

Санкт-Петербургский государственный университет

КОЗЫРЕВ Матвей Михайлович

Выпускная квалификационная работа

**Способы описания проблемных ситуаций, связанных с нарушением
двигательных функций (на материале английского языка)**

Уровень образования: магистратура

Направление 45.04.02 «Лингвистика»

Основная образовательная программа ВМ.5799 «Дискурс и вариативность
английского языка»

Научный руководитель:
ст. преп., Кафедра английской
филологии и лингвокультурологии,
Кудря Светлана Владимировна

Рецензент:
доцент, ФГБОУВО
«Санкт-Петербургский
государственный
экономический
университет»,
Абубакарова Бриллиант
Магомедовна

Санкт-Петербург
2021

Оглавление

Оглавление.....	2
Введение.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИССЛЕДОВАНИЯ АНГЛОЯЗЫЧНОГО МЕДИЦИНСКОГО ДИСКУРСА.....	8
1.1. Прагма-коммуникативный подход к изучению медицинского дискурса.....	8
1.1.1. Медицинский дискурс как вид институционального дискурса.....	8
1.1.2. Жалоба как микро-жанр медицинского институционального дискурса.....	16
1.1.3. Типы жалобы в современном медицинском дискурсе.....	19
1.2. Медицинский дискурс в англоязычных странах.....	22
1.2.1. Коммуникация врач-пациент.....	28
1.2.1.1. Medical Writing как процесс создания медицинского текста адаптированного для непрофессионального реципиента.....	28
1.2.1.2. Жанр медицинского буклета.....	29
1.2.2. Коммуникация пациент-пациент.....	30
1.2.2.1. Форум как жанр сетевого медицинского дискурса.....	33
Выводы по главе 1.....	35
ГЛАВА 2. ПРАГМА-КОММУНИКАТИВНЫЙ АНАЛИЗ ВЫСКАЗЫВАНИЙ О ЗАТРУДНЕНИЯХ, СВЯЗАННЫХ С НАРУШЕНИЕМ ДВИГАТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ.....	37
2.1. Описание сложностей, связанных с нарушением двигательных функций, в коммуникации врач-пациент.....	38
2.1.1. Трудности, связанные с перемещением.....	38
2.1.2. Трудности, связанные с манипуляциями.....	45
2.1.3. Трудности, связанные с изменением положения тела.....	50
2.1.4. Трудности, связанные с контактами с людьми.....	52
2.1.5. Трудности эмоционального плана.....	57
2.2. Описание сложностей, связанных с нарушением двигательных функций, в коммуникации пациент-пациент.....	59
2.2.1. Боль и дискомфорт.....	59
2.2.2. Трудности, связанные с перемещением.....	63
2.2.3. Трудности, связанные с манипуляциями.....	65
2.2.4. Трудности, связанные с изменением положения тела.....	69
2.2.5. Трудности, связанные с контактами с людьми.....	73
2.2.6. Трудности эмоционального плана.....	75
Выводы по главе 2.....	79
Заключение.....	81
Список литературы.....	84
Ссылки на источники примеров.....	92

Введение

Рассуждая о гуманистической направленности медицины, являющейся антропоориентированной сферой, мы наблюдаем, как в современном мире, в соответствующем ей институциональном медицинском дискурсе, общение между клиентом и агентом становится всё более **пациентоориентованным**. Впервые этот термин появляется в трудах британского психолога Э. Балинт. Исследовательница отмечает, что в настоящее время необходимо следовать новому типу медицинского мышления, который получил название «**пациентоориентованной медицины**». Под этим понимается, что врачу, помимо определения локализации болезни, необходимо осмотреть пациента полностью (как физическую, так и духовную составляющую), чтобы поставить общий диагноз. Для этого надо использовать всё, что врач знает о своём пациенте, а понимать последнего ему следует как уникальную личность (Balint 1969: 269-276). Соответственно, сущность пациентоориентованной медицины, по определению Дж. Левинстейна, заключается в попытке врача войти в мир пациента, увидеть его болезни в его же глазах. Это происходит с помощью такого поведения, которое способствует открытости пациента (Levenstein 1986: 24-30). Похожей точки зрения придерживается и Ш. Ивен, который предлагает воспринимать пациента как личность, то есть понимать выявления болезни не только в биомедицинском контексте, но и в социальном, культурном и психологическом, учитывая также, как сам пациент воспринимает свою болезнь и как болезнь становится заболеванием (Ewen 2011: 15).

Вместе с тем, наблюдения над функционированием языковых средств в высказываниях, лежащих в основе институционального дискурса, свидетельствуют и в пользу ещё одной, противоположной тенденции – ориентированности современной медицинской парадигмы на врача.

В связи с этим, актуальным представляется обратиться к анализу языковых средств, которые используются сегодня в письменной коммуникации «агент-клиент» и «клиент-клиент».

Настоящая работа посвящена **анализу лексических и грамматических средств**, используемых для описания проблемных ситуаций в связи с нарушением двигательных функций.

Вовлечение пациента как коммуниканта в принятие решений относительно своего лечения затруднено тем, что врачи обладают специальными знаниями, которые отсутствуют у пациента. В связи с этим возникает потребность в информировании пациента в ясной для него форме, постоянно совершенствуются способы описания медицинских фактов для непрофессионалов. Благодаря анализу языковых средств становится ясно, как язык медицинской информации адаптируется и преобразовывается для пациента.

Наконец, представляется интересным, как в ситуации разговора о повседневных трудностях, связанных с заболеванием, проявляется такая черта англоязычной лингвокультуры, как «коммуникативный оптимизм», который отмечается некоторыми исследователями, специалистами в области межличностной и межкультурной коммуникации. Таким образом, **актуальность** обусловлена тем, что работа посвящена изучению функционирования языка в разных институциональных коммуникативных ситуациях и выполнена в русле исследований, посвященных **лингвистике текста, дискурс-анализу и прагма-коммуникативного анализу**.

Объектом исследования выступает языковая репрезентация медицинской информации. **Предметом** исследования являются лексические и грамматические единицы в высказываниях на заданную тему.

Целью данной работы является **прагма-коммуникативный анализ** средств языковой репрезентации, используемых носителями английского языка при описании сложностей, связанных с нарушением двигательных функций.

В соответствии с указанной целью мы в настоящей работе ставим перед собой следующие **задачи**:

1. Рассмотреть существующие исследования по теории текста, анализу дискурса, уделяя особое внимание **медицинскому институциональному дискурсу**.

2. Проанализировать современные работы, посвященные клиенториентированным текстам в медицине, а также медицинским форумам для больных с двигательными нарушениями.

3. Провести анализ текстов, ориентированных на интересующую нас группу пациентов текстов, написанных профессионалами – врачами, специалистами по составлению медицинских текстов (так называемыми *medical writers*).

4. Проанализировать высказывания пациентов интересующей нас группы при диалогическом общении друг с другом на специализированных форумах.

5. Выявить композиционные и лексико-стилистические особенности языковой репрезентации информации о трудностях, связанных с нарушением двигательных функций, в коммуникации «врач-пациент» и «пациент-пациент».

Для достижения поставленной цели и решения задач были выбраны следующие методы исследования: **метод прагмалингвистического и контекстно-дискурсивного описания языковых репрезентаций**.

Теоретической основой исследования являются работы в области теории дискурса и теории коммуникации (М. Фуко 1996, Т. ван Дейк 1989, Н.Д. Арутюнова 1990), институциональной коммуникации и социалингвистики (В.И. Карасик 2000, М. Foucault 1996), медицинского дискурса (С.В. Кудря 2012, Ю.В. Рудова 2008, А.М. Fage-Butler, M.N. Jensen 2016, В.В. Reeve 2017), теории текста (И.Р. Гальперин 2007, И.С. Алексеева 2004).

Материалом исследования являются англоязычные медицинские буклеты и высказывания носителей английского языка на медицинских Интернет-форумах США и Великобритании, отобранные методом сплошной выборки.

Научная новизна и теоретическая значимость исследования состоят в том, что в нём проводится **контекстно-дискурсивный анализ** англоязычных медицинских текстов Интернет-ресурсов, в том числе на форумах, в рамках которого рассматривается новая форма взаимодействия между агентом и клиентом институционального дискурса в области медицины, оценивается роль языка как основного механизма формирования сообщества его носителей, объединённых общими трудностями.

Практическая значимость работы состоит в возможности применения её результатов в области практики и теории перевода и межкультурной коммуникации, а также в возможности использования полученных данных в теоретических и практических курсах по английскому языку, в частности в курсах лексикологии и лингвокультурологии.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. В настоящее время происходит смещение акцентов с монологического «субъект-объектного» взаимодействия врача с пациентом на диалогическое «субъект-субъектное». Статус пациента как участника коммуникации изменяется: будучи клиентом англоязычного медицинского дискурса он выдвигается на первый план. Данная тенденция соответствует современной медицинской парадигме – пациентоориентированной коммуникации (patient-centered communication (PCC)).

2. Если формально медицинский дискурс действительно проявляет все признаки институционального дискурса, то в плане содержания он обнаруживает также ряд характеристик, более типичных для личностно-ориентированных типов дискурса: с помощью специальных стилистических средств выполняется контактоустанавливающая функция, способствующая коммуникативному сближению агента и клиента. Врачами исключается

излишняя эмоциональность высказываний посредством использования обобщений и слов широкой семантики, что доказывает развитие обратной тенденции – ориентации медицинского дискурса на потребности врача.

3. Высказывания соотносятся с интересами говорящего и слушающего: для специалиста описание ограничения двигательных функций представляет предметную безэмоциональную информацию, для пациента или ухаживающего за ним, наоборот – эмоционально насыщенную. Всё это можно проследить в репликах врачей и пациентов на медицинских форумах в сети Интернет, а также в медицинских буклетах, создающихся специалистами в рамках такой области, как *medical writing*.

4. В соответствии с вышеописанными тенденциями, в коммуникации пары «врач-пациент» возникает больше клишированных форм, в т.ч. устойчивых, часто воспроизводимых устойчивых выражений, в коммуникации «пациент-пациент» – больше языкового творчества ввиду потребности больного создать яркое и эмоционально наполненное описание проблемной ситуации.

5. Общение пациентов на форумах способствует их объединению в единый коммуникативный социум *community of practice (CoP)*; на уровне коммуникации «пациент-пациент» формируется совершенно новый, особый язык описания проблемных ситуаций, связанных с нарушениями двигательных функций.

Объём и структура работы. Настоящее исследование общим объёмом 94 страниц печатного текста (из них 81 основного текста) состоит из введения, двух глав, сопровождаемых выводами, и заключения, в котором изложены основные результаты проведенного анализа. К работе прилагается список литературы, включающий 64 наименований на русском и 19 на английском языке, а также список источников примеров.

Глава 1. Теоретические основы исследования англоязычного медицинского дискурса

1.1. Прагма-коммуникативный подход к изучению медицинского дискурса

1.1.1. Медицинский дискурс как вид институционального дискурса

В современной лингвистической науке понятие *дискурс* – одно из самых дискуссионных, хотя и входит в операционные системы гуманитарных, социополитических и других областей знаний. Термином «дискурс» обозначают множество различных явлений. Дискурс относится к когнитивным понятиям, связанным с передачей и оперированием знаниями особого рода, созданием новых знаний. **Дискурс** как *текст* в ситуации общения рассматривается с точки зрения коммуникативного, формального, функционального, ситуативного, синергетического и других подходов. Дискурс понимается как целостное речевое произведение в многообразии его когнитивно-коммуникативных функций, как взаимодействие участников общения, как совокупность вербальных и невербальных действий. Это явление находится между речью, общением, языковым поведением, с одной стороны, и фиксируемым текстом, с другой.

В общем и целом, понятие «дискурс» появилось в 60-х – 70-х годах XX века в западноевропейской лингвистической науке и остается одним из актуальных в современном языкознании. Учитывая свою *многозначность*, это понятие является сегодня предметом полемики ученых, исследующих проблемы коммуникативной лингвистики.

Впервые понятие «дискурс» использовал в статье «Дискурс-анализ», датированной 1952 годом, американский лингвист Зеллиг Хэррис (Хэррис, 1962). В полной мере этот термин активизировался в языкознании примерно через два десятилетия, и, очевидно, это было связано со стремлением развить и уточнить такие классические понятия, как речь, текст, диалог. Произошло это на фоне тенденции разграничения языка и речи, основанной Фердинандом де Соссюром, который утверждал, что истинный объект

лингвистики – *языковая система* (в противоположность речи) (Соссюр 2019: 174), тогда как Н. Хомский (Chomsky 1951: 132) призвал лингвистов изучать языковую «компетенцию», абстрагируясь от вопросов применения языка.

Понятие «дискурс» в последнее время все чаще употребляют для обозначения речевой деятельности в определённой сфере (политической, научной, профессиональной и т.д.). Эта тенденция получила свое развитие в теории дискурса немецкого философа и социолога Ю. Хабермаса, который предложил терминологемы *практический дискурс, критический дискурс, этический дискурс* (Хабермас 2002: 85-97).

Прагматика изучает опосредованную функцию знаков, их реализацию в реальных ситуациях общения в социуме. Деятельностный аспект общения (как устного, так и письменного) на основе специальной системы правил, постулатов, стратегий исследует **прагмалингвистика**. Осуществляя определённые **речевые акты**, участники коммуникации могут повлиять друг на друга: убедить, успокоить, напугать и тому подобное. Предметом теоретического исследования **прагмалингвистики** является *интуитивное восприятие* не только языка или текста самого по себе, но и *контекста* (вербального, исторического, социального, культурного и др.). Учитывая это, прагмалингвистический подход предполагает изучение различных смысловых дополнений (например, смысл, который вкладывает в сообщение адресант, или смысловые дополнения адресата, или зависимость содержания высказываний от ситуации их употребления).

В лингвистической науке распространено мнение, что **дискурс** следует понимать как речь, вписанную в коммуникативную ситуацию. Так, например, Т. А. ван Дейк определяет **дискурс** как существенную составляющую социокультурного взаимодействия, характерными чертами которого являются цели, интересы, стили. Исследователь отмечает, что в структуре дискурса можно выявить определённые модели и ограничения в виде соответствующих тематических репертуаров. К таким ограничениям относятся те, которые обусловлены сферой деятельности (Дейк ван 1989: 53).

В то же время Т. А. ван Дейк доказывает, что *прагматический контекст* дискурса, несмотря на непредсказуемость процесса речи, является структурированным, поскольку выступает категорией, которая отражает закономерности той языковой системы, в которой она функционирует. Так, **дискурс** предстаёт как **результат речи**, актуализированный обстоятельствами общения и ролевыми позициями участников.

Основа современного понимания понятия *дискурс* была заложена в трудах известного исследователя Т. А. ван Дейка в 80-х гг. XX в. В 1988 году выходит труд Т. ван Дейка «Язык. Познание. Коммуникация», который в определённой степени изменил отношение учёных к дискурсу и моделям обработки дискурса.

Субъектом восприятия, как и субъектом создания дискурса, является индивид, проанализированный через призму его психологических особенностей. В основу анализа Т. ван Дейка положено *социально-когнитивное* направление. Основным принципом социально-когнитивного направления в теории личности является то, что человек способен осуществлять самостоятельный познавательный процесс и имеет способность предвидеть появление определенных событий, создавать средства для осуществления контроля над тем, что влияет на его повседневную жизнь. Но человек одновременно с этим не оторван от социального мира и причины его действий можно понять, анализируя сочетание трёх компонентов: поведения, влияния окружения, личных факторов (вера, ожидания, самовосприятие).

Рассуждения о том, что *текст – не всегда дискурс, дискурс – это всегда текст*, который состоит из коммуникативных единиц языка – предложений, объединенных внутренним содержанием, что позволяет воспринимать их как целостное образование, широко используют в *лингвистике текста* и *теории текста*. Так, Н. Арутюнова истолковывает **дискурс** как «связный текст в совокупности с экстралингвистическими – прагмалингвистическими, социокультурными, психологическими и другими

факторами» (Арутюнова 1990: 137-138). Такого мнения придерживается украинский лингвист А. Сербенская, которая считает, что **дискурс** – это актуализированный в определённых условиях текст (Сербенская 2004: 176).

Текст, по Комиссарову, – это *«ряд высказываний, связанных по смыслу, или отдельное высказывание, употреблённое самостоятельно»* (Комиссаров, 1999: 36). Одной из наиболее характерных особенностей письменной разновидности языка является его функциональная направленность, т.е. его ориентация на выполнение какой-то заранее намеченной *цели* сообщения. Поэтому **письменный текст** всегда *прагматичен*, как, впрочем, и всякая речь. Но письменный текст не всегда столь прямолинейно и непосредственно раскрывает свою целенаправленность, как это имеет место в устной речи. Интонация, мимика, жесты выявляют намерения говорящего с достаточной очевидностью, в то время как в письменной речи, в особенности в определённых типах текста, это намерение ещё нужно распознать, прилагая некоторые усилия и привлекая накопленный опыт анализа разных типов текста (Гальперин 2007: 16). Именно письменную речь мы будем исследовать в практической части нашего исследования.

В данной работе мы разделяем подход, предложенный Т.А. Ван Дейком, в котором дискурс предстает как результат речи, актуализированный обстоятельствами общения и ролевыми позициями участников. Учитывая это, предлагаем толковать дискурс как *коммуникативную ситуацию, происходящую между адресантом и адресатом в процессе коммуникативного действия в определенном временном, пространственном и других контекстах.*

При этом, опираясь на коммуникативный подход и коммуникативную функцию текста, будем учитывать вид передаваемой текстом информации в зависимости от конкретных *источников и реципиентов*. Выполняя своё коммуникативное задание, текст несёт читателю информацию определённых видов, а каждому виду присущи определённые и устоявшиеся средства.

Поэтому в настоящей работе мы вслед за И.С. Алексеевой внесём ещё одно базовое понятие – **виды информации** (в зависимости от того, какая функция реализуется в высказывании): **фактологическая** информация (т.е. объективные сведения, факты о внешнем мире; для нас интересен содержательно-фактуальный характер данного вида информации); **апеллятивная** (оперативная) информация (побуждение (призыв) к совершению определенных действий); **эмоциональная** информация (эмоции и чувства в процессе коммуникации), важным признаком которой является субъективность.

Следует отметить, что существуют иные классификации информации. Например, некоторые исследователи выделяют также эстетическую информацию (Алексеева 2008: 253), но ввиду материала настоящего исследования (специализированные тексты), этот вид информации не рассматривается.

Для целей нашего исследования, следует обратить внимание на выделение В. Карасиком двух основных типов дискурса с позиции социолингвистики: *персональный* (лично-ориентированный) и *институциональный*. «В первом случае, – отмечает автор, – тот, кто говорит, выступает как личность со всеми богатствами своего внутреннего мира, во втором случае – как представитель определённого социального института» (Карасик 2000: 186). Автор считает, что институциональный дискурс – это общение в определенных пределах статусно-ролевых отношений.

Проанализировав тенденции современного языкознания от применения системно-структурных методов до коммуникативно-прагматической парадигмы, доказываем, что появление понятия «дискурс» способствовало активизации изучения различных форм жизни в способах употребления языка. Одной из них является сфера **медицинской коммуникации**.

Выделение **медицинского дискурса** как отдельного вида дискурса было осуществлено благодаря становлению современной научной парадигмы, которое началось ещё в прошлом столетии и было связано с

возрастающим интересом к человеку, его жизнедеятельности и речевому поведению. Исследуя психиатрический дискурс XIX в. и дискурс тогдашней медицины, Мишель Фуко использовал понятие *дискурсивное знание*, *дискурсивная формация*, сочетая их с такими понятиями, как наука, идеология, теория. Одновременно он выразил мнение о необходимости описания «институционализированной отрасли», когда медик развивает свой дискурс в рамках таких сфер, как госпиталь, частная практика, лаборатория, библиотека. Все это французский ученый относил к **дискурсу медицины** (Фуко 1996: 37).

