

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ  
ФЕДЕРАЦИИ  
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«ПЕРМСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ  
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

*На правах рукописи*

**Богатикова Евгения Павловна**

**КОММУНИКАТИВНЫЕ ТАКТИКИ ЭЛЕКТРОННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ  
КОНСУЛЬТАЦИИ В КОГНИТИВНО-ДИСКУРСИВНОМ АСПЕКТЕ**

Специальность 10.02.19 – теория языка

Диссертация

на соискание учёной степени

кандидата филологических наук

Научный руководитель:  
доктор филологических наук, профессор  
Мишланова Светлана Леонидовна

Пермь

2022

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
Глава 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ЭЛЕКТРОННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ .....	10
1.1. Медицинский дискурс как объект лингвистических исследований .....	10
1.2. Медицинский дискурс как тип институционального дискурса.....	13
1.3. Медицинская консультация как разновидность медицинского дискурса	16
1.3.1. Медицинская коммуникация 2.0: электронная консультация и определяющие её экстралингвистические параметры .....	23
1.3.2. Модели взаимоотношений между врачом и пациентом .....	30
1.4. Электронная консультация в медицинском дискурсе: макродискурс и микродискурс .....	39
1.5. Электронная медицинская консультация как трансдискурсивное пространство.....	46
1.6. Коммуникативные стратегии и тактики как конструктивные категории взаимодействия врача и пациента в рамках электронной консультации .....	49
Выводы по главе 1.....	54
Глава 2. МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ЭЛЕКТРОННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ.....	56
2.1. Описание материала согласно теории макро- и микродискурса.....	56
2.2. Методология исследования электронной медицинской консультации....	60
2.3. Стратегия идентификации медицинской проблемы и её языковая импликация на примере диалогов электронной медицинской консультации	64
2.4. Методика определения коммуникативных тактик в контексте стратегии идентификации медицинской проблемы .....	67
Выводы по главе 2.....	72
Глава 3. РЕАЛИЗАЦИЯ КОММУНИКАТИВНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ В ЭЛЕКТРОННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ ПОСРЕДСТВОМ КОММУНИКАТИВНЫХ ТАКТИК И СЕМАНТИЧЕСКИХ	

ТРАНСФОРМАЦИЙ .....	74
3.1. Особенности коммуникативного поведения участников общения в ходе электронной медицинской консультации.....	74
3.2. Репрезентация электронной коммуникации на макроуровне: тактики пациента и врача.....	81
3.2.1. Коммуникативные тактики пациента.....	83
3.2.2. Коммуникативные тактики врача.....	92
3.3. Семантические трансформации в реализации медицинской коммуникации пациентом и врачом.....	102
3.3.1. Генерализация .....	104
3.3.2. Конкретизация.....	109
3.3.3. Повтор .....	112
Выводы по главе 3.....	123
ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....	125
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ .....	133
Приложение 1. Коммуникативные тактики и семантические трансформации в диалоговых единствах пациента и врача. ....	150
Приложение 2. Соотношение коммуникативных тактик и семантических трансформаций. ....	214

## ВВЕДЕНИЕ

Настоящая работа посвящена изучению электронной медицинской коммуникации с учетом специфики коммуникативных стратегий и тактик, а также трансформаций, актуализирующих их на семантическом и языковом уровнях. Исследование выполнено в русле когнитивно-дискурсивной парадигмы современной лингвистики, основным принципом которой является рассмотрение языковых явлений во взаимосвязи с человеком, его деятельностью и мышлением.

**Дискурс** – это вербально опосредованная деятельность в профессиональной сфере [Алексеева, Мишланова 2002], и продукт этой деятельности – совокупность текстов на заданную тему [Карасик 2002]. Поскольку в дискурсе участвуют субъекты разной степени профессионализации (от непрофессионала до эксперта<sup>1</sup>), большую роль играет медиация знания. Семантические механизмы такие как генерализация, конкретизация и повтор являются универсальными когнитивными механизмами, обеспечивающими взаимодействие разных типов знания, разных концептуальных областей [Lakoff, Johnson 2008], диалога специалистов и неспециалистов.

**Актуальность** исследования обусловлена фактами отсутствия исследований медицинского дискурса с учетом коммуникативного поведения пациента в паре с врачом, как целостного феномена; а также отсутствием комплексной методики анализа электронной медицинской коммуникации в разрезе макро- и микроуровней дискурса.

В основу исследования положена **гипотеза**, согласно которой

---

<sup>1</sup> В настоящем исследовании понятия «эксперт» и «неэксперт» соотносятся со смежными понятиями «профессионал» и «непрофессионал», «специалист» и «неспециалист». В англоязычной традиции можно встретить соответствующие понятия: «specialist» - «non-specialist», «expert», «non-expert»/«layperson».

объективация медицинской проблемы в ходе электронной коммуникации осуществляется пациентом и врачом коммуникативными, семантическими и вербальными элементами по-разному.

**Объектом** исследования послужили коммуникативные тактики электронной медицинской консультации. **Предметом** исследования стали их структурно-семантические характеристики.

**Цель работы** заключается в изучении электронной медицинской консультации как лингвокогнитивного феномена в аспекте коммуникативных и лексико-семантических особенностей.

**Задачи** сформулированы в соответствии с целью и предполагают:

- 1) изучение теоретико-методологических основ исследования медицинского дискурса как институционального;
- 2) описание особенностей коммуникации между неспециалистом (пациентом) и специалистом (врачом) внутри институционального дискурса;
- 3) уточнение понятий коммуникативной стратегии и коммуникативной тактики, дифференцирование существующих типологий, разработку принципов анализа стратегий и тактик дискурса;
- 4) определение электронной медицинской консультации и ролей её участников;
- 5) выделение лингвистических и экстралингвистических факторов, формирующих функционирование электронной медицинской консультации;
- 6) анализ медицинской консультации как типа дискурса с точки зрения макро- и микроуровня;
- 7) описание коммуникации между неспециалистом и специалистом на трех уровнях: прагматическом, когнитивном, языковом;
- 8) сопоставление и интерпретацию полученных на каждом уровне результатов.

**Методы и приемы** исследования определяются его целью и задачами.

Были задействованы общенаучные методы, такие как моделирование, индукция, дедукция, анализ, синтез, описание, сравнение, сопоставление. Исследование предполагает применение лингвистических методов, среди которых можно выделить дискурс-анализ, концептуальный анализ, деривационный анализ; приемов контент-анализа, заключающихся в выявлении семантических и вербальных компонентов и прагматических факторов, характерных для данного типа коммуникации, а также количественных методов для выявления частоты исследуемых явлений. В работе также использовался корпусный метод с целью анализа большого объема дискурса и выявлении превалирующих в нем паттернов.

**Материалом** исследования являются диалоговые единства, содержащие описание медицинской проблемы. Источником материала исследования послужили диалоги между пациентами и врачами в ситуации электронной медицинской консультации.

**Теоретическую базу** исследования составили работы в области теории и анализа дискурса (Арутюнова 1990, Дейк ван 2000, Кубрякова 2000, Алексеева, Мишланова 2002, Карасик 2002, Макаров 2003, Кибрик 2003); исследования в области лингвистической прагматики (Баранов, Крейдлин 1992, Леонтьев 2005, Дементьев 2006, Бергельсон 2014); теории и методологии коммуникативных стратегий и тактик (Акаева 2007, Иссерс 2008, Невзорова 2017, Волкова 2021, Майборода 2021), типологии знания и медиации знания (Суворова 2019, Jucks 2017, Engberg 2018, van Dijk 2004, 2014). Междисциплинарный характер работы обусловил повышенное внимание к исследованиям по теории медицинского дискурса С. Л. Мишлановой, В. В. Журь, С. И. Маджаевой, Л. В. Бейлинсон, Э. В. Акаевой, R. Jucks, E. Semino. Предпосылками для данной работы явились также идеи, относящиеся к проблеме взаимоотношений врача и пациента с точки зрения деонтологии (Roter, Hall 1988, Витч 1994, Emanuel 2002), социологии и психологии медицины (Stoeckle 1987, Turner 1995, Mittman 2001, Jucks 2007).

**На защиту выносятся следующие положения:**

1. Электронная медицинская консультация – тип дискурса, в котором происходит коммуникация двух статусно-неравных участников, обладающих разными уровнями знания о медицинской проблеме.

2. Электронная медицинская консультация представляет собой стратегии и коммуникативные тактики, раскрывающих её. Стратегии и тактики соответствуют макроуровню дискурса.

3. Коммуникативные тактики электронной медицинской консультации реализуются за счет семантических трансформаций, соответствующих микроуровню дискурса.

4. Коммуникативные тактики электронной медицинской консультации осуществляются при помощи семантических трансформаций, таких как генерализация, конкретизация, повтор, которые объективируются в тексте лексически и грамматически.

5. Генерализация, как способ репрезентации знания о медицинской проблеме, превалирует на фоне других семантических трансформаций в коммуникативных тактиках электронной медицинской консультации.

6. Главной целью конкретизации является представление релевантной узкоспециальной медицинской информации.

7. Повтор используется специалистом как механизм лексико-семантической адаптации. С его помощью осуществляется «лексическое выравнивание», способствующее индивидуализации ответа врача на вопрос каждого отдельного пациента.

**Теоретическая значимость** определяется тем, что в работе выполнен комплексный анализ коммуникативной стратегии и тактик коммуникативного поведения пациентов и врачей. Данная стратегия и тактики описываются не только с точки зрения целей коммуникации и в аспекте взаимодействия, но и в когнитивно-дискурсивном аспекте, где важным является не только то, *почему* применяются та или иная тактика, но и то *как* она реализуется.

**Практическая значимость** заключается в возможности дальнейшего использования результатов исследования, которые вносят вклад в разработку решений задач коммуникативной лингвистики, расширяют знания о закономерностях коммуникации между специалистом и неспециалистом и методах их анализа. Результаты и выводы исследования могут быть использованы в теоретических и практических курсах по теории дискурса, семантике, когнитивной лингвистике, лингвистике текста, медицинской лингвистике и профессиональной коммуникации.

**Новизна** работы представлена тем, что впервые проводится анализ коммуникации между врачом и пациентом с учетом пациента, как ведущего субъекта в коммуникации, чьи коммуникативные тактики могут влиять на коммуникативную деятельность врача. Медицинский дискурс, представленный диалогическим единством пациента и врача, моделируется относительно макроуровня, представленного стратегиями и тактиками, и относительно микроуровня с точки зрения семантико-языкового аспекта.

