



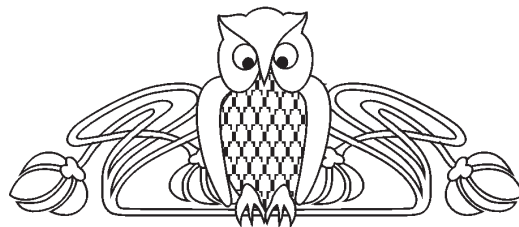
- <sup>10</sup> URL: <https://www.gov.uk/government/speeches/the-assad-regime-created-the-environment-in-which-extremism-and-isil-in-particular-flourished> (дата обращения: 25.09.2015).
- <sup>11</sup> URL: <https://www.gov.uk/government/speeches/the-regional-turmoil-we-are-witnessing-only-reinforces-the-importance-of-resolving-the-israel-palestine-conflict> (дата обращения: 25.09.2015).
- <sup>12</sup> URL: <https://www.gov.uk/government/news/minister-for-the-middle-east-welcomes-news-that-iraqi-forces-have-taken-back-tikrit> (дата обращения: 25.09.2015).
- <sup>13</sup> URL: <https://www.gov.uk/government/news/minister-ellwood-marks-second-anniversary-of-chemical-attacks-in-ghouta-syria> (дата обращения: 25.09.2015).
- <sup>14</sup> URL: <https://www.gov.uk/government/speeches/the-assad-regime-created-the-environment-in-which-extremism-and-isil-in-particular-flourished> (дата обращения: 25.09.2015).
- <sup>15</sup> URL: <https://www.gov.uk/government/speeches/uk-foreign-secretary-and-french-foreign-minister-assad-cannot-be-syrias-future> (дата обращения: 25.09.2015).
- <sup>16</sup> URL: <https://www.gov.uk/government/speeches/prime-minister-on-isil-at-un-general-assembly> (дата обращения: 25.09.2015).
- <sup>17</sup> URL: <https://www.gov.uk/government/speeches/syria-refugees-and-counter-terrorism-prime-ministers-statement> (дата обращения: 25.09.2015).
- <sup>18</sup> URL: <https://www.gov.uk/government/news/eid-2015-david-camerons-message> (дата обращения: 25.09.2015).

**Образец для цитирования:**

Голубева Т. М. Лингвистические параметры стратегии легитимизации Евросоюза и делегитимизации Б. аль-Ассада в британском политическом дискурсе // Изв. Саратов. ун-та. Нов. сер. Сер. Филология. Журналистика. 2016. Т. 16, вып. 4. С. 392–396. DOI: 10.18500/1817-7115-2016-16-4-392-396.

УДК 81'276.6'42

## ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ СТРАТЕГИИ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ РЕЧЕВОЙ КОММУНИКАЦИИ ДОКТОРА И ПАЦИЕНТА (К вопросу о границах классификации)



**С. В. Майборода**

Саратовский государственный медицинский университет  
имени В. И. Разумовского  
E-mail: ameli25@yandex.ru

В статье рассматриваются варианты коммуникативных стратегий медицинского дискурса, определяются их лингвистические характеристики и место в общей классификации.

**Ключевые слова:** медицинский дискурс, вспомогательные коммуникативные стратегии.

### Accessory Strategies in Professional Speech Communication of a Doctor and a Patient (To the Issue of the Classification Borders)

**S. V. Mayboroda**

The article considers options of communicative strategies of medical discourse, their linguistic characteristics and the place in the general classification are identified.

**Key words:** medical discourse, accessory communicative strategies.

DOI: 10.18500/1817-7115-2016-16-4-396-401

Проблема организации эффективной коммуникации в сфере медицины приобретает в настоящее время особую актуальность в связи с изменением используемых в учреждениях здравоохранения моделей взаимодействия между врачом