Следовательно, есть все основания полагать, что Фуко был первым, кто высказал мнение о целесообразности изучения профессионального дискурса не вообще, а в обусловленности с определёнными профессиональными рамками, которые он номинировал как *институциональные*. Особенно важным для нас является то, что именно М. Фуко одним из первых определил необходимость исследования **дискурса врача**.

Как отмечает В. И. Карасик: «Признаки *институциональности* фиксируют ролевые характеристики агентов и клиентов институтов, типичные хронотопы, символические действия, трафаретные жанры и речевые клише. Институциональное общение – это коммуникация в своеобразных масках. Именно *трафаретность* общения принципиально отличает институциональный дискурс от персонального (Карасик 2000: 11), ранее выделенные в разделе 1.1.1. настоящей работы. В. Карасик в описании конкретного типа институционального дискурса предлагает использовать следующую схему: 1) участники, 2) хронотоп, 3) цель, 4) ценности (в том числе и ключевой концепт), 5) стратегии, 6) материал (тематика), 7) разновидности и жанры, 8) прецедентные (культурогенные) тексты, 9) дискурсивные формулы (Карасик 2000).

Так, **медицинский дискурс** является одним из типов *институционального* дискурса, поскольку характеризуется определёнными специфическими признаками. Он функционирует в заданных рамках

статусно-ролевых отношений, имеющих регулятивную направленность, регламентированных как по содержанию, так и по форме (Л. С. Бейлинсон, Г. В. Димова, М. С. Каган, В. И. Карасик, О. А. Каратанова, И. А. Колесникова, Н. А. Комина, О. В. Коротеева, Е. С. Кубрякова, А. К. Михальская).

Институциональность медицинского дискурса проявляется предварительной установкой на статусное неравноправие его субъектов, т.е. врача и пациента, по причине того, что сама сущность профессии врача «накладывает монополию на ведение коммуникации, и любая попытка изменить сначала заданный коммуникативный сценарий воспринимается как отклонение от нормы» (Шейгал 2005).

Институциональный дискурс на сегодняшний день не является типизированным, предполагает наличие базовой пары участников общения, учитывает их статусно-ролевые характеристики, цели и обстоятельства коммуникации. Так, основными участниками медицинского дискурса как институционального являются представители медицины (**агенты**), т.е. врачи и люди, которые к ним обращаются (**клиенты**). Как вид институционального дискурса медицинский дискурс представляет собой специализированную *клишированную* разновидность общения между людьми, которые могут не знать друг друга, но должны общаться в соответствии с нормами данного социума.

Поскольку медицина является сферой «повышенной речевой ответственности» (Михальская 1996), отношения в базовой ситуации «*врач-пациент*» приобретают очень большое значение. К важнейшему профессиональному качеству врача относят его коммуникативное умение выслушать пациента (триада Роджерса: *эмпатия, акцептация, подлинность*). Врач как профессиональная языковая личность является «*профессиональным коммуникатором*» (Краснобаева 2000).

Конститутивными признаками, позволяющими объективно выделить медицинский дискурс в современной системе институционального дискурса, являются: специфическая *цель* общения, заключающаяся в оказании

медицинской помощи; специфические *обстоятельства* общения, происходящие в ситуации врачебного приема, обхода, консультации; наличие институциональных *символов* (специальная одежда, инструменты, личная печать, документация); *статусно-ролевая* функция участников общения.

Ценности медицинского дискурса сводятся к раскрытию основного концепта этого дискурса – здоровья; что отражается в специфических нормах медицинской этики. Стратегии медицинского дискурса вытекают из его цели – оказать помощь больному человеку – и сводятся к диагностике, лечению и рекомендации; наблюдается варьирование этих стратегий в зависимости от типа заболевания и необходимой медицинской помощи; диагностирующая и рекомендующая стратегии медицинского дискурса непременно вербализуются; лечащая стратегия вербализируется факультативно (обязательно в случаях психиатрического и логопедического лечения) (Бейлинсон 2001).

Медицинский дискурс характеризуется высокой степенью суггестии, врач должен внушать пациенту доверие и формировать установки, способствующие успешному лечению. Особую значимость в медицинском дискурсе имеет речевой акт «директив», который реализуется как совет, рекомендация, инструкция, запрет, приказ (Бейлинсон 2001).

Современная врачебная практика, как в англоязычных странах, так и мировая, убедительно доказывает, что успешность самого процесса профилактики и лечения не может быть обеспечена только профессиональным уровнем подготовки будущего специалиста. Сегодня, когда смещаются акценты с **монологического** «*субъект-объектного*» взаимодействия врача с пациентом на **диалогическое** «*субъект-субъектное*», как никогда возрастает необходимость вклада каждого из участников речевого общения в процесс эффективного лечения. Только взаимодействие, обеспечивающее обратную связь, формирует зону доверительного общения, настраивает на взаимопонимание, вселяет веру

пациента как во врача, так и во внутренние резервы своего психического и физического «Я».

Однако если формально медицинский дискурс действительно проявляет все признаки институционального дискурса, то в плане содержания он обнаруживает также ряд характеристик, более типичных для личностно-ориентированных типов дискурса. Это объясняет его своеобразие, раскрытие которого на материале английского языка составляет перспективу дальнейшего исследования.

Итак, медицинский дискурс как один из типов институционального дискурса достаточно подвижен и исторически изменчив. Его особое семантическое пространство возникло благодаря специфике структурной организации института медицины и формируется в сознании участников коммуникации в результате стереотипов поведения на разных уровнях.

1.1.2. Жалоба как микро-жанр медицинского институционального дискурса

Как было ранее отмечено в разделе 1.1.1., Л.С. Бейлинсон выявляет *здоровье* пациента как основной ценностный ориентир медицинского дискурса; кроме того, она выделяет *жалобу* пациента как отдельный **жанр** медицинского дискурса (Бейлинсон 2001: 19).

В лингвистической литературе широко распространилось понятие «**речевые жанры**», активно разрабатываемое многими учеными, такими как М. Бахтин, А. Вежбицкая, Н. Арутюнова, Т. Шмелёва, Т. Матвеева, М. Федосюк и другими. Речевой жанр и речевой акт является единицами речевого общения. А. Вежбицкая отмечала, что «универсум речи формируют высказывания (речевые акты). Фонемы, морфемы, слова, фразы или предложения – это единицы абстрактные и «мертвые», живая речь состоит из «актов», структура которых детерминирована непосредственно их прагматичной функцией» (Вежбицкая 1997).

Врач может оказать качественную помощь только будучи проинформированным, на что жалуется пациент. **Жалоба** как предмет

исследования привлекает внимание отечественных и зарубежных лингвистов в течение многих лет. Отдельные аспекты жалобы фрагментарно исследовались в работах Н. Д. Арутюновой, Д. Боксер, П. Браун, Д. Вандервекена, А. Вежбицкой, М. Я. Гловинской, И. Е. Клюканова, М. Лафореста, Е. Олштейна, В. Г. Пospelовой, Дж. Сёрля и др. Жалоба – это особый дискурсивный жанр побудительного типа, направленный на достижение определенного положительного *перлокутивного* эффекта.

Для возникновения коммуникативной ситуации «жалоба» необходимы следующие параметры: мотив (причина), адресант, адресат, собственно дискурс жалобы и соответствующий перлокутивный эффект.

Как уже было отмечено, институциональный дискурс в целом различается на основе двух системообразующих признаков: целей и участников общения (Карасик 2000: 11). Основными участниками институционального дискурса жалобы являются представители определенного института (адресаты) и люди, которые обращаются к ним (адресанты), базовой парой участников они образуют ядро институционального дискурса жалобы.

Иными словами, адресант жалуется, имея свой собственный опыт и отношение к возникшей *коммуникативной ситуации*. Он обладает коммуникативными навыками, которые понимает адресат, и обращается к адресату, стремясь получить решение проблемы, которая его беспокоит.

В отличие от бытового дискурса, которому присущи спонтанность, зависимость от ситуации, высокая степень субъективности, нарушения логики и структурной композиции высказывания, институциональный дискурс жалобы характеризует коммуникативную ситуацию в рамках определённых общественных институтов, а, следовательно, это социально-ориентированная, специализированная клишированная разновидность общения между людьми, которые могут не знать друг друга, но вынуждены общаться в соответствии с нормами данного социума.

Следует также обратить внимание на то, что английской лингвокультуре присущ коммуникативный оптимизм – стремление демонстрировать в общении, что у тебя все хорошо (Стернин и др. 2003: 44). Как известно, невербальный уровень коммуникации англоязычного сообщества зачастую сопровождается улыбкой, а вербальному характерны использование стандартных речевых формул, соответствующих «позитивному мышлению». В практической части исследования представляется интересным проследить, будет ли проявляться такая черта английской коммуникативной культуры, как коммуникативный оптимизм.

В англоязычном социуме жалобу как институциональный дискурсивный жанр можно рассматривать в различных видах институционального дискурса: политическом, дипломатическом, административном, юридическом, медицинском, деловом и др. Основой институционального дискурса жалобы является речевой акт «жалоба».

Для достижения положительного перлокутивного эффекта в англоязычном дискурсе жалобы используется информативный способ воздействия, который, чаще выражается *эксплицитно*. Речевой акт информирования может выражаться с помощью перформативного глагола семантики информирования вместе, стоящим в этикетной форме и являющимся глаголом-ссылкой на канал коммуникации: «*I am writing to express my concern...*» или «*I am writing to you to complain about...*»

Как видим, институциональный дискурс жалобы имеет ряд характерных признаков, которые отделяют его от смежных жанров дискурса (запрос информации, просьба о предоставлении определенных сведений и т.п.); является комплексным коммуникативным образованием и формируется соответствующими языковыми единицами.

В ходе анализа исследовательской литературы по лингвистике (см. авторов А. Вежбицкую, М.Я. Гловинскую, И.В. Песоцкую), было прослежено, что лексему «боль» легко обнаружить наряду со словом «жалоба». Указание в первую очередь на «душевный дискомфорт»

присутствует в рассуждениях А. Вежбицкой. Принимая во внимание рассуждения А. Вежбицкой, Н. А. Емельянова отмечает, что цель речевого действия жалобы – оказать какое-либо воздействие на адресата или других людей, а именно побудить адресата исправить создавшееся нежелательное положение, найти у него понимание или сочувствие, или дать волю своим чувствам (если нет конкретного адресата) (Емельянова 2004). Следовательно, жалоба направлена на достижение соответствующего перлокутивного эффекта.

1.1.3. Типы жалоб в современном медицинском дискурсе

В конце раздела 1.1.2. была затронута тесная связь лексем «жалобы» и «боли». В действительности, последнее из двух понятий – это универсальный и одновременно глубоко индивидуальный феномен, который заслуживает особого внимания с позиций современной лингвистики, в частности, концептологии. *Боль* как **концепт**, то есть как «единица сознания и информационной структуры, отражающая человеческий опыт», «оперативная единица памяти, квант знания» (Кубрякова 1994) является важным фрагментом языковой картины мира человека, и исследования средств его вербализации позволяет раскрыть глубинные процессы человеческого мышления.

Как у зарубежных, так и у отечественных учёных весьма распространено в работах использование понятия «*качество жизни*». Ему посвящено множество различных исследований, что вполне объяснимо. В медико-биологической области без данного термина практически невозможно обойтись, поскольку русло данных исследований направлено на анализ того, как живут конкретные индивиды. В рамках данных исследований проблемные ситуации, связанные с ограничением двигательных функций, уже были ранее описаны, однако, в них не затрагивался прагма-коммуникативный анализ, а также не учитывались конкретные языковые системы.

Приведём определение понятия «качества жизни», сформулированное Всемирной организацией здравоохранения: «Качество жизни – это интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования здорового или больного человека, основанная на его *субъективном* восприятии (WHO 2021). Из этого следует, что исследование качества жизни позволяет изучить влияние заболевания и лечения на показатели качества жизни больного человека, оценивая все составляющие здоровья – физическое, психологическое и социальное функционирование. Также ВОЗ вводит уточняющее определение, в котором акцентируется внимание на субъективном восприятии конкретного индивида удовлетворённости своей жизнью: «Качество жизни – это восприятие человеком своей позиции в жизни, в том числе физического, психического и социального благополучия, в зависимости от качества среды, в которой он живет, а также уровня удовлетворенности жизнью и другими составляющими психологического комфорта» (WHO 2021).

Так, под *качеством жизни* мы понимаем способность человека функционировать в обществе в соответствии со своим положением и возможность получения удовольствия от этого. Как было упомянуто, исследователи весьма заинтересованы изучением данного понятия, однако в большинстве случаев исследователей интересуют не общий показатель КЖ как таковой, а его компоненты: удовлетворенность человека степенью физического (активность, подвижность, возможность самообслуживания), психологического (эмоциональный фон, в том числе ощущение счастья или страдания), социального (возможность участия в общественной деятельности, контакты, ограничения возможностей по состоянию здоровья в плане учебы, работы, отдыха), духовного благополучия; общее восприятие состояния своего здоровья и благополучия (Greiner et al 2003). Эту трактовку качества жизни мы положим в основу классификации типов жалоб, которые будем рассматривать в нашей работе.

Функционирование и ограничение жизнедеятельности индивида представляются в виде динамического взаимодействия между различными изменениями состояния здоровья (заболеваниями, расстройствами, повреждениями, травмами и т.д.). Ограничения активности – это трудности, которые может испытывать человек при выполнении какой-либо деятельности. В практической части исследования будут рассмотрены описания трудности, связанные с ограничением двигательных функций англоязычных пациентов.

В основе поведения человека лежит опыт, который он приобретает в течение всей жизни. Опыт – это совокупность всего, что личность делала, видела, чувствовала, наблюдала, слышала (вербальная передача информации и наблюдение). Человек вербальными и образными средствами воспринимает, хранит и способен представлять опыт таким образом, что его можно использовать и развивать в других ситуациях. Совокупность опыта в памяти человека создает определённые **модели поведения**, согласно которым человек может поступить так или иначе в определённой ситуации.

Учёный утверждает, что в основе **ситуационных моделей** лежат не какие-то абстрактные знания о стереотипных событиях и ситуациях, а личные знания носителей языка, которые являются своеобразным синтезом их предварительного индивидуального опыта, установок на восприятие и когнитивных ожиданий, чувств и эмоций, ведь понять текст можно, только если понимаешь ситуацию, о которой говорится (Дейк ван 2000). Так, Ван Дейк вводит понятие **эпизодической памяти** – это опыт человека, благодаря которому способен к субъективной репрезентации себя. Эпизодическая память – это специфические события или явления, свидетелем или участником которых стал человек, модель понимания им конкретной ситуации в определённый момент.

Важным допущением теории является возможность трансформации личного опыта в социальный и перехода части или всей ситуационной модели в более общую абстрактную модель, известную под терминами *тема*,

фрейм, сценарий, схема и т. д. Отмечая важную роль ситуационных моделей в познании, необходимо указать на специфику самого общения: люди говорят не столько о реальном мире, сколько о субъективных моделях явлений и ситуаций действительности.

1.2. Медицинский дискурс в англоязычных странах

Медицинский дискурс – достаточно новый объект изучения. В последние годы в зарубежной лингвистике появился ряд исследований, посвящённых медицинскому дискурсу (M. Balint, T. Shelton, M. Brunton, V. Radeski, H. Herbest, H. Stewart, D. Rosental). Известен ряд работ по терапевтическому дискурсу (S. Fisher, S. B. Groce, N. Hein, R. Wodak). Устный медицинский дискурс стал объектом изучения лишь в последние годы, причём в центре внимания исследователей оказывались в основном лингвопрагматический и когнитивный аспекты, а также проблемы медицинского терминообразования (Э. В. Акаева, Л. С. Бейлинсон, Н. К. Болокова, Н. В. Гончаренко, Н. А. Емельянова, В. В. Жура, К. М. Лопата, С. Л. Мишланова, Н. Ю. Сидорова, М. И. Барсукова и др.).

Большинством перечисленных выше языковедов медицинский дискурс понимается как *институционно обусловленное* коммуникативно-речевое взаимодействие, включающее личностный, содержательный, деятельностный, ценностный, коммуникативный компоненты, обеспечивающие подготовленность и способность медиков к успешному выполнению профессиональных задач и эффективное коммуникативное взаимодействие между собой и с пациентами во всем многообразии имеющих отношение к медицине ситуаций.

Исследования (Л. С. Бейлинсон, В. В. Жура, М. И. Барсукова и др.), проведённые с целью изучения особенностей коммуникации «*врач-пациент*», показали, что для медицинского дискурса характерным является метод воздействия, поскольку общение врача с пациентом основано на психологическом влиянии на личность больного: информация, передаваемая врачом, воздействует на чувства и разум пациента, изменяет внутренний мир,

регулирует его поведение. Пациент воспринимает её как данность, не требующую доказательств, т. к. информация исходит от авторитетного лица (врача). С помощью передаваемой информации врач не только решает профессиональные задачи, но и апеллирует к чувствам, эмоциям и разуму пациента, приводит последнего в нужное ему психологическое состояние. Коммуникативная компетенция, коммуникативная толерантность, эмпатия, личное обаяние, юмор, волевые, интеллектуальные, характерологические качества врача усиливают **суггестивное воздействие**.

Основной целью коммуникации в рамках медицинского дискурса является оказание помощи заболевшему человеку. Соответственно, центральной парой участников выступают врач и пациент. Кроме того, особое место занимает коммуникация таких пар как «врач-врач» и «пациент-пациент».

Методика выделения стратегий, предложенную Л. Бейлинсон, опровергает Е. Акаева, поскольку мотивы и цели адресата и адресанта речевого сообщения рассмотрены не в полном объеме (Акаева 2007: 81). Исследовательница выделяет четыре типа коммуникативных стратегий, характерных для медицинского дискурса (в коммуникативной среде «*врач-пациент*»): а) когнитивные; б) прагматические; в) риторические; г) стратегии, связанные с организацией диалога. Применение той или иной стратегии зависит от конкретной ситуации общения и определяет соответствующий набор **речевых тактик** (приемов), коммуникативных ходов. Важнейшими исследовательница считает когнитивные стратегии, основу которых составляет убеждение. Другие типы стратегий являются вспомогательными, но не менее значимыми. Они обслуживают когнитивные стратегии и этим способствуют оптимизации процесса коммуникации и речевого воздействия. Стратегию (или комплекс стратегий) врач выбирает в зависимости от поставленной цели и соответствующей ситуации. Стратегический план в основном предусматривает рациональное влияние на пациента, но с обязательным учетом его эмоционального состояния. Говоря о

функциях когнитивных стратегий, Е. Акаева акцентирует внимание на том, что они действуют комплексно, в одном высказывании могут сочетаться и реализовываться различные цели.

Жура рассматривает самого врача и самого пациента, то есть участников коммуникации, как важнейшую характеристику в их ситуации общения. Специфика медицинской коммуникации определяются именно параметрами, характеризующими коммуникатора и реципиента: их стиль речи, психологическая особенность пациента, гендерная и этническая принадлежность, а также **эмоциональный дейксис**. Под последним автором понимается эмоциональная позиция языковой личности, которая состоит из «эмотивной интенции... и направленности эмоции, переживаемой субъектом речи в момент создания высказывания» (Жура 2008: 28).

Н.Д. Гоголев и Н.Н. Шпильная изучают обыденный аспект медицинской коммуникации. Ими противопоставляются врач (научная картина мира) и пациент (наивная картина мира) и объясняется, что эффективная коммуникация возможна только при условии учёта всех существующих различий в представлениях и знаниях обоих, особенно при соблюдении этических правил первого (Гоголев, Шпильная 2012).

Дифференциация медицинских наук и областей знания находит отражение в развитии, прежде всего, узкоспециальной терминологии, что, с одной стороны, облегчает понимание и обмен информацией между врачами в рамках одной специальности, с другой – затрудняет взаимопонимание между представителями разных отраслей медицины. Кроме того, могут возникать проблемы в коммуникации между врачом и больным, в случаях необходимости поставить правильный диагноз на основе описания симптомов заболевания пациентом, не владеющим специальной терминологией.

