

Санкт-Петербургский государственный университет

**ВОЛЧКОВА Кристина Сергеевна**

**Выпускная квалификационная работа**

**Клиническая жалоба как дискурсивный жанр в англоязычной  
лингвокультуре**

Уровень образования: магистратура

Направление 45.04.02 “Лингвистика”

Основная образовательная программа ВМ.5799. “Дискурс и вариативность  
английского языка”

Научный руководитель:  
к.ф.н., ст. преп. Кафедра английской  
филологии и лингвокультурологии,  
Кудря Светлана Владимировна  
Рецензент:  
к.ф.н., доцент, ФГБОУВО  
“Санкт-Петербургский государственный  
экономический университет”,  
Абубакарова Бриллиант Магомедовна

Санкт-Петербург  
2022

## Оглавление

<b>Оглавление</b>	<b>2</b>
<b>Введение</b>	<b>3</b>
<b>Глава 1. Основы исследования клинической жалобы</b>	<b>7</b>
<b>1.1 Жалоба как объект лингвистических исследований</b>	<b>7</b>
<b>1.2 Клиническая жалоба как вид жалобы и ее особенности</b>	<b>13</b>
1.2.1 Медицинский дискурс как вид институционального дискурса	13
1.2.2 Особенности речевого жанра “жалоба” в клиническом дискурсе	16
<b>1.3 Жалоба в англоязычной лингвокультуре</b>	<b>24</b>
<b>Выводы по главе 1</b>	<b>31</b>
<b>Глава 2. Прагма-коммуникативный анализ клинических жалоб</b>	<b>33</b>
<b>2.1 Онлайн-форумы поддержки как особая коммуникативная среда</b>	<b>33</b>
<b>2.2. Описание речевых стратегий и тактик микро-жанра “клиническая жалоба” в коммуникации “пациент-врач”</b>	<b>36</b>
2.2.1. Стратегия объективации проблемы	36
2.2.2 Стратегия самопрезентации как жертвы	45
2.2.3 Стратегия самопрезентации как члена группы	47
2.2.4 Стратегия просьбы о помощи	48
<b>2.3 Описание речевых стратегий и тактик микро-жанра “клиническая жалоба” в коммуникации “пациент-пациент”</b>	<b>51</b>
2.3.1 Стратегия объективации проблемы	51
2.3.2 Стратегия самопрезентации как жертвы	60
2.3.3 Стратегия самопрезентации как члена группы	64
2.3.4 Стратегия просьбы о помощи	67
<b>Выводы по главе 2</b>	<b>73</b>
<b>Заключение</b>	<b>76</b>
<b>Список использованной литературы</b>	<b>79</b>
<b>Ссылки на источники примеров</b>	<b>85</b>

## Введение

Данная работа **посвящена** анализу языковых средств предъявления клинической жалобы при общении пациента с врачом и при общении пациентов между собой.

**Актуальность работы** обусловлена тем, что работа соответствует современной лингвистической парадигме, т.к. выполнена в рамках исследований прагматического направления, а также тем, что в данной работе функционирование языка рассматривается в разных коммуникативных ситуациях в рамках современного клинического дискурса.

В качестве **объекта** исследования работы выступает клиническая жалоба как жанр в англоязычной культуре. **Предметом** исследования является языковое воплощение речевых стратегий и тактик, реализуемых в клинических жалобах.

**Теоретической основой** исследования послужили работы по теории речевых актов и речевых жанров (Н.Д. Арутюнова 1990, М.М. Бахтин 1996, Д. Серль 1986, Дж. Остин 1980), институциональной коммуникации и социолингвистики (В.И. Карасик 2000, М. Foucault 1996), клинического дискурса и клинической жалобы (Л.С. Бейлинсон 2009, Н.А. Емельянова 2004, Е.А. Пономаренко 2009, А. Werner 2011, M.N. Jensen 2016, M. Mulley 2012), по лингвокультурологии (А. Вежбицкая 1996)

**Целью** данной работы является анализ и определение особенностей средств языковой репрезентации клинической жалобы.

Для достижения указанной цели необходимо решить следующие **задачи**:

1. Провести литературный обзор прагма-коммуникативных исследований клинического институционального дискурса;
2. Изучить существующие подходы к описанию клинического дискурса и клинической жалобы;
3. Уточнить теоретическую модель описания “жалобы” как жанра;
4. Выполнить обзор современной литературы, посвященной клинической жалобе в англоязычной лингвокультуре;

5. Проанализировать языковую репрезентацию клинической жалобы пациентов в диалоге с врачом;
6. Проанализировать языковую репрезентацию клинической жалобы при общении пациентов друг с другом;
7. Провести сопоставительный анализ речевых стратегий, тактик и средств их реализации в клинической жалобе, используемых в разных коммуникативных ситуациях.

**Материалом** исследования являются клинические жалобы разной тематики, размещенные носителями английского языка на специальных Интернет-форумах США, Великобритании и Австралии, посвященным проблемам со здоровьем.

Для достижения цели данной работы и решения поставленных задач применяются следующие **методы**: метод прагма-коммуникативного анализа; метод контекстуального анализа; лингвокультурологический метод.

**Научная новизна** исследования состоит в том, что в нем впервые предпринята попытка описать, сравнить и классифицировать речевые стратегии и тактики клинической жалобы, адресованной врачам, и клинической жалобы, адресованной другим пациентам.

**Теоретическая и практическая значимость** работы состоит в том, что в проведенный анализ вносит вклад в разработку вопросов развития лексического состава английского языка, словесного творчества, а также способствует развитию общих вопросов лингвокультурологии. Кроме того, результаты исследования можно применять в области практики и теории перевода и межкультурной коммуникации, а также возможно использование полученных данных в теоретических и практических курсах по английскому языку, в частности в курсах лексикологии и лингвокультурологии.

**Основные положения, выносимые на защиту:**

1. Клиническая жалоба – это микро-жанр клинического дискурса, который используется клиентами дискурса для того, чтобы сообщить агентам или клиентам о неудовлетворительном самочувствии с целью вызвать

сочувствие и получить помощь. В рамках микро-жанра “клиническая жалоба” происходит социальное конструирование болезни и/или симптомов болезни. Клиническая жалоба характеризуется наличием двух обязательных компонентов: фактологическая информация о беспокоящих пациента симптомов и собственно призыв о помощи.

2. Основными стратегиями речевого поведения коммуникантов являются: стратегия объективации проблемы, стратегия самопрезентации как жертвы, стратегия самопрезентации как члена группы и стратегия просьбы о помощи.

3. Стратегия объективации жалобы соответствует цели построить высказывание о проблеме со здоровьем таким образом, чтобы оно воспринималось как максимально объективное описание положения вещей, а не субъективное, предвзятое. Языковая реализация этих стратегий наблюдается как на уровне отдельных словоупотреблений, так и на уровне сверхфразовых единств, в частности, композиционного построения жалобы. Стратегия объективации жалобы представлена соответствующими тактиками.

4. Стратегия самопрезентации как жертвы соответствует цели вызвать сочувствие. Языковая репрезентация данной стратегии представлена единицами такого уровня, как лексемы. Данная стратегия реализуется в тактиках перекладывания вины на других людей и на явления вне контроля пациента.

5. Стратегия самопрезентации как члена группы соответствует цели пациентов сформировать сообщество, противопоставляя группу врачей группе пациентов. Языковая репрезентация данной стратегии представлена разноуровневыми единицами (лексемами и сверхфразовыми единствами). Стратегия самопрезентации как члена группы реализуется в тактиках, ориентированных на дискредитацию личностных характеристик и профессиональной компетенции врачей.

6. Стратегия просьбы о помощи соответствует цели запросить информацию и получить помощь. Языковая репрезентация стратегии осуществляется на грамматическом и лексическом уровнях. Стратегия просьбы

о помощи реализуется с помощью соответствующих тактик, направленных на предоставление агентами дискурса поддержки, информации, а также на апелляцию к опыту других пациентов.

7. Особый интерес представляют жалобы, тематически касающиеся еще новых, не вполне разработанных диагнозов, таких как СДВГ. Клиническая жалоба в этом случае представляет собой языковую среду, в которой происходит социальное конструирование болезни. В таких случаях мы находим много языковых тактик, ориентированных на уточнения собственного опыта, сравнение своего опыта и опыта других пациентов, запросы на подтверждения схожести опыта.

**Объём и структура работы.** Работа объемом 85 страниц состоит из введения, двух глав: теоретической и практической, соответствующих выводов, заключения, в котором представлены основные результаты исследования, и списка литературы, всего включающий 70 наименований, из них 28 – на русском и 42 – на английском.

## **Глава 1. Основы исследования клинической жалобы**

### **1.1 Жалоба как объект лингвистических исследований**

При рассмотрении клинического дискурса одним из важных понятий является понятие жалобы. Разные исследователи по-разному определяют жалобу: одни ученые относят жалобу к речевым жанрам, а другие – к речевым актам.

Дж. Остин является основоположником теории речевых актов. Под речевым актом он понимал действие, которое осуществляется с помощью речи. Так как речевой акт явление сложное, оно состоит из трех компонентов: локуции, иллокуции и перлокуции. Локутивный акт – говорение вообще. На уровне локуции речевой акт состоит из формулировки высказывания, которое имеет одно прямое значение и не привязано к адресату. Иллокутивный акт – произнесение высказывания с определенным намерением. На данном уровне высказывание может содержать просьбу, запрос, приказ и т.д. И на уровне перлокуции прослеживается воздействие, которое данное высказывание оказывает на адресата (Остин 1980).

При реализации речевого акта адресант преследует определенные иллокутивные цели – “основным признаком речевого акта является целенаправленность, т.е. у каждого речевого акта есть определенная цель, та, ради которой и делается высказывание” (Гловинская 1993, 253). Иллокутивные цели зависят от коммуникативной ситуации, в которой реализуется речевой акт. Осуществить действие и вызвать реакцию у адресата говорящему помогают различные языковые средства.

В коммуникативную ситуацию входят следующие элементы: коммуниканты, отношения между ними, тематика и обстоятельства общения, мотив речевого акта и его результат.

Дж. Остин классифицировал речевые акты на основе перформативных глаголов (глаголов, обозначающие действия, производимые при говорении). Ученый приравнивал наличие перформатива к иллокутивной силе высказывания. Составив данную классификацию одновременно речевых актов

и перформативов, ученый пытался ответить на вопрос, какие типы иллокутивных действий обычно можно совершать при произнесении предложения. Дж. Остин выделил пять иллокутивных речевых актов: вердиктивы (вынесение суждения), экзерситивы (проявление или осуществление власти), комиссивы (заявление о намерении и возложение обязанностей), бехабитивы (реакция на чувства и поведение людей) и экспозитивы (аргументирование) (Остин 1980).

Дж. Остин отмечает, что иллокутивные акты являются конвенциональными, так как языковое взаимодействие происходит в рамках конвенций (Остин 1980).

Теория речевых актов Дж. Остина подвергалась критике со стороны многих ученых. Одним из таких ученых был американский философ Дж. Серль. Он считал, что для классификации перформативных глаголов и иллокутивных актов нужны различные подходы, т.е. выделять речевые акты на основе перформативных глаголов было неправильно. Таким образом, Дж. Серль составил свою классификацию иллокутивных актов, которая базируется на таких различиях между иллокутивными актами, как условия общения и намерения говорящего. В его классификации выделяется пять типов речевых актов: репрезентативы, директивы, комиссивы, экспрессивы и декларативы.

Если говорящий сообщает о положении дел, то он обращается к классу репрезентативов; если он хочет, чтобы адресат совершил какое-то действие - к директивам; а если он хочет возложить на адресата – к комиссивам. Класс экспрессивов характеризуется тем, что говорящий выражает адресату свои чувства, а декларативы – если говорящий хочет изменить ход и положения дел (Серль 1986).

Исследованием речевых актов также занимался ученый George Yule. При исследовании речевых актов, по его мнению, особое внимание нужно уделять контексту и его влиянию на смысл высказывания (Yule 1996). G. Yule расширил понятия иллокутивных актов, введенных Дж. Серлем. Таким образом, с помощью репрезентативов говорящий может заставить адресата поверить в то,



что что-то является правдой или ложью, а комиссивы обязывают адресата к какому-то курсу действий. Директивы помогают адресанту сообщить то, что они хотят от адресата, и, таким образом, заставить их выполнить определенное действие. По мнению G. Yule, декларативы включают в себя проклятие, объявление, назначение, призыв, разрешение. Для осуществления некоторых декларативных иллокутивных актов (крещение, вынесение приговора), адресат должен быть наделен определенной институциональной ролью. К ещё одному типу иллокутивных актов относятся экспрессивы, выражающие чувства и эмоции говорящего (радость, грусть, благодарность, удивление и т.д) (Yule 1996).

Согласно П. Грайсу коммуниканты следуют принципу кооперации, т.е и адресант, и адресат в норме стремятся следовать правилам, которые обеспечат успешность интерпретирования речевых актов. Однако иногда между коммуникантами могут возникать барьеры, приводящие к недопониманию или затрудняющие общение. Так, П. Грайс определяет четыре правила коммуникативного поведения, или, постулатов для успешной коммуникации: постулат количества (нужно излагать свои мысли кратко и понятно), постулат качества (нужно избегать неоднозначности), постулат отношения (нужно придерживаться заданной темы) и постулат способа (нужно выражать свои мысли ясно и четко) (Грайс 1985).

Понятия “речевой жанр” и “речевой акт” широко исследовались такими учеными, как Н. Арутюнова, М. Бахтин, А. Вежбицкая, Т. Шмелёва, и другими. “Речевой жанр” и “речевой акт” соотносятся между собой следующим образом: речевой акт является структурным элементом речевого жанра. Один и тот же речевой акт может входить в разные речевые жанры. Комплексный, или сложный, речевой жанр, и состоит из речевых актов – элементарных структурных компонентов, репрезентирующих речевые интенции говорящего. Речевые акты, если они используются на регулярной основе, составляют ядро речевого жанра. Важно отметить, что речевой жанр может быть реализован

только в ситуации диалога – коммуникации. И речевой жанр, и речевой акт являются единицами речевого общения.

По мнению В. Б. Гудковой “речевой акт представляет собой единство социального (объективного) и индивидуального (субъективного) и содержит целый комплекс факторов лингвистического и экстралингвистического характера” (Гудкова 2003, 11).

Н.Д. Арутюнова дает следующее определение речевого акта: “речевой акт представляет собой элементарное (минимальное) звено языковой коммуникации, являющееся продуктом актуализации предложения в конкретной ситуации общения и направленное на достижение определенной иллокутивной цели” (Арутюнова 1990, 137).

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, 103).

О. К. Андрющенко рассматривает жалобу как речевой акт. Под жалобой подразумевается универсальный акт, приобретающий в контексте ситуации оттенки других возможных вариантов прескриптивов. Согласно классификации речевых актов Дж. Остина, жалоба относится к директивам, так как этот класс речевых актов побуждает к действию, в котором заинтересован жалующийся (Остин 1980). По мнению О. К. Андрющенко, приоритетную позицию в теории речевых актов занимает адресат, так как именно он решает, рассмотреть или не рассматривать данную жалобу (Андрющенко, 2014).

Т. ван Дейк считает, что ожидания коммуникантов являются необходимым условием для успешного осуществления речевого акта. “Большая часть типов дискурсов имеет ограничения на диапазон возможных тем (тематический репертуар). Границы этих тем зависят от интересов, ценностей и культурных норм. Что интересно сегодня и здесь, не всегда будет таким завтра

и/или в других местах” (Дейк ван 1989, 51-52). Таким образом, и жалоба, в том числе и клиническая, может иметь неожиданный перлокутивный эффект.

Жалоба рассматривается и в теории речевых жанров. Вопрос о выделении жанров часто является дискуссионным, поскольку не всегда можно провести четкую границу между ними. М. М. Бахтин определяет речевой жанр как “вербальное оформление типичной ситуации социального взаимодействия людей, совокупность текстовых произведений, объединенных единой целью, одинаковой или близкой тематикой, имеющих сходные композиционные формы, реализующиеся в типичной коммуникативной ситуации” (Бахтин 1986). По мнению Л. С. Бейлинсон, “жанр представляет собой исторически сложившийся текстотип во всей полноте смысловых связей, узнаваемый участниками общения” (Бейлинсон 2009, 286).

Т. В. Шмелева рассматривает речевой жанр как особую модель высказывания. Исследователь считает, что для выделения и классификации речевых жанров нужно учитывать и изучить модели их воплощения и исследовать их функционирование в коммуникативных ситуациях.

Таким образом, Т. В. Шмелева выделяет четыре типа речевых жанров: информативные (различные действия с информацией, например, запрос, предъявление); императивные (необходимо осуществить или предотвратить определенное действие); этикетные или перформативные (осуществление действия в соответствии с этикетом данного общества); оценочные (повлиять на чувства коммуникантов, путем сопоставления их поступков с принятыми нормами данного социума) (Шмелева 1997, 91–92). Т. В. Шмелева считает, что образ автора является одним из основных компонентов речевого жанра, который обеспечивает его успешную реализацию в коммуникации.

Филолог предлагает свою модель описания речевого жанра, которая получила название “анкета речевого жанра”. При описании речевых жанров выделяются следующие жанрообразующие признаки: коммуникативная цель, образ коммуникантов, событийное содержание, образ прошлого и образ будущего, параметры языкового воплощения (Шмелева 1997).

Дж. Суэйлз пишет о трех жанрообразующих компонентах – тематическое содержание, стиль и композиционное построение – которые объединены “нитью”, т.е коммуникативной целью. Понятие коммуникативной цели является основным при определении коммуникативной стратегии.