**Апробация работы.** Основные положения диссертации были изложены в ходе выступлений на заседаниях кафедры лингводидактики Пермского государственного национального исследовательского университета; в виде докладов на Международной летней школе когнитивной лингвистики, Бангорский университет, г. Бангор, Великобритания (22-26 июля 2013); XIV Международной конференции «Когнитивное моделирование в лингвистике. CLM-2013», Милано-Мариттима, Италия (14-21 сентября 2013); Международной научной конференции «CERLIS 2014. The Language of Medicine», университет г. Бергамо, Италия (19-21 июня 2014); Международной научной конференции «Дискурс как социальная деятельность: приоритеты и перспективы», МГЛУ, г. Москва (16-17 октября 2014); всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Иностранные языки и литературы в контексте культуры», г. Пермь, ПГНИУ (2014, 2015, 2017, 2018, 2022 гг.). Основные положения диссертации отражены в 14 публикациях, 5 из



которых опубликованы в научных изданиях, включенных в реестр ВАК РФ.

**Структура диссертации.** Работа состоит из введения, трёх глав, заключения и списка использованной литературы из 191 наименования, двух приложений. Работа изложена на 216 страницах и содержит 1 таблицу и 11 рисунков.

## **Глава 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ЭЛЕКТРОННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ**

### **1.1. Медицинский дискурс как объект лингвистических исследований**

Определение медицинского дискурса следует начать с определения самого дискурса, поскольку сложность и многогранность его как объекта изучения обусловили его постоянное пребывание в центре внимания исследователей различных научных направлений, а это, в свою очередь, послужило источником появления различных теорий.

Современный взгляд на дискурс представляет собой результат взаимодействия двух параллельно развивавшихся направлений изучения этого сложного явления – социально-философского и лингвистического. В философских и социальных науках понимание дискурса, как правило, связано с работами французского исследователя М. Фуко и Н. Фэрклафа. М. Фуко определял дискурс как «социальное конструирование реальности, форму знания» [Foucault 1977]. Согласно его концепции дискурс выступает как продукт исторических, социальных и институциональных преобразований, потенциально бесконечное множество значений, которые может продуцировать любая языковая система, и, таким образом, является отражением социально обусловленных смыслов. Н.Фэрклаф определяет дискурс как часть социальной практики, социальной активности субъекта в его профессиональной деятельности и использование им соответствующего языка. Дискурс в таком случае представляет собой часть идентичности, и может быть проанализирован через этапы описания, интерпретации и объяснения [Fairclough 1993]. Такая методика позволяет соединить социальные практики с лингвистическими факторами.

В Лингвистическом энциклопедическом словаре дискурс рассматривается как «связный текст в совокупности с экстралингвистическими, прагматическими, социокультурными, психологическими и другими

факторами; текст, взятый в событийном аспекте; речь, рассматриваемая как целенаправленное социальное действие, как компонент, участвующий во взаимодействии людей и механизмах их сознания (когнитивных процессах)» [Лингвистический энциклопедический словарь 2002].

В прагматическом видении теории дискурса особый акцент делается на речевой ситуации и на участниках речи – говорящем и слушающем: «Одной своей стороной дискурс обращен к прагматической ситуации, которая привлекается для определенной связности дискурса, его коммуникативной адекватности, для выяснения его импликаций и пресуппозиций, для его интерпретации. Другой своей стороной дискурс обращен к ментальным процессам участников коммуникации: этнографическим, психологическим и социокультурным правилам и стратегиям порождения и понимания речи в тех или других условиях (англ. *discourse processing*), определяющих необходимый темп речи, степень ее связности, соотношение общего и конкретного, нового и известного, субъективного (нетривиального) и общепринятого, эксплицитного и имплицитного в содержании дискурса, меру его спонтанности, выбор средств для достижения нужной цели, фиксацию точки зрения говорящего и т.п.» [Языкознание. Большой энциклопедический словарь 1998].

Такое понимание дискурса, в том числе, стало известно благодаря работам Т. А. ван Дейка: «Дискурс – это существенная составляющая социокультурного взаимодействия, характерные черты которого – интересы, цели, стили. Изменения и ограничения находят свое проявление в дискурсе в виде определенных тематических репертуаров. Своеобразное ограничение – ограничение, накладываемое сферой деятельности» [Дейк ван 1989: 53].

Анализируя основные идеи, входящие в диапазон исследования понятия «дискурс», можно выделить основную мысль: дискурс учитывает параметры взаимодействия «говорящего-слушающего», естественно-ситуативный характер речи/текста, зависимость текста/речи от социального контекста (в широком смысле), порядок организации выражений, значений и действий (стратегии), основная единица дискурса – социальный акт [Алексеева, Мишланова 2002: 36;

Дейк ван 1989].

Нельзя не согласиться с тем, что явление дискурса масштабное, оно охватывает все сферы деятельности человека и может воплощаться в виде любых высказываний, существующих в письменной, устной форме и в мыслительной деятельности. Так, например, дискурсом могут быть различные научные и учебные материалы, научно-популярные программы на телеканалах, деловая переписка, диалоги врачей и пациентов, содержание медицинских карт и истории болезней.

Данная работа выполнена в рамках когнитивно-дискурсивного подхода, где дискурс будет рассматриваться как «связный текст в совокупности с экстралингвистическими, прагматическими, социокультурными, психологическими и другими факторами», как «речь, погруженная в жизнь» [Арутюнова 1990: 36].

К медицинскому дискурсу как к одному из самых популярных видов дискурса, а конкретно – к взаимоотношениям врача и пациента, в лингвистике обращались многие учёные, в том числе С. Л. Мишланова, В. В. Жура, М. И. Барсукова, Р. Водак, С. Фишер, Э. В. Акаева, Л. С. Бейлинсон, Е. В. Волкова и другие.

Рассмотрим в этом параграфе понятие медицинского дискурса более детально. В зарубежной лингвистике есть достаточное количество исследований, посвященных медицинскому дискурсу [Jucks, Bromme 2007, 2017; Semino 2017; Roter, Hall 2006]. В отечественной лингвистике медицинский дискурс также является предметом исследований. Проблемам профессионального общения врачей посвящены работы С. Л. Мишлановой, Л. С. Бейлинсон, В. В. Журы, [Мишланова 2002; Бейлинсон 2001; Жура 2008].

Изучение медицинского дискурса находится на пересечении интересов различных дисциплин – лингвистики в широком ее понимании и когнитивной лингвистики, психологии и социологии, этики и деонтологии. К медицинскому дискурсу исследователи относят официальное и неофициальное общение врачей с коллегами и младшим персоналом, выступление ученых-медиков на

научных конференциях и симпозиумах, общение врачей с пациентами и их родственниками, записи в медицинских картах пациентов, истории болезни.

В нашей работе анализу подвергается только общение врача с пациентом в рамках электронной медицинской консультации. Такое общение представляет собой один из видов институционального (медицинского) дискурса, при котором пациент дистанционно обращается за помощью в разрешении медицинской проблемы к врачу на сайте, предоставляющем интернет-опосредованное консультирование.

Таким образом, под медицинским дискурсом в нашем исследовании понимается единство языковой деятельности и её результата, то есть текста. Медицинский дискурс включает также процессы его создания и понимания. К медицинскому дискурсу относим также медицинское интернет-консультирование, представляющее собой коммуникацию пациента и врача как процесс передачи и усвоения знания.

## **1.2. Медицинский дискурс как тип институционального дискурса**

Изучая медицинский дискурс в рамках нашей работы, следует определить его, в первую очередь, как тип статусно-фиксированного общения. Главное отличие институционального дискурса от других разновидностей коммуникации (бытовой, например) состоит в том, что общение изначально включено в контекст профессиональной деятельности. Ведущими категориальными признаками профессиональной деятельности, в свою очередь, являются результативность, целенаправленный характер и общественная значимость. Цели общения напрямую связаны с задачами профессиональной деятельности (оптимальная организация взаимодействия в процессе деятельности; создание, сохранение; обработка и переработка информации; оценка деятельности для повышения ее эффективности; трансляция информации; поддержание кооперативных и корпоративных характеристик

деятельности) [Голованова 2011: 32-35].

«Признаки институциональности фиксируют ролевые характеристики агентов и клиентов институтов, типичные хронотопы, символические действия, трафаретные жанры и речевые клише. Специфика институционального дискурса раскрывается в его типе, т.е. типе общественного института, который в коллективном языковом сознании обобщен в ключевом концепте этого института (например, медицинский дискурс – здоровье), связывается с определенными функциями людей, общественными ритуалами и поведенческими стереотипами» [Карасик 2000: 12].

Вслед за В. И. Карасиком, разработавшим отечественную методологию институционального дискурса, Л. С. Бейлинсон, В. В. Жура, М. И. Барсукова и другие исследователи определяют медицинский дискурс как один из типов институционального дискурса, то есть специализированную клишированную «разновидность общения между людьми, которые могут не знать друг друга, но должны общаться в соответствии с нормами данного социального института» [Олешков 2006: 123]. Ядром институционального дискурса является общение базовой пары участников коммуникации, при этом наблюдается дискурсивная асимметрия общения, включающая в себя как тезаурусную, так и социально-статусную асимметрию врача и пациента [Жура 2008; Мишланова 2002: 17].

В соответствии с комплексом системообразующих признаков институционального дискурса, разработанным М. Ю. Олешковым, и с учётом специфических признаков, присущих дискурсу в сфере медицины, медицинский дискурс определяется как институциональный на основании следующих параметров:

- 1) общение базовой пары участников: врача и пациента;
- 2) локализованный хронотоп: ситуации медицинских консультаций, происходят, как правило, в лечебном учреждении в регламентированном порядке;
- 3) наличие конвенционально обусловленной в рамках данного социального института цели, которая заключается в идентификации и

разрешении медицинской проблемы;

4) ритуальность дискурса: приветствие, сбор анамнеза, физикальное обследование, постановка дифференциального диагноза и т.п.;

5) реализация в типовых ситуациях интенционально «закреплённых» речевых стратегий и тактик: опрос пациента, активное слушание пациента, рекомендации по профилактике и лечению и т.п.;

6) ограниченная номенклатура жанров: жалоба, семейный анамнез, история настоящей болезни, рекомендация и т.п. [Олешков 2006; Бейлинсон 2001; Барсукова 2007; Жура 2008].

Ввиду того, что медицинский дискурс как часть коммуникативной деятельности, обусловленной социальными целями и конвенциями, объединяет не только экстралингвистические компоненты профессиональной коммуникации, но и речевую деятельность, актуальным является исследование данного феномена с точки зрения речевого поведения участников общения. Основываясь на результатах имеющихся исследований по когнитивной лингвистике и прагмалингвистике отечественных и зарубежных ученых, можно сказать, что целями коммуникации врача и пациента являются:

- когнитивная цель, которая обращена к ментальным механизмам адресата речевого сообщения: изменение картины мира пациента [Акаева 2007; Bromme, Jucks 2017];

- дискурсивные цели: диагностирование, лечение, рекомендация, то есть получение, анализ и синтез информации о жалобах пациента для постановки диагноза, лечения и устранения патологического состояния у пациента [Бейлинсон 2001; Semino 2017];

- коммуникативные цели: запрос и получение информации, информирование, рекомендация, объяснение, аргументация и пр. [Барсукова 2007; Сидорова 2008; Жура 2008; Майборода 2021];

- прагматические цели: взаимодействие, формирование и поддержание имиджа, самопрезентация и др. [Бейлинсон 2001, Барсукова 2007; Акаева 2007; Волкова 2021 и др.].