Следует отметить, что в современном цивилизованном обществе сложились высокие моральные требования к поведению врача, который не имеет права злоупотреблять доверием пациента, унижать пациента, обязан

хранить медицинскую тайну, поддерживать в пациенте веру в выздоровление. Демонстрация уважительного отношения к больному – важнейшая составляющая медицинского дискурса. Для обозначения принципов общения с пациентом, соответствующих современной медицинской парадигме, используют термин **patient-centered communication** – **РСС** («пациентоориентированная коммуникация») (Reeveetal 2017). РСС предполагает такое информирование пациента, при котором медицинская информация адаптирована для пациента с точки зрения ее *специализированного характера* (т.е. она должна быть изложена в доступном для него виде) и с точки зрения ее *эмоционального содержания*.

Показательной в этом отношении является работа А. Фейдж-Батлер (A. Fage-Butler) «Package leaflets for medication in the EU: The possibility of integrating patients' perspectives in a regulated genre?» (Fage-Butler 2015), в которой рассматривается возможность использования принципов РСС в таком крайне стандартизированном жанре массовой коммуникации как инструкция по применению лекарственного препарата. На примере отдельных высказываний автор показывает, как агенты медицинского дискурса «конструируют» в тексте образ предполагаемого *реципиента* текста (пациента), а также моделирует его жизненный контекст. Так, в высказывании: «*If you are worried about any of these things, or if you have had a stroke in the past, talk to your doctor to see if you should take HRT*», агенты медицинского дискурса учитывают переживания пациента («The patient is constructed as having emotions»), его прошлый опыт («The patient is constructed as having a past») (Fage-Butler 2015: 213). Результаты такого интерпретативного анализа свидетельствуют о том, что **модель адресата** в текстах, ориентированных на пациента, становится более сложной, что соответствует изменению статуса пациента как участника медицинского дискурса.

Речь врача должна максимально соответствовать этическим нормам – должна быть построена в дружелюбной тональности, носить деликатный

характер, активно использовать арсенал *эфемистических* средств языка, помогающих «сглаживать острые углы»: «*Everything is all right. Relax! Try to sleep!*» (“Wit” directed by Mike Nichols 2001).

Как отмечает М. И. Барсукова: «Выбор того или иного приема и его речевое наполнение зависит от профессиональных целей и ситуаций общения, от типа личностей адресанта и адресата, от уровня их общей культуры и речевой культуры врача и пациента. Результативному общению могут помешать психологический настрой врача и пациента. Врач должен применять ряд *тактических* шагов, цель которых – воодушевать пациента на выздоровление и устранить негативный настрой. С этой целью врач может перевести разговор на другую тему отвлечь внимание пациента шуткой» (Барсукова, 2013: 636).

Так, среди речевых стратегий можно выделить **стратегию уклонения**, реализующуюся с помощью *тактик ухода* или *уклонения от ответа, смены темы* или *контроля* над ней (Балыхина, 2007: 50). Примечательным также является **тактика применения юмора**, который нередко позволяет добиться успеха в коммуникации любого уровня (Dijk 1983: 57-62). Тем не менее, коммуниканты иногда попросту не понимают юмор друг друга, или, по мнению одного из участников общения, он может показаться задевающим:

«*Dear Fern,*

You seem to be describing the rare phenomenon that occurs after some fractures (particularly those associated with high temperature machinery) with the progressive, completely irreversible, transformation into a Martian... Just kidding!!! Sorry couldn't help myself, and very unprofessional I know» [DL]

Проявление эмпатии со стороны врача, а именно выполнение им таких функций, как оказание пациенту помощи в преодолении негативных эмоций (responding to emotions), а также отягчающего состояния неопределённости (managing uncertainty), является вторым важным аспектом РСС (Reeveetal 2017).

В эмоциональном плане в сфере общения с пациентом врач должен уметь быть отстранённым. Это позволит ему объективно оценивать ситуацию и выбирать адекватные дискурсивные способы решения проблем. С другой стороны, отвечая за создание определённой терапевтической атмосферы общения, а также психоэмоциональное здоровье пациента, врач организует общение в соответствии с эмоциональными потребностями больных, нуждающихся в утешении, ободрении, поддержке:

«Hello,

Antibiotics have not been shown to be the concern we once worried they might be with the exception of Rifampin - used for TB and rarely for other infections, so don't worry about the antibiotics used for a UTI, but if you worry, add a second barrier method of birth control» [DL]

В приведённом выше примере отчётливо прослеживается современная медицинская парадигма РСС: информация изложена в доступном виде для неспециалиста, врач проявляет эмпатию.

Врач должен уметь так выстраивать своё речевое поведение, чтобы пациент самостоятельно приходил к нужному решению и не чувствовал неприятия и сопротивления мнению врача: *«Here is the uniform consent form. Should you agree, you sign there, at the bottom»* (“Wit” directed by Mike Nichols, 2001). Вероятно, что сочувствие и поддержка практически не проявляются при электронном формате консультирования – возможно, наоборот, врач выступает в роли обезличенного транслятора знаний, не работающего с психологическим аспектом медицинских проблем. Верно ли данное предположение, мы убедимся в практической части данной работы.

Логично предположить, что языковое воплощение медицинского дискурса строится на базе *лексико-семантического аппарата медицины*, основу которого составляют медицинские термины как носители специальной информации. Вместе с тем, если рассматривать медицинский дискурс в сфере устного общения **«врач-пациент»** включает и иные пласты лексики, не входящие в специфический круг медицинской терминологии, а

также невербальные средства коммуникации (жесты, мимика, проксемика и т. д.), эмоциональная и этическая составляющие.

Взаимодействия между врачом и пациентом были предметом интенсивного изучения специалистами разных дисциплин (Byrne, Long, 1976, Fisher, Todd, 1983, Mishler, 1984, Inui, Carter, 1985, Tuckett, Boulton, Olson, Williams, 1985, Stewart, 1989). Медицинский дискурс изучался с использованием трех широко определенных методов: анализа процессов, микроанализа и методов, которые их объединяют. Используя данные медицинского интервью, полученные в результате непосредственных наблюдений, аудиозаписей, лингвистических расшифровок диалогов или видеозаписей, исследователи применяют широкий спектр аналитических схем для устного или письменного текста вплоть до интенсивных социолингвистических исследований.

Предметом изучения вышеупомянутых авторов была коммуникативная деятельность в сфере общения «врач-пациент». К сожалению, для науки всё так же остаются малоизученными дискурсы «врач-врач» и «пациент-пациент». Этот факт неоднократно отмечался исследователями в их научных трудах и даёт все основания говорить о необходимости решения этой проблемы, поэтому в практической части настоящей работы будет уделено особое внимание коммуникации клиентов медицинского дискурса между собой, а именно дискурсу «пациент-пациент» (разделы 1.2.2. и 2.2. настоящей работы).

1.2.1. Коммуникация «врач-пациент»

1.2.1.1. Medical Writing как процесс создания медицинского текста адаптированного для непрофессионального реципиента

Современные реалии диктуют тенденцию к развитию письменной коммуникации у пары участников «врач-пациент» ввиду как установленного лимита на посещение врача, количества желающих попасть

на приём, так и специфики образа жизни пациента. Так, письменный текст является одной из коммуникативных единиц стандартного медицинского дискурса в наши дни. Поэтому исследователи подчёркивают важность текста в медицинской коммуникации: «the highly text-based nature of health communication» (Smith 2011: 135).

Принципы создания текстов медицинской тематики разрабатываются в рамках такой области, как **medical writing** (Goodman, Martin 2006). Название данного вида деятельности пока что не получило точный эквивалент в русском языке. Речь идет о разработке текстов, обслуживающих как внутренний, так и стандартный медицинский дискурс – в настоящем исследовании будут рассматриваться только принципы написания текстов для клиентов медицинского дискурса (для непрофессионального реципиента). Созданием таких текстов занимаются специалисты (как правило, это несколько авторов, т.е. коллективный автор) (Кудря 2012: 5).

Письменная опосредованная коммуникация между коммуникатором и реципиентом медицинского дискурса основана на тех же принципах **РСС**, что и устная коммуникация врача и пациента (Fage-Butler 2015).

На сайтах в сети Интернет можно встретить множество текстов для пациентов, относящиеся к различным жанрам: **научно-популярные статьи, брошюры, буклеты**. Невозможно не отметить тот факт, что их первичное распространение осуществлялось посредством печати, поэтому их использование при Интернет-коммуникации не является специфичным.

1.2.1.2. Жанр медицинского буклета

Для тех пациентов, кому уже был поставлен тот или иной диагноз, разработаны медицинские буклеты, наполненные самой важной и необходимой информацией. Они представляют особый интерес с прагма-коммуникативной точки зрения. В них можно пронаблюдать и принципы **medical writing**, соответствующие вышеуказанной **РСС**.

Ю.В. Рудова в своей работе (Рудова 2008) подробно проанализировала жанровые характеристики медицинского буклета на материале английского

языка. Исследовательница выделила, согласно функционально-стилистическим особенностям, два типа жанров медицинского буклета: первому больше свойственен научный (научно-популярный) стиль ввиду большого количества терминов и сложного синтаксиса, для второго характерен публицистический и разговорный стили речи вследствие эмотивов, восклицательных и побудительных предложений).

Значительная роль в буклетах отдаётся описаниям, дающим больному получить «перцептивное представление» о своих симптомах. Для буклетов первого типа характерны гипотетические нарративы, формирующиеся как ответ на подразумеваемый вопрос: «*If symptoms are recurrent, a sample of urine must be taken for analysis and the doctor will prescribe a course of antibiotics*»; также активно используются формы страдательного залога, создающие неопределенность субъектной референции (Рудова 2008: 113-114). Во втором типе буклетов организация синтаксиса нередко воспроизводит диалогическую форму, присущую устной коммуникации: «*Does it hurt? – Not really. During the treatment and for a little time afterwards you may feel slight discomfort*»; данные «вопросно-ответные единства», а также употребление личного местоимения «you» являются причиной, по замечанию Ю.В. Рудовой, сокращения коммуникативной дистанции между автором текста и его реципиентом (Там же).

1.2.2. Коммуникация «пациент-пациент»

Пациент становится осведомлённым в вопросах медицины благодаря электронным информационным ресурсам, распространяемым при помощи сети Интернет. Принимая во внимание вышесказанное, выделим **сетевой медицинский дискурс**. Под ним мы будем понимать «общение на медицинские темы, протекающее в Интернет-среде и рассмотренное в единстве языковых, коммуникативно-прагматических, когнитивных, социо- и этнокультурных, коммуникативно-технологических характеристик» (Ахнина, Куриленко 2015).

Коммуникация пары «врач-пациент» отличается своими структурными элементами. К примеру, ответ врача в большинстве случаев состоит практически из всех структурных частей: приветствия, разъяснения причин имеющейся симптоматики, рекомендации. Обращая внимание на тот факт, что представляет сообщество профессионалов, он не позволяет себе опускать не столь важные структурные элементы общения, выраженные в приветствии, прощании и благодарности за обращение (Гагарина, 2013: 10). Объяснением этого факта может являться различные знания и специальная подготовка, влияющие таким образом на особенность коммуникации обоих субъектов. Ко всему прочему, приветствуя и выражая благодарность, врач устанавливает и контакт, и доверительные отношения, а также сокращает дистанцию:

«Matt, Thanks for writing in» [DL]

Сообщение, содержащее вопрос пациента, состоит из приветствия, основной части, в которой излагается проблема или жалоба, вопроса, выражения благодарности и прощания. Часто пациенты опускают некоторые из этих структурных элементов, поскольку у адресанта преобладает тенденция умеренности языкового выражения, что является свойственной сетевому общению характеристикой. Это присуще данному типу общения вследствие его спонтанности, неподготовленности и отсутствии принуждения:

«Why after having back surgery 2 years ago am I still having problems with sciatica pain. Today is REALLY bad... I'm having a hard time trying to relieve the pain. My doctor put me on morphine and amrix last Wednesday. I like that I only have to take each one once a day... although I haven't gotten over being drowsy all day. I don't know if the resting from being so drowsy the past few days has caused my sciatica to flare up... but it's killing me today. Any advice out there?» [HB]

Пример наглядно демонстрирует, что неизменно присутствующими элементами являются жалоба и вопрос. Участнику-неспециалисту не

характерны фразы-клише при общении на медицинских форумах. (Харитонова и др., 2019).

Медицинская информация становится более доступной для клиентов дискурса, а также расширяется количество источников, которые можно использовать при поиске ответа на нужный вопрос. Более того, непрямой характер коммуникации определенно предрасполагает, ведь пропадает неудобство, которое может возникнуть при живом общении, к тому же вопросы можно задавать анонимно. Ряд исследователей выделяет *Интернет-пациентов (e-patients)* в отдельную группу и рассматривают обращающихся как пациентов нового типа (Fage-Butler, Jensen 2016).

Данное явление не может не иметь положительных последствий – уровень медицинской грамотности среди пациентов растёт; некоторые пациенты могут разбираться в теме своей болезни лучше, чем консультирующий их врач (Fage-Butler, Jensen 2016).

Однако, сложнейшая терминология, научные понятия могут, наоборот, упрощаться, пациентами искажается их смысл (Тхостов, Нелюбина 2012: 15). Неумение должным образом подходить к выбору источников информации, распространению непроверенных данных, возникает особая категория «пациентов-экспертов», которые случайно могут «опередить» врача-специалиста в решении какого-либо вопроса. К сожалению, это вызывает недовольство профессионалов и критику с их стороны в адрес получения медицинской информации в Интернете.

Возникают новые формы речевого взаимодействия, соответствующие уровню «**клиент-клиент**». Пациенты, имеющие одинаковые заболевания, могут найти друг друга на тематических форумах, где они могут поддержать друг друга и обменяться опытом. Если рассматривать данный процесс с социолингвистической точки зрения, то данные сообщества пациентов являются отдельными **языковыми сообществами (speech communities)** (Morgan 2014); другие исследователи предлагают рассматривать их как **communitiy of practice (CoP)**. Данным сообществам характерны особые

дискурсивные практики, единство мнений и ценностных ориентиров (Evans et al 2014).

Процесс объединения пациентов в такие сообщества весьма не бесполезен. У пациентов происходит обмен только актуальной им информацией по конкретной проблеме. Полученная информация или пациент, который её передаёт, могут мотивировать больного побороть свой недуг. В этой связи в сообществах возникают примеры для подражания (*role model*). И, наконец, пациенты помогают друг другу проявлением эмпатии оказанием психологической поддержки (Fage Butler, Jensen 2017).

1.2.2.1. Форум как жанр сетевого медицинского дискурса

В современном мире, в эпоху развития технологий, обнаруживается *асимметрия* традиционной **коммуникативной модели**, коммуникация выходит на новый уровень развития, при котором происходит значительное расширение возможностей как врача, так и пациента. Ярким подтверждением этого является создание медицинских форумов в Интернете, где больные могут общаться на тему своих заболеваний, обсуждать результаты диагностических исследований, методы лечения, воздействия лекарств. Интерактивная составляющая медицинского дискурса реализуется посредством данной коммуникации в сети Интернет.

Форум является особым типом коммуникации, его вполне можно рассматривать как жанр **сетевого дискурса**. В лингвистической науке до сих пор отсутствует понятийно-терминологический аппарат для изучения Интернет-коммуникации: наряду с «**сетевым дискурсом**» его обозначают «**Интернет-дискурсом**», «электронным/виртуальным/компьютерно-опосредованным дискурсом» (Назарова 2014).

Форум представляет собой *полилоговую* жанровую форму взаимодействия, предполагающую наличие двух типов адресации: 1) аксиальная (осевая) адресация устремлена на одного участника форума, т.е. на конкретного адресата; 2) ретиальная (сетевая) адресация на несколько

участников форума; самая часто встречающаяся адресация для форума – адресация ко всем участникам полилога (Назарова 2014).

Жанровой особенностью форума является также его *политематичность* или *тематическая гибкость*: на форуме совмещаются сразу несколько тем для обсуждения, и не установлены жёсткие тематические рамки; тема часто способна реализовываться в виде множества *микротем* (Назарова); (Ахнина, Куриленко).

Отдельного внимания заслуживает *градуально-институциональный* характер коммуникации на форуме для пациентов: участниками форума могут служить как агенты, так и клиенты медицинского дискурса (Ахнина, Куриленко 2015). Особенно следует отметить сетевое общение клиентов медицинского дискурса: благодаря дискурс-анализу публикаций на форумах удаётся сделать вывод о высоком уровне компетенции клиентов медицинского дискурса, а также изучить субъективное восприятие болезни клиентом, что впоследствии нужно для создания текстов для непрофессионального реципиента.

Участники не являются специалистами, а, следовательно, коммуникация осуществляется между клиентами института медицины. Невозможно не отметить, что на данных форумах в коммуникационной паре «**пациент-пациент**» наблюдается преобладание неформального общения. Коммуникация внутри медицинского дискурса с использованием элементов разговорной речи может быть отнесена к такому функциональному подтипу, как *наивный медицинский дискурс* (Костяшина 2008: 9). Очевидно, что информация, сообщаемая пациентом другому пациенту часто может не быть достоверной, в ней присутствует *субъективность*; причиной является ответ не специалиста. Как отмечает А. Алексеева (Алексеева 2017: 11), подавляющее большинство используемых англоязычными пациентами речевых стратегий и тактик являются *кооперативными*: апелляция к своему или чужому опыту, апелляция к авторитету, совет, констатация факта и т. д., в то время как носители русского языка наряду с теми же кооперативными

стратегиями и тактиками используют большое количество конфликтных: нападение, насмешка, отстранение и т.д. По всей видимости, мотивами общения на подобных форумах служит желание получить не столько совет, сколько психологическую поддержку людей, которые находятся в сходной ситуации, однако не всегда, как свидетельствуют результаты компаративистских исследований, пациенты её получают.

Выводы по главе 1

Рассмотренный теоретический материал позволяет сделать следующие основные выводы:

1. Понятие дискурс имеет множество трактовок, сформулированных множеством исследователей и дополняющих друг друга. При исследовании дискурса необходимо учитывать сферу и цели общения, культурно-обусловленные формы коммуникации, характеристики коммуникантов, существующие в лингвокультуре ценности.

2. Современные тенденции развития лингвистической науки обусловили актуальность таких подходов к изучению языковых явлений, в основе которых лежат вопросы речи и речевой деятельности коммуникантов. На фоне этих проблем особое значение приобрели исследования различных типов дискурса в зависимости от характера субъектов общения: персональный и институциональный. Медицинский дискурс, являющийся фокусом данной работы, относится к институциональному типу дискурса.

3. Особое семантическое пространство медицинского дискурса появилось благодаря структурной организации института медицины и формировалось в сознании участников коммуникации как стереотип поведения на разных уровнях. В настоящее время в англоязычном медицинском дискурсе наблюдается повышение статуса пациента как участника коммуникации благодаря информированию пациента и сведения к минимуму коммуникативной асимметрии, характерной взаимодействию пары «врач-пациент» (агент-клиент»).

4. С одной стороны, возникновение пациентоориентированной модели коммуникации в современной системе здравоохранения связано с тем, что с середины прошлого столетия медицина достигла беспрецедентных успехов в продлении жизни человека, а также стал актуальным вопрос о качестве продлеваемой жизни. Отсюда возник интерес к мнению пациента, что послужило повышению его статуса как участника дискурса. С другой стороны, медицинский институциональный дискурс сохраняет определённую статусно-ролевую иерархию, которую агенты стремятся сохранить с целью реализации институциональных ценностей (сохранение здоровья и жизни пациента, оказание надлежащей медицинской помощи).

5. Жалоба – один из речевых жанров институционального дискурса, который реализуется в соответствии с нормами конкретного социума. В медицинской коммуникации, при выражении жалобы речевая деятельность коммуниканта направлена на достижение перлокутивного эффекта – запроса информации или получения помощи.