Коммуникативная цель определяет всю стратегию общения, отбор фактов и их подачу в определенном освещении (Иссерс 2002, 22), что “выражается в выборе манеры разговора, формы и содержания сообщения, уместной формы речи, обстановки и т.д.” (Карасик 2004, 106). “Именно коммуникативная цель вводит языковую деятельность в дискурсивное сообщество. Она также является прототипическим критерием идентификации жанра” и его значимым и конструктивным элементом (Swales 1990, 29).

А. Вежбицкая с помощью семантической теории элементарных смысловых единиц предлагает несколько формул для определения жалобы. Для нашей работы актуально лишь первое определение: “Жалоба 1. говорю: у меня происходит нечто плохое; чувствую себя плохо по этой причине; говорю это, потому что хочу, чтобы ты мне сочувствовал” (Вежбицкая 1997, 105). Таким образом, одна из целей речевого акта жалобы – воздействие на адресата. Адресант дает волю своим чувствам, побуждает адресата понять его самочувствие и надеется вызвать у него сочувствие (Емельянова 2004).

Т. В. Шмелева отмечает, что речевой жанр жалоба включает в себя типовой образ автора как пострадавшего (Шмелева 1997).

Н. А. Емельянова изучала на материале английского языка жалобу рамках теории речевых жанров. Исследователь определяет ее как сложное речевое действие, которое направлено на достижение перлокутивного эффекта. Адресант ставит целью добиться внимания адресата, вызвать у него сочувствие и побудить его оказать помощь, а также изменить его положение (Емельянова, 2004).

Н. А. Емельянова выделяет такие конститутивные признаки речевого жанра “жалоба” как осознание говорящим плохого положения; наличие у говорящего интенции сообщить о своем положении адресату; наличие у

говорящего эмоциональной просьбы к адресату; ожидание говорящего со стороны адресата помощи или сочувствия (Емельянова, 2004).

Итак, на основании проанализированной литературы к основополагающим компонентам речевого события “жалоба” относятся: коммуниканты, отношения между коммуникантами, мотив и интенции (добиться внимания адресата, вызвать у него сочувствие, воздействовать на адресата и побудить его оказать помощь), условия коммуникации, собственно дискурс жалобы и соответствующий перлокутивный эффект.

Жалоба изучается как в теории речевых актов, так и в теории речевых жанров. В нашем исследовании будет целесообразно вслед за Е. А. Пономаренко, Н. А. Емельяновой и Л.С. Бейлинсон рассматривать жалобу в качестве одного из речевых жанров. Речевой жанр, как мы видели выше, понятие более широкое – речевых акты выступают в роли структурных элементов речевого жанра. Речевые жанры обладают единством темы, стиля и композиции. Однако понятие “перлокутивного эффекта” остается одним из важных понятий для нашего анализа. Мы изучаем жалобу в английской культурологии, поэтому нам необходимо посмотреть на то, как фактор социальной среды (социальные конвенции) конкурирует с фактором интенсивности страдания жалующегося.

## **1.2 Клиническая жалоба как вид жалобы и ее особенности**

### **1.2.1 Медицинский дискурс как вид институционального дискурса**

Жалоба реализуется как в бытовом, так и в институциональном дискурсах.

В рамках нашей работы мы исследуем клиническую жалобу, следовательно, жалобу в рамках определенного институционального дискурса: дискурса медицины, а точнее – дискурса клиники.

Ученые понимают под институциональным дискурсом следующее – “речевое взаимодействие социальных групп или институтов друг с другом, с людьми, реализующими свои статусно-ролевые возможности в рамках

сложившихся общественных институтов, число которых определяется потребностями общества на конкретном этапе его развития” (Карасик 1996, 10).

В. И. Карасик выделил следующие типы институционального дискурса: персональный (лично-ориентированный) и институциональный. “В первом случае, тот, кто говорит, выступает как личность со всеми богатствами своего внутреннего мира, во втором случае – как представитель определенного социального института” (Карасик 2000: 186). Таким образом, в институциональном дискурсе коммуниканты являются представителями определенного социального института и взаимодействуют в пределах статусно-ролевых норм. В.И. Карасик отмечает, что “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” (Карасик 2000, 12).

Таким образом, участниками институционального дискурса являются агенты – представители института, и клиенты – те, кто обращаются в данный институт. Общение в институциональном дискурсе проходит в заданных рамках статусно-ролевых отношений и выделяется на основании двух признаков: цели и участники общения.

Согласно J. Heritage, участники институционального дискурса в разных речевых ситуациях используют различные языковые средства, соответствующие лингвокультурной компетенции участников. Исследователь выделяет следующие характеристики институционального дискурса: 1) участникам дискурса присваивается определённая роль; 2) институциональному дискурсу характерны ограничения; 3) каждому виду институциональному дискурсу характерны свои процедуры, порядок принимаемых действий; 4) общая структура дискурса; 5) последовательная организация дискурса; 6) выбор речевых средств; 6) асимметричные отношения (Heritage 2005, 164).

В. И. Карасик отмечает, что институциональный дискурс характеризуется конститутивными признаками, признаками институциональности и нейтральными признаками.

Условия, мотивы, цели, стратегии, тональность и стиль общения, тексты и невербальные знаки входят в группу конститутивных признаков. В свою очередь, признаки институциональности включают ролевые характеристики агентов и клиентов, типичные хронотопы и речевые клише. К признакам институциональности относятся поведенческие стереотипы, общественные ритуалы и тексты, воспроизводимые в данном институте. Нейтральные признаки включают общедискурсивные и личностно-ориентированные признаки, и признаки других типов дискурса (Карасик 2004, 201).

Согласно Л. С. Бейлинсон, к функциям институционального дискурса относятся перформативная (определяющих цель института), нормативная (отвечает за нормы и правила поведения внутри института и между институтами), презентационная (создает имидж агентов института и имидж института в общем) и парольная функции (устанавливает границы между агентами и клиентами) (Бейлинсон 2009).

Медицинский дискурс относится к институциональному типу дискурса (Барсукова 2007; Бейлинсон 2009).

Согласно Л. С. Бейлинсон целью медицинского дискурса является оказание профессиональной медицинской помощи. Участники медицинского дискурса используют язык как один из основных инструментов взаимодействия. Участниками данного дискурса являются врач, коллеги врача, пациент, родственники пациента. Коммуникация, как правило, происходит в таких ситуациях общения, как медицинский осмотр, вызов врача на дом и т.д. Л. С. Бейлинсон включает в характеристики медицинского дискурса его ценности. Так, в ценности данного дискурса входят здоровье, болезнь как его антипод и терапия. К стратегиям медицинского дискурса ученая относит диагностику, лечение, рекомендации врача, а также контроль, объяснение, содействие и

организацию. Среди жанров медицинского дискурса можно найти следующие: жалоба пациента, прием у врача, лечение и т.д. (Бейлинсон 2009, 25-31).

Важным признаком медицинского дискурса является реализованность, которая проявляется как в вербальном (клишированность фраз), так и невербальном компонентах (дискурс характеризуется ритуализированной схемой общения, наличием общепринятых знаков, например, форма врача) (Жура 2008).

М. Chimombo и R. L. Roseberry отмечают, что коммуникация в медицинском дискурсе включает в себя более одного адресанта и адресата, т. е. в коммуникации, кроме врача и пациента, участвуют еще и родственники пациентов и другой медицинский персонал. Исследователи рассматривают медицинскую коммуникацию как целенаправленный процесс, который учитывает участников общения, тему, среду и обстановку общения, коммуникативные стратегии (Chimombo, Roseberry 2013).

Таким образом, к компонентам медицинского дискурса можно отнести: участников (агенты (врачи) и клиенты (пациенты, родственники пациентов), цель (оказать профессиональную медицинскую помощь), стратегии (диагностика, лечение, контроль, рекомендации врача), жанры (жалоба пациента, рецепт, справка и т.д).

### **1.2.2 Особенности речевого жанра “жалоба” в клиническом дискурсе**

Л. С. Бейлинсон выделяет жалобу пациента как отдельный речевой жанр медицинского дискурса (Бейлинсон 2001). Таким образом, согласно Л. С. Бейлинсон, жалоба является типовой моделью медицинского дискурса, которая характеризуется единством цели, темы и композиции.

В медицинском дискурсе Н. А. Емельянова определяет жалобу как “эмоционально-оценочные реакции в форме слов, которыми больной выражает свое состояние” (Емельянова 2004).

Однако следует отметить, что в нашем исследовании мы рассматриваем жалобу в рамках клинического дискурса, а не медицинского. Клинический дискурс является подтипом медицинского дискурса. Именно в рамках



клинического дискурса должна исследоваться коммуникация между пациентами, между врачом и пациентом, так как ядром клинического дискурса является пациент и симптомы болезней. Главной задачей клинического дискурса является “расшифровка поступающих знаков – клинических проявлений болезни у пациента” (Фуко 2010). Пациент сообщает о проявлении болезни врачу посредством жалобы, поэтому далее мы будем говорить о клинической жалобе.

Е. А. Пономаренко относит речевой жанр клинической жалобы к *аутентичным и комплементарным* жанрам, которые функционируют согласно логико-смысловой последовательностью медицинского дискурса и связаны с эмоционально-психологическим компонентом интеракции и анамнезом. Е.А. Пономаренко отмечает, что аутентичные речевые жанры образуют “ядро актуальной информации”. Целью таких речевых жанров служит достижение перлокутивного эффекта. По мнению исследователя, перлокутивный эффект клинической жалобы достигается благодаря анамнезу. Во время анамнеза пациент отвечает на вопросы врача, сообщает ему о симптомах, как развивалась болезнь, какие у него есть жалобы, какое было лечение (Пономаренко 2019).

Комплементарные речевые жанры характерны тем, что они не относятся к институциональному дискурсу непосредственно, а дополняют его. Врач во время консультации не только собирает информацию, необходимую для клинической картины пациента, но расследует “также те стороны в положении больного, которые имеют социальное значение (то есть оказывают влияние на личность как на единицу общественной среды)” (Пономаренко 2019). Поэтому исследователь считает, что в институциональный медицинский дискурс можно включить жанры “неинституционального дискурса”: речевые жанры просьбы, мольбы, утешения, убеждения (Пономаренко 2019).

Клиническая жалоба находит отражение в асимметричной коммуникации, где инициаторами жалобы выступают пациенты – коммуниканты, занимающие более низкое социальное положение (Виноградова 2013). По мнению Е. В. Виноградовой, так как врач обладает определенной

репутацией в обществе и является одним из представителей института медицины, он наделен социальной властью. Врач также обладает и коммуникативной властью, так как он обладает определенными компетенциями, знаниями, навыками и умениями, которых нет у пациента (Виноградова 2013).

Е. Freidson в исследовании медицинских профессий отмечал, что врачи и пациенты относятся к разным социальным и культурным мирам. Такое разное социальное положение врача и пациента влияет на их знания и представления о медицинских реалиях, поэтому одно и то же явление может иметь разную значимость и восприниматься и интерпретироваться агентом и клиентом дискурса по-разному. Кроме того, врачи наделены большей властью, чем другие представители области здравоохранения. По мнению ученого, врачи определяют медицинскую реальность, отсюда и вытекает их власть. Медицина, в теории Е. Freidson, является неотъемлемой частью идеологии и рассматривается им как институт, обладающий властью и контролем (Freidson, 1970). Взгляды М. Фуко на власть и социальный контроль оказали здесь чрезвычайно большое влияние. Исследования появления современной науки, в том числе и медицины, и власти государства описывают введение и соблюдение новых, строгих требований. Социальный контроль расширяется за счет более тонкой дисциплины человеческого тела и разума. Согласно М. Фуко, властью не может обладать один индивид, она осуществляется в человеческом взаимодействии. Контроль присутствует во всех сферах общества и он динамичен. Например, властью обладает и медицинский взгляд, который служит для формирования симптомов, жалоб, поведения и диагнозов пациента (Foucault 1998).

Английские лингвисты М. Coulthard. и М. Ashby исследовали влияние неравного социального статуса врача и пациента на ход беседы во время консультации. Согласно их исследованию, пациент из-за более низкого социального статуса передает контроль над коммуникацией в руки врача, т.е. наделяет врача коммуникативной властью. Именно врач доминирует в беседе и задает темп диалога. Кроме того, они отмечают, что если пациент отклоняется

от назначенного врачом курсом беседы, то врач не считает себя обязанным отвечать на те вопросы, которые не соответствуют теме беседе. Исследователи отмечают, что врач и пациент взаимодействуют посредством диалогических единств. Информация врачу поступает от пациента – врач задает вопросы, а пациент на них отвечает. К особенностям взаимодействия “врач–пациент” относится и то, что врач должен не только принять информацию пациента к сведению, но и подтвердить ее. Беседа принимает общую направленность с помощью последовательных обменов высказываний между врачом и пациентом, пока врач, наконец, не сможет сопоставить жалобы пациента с диагнозом (Coulthard 1976, 76).

Согласно положениям данной теории, А. А. Werner утверждает, что так как клиническая жалоба имеет место между разностатусными коммуникантами, то пациенту нужно выбрать правильную стратегию, тактику и оформить их нужным способом (Werner 2011).

Коммуникативные стратегии и тактики помогают достичь цели коммуникации. Одну и ту же цель можно достичь разными способами. Выбранная стратегия помогает определиться с наиболее оптимальным способом достижения цели, поэтому планирования является важной ступенью коммуникативной стратегии.

О. С. Иссерс определяет речевую стратегию как “комплекс речевых действий, направленных на достижение коммуникативной цели” (Иссерс 2006, 54). Чтобы реализовать коммуникативную стратегию, адресант при планировании речи учитывает условия коммуникации и их участников.

И. Н. Борисова рассматривает речевые коммуникации как совокупность речевых действий, определяемые конкретной целью. Таким образом, “коммуникативная стратегия есть способ организации речевого поведения в соответствии с замыслом, интенцией коммуникантов. В широком смысле коммуникативная стратегия понимается как сверхзадача речи, диктуемая практическими целями говорящего... Коммуникативная стратегия речи есть способ реализации замысла, она предполагает отбор фактов и их подачу в

определенном освещении с целью воздействия на интеллектуальную, волевую и эмоциональную сферу адресата” (Борисова 1999, 85-86).

Под коммуникативной тактикой понимаются те коммуникативные приемы, обусловленные речевой стратегией, которые помогают адресату достичь цели и правильно выстроить диалог с адресатом (Иссерс 2006, 37).

О. С. Иссерс пишет, что “в самом общем смысле речевая стратегия включает в себя планирование процесса речевой коммуникации в зависимости от конкретных условий общения и личностей коммуникантов, а также реализацию этого плана” (Иссерс 2006, 54). Таким образом, выбор стратегии главным образом определяется ее эффективностью. Цель и планы пациента влияют на степень планирования и контроля речевых стратегий.

Таким образом, коммуникативная стратегия – “линия речевого поведения участника коммуникации” (Иссерс 2006, 57), которая направлена на реализацию коммуникативной цели. Коммуникативная цель – результат, на который ориентирован коммуникативный акт. Коммуникативные стратегии и тактики помогают привлечь внимание адресата, установить с ним контакт, воздействовать на него.

Однако не все исследователи согласны с тем, что пациент в клинике занимает более низкое статусное положение, чем врач. Так, новозеландские ученые F. Goodyear-Smith и S. Buetow в исследовании о динамике отношений между врачами и пациентами отметили, что работа системы здравоохранения становится лучше за счет возможностей взаимодействия врачей и пациентов на равных. Ученые считают, что для того, чтобы врачи могли эффективно оказать помощь и пациенты были удовлетворены приемом, коммуникация должна проходить вне статусных рамок. Такая коммуникация обеспечивает автономию пациента, то есть признает его личностные права. Пациенты, руководствуясь своими убеждениями и целями, сами принимают решение по поводу лечения (Goodyear-Smith 2001). E. Vermiere в своем исследовании о приверженности пациентов лечению подчеркивает, что пациент занимает центральную роль в коммуникации с врачом, так как именно пациент является центральным ядром

модели “совместного принятия решения” (concordance) (Vermiere 2001, 335). Согласно данной модели, пациент принимает финальное решение, кроме того, врач и пациент должны достигнуть согласия, т.е. врач должен принимать во внимание пожелание и мнения пациента по поводу курса лечения (Bezreh 2012, 14). При использовании модели согласованных действий пациент чувствует, что врач относится к нему с уважением, поэтому пациент увереннее делится своим жалобами с врачом (Aronson 2007, 13).

Американские ученые E. Emanuel и L. Emanuel в своем исследовании *Four models of the physician-patient relationship* соглашаются с вышеперечисленными учеными, что врач при беседе с пациентом должен направлять пациента в определении лечения, которое соответствовало бы ценностям пациента. По мнению исследователей, в англоязычной культуре во врачи при планировании коммуникации с пациентом должны принимать во внимание ценности и приоритеты пациента (Emanuel 1992, 267). Все это делается для того, чтобы врач поставил правильный диагноз. И добиться этого можно лишь тогда, когда пациент может доверять врачу и изложить жалобы как можно точнее (Mulley 2012, 345).

Некоторые исследователи отмечают, что большой поток знаний сегодня меняет положение пациента. Традиционно считается, что общение врач-пациент характеризуется информационной асимметрией. Э. В. Барбашина пишет о том, что врач не может передать пациенту информацию в том объеме, в котором он ей располагает. Пациент также признает авторитет врача, когда обращается к нему за медицинской помощью, т.е. признает, что он знает меньше (Барбашина 2019).

Однако американский ученый Dave deBronkart придерживается противоположного мнения. Он пишет о том, что за последние два десятилетия поток знаний претерпел большие изменения – перешел из закрытой системы в открытую. Сегодня пациенты не только могут найти (и рассказать друг другу) ту же информацию, что и врачи; они также могут общаться с близкими и другими пациентами (лично или на специализированных форумах), чтобы

обсуждать волнующие их темы, связанные с их симптомами, диагнозом, лечением. По мнению D. deBronkart, все это является следствием автономии пациента и его дальнейшей эмансипации. Исследователь подчеркивает, что врач не должен заострять внимание на том, что знает он, но не знает пациент. Наоборот врач должен принимать во внимание знания пациента и разрешить ему принять финальное решение по поводу лечения (deBronkart 2015).