и пациентом: принцип патернализма постепенно сменяется принципом сотрудничества<sup>1</sup>. От умения врача владеть словом, от уровня речевой культуры во многом зависит его профессиональная компетенция. В связи с этим язык медиков (прежде всего врачей-профессионалов), их речевое поведение является важным объектом современных лингвистических исследований. Особый интерес в изучении дискурса медицины вызывает система коммуникативных стратегий, присущих данному виду институционального общения. Различные варианты типологий стратегий и тактик представлены в работах отечественных и зарубежных исследователей, таких как В. И. Карасик, В. В. Жура, Л. С. Бейлинсон, Э. В. Акаева, М. И. Барсукова, Н. Ю. Сидорова, J. Heritage, D. W. Maynard, S. Fleischman, N. Ainsworth-Vaughn и многих других. Долгосрочная цель подобных работ – выработка основных принципов определения коммуникативных стратегий и тактик в рамках медицинского дискурса. Безусловно, это можно сделать лишь на основе обобщения большого эмпирического материала реальной профессиональной коммуникации.

Выявление различных целей речевого общения позволило объединять их в группы и классифицировать универсальные и специфические коммуникативные стратегии. Первичные цели общения лежат в основе когнитивного и коммуникативного процесса: «...изменить картину мира



пациента, убедить в необходимости определенного вида лечения, создать атмосферу психологического комфорта»<sup>2</sup>; вторичные – определяют выбор речевого материала и тип речевого поведения. Данный принцип дифференциации целей стал теоретической основой разделения коммуникативных стратегий на основные и вспомогательные. С точки зрения О. С. Иссерс, к **основным** (когнитивным) стратегиям относятся те, которые связаны с воздействием на адресата, его модель мира, систему ценностей, поведение; это могут быть стратегии информирования, дискредитации, подчинения и т. д. **Вспомогательные** стратегии, в свою очередь, способствуют эффективной организации диалогового взаимодействия и могут подразделяться на прагматические (построение имиджа, формирование эмоционального настроя), диалоговые (контроль над темой, контроль над инициативой) и риторические (привлечение внимания, драматизация)<sup>3</sup>. Данная типология коммуникативных стратегий вполне универсальна и применима ко всем сферам речевого производства, хотя и отличается предельной обобщённостью. Тем не менее, она активно используется для анализа определённых видов дискурсов и является основой для создания специфических типологий медицинского дискурса – классификаций Э. В. Акаевой, В. В. Журы.

Л. С. Бейлинсон отмечает, что типология стратегий того или иного вида институционального дискурса должна включать соответствующие социальному институту мотивы и цели, и предлагает классифицировать стратегии медицинского дискурса по специфике глобальных целей. Соответственно, основными стратегиями медицинского дискурса выступают диагностирующая, лечащая, рекомендуемая, а вспомогательными являются прагматические стратегии, целями которых обозначены коммуникативные намерения (объяснить, комментировать, убедить и проч.)<sup>4</sup>. Развивая данную концепцию, М. И. Барсукова и Н. Ю. Сидорова разработали типологии коммуникативных тактик медицинского дискурса, где под тактикой понимается совокупность речевых действий, выбираемых и выполняемых коммуникантами в той или иной последовательности для достижения глобальной цели общения<sup>5</sup>. Иными словами, «стратегии определяют глобальный уровень осознания ситуации общения в целом, тогда как тактики выступают как локальные риторические приемы»<sup>6</sup>.

Комплекс тактик, применяемых доктором при реализации основных и вспомогательных стратегий, достаточно широк, однако выбор определённых тактических действий зависит от следующих переменных: 1) стратегическая цель говорящего; 2) социально-психологические факторы; 3) персонологические качества личности говорящего; 4) уровень коммуникативной компетенции собеседников; 5) этап беседы. Примерами являются тактики сближения, убеждения, запроса

конкретной информации, угрозы, самопрезентации, утешения, объяснения, формирования хода мыслей, привлечения внимания, контроля, знакомства, обвинения, создания долговременных планов, умолчания, комплимента и др. Тактики, в свою очередь, реализуются при помощи разнообразных коммуникативных действий, или шагов (вопросительные высказывания, переспросы, уточнения, обращения и проч.). Реализация коммуникативных стратегий и тактик происходит спонтанно на основе *свободного выбора* оптимального в конкретной ситуации типа речевого поведения, направленного на достижение цели и обусловленного социальным контекстом и определёнными психологическими установками.