6. Современной медицинской парадигме характерна пациентоориентированная коммуникация, при которой информация адаптирована под пациента ввиду её специализированного характера и эмоционального содержания. Тексты для непрофессионалов создаются в рамках такой области, как *medical writing*. Одним из жанров медицинского дискурса, характерного для коммуникативной пары «врач-пациент», является медицинский буклет.

7. Современные реалии диктуют развитие новых видов коммуникации между врачом и пациентом: вследствие появления сети Интернет возникает сетевой медицинский дискурс. Особый жанр данного дискурса – медицинский форум для пациентов. Речевое взаимодействие интернет-пациентов объединяет их в особый коммуникативный социум – отдельное языковое сообщество, которому характерны единые цели и ценности и, соответственно, дискурсивные практики.

ГЛАВА 2. ПРАГМА-КОММУНИКАТИВНЫЙ АНАЛИЗ ВЫСКАЗЫВАНИЙ О ЗАТРУДНЕНИЯХ, СВЯЗАННЫХ С НАРУШЕНИЕМ ДВИГАТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ

В настоящей работе под **нарушением** двигательных функций мы понимаем потерю или весомое отклонение от норм физиологических функций движения организма человека, причинами которых являются как врождённые, так и приобретённые заболевания, патологии и иные дефекты организма. Следовательно, возникает множество **проблемных ситуаций**, при которых клиенты и агенты медицинского дискурса вынуждены прибегать к описанию своих или чужих трудностей.

Способы описания коммуникантами ситуаций, связанные с ограничением двигательных функций, которые будут рассмотрены в работе, варьируют в зависимости от того, кто является их автором и какую цель он пытается достичь.

Специалисты используют описание ситуаций по заданной теме с целью информирования пациентов, рекомендаций по восстановлению, иных советов, вопросов к пациентам на медицинских форумах в сети Интернет. В отличие от профессионалов, непрофессионалы описывают сложности как при общении между собой, так и при консультации со специалистами.

Чаще всего, описанные ситуации могут быть связаны с развитием заболеваний и получением травм, препятствующих естественному функционированию опорно-двигательного аппарата, а также прохождением больными реабилитационного периода. Нас интересуют языковые средства – лексические и грамматические, с помощью которых реализуются данные описания ситуаций, в которых коммуниканты задают вопросы, отвечают, информируют, выражают просьбу или жалобу, уверяют, предупреждают, назначают или критикуют.

В работе предлагается классификация проблемных ситуаций, связанных с ограничением жизнедеятельности англоговорящих больных и выполняемыми ими двигательными функциями. Опираясь на

вышеописанные в разделе 1.1.3. данной работы компоненты качества жизни и теорию ван Дейка, нами была составлена классификация трудностей, состоящая из 6 сценариев: боль и дискомфорт, трудности, связанные с перемещением; трудности, связанные с манипуляциями; трудности, связанные с изменением положения тела; трудности, связанные с контактами с людьми; трудности эмоционального плана.

Классификация также разделена по способу коммуникации участников дискурса: раздел 2.1. будет посвящён коммуникации врачей (профессионалов) с пациентами (непрофессионалами), раздел 2.2. – пациентов (непрофессионалов) с пациентами (непрофессионалами). Следует уточнить, что сценарий «боль и дискомфорт» в большей степени характерен паре «пациент-пациент», поэтому данный пункт будет пропущен в разделе 2.1.

2.1. Описание трудностей, связанных с нарушением двигательных функций, в коммуникации врач-пациент

2.1.1. Трудности, связанные с перемещением

Для перемещения человеку изначально и первоначально требуется сохранять равновесие. Возникающие трудности с равновесием у людей, переживших инсульт, побуждают медицинских специалистов выпускать руководства-объяснения по реабилитации:

(1) «To have good balance, different parts of the body, like the brain, eyes and limbs, need to work well together. A stroke can affect your balance system, and the way in which the parts work together» [BPAS]

Как видим, специалист начинает руководство с простого, но весьма необходимого реципиенту объяснения причины потери равновесия. В данном примере наблюдается использование такого стилистического приёма, как иносказание: тело здесь представлено как механизм, который должен функционировать определенным образом. Желательное, то есть нормальное функционирование всех частей тела объективируется наречием well. Однако данное средство не обладает яркой выразительностью ввиду частотности. С

помощью этого иносказания автор вводит клиента в предмет дискурса, а также привлекает внимание к последующему тексту руководства.

В описанном примере также присутствует профессионализм *stroke*, принадлежащий разговорному регистру и использующийся непрофессионалами. Помимо него, в высказывании встречаются такие общенаучные слова, как *affect* и *balance system*.

Во избежание передачи медицинской информации специализированными терминами в высказывании (1) (можем предположить, что это могло бы быть словосочетание *motion coordination*) автор прибегает к глагольному словосочетанию, содержащему глагол широкой семантики *work*, обозначающему действие в самом широком смысле: *the way in which parts work together*.

Чтобы проиллюстрировать обобщающее словосочетание *parts of the body*, агент медицинского дискурса вводит дополнительные примеры: *the brain, eyes and limbs*.

Свисание стопы – часто встречающаяся проблема, на которую жалуются пациенты. Чтобы лишние обращения к профессионалам и сэкономить время, специалисты вносят в руководства дополнительную информацию о специальных приспособлениях, например, ортезе:

(2) «If you have **foot drop – difficulty lifting your foot off the ground when walking** – you may be offered an ankle-foot orthosis. This splint lifts your toes and supports your ankle so you can put your weight on your leg when you stand without **catching your toes** when you step forward» [BPAS]

В первом предложении приведённого выше отрывка даётся подробное определение конкретного нарушения, что является одной из характерных черт как специализированного, так и научно-популярного текста, написанного профессионалом с ориентацией на непрофессионального реципиента. Словосочетание *foot drop* является обиходным, при описании проблемной ситуации отсутствуют слова, принадлежащие медицинской

терминологии. В отличие от собственно медицинского терминологического словосочетания, это словосочетание описывает явление за счёт использования общеупотребительного существительного drop, выражающего предикацию. Данная свёрнутая предикация позволяет охарактеризовать движение стопы доступными широкой аудитории лексическими средствами. Несмотря на употребление в непрофессиональной среде, данный термин используется и в научном стиле речи.

Во втором предложении высказывания (2) объясняется принцип действия данного оборудования, и подчёркиваются его несомненные плюсы. В высказывании используется герундий catching по отношению к toes, представленные специалистом как нечто инородное, отдельное от пациента, поскольку они мешают процессу ходьбы пациента. Специалист прекрасно понимает положение больного и таким способом проявляет эмпатию по отношению к нему.

Врачи предупреждают пациентов, что такие повседневные действия, как повороты, пользования лестницей, заходы и выходы из ванны или постели сопровождаются большой вероятностью падения:

(3) «Focus on your movements when you are doing anything **tricky** like **turning, going up and down stairs, or getting in and out of the bath or bed.**» [BPAS]

В примере выше стоит отметить элемент рутинизации: слово tricky употребляется автором для характеристики действий, которые в норме являются несложными (turning, going up and down stairs, or getting in and out of the bath or bed). Это словоупотребление содержит оценку привычных действий как сложных, что свидетельствует о том, что автор входит в положение пациента. Он признаёт, что эти рутинные действия требуют от пациента особых усилий, умений и концентрации. Также представляется интересным, что для передачи такой оценки автором было выбрано именно слово tricky, относящееся к разговорному регистру. Такой выбор слова представляется попыткой специалиста осуществить коммуникативное

сближение с пациентом. Следовательно, мы наблюдаем сокращение дистанции в паре коммуникантов «агент-клиент». Данный пример иллюстрирует, как клинический дискурс становится все более клиенториентированным.

Более того, в презентации физиотерапевтов Шейлы Клуфио и Мэри Агорива (Sheila Klufio, Mary Agoriwa), разработанной для пациентов с нарушениями походки и равновесия, указывается, что при болезни Паркинсона самые обычные самостоятельные попытки перемещения становятся причиной падений. Специалисты цитируют научные работы, где содержится весомый объём специализированной лексики:

(4) «Falls are also common during **transfers**, such as rising from a chair or bed. **PD patients** fall mostly forward (45% of all falls) and about 20% fall **laterally**» [ROP]

Специалистами употребляется аббревиатура PD patients, обозначающая пациентов с болезнью Паркинсона. Она является весьма распространённой среди профессионалов и непрофессионалов, в частности, пациентов с данным диагнозом. Слово laterally относится к научному стилю, его общеупотребительный синоним – horizontally. Введение такой лексики в совокупности со статистическими данными осуществлено не только для того, чтобы привести весомый аргумент. Данный приём использован для повышения компетенции пациентов путём их ознакомления со статистикой и профессиональной терминологией. Это указывает на еще одну тенденцию в коммуникации «агент-клиент» – попытку выработать общий язык с пациентом.

Физиотерапевты в вышеуказанной презентации также обращают внимание на замедление походки (freezing of gait) – один из наиболее инвалидизирующих и наименее понятных симптомов болезни Паркинсона, который обычно наблюдается на поздней стадии болезни. В презентации для непрофессионального реципиента предлагается следующее описание данного симптома:

(5) «**FOG** is a brief, paroxysmal event characterized by absence or marked reduction of forward progression of the feet despite the intention to walk. The patients **generally feel** their feet **glued to the ground**» [ROP]

Данное высказывание размещено в тексте презентации сразу после названия слайда «Freezing of gait». В высказывании происходит замена обозначения данного явления на аббревиатуру (FOG) ввиду отказа от повтора одного и того же словосочетания в целях экономии. Иносказание freezing of gait описывает временную непроизвольную неспособность движения. В основу данного названия легло сходство с общеизвестным физическим процессом – замораживанием, образно соответствующим состоянию блокировки, которое испытывают пациенты. Затруднение в отрыве ступни от поверхности объективируется при помощи иносказания feet glued to the ground, образной основой которого является опыт использования клея, в частности, опыт манипуляции со склеенными объектами. Благодаря данному иносказанию передаются ощущения больных, чьи ноги «приклеены» к земле.

Во втором предложении высказывания (5) специалисты, обращаясь к пациентам, ссылаются на опыт других пациентов, обобщая его: patients generally feel. Наречие generally авторы используют, чтобы показать распространённость вышеописанного явления, и, тем самым, больным оказывается психологическая поддержка. Такая рутинизация характерна тактике врача адаптации пациента к трудностям, связанных с заболеванием.

Люди, перенёвшие инсульт, впоследствии испытывают синдром неглекта или игнорирования, который также негативно влияет на способность к передвижению:

(6) «People with **neglect may try to move** but **forget to move** their weak leg, **causing loss of balance**. They **might bump into** or **trip over objects they can't perceive, causing a fall**» [BPAS]

Автор высказывания не использует полное название данного синдрома (unilateral neglect, (hemi)spatial neglect) – он адаптирует медицинскую информацию, сокращая данный медицинский термин. Следует отметить

выражение *forget to move*, описывающее трудность больного и раскрывающее суть данного синдрома; к примеру, здоровому человеку не свойственно «забывать» координацию движения. Специалист описывает возможный сценарий действительности больного через общеизвестные выражения, относящиеся к разговорному регистру: *loss of balance, bump into, trip over*. Все вышеперечисленные средства указывают на то, что данная медицинская информация ориентирована на неспециалиста.

Отметим, что апеллятивная информация, передаваемая от профессионала непрофессионалу, имеет свою структуру, т.е. организована в соответствии с определённой моделью:

(7) «Stay away from **activities that cause repetitive loading** on your lower back, **such as running or jumping rope**» [АН]

Высказывание (7) адресовано пациентам с диагнозом поясничного стеноза. Специалисты вводят информацию по схеме от общего к частному: сначала она представлена в обобщённом виде, несмотря на приложение *that cause repetitive loading on your lower back*, затем происходит уточнение с помощью конкретных примеров (*running, jumping rope*). Языковым средством оформления апеллятивной информации служит инфинитив со значением императивности (*stay away from*). Так, в данном примере врачи сперва рекомендуют отказаться от физической нагрузки и только потом указывают конкретный вид нагрузки, которым следует пренебречь.

Специалисты категорически не рекомендуют любые виды ускоренного передвижения при развитии костной шпоры. Они также сообщают, что несмотря на вероятность их развития по всему телу, появление их на ноге вызывает трудности во время физической активности:

(8) «Bone spurs can occur at many sites in the body, but there are two common sites in the heel where spurs can cause pain and **interfere with your ability to do activities** that involve **running and jumping**» [WHPICBBS]

Глагол *interfere* наиболее характерен для официально-делового и научного стилей речи (как и слова *ability* и *activities*). С помощью выражения *ability to do activities* специалист вносит фактологическую информацию, которую в повседневной речи до такой степени обобщать нет необходимости. Словосочетания *interfere with your ability* и *ability to do activities* использованы для максимально обобщённого описания последствий, которые вызваны развитием шпор. В дополнение ко всему вышесказанному, отметим, что с помощью модального средства *can* понижается категоричность высказывания.

Необходимость обобщений, свойственная научным, законодательным текстам, представляется противоречащей целям коммуникации пары «врач-пациент». Следование друг за другом вышеприведённых обобщающих слов с широкой семантикой полностью отрывает текст от конкретной ситуации пациента, ориентируя его уже не на потребности клиента дискурса, а на потребности агента дискурса (врача). Так, несмотря на то, что коммуникация врача и пациента становится всё более клиенториентированной, мы наблюдаем и противоположную тенденцию – ориентацию на потребности врача (обобщение знания).

Введение сначала обобщённого признака, а затем уточнения, как в примере (7), принимается и по отношению к фактологической информации:

(9) «In more severe sprains, patients **may not be able to turn, bend, or flex the foot. Weight-bearing activities** such as **walking** may become difficult or impossible» [ASASSAS]

В высказывании (9) второе предложение содержит обобщающее словосочетание (*weight-bearing activities*), после которого следует уточнение (*such as walking*).

Помимо *can* некатегоричность высказывания достигается также использованием модального глагола *may*. В примере (9) модальный глагол *may*, стоящий в отрицании, в сочетании с конструкцией *be able to* выражают

вероятность у пациентов отсутствия возможности полностью контролировать ноги во время ходьбы.

Затруднения в движениях описаны также в текстах, посвящённых последствиям, вызванным получением черепно-мозговой травмы. Этому также уделяется внимание специалистов, поскольку данные обстоятельства влияют на роль индивида в таком социальном институте, как семья:

(10) «A parent **may be unable** or **find it difficult to run and play with the child**; there **may be limited family activities** that the whole family can do together» [SCROAWA]

(11) «It **may be difficult** to plan activities with a child if the parent **cannot drive**; a parent **may have to rely on** others for assistance» [SCROAWA]

В примерах выше приведены возможные трудности, с которыми сталкивается человек с черепно-мозговой травмой при воспитании своего ребенка, среди которых – трудности с бегом, подвижными играми и вождением машины. Чтобы осуществить описание сложности, профессионал прибегает к таким лексемам, как *unable*, *find difficult* и *limited*. Идея невозможности реализуется за счёт отрицательного суффикса –*un* (*unable*). Однако, в примере (10) причастие *limited* является средством эвфемистического описания невозможности: в реальности *limited family activities* соотносятся с невозможностью что-то делать вместе всей семьёй. Также наблюдаем, что введена модальность (*may*), указывающая на возможное ограничение мероприятий, которыми занимается вся семья как единое целое. В высказывании (11) специалисты предупреждают о трудностях планирования каких-либо мероприятий при условии отсутствия возможности управления машиной; ими предложено положиться на чью-либо помощь.

2.1.2. Трудности, связанные с манипуляциями

Вследствие такого заболевания костей, как остеоартрит, возникают трудности при совершении тех или иных манипуляций. Профессионалами даётся причина трудности, далее – возможные ситуации, где пациенты с ними сталкиваются и, наконец, конкретные примеры:

(12) «A person with hand osteoarthritis **may** notice that the affected hand(s) seems weaker than it was before osteoarthritis symptoms occurred. **Gripping and pinching objects may** be more difficult. For example, a person **may have trouble opening jars** or **turning the ignition key of a car**» [АН]

В высказывании выше специалисты имплицитно предлагают пациентам сравнить свои способности в настоящем со своими способностями в прошлом. Этому способствует модальность высказывания, после которой сужается область возникновения трудностей с помощью герундиев *gripping and pinching*. Специалисту важно донести информацию до конкретных пациентов с данным диагнозом, поэтому им используются примеры ситуаций: *opening jars, turning the ignition key of a car*.

Разумеется, сценарии, выделенные нами, имеют свойство накладываться друг на друга. В примере ниже наблюдаем связь сценария предостережения о трудности во время выполнения манипуляции со сценарием изменения положения тела:

(13) «When picking something up, **even a light object, take care not to bend from the waist**» [PANAFLS]

С помощью императива *take care not to* реализуется подача апеллятивной информации. С его помощью специалист просит больного с диагнозом поясничного стеноза не сгибаться в пояснице во время поднятия какого-либо предмета. Профессионал делает акцент на уточнении *even a light object*, поскольку сгибаться не рекомендуется в любых случаях. Данное уточнение указывает на ориентированность данного высказывания на непрофессионального реципиента. Интересно также, что данное предостережение начинается не с отрицания: использована утвердительная форма глагола *take*. Склонность специалистов медицинского дискурса избегать отрицания, когда они просят что-либо не делать, связана с принципами пациентоориентированной коммуникацией.

Врачи оставляют рекомендации пациентам используя и такой инфинитив со значением императивности:

(14) «I recommend that you **do not attempt to vacuum for at least 2 months or more**» [HB]

(15) «**It is ok** to wiggle the fingers but **do not attempt** to bend or force them **in any way**» [HB]

В высказывании (14) специалист даёт рекомендацию по воздержанию от использования пылесоса при уборке; отметим, что он обозначает примерные сроки соблюдения данной рекомендации хотя бы в течение 2 месяцев или больше. Наблюдается особенность сетевого медицинского дискурса – врач не может констатировать тот или иной диагноз без личного осмотра и, соответственно, не может огласить точных сроков реабилитационных мер. В примере (15) врач разрешает больному шевелить пальцами, что объективируется через фразу It is ok, в которой присутствует многофункциональное слово ok, наиболее характерное для разговорного регистра. Однако во второй части высказывания содержится апеллятивная информация, которая за счёт выражения in any way приобретает категоричность: специалист рекомендует ни в коем случае не сгибать или просит не пытаться сгибать или напрягать пальцы рук.

В сетевом медицинском дискурсе, а именно на Интернет-форумах распространён такой способ использования лексических единиц, как эвфемизация – замена стилистически и эмоционально нейтральными словами или выражениями названий предметов или явлений, которые с точки зрения общественной морали считаются неприличными и воспринимаются негативно. Так, чтобы снизить эмоциональную нагрузку, а также предотвратить излишний интерес больного к своей болезни, авторы используют именно этот приём:

(16) «Hello, There **most likely be a slight malrotation** of the pinky finger but **should not interfere with function**» [DL]

Специалисту удаётся внести фактологическую информацию про нарушение в мизинце с помощью прилагательного *slight*, являющимся стилистически-нейтральным словом. Отсутствие категоричности высказывания достигается лексемой *most likely* – автор использует её, поскольку не может сделать точные выводы о ситуации пациента ввиду особенностей коммуникации. Особый интерес представляет конструкция *There most likely be*, употребляющаяся в разговорном регистре. Вероятно, она маркирует сослагательное наклонение. Чтобы успокоить больного, врач использует глагол широкой семантики *interfere with*, употреблённый вместе с существительным *function*. Так, коммуникатору удалось предостеречь реципиента от проявления эмоций волнения и уверить, что данное нарушение не должно мешать повседневному функционированию пациента в целом, тому, как он живет, т.е. негативно влиять на качество его жизни.