Клиническая жалоба воспринимается пациентом как потребность сообщить о физическом или душевном состоянии, сопровождаемом ощущениями боли. Пациент пытается понять, почему он испытывает данные симптомы, и пытается выразить их с помощью языка. Коммуникативной задачей пациента является максимально точно донести до врача свое состояние (Maseide 1991).

Широко исследуются и мотивы клинической жалобы. I. K Zola на материале английского языка выделил несколько различных мотивов, которые, по его мнению, были важны для раскрытия причин жалоб врачу на свое состояние. Помимо собственно призыва о помощи, что является центральным мотивом к формированию жалобы, причинами могут быть: межличностный кризис; осознание пациентом того, что симптомы могут мешать социальным или личным отношениям, профессиональной или физической активности; давление со стороны окружающих (Zola 1973).

По мнению ученого, пациент тщательно обдумывает, каким образом ему пожаловаться на свое состояние. То, как пациент жалуется, зависит не просто от серьезности заболевания, симптомов и возможного прогноза врача, но и от многих факторов вне контекста болезни. Пациент, как правило, принимает во внимание, как его жалоба повлияет на диагноз и как поставленный диагноз может повлиять на его социальные и рабочие взаимоотношения (Zola 1973).

Кроме того, в ходе других исследований, ученые выяснили, что понимание жалобы врачами может противоречить пониманию жалоб пациентами. Таким образом, между врачом и пациентом возникает конфликт (Friedson 1970).

А. Werner в своем исследовании на материале английского языка писала о том, что пациенты, жалующься врачу, использовали различные стратегии для того, чтобы им поверили и отнеслись серьезно к их состоянию. Кроме того, пациенты опасались, что их сочтут либо совершенно здоровыми, либо психически больными. Пациенты подходили к выбору речевых средств для выражения жалобы с осторожностью, так как они переживали, что врачи могут заподозрить их в обмане. В этом случае пациенты воспринимали врача как врага или как защитника государства. Все дело в том, медицина является неотъемлемой частью идеологии, поэтому пациенты видят врачей как последователей устоявшейся в данный момент идеологии (Freidson 1970). В исследовании А. Werner, жалующься, пациенты старались звучать уверенно, но также выглядеть послушными, готовыми последовать предписанию и советам врача. По мнению А. Werner, у пациентов клиническая жалоба является способом оправдать ожидания врача (Werner 2011).

В. И. Один, В. В. Тыренко выделяют следующие виды клинической жалобы: актуальные и актуализированные. Актуальные жалобы “беспокоят больного, и он активно их предъявляет”, а актуализированные жалобы получены “путём детального расспроса по органам и системам, согласно схеме общего анамнеза” (Один 2011 28). В первом случае жалобы пациент выступает ее инициатором, а во втором – врач, который с помощью вопросно-ответных форм собирает анамнез и, таким образом, оформляет жалобу.

Итак, клиническая жалоба – это высказывания клиентов дискурса, которые используются для того, чтобы выразить свое состояние в связи с неудовлетворительным состоянием здоровья и призвать на помощь, так как клиент дискурса не может справиться с этим самостоятельно. Помимо собственно призыва о помощи – центрального мотива клинической жалобы – мы выделяем следующие: неудовлетворительное состояние здоровья; осознание пациентом того, что симптомы мешают социальным, личным, профессиональным отношениям; снижение физической активности; давление со стороны окружающих. На формирование клинической жалобы влияют

многие факторы: серьезность заболевания и симптомов, ценности и приоритеты пациента и то, как возможный диагноз может повлиять на социальную жизнь пациента и его рабочие отношения. Так, если врачи принимают во внимание знание пациентов, автономность которых подчеркивается многими учеными, и беседуют с ними в рамках равностатусного подхода, то пациент чувствует, что врач относится к нему с уважением, поэтому он увереннее делится своими жалобами. Если же пациенты чувствуют себя неуверенно, то они, жалуюсь врачу, будут использовать различные стратегии для того, чтобы им поверили и отнеслись серьезно к их состоянию.

### **1.3 Жалоба в англоязычной лингвокультуре**

В английской лингвокультурологии широко исследуется вопрос об эффективности жалобы пациента: о том, как сокрытие пациентом информации во время жалобы, влияет на коммуникацию между врачом и пациентом.

Согласно исследованию социологов и психологов из Манчестерского и Ливерпульского университетов S. Peters, A. Rogers пациенты выбирают уже знакомых врачей, потому что они уверены, что врач воспримет их жалобы серьезно и, как результат, окажет им необходимую помощь. Однако даже со знакомыми врачами пациентам бывает трудно донести до врача, как им кажется, серьезность своего состояния. Так как время консультации ограничено пациенты пытаются объяснить свое состояние и разочаровываются, когда врачи не могут понять полную картину их плохого самочувствия.

Коммуникация – “стратегический процесс, базисом для него является выбор оптимальных языковых ресурсов” (Иссерс 2006, 10). Целью жалобы, в первую очередь, является сообщить врачу о своем неудовлетворительном состоянии. Как мы видим, время для вербализации жалобы ограничено, поэтому пациенты при планировании жалобы учитывают особенности условий коммуникации. Соответственно, пациенты будут применять различные речевые стратегии для того, чтобы уложиться во времени, как можно точно описать свое состояние и сообщить врачу, почему они обратились за помощью.



Из исследования S. Peters следует, что пациенты часто не могут подобрать точные слова для описания состояния, так как им тяжело понять и описать, что точно они чувствуют. Поэтому, чтобы результаты беседы соответствовали ожиданиям и помочь врачу в определении диагноза, пациенты часто упрощают свои жалобы или сосредотачиваются на одном симптоме. В своем исследовании S. Peters подчеркивает, что пациенты особенно ценят врачей, которые помогают им правильно выразить жалобу (Peters, 2009).

В английской лингвокультурологии также исследуется вопрос о сокрытии информации об эмоциональном состоянии во время речевого действия жалобы. Пациент выбирает, что он может сообщить врачу, а что нет. Он тщательно отбирает речевые стратегии так, чтобы скрыть определенную информацию или избежать определенной темы при беседе с врачом. Таким образом, для достижения цели в процессе речевого действия жалобы пациенту требуется планировать свою деятельность, а именно, применять индивидуальные речевые стратегии и тактики для сокрытия информации, которую пациент не считает нужной сообщать врачу.

Согласно исследованию английских ученых, пациенты считают обсуждение эмоционального состояния неудобным как для них самих, так и для их лечащего врача. Некоторые пациенты объясняли, что они не жаловались врачу на эмоциональные проблемы, чтобы его не обременять. Из-за того, что люди часто не могут полностью выразить опасения по поводу здоровья, то неполная жалоба может отрицательно сказаться на результатах консультации (Peters 2009).

Таким образом, пациенты стараются точно и сжато изложить жалобу врачу, не затрагивая при этом то, как их состояние сказывается на эмоциональном состоянии. В данном случае пациент планирует коммуникацию так, чтобы выборочно сообщить врачу то, что его беспокоит. Пациент использует соответствующие речевые стратегии и тактики для краткого изложения жалобы, и в то же время пациент обращается к тактикам намеренного умолчания для того, чтобы не сообщить врачу ту информацию о

здоровье, которую они считают ненужной, в данном случае – информацию об эмоциональном состоянии (Барсукова 2007).

По наблюдению некоторых ученых, некоторые жалобы пациент не озвучивает или сообщает о них в конце приема, предварив высказывание “кстати”. Согласно исследованию D. K. Hamilton порядок, в котором пациенты излагают жалобы может не отражать предполагаемую важность или не соответствовать расстановке приоритетов врачом. Первый поднятый вопрос может быть наиболее социально приемлемым, а последняя жалоба – самой неловкой или не совсем понятной пациенту. Пациенты оценивают серьезность своих проблем при выборе, жаловаться им на них или нет. Существует большое количество симптомов, на которые пациенты выбирают не жаловаться. D. K. Hamilton смотрит на это, в отличие от других ученых, в позитивном свете и говорит, что оценивая серьезность симптомов и отбирая то, на что жаловаться, пациент помогает врачу точнее описать причины возникновения симптомов и оказать эффективную медицинскую помощь (Hamilton 2003).

Американский психолог С. Fisher в своем исследовании отметила, что пациенты тщательно выбирают языковые и речевые средства при реализации клинической жалобы, потому что они боятся, что врачи обвинят их в своих проблемах со здоровьем. И как отмечает С. Fisher, на это у пациентов есть весомые причины, так как врачи часто, принимая во внимание клиническую жалобу, начинают вести с пациентом разговор о морали и ответственности. Все это приводит пациента к тому, что он начинает считать себя полностью виноватым в проблемах со здоровьем (Fisher 1983).

Таким образом, речевая тактика сокрытия информации пациентом разными учеными оценивается по-разному: одни считают, что такая тактика речевого поведения не позволяет врачу собрать полный анамнез, и как следствие не позволяет ему поставить правильный диагноз, а другие считают, что, наоборот, намеренное умалчивание информации позволяет врачу сосредоточиться на главных симптомах и оправдать ожидания пациентов от приема.

Некоторые ученые считают, что, если пациент излагает свои жалобы как можно подробнее, он хочет получить как можно больше информации от врача. С. G. Blanchard на материале английского языка, например, обнаружил, что 92% опрошенных больных раком желают получить всю информацию об их заболевании, хорошую или плохую, поэтому в своих жалобах они стараются как можно подробнее описать симптомы (Blanchard 1998). S. Chaitchik отмечает, что восприятие последующей информации пациентами происходит с точки зрения ее личной значимости. В результате врач может почувствовать, что он дал точную и актуальную информацию, а пациент, с другой стороны, может чувствовать, что он не узнал ничего нового (Chaitchik 1992). Исследование С. G. Blanchard показало, что 47% больных раком сообщили, что им не было предоставлено никакой информации о лечении, хотя большинство, жалуюсь врачу, желало получить такую информацию (Blanchard 1998). По мнению исследователя, врачи должны сначала поощрять своих пациентов жаловаться на основные проблемы, и не прерывать беседу, если на то нет весомых причин. Кроме того, во время жалобы врачи должны стремиться понять, то как пациенты воспринимают свои симптомы, а также понять их чувства, связанные с жалобой, чтобы добиться эффективного обмена информацией.

Так исследователи G. Raimbault, O. Cachin, J. M. Limal, C. Eliacheff, R. Carraport, изучив жалобы на материале английского языка, считают не совсем верным мнение о том, что когда врачи прерывают пациента во время жалобы или игнорируют их опасения, то они отказываются от кооперации с ним. Например, врачи сообщают пациентам, что они не знают причину их состояния, хотя на самом деле они располагают такой информацией. Исследователи пришли к выводу, что чаще всего врачи намеренно скрывают информацию от пациентов, так как информация, которой владеет врач, – это не та информация, которую пациент надеется услышать. Получается, что врачи также планируют свою речь, принимая во внимание ожидание пациентов. Однако ученые считают, что если врачи ориентируются на ожидание пациентов от жалобы, то намеренное умалчивание информации позже приводит к недопониманию

(пациенты могут считать, что их симптомы серьезнее или легче, чем есть на самом деле), т.е. к коммуникативной неудаче (Raimbault, Cachin, Limal, Eliacheff, Rappaport 1975).

Н. S. Friedman отмечает, что когда англоязычные пациенты жалуются, они становятся очень чувствительными и внимательными к невербальной коммуникации. Болезнь обычно связана с такими эмоциями, как страх, беспокойство, неуверенность. Как следствие, пациенты, жалуясь врачу, будут искать подсказки, чтобы выяснить, что они должны чувствовать или думать. Большинство пациентов активно ищут информацию о различных аспектах своего заболевания как на вербальном, так и невербальном уровнях. Невербальная коммуникация “пропускает” сообщения, которые не предназначены для передачи (Friedman 1979). Пациенты очень чувствительны к этим сообщениям, а также к несоответствиям между вербальной и невербальной коммуникацией врачей. Эти несоответствия можно рассматривать как “отсутствие искренности”, одно из “основных условий”, необходимых для успешной коммуникации “врач-пациент” (Hornsby 1979).

Отдельная группа исследований посвящена функционированию терминов в англоязычном клиническом дискурсе. Так, J. Hadlow and M. Pitts изучили понимание общих медицинских терминов врачами, медсестрами и пациентами. Результаты опроса показали, что между врачами, медсестрами, другими медицинскими работниками и пациентами существуют явные различия в понимании общих медицинских и психологических терминов. Уровень правильного понимания был самым высоким для врачей (70%) и самый низкий для пациентов (36%). Самый большой разрыв в понимании терминов был в отношении общих медицинских терминов, таких как *depression*, *migraine*, *eating disorders*. Подобные термины часто используются в коммуникации “врач-пациент”. Однако они, по-видимому, имеют как клиническое, так и непрофессиональное значение, создавая основу для недопонимания. Это может привести к тому, что клиническая жалоба может

быть воспринята врачом не совсем так, как этого ожидал пациент, и в свою очередь может привести к неправильному лечению (Hadlow 1991).

Исследованием разницы функционирования терминов между врачами и пациента занимались американские антропологи W. Katon и A. Kleinman. В своем исследовании они выявили следующие главные различия между использованием терминов врачами и пациентами при описании клинической жалобы: 1) один и тот же термин имеет разное этиологическое значение (пациент может считать, что его симптомы имеют одну природу, а врач учитывает физиологические отклонения и генетическую предрасположенность); 2) под одним и тем же термином понимаются разные понятия (врач просит пациента сообщить ему об аллергии на лекарства, а пациент начинает перечислять побочные эффекты); 3) один и тот же термин связан с разной клинической картиной (пациент может считать, что определенная болезнь может приводить к раку); 4) один и тот же термин имеют разную эмоциональную окраску (если в речи врача пациент услышит диагноз “mental illness”, то это вызовет в нем сильную реакцию); 5) врачи и пациенты используют разные термины (Katon, Kleinman 1980).

Эта классификация помогает показать, насколько сложные языковые средства используются при описании и объяснении состояния. Все эти проблемы, по мнению исследователей, скорее всего приведут к трудностям изложения жалобы врачу и возможной коммуникативной неудачи.

Итак, в англоязычной лингвокультуре исследованы такие аспекты коммуникации, как особенности восприятия медицинских реалий врачом и пациентом, манипулирования врачом хода беседы с пациентом, отбор речевых средств для выражения клинической жалобы, намеренное умолчание информации пациентом во время вербализации жалобы и врачом при постановке диагноза, успешность реализации клинической жалобы и коммуникативные неудачи при ее реализации. Так как время консультации ограничено, пациенты пытаются кратко и как можно точнее изложить свои проблемы врачу. При этом в англоязычной лингвокультуре пациенты

предпочитают уделять внимание конкретным симптомам во время жалобы и не сообщать врачу о своем эмоциональном состоянии, так как это, по их мнению, может его обременить. Кроме того, при реализации клинической жалобы у пациентов есть определенные ожидания. Если пациенты излагают жалобу подробно, значит, они хотят получить от врача такой же подробный разбор их состояния или возможного диагноза. Порядок изложения жалобы также играет большую роль – он показывает важность жалоб. Так, первая жалоба может быть наиболее социально приемлемой, а последняя жалоба – самой неловкой или непонятной пациенту. Пациенты также принимают во внимание возможный исход беседы, поэтому они тщательно отбирают языковые средства, чтобы оправдать свои ожидания и ожидания врача. Однако, если пациенты планируют коммуникацию в соответствии с ожиданиями врача или скрывают определенную информацию, это может привести к постановке неправильного диагноза. Данные особенности функционирования и выражения клинической жалобы в англоязычной культуре помогут нам найти и определить речевые стратегии и тактики клинической жалобы на практическом материале и описать культурно-специфические особенности.

## Выводы по главе 1

Рассмотренный теоретический материал позволяет сделать следующие основные выводы:

1. Существуют различные трактовки понятия “дискурс”. При исследовании дискурса необходимо учитывать участников общения, цели, тему, обстановку общения, обстоятельства, культурные и лингвокультурные ценности.

2. Фокусом данной работы является клинический дискурс, который в свою очередь относится к институциональному типу дискурса. К компонентами клинического дискурса относятся участники: агенты – врачи, клиенты – пациенты, родственники пациентов; а также цели и задачи клинического дискурса: определить причину клинических проявлений, получить медицинскую помощь. Компонентами также являются стратегии клинического дискурса: диагностика, рекомендации врача; а также жанры: жалоба пациента, прием у врача и др.

3. Согласно последним исследованиям, в современном англоязычном клиническом дискурсе коммуникация между врачом и пациентом протекает в рамках равностатусного подхода. Благодаря пациент-ориентированной модели коммуникации, а также снижению информационной асимметрии между клиентом и агентом дискурса, статус пациента как участника коммуникации повышается.

4. Клиническая жалоба – особый микро-жанр в рамках клинического дискурса, который используется для того, сообщить о своем неудовлетворительном самочувствии и попросить помощи, так как клиент дискурса не может справиться самостоятельно. Центральным мотивом жанра клинической жалобы является призыв о помощи.

5. Чтобы квалифицировать фрагмент текста как клиническую жалобу он должен содержать два обязательных компонента: фактологическую информацию о беспокоящих говорящего проблемах со здоровьем и призыв о помощи (т.е. быть рассчитанным на вербальный ответ).

