маркерами тактики являются семантические клише, например: *К врачу не обращался, лечился самостоятельно*. На уровне лексической семантики отмечается выбор слов, связанных с процессом самолечения:

- лексема «сам» (3);
- обозначение действий: *купить* (2), *лечиться* (2), *принимать* (3), *пить* (41), *мазать* (1), *капать* (5), *промыть* (3), *брызгать* (2), *пробовать* (2) и т.п.;
- точные названия лекарственных средств (37);
- искаженные названия лекарственных средств (2);
- названия средств «нетрадиционной медицины» (*корни, алоэ, говяжий желудок, картофельный сок, облепиховое масло, барсучий жир, кагор*).

На лексико-грамматическом уровне отмечается использование неопределенно-личных местоимений и сочетаний неопределенных местоимений с существительными, обозначающими средство лечения (*Что-то от кашля давали? // Какие-то таблетки желтенькие*).

На коммуникативном уровне развитие темы самолечения принадлежит пациенту (24 диалога), тогда как запросы врача о самолечении (*Что принимали? Чем лечились? и т.п.*), инициирующие начало диалога, встречаются только в восьми случаях. Достаточно часто рассказ о самолечении инициируется пациентом посредством вопроса-просьбы (*А можно еще спросить?*), открывающего новую микротему дискурса либо продолжающего текущую тему; реже встречаются нарративы (рассказы о самостоятельном лечении). Между тем в большинстве диалогов сообщении пациента представляет собой констативное высказывание, в котором упоминается название определенного лекарственного средства (*Протила креон // Пью барсучий жир*). Данное высказывание не является ответом на вопрос доктора, а возникает в речевой партии пациента при описании симптомов и способов их устранения.

Таким образом, результаты лингвистического и коммуникативного анализа записей медконсультаций позволили выделить 34 фрагмента диалогов, релевантных теме «самолечение». Объем диалогов колеблется от одной реплики до двадцати и более и составляет более 2 000 слов. Диалог о самолечении является частью устного медицинского дискурса доктора и пациента на этапе расспроса и сбора анамнеза, а также на этапе рекомендаций по лечению.

Основной целью взаимодействия врача и пациента на этапе сбора анамнеза является получение информации об истории настоящего заболевания (диагностирующая стратегия), соответственно, на этапе рекомендаций – презентация назначений (рекомендующая стратегия). Наряду с основными стратегиями на данных этапах беседы реализуются вспомогательные: в речевой партии пациента это стратегия оправдания визита, в рамках которой выделяется стратегия «сообщение о самолечении» [11]; в речевой партии доктора это прагматические и диалоговые стратегии: селективная, организующая и др., а также специфиче-

ские стратегии, реализуемые в ответ на сообщение о самолечении пациента.

Для выделения и классификации речевых стратегий доктора в диалоге о самолечении следует определить коммуникативную цель, к которой стремится врач, выбирая те или иные языковые средства и речевые действия.

Анализ собранного материала показал, что целями доктора в диалогах о самолечении являются определенные макроинтенции: **поддержать (8 диалогов), запретить (17), игнорировать (9)**. Названные коммуникативные цели позволили объединить материал в соответствующие группы диалогов, в которых, на наш взгляд, осуществляются специфические речевые стратегии доктора, реализующиеся посредством определенных коммуникативных тактик.

Рассмотрим подробно указанные группы диалогов.

1. Группа диалогов с макроинтенцией **поддержать**.

Основной характеристикой данных диалогов является сочетание вербальных и невербальных действий в речевой партии врача, выражающих одобрение действий пациента. Например:

(1) П. *А еще у меня бывает изжога, тяжесть – все вместе. Я омегапрозол еще пила.*

Д. *Омегапрозол хороший, его тоже можно пить.*

(2) П. *Я семя льна пью, начала пить.*

Д. *Молодец. По одной четвертой стакана четыре раза в день через час после еды.*

(3) П. *А печень? Может, карсилчик или что?*

Д. *Пожалуйста, пейте карсил, без вопросов.*

П. *А хорошо это? Или я там сама сочиняю?*

Д. *Нет-нет, вам будет нормально.*

Невербальные действия в речи доктора ограничиваются междометиями (*ага, угу, так-так*) и словами с положительным оценочным значением (*хорошо, правильно, отлично, нормально*); редко встречается похвала (*молодец*); невербальные действия представлены кивком (выражение лица при этом остается нейтральным). Речевые действия разрешения реализуются с помощью лексем *можно, конечно*; глаголов в повелительном наклонении: *продолжайте, не прекращайте, попейте* и т.п); повторов: П: *Мне сказали корни попить и они будут это...* Д. *Попейте, попейте*. Выражение одобрения и поддержки усиливается при помощи просодики в речи доктора: мягкий тон с понижением интонации к концу фразы.