Ранее в работе было упомянуто про трудности, которые возникают в семье из-за получения черепно-мозговой травмы. Родитель, перенёсший черепно-мозговую травму, не может осуществлять свою повседневную деятельность, связанную с использованием рук для помощи своему ребёнку:

(17) «A parent **may be unable to help** small children **fasten buttons or tie shoelaces**» [SCROAWA]

В приведённом примере специалисты по созданию медицинских текстов указывают на трудности с процессом одевания детей – завязыванием одежды на пуговицы и шнурков. Ими использован модальный глагол *may*, указывающий на типичность данного явления, объективирующий фактологическую информацию. Невозможность осуществления помощи детям объективируется посредством сложного прилагательного *unable*, описанного ранее в высказывании (10).

Сообщество *Movement Disorder Society (MDS)*, занимающееся разработкой единой рейтинговой шкалы при болезни Паркинсона, в 2008 году выпустило анкету для пациентов с данным диагнозом. С помощью

анкеты проводится опрос сложностей образа жизни больных: им предоставляется возможность градуировать свои повседневные сложности от 0 до 4:

(18) «2.6 HYGIENE

Over the past week, **have you usually been slow or do you need help with washing, bathing, shaving, brushing teeth, combing your hair, or with other personal hygiene?**

0: Normal: Not at all (no problems).

1: Slight: I am slow, but I do not need any help.

2: Mild: I need someone else to help me with some hygiene tasks.

3: Moderate: I need help for many hygiene tasks.

4: Severe: I need help for most or all of my hygiene tasks.» [ROP]

Очевидно, что манипуляции, связанные с гигиеническими мероприятиями, которые выполняет здоровый человек, вызывают сложности у пациента с болезнью Паркинсона. Этот факт наблюдается через постановку вопроса анкеты в пункте «ГИГИЕНА», в котором у больных интересуются про скорость выполнения тех или иных повседневных задач и потребность в посторонней помощи. Вопросительное предложение анкеты состоит из двух частей: первая часть построена во времени Present Perfect, что необходимо для выражения настоящего времени и совершённого аспекта (о степени медленности пациента за последнюю неделю), вторая часть предложения содержит однородные члены, в которых описываются конкретные трудности.

В этой же анкете предлагается схожий по структуре вопрос, однако если в примере (18) было рассмотрено сложное предложение, то в примере ниже наблюдаем два простых предложения:

(19) «Over the past week, have you usually had problems dressing? For example, **are you slow or do you need help with buttoning, using zippers, putting on or taking off your clothes or jewelry?**» [ROP]

Можем предположить, что в основу вопроса из примера (19) легло построение вопроса из примера (18) и, ко всему прочему, в целях разнообразия языковых конструкций сложное вопросительное предложение

было разделено на два простых, посвящённых трудностям одевания у пациентов с диагнозом Паркинсона.

2.1.3. Трудности, связанные с изменением положения тела

Профессионал предостерегает больного о возможных трудностях перехода в положение сидя или нахождения в положении стоя используя однокоренные слова *difficult*, *difficulty*:

(20) «At worst, you **may find** it **difficult to sit up** safely, or you **may have difficulty standing**» [BPAS]

Замечаем, что однокоренные лексемы *difficult* и *difficulty* весьма частотны в рамках темы нашего исследования, но с помощью фактологического *may*, выражающего вероятность, автор медицинского текста обозначает, что пациент необязательно окажется в ситуации трудности.

Высказывания, в которых объективируется требование не совершать определённые действия, содержат императив *avoid* в начале предложения:

(21) **Avoid** toe-touches, sit-ups, and yoga poses that worsen the pain and lead to **significant** bending of the back [EATAWHD]

С помощью данного глагола англоязычные специалисты предупреждают о недопустимости выполнения конкретных упражнений. Усугубление боли описывается через глагол *worsen*, а причина, по которой следует отказаться от выполнения данных упражнений – сгибание спины (именно *significant*), которое, ввиду перенесённой травмы, выполнять категорически опасно.

По ходу исследования отмечаем, что глаголы-императивы также имеют высокую частотность в высказываниях специалистов, как и в данном сценарии, связанном с трудностями в изменении положения тела:

(22) «When sitting, **avoid leaning forward**, **make sure** there is proper lumbar support for **the inward curve of the low back**, and **keep both feet flat** on the ground» [PANAFSL]

В примере (22) содержатся императивы, с помощью которых передаётся апеллятивная информация от профессионала к непрофессионалу: avoid, make sure, keep. Профессионал советует избегать наклонов вперёд в положении сидя и располагать ноги на твёрдой поверхности, а также рекомендует убедиться, что в данном положении правильно поддерживается изгиб спины. Описание локализации участка, на который следует обратить внимание больному (inward curve of the low back), осуществляется без участия медицинских терминов ввиду необходимости адаптации информации для непрофессионального реципиента.

Если контролировать процессы жизнедеятельности действительно сложно в силу их особенностей, специалисты рекомендуют хотя бы осуществить попытки по урегулированию проблемной ситуации:

(23) «You noticing your arm being numb after sleeping on it is **not an uncommon finding** and **you should attempt to avoid** sleeping on your arm» [MDT]

В примере выше наблюдаем использование словосочетания not an uncommon finding, более характерного официально-деловому и публицистическому стилю речи. Таким лексическим средством автор лишает высказывание излишней эмотивности: два элемента, выражающих отрицание выполняют эвфемистическую функцию, т.е. снижается степень напряжённости. Профессионал советует больному стараться не спать на руке, если просыпаясь больной часто испытывает онемение в данной части тела.

Интересно отметить, что описанная ранее схема передачи апеллятивной информации (от общего к частному) встречается и в данном сценарии:

(24) **Skip** movements that involve significant **axial loading** on the lower back, such as **squats and leg presses** [АН]

В примере выше автор высказывания сперва вводит такой научный термин как axial loading, а затем объясняет его смысл в уточнении (such as

squats and leg presses). Агент медицинского дискурса советует не выполнять движения, связанные со значительной осевой нагрузкой на спину, которую клиент допускает во время занятий спортом, например, при выполнении приседаний и жимов ногами.

Императив предостережения *be careful* используется для выражения пожелания уберечь клиента медицинского дискурса от возможной опасности в будущем:

(25) «**Be careful not to stretch** here past what's comfortable» [АН]

(26) «**Be very careful not to push with your legs** to make your pelvis roll»[SEFSSV]

(27) «**Be careful not to overwork or strain muscles** that may have become deconditioned after a period of inactivity» [SES]

Вышеперечисленные рекомендации в примерах (25-27) предназначены специалистами для пациентов, которые начинают восстанавливать свою двигательную активность в период реабилитации. В высказываниях 26 и 27 специалисты вводят уточнения во второй части предложений, зачем они дают данные рекомендации. Проанализировав примеры 7, 13, 21-27 делаем вывод о том, что предостережение что-либо не делать чаще вводится глаголом в утвердительной форме (*skip, avoid, be careful not to, you should attempt to avoid*).

2.1.4. Трудности, связанные с контактами с людьми

Пациенты, попадая в трудные жизненные ситуации, связанные с ограничением их движения, также испытывают сложности в общении и межличностных взаимоотношениях при непосредственном разговоре или переписке.

Людям свойственно не делиться некоторыми проблемами, описаниями своих трудностей, в коммуникации им сложно выразить по-настоящему важную жалобу. Всё вышеперечисленное имеет значительный вес при оказании врачебной помощи.

Отделения онкологий содействуют разработке специальных статей-руководств для пациентов. В них можно найти информацию про предлагаемые упражнения после операций по лечению рака. Например, при содействии отделения онкологии Американской ассоциации физиотерапии была написана статья, посвящённая реабилитационным упражнениям, направленным на восстановление пациентов после операции по лечению рака груди.

Контакт с людьми мы понимаем также как трудность психологического характера. Люди испытывают трудности в коммуникации в частности и с врачом. Поэтому специалисты отделения онкологии Американской ассоциации физиотерапии просят безоговорочно обращаться к врачам при возникновении неудач во время реабилитационных мероприятий:

(28) «Tell your **cancer care team** if you **have trouble with** the exercises» [EABSS]

В примере (28) словосочетание *have trouble* объективирует трудность при выполнении реабилитационных упражнений. Возрастает значимость коллектива врачей: наблюдается противопоставление *trouble* сплочённой *team* онкологов, борющейся с серьёзной болезнью пациента и готовой прийти ему на помощь при такой, казалось бы, малозначительной трудности. Отметим, что словосочетание «*cancer care team*» можно рассматривать как эвфемизм.

Пациенты вынуждены справляться с возникающими обстоятельствами не только физически, но и морально. Им, помимо непосредственного лечения, требуется и эмоциональная поддержка. Оказать её попавшему в беду человеку – один из советов, который дают медицинские специалисты:

(29) «Allowing someone who has suffered an injury to talk through their fears and frustrations is one way of offering **emotional support**. You don't even have to say anything - in fact, false reassurances like **'everything will be okay' can have a negative effect** on the person who has suffered an injury. **Try** to create a calm and safe atmosphere, **offer** reassurance when it

is needed and **allow someone with an injury some space** if they require it.»
[5TYCDTSSWAI]

Медицинские специалисты уверяют, что, фактически, перенёсшему травму человеку, практически ничего не нужно будет говорить, поскольку он сам будет делиться своими переживаниями. В тексте отсутствуют профессионализмы и медицинские термины, за исключением словосочетания *false reassurances*, которое скорее свойственно психологическому дискурсу. Профессионалы предупреждают, что такие утверждения как «Всё будет хорошо» будут иметь только негативный эффект. В последнем предложении содержатся императивы *try*, *offer*, *allow*, с помощью которых авторы дают совет, осуществляя передачу апеллятивной информации. Специалисты также обращают внимание на необходимость предоставления личного пространства перенёсшему травму пациенту (*allow someone with an injury some space*), чтобы ни в коем случае не оказать на него лишнего воздействия.

Специалисты также обращают внимание, как не стоит себя вести при общении и оказании эмоциональной поддержки лицам, получившим телесные повреждения:

(30) «**Don't try and jolly** people by getting them to look on the **funny side of their injury**, in time this may be something they are able to do»

(31) «Saying '**I know just how you feel**' can sometimes **agitate** a person»

(32) «**Don't try and hurry** a person with an injury, as they may not **be in the best frame of mind** to make decisions quickly» [5TYCDTSSWAI]

В примере (30) прилагательное «*jolly*» приобретает свойства глагола в структуре с императивом «*Don't try and jolly...*» (так же употреблённую в примере (32)). Просьба специалиста направлена на избежание рассмотрения больными *funny side* своей травмы; по мнению авторов высказывания, это должно произойти со временем, без стороннего участия. Нелицеприятным окажется произнесение фразы «Я знаю, что ты чувствуешь»; специалисты используют глагол *agitate*, чтобы передать возможные эмоции пострадавшего при употреблении его близкими вышеуказанной фразы. Американская идиома *be in the best frame of mind* в высказывании (32), несмотря на

ориентацию на непрофессионала, свидетельствует о принадлежности автора к сообществу профессионалов медицинской сферы. С помощью данной идиомы автор высказывания сообщает о наилучшем моральном состоянии больного для принятия решений: им сперва необходимо вернуть здравый ум.

Поддержка близких в сложный для пациента период просто необходима. Исходя из этого, профессионалы рекомендуют находиться ему, несмотря на все возможные трудности, в контакте с кем-либо, особенно с теми, кто дорог. В статье, посвящённой советам при операции на спине, можно обнаружить следующие из них:

(33) «Sometimes you just need **to hear someone's voice on the other line**. Take this time **to check in on loved ones you do not get to connect with often**»

(34) «Sometimes you may not **be in the mood** for a full conversation, but **just chatting** with someone via **texting can help you** feel more connected» [5TYCDTSSWAI]

В примерах содержится описание эмоций через фактологическую информацию: затрагивается тема близких пациентам людей. С помощью таких словосочетаний как *to hear someone's voice*, *loved ones*, *be in the mood for* в высказываниях говорится об эмоциональном фоне пациентов, предлагаются указания по улучшению общего эмоционального состояния больных за счёт коммуникации со своими близкими. Словосочетания *on the other line*, *check in on*, *just chatting with someone* принадлежат разговорному регистру. Данные языковые единицы выполняют контактоустанавливающую функцию, влияя на коммуникацию участников. Так, мы можем утверждать о включении элементов персонального дискурса, внесённые для восприятия текста реципиентом как лично-ориентированный. Данными высказываниями специалисты пытаются предостеречь больных от отсутствия общения и поддержки, а также повысить шансы на положительный результат операции. Так, врачам важно также учитывать все факторы, в том числе внешние психологические, за которые он, не должен нести ответственность, однако вследствие влияния их на исход самочувствия больного, ему

приходится давать вышеописанные рекомендации. Клиенториентированность медицинского дискурса в примерах (33-34) соблюдена.

Влияние черепно-мозговой травмы на разных людях проявляется по-разному. Некоторые пациенты чувствуют себя нормально и в состоянии продолжать прежнюю жизнь, несмотря на произошедшие трудности. В процессе реабилитации у некоторых больных возникают конфликты, при которых травмированные проявляют агрессию по отношению к своим близким. Раздражительность характерна не только тем, кто перенёс черепно-мозговую травму, но и тем, кто за ними ухаживает, поскольку в кругу семьи данный человек зачастую становится обузой:

(35) «Some young people argue more with others in the family, as **they feel worried or angry about what has happened**. They might be asked **to do extra jobs** around the house or **'look after' their injured relative**, which **can be annoying**» [SCROAWA]

Пример выше, взятый из пособия, адресованного сопровождающим реабилитацию пациентам с черепно-мозговой травмой, содержит эмоциональную информацию (feel worried or angry, can be annoying) и иллюстрирует несмирение детей по отношению к произошедшему событию и обстоятельствам, которые требуют выполнения дополнительных обязанностей – уход за травмированным (to do extra jobs, 'look after' their injured relative).

Специалисты предупреждают о том, что в семье, у одного из членов которой произошла черепно-мозговая травма, происходят значительные изменения ролей. Например, нетравмированный родитель берёт на себя ответственность за выполнение домашних обязанностей и уход за детьми, в то время как травмированный родитель играет более зависимую роль. Врачи также акцентируют внимание на ситуации, когда ребёнку, приходится брать на себя определённые задачи по уходу, тем самым взяв на себя более взрослую роль в семье:

(36) «The second **challenge** facing children is that of having to “**negotiate and redefine their relationship**” with their injured family member» [SCROAWA]

Несомненно, при данных обстоятельствах члены семьи будут испытывать трудности при коммуникации с больным, и, чтобы процесс реабилитации взрослого проходил планомерно, необходимо непосредственное участие ребёнка. Для описания решения данной ситуации авторы высказывания используют глагол negotiate и словосочетание redefine their relationship. Эти слова выделены кавычками ввиду сильного контраста между своим серьёзным, «недетским» значением и теми, по отношению к кому они употреблены (children). В действительности, ребёнок должен научиться договариваться и переосмысливать отношения с больным родственником; специалисты используют слово широкой семантики challenge для обозначения данной проблемы.

2.1.5. Трудности эмоционального плана

Боль является субъективным ощущением и психоэмоциональным переживанием, возникающим как реакция организма на действие вредных, разрушительных раздражений. Тягостное ощущение боли, возникающей у пациента, формирует устойчивые патологические реакции в организме человека и приводит к развитию патопсихологических изменений. Такая боль способна даже уничтожить человека как личность и приводить к развитию состояния депрессии. Тяжелая болезнь влияет на физическое состояние, поведение человека и эмоциональные реакции:

(37) «There’s a **danger**: people **can be less active** or **feel lonely or depressed**. **Research shows** that mental health problems **can significantly affect** the recovery of hip fracture patients. Therefore, **it is important** to learn ways **to improve your mental health**» [RFAHF]

После перелома бедра многие люди начинают беспокоиться о падении, другой травме или о том, смогут ли они заняться своими привычными делами. Вследствие этого пациенты оказываются под угрозой, которую автор

высказывания объективирует лексемой danger. Существует вероятность невосстановления двигательной активности до прежнего уровня, которую описывают через градуирование (can be less active), из-за чего которой пациенты ощущают чувства подавленности и одиночества (feel lonely or depressed). Depressed в данном примере объективирует состояние подавленности, хотя в современном медицинском дискурсе служит маркером наличия у пациента психического расстройства. В качестве дополнения к своим словам, используя тактику убеждения и отсылку к авторитетному источнику (в данном случае на исследование), авторы начинают предложение с «Research shows...». Несмотря на тему высказывания, посвящённую эмоциям, в нём содержится апеллятивная информация, эксплицированная на уровне локуции с помощью лексики дидактической направленности (в частности модальный глагол can) и маркера, указывающего на ответственность пациента (it is important to learn ways) относительно его собственного психического здоровья (mental health).

В буклете, созданным специалистами Больницы Королевы Елизаветы Бирмингема, посвящённому пациентам, проходящим операцию с помощью дистракционно-компрессионных аппаратов внешней фиксации (например, аппаратом Илизарова), эмоциональным аспектам преодоления трудностей отведён целый раздел:

(38) «**It is normal to feel ‘up and down’** in the period of time after the frame is applied. **You should expect** to have **good and bad days** as well as **periods of frustration** or **impatience** with what can be a long treatment» [AFPUFS]

(39) «**It is important to find ways to cope with these difficult times**, through family support, friends, talking to other frame wearers (you may be able to chat to them at the weekly physiotherapy class or clinic), the clinical nurse specialist, consultant or your GP» [AFPUFS]

Специалисты предупреждают о нестабильном состоянии после установки аппарата: с помощью лексики разговорного регистра (up and down) они констатируют крайне частое изменение настроения, буквально флуктуирующего вверх-вниз. Кроме этого, отметим, что конструкция It is

normal to, выражающая распространённость вышеописанного явления и рутинизирующая ситуацию для пациента, использована в целях оказания эмоциональной поддержки. Таким же образом, с помощью контрастного словосочетания good and bad days пациенты предупреждаются о том, что будут как хорошие, так и плохие дни. Подготовка пациента к вероятным нарушениям эмоционального состояния в высказывании (38) осуществляется через модальность (should) и глагола expect. Специалист преднамеренно готовит больного к ощущению разочарования и недовольству длительностью лечения, используя слова, выражающие эмоции (periods of frustration or impatience). С помощью маркера It is important to (как и в примере (37)) указывается ответственность пациента в принятии решений относительно преодоления трудностей, однако, вследствие клиенториентированности специалист не может не дать совет: поддерживать контакт с близкими, другими пациентами, переживающими опыт такой же операции или же своим врачом.

2.2. Описание трудностей, связанных с нарушением двигательных функций, в коммуникации пациент-пациент

2.2.1. Боль и дискомфорт

Ограничение движения часто сопровождается болью и дискомфортом. Через данные понятия врачи и пациенты описывают проблемные ситуации и делают выводы о нарушениях двигательных функций. В данном пункте мы рассмотрим концепт «боль», характерный для английской лингвокультуры.

Использование такого средства выразительности, как сравнение, помогает коммуниканту более образно описать свою боль, тем самым сделав так, чтобы остальные участники коммуникации поняли, на что он жалуется, благодаря уже существующему образу, переданному через сопоставление:

(40) «Pain in left legs and left foot numbness remains (**like foot is in an ice chest** all the time) with spasms **really bad continuing**» [HB]

В данном примере клиент медицинского дискурса описывает боль и

онемение ноги через сравнение его ступни с ледяной ёмкостью (like foot is in an ice chest). Телесный дискомфорт, испытываемый больным, сигнализирует о нарушении двигательных функций. В конце высказывания содержится эмоциональная информация: она реализуется за счёт слов, принадлежащих разговорному регистру (really bad continuing).

Пациент заимствует объекты для сравнения, описывая болезненные ощущения при передвижении. В самом деле, когда пациенты жалуются на боль, говоря о патологических ощущениях, обыденного языка становится недостаточно и появляется поле для языкового творчества.