Тем не менее, на наш взгляд, количественные и качественные характеристики стратегий и тактик, применяемых в медицинском дискурсе, могут варьироваться за счёт изменений, происходящих в результате смены конфигурации медицинских практик и моделей коммуникативного взаимоотношения врача и пациента. Появление новых биотехнологий и стандартизация процесса диагностирования и лечения заболеваний приводит к смещению характера коммуникации «доктор – пациент» от стратегического к технологическому, и, следовательно, требуется лингвистическое уточнение характеристик стратегий и тактик в медицинском дискурсе. Анализ значительного материала расшифрованных записей реальных коммуникаций «доктор – пациент» позволил выделить массив примеров, не подпадающих под уже известные стратегии. Они отличаются комплексной реализацией и являются специфичными для современного медицинского дискурса. Мы дали им рабочее название *селективная* и *организующая*. Особенностью рассматриваемых стратегий является их стремление к технологичности и кодификации. Остановимся на этом подробнее.

Беседа доктора и пациента о жалобах и истории заболевания всё больше приобретает вид анкетирования, работы с опросными бланками или следования уже имеющемуся фиксированному алгоритму расспроса, что сближает понятия «стратегия» и «технология». Однако в отличие от стратегии, которая подразумевает свободный выбор говорящим тех или иных речевых действий для достижения коммуникативной цели, технология представляет собой спланированный и часто доведённый до автоматизма процесс общения, предполагающий выполнение чётко регламентированных правил и установок. «При помощи технологий конструирование мира лишается спонтанности и случайности, обеспечивается возобновляемость успешных действий, регулируются взаимоотношения между индивидом и группой. Технологичность предполагает кодификацию дискурса, которая включает в себя отбор необходимых типов дискурса на научных основаниях, в том числе и лингвистических, осознанное закрепление в памяти принципов по-



рождения технологически необходимого дискурса и автоматическое пользование им в зависимости от обстоятельств»<sup>7</sup>. Тем не менее, медицинский дискурс на данном этапе не является собственно технологией, он лишь заимствует некоторые специфические черты технологичности. В связи с этим уместно говорить скорее о «технологизированных» стратегиях, осознанное использование которых в медицинском дискурсе позволяет специалисту эффективно структурировать своё речевое поведение и достигать глобальных целей общения.

Селективная стратегия базируется на принципах дифференциации и ранжирования информации, получаемой доктором в процессе расспроса пациента. Базовые пункты обычно отражены в методических указаниях и схемах расспроса для различных нозологических форм. Целью селективной стратегии является упорядочение структуры основной (диагностирующей) стратегии. Поскольку жалоба – это всего лишь информация о «нездоровье» в интерпретации пациента, постольку в чистом виде она не может использоваться в

диагностическом процессе, так как для диагностической оценки любой жалобы доктору необходимо преобразовать ее в «симптом» (объективизированную жалобу с выявленным патогенезом или происхождением). Для диагностической оценки любой жалобы больному доктору необходимо не только иметь предварительные теоретические знания о симптоме, его причинах и происхождении, но и с помощью уточняющих вопросов дать полную характеристику жалобы с целью уточнения её патогенеза. Для реализации данной цели на этапе расспроса пациента доктор использует селективную стратегию, которая представляет собой алгоритм выявления и оценки жалоб больного с позиций «норма – патология», «основное – второстепенное». Система расспроса стандартизирована и выстроена по схеме: открытый вопрос о жалобах – уточнение жалоб – фокусирование и детализация характеристик отдельного симптома. В зависимости от цели и ожидаемого результата в процессе реализации селективной стратегии чередуются диалогические единства с различными типами вопросов, например:

Доктор	Пациент
Открытый вопрос. Цель – получение первичной информации о жалобах: <i>Какие жалобы?</i> <i>На что жалуетесь?</i> <i>Что вас привело сюда?</i> <i>Что вас беспокоит?</i>	Ответ. Результат – субъективно выраженное сообщение о наиболее важных проявлениях заболевания: <i>Болят под ложечкой, ещё отрыжка бывает и крутит живот. Всё время какой-то дискомфорт в желудке, уже и не знаю, что мне кушать</i>
Открытый вопрос. Цель – разделение всех жалоб на основные и неосновные: <i>А что из того, что вы сказали, вас больше всего беспокоит?</i>	Ответ. Результат – перегруппировка заявленных ранее жалоб: <i>Боль</i>
Закрытый вопрос (альтернативного типа). Цель – уточнение характеристик заявленных жалоб: <i>Какой характер боли: тянущая, режущая или ноющая?</i>	Ответ. Результат – выбор одной или нескольких характеристик из предложенных либо отрицание и представление собственной: <i>Тянущая.</i> <i>Нет, боль пекущая, как будто жжёт внутри</i>
Открытый вопрос. Цель – получение дополнительной информации о симптомах: <i>А что ещё вас беспокоит?</i> <i>А в чём проявляется дискомфорт?</i>	Ответ. Результат – субъективно выраженное сообщение о других проявлениях заболевания: <i>Ещё бывают проблемы со стулом.</i> <i>Ну, тяжесть в желудке, тошнота</i>
Общий или закрытый вопрос. Цель – выявление наличия конкретных симптомов, характерных для предполагаемого заболевания: <i>А рвота бывает?</i> <i>А что ещё вас беспокоит: рвота, тошнота, изжога или отрыжка?</i>	Ответ. Результат – выбор ответа из нескольких предложенных вариантов, подтверждение либо отрицание: <i>Да, иногда бывает рвота. / Нет (не бывает).</i> <i>Тошнота и отрыжка</i>

Для того чтобы убедиться в правильном понимании больным смысла тех жалоб, о которых он сообщает, или терминов (особенно медицинских), которые он употребляет, доктор часто прибегает к уточняющим фразам, а также аналогиям: *Вот вы сказали: дискомфорт в груди, а в чём именно он проявляется?; Вы говорили, что моча была бесцветная. Она была бесцветная, как вода?* В

случаях, когда пациент затрудняется с ответом, врач задает наводящий вопрос.

Комплекс тактик селективной стратегии не отличается разнообразием: основными являются тактики запроса конкретной информации и самопрезентации.

Одновременно с селективной в ходе общения реализуется второстепенная стратегия, связанная



с лингвистической категорией коммуникативной инициативы, – *организующая стратегия*. Важную роль в её реализации играет понятие типа языковой личности участников дискурса: соотношение его коммуникативного поведения, коммуникабельности, социального статуса, психологического типа личности, коммуникативных способностей, привычек, через которые раскрываются его психологические и социальные качества. Именно они обуславливают исполнение говорящим более или менее стереотипных способов поведения и взаимодействия в ситуациях общения.

Следует подчеркнуть, что, вступая в коммуникацию, индивиды начинают её, как правило, с разными установками, целями, эмоциями. В силу этого само начало взаимодействия и его ход характеризуются разной степенью участия коммуникантов, их вовлечённости в общение, неодинаковой заинтересованностью, разной императивностью: кто-то владеет коммуникативной инициативой, и именно его /её /их ходы в общении определяют и предписывают пути развития дискурса<sup>8</sup>. Умением регулировать динамику коммуникативной инициативы, способностью манипулировать названными выше процессами и отличается социально-психологический лидер в группе. Соглашаясь с мнением М. Л. Макарова о том, что коммуникативная инициатива, как дискурсивно-психологический фокус, актуализирует разнообразные аспекты коммуникативной и социальной компетенции разных типов языковых личностей и их коммуникабельности, но может не совпадать с проигрыванием ими в диалоге соответствующих ролей, мы предполагаем, что в устном медицинском дискурсе, при реализации организующей стратегии, доктор в качестве социально-психологического лидера, институционально наделённого властью, предписывает коммуникативную перспективу дискурса, а также определяет для себя степень владения коммуникативной инициативой. На протяжении всего этапа расспроса о жалобах и осмотра пациента доктор эксплицитно или имплицитно управляет ходом дискурса и строго контролирует его тематику.