Анализ коммуникативно-прагматических и языковых особенностей рассмотренных диалогов позволил определить, что в речевой партии доктора реализуется специфическая речевая стратегия с рабочим названием *поддерживающая*, направленная на кооперативное общение, имеющая своей целью поддержать (одобрить, разрешить) действия адресата, являющаяся прагматической, т.е. зависящей от контекста и ситуации, и реализующаяся при помощи коммуникативных тактик согласия, разрешения, одобрения, похвалы. Поддерживающая стратегия используется как в авторитарном, так и в коллегиальном типах общения и является одним из способов создания комплаенса.

В авторитарном дискурсе одобрение доктором самостоятельных действий пациента выражается при помощи похвалы и речевых тактик разрешения, в коллегиальном – при помощи вербальных и невербальных средств согласия со словами собеседника. Отметим также, что поддерживающая стратегия врача в диалоге о самолечении ограничивается ситуациями, когда самостоятельное лечение пациента приемлемо, оправдано и не способно привести к серьезным осложнениям.

2. Группа диалогов с макроинтенцией **запретить**.

(1) П. *Если лоперамид выпить, то на два дня хватает, если три штуки сразу выпить.*

Д. **Не... не желательно.**

(2) П. *А еще я узнала, что очень хорошо помогает вино.*

Д. *(замирает и поднимает голову) Что-о-о? Вино?*

П. *Да, красное. Кагор надо разводить с маслом.*

Д. **Нет! Вино категорически! Это конец поджелудочной. В вине кислота, а у вас и так гиперсекреция. Желудок просто разъедается изнутри. Даже не думайте!**

В случае, когда доктор не согласен с методами самолечения и решительно отклоняет инициативность пациента, в его речевой партии активно используются слова с семантикой запрета, отрицания, неодобрения: *нет, нельзя, не желательно, категорически* и т.п. Помимо собственно запрещения (основной цели) реализуются также вспомогательные субцели:

1) дать негативную оценку методам самостоятельного лечения пациента и изменить отношение пациента к самолечению в данном случае;

2) скорректировать его дальнейшее поведение.

На основании названных субцелей представим систему из двух субстратегий: **критики** и **мотивации**. Первая осуществляет воздействие на сферу восприятия и интерпретации, а вторая – на мотивационную сферу адресата. Для того чтобы обосновать наличие данных стратегий в речевой партии доктора, проанализируем коммуникативно-прагматические и языковые способы реализации негативной оценки самолечения в речи доктора.

Способы негативной оценки методов самолечения представлены двумя группами коммуникативно-прагматических ходов, объединенных по степени выражения речевой агрессии:

1. Группа с открытыми формами речевой агрессии.

Пример диалога:

П. *Називином капали.*

Д. **Вы. Месяц. Капали. Називином? Милочка! Если месяц капать, то или вылечитесь, или нос отвалится!**

Речевая агрессия в диалоге проявляется в манере речи, задевающей самолюбие, принижающей достоинство собеседника, словесном выражении негативных оценок, эмоций, чувств или намерений в грубой, неприемлемой в данной речевой ситуации форме. К таким речевым ходам относятся прямое порицание, возмущение, осуждение, обвинение, упрек, негодование, обращение, имеющее оттенок пренебрежения и фамильярности. Осуждение действий пациента выра-

жается при помощи парцелляции (*Вы. Месяц. Капали. Називином?*); просодических средств (повышение громкости голоса, растягивание гласных).

2. Группа со стертymi формами речевой агрессии (косвенное осуждение, скрытый упрек, эмоционально-полюемический вопрос, насмешка, ирония, сарказм):

(1) П. *А от отеков я ноги капустными листьями обматывала.*

Д. *И как, помогало?*

П. *Да!*

Д. **Ну а что не обмотались вся капустой?**

(2) П. *А я пью, это самое, пью барсучий жир и это ...*

Д. *(перебивает) Ну зачем барсучий жир?*

П. *Не знаю. Сказали, нужно пить.*

Д. **Кто сказал? Кто сказал? Телевизор?**

Критика в форме речевой агрессии проявляется в отборе резких слов, насмешливых интонаций, в отрицательных оценках собеседника и его действий, неприятных для него намеках и др.

Возможность использования средств речевой агрессии зависит от культуры речевого поведения врача и его коммуникативной компетенции, а также от выбора авторитарной модели общения с пациентом. Психосоциальный тип авторитарной личности проявляется как эго-состояние Родителя в гневе: автоматически оценивающее, порицающее, наказывающее, обвиняющее, ищущее виновного, приказное, авторитарное, запрещающее догматичное, претендующее на правоту [12]. Личностные и интеллектуальные качества пациента принижаются прямым указанием или намеком на недостаточность его тезаурусного фонда знаний (*Кто сказал? Телевизор?*), неспособность принять разумные решения (*Что не обмотались вся капустой?*). Прагматические и языковые средства дискурса направлены на достижение немедленного иллюкутивного и перлокутивного эффектов: смущения, стыда, признания ошибки, самообвинения. Долгосрочная цель агрессивной критики – неповторение действий в будущем.

На лексическом уровне отмечается использование слов с экспрессивно-оценочной семантикой. Данная лексика в коммуникативных ходах предназначена для характеристики *личности* и *поступков* пациента. Указание на ответственность пациента за последствия самолечения подчеркивается многократным употреблением местоимений и глаголов 2 л. мн. ч., (*вы, ваши, вы хотите, вы думаете*). Упрек может быть выражен при помощи риторических и эмоционально-полюемических вопросов и соответствующего им просодического оформления (*Ну зачем барсучий жир?*).