Под медицинским дискурсом в нашей работе мы понимаем такой тип институционального дискурса, при котором происходит общение статусно-неравных участников – врача и пациента. Здесь важно отметить, что в медицинском коммуникативном взаимодействии характерной чертой является направленность на изменение картины мира пациента, поэтому важным компонентом коммуникации выступает адресат – врач, в основе действий которого лежит специальная и коммуникативная компетентность. Не менее важным компонентом взаимодействия выступает и пациент, чье коммуникативное поведение определяет поведение врача.

### **1.3. Медицинская консультация как разновидность медицинского дискурса**

Межличностные отношения между пациентом и врачом, проявляющиеся в их вербальном общении, являются основным средством медицинской диагностики и лечения. Бывает, что явный дистресс пациентов не может быть объяснен очевидной органической патологией, и в таком случае коммуникация будет основной или единственной терапией. Так, во всех профессиях, объектом деятельности которых является человек, общение становится основным видом деятельности или, по крайней мере, важной составляющей. К коммуникативным профессиям относят те, в которых общение практически отождествляется в деятельностью или является важнейшим ее средством и условием, и те, в которых общение является важным фактором, способствующим более эффективному выполнению деятельности.

«Врач – одна из самых лингвоактивных профессий» [Формановская 1998: 232]. Ю.П. Тимофеев относит к коммуникативным профессиям такие, в которых «обмен информацией в разноуровневом и многоплановой общении, с целью изменения тех или иных характеристик личности или группы людей, выступает основным средством профессиональной деятельности» [Тимофеев 1995: 7].



Было доказано, что качество взаимодействия врача и пациента оказывает прямое положительное влияние на результат оказания медицинской помощи и результаты лечения пациентов [Teutsch 2003]. Коммуникация между врачом и пациентом представляет собой уникальный конструкт, преследующий различные цели: создание межличностных отношений для поддержания взаимного доверия, обмен информацией, и принятие решений о диагностике и лечении. Большая часть научной литературы посвящена аспектам взаимодействия врача и пациента, связанным с задаванием вопросов, предложением информации, консультированием, обучением пациентов, диагностикой и планами лечения. Исследования медицинского дискурса также были сосредоточены на стратегиях, которые врачи и пациенты используют для общения друг с другом, и которые основаны на отношениях, сложившихся между врачом и пациентом, и определенных социальных переменных, таких как пол, возраст и социальный статус. Некоторые исследования взаимодействия врача и пациента подчеркивают асимметрию власти и контроля врачей над пациентами в рамках их институционально санкционированных ролей, а также влияние этой власти на пациентов и медицинские результаты.

С появлением тенденции к совместному принятию решений и влиянием потребительской модели здравоохранения, были проведены некоторые изменения по переориентации баланса сил на права пациента как потребителя и на врачей как поставщиков услуг. Было доказано, что такая система коммуникации между врачом и пациентом оказывает положительное влияние на приверженность пациента медицинским вмешательствам [DiMatteo, Hays, Prince 1986; Hall, Roter, Katz 1988].

Любая информационная цель врача является одной из составляющих главной профессиональной цели, направленной на эффективное лечение пациента. Диалог между пациентом и врачом можно считать успешно состоявшимся только в том случае, если коммуникативная деятельность врача способствовала достижению этой прагматической цели. Глобальные цели врача – оказать необходимую помощь пациенту, облегчить его физическое и

психическое состояние – находят отражение в его коммуникативной деятельности в виде коммуникативной стратегии и коммуникативных тактик.

Общий стиль беседы определяется врачом на основе вербального и невербального общения с пациентом. Реплики пациента во многом определяют коммуникативное поведение врача в ходе диалога, поскольку врач анализируя полученную от пациента информацию опосредованно извлекает из неё профессионально значимые сведения. Для врача особенности коммуникативного поведения пациента являются одним из важнейших источников информации [Акаева 2007: 65].

Важными характеристиками ситуации общения В. В. Жура называет место и обстановку общения, характер заболевания, а также участников общения. Параметрами, которые характеризуют участников медицинской коммуникации и значительно определяют его специфику, являются следующие: коммуникативный стиль врача, коммуникативно-психологические особенности пациента, гендерная и этническая принадлежность, а также эмоциональный дейксис. Под эмоциональным дейксисом автор понимает реализуемую эмоциональную позицию языковой личности, состоящую из «эмотивной интенции, качества, оценочного знака и направленности эмоции, переживаемых субъектом речи в момент создания высказывания(ий)» [Жура 2008: 28]. Общению врача и пациента свойственны такие характеристики, как институциональность, ритуализованность, асимметричность, личностность/персональность, психологичность и интеллектуальность [Невзорова 2017: 26].

Анализом языковых параметров медицинского дискурса и описанием средств достижения взаимопонимания в пространстве медицинского дискурса занимались многие исследователи [Сидорова 2008; Пирс 1993; Williams, Poray 1994]. В данных работах подчеркивается асимметричность, неизменно присутствующая в общении врача и пациента, что может становиться причиной возникновения непонимания. Стоит отметить, что знания в медицинском контексте не ограничиваются только лишь экспертными: пациент, которому,

вероятнее всего, не хватает медицинских экспертных знаний, будет вооружен так называемыми непрофессиональными знаниями. Согласно Пирсу, собственный опыт, а также культурные факторы играют роль в создании знаний у людей, так что «люди опираются на множество различных аспектов своего окружения и своей повседневной жизни для построения медицинских “истин”» [Пирс 1993: 151]. Непрофессиональное знание, таким образом, отличается от экспертного знания тем, что оно имеет онтологическую цель [Пирс 1993: 404]. Можно предположить, что в контексте здравоохранения уровень непрофессионального знания пациента зависит от его опыта в этом статусе.

По сравнению с «традиционной медицинской моделью», которая отражает кажущуюся неуместность такого опыта» [Williams, Poray 1994: 120], непрофессиональное знание будет бросать вызов «объективному» и научно обоснованному экспертному знанию. Это ставит вопрос о том, в какой степени «объективное» экспертное знание позволяет правильно понять проблемы здоровья в «новой современности». Современный пациент наряду с экспертным мнением ориентируется на многочисленные авторитеты, например, на друзей, средства массовой информации или литературу.

«Специфика общения в сфере профессиональной деятельности закономерно приводит к тому, что эта сфера обслуживается специальным языком – языком профессиональной коммуникации, отличной от языка обыденного общения» [Голованова 2008]. Передача профессиональных знаний является ключевым видом деятельности для экспертов, нацеленных на достижение необходимой реакции от своей аудитории. Передача знания является более широким понятием, чем передача информации. Знание включает в себя не только информацию, но и предполагает процесс передачи опыта между специалистами или от специалиста к неэксперту [Богатикова, Исаева 2014: 101]. Различия в опыте ведут к различиям в знании [Дейк ван 1989]. Специальное (экспертное) знание часто является недоступным для неэкспертов (пациентов) в связи с большой разницей в опыте. Поскольку

медицинская коммуникация между равностатусными участниками предполагает передачу в том числе и специального знания, перед врачом встает непростая задача по трансляции знания теми категориями и теми средствами, которые будут доступны для понимания пациенту. От того насколько верно пациент понял и декодировал переданную ему информацию зависит исход разрешения медицинской проблемы, поскольку эффективная коммуникация является базой для формирования т. н. комплаенса (от англ. compliance – согласие, податливость), что можно считать успешным результатом консультации.

Вопрос передачи специалистом своих знаний неспециалистам является крайне важным, равно как и механизмы, обслуживающие этот процесс. Однако этот самый разрыв в уровне знаний между врачом и пациентом может ограничить взаимопонимание и вызывать проблемы в общении [Bromme, Jucks 2007]. Помимо того, что эксперты знают в своей области объективно больше, чем неспециалисты, стоит отметить, что их предметные знания могут быть структурированы иначе, чем у неспециалиста, что с самого начала может повлиять на их категориальное восприятие одной и той же проблемы [Feltovich 2006]. Таким образом, врачи и пациенты могут сильно различаться в том, как они воспринимают, представляют и вербализуют информацию о медицинской проблеме.

Помимо передачи специального знания, которое в тексте чаще всего представлено терминами, стоит уделить внимание таким когнитивным категориям как **конкретизация** и **генерализация**. Конкретизация и генерализация как лексико-семантические замены получили распространение в теории перевода, где они используются в качестве способа трансформации языковых единиц с языка оригинала в язык перевода [Алексеева 2004]. В широком плане такие трансформации можно выделить и в анализе коммуникации между специалистом и неспециалистом, где первому приходится активно пользоваться такими лексико-семантическими заменами для достижения необходимого уровня абстракции или, напротив, уточнения.

Конкретизацией называется является замена языковых единиц с более широким предметно-логическим значением единицами с более узким значением. Генерализацией, напротив, будет являться трансформация с переходом от видового понятия к родовому.

Особым инструментом генерализации в данном типе коммуникации следует выделить хеджирование (от англ. *hedging*). Данный термин был впервые использован применительно к лингвистике Дж. Лакоффом в его статье «Hedges: A Study in Meaning Criteria and the Logic of Fuzzy Concepts» [Lakoff 1973]. Он определяет элементы хеджирования как слова, значение которых имплицитно подчеркивают неопределенность и неясность — слова, задача которых заключается в том, чтобы сделать вещи неопределенными или неясными в большей или меньшей степени<sup>2</sup> («words whose meaning implicitly implies fuzziness — words whose job is to make things fuzzier or less fuzzy») [Lakoff 1973: 471]. Для нашей работы важна таксономия элементов хеджирования, выделенная Дж. Лакоффом и представленная в данной работе, поскольку на неё мы опирались при описании материала<sup>3</sup> [Lakoff 1973: 472].

**Повтор**, как механизм передачи знания и как инструмент адаптации, также задействуется в ходе коммуникации между неспециалистом и специалистом. Особенно часто данный приём используется врачом: было выяснено, что врач актуализирует повтор для адаптации под фоновые знания каждого частного пациента. Пациентом повтор используется как базовое средство репрезентации медицинской проблемы в случае нехватки лексико-грамматических средств, которые в полной мере и корректно описывали бы ее.

---

<sup>2</sup> Здесь и далее перевод с англ. мой – Е. П. Богатикова.