Начало этапа расспроса строго ритуализировано, т. е. маркировано посредством особого инициального диагностического запроса информации: *Что вас беспокоит? / Какие жалобы? / На что жалуетесь?* Ритуалы являются важной составляющей жизни любого общества, так как несут в себе чёткие коммуникативные указания. В силу того, что «во всех видах ритуализированных последовательностей существует прогнозирующая сила, делающая последующий речевой акт вероятным, необходимым»<sup>9</sup>, общий вопрос открытого типа предоставляет пациенту право свободно высказаться. «Если заданы контекст и <...> тема, говорящий будет пользоваться этой темой как ключом к поиску релевантных моделей, относящихся к данной теме. <...> Текстовая база содержит лишь ту информацию, которая является

необходимой в данном актуальном контексте, хотя <...> спонтанная речь может включать внешне “избыточную” (повторяющуюся, выводимую) информацию»<sup>10</sup>. Вербальный компонент ритуализированного медицинского дискурса проявляется также в «стандартизации процедуры самого общения, клишированности используемых речевых формул»<sup>11</sup>.

Информация, которую предоставляет пациент, может быть по-разному структурирована в зависимости от его коммуникативных привычек и предпочтений или понятия о релевантности данной структуры контексту, ситуации. Примерами таких структур могут быть: 1) одна жалоба; 2) простое перечисление нескольких жалоб; 3) перечисление жалоб с описанием их характеристик; 4) нарративные структуры различного объёма. Выбор структуры ответа на инициальный вопрос о жалобах зависит от коммуникабельности, речевой компетенции пациента, а также дискурсивного контекста (ограничений во времени, количества участников и обстановки). Исходя из структуры ответа пациента, доктор выбирает для себя позицию либо инициатора в процессе обмена репликами (эксплицитное управление ходом дискурса), либо активного слушателя (имплицитное управление). В данном случае вопрос является предписывающим инициативным ходом, занимающим начальную позицию в структуре обмена репликами. Приводимый ниже диалог доктора и матери больного ребёнка иллюстрирует вариант начального этапа расспроса, когда ответ на вопрос о жалобах представляет собой короткое повествование, исходя из которого, доктор выстраивает последующую цепочку уточняющих вопросов, руководствуясь принципами селективной стратегии:

*Д. Что случилось? Всё-всё рассказывайте.*

*М. Была очень высокая температура весь день, а к вечеру вообще поднялась до сорока. Мы испугались, вызвали «скорую».*

*Д. Высокая – это какая?*

*М. Тридцать девять, тридцать девять и пять. А ещё появился кашель, странный такой – как будто подавился. Я никогда раньше не слышала такой кашель.*

*Д. Хриплый такой, да? Лающий?*

*М. Да. Ужасный кашель.*

*Д. А горлышко смотрели?*

*М. Да, смотрела. Горло сначала было просто красное, а потом как будто заложенное стало.*

*Д. Рыхлое такое, да?*

*М. Да.*

В самом начале диалога доктор предоставляет собеседнице право на владение коммуникативной инициативой и возможность построения развёрнутого повествования (*Всё-всё рассказывайте*) и берёт на себя роль активного слушателя, время от времени переспрашивая и уточняя услышанное. Для представленного типа расспроса характерно наличие как собственно вопросов (*А горлышко*





смотрели?), так и уточняющих вопросов (*Высокая – это какая?*), обусловленных предшествующим течением нарративного дискурса и выполняющих функцию детализации характеристик жалоб. Интересным представляется тот факт, что, на первый взгляд, в диалоге, где один из участников что-то рассказывает, а другой переспрашивает и уточняет, инициативой владеет рассказчик, а не автор переспросов, однако если посмотреть на это с другой стороны, то можно заметить, что переспросы и уточнения являются показателями имплицитно выраженного управления ходом дискурса и скрытой борьбы за коммуникативную инициативу, так как их функция заключается в том, что они заставляют автора предыдущей реплики не только повторить и подтвердить адекватность восприятия, но также предоставить дополнительную информацию или даже сменить тематику.