Речевые акты неодобрения в виде эмоционально-полюемических вопросов с ярко выраженной интонацией обладают высокой степенью конфликтогенности, так как вынуждают оппонента либо оправдываться, либо использовать агрессивные речевые приемы: встречные вопросы, возражения (*Д. – Раунатин? Почему такой странный выбор?// П. Я, что ли, делал этот выбор?*). Названный тип вопросов по сути не является вопросительным речевым действием, поскольку направлен не на получение информации, а на выражение упрека и собственных негативных эмоций,

т.е. представляет собой конфронтационный тип поведения.

Итак, рассмотренные способы негативной оценки в виде речевой агрессии свидетельствуют о реализации субтактики **деструктивной критики**, направленной на конфликтное общение и имеющей своей целью дискредитировать собеседника. Данная субтактика используется для быстрого и эффективного воздействия на психику и эмоциональное состояние адресата и предупреждения нежелательного поведения в будущем: заставляя пациента чувствовать стыд и раскаяние за неправильные решения и поступки, доктор предполагает, что в долгосрочной перспективе пациент запомнит свое некомфортное состояние в данной ситуации и не повторит ошибки.

Существенным недостатком данной субтактики является ее высокая конфликтность, так как целью субъекта речевой агрессии является провоцирование у адресата отрицательных эмоций. В некоторых случаях приемы деструктивной критики направлены на ущемление чести и достоинства пациента. Подобные речевые действия находятся вне правового поля, противоречат профессиональным и общегражданским этическим принципам.

Альтернативой деструктивной критике выступает **субтактика конструктивной критики**, которая преследует две цели: дать отрицательную оценку методам самолечения и в то же время не обидеть пациента. Названная субтактика реализуется при помощи информирующих коммуникативных ходов: сообщение альтернативного мнения (*Я не приветствую*); предупреждения (*Это может привести к осложнениям*), демонстрирующих внимание к слову пациента, но при этом эмоционально нейтральных. Помимо этого используются коммуникативные ходы запроса информации о причинах и методах самолечения.

Добавим, что данные типы вопросов оформлены как эмоционально нейтральные (в отличие от риторических) либо в соответствии с приемами эмпатического слушания: с интонацией участия и искренней заинтересованности. Данный коммуникативный ход позволяет не только продемонстрировать интерес к мнению пациента, но и получить сведения об источниках, которым он доверяет, что немаловажно для достижения комплаентности. Пример: *А кто вам рекомендует это средство?*

Негативную оценку методов самолечения смягчают коммуникативные ходы похвалы и одобрения (*Хорошо, что вы, наконец, занялись своим здоровьем*). Тактический прием косвенной оценки позволяет сместить акцент с ошибочных действий пациента на анализ самих методов и их влияние на результаты терапии (*Это не совсем то, что вам подходит / это лекарство с недоказанной терапевтической эффективностью*). Доброжелательный, спокойный, уверенный и твердый тон речи доктора создает атмосферу доверия и сотрудничества, равно как и *мы-совместное*, глаголы 1 л. мн. ч. Субтактика конструктивной критики является, на наш взгляд, эффективным способом обеспечения комплаенса в процессе общения доктора и пациента.

Таким образом, субстратегия **критики** реализуется посредством приемов отрицательной оценки с экспрессивно-эмоциональной составляющей (субтактики деструктивной критики), а также оценки с аргументирующей составляющей (субтактики конструктивной критики).

**Субстратегия мотивации** осуществляется при помощи приемов намеренного речевого воздействия, посредством авторитета (носителя более высокого институционального статуса, экспертной власти); манипуляции; убеждения или аргументации; психологического давления [7. С. 27]. Рассмотрим фрагмент диалога врача и пациента:

(3) Д. Вы пьете пентаксилин. И после этого начались боли в желудке? Что принимали? Аспирин, кардиомагнил или?

П. Нимесил.

Д. **Во-от!** Все нимесил ваш! Ну все!

П. Но у меня ноги...

Д. **Запомните:** когда вы пьете нимесил, аспирин, ибупрофен, то есть все, что связано с нестероидными противовоспалительными, **вы всегда должны пить омез. Запомнили?** Можно фосфалюгель, чтобы у вас **всегда был защищен желудок**, когда вы принимаете такие препараты. **Обязательно** пить что-нибудь **защищающее желудок**. Потому что у вас есть **предрасположенность, понимаете?**

Коммуникативные цели врача в данном диалоге – негативная оценка действий пациента и коррекция его дальнейшего поведения. Первая цель реализуется с помощью субстратегии деструктивной критики. Об этом свидетельствуют речевые средства, которые используются для выражения упрека, неодобрения, например восклицание (*Ну все!*), растягивание гласных (*Во-от!*), указание на ответственность пациента за его самостоятельный выбор (*Все нимесил ваш*).