<sup>3</sup> «sort of, kind of, loosely speaking, more or less, roughly, pretty (much), relatively, somewhat, rather, mostly, technically, strictly speaking, essentially, in essence, basically, principally, particularly, par excellence, largely, for the most part, very, especially, exceptionally, quintessentially, literally, often, more of a \_\_\_ than anything else, almost, typically/typical, as it were, in a sense, in a real sense, in a way, in a manner of speaking, details aside, so to say, practically, a true, a real, a regular, virtually, all but technically, practically, actually, really, all but a, anything but a, (he as much as...), -like, -ish, can be looked upon as, can be viewed as, pseudo-, crypto-, in name only, etc.»

Лексические и грамматические повторы, сделанные экспертом в ходе коммуникации с неэкспертом, ложатся в основу теории, которая была обозначена исследователями-психолингвистами как **«лексическое увлечение»** (англ. lexical entrainment) [Garrod, Anderson 1987] или **«лексическое выравнивание»** (англ. lexical alignment) [Garrod, Pickering 2004]. Совпадение выбора языковых средств между партнерами по общению имеет огромное влияние не только на текстопорождение, но и на когнитивную деятельность адресата и адресанта. Согласно лингвистической эвристике соприсутствия (англ. linguistic copresence heuristic), собеседники предполагают, что как только слово введено в коммуникативный акт, оно является рабочим, и каждый из собеседников догадывается о его концептуальном значении [Clark, Marshall 1981]. Согласно Кларку и Маршаллу, разумно и эффективно придерживаться лексических решений, уже принятых партнером по общению, чтобы выразить собственные мысли. В результате применение лингвистической эвристики соприсутствия также ограничивает выбор новых слов в ходе коммуникации, что является триггером для возникновения повторов.

Лексическое выравнивание, коррелирующее с термином «адаптация» (англ. tailoring), относится также к методам индивидуализации ответов экспертом на обращения неэкспертов. Адаптация повышает убедительность сообщения, высвечивая его релевантность относительно каждого определенного обращения. Повторы в данном случае будут сигнализировать о более глубокой проработке экспертом способов вербализации знания о медицинской проблеме пациента.

Итак, медицинское консультирование есть такая разновидность медицинского дискурса, особенностями которого являются участие неравно-статусных участников, один из которых является носителем экспертного (профессионального) знания, а второй – неэкспертного (непрофессионального). Участников будет объединять общая цель коммуникации – разрешение медицинской проблемы, которую каждый из коммуникантов актуализирует по-

своему, используя те лексико-семантические инструменты, которые являются ему доступными. Медицинское консультирование традиционно являлось строго институциональным – встреча коммуникантов происходила в стенах медицинского учреждения, однако в современном мире всё большую популярность приобретает электронное медицинское консультирование.

### **1.3.1. Медицинская коммуникация 2.0: электронная консультация и определяющие её экстралингвистические параметры**

Интеграция медицинского знания и Интернета получила свое воплощение в преобразовании традиционных отношений в системе здравоохранения. В результате это привело к тому, что медицинское знание перестало быть закрытым: теперь оно доступно для любого человека, имеющего доступ к глобальной сети. Помимо это, онлайн-пространство поспособствовало появлению новых практик, таких как, медицинское электронное консультирование Белоусова 2018: 63].

Преимущества данного процесса интеграции для врача очевидны: доступная профессиональная связь с коллегами, новые возможности для учебы и практики, презентация себя как специалиста. Для пациента, в свою очередь, Интернет становится основным источником знаний о здоровье, заболевании и лечении, а также помогает пациенту определиться с выбором медицинского учреждения и лечащего врача.

Учитывая широкую популярность медицинских запросов, стоит обозначить и проблему качества информации в Интернете. Е. Г. Старостина и А. В. Древаль отмечают, что Интернет может как обогащать знания пациентов и докторов, так и создавать информационный хаос, способствовать распространению сомнительной информации, что может негативным образом сказаться на здоровье пациента в случае самодиагностики и самолечения. Информация, опубликованная в Интернете, варьируется от современных

рекомендаций экспертов до недостоверных и ложных сведений, ввиду чего возникает необходимость в проверке и оценке медицинской информации в глобальной сети на предмет её качества [Старостина, Древаль 2001].

Диалог между врачом и пациентом во время консультации всегда был основополагающим элементом в медицинской практике. С появлением Интернета появились новые возможности для общения врача и пациента. Консультации, которые теперь стало возможным проводить без каких-либо существовавших ранее отношений и договоренностей с пациентом и без личной встречи с ним, оказывают влияние как на отдельных физических лиц, так и на поставщиков медицинских услуг. Активное появление сайтов, предоставляющих интернет-консультации, происходит на фоне изменений в области здравоохранения США, а в частности:

1) происходит повышение требований к здравоохранению, в связи с чем появляются надежды на ИТ-решения;

2) происходит расширение прав и возможностей пациентов за счет распространения Интернета, и как следствие, меняется роль пациента в коммуникации;

3) реализуется реформа здравоохранения в США (Obamacare).

Рассмотрим каждый пункт, изложенный выше, более подробно.

### **1. Повышенные требования к здравоохранению и надежды на ИТ-решения**

В первые годы XXI века общие расходы на здравоохранение в США резко возрастают: увеличивается процент пожилых людей, растут потребности в получении быстрой и качественной помощи. Также движущей силой является то, что все большее число граждан становится мобильным при поездках, учебе или работе внутри страны и за границей.

Возникают надежды, что ИТ (информационные технологии; также называемые ИКТ = информационные и коммуникационные технологии), Интернет и электронное здравоохранение (англ. eHealth, где E означает «опосредовано или поддерживается электронным способом») снизят затраты и



сделают здравоохранение более эффективным и доступным, в том числе для людей пожилого возраста. Термин «электронное здравоохранение» был введен в конце 1990-х годов как общий термин для применения ИТ в службах здравоохранения, предоставляемых с помощью телекоммуникаций или Интернета. Большинство правительств и международных организаций поддерживают развитие электронного здравоохранения (например, Всемирная организация здравоохранения в Резолюции ВОЗ по электронному здравоохранению, Национальное управление по переходу к электронному здравоохранению в Австралии).

В течение последних десятилетий в рутинной медицинской практике ИТ-решения дополняют традиционные методы коммуникации между врачом и пациентом. Личные встречи частично заменены общением по телефону, а телемедицина становится инструментом медицинского обслуживания в сельской местности. Телемедицина помогает в наблюдении за пациентами, которые хотят получить квалифицированную медицинскую помощь, и также является развивающейся областью, её востребованность среди пациентов возрастает.

В мире уже существовали некоторые ожидания относительно того, как Интернет может оказать влияние на здравоохранение, например, что «онлайн-общение между пациентами и возможность пользования базами медицинских данных, а также сетевая коммуникация между пациентами и врачами может заменить значительную часть помощи, оказываемой в настоящее время лично», или «потребность в меньшем количестве врачей после 2010 г.», или «общедоступность специальных знаний бросает вызов мощи профессиональной медицины» [Powell 2003].

## **2. Расширение прав и возможностей пациентов и Интернет**

Развитие Интернета позволило расширить права и возможности пациентов, помогая им контролировать свое здоровье, теперь пациенты начинают принимать более активное участие в принятии решений о личном медицинском обслуживании. Внедрение электронной почты и программного

обеспечения для обмена мгновенными сообщениями («чат») произвело революцию и ускорило межличностное общение, в том числе на международном уровне, тем самым сократив расстояние между пациентом и врачом.

Будучи доступным на расстоянии, в любое время и практически из любого места, Интернет облегчает пациентам расширенный и легкий доступ к информации о таких проблемах, как состояние их здоровья, диагностика или лечение и принятие медицинских решений. Постоянное обновление данных и перекрестные ссылки между различными веб-страницами дополнительно поддерживают очень гибкий процесс поиска информации. Кроме того, более широкое использование социальных сетей позволяет пользователям Интернета вносить активный вклад в онлайн-контент, что, в свою очередь, способствует производству и обмену информацией между пациентами на форумах, сообществах, блогах и тематических сайтах.

Обладание информацией в определённой степени переустанавливает соотношение власти в медицинской коммуникации. Появление Интернета поспособствовало развитию идей партиципаторной медицины, то есть такой медицины, в которой пациент уже не довольствуется пассивной ролью, которая отводилась ему в классической медицине, и становится активным субъектом клинических взаимодействий. По словам Н. В. Гришечкиной, «старая парадигма медицины индустриального общества, в которой медицинские работники рассматривались в качестве основного и единственного источника медицинских знаний и профессиональных навыков, постепенно уступает место новому мировоззрению информационного общества, в котором пациенты становятся полноправными участниками терапевтического процесса» [Гришечкина 2017: 107].

Таким образом, помимо кардинального изменения коммуникативного поведения, Интернет также открыл публичный доступ к медицинской информации, ранее доступной только медицинским работникам и исследователям. Тем не менее, качество информации может варьироваться в

широких пределах: от сайтов доказательной медицины наподобие pubmed.com до любительских блогов медицинской направленности. Веб-страницы по широкому кругу медицинских вопросов также предоставляются крупными официальными службами здравоохранения, такими как MedlinePlus в США, NHS Direct Online в Великобритании, Sundhet.dk в Дании. В 2003 г. более 40% населения США и 25% населения Европы обращались к Интернету за информацией по вопросам здравоохранения<sup>4</sup>. Большинство людей использовали поисковую систему, а не переходили непосредственно на веб-сайт, когда сталкивались с конкретным вопросом, связанным со здоровьем. Из всех поисковых запросов в Интернете 4,5% были идентифицированы как запросы, связанные со здоровьем. Медицинская информация, которую можно найти в Интернете, считается ценной и легкодоступной, несмотря на то, что медицинское сообщество, скорее, обеспокоено её качеством. В исследовании, проведенном в США, 60% интернет-пользователей считали, что информация в Интернете была «такой же» или «лучше, чем» информация, полученная от их врачей<sup>5</sup>. В новозеландском исследовании респонденты оценили информацию, найденную в Интернете, лучше, чем консультацию врача общей практики<sup>6</sup>. Тем не менее, несмотря на то, что врачи начинают оспаривать роль Интернета как основного источника информации по вопросам здравоохранения, пациенты по-прежнему испытывают к нему большее доверие, когда дело касается принятия решений по лечению.

Подъем и развитие информационных и коммуникационных технологий (ИКТ) и Интернета, в частности, повысили важность и актуальность вопросов, связанных с сбором информации и привели к существенному влиянию на

---

<sup>4</sup> Spadaro R. European Union Citizens and Sources of Information about Health (Eurobarometer 58.0). Brussels: The European Opinion Research Group (EORG), 2003. Дата обращения – 15 апреля 2022.