6. С коммуникативной деятельностью клиентов клинического дискурса тесно связаны понятия коммуникативной стратегии и тактики. Существуют различные подходы к их интерпретации. В нашей работе мы придерживаемся следующих определений: коммуникативная стратегия – это часть речевого взаимодействия, которая включает в себя вербальные средства и подачу их в определенной последовательности для достижения коммуникативной цели; коммуникативная тактика – совокупность практических ходов в реальном процессе коммуникативного взаимодействия.



## **Глава 2. Прагма-коммуникативный анализ клинических жалоб**

### **2.1 Онлайн-форумы поддержки как особая коммуникативная среда**

Согласно исследованию американских врачей, ежедневно миллионы людей посещают медицинские форумы оказания поддержки (Eysenbach 2004).

К.В. Ахнина определяет сетевой медицинский дискурс как общение на специальных медицинских Интернет-форумах между агентами дискурса (медицинскими специалистами), между клиентами дискурса (пациентами или лиц, ухаживающих за ними) или между агентами и клиентами. Исходя из данного определения исследователь выделяет такие виды сетевого медицинского дискурса, как профессионально-практический (онлайн-консультации) и межличностный (форумы и блоги).

Коммуникация между клиентами дискурса обычно протекает на специальных форумах оказания поддержки (Internet support groups), на которых люди могут поделиться своими проблемами со здоровьем, найти информацию о своих симптомах, попросить или дать совет, а также обратиться за эмоциональной поддержкой или же ее оказать другим (Eysenbach 2004).

Онлайн-группы поддержки определяются как виртуальное социальное пространство, которое люди используют для передачи или запроса информации, поддержки и поиска людей для общения (Preece 2001).

Американский лингвист К. Wright выделил следующие факторы, влияющие на обращение за онлайн-помощью: стигматизация общества, доверие к участникам форума, невозможность получить помощь в реальной жизни, предпочтение к общению онлайн. Исследование американских врачей показало, что пациенты охотнее делятся конфиденциальной информацией или задают, по их мнению, неудобные вопросы на специальных онлайн-форумах (Wright 2003, 2016).

Форумы поддержки позволяют пациентам и лицам, ухаживающих за больными, анонимно участвовать в обсуждениях на разную тематику, связанную с их заболеваниями или симптомами. Форумы могут находиться под мониторингом медицинских специалистов или модераторов форума (клиентов

дискурса), что помогает участникам форума соблюдать определенные правила коммуникации. Форумы медицинской поддержки могут быть синхронными (коммуникация в режиме реального времени) и асинхронными (коммуникация отложенная во времени). Согласно исследованию американских ученых (В. Biagiante, S. H. Quraishi, D. A. Schlosser) эффективность социальной поддержки выше на форумах, которые модерированы медицинскими специалистами или другими клиентами клинического дискурса, чем на форумах без модераторов (Biagiante 2018).

Исследование американских врачей показало, что форумы поддержки оказывают положительное влияние на людей, страдающих неврологическими расстройствами, и лиц, ухаживающих за больными. Общение на медицинских форумах меняет отношение коммуникантов к себе, поднимает их самооценку, помогает им справляться с трудностями и делает профессиональную помощь и знания о медицинских препаратах более доступными. Кроме того, пациенты ценят то, что они могут свободно и открыто выражать свои чувства, так как форумы для них – эмоционально безопасная среда. Коммуникация на формах поддержки, по мнению клиентов клинического дискурса, позволяет им делиться информацией, не обременяя семью и близких. Участники таких форумов подчеркивают, что коммуникация на медицинских форумах помогает получить поддержку у большой группы людей, которые уже сталкивались с похожими жизненными ситуациями и проблемами со здоровьем, поэтому они могут понимать друг друга так, как не могут понять врачи, друзья или семья. Такое общение способствует уменьшению чувства изоляции и усилению чувства принадлежности к сообществу (Crisp 2016, Lloyd 1995, Davison 2000, Mine 2016)

Коммуникация на уровне “клиент-клиент” формирует у коммуникантов позитивное чувство идентичности, вселяет надежду в отношении будущего, позволяет им выйти за рамки роли пациента, а также позволяет им стать частью сообщества без стигматизации (Smith-Merry 2019, Naslund 2016).

Однако американский психолог Kathleen M. Griffiths в своем исследовании о группах поддержки в Интернете отмечает, что онлайн общение на медицинских форумах может представлять некоторую трудность. Так, пациентам и лицам, ухаживающим за больными, нужно соблюдать баланс анонимности и открытости. Ученые предполагают, что анонимность необходима для создания открытой и свободной атмосферы (Gulliver 2010, Webb 2008). Анонимность также делает доступ к онлайн-помощи более доступным для тех, кто обеспокоен стигматизацией или испытывает социальную тревогу (Wright 2016, Highton-Williamson 2015). Но в то же время у коммуникантов наблюдается тенденция к раскрытию своей личности, знакомству с новыми людьми, развитию дружеских отношений с ними и стремление слиться с данным сообществом (Gulliver 2010).

Исследования также показывают, что взаимная поддержка клиентов клинического дискурса улучшает качество жизни, надежду на выздоровление, самочувствие, а также снижает затраты на медицинские препараты и частоту повторных госпитализаций (Walker 2013, Brown 2014).

Таким образом, онлайн-форумы оказания помощи являются особой коммуникативной средой, в которой клиенты клинического дискурса образуют отдельное сообщество. Мотивами обращения за помощью к другим пациентам может быть невозможность получить медицинскую помощь в реальной жизни, стигматизация, желание не обременять близких, а также доверие коммуникантам на форуме. Ученые также выделяют положительные эффекты коммуникации на медицинских форумах оказания поддержки: повышение самооценки пациента, получение помощи от людей, которых пациент видит как “своих”, доступность профессиональной помощи и знаний о диагнозах и медицинских препаратах.

В нашей работе мы анализировали высказывания из форумов, для которых характерна коммуникация “пациент-пациент” (Beyond Blue, Diabetes, HealthUnlocked, MedHelp, Patient, PO), а также форумов, которые характеризуются коммуникацией “пациент-врач” (Doctor’s Lounge Forum,

Health24, HealthUnlocked, MedHelp). Мы остановились на трех типах диагнозов: диабет, ВИЧ и СДВГ, потому что данные диагнозы имеют разные социальные черты. Во-первых, диабет является хорошо изученным и несистематизированным заболеванием. Во-вторых, диагноз ВИЧ также хорошо изучен, но является стигматизированным. СДВГ, в свою очередь, также относится к стигматизированным заболеваниям, но, в отличие от диабета и ВИЧ, не содержит четко разработанных критериев диагноза. Диагнозы диабет и ВИЧ затрагивают изменения физиологических функций человека, в то время как СДВГ – психических. Таким образом, мы предполагаем, что речевое поведение пациентов с разными диагнозами будет отличаться.

В работе предлагается классификация коммуникативных речевых стратегий и тактик в англоязычном клиническом дискурсе, которые используются клиентами дискурса на онлайн-форумах поддержки.

## **2.2. Описание речевых стратегий и тактик микро-жанра “клиническая жалоба” в коммуникации “пациент-врач”**

### **2.2.1. Стратегия объективации проблемы**

При обращении за помощью одной из целей коммуникантов является максимально точно раскрыть тему жалобы. Стратегия объективации проблемы диктует клиентам клинического дискурса такое построение и оформление речи, чтобы клинические жалобы были представлены с актуальной стороны. Клиенты клинического дискурса используют тактики объективации проблемы с целью показать агентам дискурса, что их симптомы являются важными, серьезными, правдивыми. Данная стратегия в коммуникации “пациент-врач” реализуется с помощью следующих тактик: *“I suffer from”*, *сравнения*, *“Other people describe”*, *“I feel the opposite of what I used to feel”*, *“I am a researcher”* и *“I am a detective”*.

В коммуникации с врачом стратегия объективации проблемы реализуется в тактике *“I suffer from”*. Данная тактика использовалась пациентами как с симптомами неврологических расстройств, так и соматических болезней.

В жалобе (1) автор описывает симптомы СДВГ, указывая на трудности с помощью ассертива “**I have an extremely hard time**”, модального глагола “**can**” в отрицательной форме, с помощью которого автор реализует идею невозможности. Мы также наблюдаем употребления как профессионального, так и бытового языка для описания симптомов СДВГ (**hyperactive, anxiety, depression, BPD, PTSD, insomnia**) – термины, которые используют медицинские специалисты, а “**angry**”, “**irritated**”, “**restless**” – входят в повседневный язык. Употребляя профессиональную лексику при обращении к врачу, пациент излагает информацию таким образом, чтобы врач как можно лучше понял пациента. Употребление профессиональной лексики в коммуникации с врачом также указывает на такую тенденцию как сближение с группой врачей. Таким образом, пациент пытается предоставить как можно более подробную и точную информацию о себе, что поможет врачу поставить верный диагноз.

(1) *“I have an extremely hard time sitting in one place and focusing and also remembering information ...I literally just **can't** focus ...I'm very **hyperactive**...I also often get very **angry**...I get **irritated** very easily...I've been diagnosed with **anxiety, depression, BPD and PTSD** and i'm also on medication for **insomnia** because im always too **restless** to fall asleep” [BB]*

В следующем примере (2) тактика “*I suffer from*” реализуется с помощью ассертива “**I've always struggled**”. Автор также сообщает, в чем заключается трудность – “**keep concentrated**” (один из симптомов СДВГ) с помощью бытового языка.

(2) *“I've always struggled with being able to **keep concentrated**” [H]*

В следующем примере (3) в коммуникации с врачом пациент с симптомами СДВГ, реализуя тактику “*I suffer from*”, употребляет наречия

частотности. Так, пациент предоставляют врачу подробную информацию о симптомах СДВГ, которые его беспокоят.

(3) “*I **typically** get totally lost in any conversation...When I speak, I **often** slur and trip over my words ...and **frequently** lose myself for hours...*” [P]

В коммуникации “пациент-врач” пациенты, испытывающие симптомы СДВГ, также используют различные интенсификаторы (4,5) для того, чтобы сообщить фактическую информацию – выраженность симптома.

(4) “*...feel a **complete** disconnect...it takes me an **excessively** long time to write things...and **completely** leave out or rearrange sections of sentences*” [P]

(5) “*...have **very** little motivation...I am **absolutely terribly** impatient...*” [P]

В примере (6) мы видим, что при реализации тактики “*I suffer from*” автор жалобы на симптомы СДВГ с помощью существительных, обозначающих части тела, подробно описывает место боли.

(6) “*...in the **lower right** side of my **rib cage**. It does not go to my **back, hips, or shoulder...***” [DL]

Тактика “*I suffer from*” также реализуется у пациентов с симптомами соматических заболеваний. В примерах (7,8) видно, что данная тактика, в коммуникации с врачами реализуется с помощью фраз “**I suffer from**”, лексем, обозначающих части тела (8), а также с помощью стандартных, принятых в клиническом дискурсе лексем, которые обозначают симптомы и диагнозы (**mild sinusitis, fatigue, beau lines**). Пациент в примере (7) испытывает настолько сильные неудобства, что при описании качества сна он выходит за рамки клишированного языка и описывает сон как “**hell**” (лексема, используемая в просторечии). В данном примере оценка возникает за счет иносказания: словарь

определяет “hell” как “an extremely unpleasant and often inescapable situation” (<https://www.merriam-webster.com/dictionary/hell>). Таким образом, пациент воспринимает ухудшенный сон как явление, сильно повлиявшее на его самочувствие. Кроме того, пациент не мог найти выход самостоятельно, именно поэтому он обратился за медицинской помощью.

(7) “*I suffer from mild sinusitis and for the past six months my sleep has been hell*” [H]

(8) “*Feeling extreme fatigue, for approx 6 months.... beau lines on my fingernails about 1 month ago*” [H]

Тактика “*I suffer from*” также реализуется у пациентов с симптомами ВИЧ. В примере (9) мы видим, как в коммуникации с врачом пациент описывает боль как “**mild stabbing pain**”. Данная фраза содержит оксюморон. Словарь определяет “mild” как “not severe” (<https://www.merriam-webster.com/dictionary/mild>), а “stabbing” – “a sudden sharp feeling” (<https://www.merriam-webster.com/dictionary/stabbing>). С одной стороны пациент воспринимает боль как умеренную, а с другой стороны – колющую, резкую. Таким образом, словосочетание “**mild stabbing pain**” передает противоречивые чувства, которые испытывает автор. Пациент также дает оценку одного из симптомов, называя его “**weird**”, так как он сам не может найти ему объяснение. Таким образом, пациенты с симптомами соматических заболеваний выходят за рамки институционального общения в тактике “*I suffer from*”.

(9) “*My symptoms are:...mild stabbing pain... weird horizontal lines on index finger and thumb on one hand*” [H]

В коммуникации с врачом стратегия объективации проблемы реализуется также в *тактике сравнения*. Данная тактика использовалась пациентами, в основном, при описании симптомов психических заболеваний.

Тактика *сравнения* при описании симптомов СДВГ реализуется с помощью сравнительных оборотов, которые вводятся с помощью “**like**” (10-12). Таким образом, автор отходит от клишированного языка (институционального) и проявляет словесное творчество.

В примере (10) пациент в рамках тактики *сравнения* использует прием персонификации. Он описывает мозг отдельно от себя, как живое существо, с помощью глагола умственной деятельности (**comprehend**). То есть пациент воспринимает то, что с ним происходит, как процесс независимый от его самого.

(10) “*I just can’t focus it’s like my brain can’t comprehend what the teacher is saying*” [BB]

В следующей жалобе (11) автор использует тактику сравнения, чтобы конкретнее описать ощущения. Пациент сравнивает свои симптомы с увеличивающимся беспорядком вокруг. Фразовый глагол “**pile up**” указывает на то, что пациент испытывает много симптомов, которые он воспринимает как угрожающее окружение. Таким образом, пациент также видит болезнь как угрозу извне.

(11) “*I feel like the mess around me is piling up...*” [HU]

В следующей жалобе (12) пациент выходит за рамки институционального общения и использует прием словесное творчество. Автор описывает симптомы как угрозу, исходящую изнутри тела, которая направлена на печень (воспринимается пациентом как объект воздействия), но не указан деятель – от чего исходит угроза. Автор использует фразовый глагол “**pushed up against**” в страдательном залоге, который показывает, что пациент чувствует будто на его тело воздействуют с силой изнутри.



(12) *“It merely feels like my liver is being pushed up against my rib carb”*  
[DL]

Тактика сравнения в коммуникации “пациент-врач” также встретилась при описании симптомов ВИЧ и диабета.

В следующем примере (13) пациент с симптомами ВИЧ с помощью тактики сравнения уточняет характер дискомфорта в глазах с помощью ассертива **“something's in them most of the time”**. Автор описывает симптомы с помощью прилагательных **“stingy/itchy”**, а затем уточняет с какой частотой он чувствует, будто в них что-то есть.

(13) *“...stingy/itchy eyes, feels like something's in them most of the time”*  
[HU]

Таким образом, тактика сравнения в коммуникации “пациент-врач” использовалась пациентами с симптомами СДВГ и ВИЧ. Данная тактика реализуется с помощью персонификации и сравнительных оборотов, выраженных с помощью “like” (10-13), которые помогают авторам выйти за рамки институционального языка и проявить словесное творчество. Пациенты с СДВГ используют приемы персонификации и сравнения, чтобы описать симптомы как угрозу, которая исходит из внешнего мира; как неконтролируемые процессы происходящие в организме, в то время как пациенты с ВИЧ используют только прием сравнения, чтобы описать симптомы как внешнюю угрозу.

Стратегия объективации проблемы реализуется также с помощью тактики *“Other people describe”*. Данная тактика использовалась только пациентами с симптомами СДВГ.

В примере (14) мы видим, как пациент с помощью наречия **“too”** подчеркивает, что мать согласна с тем, что дочь, на основании испытываемых симптомов, подозревает у себя СДВГ. Также с помощью фразеологизма **“connect the dots”** автор показывает, что раньше мать не знала, что беспокоило

дочь, но в свете новых симптомов она смогла понять, с чем были связаны ее жалобы.

(14) *“I’ve really been struggling...My mom **thinks so too**. She’s told me various things about how I acted as a kid....she seems to be able to **connect the dots**”* [H]

В данном случае автор употребляет тактику *“Other people describe”*, чтобы убедить врача в том, что ее симптомы реальны, и показать, насколько сильно они беспокоят не только самого пациента, но и окружающих.

Таким образом, тактика *“Other people describe”* реализуется только у пациентов с симптомами СДВГ. Они используют данную тактику в коммуникации с врачами, чтобы вербализовать произошедшие с ними изменения.

Стратегия объективации проблемы реализуется и в тактике *“I feel the opposite of what I used to feel”*. Данная тактика также реализовалась только в жалобах пациентов с симптомами СДВГ.

В примере (15) пациент с помощью антитезы противопоставляет ряд прилагательных, описывающих хорошее самочувствие, прилагательным и существительному, описывающих плохое самочувствие. Автор описывает тревожное состояние с помощью прилагательных (**fearful, uncomfortable**) и неформальной лексики (**what-ifs**). Как мы видим, в поисках лучшей формулировки для описания самочувствия пациент снова выходит за рамки институционального общения.

(15) *“I felt **happy, calm, relaxed, and slept better**... it all changed. I felt **fearful; the what-ifs started, I felt uncomfortable**”* [HU]

С помощью тактики *“I feel the opposite of what I used to feel”* пациенты с симптомами неврологического расстройства вербализуют произошедшие с ними изменения с помощью противопоставления. Так как пациентам трудно описать появившиеся симптомы в рамках институционального языка, они

используют в своей речи бытовой язык. Таким образом, на примере сложности описания симптомов СДВГ ввиду природы болезни – нет четких проявляющихся физиологических симптомов, мы наблюдаем, как пациенты конструируют симптомы и сам диагноз в целом. Поэтому мы можем выделить такую цель микро-жанра “клиническая жалоба”, как социальное конструирование болезни.