Для достижения второй цели доктор прибегает к субстратегии, призванной мотивировать пациента изменить свое поведение в будущем. Для этого говорящий использует специфические речевые средства воздействия на собеседника: слово-зачин для привлечения внимания (*Запомните*); модальность долженствования (*Вы всегда должны пить омез*); интенсификаторы (*Обязательно, всегда*); контролирующие вопросы (*Запомнили? Понимаете?*); повторение позитивных и негативных аргументирующих и предупреждающих речевых действий (*Чтобы всегда был защищен желудок; что-нибудь защищающее желудок; у вас предрасположенность*).

Согласно классификации Парсонса, стратегии воздействия (подчинения) основываются на использовании позитивных и негативных стимулов, а также способов, посредством которых стимул доводится до адресата: ситуативных (предупреждения, угрозы, обещания) и интенциональных (рациональные доводы, указание на пользу / вред для адресата) [13]. Взяв за основу принципы данной классификации, мы дифференцировали тактики, реализующие субстратегию *мотивации*, на два подтипа: тактика *эмоционального воздействия* и тактика *рационального воздействия*.

**Тактика эмоционального воздействия.** Как было отмечено ранее, конечной целью, отвергающей стра-

тегии доктора, является коррекция поведения пациента с помощью приемов намеренного речевого воздействия. Тактика эмоционального воздействия, выбранная говорящим для достижения данной цели, носит характер открытого психологического давления и реализуется при помощи коммуникативных ходов предупреждения-угрозы, требования, неаргументированного запрещения.

Наибольшей степенью интенсивности воздействия обладают предупреждения-угрозы (превентивы), которые призваны предотвратить попытки пациента продолжить самолечение в будущем. Высказывания с интенцией угрозы имеют негативную направленность и представлены в виде сложноподчиненных конструкций с придаточными частями условия. Признаки ультимативной угрозы отмечаются в высказываниях, где пациента ставят перед выбором, который оформлен разделительным союзом *или*. Запрещение без аргументации является статусно-маркированным и статусно-фиксированным речевым актом с восходящим вектором говорящего [14]. С одной стороны, это социально оправдано, а с другой – запрет без пояснений (особенно выраженный при помощи инфинитивных побудительных высказываний типа *прекратит немедленно!*) свидетельствует о высокой степени авторитарности в речевом поведении доктора, что не всегда приводит к сокращению дистанции и установлению партнерских отношений с пациентом. Более того, в ситуации общения с тревожным пациентом описанные выше речевые действия могут привести к негативным эмоциональным реакциям.

Причиной выбора тактики эмоционального воздействия для реализации отвергающей стратегии можно назвать желание быстро и эффективно воздействовать на адресата путем приказа или запугивания. Данная тактика может быть успешной в том случае, если пациент слепо доверяет и готов подчиниться авторитарному собеседнику. Тем не менее, открытые формы психологического давления в речи врача вредят имиджу пациента, так как демонстрируют социальное и профессиональное превосходство первого и расцениваются как «игра на понижение» и неуважение к личности последнего.

Эмоциогенность тактики заставляет причислить ее к способам речевой агрессии. Предупреждения-угрозы, требования, запрещения без аргументации не способствуют гармоничному общению и поддержанию доверительных отношений между собеседниками и, соответственно, не являются эффективными для реализации коллегиальной модели взаимоотношений. Данные тактические приемы эффективно используются врачами при общении с готовыми подчиняться, конформными пациентами, предпочитающими традиционную патерналистскую модель общения и уважающими авторитарное мнение доктора.

**Тактика рационального воздействия.** В отличие от «точечных ударов» тактики эмоционального воздействия, нацеленной на быстрое достижение результата, тактика рационального воздействия формируется комплексной последовательностью коммуникативных ходов. Конечной целью является не просто за-

прет, но переубеждение. Последовательность распределения коммуникативных ходов имеет определенную закономерность в зависимости от ответной реакции пациента. Вариант распределения коммуникативных приемов:

Этап 1. Цель: выяснение причин, по которым пациент вынужден был лечиться самостоятельно, оценка метода лечения. Коммуникативные ходы: вербальное и невербальное выражение полного или частичного несогласия с позицией пациента, запрос информации, оценка (*А почему вы решили принять X? А кто вам назначил X? Я не приветствую*).

Этап 2. Цель: аргументация + негативный стимул: указание на последствия метода самолечения с использованием причинно-следственного моделирования (*Это не лучший выбор для вас, потому что препарат плохо влияет на слизистую желудка*) и акцента на утилитарных моментах (*Вы только деньги потратите, а лечения не получите*).

Этап 3. Цель: выражение альтернативного мнения и представление совместного плана действий. Коммуникативные ходы: информирование, акцент на общности (*Давайте мы с вами сделаем так...*).

Этап 4. Цель: аргументация + позитивный стимул, усиление эффекта воздействия. Коммуникативные ходы: апелляция к категориям блага и пользы (*это будет лучше для вас*), акцент на утилитарных моментах (*это намного дешевле*), указание на положительные моменты предлагаемого лечения (*это проще и эффективнее*), иллюстрация, нарратив.