<sup>5</sup> Diaz JA, Griffith RA, Ng JJ, Reinert SE, Friedmann PD, Moulton AW. Patients' use of the Internet for medical information. J Gen Intern Med 2002;17(3):180-5. Дата обращения – 15 апреля 2022.

<sup>6</sup> Scott WG, Scott HM, Auld TS. Consumer access to health information on the internet: health policy implications. Aust New Zealand Health Policy 2005; 2:13. Дата обращения – 11 апреля 2022.

основы общества. Это «рушит пограничные барьеры вокруг ранее тщательно охраняемых информационных областей, которые составляют основу для профессиональных монополий, таких как в медицине» [Hardey 2001: 388-389].

Критически важно для изучаемого нами вопроса является то, что исследование фиксирует, что более информированные пациенты более активны в ходе ведения диалога с врачом, а это указывает на определенное расширение прав и возможностей пациентов.

### **3. Реформа здравоохранения в США**

В 2010 году в США началась реализация новой для этой страны системы здравоохранения – «The Patient Protection and Affordable Care Act» (PPACA), известная как Obamacare (была инициирована действующим в то время президентом США – Баракком Обамой). Законодательная основа реформы здравоохранения стала одним из самых масштабных проектов в истории США с середины 1960-х годов, когда президентом Джонсоном для помощи пенсионерам и малоимущим были созданы государственные программы Medicare и Medicaid. 21 марта 2010 года Конгресс США одобрил реформу здравоохранения<sup>7</sup>, что означало утверждение следующих пунктов:

- необходимость приобретения медицинской страховки для всех граждан США, начиная с окт. 2013 г., включая малоимущих, для которых предусмотрены субсидии;

- запрет с 01.01.2014 г. страховщикам в отказе предоставления работникам медицинской страховки или повышении страховых взносов за неё в случае, если до момента начала трудового договора у работника уже было подтверждено тяжелое хроническое заболевание (например, СПИД, рак и т. д.)<sup>8</sup>;

- возможность приобретения работником страховки в специальном центре без помощи работодателя; административная ответственность в

<sup>7</sup> Палата представителей США одобрила реформу здравоохранения, Lenta.ru (8 ноября 2009). Архивировано 28 марта 2017 года. Дата обращения – 15 апреля 2017.

<sup>8</sup> Questions You Have About Obamacare But Are Too Afraid To Ask (англ.) // ThinkProgress. 2013. 29 September. Архивировано 3 мая 2019 года. Дата обращения – 27 апреля 2022.

отношении лиц, отказывающихся приобретать, и компаний, отказывающихся продавать полис<sup>9</sup>;

- начиная с 2014 года, подобные штрафы для граждан должны были составлять 95 долл. или 1% от дохода и постепенно возрастут до 695 долл. или 2% от дохода [Алексеев 2011].

Одной из главных целей реформы являлось формирование более организованного и более конкурентного рынка медицинского страхования, предоставление потребителям выбор страховых планов, формирование общих правил функционирования страховых компаний, стандартизация содержания и цен страховок, информирование населения о параметрах и доступности их различных видов и т.п.

Примечательно, что реформа здравоохранения предусматривает не одновременное, но постепенное, растянутое на несколько лет, воплощение в практику содержащихся в нем положений. Осуществление наиболее важных изменений было отложено до 2014 г. Период с 2010 года по 2014 год стал переходным, когда оппозиция действующей власти, профсоюзы, объединения представителей малого бизнеса и другие организации критиковали реформу. В это время потенциальные пациенты ещё находились в ситуации неопределенности, некоторые из них по-прежнему не имели каких-либо страховых полисов. Общее число незастрахованных составляло 45.6 млн. – 15.3% населения. Одна из основных причин такого положения – отсутствие материальной возможности самостоятельно приобрести страховку. По некоторым данным, средняя стоимость корпоративного страхового плана на одного человека составляло 4824 долл., на семью – 13 375 долл.<sup>10</sup>. Далекое не все нуждающиеся в полисе могли выплатить такую сумму без катастрофических последствий для семейного бюджета. Целый ряд причин – потеря работы или уход на другую (как правило, смена места работы/фирмы

---

<sup>9</sup> No denial of coverage based on pre-existing conditions. Thanks Obamacare (2010). Архивировано 6 декабря 2016 года. Дата обращения – 27 апреля 2022.

<sup>10</sup> Данные представлены на [census.gov/library/publications/2009/compendia/statab/129ed.html](http://census.gov/library/publications/2009/compendia/statab/129ed.html). Дата обращения - 25 февраля 2022.

ведёт к утрате полиса), занятость на мелких предприятиях, временная или неполная занятость и т.п. препятствуют получению страховки [Бурджалов 2010: 45]. Этот факт объясняет растущий интерес населения к электронным медицинским консультациям, телемедицине и другим возможностям получить медицинскую помощь альтернативным путём, без покупки страхового полиса. С финансовой точки зрения несколько разовых обращений за онлайн-консультацией обходятся пациенту дешевле, чем обеспечение себя и всех членов своей семьи страховым медицинским полисом, даже с частичным покрытием расходов.

Суммируя сказанное, определим, что дистанционное медицинское консультирование и телемедицина приобретают большую популярность в современном мире (в частности, в США, как показывает анализ источников), поскольку такой вид коммуникации является более доступным в бытовом и финансовом плане, а также позволяет получить второе экспертное мнение.

### **1.3.2. Модели взаимоотношений между врачом и пациентом**

Коммуникативные роли пациента и врача являются важными факторами, определяющими построение взаимодействия в ходе медицинской консультации. Положительные отношения между врачом и пациентом приводят к удовлетворению пациентов, которые с большей вероятностью вернутся к этому врачу, чтобы продолжить свое лечение. Такие пациенты с меньшей вероятностью поменяют врача, изменят ход медицинского обследования, поменяют планы лечения или подадут иски о врачебной халатности [Roter, Hall 2006]. Отношения между врачом и пациентом в ходе медицинской коммуникации претерпели изменения за последние 25 лет. Несмотря на тот факт, что патерналистские отношения не исчезли полностью и в некоторых культурах по-прежнему являются преобладающим типом отношений, взаимодействие пациента и врача может принимать и другие формы. Часто используемой типологией, демонстрирующей распределение

контроля пациента и врача в ходе медицинского общения, являются четыре модели, разработанные Ротером и Холлом [Roter, Hall 2006]: патерналистская (paternalistic), коллегиальная (mutuality), потребительская (consumerist) и дефектная (default). Данная типология продемонстрирована в таблице 1:

	<i>Контроль со стороны врача</i>	
<i>Контроль со стороны пациента</i>	<b>низкий</b>	<b>высокий</b>
<b>низкий</b>	Дефектная модель	Патерналистская модель
<b>высокий</b>	Потребительская модель	Коллегиальная модель

Таб. 1. Модели взаимоотношений пациента и врача

Патерналистская модель относится к более традиционному виду, чем другие модели взаимоотношений между пациентом и врачом. Данная модель подразумевает высокий уровень власти врача и низкий уровень власти со стороны пациента. Как правило, при таком общении врач действует авторитетно, управляя коммуникацией, диктуя пациенту, что нужно делать для разрешения медицинской проблемы [Parsons 1961; Roter, Hall 2006: 29]. При таком виде коммуникации врач использует закрытые вопросы, а пациент берет на себя пассивную роль, следуя указаниям врача. Пациенты в этом случае ограничены темой, заданной врачом, и не могут влиять на ход общения.

Примерами медицинского патернализма в истории являются врачи, которые воздерживались от того, чтобы рассказывать пациентам все, что касается их болезни, потому что считали, что такое поведение отвечает интересам пациента; и хирурги, которые предлагали не информировать пациентов о характере серьезной операции до самой процедуры, чтобы пациент

не отказывался от операции [Weiss 1985]. По мнению врачей, чем меньше знают пациенты, тем меньше вероятность того, что они будут сомневаться в приказах и авторитетах врачей [Roter, Hall 2006: 24]. Врачи-патерналисты упорно трудились, чтобы сохранить свое статусное положение в обществе. Например, в 1970-х годах доктора-патерналисты не делились информацией с женщинами-пациентками, медсестрами или другими практикующими врачами в целом [Starr 1982: 391]. Злоупотребление медицинским авторитетом поставило под угрозу здоровье и жизнь пациента. Сегодняшний медицинский патернализм в медицинской коммуникации выглядит иначе, чем в прошлом, но все же может привести к негативным последствиям для пациентов.

Второй тип отношений между врачом и пациентом — это коллегиальная модель, которую многие считают оптимальной для врачей и пациентов [Clark, Marshall 1981; Roter, Hall 2006; Майборода 2021]. В этом типе коммуникации переплетаются высокий контроль врача и высокий контроль пациента. Коллегиальная модель ориентирована на сотрудничество врача и пациента в отличие от патерналистской модели. Пациент и врач при таком типе взаимодействия одинаково привносят вклад в отношения, а также оба демонстрируют приверженность совместной работе над разрешением медицинской проблемы. Пациент открыто обсуждает свои вопросы с врачом, а врач работает с пациентом, помогая вернее сформулировать проблему и план по её решению. Исследования показывают, что пациенты, которые принимают активное участие в коммуникации с врачом, сообщают о большем удовлетворении, имеют меньше физических ограничений и лучше придерживаются планов лечения. В этих отношениях существует значимый и необходимый обмен, который позволяет пациентам быть услышанными, а точки зрения врачей — ценными.

Третий тип отношений между врачом и пациентом — потребительская модель, которую называют пациентоцентричной, с высоким контролем пациента и низким контролем врача. В этой модели пациенты руководят медицинской консультацией и принимают решения. Роль врача в этом случае



сводится к удовлетворению запросов пациентов, и они, скорее, выполняют функцию технического консультанта. Эта модель демонстрирует «рыночную сделку» [Roter, Hall 2006: 27], при которой врачи продают нелечебные услуги, такие как ежегодные осмотры и регулярные обследования. Исследования показывают, что пациенты с более высоким уровнем образования, а также более молодые пациенты, скорее всего, будут поддерживать этот потребительский подход в медицинском контакте.

Последний тип отношений между врачом и пациентом является дефектной моделью, которая вызвана низким уровнем контроля со стороны обоих участников коммуникации. Данная модель не является распространенным типом отношений в медицинском дискурсе. Обе стороны могут быть в разногласиях друг с другом, и не могут запустить процесс ведения переговоров. Их отношения находятся в дисфункциональном тупике с неясными целями и неопределенными ролями [Roter, Hall 2006: 37]. Пациент может чувствовать разочарование, злость или недоверие, и даже отказаться от помощи, а врач, в свою очередь, не будет знать причину, по которой пациент бросил лечение или перестал приходить на приёмы. При такой модели отношений нередки случаи, когда врач получает жалобы со стороны пациентов. В одном из исследований было продемонстрировано, что врачи, на которых подали в суд, проводили меньше времени с пациентами, не задействовали юмор во время своих консультаций и редко интересовались мнением пациентов. Считается, что большинство жалоб на злоупотребление служебным положением не было бы подано, если бы пациенты не были возмущены или недовольны контактом с данными врачами [Roter, Hall 2006: 37].