(41) «(it felt like **there was something tight and pushing up** under the bottom of the knee – **I liken it to having the edge of a shovel digging up** there). The **'shovel blade' sensation** is way worse and **I have terrible catching and snagging** of the ligaments below the knee into the calf that **make me gasp in pain** each time they 'snag'» [P]

Автор высказывания использует сравнение, которое мы можем идентифицировать по предлогу like и глаголу liken. Он прибегает к описанию своих ощущений, используя образ действия абсолютно иного предмета – лопаты. Так, становится очевидным, что агент описывает ощущения через другую сферу деятельности: восприятие боли напоминает процесс копания лопатой с острым лезвием прямо по его колену. Соответственно, в качестве сравнения автор приводит описание опыта, который он вряд ли испытывал: настоящую боль он описывает через ту, которую он наверное бы испытал, если бы имел дополнительный опыт, относящийся к такой боли.

Как уже было отмечено ранее, пациенты используют приёмы аббревиации и акрономизации при описании проблемных ситуаций. Пациенты нередко используют аббревиатуры для экономии времени набора текста на клавиатуре в тех случаях, когда введение аббревиатуры не затруднит понимание информации для других агентов и клиентов медицинского дискурса:

(42) «After the 8 week mark I felt I was making **decent progress** and by the 14 week mark had achieved full **ROM**, although **i was still experiencing a lot of discomfort** rather than **severe pain** in the knee» [P]

В вышеуказанном примере ROM (range of motions) – диапазон движений, который необходимо достигнуть любому пациенту, восстанавливающемуся после травмы коленного сустава. Данный пример свидетельствует об интерференции профессионального языка в язык пациента для описания затруднения. Автор высказывания описывает свой прогресс с помощью архаичного прилагательного decent (<https://www.merriam-webster.com/dictionary/decent>, дата обращения: 21.03.2021), хотя клиент и жалуется на сильный дискомфорт, он его переносит намного легче, чем сильную боль (rather than severe pain).

Пациенты-женщины описывают свои эмоции и состояния с помощью сравнений своих ситуаций с процессом родов:

(43) «But **the pain, it is on the same lines as childbirth** as far as you will forget it, but remember this is bone surgery, and **it is going to hurt**, but **they** will give you **good** drugs while your in the hospital» [НВ]

(44) «**if you need back surgery, i would have it...**I had no choice as **my nerves were being crushed** and **i was in complete agony**, **childbirth was a breeze compared to the pain...**» [НВ]

В примере (43) автор высказываний трезво оценивает ситуацию с болью после операции, при этом помогает справиться с эмоциональным стрессом другому больному посредством тактики убеждения: клиент употребляет прилагательное good с положительной оценочностью. Автор высказывания использует данный приём, чтобы снизить эмоциональное напряжение больного. Помимо этого, заметим, что в данном высказывании наблюдается «коммуникативный оптимизм», который мы уже встречаем не в первый раз по ходу нашего исследования. Несмотря на предостережения о трудностях и негативных факторах, непрофессионал советует довериться лекарствам от врачей, представленных в тексте местоимением they: but they will give you good drugs.

В первой части высказывания (44) коммуникант ставит себя на место

больного, используя структуру «If I were you, I'd...». Таким способом автор данного высказывания осуществляет косвенное воздействие на реципиента. Далее говорящий делится эмоциональным опытом, связанным с перенесённым дискомфортом, через выражения *my nerves were being crushed* и *i was in complete agony*. Эмоциональность высказывания достигается отбором конкретных лексических средств: например, *crushed* – от глагола практической сферы, обозначающего раздробление, раздавливание. Кроме того, вводится лексема *agony*, обозначающая состояние перед смертью. Отсюда следует, что эмоциональное состояние описано автором при помощи лексики, объективирующей понятия, связанные с угрозой жизни. Коммуникант вводит идиому *to be a breeze*: как видим, тяжесть и болезненность во время родов были сущим пустяком по сравнению с той болью, которую испытывала одна из участниц форума после своей операции.

Ещё одной особенностью, которую можно заметить в коммуникации пациентов на тему двигательных нарушений – использование высказываний, напоминающих философские цитаты. Цель данных высказываний – оказание поддержки тому, у кого возникли трудности, показать, что он не один, и его понимают.

(45) «**None of us are patient when it comes to pain**» [НВ]

(46) «Yes **the pain is hard** if you **do not like pain but hey who does**» [НВ]

В высказывании (45), вводя идиому *when it comes to*, автор обозначает конкретный фактор, который беспокоит всех участников сообщества (*pain*), являющийся как весомой причиной, так и следствием ограничений двигательной активности. С помощью обобщения (*none of us*) автором создаётся эффект единства больных. Описанные особенности являются признаками отдельного сообщества пациентов (CoP). Высказывание (46) построено по тому же принципу – сначала вводится досаждающая тема, вместе с тем к ней добавляется определение *hard* для усиления эффекта восприятия данной проблемы. К тому же, в данном высказывании реализуются ценностные ориентиры и цели коммуникантов в языковом

сообществе пациентов. С помощью междометия *hey* разговорного регистра обращается внимание на непереносимость боли всеми участниками коммуникации, что не может не вызывать сплочённость.

2.2.2. Трудности, связанные с перемещением

Клиентам свойственно последовательное описание трудности, которые испытывают их близкие, поскольку они наблюдают над ситуацией со стороны:

(47) «He **leaned** to one side **due to weakness on his left** and **dragged** his left foot **as he walked**» [SOE]

В примере (47) автор объективирует трудности больного посредством глаголов *lean* и *drag*. Уточнение *weakness on his left* было введено автором высказывания с помощью предлога *due to*; придаточное предложение *as he walked* сообщает о моменте происхождения действия *dragged*.

Неспециалисты делятся коренными изменениями в жизни своих близких, перенёсших те или иные травмы:

(48) «She is in **severe pain** 24hours a day, and is **severely limited** in the activities she is able to do. She used to be an avid hiker, runner and biker, and now she is **limited to only walking short distances**» [HB]

Описывая состояние больного (*in severe pain*), клиент медицинского дискурса прибегает к повтору однокоренных слов (*severe, severely*). Если раньше женщина была активной путешественницей, выходила на пробежки, передвигалась на байке, то после травмы, кардинально поменявшей её жизнь, она смогла передвигаться пешком только на небольшие расстояния. Данные изменения и трудности описаны через причастие *limited*.

По ходу работы, исходя из ранее описанных примеров, замечаем, что на форумах заметна тенденция к сокращению часто употребляемых языковых единиц, в том числе посредством акронимизации:

(49) «I had my surgery on Dec. 30, so I'm almost 5 weeks **post-op**. I find it **incredible** that you're walking 2 miles in under 30 minutes (as of Dec. 20-something) [HB]

В данном примере представлен редуцированный вариант прилагательного *post-operative*, акроним *post-op*, объективирующий фактологическую информацию про нахождение больного на послеоперационном периоде. С помощью данной лексики, проникшей в обиход пациентов из языка профессионалов, автор высказывания описывает своё текущее положение, в котором он находится на данный момент. Реабилитация, несомненно, вызывает трудности при двигательной активности, однако в своём ответе клиент медицинского дискурса использует лексику с положительной оценочностью *incredible*, употреблённую относительно фактического успеха в функционировании моторики тела другого клиента, с которым они общаются в рамках одного сообщества пациентов – *community of practice*.

Через такие языковые средства выразительности, как сравнения и метафоры, больной пытается донести новую информацию, создавая дополнительный, но при этом уже известный для эпизодической памяти реципиента образ:

(50) «I had my foot frozen through ankle and freezing solution poured on my foot to take out a broken toothpick I had stepped on, but it has been a week and it **feels like my toes are broken** and **am unable to walk**» [MDT]

Тут клиент медицинского дискурса жалуется на своё состояние спустя неделю после того, как из её ноги достали зубочистку, на которую он(а) ранее наступила. Свои неудобства при ходьбе, а вернее невозможности данного процесса (*unable to walk*) он(а) выражает с помощью сравнения (*feels like my toes are broken*), которое не является ярким средством выразительности, поскольку описание ощущения осуществляется через одну и ту же сферу. Несмотря на это, объективизация болевых ощущений посредством данного сравнения даёт отчётливое понимание того, на что конкретно жалуется клиент медицинского дискурса.

Также стоит иметь в виду, что трудности, связанные с перемещением, возникают не только при ходьбе, но и, например, при использовании

транспортного средства:

(51) «Driving was **tough** at times too, I'm **a college student** so walking to classes was **a challenge** as well» [SH]

В примере (51) процесс вождения клиент медицинского дискурса прибегает к использованию прилагательного *tough*, объективирующего данную трудность. Автор идентифицирует свой социальный статус для описания трудности: будучи студентом, ему трудно ходить на занятия. Для пациента осуществление активных действий представляло собой огромную проблему, которую он называет *challenge*. Данное слово широкой семантики (которое уже встречалось в примере (36)) является англо-американским концептом, постепенно входящим и в русский язык.

Прилагательное *tough* в действительности нередко используется англоязычными пациентами при описании своих трудностей, особенно тех, что связаны со стандартным передвижением:

(52) «Since then **things have been really difficult**: I don't feel the foot/ankle area strengthening very much, and **it's still tough** for me **to be on my feet much of the day, stand for very long**, etc., and any kind of weight-bearing exercise still **seems out of the question**» [HB]

В примере выше автор вводит читателя в предмет своей жалобы с помощью обобщения, представляющим собой выражение *things have been really difficult*. Поставив двоеточие, далее, он объясняет, что конкретно даётся ему с трудом – долго стоять и находиться на ногах в течение всего дня.

2.2.3. Трудности, связанные с манипуляциями

В примере (52) в конце высказывания автор использовал идиому *out of the question*, описывающую невозможность. Так, пациент утверждает, что о манипуляциях во время физических упражнений с отягощением не может идти и речи.

Пациенты часто описывают проблемную ситуацию косвенным образом, через рекомендацию относительно устранения трудности:

(53) «I would also **recommend** wearing some very casual clothes like a sweat pants & button up shirt or best would be a robe that way **you're not doing too much with your arms** until you get used to it» [HB]

Высказывание (53) содержит рекомендацию (глагол recommend) относительно выбора одежды, которую автор советует носить пациентам, перенёвшим ту же операцию, что когда-то и он сам. Клиент медицинского дискурса аргументирует свою позицию через проблемную ситуацию (you're not doing too much with your arms), связанную с ограничением двигательных функций, а именно – сложности с манипуляциями, которые пациенты производят своими руками.

Делясь опытом трудностей, связанных с манипуляциями, клиенты медицинского дискурса объясняют выбор того или иного предмета для решения проблемной ситуации, описывая дополнительные возможности, которые он предоставляет больным:

(54) «I am 11 days **post op** and **the chair in the shower saves me alot of discomfort**. Everything within reach (phones, remotes, meds, drinks, snacks, etc...**It's a process** but **well worth it**....» [HB]

В высказывании (54) автор маркирует свой полезный совет для реципиентов конструкцией «The thing that works best for me...». Помимо ранее описанного акронима (post op) в примере (54) клиент делится успешным процессом адаптации к своей реабилитации (saves me alot of discomfort). Чтобы описать доступность для себя окружающих предметов, пациент использует идиому within reach. В последнем предложении используется эвфемизм «It's a process», который буквально стирает эмоциональность высказывания, однако с помощью лексемы с положительной оценочностью well worth it акцентируется внимание на том, что все реабилитационные мероприятия будут в дальнейшем оправданы. Более того, последнее предложение It's a process but well worth it является ярким примером «коммуникативного оптимизма» английской лингвокультуры.

Пациенты отмечают позитивные моменты в трудный для них период восстановления и не могут не поделиться своими оригинальными способами адаптации к нему:

(55) «... **my grabbers** (one upstairs and one down) **are my best friends** and **attaching the tv remote to the bed is** another one ive found **really helpful**» [НВ]

В высказывании (55) пациент делится опытом использования предмета, помогающего ему захватывать окружающие предметы в повседневной жизни. Для объективизации данного предмета он употребляет слово grabbers. Интересно, что специализацию grabbers носитель английского языка в состоянии понять только контекстуально, данное слово широко употребляется только в языковых сообществах пациентов. Автор также уточняет, что с их помощью он может захватывать объекты, расположенные выше и ниже относительно его роста (one upstairs and one down). Пациент также приводит пример пользования данным предметом – attaching the tv remote to the bed. Клиент медицинского дискурса использует метафору my best friends, отражающую функционал новых вспомогательных приспособлений больного, посредством данного средства он подчёркивает неоспоримую помощь и полезность данного предмета. Выражение my best friends мы можем рассматривать и как другое средство выразительности – олицетворение. Автор делает свой предмет одушевлённым, наделяя его человеческими качествами и возводя его в ранг лучшего друга.

Советуя тот или иной способ адаптации к трудностям при движении, особенно при изобретении специальных приспособлений для облегчения выполнения повседневных задач, пациенты дают указания, напоминающие пошаговые инструкции:

(56) «Cheap soap-in-a-rope if you don't like Yardley: Put your favorite soap in the toe of a nylon stocking and tie the upper end to your soap dish, shower head or anything else **that's handy**» [НВ]

Автором высказывания знакомит остальных участников сообщества с «изобретением», способствующему более удобному пользованию таким предметом, как мыло. Несмотря на то, что данное приспособление можно встретить в отделе бытовой химии продовольственного магазина, пациент объясняет принцип работы и даёт своеобразную инструкцию, как можно сделать данное приспособление в домашних условиях из подручных средств. В конце высказывания автором использована лексика разговорного регистра, а именно прилагательное *handy*, употребляемое в повседневной жизни при неформальном общении. Данный пример характеризует дружескую атмосферу сообщества пациентов.

Координация больного теми, кто уже сталкивался с похожими проблемами, осуществляется с помощью использования лексем, имеющих положительную оценочность:

(57) «**The scratcher is great for** reaching to your legs or back when you itch, and the shoe horn **really helps** to get your shoes on if you don't have slip on shoes» [НВ]

(58) «If the rope was long enough to be useful, it might also lay out across the floor too far and be a hazard. But for the next to bottom drawer, it's been a **wonderful help**» [НВ]

В примерах выше пациенты делятся приспособлениями, которыми они пользуются для облегчения тяжёлых условий и достижения наибольшего комфорта в непростое для их тела времени. Интересно, что слово *scratcher*, образовано таким же способом, что и *grabbers* из высказывания (55): при прибавлении к глаголам суффикса *-er* создаётся новое слово, объективирующее уже конкретное приспособление, выполняющее нужную нам функцию (в данном примере – уменьшение зуда). В зависимости от ситуации используются и рожки для обуви (несмотря на повседневное использование многими данного приспособления), и даже верёвки. Употребляя такие словосочетания как *great for*, *wonderful help*, *really helps* авторам высказываний удаётся избежать «сухости» при передаче

фактологической информации и показать, что предлагаемые способы весьма действенны.

2.2.4. Трудности, связанные с изменением положения тела

Говоря о трудностях, которые возникают у больного при поворотах тела, откашливании, чихании и т.д., коммуниканту, предлагая способы облегчения данных ситуаций, необходимо определить круг лиц, к которым относится передаваемая им информация:

(59) «Also, **for those with a front incision**, have a small firm throw pillow or folded up blanket to hold over your incision when **turning, coughing, sneezing**, laughing, etc. It will stabilize your incision and **GREATLY decrease** your pain» [НВ]

В высказывании (59), используя обращение for those with a front incision, автор конкретизирует, кому он даёт совет по избавлению от боли во время перемещений и других действий. Посредством лексемы greatly, а также её визуальным выделением посредством букв верхнего регистра, клиент медицинского дискурса акцентирует внимание на положительном конечном результате. Соответственно, участником коммуникации использована тактика убеждения.

Креативный подход некоторых пациентов способствует созданию ещё более оригинальных приспособлений, которые они советуют другим участникам языкового сообщества:

(60) «If you are tall you **may have problems bending to flush**. If you buy a barbecue fork and wrap the tines with curlex tape, you have **a great** long handled "flusher"» [НВ]

В высказывании (60) клиент медицинского дискурса, используя словосочетание широкой семантики have problems в сочетании с герундием bending описывает возможные (вследствие модальности, которую вносит глагол may) неудобства высоких людей. Используя лексику great с ярко положительной оценочностью «наставник» пытается повлиять на восприятие реципиента новой полученной информации, придать ему уверенности в

апробации совсем не заурядного приспособления.

Спазмы возникают при неправильном положении тела и способствуют ограничению двигательных функций. Поэтому специалисты отмечают, что при спазмах следует принять положения покоя. Релевантность апеллятивной информации подчёркивается словосочетанием «a good way»:

(61) «Laying down and concentrating on your breathing is **a good way to attempt to stop the spasms**» [НВ]

Действительно, спазмы беспокоят немалое количество пациентов, и, чтобы бороться с ними, не обязательно принимать обезболивающие средства. Иллокутивный эффект высказывания заключается в маркировании важной информации выражением a good way. Так, мы наблюдаем тактику убеждения, используя которую автор высказывания уверяет участников сообщества в том, что его совет весьма целесообразен.

Описывая опыт трудностей, связанных с изменением положения тела, клиенты медицинского дискурса используют лексемы с положительной оценочностью, когда им важно поделиться, что оказалось наиболее успешным в приобретённом ими опыте:

(62) «**The thing that works best for me to turn over in bed** is a very slippery satin bttpm sheet and wearing slick clothes when in bed» [НВ]

В примере выше автор маркирует свой полезный совет для реципиентов конструкцией «The thing that works best for me...».

В высказываниях больных удаётся проследить влияние их лечащего врача. Зачастую о конкретных указаниях врачей говорят и сами пациенты:

(63) «The **PT does help** but my therapist insists that I **be very gentle when doing the simple** at home exercises» [SH]

Используя аббревиатуру РТ (physiotherapy) агент медицинского дискурса сообщает, что физиотерапия несомненно помогает ему восстановиться. Выполняя упражнения во время реабилитации, пациенты испытывают трудности в изменении положения своего тела. Помимо

выполнения упражнений, при которых больной очевидно испытывает трудности, он отмечает факт настойчивости со стороны лечащего терапевта, настоятельно рекомендующего ему быть предельно осторожным (be very gentle) во время выполнения даже самых простых упражнений дома. Клиент медицинского дискурса косвенно даёт участникам сообщества важный совет относительно аккуратного выполнения домашних упражнений. Отметим, что данный пример иллюстрирует ориентацию на потребности врача, а не пациента, что снова идёт в разрез с устоявшимися представлениями о клиенториентированности англоязычного медицинского дискурса.

Клиенты медицинского дискурса используют глагол широкой семантики tingle:

(64) «Hands **tingle when I raise them** over head to wash hair» [НВ]

Говоря обобщённо, данный глагол передаёт неприятное ощущение, вызывающее раздражение: это и звон, и дрожь, и трепет, и зуд, и покалывание, и пощипывание. В примере (64) ему соответствуют два последних из вышперечисленных значений. Пациент, поднимая руки выше головы, испытывает в них покалывание.

Иногда, вспоминая свой опыт, пациенты не могут не признать, что в каких-то ситуациях, связанных с ограничением движения, им было крайне нелегко:

(65) «Also have a cane handy to help **PUSH** yourself up from **a lying down position or from the side**. That I do remember **not real fondly**. **That took all the strength I had**» [НВ]

В высказывании (65) автор советует использовать трость при поднятии из положения лёжа или сбоку. Интересно, что в данной жалобе клиент медицинского дискурса выделяет заглавными буквами слово push, тем самым гиперболизируя как данный процесс, так и весомую трудность, которую он в себе несёт. Пациент делится своими воспоминаниями пережитой трудности. Для этого он использует наречие fondly с отрицательной частицей not. В действительности, воспоминания не могут быть тёплыми; автор добавляет,

что данная практика его попросту обессилила (That took all the strength I had). В данном примере отчётливо выражен эмоциональный компонент его отношения к своему опыту.