Этап 5. Цель: закрепление и контроль восприятия. Коммуникативные ходы: дублирование ключевых моментов, повтор, контролирующие вопросы (*Вы поняли, что нужно делать?*), коммуникативные приемы, вынуждающие собеседника выразить согласие с говорящим, например: *Мы с вами договорились?*

Анализ материала показывает, что рассмотренная тактика не сводится к использованию одного коммуникативного хода, следовательно, она коммуникативно не экономна. Несмотря на это, тактика эффективна при общении с критично или агрессивно настроенными пациентами. Убеждение является наиболее сложным способом речевого воздействия на сознание пациента путем обращения к его собственному критическому осмыслению информации и стимулированию рефлексии. Эмоциональная отстраненность и система логических доводов, реализуемая посредством суггестивов и аргументирующих речевых ходов (объяснений, примеров, нарративов), соответствующий отбор языковых средств (избегание экспрессивной лексики, эмотивов) расширяют диапазон воздействия на адресата и в комплексе способствуют успешной реализации коммуникативной цели, а контролирующие вопросы позволяют доктору убедиться в результативности тактики.

Рассмотренные компоненты классификации отвергающей стратегии дают четыре условных модели, в основе которых лежит общая стратегическая цель, а вариативные реализации порождаются в зависимости от коммуникативного контекста:

1) субтактика деструктивной критики + субтактика эмоционального воздействия;

2) субтактика деструктивной критики + субтактика рационального воздействия;

3) субтактика конструктивной критики + субтактика эмоционального воздействия;

4) субтактика конструктивной критики + субтактика рационального воздействия.

Данные модели представляют собой абстракции, которые можно рассматривать как континуум, на одном полюсе которого находятся сочетания позитивных элементов, а на другом – негативных. Промежуточную позицию составляют модели, допускающие возможность сочетания позитивного и негативного элементов. Рассмотрим полярные модели отвергающей стратегии.

**Субтактика конструктивной критики + субтактика рационального воздействия.** Комплекс конструктивных речевых действий и субтактики рационального воздействия представляет собой механизм коммуникации, позволяющий врачу, с одной стороны, в уважительной форме выразить критическое отношение к действиям и убеждениям пациента относительно самолечения, а с другой – предложить альтернативную программу действий, представив ее как продукт совместного принятия решений. Более того, эмоциональная отстраненность конструктивной критики и логически выстроенная система аргументации свидетельствуют о профессиональной компетентности и коммуникативной компетенции врача, что обеспечивает установление и поддержание доверительных отношений в диаде «врач–пациент».

Сочетание **субтактик деструктивной критики и эмоционального воздействия** проходит на грани кооперативного и конфликтного типов общения и дает риск тактической неудачи, так как содержит приемы прямого речевого давления и другие способы негативного психологического воздействия, способные привести к нежелательным для участников общения перлокутивным эффектам. Другие модели отвергающей стратегии, безусловно, также заслуживают более пристального внимания.

3. Группа диалогов с макроинтенцией **игнорировать**.

Анализ диалогов о самолечении позволил выделить ряд примеров, в которых отмечается полное или частичное отсутствие выраженной ответной реакции на сообщение пациента о самолечении:

(1) Д. *Что-то от каши давали?*

П. *Аскорил. Больше ничего. Ну, нос промывали, горло брызгали.*

Д. *Что ж, давайте измерим [температуру].*

(2) Д. *Чем сбивали температуру?*

П. *Нурофеном.*

Д. *Возьмите ибуклин. Там ибупрофен с парацетамолом.*

(3) П. *Иногда как ток прошел по сердцу и – боль. И сидела я как-то, а ко мне пришла навестить меня соседка. Я ей рассказала, а она: «Ой! Я тебе конкор принесу!». И достала пол-таблеточки. Я выпила – оно помогло. Может, вы тоже мне что-нибудь такое выпишите?*

(пауза 1 мин)

П. *Вот потеплеет, ЭКГ надо будет сделать, анализы сдать мне, да?*

Д. *Да.*

Полное или частичное отсутствие оценки или реакции на слова собеседника могут свидетельствовать о низкой степени актуальности информации для слушающего. Иными словами, последний вербально реагирует на ту информацию, которая представляется важной и нужной, предпочитая оставлять неактуальные или очевидные сведения «за кадром». Рассмотренный тип речевого поведения врача предполагает наличие прагматической стратегии в его речевой партии. Данная стратегия получила рабочее название **игнорирующая**, а разновидностями ее реализации предположительно выступают **аннулирующая** тактика (полное умолчание) и тактика **альтернативы** (частичное умолчание).

**Аннулирующая** тактика как тип речевого поведения доктора характеризуется тем, что на сообщение пациента о самолечении не следует немедленной или отсроченной реакции. Продолжением диалога служит новая микротема, формально и содержательно не связанная с репликой пациента. Тактика используется врачом в той ситуации, когда методы самостоятельного лечения, о которых говорит пациент, приемлемы настолько, что становятся рутинными, не заслуживающими особого внимания и обсуждения. Однако данная тактика может стать конфликтогенной, если умолчание следует в ответ на конкретный вопрос пациента или на просьбу дать оценку его действиям, поскольку расценивается как невнимательное отношение и выражение авторитарности.