Классификация ролевого поведения в медицинском дискурсе Ротера и Холла коррелирует и с другими видами классификаций, созданных учеными различных областей науки. Например, американский биоэтик Роберт Витч выделил ряд моделей взаимоотношений врача и пациента, характерных для современной культуры: 1) модель технического типа, или инженерную, при которой пациент воспринимается как безличный механизм, а смысл лечения

сводится к манипуляциям с телом; 2) модель сакрального типа, где врач играет роль наставника; 3) коллегиальную, предполагающую социальное равенство, наличие общей цели и схожих ценностей участников общения; 4) контрактную модель, базирующуюся на принципах общественного договора, распределении прав и обязанностей сторон [Витч 1994: 67-72].

В психологии исследователями рассматриваются такие модели взаимоотношения врача и пациента как: информационная (бесстрастный врач, полностью независимый пациент); интерпретационная (убеждающий врач); совещательная (взаимное согласие и доверие); патерналистская (врач-опекун) [Ильин 2013; Emanuel 1992].

Традиционно предполагается, что врач обладает большей властью в том смысле, что он может влиять на пациента в плане совета и лечения. Рассматривая контекст «врач-пациент» более конкретно, А. Брум [Broom 2005] считает, что более глубокие медицинские знания врача по сравнению со знаниями пациента являются определяющими для этой авторитарной позиции, поскольку у последнего нет другого выбора, кроме как доверять точности диагноза и рекомендациям врача. Зачастую острая потребность пациента в медицинской помощи в сочетании с недостатком медицинских знаний может даже усилить предполагаемую власть врача.

С другой стороны, исследования стали рассматривать возможность существования более активного пациента в отношениях со своим врачом и, следовательно, ограничения власти врача в их коммуникации. Эти «представления об отношениях начались с признания того, что пациент может влиять на врача» [Stoeckle 1987: 133], что привело к признанию коммуникативных отношений, включающих переговоры и даже конфликты. Пациент, в зависимости от своего физического состояния, вполне может влиять на отношения со своим врачом с точки зрения лечения, и более того, пациент не всегда является второстепенным субъектом в коммуникации.

Другие исследователи видят переопределение отношений между врачом и пациентом в сторону того, что пациенты становятся все более и более

похожими на потребителей, обращающихся за медицинской помощью к врачам как к «поставщикам услуг» [Reeder 1972; Haug, Sussman 1969]. Здесь затрагивается понимание медицинской практики как услуги. Социальные сети во многом определяют такое поведение пациентов, обеспечивают им возможность выбора, дают им определенный контроль над своими врачами. Аргументы, доказывающие потребительскую роль пациента, были подхвачены другими исследователями, изучавшими влияние Интернета на коммуникацию в рамках медицинского дискурса [Eysenbach, Köhler 2002; Eysenbach, Diepgen 2001].

Несмотря на противоречивость доказательств смещения фокуса внутри коммуникации между врачами и пациентами, нельзя отрицать тот факт, что разрыв в знаниях между пациентом и врачом неизбежен. Как выразился М. Фуко, «медицина создает и поддерживает «социальную монополию на опыт и знания» [Foucault 1990]. Таким образом, как предположил Брум [Broom 2005], авторитарный тип общения врача с пациентом в значительной степени связан с тем, что врач имеет более высокий уровень знаний в той области, которую они обсуждают с пациентом.

Ссылаясь на тот факт, что, как правило, у пациентов меньше медицинских (экспертных) знаний, многие исследователи сосредоточились на вопросе о том, приводит ли предоставление пациентам большего количества медицинской информации к формированию «информированных пациентов» [Kivits 2004, 2006]. При этом подчеркивается возможная дистанция между медицинскими утверждениями врачей (относящимися к экспертным знаниям) и жизненным опытом пациентов (относящимся к непрофессиональным знаниям), которая может привести к усилению поиска пациентами медицинской информации.

Исследователи описали еще один тип пациента, более властный и самостоятельный, который вооружен большим количеством медицинской информации и информации о здоровье [Waitzkin, Stoeckle 1976]. В этих исследованиях предполагается наличие причинно-следственной связи между

уровнем специального знания и авторитарными отношениями. Тем не менее остается спорным вопрос о том, приводит ли, и в какой степени, увеличение объема информации к расширению знаний в смысле медицинского опыта или, скорее, знаний неспециалистов, и стимулируют ли оба типа знаний появление власти во взаимоотношениях [Kivits 2004 и др.]. В этом контексте стоит отдельно рассмотреть как уровень знаний и другие экстралингвистические факторы влияют на взаимоотношения и коммуникацию в диаде «врач-пациент».

Пациент, ставший благодаря Интернету более информированным, бросает вызов медицинской экспертизе, которую врач воспринимает как существенную угрозу своему медицинскому авторитету. Другие также поддерживают эти аргументы: врачам может понадобиться «идти в ногу» [Cullen 2006: 6] с ожиданиями потребителей электронной медицинской помощи и быстро развивающимся интернет-здравоохранением. Врачам еще предстоит привыкнуть к более активной роли пациентов в процессе принятия медицинских решений.

Исследователи указывают на возможность того, что избытие медицинской информации, доступной в Интернете, может привести к преувеличенным и нереалистичным ожиданиям со стороны пациентов. Точно так же, как и к опасности развития у пациентов «саморазрушающих убеждений [...] и ложных медицинских представлений, которые подрывают отношения с их врачами» [Mittman, Cain 2001: 57], поскольку пациенты будут отдавать предпочтение Интернету, а не врачам, где они будут делиться полезными советами или, напротив, развивать страхи, например, перед безобидными симптомами и обычными лекарствами. Таким образом, информационные технологии могут не только добавить обществу информации, но и могут оказаться опасно дезинформирующими. Это говорит о том, что больший объем информации может быть связан с уменьшением объема знаний [Mohammed 2012].

Так, следует предположить, что авторитарный тип дискурса как

разновидность речевого взаимодействия неравностатусных коммуникантов, при котором врач выражает свое профессиональное и статусное превосходство, становится не таким популярным, как был прежде. С учетом изменений, происходящих в обществе, такой тип дискурса сложно осуществить в разрезе электронной медицинской консультации, ведь акцент при таком типе общения смещается на предоставление качественной услуги в короткий срок. При авторитарном типе дискурса речь используется как средство воздействия на когнитивную сферу нижестоящего собеседника для управления его поведением. Дифференциальные признаки авторитарного типа дискурса проявляются на языковом и коммуникативно-прагматическом уровнях. Основными средствами выражения авторитарности коммуниканта в его речи являются конструкции долженствования, императивы, различные интенсификаторы высказывания и др. Типичными речевыми актами авторитарной речи вышестоящего коммуниканта являются требования, команды, нижестоящего – согласие, оправдание, доводы. Речевые акты авторитарного дискурса, как правило, имеют общую цель – это трансформация поведения оппонента путём принуждения к действию, т.е. речевого давления [Майборода 2021: 61].

Более актуальным в рамках электронной медицинской коммуникации является коллегиальный тип дискурса. При такой модели взаимодействия наблюдается сдвиг внимания в сторону пациента, его ожиданий и потребностей. Коллегиальный тип дискурса является примером координативных отношений, отношений равноправного сотрудничества, а не отношения субординации. Такой тип речевого воздействия предполагает, что субъект речевого воздействия регулирует деятельность другого человека, в определённой мере свободного в выборе своих действий и поступающего в соответствии со своими потребностями [Иссерс 2008].

В условиях институционального взаимодействия коллегиальный тип дискурса характеризуется большей степенью индивидуализации общения, чем авторитарный, но при этом не выходит за рамки конвенциональных установок

медицинского института и не становится равен личностно-ориентированному дискурсу.

Когнитивными предпосылками коллегиального типа дискурса является добровольное изменение картин мира участников общения путём поиска и установления общих пресуппозиций, создания атмосферы внутригрупповой идентичности, взаимовлияния, признания ценности мнения оппонента [Майборода 2021: 131]. Участники взаимодействия опираются на факт того, что для достижения общей цели общения требуется согласование схем поведения обоих коммуникантов.

Ключевым способом выражения отношений в дискурсе является язык (речь) коммуниканта. Несовпадение коммуникативных ожиданий и предпочтений участников медицинского общения неизбежно отражается на их выборе вербальных средств объективации проблемы в ходе дискурса. При коллегиальной модели общения речь воздействует на когнитивную сферу собеседника для синхронизации обмена информацией с целью совместного решения проблемы и достижения компромисса.

Главная когнитивная цель медицинского дискурса (трансформация картины мира пациента и решение его медицинской проблемы) связана с более дополнительными целями: подавлением беспокойства пациента, стремлением к взаимопониманию и компромиссу, формированием приверженности лечению – обусловили репрезентацию основных стратегий в диалоговом единстве пациента и врача.

Использование коммуникативных стратегий коллегиального типа дискурса в диалогах доктора и пациента во многом обуславливается экстралингвистической целью медицинского дискурса – обеспечить комплаентное поведение пациента, которое заключается в осознанном выполнении рекомендаций врача и точном следовании плану лечения. При этом необходимо учитывать, что для осуществления любого типа коммуникации помимо различных экстралингвистических факторов в первую

очередь важен язык, поскольку именно язык является инструментом хранения, переработки и передачи знания.

Таким образом, в данном исследовании важно принять во внимание параметры, по которым определяются модели коммуникативного взаимодействия в диаде врач-пациент. Существующие в биоэтике, психологии и теории коммуникации модели взаимодействия сводятся к существованию коллегиальной модели, при которой взаимодействие субъектов направлено на реализацию общей стратегии путём достижения компромисса в коммуникации. Данный тезис будет важен при выделении общих стратегий пациента и врача в рамках электронной медицинской консультации.

#### **1.4. Электронная консультация в медицинском дискурсе: макродискурс и микродискурс**

Электронная медицинская консультация, так же, как и любая другая разновидность дискурса, имеет свою структуру, в которой можно различать два уровня: макроуровень, или глобальную структуру, и микроуровень, или локальную структуру. Во взаимодействии коммуникантов макро- и микроуровни образуют единое целое и работают вместе на сохранение внутренней организации речи как единой сущности.