Общаясь на медицинских форумах, некоторые клиенты медицинского дискурса, используют на первый взгляд простые и ясные высказывания, пытаясь объяснить свою проблемную ситуацию:

(66) «I **have to sit down** at least once an hour because my foot gets **so swollen from standing up so much** and **putting pressure on my foot**» [НВ]

Однако, если мы пронаблюдаем более детально, высказывание (66) содержит подробное объяснение того факта, почему автору приходится садиться каждый час (модальный глагол have to выражает острую нужду): пациент выводит причинно-следственную связь возникновения данной потребности (so swollen from standing up so much, putting pressure on my foot). Предположительно, автор использовал такой громоздкий синтаксис для описания весьма ординарной ситуации вследствие неуверенности в том, окажут ли ему должную помощь и консультацию на форуме.

Пациенты не всегда имеют возможность посетить своего доктора, поэтому в соответствии со своими целями и ценностными ориентирами они обращаются за помощью к опытным клиентам медицинского дискурса в виртуальную среду. К сожалению, ввиду особенностей такой коммуникации, коммуниканты, обладающие опытом в той или иной проблемной ситуации, не всегда компетентны и перенаправляют пациентов к более авторитетному лицу – обратно к специалисту.

В самом деле, клиенты медицинского дискурса при общении друг с другом весьма часто дают совет прислушиваться предписаний и инструкций лечащего врача:

(67) «After my **fusion surgery** I had **so much pain while trying to sit**. Of course **you are only allowed** to sit for a very short period of time and **your doctor's will give you all your specifications**» [НВ] (орфография оригинала сохранена)

В высказывании (67) непрофессионал сокращает название проведённой ему операции (опускается прилагательное spinal), что характерно для данного языкового сообщества. Пациент используется герундий trying по отношению к возможности нахождения в положении сидя (to sit) после своей операции на позвоночнике. Клиент дискурса прибегает к весьма простому и ёмкому выражению so much pain при описании ситуации, в которой больной осуществляет попытки принять положение сидя. Несмотря на то, что клиент, уподобляясь специалисту (о чём свидетельствует фраза you are only allowed), напоминает своему собеседнику, что ему разрешено сидеть только непродолжительный период времени, и призывает выполнять указания своего лечащего врача (your doctor's will give you all your specifications). Для осуществления воздействия на больного клиент использовал отсылку к авторитетному лицу, что также можно рассматривать как стратегию уклонения и тактику ухода от ответа. Однако данная стратегия способствует обращению клиента, оказавшегося в проблемной ситуации, именно к специалисту.

2.2.5. Трудности, связанные с контактами с людьми

Пациенты, перенёвшие черепно-мозговую травму, обременены не только невозможностью осуществлять привычную двигательную активность, но и при попытках коммуникации вызывают стеснение со стороны своих близких. Чувство стеснения или смущения у родственников больного становится неотъемлемой частью процесса реабилитации:

(68) «**For instance**, if the person with the **TBI** spoke very fluently before the injury and afterward, he or she tries **valiantly**, yet can't seem to express simple ideas, the caregiver might **feel a sense of embarrassment** as that person **struggles to communicate and fails**» [SOE]

Сложности, наблюдаемые в контактах с людьми, распространяются и на близких родственников, опекунов, сиделок, то есть на людей, которые находятся с больным в тесных связях и чаще всего вступают с ним в коммуникацию. В примере, взятом из статьи, жена, чей муж перенёс

черепно-мозговую травму, делится чувством смущения (a sense of embarrassment), возникающим у неё при попытках супруга выразить даже самые простые идеи в своей речи. Вследствие того, что автор высказывания публикует свои тексты в отдельных статьях, достаточно опытен и обладает навыками лаконичного изложения, мы наблюдаем чёткое описание ситуации такими средствами, как идиоматическое выражение for instance, с которого она начинает предложение, аббревиатура TBI для обозначения диагноза как предмета речи, наречие с книжной окраской valiantly. Непосредственная трудность, с которой сталкивается больной, описывается через контрастное сочетание двух глаголов – struggle и fail.

Часть высказывания (69) содержит описанное ранее высказывание (39). По сути, посредством структурированного изложения проблемной ситуации в высказывании (39) автор объясняет, что её близкий, перенеся черепно-мозговую травму, выглядит отличным от других людей образом, чем он не может не привлекать внимание:

(69) «In the first four months after his crash, Hugh **attracted a lot of stares**. In truth, he sometimes **appeared drunk or wild-eyed**. He leaned to one side due to weakness on his left and dragged his left foot as he walked. In cases like this, I started to feel **embarrassment covered with anger**» [SOE]

Автор пишет, что пристальное внимание людей, выраженное словосочетанием attracted a lot of stares, привлекает совокупность факторов внешнего вида её мужа. Используя вводную конструкцию in truth, автор как бы соглашается с мнением посторонних людей и добавляет описания внешнего вида её мужа, объективирующим неадекватное состояние: drunk or wild-eyed. Такой внешний вид заставляет их делать недостоверные выводы о состоянии её супруга. Проблемная ситуация ограничения движения перерастает в эмоциональную трудность автора высказывания: она выражает свои смешанные негативные чувства с помощью словосочетания embarrassment covered with anger, передающего её эмоции в тех ситуациях.

Процесс восстановления после черепно-мозговой травмы отягчается

проблемами в поведении человека, который её перенёс:

(70) «If the person with the TBI has **behavioral or impulsivity issues** and acts in ways that are completely the opposite of the way they once acted, it can cause **embarrassment for the caregiver**, especially if the injured person is **verbally abrasive or abusive**» [SOE]

Возможны ситуации, когда поведение, свойственное больному, меняется кардинальным образом; речь идёт об излишней импульсивности (для объективизации данного явления употребляется словосочетание behavioral or impulsivity issues, характерного профессионалам в психологическом дискурсе), вызывающей неловкость у людей, осуществляющих уход. Данная трудность в контакте с людьми описывается через лексему embarrassment. Чтобы описать осложнённость коммуникации, сопровождающуюся резкостью и оскорблениями, появляющимися в речи больного, автор использует прилагательные abrasive и abusive, употреблённые с наречием verbally, что передаёт грубый и резкий способ общения больного.

2.2.6. Трудности эмоционального плана

Очевидно, что преимущественной целью и коммуникативным намерением жалоб пациентов на медицинских форумах служат получение консультации, совета, поддержки, то есть помощи, включающую в себя также и поддержку со стороны других непрофессионалов:

(71) «I was **wondering** if anyone can give me any **insight** as to why I am still in **such great pain** and if **it will ever go away**» [HB]

В своём обращении клиент медицинского дискурса (высказывание (71)) демонстрирует, насколько сильно он нуждается в любом виде помощи или поддержки. Это проявляется с помощью глагола wonder, через который автор передаёт своё желание выйти из ситуации неопределённости по данному вопросу. Выходу из данного положения поспособствовало бы понимание, переданное через лексему insight, которое могли бы предоставить

другие участники форума данному пациенту. Употребление частицы *such*, имеющей эмоционально-усилительный оттенок, наряду с прилагательным *great*, объективируют болевые ощущения пациента и подчёркивают возникшую трудность эмоционального плана – непонимание источника боли. Словосочетанием *it will ever go away* автор высказывания указывает на отсутствие надежд и состояние полного отчаяния.

Непрофессионалам, в отличие от профессионалов, характерно выражение своей жалобы посредством эмоционально-окрашенных лексем:

(72) «**It hurts (which I can live with) but I'm freaking out about not being able to stand up straight!**» [НВ]

Очевидно, что описание переживаний и эмоциональных состояний, т. е. распространение эмоциональной информации, коммуниканту невозможно осуществлять без использования соответствующей лексики – эмотива *freaking out*. Говорящий уточняет, что, несмотря на болевые ощущения (*It hurts*), он уже смирился со своим положением (*which I can live with*). Однако после введения сочинительного союза *but*, автор высказывания сообщает, что у него вызывает негатив осознание того факта, что он не может стоять прямо. Эмоциональная информация передана с помощью фразеологического глагола *freak out*, объективирующего панику больного и потерю контроля над ситуацией.

Побудить к совершению действия адресата, выступающего в роли клиента медицинского дискурса, т.е. сообщить апеллятивную информацию на иллокутивном уровне, в силах такой же клиент, как и он сам, оба из которых не обладают специальными знаниями и образованием. Как уже отмечалось ранее, на медицинских форумах пациентами оказывается психологическая поддержка друг другу. Высказывания, содержащие советы, содержат не только апеллятивную и фактологическую информацию, но и часто сопровождаются эмоциональным подтекстом. Пациенты пытаются оказывать поддержку любыми способами, наиболее предпочтительными

исходя из конкретной проблемной ситуации, используя те или иные высказывания:

(73) «My advice for you is to learn **to live one day at a time. Be patient and try not to worry!** It can take **good** twelve months to recover from fusion...so just **try to relax** and **keep doing what makes you healthy**» [НВ]

В примере (73) мы наблюдаем, как клиент медицинского дискурса поддерживает другого в прохождении ответственного этапа – реабилитации, ещё одной эмоциональной ноши больного, перенёсшего травму. Коммуникант вселяет надежду пациенту на постепенное выздоровление через формирование рутинности (идиома to live one day at a time и эмоционально-усилительное значение лексемы good, характеризующей 12 месяцев реабилитации) и позитивного отношения к дальнейшим жизненным перспективам (Be patient and try not to worry, keep doing what makes you healthy). Так, в данном высказывании эксплицитно репрезентируется эмоциональная информация (do not worry). Столь длительная реабилитация не является, по мнению автора, поводом для переживаний – в этом снова проявляется «коммуникативный оптимизм» английской лингвокультуры.

Рассмотрим одну тенденцию, прослеживаемую на медицинских форумах в коммуникации неспециалистов с неспециалистами. Некоторые пациенты считают себя достаточно опытными, поэтому разрешают себе давать «подсказки» новичкам. Им хочется в полной мере поделиться пережитым и передать другим личный опыт; тем не менее, они всё же понимают, что методы лечения и ход болезни являются индивидуальными:

(74) «Here is the "long-awaited" (**yeah, right**) TIPS FOR SUCCESS I promised. I first want to **iterate** these tips are suggestions to try to **make your lives easier**. Nothing here will "directly" lessen your pain (**like a pill**)...but **it will help in your need to be useful**, and will help keep your stamina up to keep going through your day. These suggestions may even help **uplift your spirits a little**, knowing all is not a lost cause. **I encourage** others to add to the TIPS list...as I will only be hitting on those things I **came in contact with** every day» [НВ]

Автор сообщения делится советами успеха, для объективизации которых он использует слово *tips*. Отметим, что данное слово, употреблённое в значении «совета», принадлежит разговорному регистру. Данному отрывку из сообщения неспециалиста свойственны особенности устной речи: обращаем внимание на уточнение *yeah, right*, приведённое в скобках, использование многоточий, которыми автор обозначает паузы, проецируя на процесс написания сообщения особенности устной речи. Из пунктуационных особенностей мы можем выделить также кавычки, которыми автор подчёркивает иронический смысл прилагательного *long-awaited* (про *TIPS FOR SUCCESS*). Возможно, пациент имеет интерес к ораторскому искусству, что можно предположить по его авторскому стилю письменных высказываний и использованию особых лексем: глагол *iterate*, характерный книжному стилю, идиома *to come in contact with*.

Клиент медицинского дискурса в высказывании (74) предупреждает, что достижение результата при соблюдении его советов не будет настолько быстрым, как при принятии какой бы то ни было пилюли (для этого он использует сравнение *like a pill*), но поможет сохранять выносливость при двигательной активности на протяжении всего дня. Для повышения своей авторитетности автор объективирует выносливость через медицинский термин *stamina* и добавляет к нему местоимение *your*, копируя клиенториентированную модель коммуникации специалиста в данной области, чтобы звучать ещё более убедительно. Так, клиент медицинского дискурса пытается вместе с участниками сообщества хотя бы немного побороть эмоциональную трудность (*uplift your spirits a little*), сопровождающую процесс реабилитации.

По ходу исследования мы замечаем, что клиентам англоязычного медицинского дискурса не свойственно давать подробное описание эмоциональной трудности – они делают быстрый запрос о предоставлении помощи или сразу переходят к советам и поддержке.

Выводы по главе 2

На основе проведённого анализа языкового материала можно сделать следующие выводы:

1. При описании проблемных ситуаций, связанных с нарушением двигательных функций, высказываниям специалистов медицинского дискурса характерно избегание чрезмерного употребления медицинских терминов: они вводят больше определений, примеров, уточнений и лексем широкой семантики. Таким образом, информация специализированного характера адаптируется для клиента медицинского дискурса.

2. Тактика эмпатии, рутинизация, эвфемизация и понижение категоричности высказываний способствуют снижению эмоциональной нагрузки на пациента и коммуникативному сближению с ним как с реципиентом информации о проблемных ситуациях, связанных с нарушением двигательных функций. В большинстве случаев апеллятивная информация выражается по следующей модели: сначала обозначается причина (или обобщённая информация), затем – конкретные примеры. Императивам свойственно употребление в утвердительной форме, что иллюстрирует клиентоориентированность англоязычного медицинского дискурса, поскольку отрицание подсознательно воспринимается человеком негативно.

3. При описании проблемных ситуаций, связанных с нарушением двигательных функций, врачи используют статистические данные и профессиональную терминологию в целях повышения медицинской осведомлённости неспециалистов. Данная стратегия способствует созданию общего языка врачей и их пациентов.

4. Вместе с тем, мы установили, что использование врачами обобщений и слов широкой семантики демонстрирует обратную тенденцию – ориентацию врачей на потребности письменной коммуникации, ориентацию на обращение к широкой аудитории. Врачам необходимо максимально кратко и доступно высказаться о целом ряде реальных жизненных ситуаций,

обобщить их в одной лексеме. Помимо этого, преследуя свои цели как агента дискурса, врачи используют тактику убеждения, отсылку к авторитетному источнику и в некоторых случаях указание на личную ответственность пациента, чтобы регулировать поведение пациента.

5. Основополагающей целью обращения клиентов на медицинские форумы, посвящённые проблемным ситуациям, связанным с нарушением двигательных функций, является получение совета или поддержки, что объединяет их в единый коммуникативный социум – сообщество пациентов (community of practice).

6. В высказываниях, посвящённых проблемным ситуациям, связанным с нарушением двигательных функций, клиенты медицинского дискурса проявляют такую черту английской лингвокультуры, как «коммуникативный оптимизм». Вместе с тем, они подвержены большему проявлению эмоций в своих высказываниях, чем агенты. Языковые средства выразительности встречаются у них чаще, чем у специалистов. Клиенты, подобно агентам, осуществляют воздействие (как прямое, так и косвенное) друг на друга с помощью тактики убеждения, лексем с положительной оценочностью, отсылкой к авторитетному мнению (специалиста). Реже, но так же частотны, стратегия уклонения и тактика ухода от ответа. Необходимо добавить, что воспроизведение коммуникативных особенностей агентов клиенты осуществляют в рамках повышения своей авторитетности.

Заключение

В данной работе были рассмотрены особенности институциональной коммуникации агентов и клиентов англоязычного медицинского дискурса, в которой они описывают проблемные ситуации, связанные с нарушениями двигательных функций. Проанализировав языковые средства, а также стратегии и тактики, применяемые в письменном общении коммуникантов, мы установили, что в настоящее время наблюдается повышение статуса пациента как участника коммуникации. Чтобы обозначить принципы общения с пациентом в рамках современной медицинской парадигмы, используют понятие пациентоориентированной коммуникации. Создаются пособия и буклеты, содержащие руководства и справочную информацию о травмах или болезнях, связанных с ограничением двигательной активности. Информация представлена в готовом виде, то есть представляет собой сбор самых распространённых проблем, с которыми могут столкнуться пациенты, а также способы их решения и советы. Информирование пациента осуществляется через: адаптацию под непрофессионального реципиента фактологической информации посредством использования слов широкой семантики и обобщений, введение специализированных медицинских терминов с целью повышения медицинской грамотности клиентов. Последняя особенность повышает коммуникативную компетенцию пациента как участника медицинского дискурса. Повышение осведомлённости способствует непринуждённости и свободе пациентов, что характерно либеральным ценностям англоязычного общества. Агенты взаимодействуют с клиентами, ориентируясь на главную ценность медицинского дискурса – здоровья, а также следующих из него целей медицинского дискурса, направленных на его сохранение.

Консультирование пациентов относительно проблемных ситуаций, возникающих в связи с ограничением двигательных функций, т.е. реализация диагностирующей функции медицинского дискурса, осуществляется через

одновременное использование лексем разговорного регистра и специальной медицинской лексики, через которую объективируются клинические симптомы. Некоторая специальная медицинская лексика, не являясь терминологической, основана на таком языковом средстве как иносказание. С помощью последнего субъективность ощущений клиента медицинского дискурса трансформируется в язык передачи медицинской фактологической информации.

Мы удостоверились, что, несмотря на пациентоориентированность медицинского дискурса реализуется одновременно и другая цель – ориентация на врача, вызванная его потребностями воздействовать на принятия решений и поведение больного. Агенты, говоря о проблемных ситуациях, вынуждены применять тактику косвенного воздействия – использовать слова широкой семантики, обобщения и другие методы, соответствующие институциональным ценностям медицинского дискурса.

Эмоциональная информация в высказываниях, ориентированных на непрофессионального реципиента, представляется в особой форме: она адаптируется под пациента с помощью комплекса языковых средств и тактик. Среди них мы выделили эвфемизацию, проявление эмпатии, рутинизацию. Личностно-ориентированный подход (элементы персонального дискурса) так же задействуется при построении высказываний, выполняя контактоустанавливающую функцию.

После анализа высказываний пациентов, вступающих в коммуникацию на медицинских форумах в сети Интернет на тему трудностей, связанных с ограничением движения, мы делаем вывод о принадлежности их к единому коммуникативному сообществу: через усвоение специальной лексики происходит формирование нового, особого языка пациентов. Очевидно, что клиенты медицинского дискурса не столь ограничены в выборе средств выразительности, как агенты: ими в большей степени используются олицетворения, сравнения. Вследствие причин, по которым пациенты обращаются за помощью, им характерны проявления эмоциональности,

подробные и яркие описания боли. Несмотря на то, что коммуникация реализуется в паре «пациент-пациент», необходимо учитывать, что они имеют определённую иерархию в своём сообществе: разный опыт и осведомлённость играют важную роль у клиентов медицинского дискурса. В связи с этим, некоторые пациенты уподобляются коммуникативному поведению врачей. Более того, происходит обмен опытом и знаниями внутри одного языкового сообщества.

На конкретных примерах нам удалось доказать проявление такой черты клиентов англоязычного медицинского дискурса, как коммуникативный оптимизм, характерной английской лингвокультуре.

Перспективой данного исследования является проведение компаративного исследования, в котором будут сопоставлены две разные лингвокультуры – английская и русская.

Список литературы

1. *Агаджанян С.А.* Вербальная коммуникация «врач – пациент» в функционально-стилистическом аспекте (на материале английского языка): дис. ... канд. филол. наук. – М., 2017. – 177 с.
2. *Акаева Э. В.* Коммуникативные стратегии профессионального медицинского дискурса : дис. ... канд. филол. наук : 10.02.01 / Элеонора Вячеславовна Акаева. – Омск, 2007. – 150 с.
3. *Алексеева И. С.* Введение в переводоведение: учеб. пособие для филолог. и лингвист. фак. вузов / И.С. Алексеева. – М.: Академия; СПб.: Филол. фак. СПбГУ, 2004. – 325с. С.5-13
4. *Алексеева А.А.* Лингвистические методы изучения медицинского интернет-дискурса в плоскостях "врач-пациент" и "пациент-пациент" // Современные проблемы клинической психологии и психологии личности // Материалы всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Новосибирск: ННИГУ, 2017, С.9 – 13
5. *Алексеева И.С.* Текст и перевод. Вопросы теории. – М.: 2008. – 184 с
6. *Арутюнова Н. Д.* Дискурс / Н. Д. Арутюнова // Лингвистический энциклопедический словарь. – М. : Сов. энциклопедия, 1990. – С. 136–137.
7. *Ахнина К. В., Куриленко В. Б.* Сетевой медицинский дискурс: сущность, признаки, структура // Полилингвильность и транскультурные практики. – 2015. №1. – С. 76- 84
8. *Балыхина Т.М.* Методика преподавания русского языка как неродного (нового): Учебное пособие для преподавателей и студентов. - М.: Издательство Российского университета дружбы народов, 2007. 185 С.
9. *Барсукова М. И.* Тактика соблюдения корпоративной этики в профессиональной деятельности врача / М. И. Барсукова // Бюллетень медицинских Интернет-конференций. – 2013. – Т. 3. – № 3. – С. 636–637.