В отличие от аннулирующей, тактика **альтернативы** предусматривает ответную реакцию врача на сообщение о самолечении. Например: Д – *Чем снимаете боль [ребенку]?* / П. – *Даю полтаблетки цитрамона.* / Д. – *Давайте ибупрофен.* В отличие от речевых действий поддерживающей и отвергающей стратегий, в реализации тактики альтернативы отсутствует эксплицитно выраженная оценка действий пациента. Реагируя на сообщение пациента о методах самолечения, доктор называет другой вариант терапии, но не предлагает никаких оценок и пояснений.

Важным условием успешности названной тактики является ее пресуппозиция: врач должен быть уверен в том, что пациент полностью доверяет и беспрекословно подчиняется ему, признавая в нем авторитет профессионала. Иными словами, альтернативный метод, предлагаемый врачом, должен априори расцениваться пациентом как правильный и действенный. Убедиться в успешной / неуспешной реализации тактики говорящему позволяют типичные реакции адресата.

Так, об успешности свидетельствуют типовые вербальные и невербальные реакции согласия (*да, хорошо, конечно*). Низкая результативность тактики выявляется в ответных коммуникативных ходах уточнения (*– А какое в нем действующее вещество?*); требования пояснений для восполнения информационной лакуны (*– А чем оно лучше моего?*) и возражения (*– А у меня на него аллергия*), невербальных знаков сомнения, непонимания, замешательства. Однако особенно неоднозначной реакцией является ответное молчание

пациента (отсутствие реакции), которое может свидетельствовать как о безусловном подчинении, так и о недоверии доктору и, соответственно, отсутствии комплаентности.

Анализ тактики альтернативы показал, что эффективность ее является спорной, так как отсутствует однозначная оценка действий пациента, следовательно, остается невыясненной приемлемость методов самолечения. Неоднозначность умолчания выражается в том, что данный прием может быть эквивалентом как одобрения, так и негативной оценки. В результате далеко не всегда можно прогнозировать, насколько адекватно адресат интерпретировал коммуникативное намерение говорящего. Например, пациент владеет поверхностными знаниями о схожем действии на организм лекарственного средства X, которое он самостоятельно принимает, и Y, которое называет врач. Соответственно, пациент не видит разницы между X и Y. На этом основании он делает вывод, что предложенный доктором вариант Y не представляет ценности, принимать его нет смысла, а назначение доктора – демонстрация экспертной власти.

Другой вариант неверного понимания: пациент интерпретирует умолчание как одобрение методов самолечения и делает вывод, что названное доктором лекарственное средство является дополнением к тому препарату, который он использует самостоятельно. Разница в пресуппозициональных составляющих когнитивной базы коммуникантов не позволяет адресату адекватно интерпретировать сообщение адресанта. Таким образом, происходит нейтрализация тактики (термин О.С. Иссерс), когда неверная (нежелательная) интерпретация эксплицитного высказывания приводит к эффекту, противоположному ожидаемому.

Для того чтобы избежать неадекватных и нежелательных интерпретаций и скорректировать нежелательные последствия и выводы, тактика *альтернативы* изначально должна включать дополнительные коммуникативные ходы: аргументацию, разъяснение, уточнение. Для сравнения дополним рассмотренный выше пример аргументирующим коммуникативным ходом: – *Чем снимаете боль [ребенку]? / – Даю полтаблетки цитрамона. / – Давайте ибупрофен. Цитрамон содержит ацетилсалициловую кислоту, она пагубно влияет на слизистую желудка // Ибупрофен не так часто вызывает желудочные проблемы.*

В данном случае учитывается отсутствие нужных фоновых знаний у оппонента и дается косвенная оценка метода самолечения пациента путем указания на негативные побочные эффекты используемого им лекарственного средства. Либо сравниваются оба метода: оценка метода самолечения дополняется указанием на достоинства предлагаемой альтернативы при помощи коммуникативного хода апелляции к категориям Вреда или Пользы: – *При длительном приеме цитрамон может вызвать серьезные осложнения. Принимайте лучше ибупрофен, он обладает аналогичными лечебными свойствами, но при этом побочных действий у него меньше.*

Таким образом, промежуточную позицию в ряду вариантов речевых действий врача занимает игнори-

рующая стратегия. Выбор названной стратегии зависит от конкретной ситуации и установки на тип общения: кооперативный или конфликтный. Например, игнорирование может использоваться и как способ избежать конфронтации, и как способ провокации конфликта. Но здесь следует отметить, что в ситуации расспроса пациента мы рассматриваем игнорирующую тактику не как тип поведения личности в конфликтной ситуации, а как вариант речевого поведения в процессе кооперативного общения. Игнорирующая стратегия, реализующаяся при помощи аннулирующей тактики, может рассматриваться как показатель авторитарного поведения врача и расцениваться пациентом как невнимание к его словам. Соответственно, тактика альтернативы является более предпочтительной в дискурсе доктора и пациента, однако в том случае, если она включает дополнительные речевые ходы разъяснения, аргументации.