Важной особенностью организующей стратегии дискурса является определение динамики коммуникативной инициативы и пути развития темы. Отношение разных участников разговора к обсуждаемой теме часто не совпадает: что важно и интересно одному коммуниканту, неохотно обсуждается другим или даже может вызывать негативные реакции. Иногда в ходе беседы пациент настойчиво старается завладеть коммуникативной инициативой: ему хочется поговорить, для него важен сам процесс коммуникации, а не результат. С позиций социальной психологии лидером в тандеме «доктор – пациент» считается доктор (по превосходству энциклопедических, лингвистических знаний), но иногда создаётся впечатление, что в процессе повествования о заболевании пациент в большей степени предопределяет ход коммуникации и её тематику, т. е. владеет коммуникативной инициативой. На самом деле это возможно только в той мере, в какой позволяет доктором: он фактически в любой момент может изменить ход интеракции и взять инициативу в свои руки, руководствуясь принципами селективной стратегии и реализуя стратегию организующую. Следовательно, доктор, как социально-психологический лидер, регулирует динамику коммуникативной инициативы, контролирует тональность общения, коммуникативную дистанцию и релевантность информации и обладает возможностью и полномочиями управлять этими процессами.

Основными тактиками организующей стратегии являются: формирование хода мыслей пациента, переспрос, уточнение, контроль над темой диалога, «честь мундира», поддержание или перехват инициативы, реквестивные и императивные речевые действия (просьба, требование, приказ). Так, социально-психологическое лидерство врача выражено включением в ход дискурса вопросов и просьб инициативного характера, тематически не связанных с предшествующей репликой пациента, но релевантных глобальной теме расспроса о жалобах при данном заболевании. Кроме эксплицитной смены локальной темы, имплицитным

маркером перехвата коммуникативной инициативы может выступать подхват, завершающий чужой коммуникативный ход, который как бы присваивается новым говорящим. Этот приём предписывает тип следующего хода и плавную смену темы разговора, например: *П. На этом всё мое лечение закончилось. Шесть недель я пролежал... / Д. (подхватывает) ... а потом немножко времени дома, а потом к нам? Кто ваш лечащий врач? / П. – Иванова. Она молодец – лекарства мне даёт.*

В организующей стратегии важную роль играют вопросительные высказывания, которые кроме собственно запроса конкретной информации выполняют функции выражения интереса к речи собеседника, возбуждения и поддержания внимания слушателя, контроля понимания, проверки искренности собеседника. Вопросы, решающие указанные задачи, являются метакоммуникативными и могут разделяться на вопросы-уточнения, переспросы, констатирующие вопросы, вопросы-ретроспекторы (отсылающие к сказанному ранее), вопросы-реакции, сигнализирующие о внимании или удивлении, вопросы-стимулы и проч.<sup>12</sup>. Приведём примеры метакоммуникативных вопросительных высказываний:

1. Вопрос-уточнение: – *Был насморк? / – Нет, насморка не было. / – Не было, да? / – Кашель только был; – Никаких несвежих продуктов не употреблял? / – Нет. / – Нет, не употреблял? Это точно? / – Точно; – Когда рука приняла такое положение? / – Вот это? / – Да. / – Да когда лежал.*

2. Вопросы-стимулы: – *Да, да... И что было потом?; – Вы уже были у хирурга? / – Да, были. / – И-и? / – И нам сказали сделать ФГС.*

3. Вопросы, сигнализирующие о повышенном внимании или удивлении: – *Неужели?; – Что вы говорите?!; – Серьёзно?; – Да?; – Да вы что?!*

4. Вопросы, контролирующие понимание: – *Видите, как надо капать? Понятно?; – Что дальше делать, помните?*

5. Констатирующие вопросы с финальной реактивной частицей: – *Видела, вы шли с палочкой, да?; – Значит, антибиотик пропили, так?*

6. Вопросы-ретроспекторы: – *Вот вы говорили, вас беспокоит изжога, а когда она появляется?; – И ещё кашель, говорите?*

Приведённые примеры показывают, что метакоммуникативные вопросы выполняют функцию движения диалога, являются частью развёрнутых единств (два и более речевых шага), структура которых может быть представлена как различные сочетания общих и специальных вопросов и соответствующих ответов. Переспросы и вопросы-ретроспекторы, а также констатирующие вопросы могут являться маркерами повышенного интереса говорящего к отдельным частям информации и становиться отправной точкой в развитии новой части беседы, например: – *А насморк, вы говорили, есть? Сильный? В то же время подобные вопросы могут быть просьбой подтвердить, уточ-*



нить или повторить ранее сказанное – например, если собеседник не расслышал, не понял смысла предыдущей фразы или сомневается в искренности оппонента. Так, например, один и тот же вопрос в разных вариациях может повторяться на различных этапах диалога (*А какая температура?; Вы говорили, была **какая** температура?; Значит, когда вы измерили, какие были показания?*).