Стратегия объективации проблемы также реализуется в двух следующих тактиках “*I am a researcher*” и “*I am a detective*”. Используя тактику “*I am a researcher*”, пациент показывает, что он сам занимается исследованием причин плохого самочувствия.

В следующей жалобе (16) автор реализует тактику “*I am a researcher*” с помощью употребления профессионального языка. Пациент описывает симптомы так, будто он наблюдает их со стороны – использует профессиональный язык. Профессиональное словоупотребление говорит о том, что пациент хочет повысить вес асертива за счет использования профессионального языка, а также о том, что автор хорошо знаком с профессиональными текстами. Таким образом, мы можем утверждать, что данная жалоба частично базируется на прочитанном. Мотивом данной жалобы служит не только ощущения пациента, но и его впечатления от прочитанного.

(16) “...ever since the start of high school *i’ve shown symptoms of ADHD...*”  
[BB]

В следующем примере (17) – заголовке жалобы – пациент также использует тактику “*I am a researcher*”. Автор вербализует неуверенность по поводу возможного диагноза (**ADD**), который ставит себе сам на основании проделанного исследования. Неуверенность выражена с помощью асертива “**I feel like**” и модального глагола “**can**” в сослагательном наклонении.

(17) “*I feel like I could have ADD and I do not know what to do*” [HU]

В рамках тактики “*I am a researcher*” пациент также может самостоятельно предпринимать решения по поводу лечения. В примере (18) пациент не только информирует врача о том, какое лекарство он принимает, но и как он себя чувствует после. Данная тактика реализуется с помощью употребления лексики клинического дискурса – названия лекарства (**strepsils**), а также ассертива “**I feel relieved**”.

(18) “*I feel relieved when I have strepsils in my mouth*” [Н]

В жалобах пациентов с симптомами диабета и ВИЧ также реализовалась тактика “*I am a detective*”. В коммуникации с врачом авторы следующих жалоб (19, 20) сообщили необычные проявления, которые они заметили на своем теле, с помощью ассертивов “**I developed very dark patches**” и “**I develop an itching skin allergy**”. В рамках данной тактики пациент также уточняет локализацию симптома с помощью лексем, обозначающих части тела и предлогов места. Интересно, что так как пациенту не совсем удобно говорить о месте на теле, на котором поменялся цвет кожи, он для того, чтобы смягчить выражение явления, употребляет эвфемизм “**private parts**” (19). А другой пациент сообщает врачу о причине его проявлений с помощью предлога “**because of**” (20).

(19) “*I developed very dark patches under my arms and in between my thighs, around my private parts*” [Н]

(20) “*Because of this medication, I develop an itching skin allergy...*” [Н]

Тактика “*I am a detective*” в рамках стратегии объективации проблемы в коммуникации “пациент-врач” реализуется у пациентов с симптомами ВИЧ и диабета. С помощью использования своей речи маркеров причинно-следственной связи, лексем, обозначающих части тела и предлогов места пациенты вербализуют произошедшие изменения в их самочувствии, а также их возможные причины.

Таким образом, в рамках стратегии объективации проблемы можно выделить такую тенденцию в коммуникации “пациент-врач”, как выход за рамки клинического дискурса при описании самочувствия и симптомов. А также на основе описания диагноза СДВГ, который не является устоявшимся с медицинской точки зрения и не имеет точных физиологических проявлений, можно выделить еще одну цель клинической жалобы – социальное конструирование болезни.

### 2.2.2 Стратегия самопрезентации как жертвы

Еще одна стратегия, которую мы выделяем в рамках жанра клинической жалобы, стратегия самопрезентации как жертвы. Данная стратегия в коммуникации “пациент-врач” реализуется в тактиках *“It's their fault”* и *“I am ill but I am not sure why”*. В данном виде коммуникации тактиками стратегии самопрезентации как жертвы оперировали только пациенты с симптомами ВИЧ-инфекции и диабета. Пациенты с симптомами ВИЧ ставят целью показать врачам и другим пациентам, что заражение инфекцией произошло по вине партнера, а пациенты с симптомами диабета – показать, что они не знают, чем вызван диагноз, так как они, по их мнению, не входят в зону риска.

В примере (21) пациент имплицитно обвиняет своего партнера в том, что она не знала своего ВИЧ-статуса. Пациент описывает половой акт с помощью ассертива **“I had an unprotected sex”**. Однако в то же время пациент имплицитно обвиняет своего партнера в том, что он испытывает симптомы ВИЧ, с помощью ассертива **“she didn't know her HIV status”**. Таким образом, пациент признает, что произошел незащищенный половой акт, но ответственность за симптомы ВИЧ-инфекции он перекладывает на полового партнера.

(21) *“I had an unprotected sex with this lady and she didn't know her HIV status”* [H]

Еще одна тактика с помощью которой реализуется стратегия самопрезентации как жертвы – *“I am ill but I am not sure why”*. Данная тактика реализуется только в жалобах пациентов с диабетом.

В примере (22) тактика *“I am ill but I am not sure why”* находит реализацию в отрицании автором наличия предрасположений к данному диагнозу: автор использует наречие **“never”**, чтобы подчеркнуть то, что у него нет вредных привычек (**have never smoked**), и что его никогда не относили к группам риска (**never been classed overweight**), он также использует прилагательные **“normal”** и **“middle”** при описании индекса массы тела, которые подчеркивают его убежденность в том, что он здоров. Кроме того, в этом примере (22) данная тактика реализуется в сочетании с тактикой стратегии объективации проблемы *“I am a researcher”*. Пациент использует перформативный глагол **“assume”**, который является одним из маркеров научного дискурса, а также прилагательное **“genetic”**, которое относится к профессиональным, принятым в клиническом дискурсе лексемам. Таким образом, автор на основе своих симптомов и истории болезни близких приходит к выводу, что у него диабет.

(22) *“...never been classed overweight, although pre weight loss was at the top end of normal BMI for my height, am now in the middle. Have never smoked, like a drink but most weeks only ~16units. Assume probably genetic”* [D]

Таким образом, тактики стратегии самопрезентации как жертвы в коммуникации “пациент-врач” используются пациентами для того, чтобы снять с себя вину и поддержать себя. Пациенты с симптомами ВИЧ перекладывают вину за заражение инфекцией на половых партнеров с помощью речевой тактики *“It's their fault”*. Данная тактика также реализуется с помощью лексики, дискредитирующей ответственное поведение половых партнеров. Пациенты с симптомами диабета также выражают недоумение по поводу диагноза с помощью тактики *“I am ill but I am not sure why”*. С помощью лексики,

описывающих их как здоровых людей, пациенты перекладывают вину на события вне их контроля.

### 2.2.3 Стратегия самопрезентации как члена группы

Мы выделяем еще одну стратегию в рамках клинической жалобы – стратегия самопрезентации как члена группы, которая реализуется в коммуникации “клиент-агент” только в тактике “*The Doctor is unkind*”. Пациенты формируют свою группу за счет противопоставления другой – “врачи”. В данном виде коммуникации употребление тактики “*The Doctor is unkind*” встретилось только один раз.

В данной жалобе (23) пациент обращается к врачу по поводу симптомов СДВГ. Интенция обращения к онлайн специалисту также вербализуется с помощью тактики “*The doctor is unkind*” (23). Пациент не просто не доверяет врачу, а боится его. Страх перед обращением за помощью к врачу выражен в глаголе эмоционального состояния “**terrify**”, а причина кроется в том, что пациент негативно оценивает компетенцию врача, которая выражена в отрицательной предикатной группе “**my base doctor isn't the greatest**”, в которой в качестве предикатива стоит оценочное прилагательное (**great**) в превосходной степени.

(23) “*I'm terrified to go to my onbase doctor...esp. since my base doctor isn't the greatest, and I can't switch*” [DL]

Таким образом, используя тактику “*The doctor is unkind*” стратегии самопрезентации как члена группы, пациент с СДВГ противопоставляет себя группе врачам: врачи вселяют в него страх. Автор также жалуется на профессиональные качества врача. Тактика “*The doctor is unkind*” в коммуникации с врачом реализуется с помощью оценочной лексики, а также лексики, описывающей психическое состояние. Данная тактика не только вербализует опасение пациента по поводу компетенции врача, но и вербализует интенцию обращения за специализированной помощью на онлайн-форум.

#### 2.2.4 Стратегия просьбы о помощи

Жалуясь, клиенты клинического дискурса также преследуют цель запросить информацию и получить помощь. Стратегия просьбы о помощи в коммуникации с врачом реализуется с помощью тактик “*What can it be?*”, “*Please help me*” и “*What shall I do?*”.

Используя тактику “*What can it be?*” пациенты запрашивают у врачей вербальную информацию о конкретном диагнозе или симптоме.

В следующей жалобе (24) пациент после того, как описал свои симптомы, задает специалисту вопрос. Автор жалуется врачу с целью узнать, связаны ли его симптомы с определенной группой заболеваний (**STI**). Таким образом, запрашивая вербальный ответ у врача, пациент надеется получить помощь в определении диагноза.

(24) “*Does **these correspond** to any **STI**?*” [H]

Тактика “*What can it be?*” в примере (24) реализуется с помощью общего вопроса и глагола “**correspond**”, который указывает на связь симптомов и заболеваний.

В следующей жалобе (25) пациент с диабетом не уверен, чем вызваны его симптомы, поэтому он обратился за помощью к онлайн-специалисту. Предположения автора вербализуется в употреблении модального глагола “**could**”. В своем запросе пациент дает врачу выбор: вызваны ли его симптомы его болезнями (**diabetes, problem with my heart**) или же чем-то другим (**something else**). Таким образом, пациент реализует тактику “*What can it be?*” с помощью альтернативного вопроса, потому что он преследует цель узнать, связаны ли ранее поставленные врачом диагнозы с новыми симптомами.

(25) “*Could both of these be because of the diabetes or the problem with my heart or something else?*” [H]

В примере (26) предположения возможного диагноза также вербализуется с помощью глагола “**catch**” в форме сослагательного наклонения. Кроме того,



пациент с симптомами ВИЧ в рамках тактики “*What can it be?*” с помощью атрибутивного придаточного предложения уточняет, какой вид “**STD**” он мог подхватить.

(25) “*Could I have caught an STD which affects the liver?*” [H]

Только пациенты с симптомами ВИЧ и диабета в коммуникации с врачами использовали тактику “*Please help me*”, которая реализуется с помощью директива “**Please help me**” (26, 27). Один пациент (27) прежде, чем попросить врача о помощи, сообщил ему о своем эмоциональном состоянии с помощью ассертива “**I'm very stressed now**”.

(26) “*Please help me*” [H]

(27) “*I'm very stressed now. Please help me*” [H]

Пациенты в рамках стратегии просьбы о помощи также использовали тактику “*What shall I do?*”. Так, в коммуникации с врачом пациент с симптомами ВИЧ-инфекции (28) с помощью альтернативного вопроса просит специалиста помочь решить, какие анализы ему нужно сдавать на основании проявившихся симптомов. Так как пациент подозревает некоторые диагнозы, которые выражены стандартной лексикой клинического дискурса (**TB, HIV**).

(28) “*Do I need to get tested for TB, HIV or any other STI?*” [H]

В следующей жалобе пациента, страдающего диабетом (29), реализуется сразу две тактики стратегии просьбы о помощи – “*What can it be?*” и “*Please help me*”. Цель автора – получить помощь, найти причину его плохого самочувствия. Тактика “*What can it be?*” реализуется с помощью вопроса, в котором автор указывает возможную причину его симптомов (**allergic**). В рамках тактики “*Please help me*” автор также просит врача эксплицитно ему помочь.

(29) “*Could I be allergic to anything? Please help as I find it difficult to have quality sleep*” [H]

В следующем примере (30) пациент с СДВГ в коммуникации с врачом спрашивает, нужно ли ему предпринять определенные шаги. Так, пациент жаловался врачу на неэффективность лекарства, так как его симптомы продолжали прогрессировать, поэтому он нашел возможный выход из ситуации – изменить дозу. Таким образом, пациент вербализует просьбу о помощи прямым вопросом (30). Интересно, что пациент воспринимает эффект от лекарств как “**help**”. В своем вопросе пациент хочет повысить не дозу, а ее эффективность. Таким образом, в данном примере вы видим попытку пациента сотрудничать с врачом, поэтому в рамках коммуникации “пациент-врач” мы можем выделить тенденцию сближения с группой врачей.

(30) “*Could a dose increase help?*” [HU]

Таким образом, используя тактики стратегии просьбы о помощи в коммуникации с врачом пациенты преследуют цели: получить помощь (узнать с какими возможными диагнозами связаны настоящие симптомы, какие решения по поводу лечения можно или нужно предпринять). Пациенты с симптомами диабета и ВИЧ-инфекции, в основном, использовали тактики “*What can it be?*” и “*Please help me*”, которые реализуются с помощью вопроса с модальным глаголом “could”, лексикой клинического дискурса (название анализов, болезней), директива “*Please help me*”, а также использования профессиональной лексики. Только пациенты с симптомами ВИЧ и СДВГ запрашивали информацию о клинических шагах – использовали тактику “*What shall I do?*”. Мы также выделяем такую тенденцию в рамках коммуникации “пациент-врач” как тенденцию сближения с группой врачей, на которую указывает профессиональное словоупотребление пациентов.

## 2.3 Описание речевых стратегий и тактик микро-жанра “клиническая жалоба” в коммуникации “пациент-пациент”

### 2.3.1 Стратегия объективации проблемы

Клиенты клинического дискурса в коммуникации “клиент-клиент” также преследуют цель максимально точно раскрыть жалобу. Именно поэтому они также обращаются к тактикам стратегии объективации проблемы. Пациенты используют тактики “*I suffer from*”, *сравнения*, “*Other people describe*”, “*I feel the opposite of what I used to feel*”, “*I am a researcher*” и “*I am a detective*” с целью показать другим пациентам, что их симптомы важны и реальны.

В примере (31) мы видим реализацию тактики “*I suffer from*”. Пациент указывает названия лекарства – использует профессиональный язык – с приемом которого связана его жалоба. А также указывает симптом (**unmotivated**). Так автор может привлечь внимание тех пациентов, который проходили лечением этим же препаратом, и получить необходимую помощь.

(31) “*Unmotivated on Vyvanse...I feel zero motivation or interest in anything...*” [HU]

В следующем примере (32) пациент также сообщает пациентам типичные проявления СДВГ с помощью профессиональной (**not motivated**) и непрофессиональной лексики (**can't concentrate, miss deadlines**). В то же время пациент вербализует свое эмоциональное состояние с помощью причастия прошедшего времени “**overwhelmed**”. В примере (33) пациент также вербализует свои эмоции с помощью глагола “**feel**” и прилагательных “**sad**” и “**hopeless**” Таким образом, пациенты сообщают врачам эмоциональное состояние, которое их беспокоит.

(32) “*I can't concentrate, I'm not motivated, I miss deadlines.....so overwhelmed at work ...*” [HU]

(33) “ *I just felt sad and hopeless all the time...And then I had a panic attack*” [HU]

Тактика “*I suffer from*” также реализуется у пациентов с симптомами соматических заболеваний. Данная тактика в примере (34) реализуется с помощью фраз “**I’m still experiencing...**”, “**my biggest issue is**”, лексем, обозначающих части тела (**stomach**), а также с помощью стандартных, принятых в клиническом дискурсе лексем, которые обозначают симптомы (**nausea, constipation, stomach cramp pains**). Интересно, что автор в примере (34) использует словосочетание “**stomach cramp**” как атрибутив к “**pains**”, таким образом он образует новое словосочетание “боли, вызванные спазмами желудка”.

(34) “*Im still experiencing nausea although that has improved but my biggest issue is constipation and a lot of stomach cramp pain*” [D]

Тактика “*I suffer from*” также реализуется у пациентов с симптомами ВИЧ. В примерах (35, 36, 37) мы видим, как данная тактика в коммуникации с другими пациентами реализуется с помощью конкретных лексем клинического дискурса, которые обозначают симптомы, релевантные для диагностики ВИЧ:

(35) “*About two or three days later I got a slight sensation on my stomach/abdominal area. Then a day or two after that i had a rash on both my wrist area that...appeared at night but disappeared in about 30min-1hour. Then another day or two I noticed...oral thrush it was white/yellow patches/coating on my tongue... I also had a mild dry cough that would happen at night mostly. Then in another day or two I had diarrhea for two days. This all happened within a week of possible low risk exposure...now am having dry mouth and very mild dry cough... mild oral thrush*” [PO]

(36) “*I currently have a **mild fever and fatigue**. I also have a **mild abdominal pain**” [PO]*

(37) “*I am not able to sleep properly as my body gets **hot...**” [PO]*

Реализуя тактику “*I suffer from*”, пациент также уточняет локализацию симптома с помощью лексем, обозначающих части тела (**stomach/abdominal area, wrist area, my tongue, mouth, throat**), а также характер симптомов с помощью описательных прилагательных (**mild, dry, slight, white, yellow, hot**).

В коммуникации с другими пациентами стратегия объективации проблемы реализуется также в тактике *сравнения*. Данная тактика использовалась пациентами, в основном, при описании симптомов психических заболеваний.

Тактика *сравнения* реализовалась при описании симптомов СДВГ. В примере (38) пациент использует тактику *сравнения* с тактикой “*I suffer from*”. Автор с помощью гиперболы сравнивает дни, когда он принимал лекарства, с психической пыткой (**mental torture**), а также называет этот период худшим в жизни. Такое сравнение симптомов показывает, что пациент воспринимает их как угрозу, исходящую изнутри. Далее с помощью тактики “*I suffer from*” автор раскрывает понятие “**mental torture**”. С помощью антитезы, автор противопоставляет “**weirdly calm and slow**” с ассертивом “**my heart was thudding in my chest**”, т.е с одной стороны лекарство помогло избавиться от симптомов, которые беспокоили пациента, а с другой стороны, по мнению пациента, “**heart thudding**” не соответствует спокойствию, замедленности – именно в этом и состоит “**mental torture**”.