Особое понимание термина «**макроструктура**» представлено в трудах известного исследователя дискурса и основоположника дискурсивного анализа как научной дисциплины Т. ван Дейка. Согласно ван Дейку [Дейк ван 1989], макроструктура – это обобщенное описание основного содержания дискурса, которое адресат строит в процессе понимания. Макроструктура строится таким образом, чтобы представлять собой полноценный текст, это уровень отдельных предложений, содержащих компоненты, позволяющие достигнуть связности и последовательности (англ. *coherence*) изложения. Так, речь становится связной не только с точки зрения конвенциональных принципов устройства нарратива,

но и с точки зрения формальных средств «связывания» (англ. *cohesion*) высказываний между собой на микроуровне. Дискурс не может состоять из изолированных друг от друга предложений.

Российский исследователь когнитивной лингвистики А. А. Кибрик определяет наглядный способ маркирования глобальной структуры в письменном дискурсе – графический абзац [Кибрик 2003: 30]. Однако он подчеркивает, что абзац не является неотъемлемой характеристикой письменного дискурса, и существуют альтернативные способы идентификации границ минимальной содержательной единицы внутри макродискурса. Предполагается, что границей абзаца можно считать снижение связности или смену темы (топика) [Brown, Yule 1983: 95]. Таким образом, на границе абзаца ожидается разрыв по крайней мере одного из типов связности: происходит либо смена действующих лиц, либо смена хронотопа, либо смысловая разделённость событий.

В другой традиции описания глобальной структуры дискурса, представляющего собой диалогическое единство, рассматриваются группы реплик как макроэлементы. А. Н. Баранов и Г. Е. Крейдлин сформировали модель, основанную на теории речевых актов, в основе которой – намерение, которое коммуникант реализует в ходе взаимодействия. Так, согласно данной теории, первая реплика будет вызывать или предопределять вторую. Например, вопрос и последующий за ним ответ будут рассматриваться как вариант минимальной диалогической единицы [Баранов, Крейдлин 1992].

Рассмотрим расстановку границ на примере одного из контекстов нашего материала:

*1. I'm experiencing extreme pain in my neck. 2. I'm unable to lay down to sleep, because it causes extra strain and increases the pain that i'm feeling. 3. It started out feeling like i'd slept wrong on my pillow, but that was last Thursday and it hasn't gotten any better. 4. Not it's spasmed to the point that my head is tilted and i'm unable to straighten it out. 5. I feel pain while trying to eat. 6. Opening my jaw to place my food in my mouth causes much discomfort. 7. Any ideas on what this could*



*be? 8. I've been taking Naproxen and Skelaxin that was prescribed when I had a pinched nerve, but it's not giving any relief at all.*

Данное обращение пациента на сайте электронных медицинских консультаций представлено единым графическим абзацем. Предложение 2 будет являть собой новый содержательный элемент на фоне предложения 1 ввиду смены темы, несмотря на то, что *the pain* (англ. боль) во втором предложении является референтом для *extreme pain in my neck* в первом. В предложении 3 с точки зрения структуры связности происходит временной сдвиг – грамматически (*it started, that was*) и лексически (*last Thursday*) действие перемещается в прошлое. Предложение 4 вновь содержит временной сдвиг, возвращая читателя к релевантным данным о состоянии здоровья. Предложения 5 и 6 могут считаться единым содержательным элементом, поскольку с точки зрения темы они посвящены описанию одного и того же процесса (*trying to eat = opening my jaw to place my food in my mouth*). Предложение 7 считается новым содержательным элементом по принципу графической условности – данное предложение представляет собой вопрос, а не утвердительную повествовательную форму. Наконец, предложение 8 вновь имеет перед собой границу по двум причинам: временной сдвиг (от Present Indefinite (настоящего неопределенного) к Past Indefinite (прошедшее неопределенное) и графические характеристики (от вопроса – к утвердительной форме).

Для электронной медицинской консультации выделение макроуровня будет являться важным, поскольку за ним будет стоять прагматическая составляющая. Элементы макроуровня будут отвечать за дискурсивное взаимодействие, представленное актуализацией коммуникативных стратегий и тактик, реализуемых пациентом и врачом.

В противоположность макроструктуре, **микроструктура дискурса** – это членение дискурса на минимальные составляющие, которыми в большинстве современных подходов считают предикации, или клаузы (clause) [Кибрик 2003: 35]. В целом, микроструктуры (слова, фразы, предложения) –

функциональные единицы, организующие дискурс на локальном уровне, обеспечивающие первичную «логичность» и семантическое и грамматическое построение компонентов дискурса [Dijk 1980]. В контексте изучения электронной медицинской консультации было решено обозначить такие локальные единицы термином **«семантические трансформации»**. Семантические трансформации представляют собой модуляцию, или смысловое развитие, внутри макроединиц дискурса. Рассмотрим вновь контекст взятый выше для анализа на макроуровне, чтобы продемонстрировать его членение на единицы микроуровня:

*1. I'm experiencing extreme pain in my neck. 2. I'm unable to lay down to sleep, because it causes extra strain and increases the pain that i'm feeling. 3. It started out feeling like i'd slept wrong on my pillow, but that was last Thursday and it hasn't gotten any better. 4. Not it's spasmed to the point that my head is tilted and i'm unable to straighten it out. 5. I feel pain while trying to eat. 6. Opening my jaw to place my food in my mouth causes much discomfort. 7. Any ideas on what this could be? 8. I've been taking Naproxen and Skelaxin that was prescribed when I had a pinched nerve, but it's not giving any relief at all.*

Последовательное выделение макроэлементов, мотивированное условием вытекания каждого последующего из каждого предыдущего, ложится и в основу параметров выделения микроэлементов. Каждая семантическая трансформация имеет референт, который локализован в тексте ранее и который она будет обобщать, уточнять или дублировать. Так, личное местоимение «*It*» в предложении 3 будет обобщать «*extreme pain in my neck* и *the pain*» в предложениях 1 и 2. «*Pain*» в предложении 5 будет дублировать эти же словосочетания, а описание «*it's spasmed to the point that my head is tilted and i'm unable to straighten it out*» в предложении 4 будет уточнять слишком широкое по значению слово «*pain*».

Отсюда следует, что вне независимости от того, какому аспекту структуры дискурса уделяется внимание, она всегда подразумевает наличие двух свойств: связности и иерархичности.

**Глобальная связность дискурса** обеспечивается единством темы дискурса. В отличие от темы (или топика, от англ. topic – тема) предикации, как правило ассоциируемой с некоторой именной группой или обозначаемым ею предметом (референтом), тема дискурса обычно понимается либо как пропозиция (понятийный образ некоторого положения дел), либо как некоторый конгломерат информации [Агазде 2011: 245]. Тема обычно определяется как то, о чем идет речь в данном дискурсе.

Главная функция темы – выражение связности текста. По мнению Л. Н. Мурзина, «текст оказывается цельным потому, что каждая предыдущая конструкция с известной долей вероятности определяет последующую. В результате последнее предложение содержательно, хотя не прямо, а посредством других, включает в себя первое, а первое предопределяет какую-то часть содержания последнего...» [Мурзин 1984: 24].

Любая точка зрения, обозначенная в дискурсе, выражается не только в определенных структурах предложения, грамматических конструкциях, но и в соотношении семантического и синтаксического планов текста. Эти и другие, так называемые поверхностные структуры, используемые в качестве сигналов лежащей в их основе семантической связности, представляют как бы первый уровень дискурса и предопределяют его семантический уровень.

Помимо структур, описанных лингвистикой и традиционными грамматиками предложения, были выделены и другие структуры дискурса и прежде всего структуры последовательности предложений. Это означает, что синтаксис и семантика предложений в дискурсе описываются с учетом структур и интерпретации соседствующих, обычно предшествующих предложений того же текста. Порядок слов и функции, выполняемые ими, лежащие в их основе семантические роли зависят естественно от общего текстового окружения.

Семантический же уровень дискурса, учитывая безусловную последовательность и связность предложений, дает возможность изучать соотнесенные друг с другом интерпретации: значение слов, предложений – и

рассматривается как функция от значений, закрепленных за предшествующими предложениями. Этот аспект дискурса называют **локальной или последовательной связностью** [Дейк ван 1989: 121-122].

Эти знания о микро- и макроструктуре дискурса, а также о связности и последовательности, которые следует учитывать при дискурс-анализе, актуальны и при анализе коммуникативной ситуации. Соотношения понятий дискурса и коммуникации находятся в постоянном фокусе внимания исследователей. Дискуссионным остается также вопрос о том, является ли коммуникация частью дискурса, или же дискурс и коммуникация – это взаимозаменяемые понятия.

Российский лингвист В. И. Карасик пишет следующее:

«1) дискурс относится к основанной на коммуникации динамической модели языка (в противопоставлении статистической);

2) сами коммуникативные ситуации изучаются с учетом психологических, социальных, культурно-исторических характеристик;

3) коммуникативные ситуации включают докоммуникативную (порождение дискурса), непосредственно коммуникативную и посткоммуникативную (интерпретация дискурса) стадии;

4) порождение и интерпретация являются важными аспектами изучения дискурса» [Карасик 1994: 3-4].

И. П. Сусов так определяет взаимосвязь дискурса и коммуникации: «Связные последовательности речевых актов именуют дискурсом. Передаваемое от говорящего слушателю высказывание (или последовательность высказываний) становится текстом, когда оно оказывается зафиксированным на письме (или с помощью звукозаписывающего аппарата). Текст выступает, таким образом, в виде “информационного следа” состоявшегося дискурса» [Сусов 2007: 40].

Таким образом, дискурс является текстом, «погруженным в ситуацию общения», особенное значение при исследовании дискурса имеет то, что «форма связного текста, обусловленность экстралингвистическими факторами,

событийный аспект и целенаправленное социальное действие являются наиважнейшими характеристиками дискурса» [Коротеева 1999: 19]. По мнению Н. Д. Арутюновой среди наиболее значимых особенностей дискурса можно обозначить «его соотнесенность с событийной действительностью, ориентацию на коммуникацию, то есть взаимодействие собеседников, суггестивность и перцепцию» [Арутюнова 1998: 137].

При таком подходе дискурс представляет собой сложный комплекс, включающий в себя не только излагаемый материал, но и участников дискурса, коммуникации (его автора и реципиента), коммуникативную ситуацию, которую также можно разложить на составляющие (область коммуникации, хронотоп, форма коммуникации, обстоятельства самого изложения, оценка излагаемого коммуникантами и др.).

Многие исследователи, занимающиеся описанием макро- и микроструктур дискурса [Sacks, Schegloff 1974; Дейк ван 1989; Кибрик 2003; Макаров 2003 и др.] дают понять, что дискурс может состоять не только из текстов, но и из высказываний (диалогических единств/минимальных пар/минимальных диалогических единиц/смежных пар). В рамках трактовки М. М. Бахтина высказывание определяется как целостная единица общения, которая характеризуется информативностью, интенциональностью и композиционной завершенностью [Бахтин 1979]. В таком случае ключевым свойством высказывания как единицы общения является его коммуникативная актуальность, или его роль в конкретной коммуникативной ситуации. Так, медицинский дискурс представляет собой последовательность высказываний – диалог пациента и врача. Трансформируясь в дискурсе электронной медицинской консультации, высказывание становится текстом.