10. *Бахтин М. М.* Эстетика словесного творчества / М.М. Бахтин. – М.: Искусство, 1979. – 347 с.
11. *Бацевич Ф.* Основы коммуникативной лингвистики : учебник / Ф. Бацевич. – 2-ое изд., доп. – К.: ИЦ: «Академия», 2009. – 376 с.
12. *Бейлинсон Л. С.* Медицинский дискурс / Л. С. Бейлинсон // Языковая личность : институциональный и персональный дискурс : сб. науч. тр. – Волгоград, 2000. – С. 103–116.
13. *Бейлинсон, Л. С.* Характеристики медико-педагогического дискурса [Текст] : дис. ... канд. филол. наук : 10.02.19 / Л. С. Бейлинсон. – Волгоград, 2001. – 184 с.
14. *Беляева Л.Н.* Глобальный английский язык как отражение лингвистического и когнитивного своеобразия его носителей // Фундаментальные проблемы культурологии: в 4 т. Том IV: Культурная политика / Отв. ред. Д. Л. Спивак. – СПб.: Алетейя, 2008. – С. 98-109
15. *Васильева И.И.* О значении идей Бахтина о диалоге и диалогических отношениях для психологии // Психологические исследования общения. Под ред. Б.Ф.Ломова и др./ И.И.Васильева. – М.: Наука, 1985. – С. 81-93.
16. *Вежбицкая А.* Речевые жанры // Жанры речи. – Саратов: Колледж, 1997. – С. 99-111.
17. *Гагарина Е. Ю.* Коммуникативное поведение языковой личности виртуального врача в медицинском интернетфоруме: дисс. ... к. филол. н. Волгоград, 2013. 170 с.
18. *Гальперин И.Р.* Текст как объект лингвистического исследования. – М.: КомКнига, 2007. – 144 с.
19. *Голев, Н.Д.* Обыденная медицинская коммуникация (виды дискурсивных практик) [Текст] / Н.Д. Голев, Н.Н. Шпильная // Вестник КемГУ. – 2012. – № 1 (49). – С. 128 – 137.
20. *Дейк ван Т. А.* Язык. Познание. Коммуникация; пер. с английского / Т. А. ван Дейк. – М. : Прогресс, 1989. – 312 с

21. *Дейк, ван Т. А.* Язык. Познание. Коммуникация / Т.А. ван Дейк. - Б.: БГК им. И.А. Бодуэна де Куртенэ, 2000. - 308 с.
22. *Дейк, Т. А. ван, Кинч В.* Стратегии понимания связного текста : пер. с англ. // Новое в зарубежной лингвистике. Вып. XXIII. Когнитивные аспекты языка / сост. и ред. В. В. Петров, В. И. Герасимов. М.: Прогресс, 1988. С. 153–211.
23. *Дённингхаус С.* Теория речевых жанров М. М. Бахтина в тени прагмалингвистики / С. Дённингхаус // Жанры речи: Сборник научных статей. – Саратов : Изд-во ГосУНЦ «Колледж», 2002. – Вып. 3. – С. 104–118.
24. *Емельянова Н. А.* Речевой жанр «жалоба» в различных типах дискурса в английском языке : автореф. дис. ... канд. филол. наук. Волгоград, 2004. 15 с.
25. *Жура, В.В.* Дискурсивная компетенция врача в устном медицинском общении : монография [Текст] / В.В. Жура. – Волгоград: Издво ВолГМУ: Дар-Ко, 2008. – 376 с.
26. *Жура В.В.* Эмоциогенность общения «врач пациент» как коммуникативная проблема устного медицинского дискурса // Известия РГПУ им. А.И. Герцена. – 2008. №50. – С. 38-44
27. *Заика В.И.* Модель функций языка и речи для дисциплин, изучающих употребление языка // Białostockie archiwum językowe. – Białystok, 2013. №13. – С.415-430
28. *Карасик В.И.* О типах дискурса // Языковая личность : институциональный и персональный дискурс : сб. науч. тр. – Волгоград, 2000. – С. 5-20;
29. *Карасик В. И.* Структура институционального дискурса / В. И. Карасик // Проблемы речевой коммуникации. – Саратов : Изд-во Сарат. ун-та, 2000. – С. 25–33
30. *Карасик В. И.* Языковой круг: личность, концепты, дискурс / В. И. Карасик. – Волгоград, 2002. – 477 с.

31. *Кожина М. Н.* Речевой жанр и речевой акт (некоторые аспекты проблемы) // Жанры речи. – 1999. – №2. – С.52-61
32. *Кожина М.Н.* Стиль и жанр: их вариативность, историческая изменчивость и соотношение [Style and genre : their variantness, historical changeability and correlation] // Стилистика VIII. Ополье, 1999а. – с. 5–36.
33. *Комиссаров. В.Н.* Современное переводоведение. Курс лекций. — М.: ЭТС. — 1999.-192 с.
34. *Костяшина Е. А.* Функциональное взаимодействие научного, медицинского и научно-популярного дискурсов в текстовом пространстве научно-популярного медицинского журнала // Вестник Томского гос. ун-та. 2008. № 306. С. 7–10.
35. *Краснобаева С. Т.* Профессиональная языковая личность : определение и структура / С.Т. Краснобаева, С.Л. Мишланова // Проектирование инновационных процессов в социокультурной и образовательной сферах : Материалы 3-й Международной научно-методической конференции. – Ч. 2. – Сочи : [б.и.], 2000. – С. 94–96.
36. *Кубрякова Е. С.* Начальные этапы становления когнитивизма: лингвистика — психология — когнитивная наука / Е. С. Кубрякова // Вопросы языкознания. — 1994. — № 4. — С. 34 — 46
37. *Кубрякова Е.С.* Эволюция лингвистических идей во второй половине XX века (опыт парадигмального анализа // Язык и наука конца XX века. – М.: РГГУ, 1995. – С. 144-238
38. *Кудря С.В.* Дискурсные характеристики англоязычного медицинского опросного инструмента как типа текста: дис. ... канд. филол. наук. – СПб., 2012. – 229 с.
39. *Куранова С.* Основы психолингвистики: учеб. пособие. / С. Куранова. - М.: ИЦ «Академия», 2012. - 208 с.
40. *Литвиненко Н. П.* Медицинский дискурс как предмет изучения в процессе языковой подготовки будущего врача / Н. П. Литвиненко //

- Научные исследования. Теория и практика. *Badania naukowe. Teoria i praktyka.* – 29.08.2012. – 32.08.2012. – С. 68–70. – Вроцлав / Wrocław.
URL: http://конференция.com.ua/files/image/konf%208/sb8_2_14.pdf
(дата обращения: 07.05.2020)
41. *Магазаник Н.А.* Искусство общения с больными/Н.А.Магазаник. – М.: Медицина, 1991. – 112с.
42. *Майборода С.В.* Медицинский дискурс: современные теоретико-методологические подходы и перспективы исследования // Коммуникативные исследования. – 2017. №1 (11). – С. 63-74
43. *Михальская А.К.* Основы риторики: Мысль и слово. М.: Просвещение, 1996.
44. *Назарова Г.И.* Форум как жанр интернет-дискурса и его лингвистические особенности. URL: https://kpfu.ru/staff_files/F55304328/Nazarova.G.I..2014.pdf (дата обращения: 10.03.2020)
45. *Орбан-Лембрик Л.Е.* Коммуникативный простор межличностных отношений//Вестник Прикарпатского университета. Философские науки/ Л.Е.Орбан-Лембрик – Ивано-Франковск: Изд-во «Плай». – 2003. – Вып.1. – С.130-136.
46. *Орлов А.Н.* Культура общения врача: Избранные лекции. – Красноярск: Изд-во Краснояр.ун-та, 1986. – 176с.
47. *Остин Дж.* Слово как действие / Дж. Остин // Новое в зарубежной лингвистике. - М.: Прогресс, 1980. - Выт. 17.- С. 22-129.
48. *Рудова Ю.В.* Буклет как жанр письменного медицинского дискурса // Вестник ВолГУ. Серия 2: Языкознание. – 2008. №1. – С. 110-115
49. *Семенюк А.* Основы теории речевой коммуникации: учеб. пособие. / А. Семенюк, В. Парашук. - М.: ИЦ «Академия», 2010. - 240 с.
50. *Сербенская О. А.* Культура устной речи. Практикум: [учебное пособие] / О. А. Сербенская. – К.: Центр учебной литературы, 2004. – 216 с.

51. *Сиротинина О.Б.* Некоторые размышления по поводу терминов «речевой жанр» и «риторический жанр» [Some reflections concerning terms «speech genre» and «rhetorical genre»] / О.Б.Сиротинина // Жанры речи. – Саратов, 1999. – Выпуск 2. – С. 26–31.
52. *Соссюр, Ф.* Курс общей лингвистики / Ф. Соссюр; переводчик А. М. Сухотин; под редакцией Р. О. Шор. — Москва : Издательство Юрайт, 2019. — 303 с.
53. *Стернин И.А., Ларина Т.В., Стернина М.А.* Очерк английского коммуникативного поведения. Воронеж. 2003. 184 с.
54. *Тхостов А.Ш., Нелюбина А.С.* Обыденные представления о болезни в структуре идентификации пациента и врача как предиктор выбора пациентом способа лечения // Общество ремиссии: на пути к нарративной медицине: сб. науч. тр. / под ред. В.Л. Лехциера. – Самара, 2012. – С. 12-33
55. *Фуко М.* Археология знания / М. Фуко. – К. : Ника-Центр, 1996. – 208 с.
56. *Фуко М.* Порядок дискурса // Воля к истине. М., 1996.
57. *Фуко М.* Рождение клиники / М. Фуко. – М.: Академический Проект, 2010. – 252 с.
58. *Фуко М.* Слова и вещи. Археология гуманитарных наук / Мишель Фуко. – Режим доступа: http://www.gumer.info/bibliotek_Vuks/Culture/fuko_slv/
59. *Хабермас Ю.* Будущее человеческой природы: На пути к либеральной евгенике? / Ю. Хабермас. – М. : Весь Мир, 2002. – 144 с
60. *Харди И.* Врач, сестра, больной: Психология работы с больными. Пер.с венг./ Под ред. Коркиной М.В.– Будапешт: АKADEMIAL KLADO, 1981. – 286с.
61. *Харитонова Н.В., Барышникова С.Н., Монастырецкая О.В.* Специфика лексической составляющей профессионально-ориентированного

- сетевого дискурса (на материале медицинских форумов) // Филологические науки. Вопросы теории и практики. 2019. С.331-334
62. Хэррис З. С. Совместная встречаемость и трансформация в языковой структуре / З. С. Хэррис // Новое в зарубежной лингвистике. – М. : Наука, 1962. – 360с.
63. Шейгал Е. И. Власть и коммуникация / Е. И. Шейгал, И. С. Черватюк // Известия РАН. – 2005.– Т. 64. – № 5. – С. 38–45.
64. Яшенкова А. Основы теории речевой коммуникации: учеб. пособие. для самостоятельной работы студента / А. Яшенкова. - М.: ИЦ «Академия», 2011. - 304 с
65. *A single European currency for EQ-5D health states. Results from a six country study.* // W Greiner, T Weijnen, M Nieuwenhuizen, [et al.] *Eur. J. // Health Econ.* – 2003. – Vol. 4(3). – P. 222–231. Balint E. The possibilities of patient-centered medicine // *Journal of the Royal College of General Practitioners.* 1969. Vol. № 17(82). P. 269 – 276.
66. Baron R. J. An introduction to medical phenomenology: I can't hear you while I'm listening. *Ann. intern. Med.* 103, 606-611, 1985.
67. Byrne P. A., Long B. E. *Doctors Talking to Patients.* HMSO, London, 1976.
68. Chomsky N. *Morphophonemics of Modern Hebrew.* Master's thesis / N. Chomsky. – University of Pennsylvania, 1951. – 245 p.
69. Dijk, T.A. van. *Strategie of Discourse Comprehension.* – New York: Academic Press, 1983. – 418 p.
70. Evans C., Yeung E., Markoulakis R., et al. An online community of practice to support evidence-based physiotherapy practice in manual therapy // *Journal of Continuing Education in the Health Professions.* – 2014, 34(4). – P. 215–223
71. Ewen S. C. *Cultural competence in medical education: a university case study: dissertation of the requirements of the degree of Doctor of Education.* Melbourne: The University of Melbourne, 2011. 222 p.

72. *Fage-Butler A.M.* Package leaflets for medication in the EU: The possibility of integrating patients' perspectives in a regulated genre? // *Medical Writing*. – 2015, Vol. 24, No. 4. – P. 210-214
73. *Fage-Butler A.M., Jensen M.N.* “Medical terminology in online patient-patient communication: evidence of high health literacy?” // *Health expectations : an international journal of public participation in health care and health policy*. – 2016, 19(3). – P. 643-53
74. *Goodman N., Martin E.* *Medical Writing: a Prescription for Clarity*. 3rd ed. – Cambridge University Press, 2006. – 253 p
75. *Greiner W., Weijnen T., Nieuwenhuizen M., [et al.]*. A single European currency for EQ-5D health states. Results from a six country study. // *Eur. J. Health Econ.* – 2003. – Vol. 4(3). – P. 222–231.
76. *Kelly L., Ziebland S., Jenkinson C.* Measuring the effects of online health information: Scale validation for the e-Health Impact Questionnaire // *Patient Education and Counseling*. – 2015, No. 98. – P. 1418-1424
77. *Levenstein J., McCracken E., McWhinney I.* The patient-centred clinical method. 1. A model for the doctor – patient interaction in family medicine // *Family practice*. 1986. Vol. № 3 (1). P. 24 – 30.
78. *Morgan M.H.* *What are speech communities?* // *Speech Communities*. – Morgan University Printing House, Cambridge: 2014. – P. 1-10
79. *Nerlich B.* *Conspicuity* / B. Nerlich // *Concise Encyclopedia of Pragmatics*. – Oxford: Elsevier Ltd, 2009. – 114 p.
80. Programme on mental health/ WHOQOL. Measuring quality of health. Mental Health publications [Электронный ресурс]. – : http://www.who.int/mental_health/media/
81. *Reeve B.B., Thissen D.M., Bann C.M. et al.* Psychometric evaluation and design of patient-centered communication measures for cancer care settings // *Patient Education and Counseling*. – 2017, No. 100. – P. 1322–1328

82. *Smith C.A.* Consumer language, patient language, and thesauri: a review of the literature // *Journal of the Medical Library Association*. – 2011, 99(2). – P. 135–144
83. *Thompson T.L.* The Nature and Language of Illness Explanation // *Expaining Illness: Research, Theory and Practice* / Ed. by B.B. Whaley. – Malwah, NJ: 2009. – P. 3-40.
84. *Wierzbicka A.* Emotions Across Languages and Cultures. Diversity and Universals. – Cambridge University Press, 1999. – 349 p.

Ссылки на источники примеров

Merriam Webster Dictionary. URL: <https://www.merriam-webster.com/dictionary/abcs> (дата обращения: 05.03.21)

Публикации на Интернет-сайтах:

[1] *Arthritis Health*. URL: <https://www.arthritis-health.com/blog> (дата обращения: 19.02.2020)

[2] Canadian Orthopaedic Foundation. *Recovery From A Hip Fracture: Information For Patients And Caregivers*. URL: https://whenithurtstomove.org/wp-content/uploads/HipFracture_EN_NEW_40-1.pdf (дата обращения: 10.05.2020)

[3] Carrie DeVries. *When Heel Pain Is Caused by Bone Spurs*. URL: <https://www.sports-health.com/blog/when-heel-pain-caused-bone-spurs> (дата обращения: 08.09.2020)

[4] Julia Bruene. *Ankle Sprain and Strain Signs and Symptoms*. URL: <https://www.sports-health.com/sports-injuries/ankle-and-foot-injuries/ankle-sprain-and-strain-signs-and-symptoms> (дата обращения: 05.11.2020)

[5] J. Rafe Sales. *Everyday Activities to Avoid with Herniated Disc*. URL: <https://www.spine-health.com/blog/everyday-activities-avoid-herniated-disc> (дата обращения: 02.03.2021)

- [6] Grant Cooper. *Posture and Nutrition Adjustments for Lumbar Stenosis*. URL: <https://www.spine-health.com/conditions/spinal-stenosis/posture-and-nutrition-adjustments-lumbar-stenosis> (дата обращения: 01.05.2020)
- [7] Michael Core. *5 things you can do to support someone with an injury*. URL: <https://www.ossurwebshop.co.uk/blog/5-things-you-can-do-to-support-someone-with-an-injury> (дата обращения: 17.03.2020)
- [8] National Rehabilitation Hospital. *Supporting Child Relatives of Adults with Acquired Brain Injury: A Resource for Rehabilitation Teams*. URL: <https://www.nrh.ie/wp-content/uploads/2020/06/Supporting-Child-Relatives-of-Adults-with-ABI.pdf> (дата обращения: 02.02.2021)
(дата обращения: 22.02.2021)
- [9] The Oncology Section of the American Physical Therapy Association. *Exercises After Breast Cancer Surgery*. URL: <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/treatment/surgery-for-breast-cancer/exercises-after-breast-cancer-surgery.html>
- [10] Queen Elizabeth Hospital Birmingham. Advice for Patients Undergoing Frames Surgery (Ilizarov Frames and Taylor Spatial Frames). Limb Reconstruction Services. URL: <https://www.uhb.nhs.uk/Downloads/pdf/PiFramesSurgery.pdf>
(дата обращения: 14.03.2021)
- [11] Ron Miller. *Sciatica Exercises for Spinal Stenosis Video*. URL: <https://www.spine-health.com/video/sciatica-exercises-spinal-stenosis-video> (дата обращения: 21.04.2020)
- [12] Rosemary Rawlins. *The Shame of Embarrassment*. URL: <https://www.brainline.org/blog/learning-accident/shame-embarrassment> (дата обращения: 10.05.2020)
- [13] Sheila Klufio, Mary Agoriwa. *The role of physiotherapy*. Practical approach to the patient with gait and balance disorders. URL: https://www.movementdisorders.org/MDS-Files1/MDS-SSA/23.TheRoleOfPhysiotherapy_KLUFIO.pdf (дата обращения: 12.04.2020)

[14] Stephen Hochschuler. *Specific Exercise Strategies*. URL: <https://www.spine-health.com/wellness/exercise/specific-exercise-strategies> (дата обращения: 21.04.2020)

[15] Stroke Association 2017. *Balance problems after stroke*. URL: https://www.stroke.org.uk/sites/default/files/balance_problems_after_stroke.pdf (дата обращения: 15.03.2020)

Форумы:

1. [DL] *Doctor's Lounge Forum*. URL: <https://www.doctorslounge.com/forums/> (дата обращения: 27.02.2020)
2. [HB] *Health Boards*. URL: <https://www.healthboards.com/boards> (дата обращения: 20.01.2020)
3. [MDT] *MD Talks*. URL: <https://www.mdtalks.com/> (дата обращения: 10.03.2020)
4. [P] *Patient*. URL: <https://patient.info/forums> (дата обращения: 13.05.2020)
5. [SH] *Spine-Health Forum*. URL: <https://www.spine-health.com/> (дата обращения: 10.02.2020)