(38) “*I can describe it as **6 days of mental torture**. Feeling **weirdly calm and slow**, yet **my heart was thudding in my chest**...This has been **one of the worst weeks of my life**” [HU]*

В следующей жалобе (39) пациент также прибегает к тактике сравнения – он сопоставляет его состояние со сном с помощью прилагательного

“*dream-like*” и с чувством, будто его превратили в зомби. Автор с помощью причастия II – “**zombified**” – образованного от существительного “**zombie**” и глагольного суффикса “**fy**”, сравнивает себя с зомби. Таким образом, пациент чувствует будто на него воздействовали извне и превратили его в другого человека.

(39) “...*a constant dream-like, almost zombified state...I used to describe it as a mental fogginess, like a feeling of staring through a fog, but at this point I feel like I'm trying to stare through a wall*” [P]

В этой же жалобе мы встречаем такие симптомы как “**mental fogginess**” (в английском языке существует устоявшееся выражение “**brain fog**”, но не “**mental fog**”), которое автор уточняет с помощью сравнения “*like a feeling of staring through a fog*” для того, чтобы пользователи форума лучше поняли, что он подразумевает под этим симптомом. Автор также показывает, как его симптомы стали хуже. Пациент прикладывает усилия, чтобы бороться с симптомами (**stare through**), но они стали только хуже – “**fog**” превратился в “**wall**” – если через туман можно что-то разглядеть, то через стену нет. Таким образом, пациент показывает, что чувствует себя бессильным – что-то (**wall**) мешает ему чувствовать себя хорошо.

Тактика *сравнения* также встретила при описании симптомов ВИЧ и диабета. В следующем примере (40) пациент жалуется на симптомы ВИЧ-инфекции. Автор использует персонификацию, чтобы описать свой симптом как угрозу. Он описывает раздражение в горле как нападение – его кто-то держит за горло (**like someone holding your throat**). Пациент не знает, чем вызван его симптом, поэтому называет его “**someone**” – представляет его живым существом. В данном случае пациент чувствует себя жертвой (субъектом), на которую направлено внешнее воздействие. С помощью сравнения и персонификации автор передает выраженность боли.

(40) “*I had an irritation in the throat - like someone holding your throat*” [PO]

В следующей жалобе (41), адресованной другим пациентам с диабетом, при описании симптомов слабости, вызванным данным диагнозом, автор воспринимает свое тело как нечто самостоятельное, отдельное от себя. Автор описывает свое самочувствие с помощью наречия “**unwell**”, а затем с помощью сравнения уточняет, что под этим подразумевается. Тело выступает в качестве субъекта действия, т.е оно само выполняет действие – сдается, но пациент никак на это не может повлиять. Автор выступает в роли наблюдателя. Грамматически это выражено активным залогом: “**my body**” – подлежащее, а сказуемое “**was collapsing and giving up**”. Пациент описывает симптомы с помощью глаголов “**collapse**” и “**give up**”, т.е его тело не могло самостоятельно справиться с симптомами, поэтому он обратился за помощью на форум. Кроме того, в данном примере (27) мы также наблюдаем использование приема персонификация, так как глагол “**give up**” подразумевает наличие воли у тела.

(41) “*Felt unwell - like my body was collapsing and giving up*” [D]

Таким образом, тактика сравнения в коммуникации “пациент-пациент” использовалась пациентами с симптомами СДВГ, ВИЧ и диабета. Данная тактика реализуется у пациентов с СДВГ с помощью гиперболы, словесного творчества, которые помогают им выйти за рамки институционального языка и описать симптомы как угрозу изнутри. Пациенты с симптомами ВИЧ и диабета используют приемы персонификации и сравнения, чтобы описать симптомы как угрозу, которая исходит извне; как процессы, на которые пациенты не в силах повлиять.

Стратегия объективации проблемы реализуется также с помощью тактики “*Other people describe*”. Данная тактика использовалась только пациентами с симптомами СДВГ и в коммуникации “пациент-врач” встретилась только один раз.

В примере (42) мы видим, как пациент с СДВГ с помощью слова с отрицательной оценкой (неодобрение) “*non-entity*” описывает, как, по мнению окружающих, он изменился после проявления симптомов.

(42) “*Other people have described me as a “non-entity”* [P]

Таким образом, тактика “*Other people describe*” реализуется только в жалобах у пациентов с СДВГ. Они обращаются к данной тактике при обращении к специалистам, чтобы вербализовать реальность симптомов.

Стратегия объективации проблемы реализуется и в тактике “*I feel the opposite of what I used to feel*”. Данная тактика также реализовалась только в жалобах пациентов с симптомами СДВГ.

В примере (43) пациент при описании симптомов СДВГ выходит за рамки повседневного языка: он противопоставляет “**sad days**” (которые предстают обыденным явлением) предикативной группе “**a show off and the life of the party to now having extreme social anxiety**”. Автор описывает свое состояние до настоящего момента с помощью разговорных фраз с положительной оценкой “**show off**” и “**the life of the party**”, которые он противопоставляет противоположному по значению этим фразам медицинскому диагнозу “**social anxiety**” (профессионализму). Таким образом, выход за пределы институциональных рамок помогают пациенту отыскать максимально точную формулировку, помогающую разъяснить симптом.

(43) “*We all have our sad days but this was different, I went from being a show off and the life of the party to now having extreme social anxiety*” [МН]

Используя тактику “*I feel the opposite of what I used to feel*”, пациенты с симптомами СДВГ с помощью противопоставления вербализуют произошедшие с ними изменения. Пациенты также выходят за рамки институционального языка, так как описание симптомов СДВГ представляют для них трудность, что скорее всего связано с тем, что диагноз СДВГ не имеет конкретных физиологических проявлений. В данном случае мы также



наблюдаем такую цель клинической жалобы, как социальное конструирование болезни.

Стратегия объективации проблемы в коммуникации “клиент-клиент” также реализуется в тактиках “*I am a researcher*” и “*I am a detective*”. Используя тактику “*I am a researcher*”, пациент показывает, что он исследовал возможные причины плохого самочувствия.

Использование тактики “*I am a researcher*” в жалобе наблюдается у пациентов с диабетом. Так, в примерах (44, 45, 46) в речи пациентов используются лексические единицы, свойственные научному дискурсу, а также профессионализмы:

(44) “*I started **researching** diabetes...*” [D]

(45) “*I went on amazon and have bought a £20 test kit and have been **experimenting**...*” [D]

(46) “*11 days till I see a Dr for a diagnosis, but **seems conclusive to me**...Assume probably **genetic***” [D]

В рамках данной тактики пациент, как и в коммуникации “пациент-врач”, также может самостоятельно предпринимать решения по поводу лечения. В примере (47) автор характеризует лекарство (**Aspirin**) как “**precautionary**”, так как это мера временная и он дальше планирует обратиться за помощью к врачу. Тактика “*I am a researcher*” реализуется с помощью профессиональной лексики – названия лекарств, а также прилагательного “**precautionary**”.

(47) “*... have started to **take precautionary Aspirin***” [D]

Пациенты также делятся с другими пациентами, какие шаги они предпринимают для того, чтобы поставить диагноз самостоятельно. В примере (48) пациент описывает количество пройденных тестов и анализов, чтобы показать, что он приложил много усилий для того, чтобы узнать причину

плохого самочувствия. Так, в его речи присутствуют существительные и наречия, обозначающие количество (**fusillade, array, a few**). Пациент также использует сочетание “**prompt a diagnosis**”, употребляемое в клиническом дискурсе врачами.

(48) “... *took an **array** of blood tests...took a **fusillade** of personality tests ... and finally **took a few** cognitive function tests such ... and performed very poorly, **prompting my diagnosis with ADD**” [P]*

В следующей жалобе пациент с симптомами СДВГ использует тактику “*I am a detective*”. В рамках данной тактики пациенты вербализуют изменения своего самочувствия или симптомов и их возможные причины, основываясь на собственном восприятии. Данная тактика использовалась только пациентами с симптомами СДВГ при общении с другими клиентами клинического дискурса.

Автор начинает описывать жалобу (49) с того, что сообщает пользователям о том, что он ранее уже испытывал описываемые симптомы, но в момент написания жалобы они стали сильнее: с помощью превосходной степени “**much more present**” клиент дискурса подчеркивает важность испытываемых симптомов. Именно они заставили пациента пожаловаться на свое состояние. Причинно-следственная связь между ухудшением симптомов и их причиной передается с помощью “**especially that**”, “**because of**”. Таким образом, мы находим в тексте мотив, подтолкнувший пациента к высказыванию – ухудшение симптомов.

(49) “*Now that i’m in my first year of uni **my symptoms are much more present especially that uni is online now because of covid***” [BB]

В примере (50) мы видим, как автор жалобы с симптомами неврологического расстройства реализует тактику “*I am a detective*” на лексическом уровне с помощью профессионального языка, посредством которого он передает фактическую информацию о симптомах:

(50) *“Frustration and anger outbursts cause problems and subsequent anxiety and stress make matters worse as time goes on...”* [HU]

Данная тактика также реализовалась в жалобах пациентов с симптомами диабета и ВИЧ.

В следующей жалобе (51) мы видим сочетание трех тактик – *“I suffer from”*, *“I am a detective”* и *“I am a researcher”*. Первая тактика реализуется с помощью стандартных лексем клинического дискурса, а также ассертива **“I’ve been experiencing symptoms”**. Тактика *“I am a detective”* реализуется с помощью антитезы – уверенно вербализует свои ощущения повышенного содержания сахара в крови, несмотря на отсутствие анализов. Жалующийся для описания скачущего сахара в крови выбирает неформальный фразеологизм **“all over the place”**, который словарь определяет как **“changing a lot without reason”** (<https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/all-over-the-place>). То есть, в речи пациента вместе с терминами клинического дискурса присутствуют и элементы разговорного языка. Таким образом, мы можем выделить такую тенденцию в коммуникации “клиент-клиент” как подчеркнутость разговорного языка, которая обслуживается желанием пациента быть частью группы, быть в ней своим.

(51) *“I’ve been experiencing symptoms of dizziness, blurred vision, tiredness, poor sleep, sweats, lethargy recently...I’ve not been diagnosed but I felt my blood sugar was all over the place”* [D]

Кроме того, для пациентов с симптомами ВИЧ важны временные рамки развития симптомов, поэтому в своих жалобах, чтобы точнее описать развитие возможного диагноза, они используют тактику *“I am a detective”* – описывают точное время, когда появились симптомы и дают временные рамки, во время которых они испытывали определенные симптомы. Так тактика реализуется с

помощью точного указания на время (52, 53) и глаголами “**appear**”, “**disappear**”, “**happen**”, “**last**” (52, 53), которые указывают на время появления или исчезновения симптомов, а также их длительность.

(52) “*About two or three days later I got... Then a day or two after that i had a rash...that...appeared at night but disappeared in about 30min-1hour. Then another day or two I noticed...oral thrush that would happen at night mostly. Then in another day or two I had diarrhea for two days. This all happened within a week of possible low risk exposure...*” [PO]

(53) “*After 42 days from this incident I had a sore throat which lasted about a month. Actually for the first 3 weeks it was a unpleasant feeling in the throat and in the 4th week it became a pain in the throat*” [PO]

Тактика “*I am a detective*” в коммуникации “пациент-пациент” реализуется у пациентов с симптомами СДВГ, ВИЧ и диабета. С помощью антитезы, профессиональной лексики, маркеров причинно-следственной связи, точного указания на время, а также сравнительной степени прилагательных пациенты вербализуют изменения, а также приводят их возможные причины.

Таким образом, в рамках стратегии объективации проблемы можно выделить следующие тенденции в коммуникации “клиент-клиент”. Употребление профессиональной и научной лексики вызвано желанием клиентов клинического дискурса показать свою компетенцию в области медицины, а также указывает на такую тенденцию в коммуникации “клиент-клиент”, как попытку приблизиться к профессиональному языку врачей. Мы также наблюдаем обратную тенденцию – выход за рамки клинического дискурса.

### 2.3.2 Стратегия самопрезентации как жертвы

Еще одна стратегия, которую мы выделяем в рамках жанра клинической жалобы, стратегия самопрезентации как жертвы. Данная стратегия реализуется в тактиках “*It's their fault*” (чаще всего данной оперировали жалующиеся,

которые проявляли симптомы ВИЧ-инфекции) и “*I try my hardest but something else is in the way*”. Пациенты ставят целью показать агентам и клиентам дискурса, что сделали все возможное, чтобы справиться с симптомами или предотвратить их появление. Именно поэтому пациенты выбирают образ с установкой на одобрение или жалость со стороны реципиента жалобы.

Используя тактику “*It's their fault*”, пациенты перекладывают ответственность за плохое самочувствие или последствия болезни на других людей. Так, пациенты с симптомами ВИЧ-инфекции перекладывали вину на тех, с кем вступали в контакт.

В следующих жалобах, адресованных клиентам клинического дискурса, клиенты имплицитно обвиняют секс-работников, которые часто подвергаются дискриминации и стигме, связанной с ВИЧ-инфекцией и СПИДом (Benoit 2018). Пациенты употребляют общепринятый термин “**sex worker**” (54) или же используют эвфемизм “**female escort**” (55). В примере (55) пациент также обвиняет физиологию – “**my urges took over**”. Фразовый глагол “**take over**” указывает на то, что пациент видит себя субъектом, жертвой своей природы, с которой он не способен совладать. Поэтому виной его проявляющихся симптомов ВИЧ-инфекции служат его желания, которые не поддаются его контролю.

(54) “*I had protected sex with sex worker...*” [PO]

(55) “*I have been sincere after marriage until **my urges took over** and used the services of a **female escort** 3 months back*” [PO]

Кроме того, пациенты имплицитно обвиняют своих партнеров в том, что они не знали ВИЧ-статуса своих ранних партнеров (56, 56). Так, пациенты при описании действий партнеров используют лексику, описывающую незащищенный половой акт (**condomless sex, unprotected sex**). Пациент в примере (56) имплицитно обвиняет своего партнера в своих симптомах. С помощью придаточного определительного пациент описывает этого партнера “**a**

**man whose HIV status I don't know**". Автор намекает, что его партнер сам не знает ВИЧ-статус своего партнера, поэтому и пациент его знать не может.

(56) *"I knew afterwards that **he also had condomless sex with a man whose HIV status I don't know**"* [PO]

(57) *"I asked him about his sex life and learned that **he had unprotected sex with sex workers many times before**"* [PO]

Данную тактику также использовали пациенты с симптомами СДВГ. Пациенты эксплицитно обвиняют свое окружение в том, что они не знают, как справиться с симптомами (58) или что своевременно не получили помощь (59).

В примере (58) автор жалуется на трудности, которые он испытывает в связи с СДВГ. Он описывает жизнь с данным диагнозом с помощью фразового глагола **"get through"** – пациент испытывает трудности, но с помощью глагола **"teach"** в страдательном залоге он обвиняет других людей в том, что он не знает, как ему с этими трудностями справиться.

(58) *"I've never been taught what to do to help **get through life and work with ADHD**"* [HU]

В следующем примере (59) автор обвиняет родителей в недостатке внимания к симптомам пациента. Автор подчеркивает, что он не получил должной помощи в связи со страхом родителей перед стигматизацией их ребенка. Для описания необходимой медицинской помощи пациент использует ассертив **"I didn't receive extra help"**, а стигматизация вербализуется глаголом **"label"**, который часто употребляется в речи пациентов с СДВГ.

(59) *"My parents didn't want me to be **labeled** so I **didn't receive extra help**"* [HU]

Стратегия самопрезентации как жертвы также реализуется в тактике *"I try my hardest but something else is in the way"*. Данную тактику использовали

только пациенты с симптомами СДВГ в жалобах, адресованных другим пациентам. Используя данную тактику, пациенты с помощью антитезы противопоставляют свои усилия результатам. В примере (60, 61) для описания усилий пациенты используют глагол “try” в сочетании с предпринятыми действиями (**timing myself, making simple to do lists sit and not get distracted**), которые должны помочь им справиться с некоторыми симптомами СДВГ, но в примере (60) все эти усилия противопоставляются неудачным результатам (**none of them seem to work or last long**).

В следующем примере (61) в неудачных попытках пациент также обвиняет особенности его организма (**extremely short attention span**). С помощью интенсификатора “**extremely**” автор передает фактологическую информацию – серьезность проблемы. Пациент в своих симптомах СДВГ также обвиняет внешние обстоятельства (**I absolutely hate the subject**). Пациент с помощью глагола с отрицательной эмоциональной окраской в сочетании с интенсификатором “**absolutely**”, показывает другим пациентам, насколько нелюбимый предмет мешает ему справиться с симптомами самостоятельно.

(60) *“I’ve tried timing myself, making simple to do lists but none of them seem to work or last long”* [HU]

(61) *“...doesn’t matter what environment i’m in ...try my hardest to sit and not get distracted but I have an extremely short attention span and I absolutely hate the subject i’m studying right now”* [BB]

Таким образом, тактики стратегии самопрезентации как жертвы используются пациентами для того, чтобы снять с себя вину, вызвать сострадание группы, поддержать себя. Тактики данной стратегии реализуются у пациентов с симптомами СДВГ с помощью антитезы – пациенты противопоставляют свои усилия справиться с симптомами с негативным результатом. А у пациентов с симптомами ВИЧ наблюдается тенденция к перекладыванию вины на других людей с помощью употребления лексики,

дискредитирующей ответственное отношение половых партнеров к себе и пациентам. Пациенты с симптомами ВИЧ также с помощью персонификации обвиняли в своих симптомах неконтролируемые физиологические процессы.