Типичными средствами реализации организующей стратегии, а именно тактики движения диалога, являются реплики-«эх», которые одновременно выступают «заполнителями пауз», в то время как говорящий анализирует полученную информацию и обдумывает следующий вопрос, и выражением эмпатии, внимания к словам пациента:

*Д. Как изменилось поведение ребенка?*

*М. Вялый стал.*

*Д. Стал вяленьким. Когда он стал вяленьким? Раньше, чем начал болеть живот, или позже?*

*М. Позже.*

*Д. Позже. Как-то изменился его аппетит, он перестал играть, перестал кушать?*

Таким образом, какими бы коммуникативными качествами ни обладал пациент, доктор явно или скрыто владеет инициативой в разговоре и организует процесс дискурса. Для этого в его распоряжении имеются разнообразные языковые средства: различные типы вопросов, повторы, просьбы, требования и проч.

Анализ современных исследований медицинского дискурса последнего десятилетия показывает, что проблема стратегического планирования речи и реализации стратегий в дискурсе все еще актуальна. Система коммуникативных стратегий и тактик медицинского дискурса способна варьироваться и дополняться новыми компонентами в зависимости от смены социальных условий и дискурсивных практик. Вспомогательные стратегии, выполняющие роль структурирования и организации диагностирующей стратегии, характеризуются комплексностью реализации. Селективная стратегия имеет тенденцию к стандартизации и

кодификации; одновременно с ней реализуется организующая стратегия, выполняющая прагматические функции и обладающая широким диапазоном речевых средств.

## Примечания

- 1 См.: Колягин В. Коммуникации в медицине. Основы транзакционного анализа : пособие для врачей. Иркутск, 2012.
- 2 Акаева Э. Коммуникативные стратегии профессионального медицинского дискурса : дис. ... канд. филол. наук. Омск, 2007. С. 7.
- 3 См.: Иссерс О. Коммуникативные стратегии и тактики русской речи. 5-е изд. М., 2008.
- 4 См.: Бейлинсон Л. Характеристики медико-педагогического дискурса (на материале логопедических рекомендаций) : дис. ... канд. филол. наук. Волгоград, 2001.
- 5 См.: Барсукова М. Медицинский дискурс : стратегии и тактики речевого поведения врача : дис. ... канд. филол. наук. Саратов, 2007 ; Сидорова Н. Коммуникативное поведение неравнозначных субъектов медицинского дискурса : на материале немецкого языка : дис. ... канд. филол. наук. Волгоград, 2008.
- 6 Гойхман О., Надеина Т. Основы речевой коммуникации : учебник для вузов. М., 1997. С. 193.
- 7 Плотникова С. Стратегичность и технологичность дискурса // Лингвистика дискурса-2 : Вестн. ИГЛУ. Сер. Лингвистика и межкультурная коммуникация. Иркутск, 2006. № 3. С. 97.
- 8 См.: Макаров М. Основы теории дискурса. М., 2003.
- 9 Дейк Т. А. ван. Язык. Познание. Коммуникация : сб. работ / сост. В. В. Петрова ; пер. с англ. под ред. В. И. Герасимова ; вступ. ст. Ю. Н. Караулова, В. В. Петрова. М., 1989. С. 35.
- 10 Там же. С. 172.
- 11 Жура В. Дискурсивная компетенция врача в устном медицинском общении : автореф. дис. ... д-ра филол. наук. Волгоград, 2009. С. 9.
- 12 См.: Андреева С. Трансформация вопросительных высказываний в речевом общении // Вопросы стилистики : межвуз. сб. науч. тр. Вып. 27. Саратов, 1998. С. 94–103.

## Образец для цитирования:

Майборода С. В. Вспомогательные стратегии в профессиональной речевой коммуникации доктора и пациента (К вопросу о границах классификации) // Изв. Саратов. ун-та. Нов. сер. Сер. Филология. Журналистика. 2016. Т. 16, вып. 4. С. 396–401. DOI: 10.18500/1817-7115-2016-16-4-396-401.