**Заключение.** Вариативность речевого поведения врача зависит от социального и коммуникативного контекста и включает поддерживающую, отвергающую и игнорирующую прагматические стратегии, реализующие соответствующие интенции и имеющие глобальную цель – воздействие на поведение пациента и создание комплаентных отношений. Анализ языковых и коммуникативно-прагматических особенностей компонентов классификации показал, что поддерживающая стратегия в речи доктора реализуется в ситуации, когда инициатива пациента в оказании самостоятельной помощи допустима и соответствует концепции ответственного самолечения. Отвергающая стратегия является комплексной и представлена как система из двух субстратегий: критики и мотивации. Компонентами субстратегий выступают тактики конструктивной и деструктивной критики, эмоционального и рационального воздействия, позитивно или негативно влияющих на достижение комплаенса.

Пересечение позитивных и негативных элементов дает четыре условных модели, наиболее эффективной из которых является модель, сочетающая тактики конструктивной критики и рационального воздействия, использующая преимущественно при коллегиальном общении доктора и пациента. Модель, содержащая тактики деструктивной критики и эмоционального воздействия, используется при авторитарном общении и является рискогенной в силу того, что проходит на грани конфликтного и кооперативного типов общения. Игнорирующая стратегия, реализуемая посредством двух тактических вариантов – аннулирующей тактики и тактики альтернативы, может свидетельствовать как о кооперативном, так и о конфликтном общении. Умолчание, как ядерная интенция стратегии, приводит к неоднозначности и непредсказуемости перлокутивных эффектов, вследствие чего невозможно прогнозировать успех и результативность стратегии. Тактики игнорирующей стратегии требуют дополнительных коммуникативных ходов для того, чтобы избежать нежелательных последствий и неоднозначности в процессе установления долговременного комплаенса.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Katz J. *The silent world of doctor and patient*. New York : The Free Press, 1984. 263 p.
2. Hyden Lars-Christer *Illness and Narrative // Sociology of Health & Illness*, 1997. Vol. 19, is. 1. P. 48–69.
3. Beauchamp T.L., Childress J.F. *Principles of biomedical ethics*. Oxford University Press, 1989.
4. Аронсон П. Утрата институционального доверия в российском здравоохранении // *Журнал социологии и социальной антропологии*. 2006. № 2. С. 120–131.
5. Жура В.В. Нарратологические исследования устного медицинского дискурса // *Международный журнал исследований культуры*. 2013. № 1 (10). С. 72–78.
6. Асриян О.Б. Комплаенс как результат коммуникативной компетентности врача // *Pacific Medical Journal*. 2016. № 4. P. 93–97.
7. Иссерс О.С. Коммуникативные стратегии и тактики русской речи. 5-е изд. М. : Изд-во ЛКИ, 2008. 288 с.
8. Карасик В.И. *Языковой круг: личность, концепты, дискурс*. Волгоград : Перемена, 2002. 477 с.
9. Бейлинсон Л.С. Характеристики медико-педагогического дискурса (на материале логопедических рекомендаций) : дис. ... канд. филол. наук. Волгоград, 2001. 168 с.
10. Барсукова М.И. *Медицинский дискурс: стратегии и тактики речевого поведения врача* : дис. ... канд. филол. наук. Саратов, 2007. 141 с.
11. Майборода С.В. Речевая тактика «сообщение о самолечении» в диалоге доктора и пациента // *Русский язык в поликультурном мире* : сб. науч. ст. II Международного симпозиума : в 2 т. / отв. ред. Е.Я. Титаренко. 2018. Т. 1. С. 492–498.
12. Берн Э.Л. *Игры, в которые играют люди. Психология человеческих взаимоотношений* / пер. с англ. А.А. Грузберг; терминологическая правка В. Данченко. Киев : PSYLIB, 2004.
13. Parsons T. On the concept of influence // *The Public Opinion Quarterly*. 1963. Vol. 27, № 1. P. 37–62.
14. Руссинова Т.В. Особенности функционирования запрета: На материале русского и английского языков : дис. ... канд. филол. наук. Саратов, 2006. 219 с.

Статья представлена научной редакцией «Филология» 25 сентября 2019 г.

### **Communicative Strategies and Tactics in the Doctor's Speech in Dialogues About Self-Treatment**

*Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo universiteta – Tomsk State University Journal*, 2019, 448, 65–74.