### 2.3.3 Стратегия самопрезентации как члена группы

Мы выделяем еще одну стратегию в рамках клинической жалобы – стратегия самопрезентации как члена группы, которая реализуется в следующих тактиках: *“I am an object”*, *“The doctor is wrong”* и *“The Doctor is unkind”*. Пациенты ставят целью стать частью сообщества пациентов, противопоставляя группу врачей группе пациентов. Пациенты формируют свою группу за счет противопоставления другой – “врачи”. Именно поэтому пациенты выбирают образ с установкой на одобрение своих действий и порицание действий врачей.

Для реализации стратегии самопрезентации как члена группы пациенты используют тактику *“I am an object”* только при общении с другими пациентами, когда хотят сообщить, что врачи исключают их из процесса принятия решений.

Примеры (62, 63) были взяты на форуме для диабетиков. В них с помощью сравнительной степени пациенты жалуются, что врачи сосредоточили внимание на одном конкретном симптоме (**bringing my heart rate down, chest pain**) и, как показалось пациентам, совершенно игнорировали другие симптомы, которые, по мнению пациентов, были не менее важными (**weight loss**). Для описания симптомов и выписанных лекарств пациенты используют лексемы, принятые в клиническом дискурсе (**discomfort, stroke out, prescribe, proton inhibitor**).

В примере (63) пациент при описании осмотра сердца употребляет глагол **“investigate”** с помощью которого он подчеркивает, насколько серьезно врачи отнеслись к симптому **“chest pain”**. Далее пациент сообщает, какие клинические шаги принял врач (**prescribed me with a proton inhibitor**) и сообщает причину (**thought my discomfort was acid related**). Данная тактика реализуется в сочетании с тактикой *“The doctor is wrong”*, в рамках которой



пациент сообщает об ошибках, которые допустили врачи. С помощью приема ирония, которая выражена антитезой, клиент противопоставляет ассертив “**couldn't find anything wrong**” другой группе “**but thought my discomfort was acid related**”. Пациент употребляет глагол “**think**”, когда говорит о найденной врачами причины его боли в груди, потому что, по его мнению, причина была не в этом. Такое употребление глагола “**think**” указывает на недоверие пациента к решению врача. И далее мы действительно убеждаемся, что пациент так считает, потому что лекарства, выписанные врачом (которые выражены обобщающим термином “**proton inhibitor**”), ему не помогли, поэтому пациент будет отстаивать свое право (**push**), чтобы его направили к кардиологу. С помощью глагола “**push**” пациент вербализует свое намерение разобраться в его симптомах.

(62) *“but to be fair they were more interested in bringing my heart rate down to stop me from stroking out”* [D]

(63) *“...my GP who was more worried with the chest pain than the weight loss. He sent me to the Hospital and they investigated my heart and couldn't find anything wrong, but thought my discomfort was acid related so prescribed me with a proton inhibitor. But couldn't explain the weight loss...Still worried about my chest pain so will push to see a cardiologist”* [D]

В следующем примере (64) мы видим, как пациент жалуется на то, что врачи за него решили, испытывает ли он симптомы или нет. Пациент, используя глагол восприятия “**experience**”, подразумевает, что только он может точно знать, что он испытывает, но в данном случае врачи не приняли во внимание его беспокойство и сами решили за него (“**They decided**”).

(64) *“They decided as I wasn't experiencing any other symptoms to send me home and write to my Dr!!”* [D]

Еще одна тактика, которая реализуется в рамках данной стратегии, – *“The doctor is wrong”*. Используя данную тактику, пациенты вербализуют сомнения в профессиональных навыках врача.

В примере (65) данная тактика используется в сочетании с тактикой *“I’m a detective”*. Так как жалоба адресована другим пациентам, автор описывает симптомы, которые он испытывает при **“diverticulitis”**. Пациент, в отличие от медицинских специалистов, не обладает специальными знаниями в медицине, поэтому он описывает **“diverticulitis”** через симптомы которые он испытывает (**abdominal pain, nausea, belching, fever**) с помощью стандартных лексем, принятых в клиническом дискурсе. Пациент предваряет диагноз ассертивом **“what my PCP thought”**, которому противопоставляет **“I’ve realized it’s most likely something worse”**. Таким образом, автор показывает, что мнение врача было ошибочным и он, основываясь на самочувствии (тактика *“I’m a detective”*, выраженная глаголом умственной деятельности **“realize”**), пришел к выводу, что его диагноз может быть другим. Автор вербализует большую вероятность того, что он прав с помощью фразы **“it’s most likely”**.

(65) *“I’m currently taking augmentin for what my PCP thought was diverticulitis (abdominal pain, nausea, belching, fever), but now I’ve realized it’s most likely something worse”* [PO]

В следующем примере (66) тактика *“The doctor is wrong”* реализуется вместе с тактикой *“I’m a researcher”* – автор располагает определенными знаниями о лечении, которые выражены в лексеме **“Methylphenidate”** - названии лекарства, являющееся одним из маркеров клинического дискурса. Далее пациент вербализует несогласие по поводу эффективности лечения и мнения врача по поводу лечения с помощью ассертива **“I don’t think the same”**. Пациент также вербализует сомнение по поводу профессиональной компетенции врача с помощью ассертива **“we haven’t even tried Methylphenidate yet”**.

(66) “*My doctor says we have tried everything and the treatment is working but I don't think the same...we haven't even tried Methylphenidate yet*” [D]

В рамках стратегии самопрезентации как члена группы пациенты также используют тактику “*The doctor is unkind*”. В данном случае пациенты критикуют личностные качества врачей. В следующем примере (67) с одной стороны врач выполнял свои обязанности – сообщил пациенту о его диагнозе (**diabetes**), но пациент воспринял фактологическую информацию как эмоциональную, о чем свидетельствует употребление в отношении действий врача оценочной лексики в превосходной степени (**most unkind**).

(67) “*He told me over the phone I have **diabetes** - **most unkind** I thought*” [D]

Таким образом, во всех тактиках стратегии самопрезентации как члена группы пациенты противопоставляют себя группе врачей: врачи исключают пациентов из клинического процесса и игнорируют их опасения. Кроме того, пациенты жалуются на личностные и профессиональные качества врачей. Тактики стратегии самопрезентации как члена группы реализуются с помощью антитезы и использования отрицательной оценочной лексики. Кроме того, некоторые тактики могут реализоваться вместе: реализовать тактику “*The doctor is wrong*” помогает тактика “*I am a researcher*” – пациент основывает свои суждения о профессиональной компетенции врача на основании проделанного исследования; тактика “*I am an object*” реализуется вместе с тактикой “*The doctor is wrong*” – пациент вербализует несогласие с действиями врача, указывая на его непрофессионализм. Все эти тактики способствуют сближению пациентов в группу, которая отличается от группы врачей и даже ей противостоит.

#### 2.3.4 Стратегия просьбы о помощи

Клиенты клинического дискурса также преследуют цель получить помощь в коммуникации “клиент-клиент”. Стратегия просьбы о помощи в

данном виде коммуникации реализуется с помощью тактик “*I need some support*”, “*I need some advice*”, “*Have you heard of this?*”.

Тактику “*I need some support*” использовали все пациенты. Так, в примере (68) пациент с симптомами диабета реализует тактику “*I need some support*” с помощью вопроса “**can any of you help?**”. Пациент также вербализует причины необходимой помощи. Автор обратился за помощью на форум для людей с диабетом, потому что врачи не оказали ему нужной помощи. Пациент констатирует это с помощью тактики “*I am an object*” (**but to be fair they were more interested in bringing my heart rate down to stop me from stroking out**). Поэтому в данный момент автор находится в отчаянии, которое он вербализует с помощью повторов (**many**), прилагательных (**very scary, miserable, really down**), глаголов и фраз (**go through, cry, come close to dying**). Течение болезни пациент воспринимает как “**trauma**”. Автор находится в состоянии отчаяния, именно поэтому он обращается за помощью к другим пациентам.

(68) “ *very scary... the many, many tests that they performed (but to be fair they were more interested in bringing my heart rate down to stop me from stroking out.)...can any of you help? as it is really making me miserable, add that to the trauma of what i went through and the fact that i came close to dying and i feel really down and haven't really stopped crying since*” [D]

В следующем примере (69) мы видим, как пациент с симптомами ВИЧ реализует тактику “*I need some support*” вместе с тактикой “*I need some advice*” (69). Тактика “*I need some support*” реализуется с помощью директива “ **I just need some support...and hopefully some similar stories**”. Пациент сообщает другим клиентам дискурса, какую именно помощь он ожидает от них получить. Он также уточняет, чьи истории он хочет услышать (**of people who made it**). Под атрибутивом “**who made it**” пациент подразумевает людей, которые живут с ВИЧ и тех, кто прошли лечение. За директивом следует ассертив “**I really don't want to die**”, который поясняет мотив просьбы о помощи. Автор находится в отчаянии, диагноз ВИЧ его пугает, именно поэтому он обратился за поддержкой

к тем, кто оказался в похожей ситуации. Пациент заканчивает свою просьбу с помощью специального вопроса, который реализует тактику “*I need some advice*”. Пациент запрашивает у клиентов дискурса вербальную информацию о том, какие шаги ему следует предпринять.

(69) “*I just need some support right now... and hopefully some similar stories of people who made it.. because I really don't want to die before I even get on treatment. What do I do?*” [PO]

Тактика “*I need some support*” также реализуется в жалобах пациентов с симптомами СДВГ (70, 71). Одна из целей пациентов – получить поддержку у пациентов с СДВГ и лиц, ухаживающими за больными. Помощь проявляется в получении информации о болезни и предложений, как справиться с симптомами (**suggestions, resources**), историй от людей в похожем положении (**some feedback from other parents experiencing similar things; your own stories**), а также помощь в любой другой форме (**anything that you think might be helpful**). Тактика “*I need some support*” также реализуется с помощью ассертива “**looking for**” и “**I was hoping**”. С помощью них автор вербализует интенцию жалобы.

(70) “*I was hoping to get some feedback from other parents experiencing similar things with their children*” [HU]

(71) “*Looking for suggestions, resources, your own stories, anything that you think might be helpful*” [HU]

В коммуникации “клиент-клиент” также реализуется тактика “*I need some advice*”. Так, в примере (72) пациент с симптомами ВИЧ реализует данную тактику с помощью директива (**would need your advice**). Кроме того, автор также сообщает клиентам дискурса о своем эмоциональном состоянии с помощью ассертива (**I am worried**), а также уточняет, какой именно совет он ожидает получить с помощью придаточного дополнительного (**whether to get**

tested).

(72) *“I am worried and would need your advice whether to get tested” [P]*

Тактика *“I need some advice”* реализуется в коммуникации пациентов с симптомами диабета. Пациент (73) просит его помочь решить: достаточно ли изменений в диете (**diet**) или ему нужно пойти к врачу (**see a doctor**). Тактика реализуется с помощью стандартных средств – вопроса, начинающегося с модального глагола **“should”** и вопроса **“do you think”**.

(73) *“Should I see a doctor or do you think diet will help?” [D]*

В примере (74) тактика реализуется с помощью директива **“Any advice for”**, а в примере (75) – с помощью клише.

(74) *“Any advice for the nausea other than meds?” [D]*

(75) *“I’d appreciate any comments or advice” [D]*

Как и у пациентов с диабетом, авторы жалоб на симптомы СДВГ (76, 77) также реализуют тактику *“I need some advice”* с помощью клише (**I would really appreciate, I’d very much appreciate it**), а также с помощью придаточного условия (76, 77). Пациенты просят предоставить информацию о том, как справляться с симптомами – с помощью таких лексем, как **“pointers”**, **“tips”**, **“advice”**, а также глаголов **“manage”** и **“guide”**. Пациент в примере (76) видит других пациентов на форуме как помощников, которые смогут направить автора в верном направлении (**right direction**).

(76) *“If there is anyone that can give me some pointers or can help guide me in the right direction I would really appreciate” [HU]*

(77) *“If anyone on this forum has any **tips or advice** on how to **manage** my emotions daily, **I’d very much appreciate it**”* [HU]

В следующем примере (78) автор задает конкретные вопросы, которые касаются жизни с диагнозом СДВГ. Пациент с помощью вопросов, начинающихся с **“how”** запрашивает информацию о том, как ему справиться с учебой (**studying with ADHD**), а далее он уточняет, с чем конкретно **“get things done”** и **“stay organised”**.

(78) *“Does anyone have any **advice for studying with ADHD? How do I get things done? How do I stay organised?**”* [HU]

Еще одна тактика в рамках стратегии просьбы о помощи в коммуникации с другими пациентами – тактика *“Have you heard of this?”*. Данная тактика реализовалась только в жалобах пациентов с СДВГ. Используя данную тактику, пациенты апеллируют к опыту других клиентов клинического дискурса.

Так, один из пациентов (79) жаловался на побочные эффекты лекарства (**Adderall**). Тактика реализуется с помощью вопросительного предложения, в котором под предикативной группой **“felt like this”** автор подразумевает ранее перечисленные симптомы. Апелляция к опыту реализуется в фразе **“anyone else”** как в данном примере (79), так и в следующем (80).

(79) *“Has **anyone else ever felt like this on Adderall?**”* [HU]

В жалобе (80) тактика *“Have you heard of this?”* реализуется также с помощью косвенного вопроса, выраженный **“I was wondering”**

(80) *“I was wondering if anyone else has heard of this before”* [MH]

Таким образом, используя тактики стратегии просьбы о помощи в коммуникации “клиент-клиент” клиенты дискурса ставят следующие цели: получить помощь (узнать с какими возможными диагнозами связаны настоящие симптомы), получить поддержку в виде коммуникации с другими пациентами или просьбы клиентов поделиться с ними историями других людей, которые оказались в похожей ситуации, или поделиться полезной литературой. Тактика “*I need some advice*” реализуется, в основном, с помощью директивов, речевых клише и специальных вопросов. Тактика “*Have you heard of this?*” реализовалась только у пациентов с СДВГ из-за сложности описания симптомов ввиду того, что СДВГ не имеет точных физиологических симптомов. Поэтому пациенты в рамках данной тактики апеллируют к знаниям других пациентов с помощью вопросов. В данном случае, мы также можем говорить о социальном конструировании болезни – еще одной цели клинической жалобы.



## Выводы по главе 2

На основе проведённого анализа языкового материала можно сделать следующие выводы:

1. При описании симптомов в рамках стратегии объективации проблемы клиенты клинического дискурса употребляют профессиональную и научную лексику в коммуникации “клиент-клиент” с целью вербализовать компетентность в области медицины. Употребление таких лексических единиц также указывает на такую тенденцию как попытку приблизиться к профессиональному языку врачей.

2. В рамках стратегии объективации проблемы в коммуникации “клиент-клиент” и “клиент-агент” также наблюдается выход за рамки клинического дискурса при описании самочувствия и симптомов неврологических расстройств и соматических заболеваний. Пациенты с помощью таких приемов, как словесное творчество, сравнение, гипербола, персонификация объективируют жалобу.

3. Выравнивание информационной асимметрии между пациентами и врачами наблюдается в использовании тактик “*I am a researcher*” и “*I am a detective*”, а также ситуации, когда пациент “приглашает” врача к сотрудничеству. Пациенты, реализуя данные тактики, делятся с другими пациентами исследованиями об их симптомах и возможных диагнозах, а также лечебными мероприятиями, которые пациенты осуществили самостоятельно. Для данных тактик характерно употребление профессионального и в то же время разговорного языков, маркеров причинно-следственной связи, точного указания на время, а также сравнительной степени прилагательных, с помощью которых пациенты вербализуют произошедшие изменения, а также их возможные причины.

4. Жалуясь, пациенты также преследуют цели – снять с себя вину и поддержать себя. Данные цели реализуются с помощью стратегии самопрезентации как жертвы. Пациенты с симптомами СДВГ реализуют

тактики данной стратегии с помощью антитезы – пациенты противопоставляют настоящие симптомы своим усилиям справиться с ними. Пациенты с симптомами ВИЧ, в основном, перекалывают вину на других людей, употребляя лексику, дискредитирующую половых партнеров.

5. Сближению пациентов в единую группу, которая противостоит группе врачей, способствуют тактики стратегии самопрезентации как члена группы. Используя тактики “*I am an object*”, “*The doctor is wrong*” и “*The Doctor is unkind*”, пациенты противопоставляют себя группе врачей и, таким образом, объединяются в группу пациентов. Тактики стратегии самопрезентации как члена группы реализуются с помощью антитезы и использования отрицательной оценочной лексики.

6. Пациенты в равной степени сообщают эмоциональную информацию как в коммуникации “клиент-агент”, так в коммуникации “клиент-клиент”. Пациенты в своих жалобах используют лексику с отрицательной оценкой, глаголы с отрицательной эмоциональной окраской, а также приемы гипербола и антитеза. Скорее всего вербализация эмоциональной информации связана со степенью запланированности речи.

7. Особый интерес представляют клинические жалобы пациентов с СДВГ. Так как данный диагноз не имеет четких физиологических симптомов, жалобы пациентов с СДВГ резко контрастируют с жалобами пациентов с такими диагнозами, где пациенты точно знают, что они должны испытывать в силу того, что данный диагноз хорошо изучен врачами и имеет четкие физиологические симптомы. Такие диагнозы, как ВИЧ и диабет, как правило, хорошо описаны врачами, поэтому пациенты уверены в своих симптомах, в отличие от диагноза СДВГ, который на данный момент изучен не так глубоко и включает в себя обширное количество симптомов.

8. Кроме главной цели микро-жанра “клиническая жалоба” – получение помощи, мы выделяем еще одну цель – социальное конструирование болезни. Данная цель стала очевидной на материале стратегии объективации проблемы у пациентов с СДВГ. Так как, во-первых, СДВГ не является

устоявшимся диагнозом в медицине и, во-вторых, не имеет конкретных физиологических проявлений и симптомов, пациентам трудно описать свое состояние. Именно поэтому они обращались к другим пациентам, чтобы сравнить опыт друг друга.