DOI: 10.17223/15617793/448/8

**Svetlana V. Mayboroda**, V.I. Vernadsky Crimean Federal University (Simferopol, Russian Federation); Saratov State Medical University named after V. I. Razumovsky (Saratov, Russian Federation). E-mail: ameli25@yandex.ru

**Keywords:** medical discourse; communicative strategies and tactics.

The article presents the results of the study of dialogues between the doctor and the patient about self-treatment in order to classify the speech strategies and tactics of the physician and evaluate their effectiveness in achieving mutual understanding with the patient. Fifty-five records of medical consultations were analyzed at semantic, lexical, lexical-grammatical and communicative-pragmatic levels and 34 fragments of dialogues relevant to the topic “self-treatment” were revealed. As a result of their analysis, the typical macrointentions in the doctor's speech were determined: to support (8 dialogues), to prohibit (17 dialogues), to ignore (9 dialogues). These communicative goals allowed to unite the material into appropriate groups of dialogues, in which specific speech strategies are implemented with the working names *supporting*, *rejecting* and *ignoring*. It has been established that these strategies are used both in authoritarian and collegial discourse, pursue common goals, but differ in tactical methods and techniques of language expression in the mentioned types of discourses. The *supporting* strategy is intended to approve patient's actions in situations when self-treatment is acceptable and justified. In authoritarian discourse, the goal is achieved through praise and verbal permission tactics, in collegial through verbal and non-verbal means of agreement with the words of the interlocutor. The most frequent is the *rejecting* strategy aimed at prohibiting independent actions of the patient. It is variable and presents a system of two sub-strategies that are realized through sub-tactics of constructive and destructive criticism, as well as tactics of emotional and rational effect. To establish the long-term compliance, the combination of sub-tactics of constructive criticism and rational effect is effective; it is used primarily in collegial communication between the doctor and the patient. The combination of sub-tactics of emotional effect and destructive criticism is carried out in authoritarian communication; it actively influences the patient's behavior, but is risky as it goes on the verge of conflicting and cooperative types of communication. The *ignoring* strategy realized through two tactical options, the annulling tactics and tactics of alternative, can testify both to cooperative and conflicting communication. Keeping silence, as the nuclear intention of strategy, leads to ambiguity, and, therefore, additional communicative acts in order to avoid undesirable consequences and ambiguity in establishing long-term compliance are required. The choice of an adequate speech strategy by the doctor in discussing self-treatment affects the type of communication development: cooperative or conflicting, the possibility of establishing a trusting relationship with the patient.

## REFERENCES

1. Katz, J. (1984) *The silent world of doctor and patient*. New York: The Free Press.
2. Hyden, L.-Ch. (1997) *Illness and Narrative. Sociology of Health & Illness*. 19 (1). pp. 48–69.
3. Beauchamp, T.L. & Childress, J.F. (1989) *Principles of biomedical ethics*. Oxford: Oxford University Press.
4. Aronson, P. (2006) Utrata institucional'nogo doveriya v rossiyskom zdravookhraneni [The loss of institutional trust in Russian healthcare]. *Zhurnal sotsiologii i sotsial'noy antropologii – Journal of Sociology and Social Anthropology*. 2. pp. 120–131.
5. Zhura, V.V. (2013) Narratological Studies of Spoken Medical Discourse. *Mezhdunarodnyy zhurnal issledovaniy kul'tury – International Journal of Cultural Research*. 1 (10). pp. 72–78. (In Russian).
6. Asriyan, O.B. (2016) Komplians as result of communicative competence of the doctor. *Tikhookeanskiy meditsinskiy zhurnal – Pacific Medical Journal*. 4. pp. 93–97. (In Russian). DOI: 10.17238/PmJ1609-1175.2016.4.93-97
7. Issers O.S. (2008) *Kommunikativnye strategii i taktiki russkoy rechi* [Communicative strategies and tactics of Russian speech]. 5th ed. Moscow: Izdatel'stvo LKI.
8. Karasik, V.I. (2002) *Yazykovoy krug: lichnost', kontsepty, diskurs* [Language circle: personality, concepts, discourse]. Volgograd: Peremena.
9. Beylinson, L.S. (2001) *Kharakteristiki mediko-pedagogicheskogo diskursa (na materiale logopedicheskikh rekomendatsiy)* [Characteristics of medical and pedagogical discourse (based on speech therapy recommendations)]. Philology Cand. Diss. Volgograd.
10. Barsukova, M.I. (2007) *Meditsinskiy diskurs: strategii i taktiki rechevogo povedeniya vracha* [Medical discourse: strategies and tactics of a doctor's speech behavior]. Philology Cand. Diss. Saratov.

11. Mayboroda, S.V. (2018) Rechevaya taktika “soobshchenie o samolechenii” v dialoge doktora i patsienta [Speech tactics “message about self-medication” in a dialogue between a doctor and a patient]. In: Titarenko, E.Ya. (ed.) *Russkiy yazyk v polikul'turnom mire* [Russian in the Multicultural World]. Vol. 1. Simferopol': IT “ARIAL”. pp. 492–498.
12. Berne, E.L. (2004) *Igry, v kotorye igrayut lyudi. Psikhologiya chelovecheskikh vzaimootnosheniy* [Games People Play: The Psychology of Human Relationships]. Translated from English by A.A. Gruzberg. Kiev: PSYLIB.
13. Parsons, T. (1963) On the concept of influence. *The Public Opinion Quarterly*. 27 (1). pp. 37–62.
14. Russinova, T.V. (2006) *Osobennosti funktsionirovaniya zapreta: Na materiale russkogo i angliyskogo yazykov* [Features of the forbiddenness: On the material of the Russian and English languages]. Philology Cand. Diss. Saratov.

Received: 25 September 2019