## Заключение

Основная цель данного исследования состояла в выявлении и описании основных речевых стратегий и тактик, а также языковых способов репрезентации клинической жалобы в современном англоязычном клиническом дискурсе.

В данном исследовании были изучены особенности коммуникации клиентов дискурса при вербализации клинической жалобы в институциональном дискурсе.

В результате проведенного анализа клинических жалоб в коммуникации “клиент-агент” и “клиент-клиент” удалось выделить основные речевые стратегии и тактики, применяемые пациентами в письменной коммуникации: стратегия объективации проблемы, стратегия самопрезентации как жертвы, стратегия самопрезентации как члена группы и стратегия просьбы о помощи.

Анализ языковых средств показал, что коммуникации пациентов присуща тенденция использования разговорного языка, которая обслуживает цель стать частью группы. Речи пациентов в рамках коммуникации “клиент-клиент” также характерно использование профессиональной лексики, что свидетельствует о попытке пациентов приблизиться к профессиональному языку врачей, а также повышении коммуникативной компетенции в клиническом дискурсе. В коммуникации с врачами была отмечена и обратная тенденция – выход за рамки институционального языка при описании симптомов СДВГ и диабета, что свидетельствует о повышении статуса пациента как участника коммуникации в клиническом дискурсе. Степень клишированности речи пациента в коммуникации “клиент-агент” зависит от конкретности симптомов и от степени изученности диагноза.

Пациенты информируют агентов или клиентов дискурса с помощью использования стандартной медицинской лексики или лексем разговорного регистра, таких приемов, как сравнение, персонификация, гипербола, антитеза, посредством которых происходит объективация жалобы.

Как в коммуникации с агентами, так и клиентами клинического дискурса,

клиенты вербализуют эмоциональное состояние в рамках стратегии объективации проблемы, а также стратегии просьбы о помощи в коммуникации с врачом и другими пациентами. Пациенты сообщают, как симптомы влияют на их психическое здоровье и самочувствие с помощью оценочной лексики, глаголов, выражающих эмоциональное состояние, фразеологизмов, а также приема гиперболы и повтора. Мы считаем, что информирование коммуникантов об эмоциональном состоянии обусловлено степенью запланированности речи.

В ходе исследования, кроме центрального мотива микро-жанра “клиническая жалоба” – получить помощь, были также выделены следующие мотивы клинической жалобы: ухудшение симптомов, неэффективность лекарственных препаратов, побочные эффекты лекарств, невозможность получить помощь в реальной жизни и опровержение или подтверждение подозреваемого диагноза.

Центральный мотив клинической – получение помощи – реализуется с помощью тактик стратегии просьбы о помощи. Пациенты с симптомами диабета и ВИЧ-инфекции, в основном, использовали тактики “*What can it be?*” и “*Please help me*”, которые реализуются с помощью использования вопросительных предложений, лексики клинического дискурса и директива “*Please help me*”. В коммуникации с другими пациентами тактики данной стратегии реализуются, в основном, с помощью директивов, речевых клише и специальных вопросов.

Важно отметить, что из-за того, что СДВГ не является устоявшимся с точки зрения медицины диагнозом и не имеет четко очерченных физиологических симптомов, многие пациенты не могли понять, что именно они испытывают, поэтому они апеллировали к опыту других пациентов с помощью тактики “*Have you heard of this?*”. Таким образом, мы выделили еще одну цель клинической жалобы – социальное конструирование болезни.

В целом проведенный анализ помог выявить и описать особенности функционирования и выражения микро-жанра “клиническая жалоба”. На основании проведенного исследования была составлена классификация

речевых стратегий и тактик клинической жалобы в современном клиническом дискурсе, выявлены и описаны основные языковые средства реализации клинической жалобы в коммуникации “клиент-клиент” и “клиент-агент”.

Системное описание коммуникативных стратегий, тактик и вербализующих их языковых средств позволили продемонстрировать особенности реализации микро-жанра “клиническая жалоба” в современной англоязычной лингвокультуре. Предложенный способ анализа языковых средств реализации тактик клинической жалобы в современном клиническом дискурсе может быть применен при изучении других стратегий и тактик клинического дискурса и других институциональных дискурсов с целью выявления закономерностей и специфики реализации разных стратегий в зависимости от адресата и коммуникативной ситуации.

## Список использованной литературы

1. Андрющенко, О.К. Речевой акт жалобы: семантика, прагматика, типология / О. К. Андрющенко // Научный результат. Сер. Вопросы теоретической и прикладной лингвистики. – 2014. - Т.1, №1.– С. 46-50.
2. Арутюнова Н. Д. Речевой акт // Лингвистический энциклопедический словарь. М., 1990. – С. 137.
3. Ахнина К. В., Куриленко В. Б. Сетевой медицинский дискурс: сущность, признаки, структура // Полилингвальность и транскультурные практики. – 2015. – №1. – С. 76- 84.
4. Барбашина Э.В. Принцип автономии пациента: возможное и действительное // Вестн. Том. гос. ун-та. – 2019. – №449. - С. 64 – 70.
5. Барсукова М.И. Медицинский дискурс: стратегии и тактики речевого поведения врача : дис. ... канд. филол. наук. Саратов, 2007. – 141 с.
6. Бахтин М.М. Проблема речевых жанров // Бахтин М.М. Собр. соч. – М.: Русские словари, 1996. – С. 159-206.
7. Бейлинсон Л. С. Медицинский дискурс / Л. С. Бейлинсон // Языковая личность : институциональный и персональный дискурс : сб. науч. тр. – Волгоград, 2000. – С. 103–116.
8. Бейлинсон Л.С. Профессиональный дискурс: признаки, функции, нормы: монография. [Текст]/ Л.С. Бейлисон.– Волгоград: Перемена, 2009. – 278 с.
9. Борисова И. Н. Дискурсивные стратегии в разговорном диалоге // Русская разговорная речь как явление городской культуры / Сост. И. Н. Борисова; под ред. Т. В. Матвеевой. – Екатеринбург: АРГО, 1996. – С. 21-48.
10. Борисова И. Н. Категория цели и аспекты текстового анализа // Жанры речи. – Саратов: Колледж, 1999. – №2. – С.81-96.
11. Вежбицкая А. Речевые жанры // Жанры речи. – Саратов: Колледж, 1997. – С. 99-111.

12. Виноградова Е. В., Масюков С. А. Модели и типы интеракции в медицинском дискурсе // Жанры и типы текста в медицинском дискурсе: сб. научн. трудов. – Орел, 2013. – С. 66-75.
13. Гловинская М. Я. Семантика глаголов речи с точки зрения теории речевых актов // Русский язык и его функционирование. Коммуникативно-прагматический аспект. – М.: Наука, 1993. – С. 251-275.
14. Грайс Г.П. Логика и речевое общение. Перевод с английского Туровского В.В. Новое в зарубежной лингвистике. – Москва: Прогресс, 1985. – №15 – С. 217–237.
15. Гудкова В.Б. Металингвистическое описание речевого акта в художественной литературе. наук. – Самара, 2003. – 11 с.
16. Емельянова Н. А. Речевой жанр «жалоба» в различных типах дискурса в английском языке : автореф. дис. ... канд. филол. наук. – Волгоград, 2004. – 15 с.
17. Иссерс О.С. Коммуникативные стратегии и тактики русской речи. – М.: КомКнига, 2006. – 288 с.
18. Карасик В. И. Структура институционального дискурса [Текст]/ В. И. Карасик.– Проблемы речевой коммуникации: Межвуз. сб. науч. тр. – Саратов: Изд-во Саратовского ун-та, 2000. – С. 25-34.
19. Карасик В.И. Культурные доминанты в языке // Языковая личность: культурные концепты. — Волгоград; Архангельск, 1996. — С. 3-16
20. Карасик В.И. О типах дискурса //Языковая личность: Институциональный и персональный дискурс: Сб. науч. тр. – Волгоград: Перемена, 2000. – С. 5 – 19.
21. Карасик В.И. Языковой круг: личность, концепты, дискурс [Текст] / В.И. Карасик. – М.: Гнозис, 2004.– 390 с.
22. Остин Дж. Слово как действие / Дж. Остин // Новое в зарубежной лингвистике. – М.: Прогресс, 1980. – № 17. – С. 22-129.



23. Пономаренко Е. А. Типологическая классификация речевых жанров институционального дискурса // Жанры речи. 2019. – № 2 (22). – С. 105–109.
24. Серль Дж. Р. Классификация иллокутивных актов // Новое в зарубежной лингвистике. – М.: Прогресс, 1986. – №. 17. – С. 170-194.
25. Т.А. Ван Дейк. Язык, познание, коммуникация. Сб. работ. Сост. В. В. Петров. – М.: Прогресс, 1989.– 312 с.
26. Фуко М. Рождение клиники / М. Фуко. – М.: Академический Проект, 2010. – 252 с.
27. Шмелева Т. В. Модель речевого жанра // Жанры речи. – Саратов, 1997. – №1 – С. 88-98.
28. Aronson J. K. Compliance, concordance, adherence //British journal of clinical pharmacology. – 2007. – Т. 63. – №. 4. – С. 383.
29. Benoit C. et al. Prostitution stigma and its effect on the working conditions, personal lives, and health of sex workers //The Journal of Sex Research. – 2018. – Т. 55. – №. 4-5. – С. 457-471.
30. Bezreh T. et al. Challenges to physician–patient communication about medication use: a window into the skeptical patient’s world //Patient preference and adherence. – 2012. – Т. 6. – С. 11.
31. Biagianti B., Quraishi S. H., Schlosser D. A. Potential benefits of incorporating peer-to-peer interactions into digital interventions for psychotic disorders: a systematic review //Psychiatric services. – 2018. – Т. 69. – №. 4. – С. 377-388.
32. Blanchard C. G. et al. Information and decision-making preferences of hospitalized adult cancer patients //Social science & medicine. – 1988. – Т. 27. – №. 11. – С. 1139-1145.
33. Brown L. D., Tang X., Hollman R. L. The structure of social exchange in self-help support groups: Development of a measure //American Journal of Community Psychology. – 2014. – Т. 53. – №. 1. – С. 83-95.
34. Chaitchik S. et al. Doctor-patient communication in a cancer ward //Journal of Cancer Education. – 1992. – Т. 7. – №. 1. – С. 41-54.

35. Chimombo, M. and Roseberry, R.L. The power of discourse: An introduction to discourse analysis. – Routledge, 2013. – 438 p.
36. Coulthard M., Ashby M. A linguistic description of doctor-patient interviews //Studies in everyday medical life. London: Martin Robertson. – 1976. – T. 72. – C. 86.
37. Crisp D. A., Griffiths K. M. Reducing depression through an online intervention: benefits from a user perspective //JMIR mental health. – 2016. – T. 3. – №. 1. – C. 43-56.
38. Davison K. P., Pennebaker J. W., Dickerson S. S. Who talks? The social psychology of illness support groups //American Psychologist. – 2000. – T. 55. – №. 2. – C. 205.
39. deBronkart D. From patient centred to people powered: autonomy on the rise – BMJ, 2015 – P. 3-50.
40. Emanuel E, Emanuel L. Four models of the physician-patient relationship. – JAMA, 1992 – №267(16). –P. 2221-2226.
41. Eysenbach G. et al. Health related virtual communities and electronic support groups: systematic review of the effects of online peer to peer interactions //Bmj. – 2004. – T. 328. – №. 7449. – C. 1166.
42. Fisher C. D., Gitelson R. A meta-analysis of the correlates of role conflict and ambiguity //Journal of applied psychology. – 1983. – T. 68. – №. 2. – C. 320.
43. Foucault M. The will to knowledge. The history of sexuality: vol.1 – London: Penguin, 1998 - 168 p.
44. Freidson E. Profession of medicine: a study of the sociology of applied knowledge. – New York: Dodd, Mead & Company, 1970 – 410 p.
45. Friedman H. S. Nonverbal communication between patients and medical practitioners //Journal of Social Issues. – 1979. – T. 35. – №. 1. – C. 82-99.
46. Goodyear-Smith F., Buetow S. Power issues in the doctor-patient relationship //Health care analysis. – 2001. – T. 9. – №. 4. – C. 449-462.

47. Gulliver A., Griffiths K. M., Christensen H. Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review //BMC psychiatry. – 2010. – T. 10. – №. 1. – C. 1-9.
48. Hadlow J., Pitts M. The understanding of common health terms by doctors, nurses and patients //Social science & medicine. – 1991. – T. 32. – №. 2. – C. 193-196.
49. Hamilton D. K. The four levels of evidence-based practice //Healthcare Design. – 2003. – T. 3. – №. 4. – C. 18-26.
50. Heritage J. Conversation analysis and institutional talk //Handbook of language and social interaction. – 2005. – T. 103. – C. 47.
51. Highton-Williamson E., Priebe S., Giacco D. Online social networking in people with psychosis: a systematic review //International Journal of Social Psychiatry. – 2015. – T. 61. – №. 1. – C. 92-101.
52. Hornsby J. L., Franklin E. P. A model for communication skills development for family practice residents //J Fam Pract. – 1979. – T. 8. – C. 71-76.
53. Katon W., Kleinman A. A biopsychosocial approach to surgical evaluation and outcome //Western Journal of Medicine. – 1980. – T. 133. – №. 1. – C. 9-14.
54. Lloyd C. Brugha TS, editor. Social Support and Psychiatric Disorder. Cambridge, UK: Cambridge University Press. – 1995. – P. 41–60.
55. Maseide P. Possibly abusive, often benign, and always necessary. On power and domination in medical practice //Sociology of Health & Illness. – 1991. – T. 13. – №. 4. – C. 545-561.
56. Milne D. N. et al. Clpsych 2016 shared task: Triaging content in online peer-support forums //Proceedings of the third workshop on computational linguistics and clinical psychology. – 2016. – C. 118-127.
57. Mulley A. G., Trimble C., Elwyn G. Stop the silent misdiagnosis: patients' preferences matter //Bmj. – 2012. – T. 345.
58. Naslund J. A., Aschbrenner K. A., Bartels S. J. How people with serious mental illness use smartphones, mobile apps, and social media //Psychiatric rehabilitation journal. – 2016. – T. 39. – №. 4. – C. 364.

59. Peters S. et al. What do patients choose to tell their doctors? Qualitative analysis of potential barriers to reattributing medically unexplained symptoms //Journal of general internal medicine. – 2009. – T. 24. – №. 4. – C. 443-449.
60. Preece J. Sociability and usability in online communities: Determining and measuring success //Behaviour & Information Technology. – 2001. – T. 20. – №. 5. – C. 347-356.
61. Raimbault G. et al. Aspects of communication between patients and doctors: An analysis of the discourse in medical interviews //Pediatrics. – 1975. – T. 55. – №. 3. – C. 401-405.
62. Smith-Merry J. et al. Social connection and online engagement: insights from interviews with users of a mental health online forum //JMIR mental health. – 2019. – T. 6. – №. 3. – C. 110-184.
63. Swales J.M. Genre Analysis. English in Academic and Research Settings – Cambridge: Cambridge University Press, 1990. – 260 p.
64. Vermeire E. et al. Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review //Journal of clinical pharmacy and therapeutics. – 2001. – T. 26. – №. 5. – C. 331-342.
65. Walker G., Bryant W. Peer support in adult mental health services: a metasynthesis of qualitative findings //Psychiatric Rehabilitation Journal. – 2013. – T. 36. – №. 1. – C. 28.
66. Webb M., Burns J., Collin P. Providing online support for young people with mental health difficulties: challenges and opportunities explored //Early intervention in psychiatry. – 2008. – T. 2. – №. 2. – C. 108-113.
67. Werner A. A sociological perspective on the medical consultation.// Tidsskr Nor Laegeforen – 2011. – P. 2032-2044.
68. Wright K. B. et al. Health-related support groups on the Internet: Linking empirical findings to social support and computer-mediated communication theory //Journal of health psychology. – 2003. – T. 8. – №. 1. – C. 39-54.
69. Wright K. B. Communication in health-related online social support groups/communities: A review of research on predictors of participation,

applications of social support theory, and health outcomes //Review of Communication Research. – 2016. – Т. 4. – С. 65-87.

70.Zola I. K. Pathways to the doctor—from person to patient //Social Science & Medicine (1967). – 1973. – Т. 7. – №. 9. – С. 677-689.

### **Ссылки на источники примеров**

#### **Словари:**

*Cambridge Dictionary*. URL: <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english>  
(дата обращения: 05.03.22)

*Merriam Webster Dictionary*. URL:  
<https://www.merriam-webster.com/dictionary/abcs> (дата обращения: 4.04.22)

#### **Форумы:**

1. [BB] Beyond Blue. URL:  
<https://www.beyondblue.org.au/get-support/online-forums> (дата обращения: 03.02.2021)

2. [D] Diabetes. URL: <https://www.diabetes.co.uk/forum/> (дата обращения: 06.02.2022)

3. [DL] Doctor's Lounge Forum. URL:  
<https://www.doctorslounge.com/forums/> (дата обращения: 03.05.2021)

4. [H] Health24. URL: <https://www.news24.com/health24/experts>(дата обращения: 10.04.2021)

5. [HU] HealthUnlocked. URL: <https://healthunlocked.com/communities>  
(дата обращения: 20.02.2022)

6. [MH] MedHelp. URL: <https://www.medhelp.org/forums/> (дата обращения: 14.02.2022)

7. [P] Patient. URL: <https://patient.info/forums> (дата обращения: 05.03.2021)

8. [PO] POZ. URL: <https://forums.poz.com> (дата обращения: 4.03.2022)