Итак, в данном исследовании текст рассматривается как средство и единица коммуникации, а дискурс – как форма, в которой эта коммуникация протекает. Так, к организации коммуникации, то есть, диалога между врачом и пациентом, и её организации будут применяться те же параметры, что и для анализа дискурса и разделение его на макроуровень и микроуровень.

## 1.5. Электронная медицинская консультация как трансдискурсивное пространство

Поскольку дискурс представляет собой элемент профессиональной деятельности, объединяющий в себе процесс вербализации и ее продукт, в ходе его анализа мы также имеем дело с вопросами организации знания, которое подвергается вербализации, – профессионального и непрофессионального. Для анализа медицинской консультации, в которой принимают участие социально- и профессионально равноуровневые участники, и которая является особым типом медицинского дискурса, следует подробнее рассмотреть вопросы соотношения дискурса и знания.

Создание и понимание дискурса включает процессы обработки знания – декодирования единиц дискурса, которое происходит на всех уровнях – от уровня лексическо-грамматической вариации до уровня тем (топиков), и глобальной и локальной связности. Знание представляет собой не только когнитивное образование, но и социальное, как показывают многие современные направления в прагматике и дискурсоведении (например, van Dijk, Wodak). Знания приобретаются, передаются и используются людьми в ходе взаимодействия, в особенности внутри социальных групп, институтов и организаций [Dijk van 2003]. Таким образом, знание передается и усваивается в ходе социального взаимодействия и объективируется в тексте.

Форма объективации знания в тексте зависит от многих параметров: от коммуникативной ситуации, от жанра, от фоновых знаний коммуниканта, от типа знания. Вопросами типологии знания занимаются многие ученые, например, Т.А. ван Дейк разделяет знание по социальным параметрам на декларативное и процедурное знание (declarative and procedural), личное и общественное (personal and social), общее и специфичное (general and specific) [Dijk van 2003:90]. Л. Хоффман в своей типологии классифицирует знание согласно степени абстракции, которую оно охватывает. Так, ученый выделяет наивысший уровень знания (уровень наивысшей степени абстракции), который

репрезентирует уровень взаимодействия ученых-теоретиков и соответствует сфере высокоинтеллектуальной деятельности – теоретическим наукам. Следующий уровень знания по Л. Хоффману – уровень очень высокой степени абстракции – это уровень экспериментальных наук и их представителей (ученых и ассистентов). Средний уровень – уровень высокой степени абстракции – является уровнем прикладных наук и характеризуется взаимодействием ученых и руководителей бизнеса и производства. Предпоследний уровень – уровень низкой степени абстракции – это уровень взаимодействия внутри бизнеса и производства, в котором участвуют его руководители и работающие с ними специалисты. Наконец, последний уровень – уровень очень низкой степени абстракции – это уровень сферы потребления и взаимодействия специалистов и потребителей, а также потребителей между собой [Hoffmann 1985: 65-67; Алексеева, Мишланова 2019].

Так, согласно уровню абстракции знание может делиться на экспертное (профессиональное, или специальное) и неэкспертное (непрофессиональное, или неспециальное). Данная типология играет существенную роль в когнитивно-дискурсивном анализе медицинской коммуникации, когда речь идёт о взаимодействии людей с разным уровнем знания. Исследователи используют различные термины для дифференциации таких коммуникантов, они, в соответствии с типом знания по релевантной проблеме, будут делиться на экспертов (профессионалов, или специалистов) и неэкспертов (непрофессионалов, или неспециалистов) [Bromme, Jucks 2007; Богатикова, Исаева 2013; Jucks 2017; Engberg 2018; Суворова 2019 и др.].

Говоря о различиях в знании, мы имеем в виду различие в способностях воспринимать, понимать, декодировать, кодировать и передавать информацию по узкоспециальной проблеме в профессиональной сфере, поскольку в данной работе речь идёт о коммуникации знания по проблемам медицинского состояния. Различия в уровнях знания – от экспертного до неэкспертного – рассматриваются через призму асимметрии знания, которая играет важную

роль в его коммуникации в связи с трансдискурсивностью электронной медицинской консультации.

Трансдискурсивность представляет собой пространство взаимодействия экспертов и неэкспертов, а также трансформации, отвечающие за передачу знания внутри такой коммуникативной ситуации. Изучением трансдискурсивности занимались многие отечественные исследователи [Алексеева, Мишланова 2002; Мишланова, Уткина 2008; Исаева 2013; Бисерова 2018; Суворова 2019], которые отмечали, что в основе успешности данного типа взаимодействия лежит адаптация специального типа знания. Процесс адаптации также называют процессом медициации знания [Исаева 2013], или процессом популяризации знания [Мишланова, Уткина 2008].

В ходе электронной медицинской консультации реализуется процесс передачи знания о медицинской проблеме, которая по своей сущности принадлежит к научной сфере, к специальной области. В условиях трансдискурсивности происходит трансформация данного знания получателем медицинской услуги – пациентом, поскольку его задача заключается в описании проблемы, и поставщиком медицинской услуги – врачом, поскольку он должен декодировать данное описание, преобразовать его в дифференциальный диагноз и транслировать обратно. Знание о медицинской проблеме — важная категория контекста медицинской коммуникации специалиста и неспециалиста, это в том числе и элемент, регулирующий прагматическую работу дискурса. Так, манипуляции с передачей, трансформацией и усвоением знания осуществляются на прагматическом, или коммуникативном, уровне посредством постановки стратегии и импликации тактик, которые призваны реализовывать процесс передачи информации должным образом.



## **1.6. Коммуникативные стратегии и тактики как конструктивные категории взаимодействия врача и пациента в рамках электронной консультации**

Коммуникация находится в сфере интересов исследователей различных дисциплин, таких как лингвистика, социология, психология, образование, науки по искусственному интеллекту, нейронауки, маркетинг и т. д. Непрерывный интерес к коммуникации обусловлен ее вовлеченностью практически во все аспекты человеческого взаимодействия. Человеческое общение представляет собой феномен языкового, прагматического, когнитивного, социального и эмоционального уровней.

Изучение коммуникации, как правило, охватывает четыре основных аспекта, а именно: 1) языковую компетенцию, которая занимается изучением лексико-синтаксических особенностей; 2) социолингвистический аспект, который раскрывает социальную целесообразность общения; 3) дискурсивный аспект, который изучает вопросы связности в дискурсе; и 4) аспекты стратегий и тактик, которые фокусируются на прагматической функции общения.

Традиционно при изучении коммуникации основное внимание уделяется вербальному общению, а речь рассматривается как первичный аспект. Структурная лингвистика рассматривала язык как код, а изучение грамматики фокусировалось на структуре предложения как на ядре анализа [Chomsky 1965]. Позже социолингвисты расширили сферу охвата языковых явлений, сосредоточив внимание на взаимосвязи между языком и обществом в целом и языком в его социальном контексте в частности. Так, благодаря социолингвистике коммуникация перестала ограничиваться лингвистической компетенцией, поскольку понятие было расширено, чтобы охватить вопросы уместности использования языка в тех или иных социальных условиях. Таким образом, социолингвистика сместила внимание исследователей с природы

механистического аспекта передачи на значение коммуникации в ее социальном контексте.

Прагматика внесла существенный вклад в изучение коммуникации, поскольку особое внимание стало уделяться функциям использования языка собеседниками. Коммуникацию можно описать как двусторонний процесс, в ходе которого между собеседниками происходит обмен значимыми сообщениями, включая мысли, идеи, концепции, чувства и т.д., для достижения взаимно приемлемой цели создания общего понимания. Таким образом, коммуникация представляет собой процесс, в котором осмысленное и релевантное сообщение кодируется и передается адресантом адресату. Ожидается, что адресат расшифрует сообщение и предоставит адресанту обратную связь, показывающую акт правильного декодирования. В прагматике способность адресата(ов) понять сообщение адресанта называется «иллокутивной компетенцией», а намерение адресанта произвести высказывание (сообщение) – «иллокутивной силой».

Прагматические аспекты коммуникативной компетенции касаются способности адресата использовать лингвистические знания в различных социальных контекстах и ситуационных взаимодействиях для передачи предполагаемого значения, а также способности адресата использовать знания для понимания некоторой информации. Чтобы достичь этого во взаимодействии, собеседники используют коммуникативные стратегии, которые служат для поддержания общения. Стратегии варьируются в зависимости от потребностей и намерений собеседников: от обращения и запроса информации до объяснения и рекомендаций. В случае, если определенная стратегия не достигает коммуникативной цели, предполагается, что адресант может выбрать другую стратегию для поддержания связи или достижения желаемой цели.

При этом коммуникативная стратегичность как осознанное следование запланированным интенциям в ходе общения представляет собой градуальное явление, в большей степени свойственное одним типам общения и в меньшей

степени – другим. Бытовое общение по своей природе является спонтанным, стихийным, в то время как институциональное общение в значительной мере предсказуемо, ситуативно обусловлено и разворачивается в соответствии с определенными типовыми схемами [Бейлинсон 2001: 109].

Представления об упорядоченности диалогического взаимодействия и определение параметров и механизмов его организации отразились в многочисленных исследованиях коммуникативных актов, определив основные направления в изучении коммуникативных стратегий. Можно выделить следующие группы исследований в соответствии с их целями и предметом изучения:

1) описание универсальных характеристик речевых стратегий [Арутюнова 1983; Дейк, Кинч 1988; Иссерс 2008; Kellermann 1992];

2) анализ комплекса стратегий в определённых типах дискурса: политического [Dijk 2003], педагогического [Димова 2007; Ручкина 2009], экономического [Губик 2006; Степанова 2006], медицинского [Карасик 2000; Бейлинсон 2001; Барсукова 2007; Волкова 2021, Майборода 2021] и др.;

3) изучение специфики отдельных стратегий: воздействия [Мальцева 2011], взаимодействия [Чунихина 2013], отчуждения [Косова 2010], аргументации [Климинская 2010], вежливости [Лазарева, Тельминов 2010] и др.

В данной работе мы изучаем не только прагматический и не столько стилистический аспекты взаимодействия, но когнитивно-дискурсивный. Такая позиция требует тщательного рассмотрения определения стратегий и тактик.

Интерпретации понятия коммуникативной стратегии варьируются в зависимости от применяемого подхода к анализу дискурса и коммуникации. Так, могут быть выделены как минимум основные подходы: психолингвистический, когнитивный, прагматический.

Психолингвисты под стратегией понимают некоторую сверхзадачу речи, которая диктуется практическими целями собеседника [Борисова 2005]; и которая через которую развёрнута установка субъекта на общение [Веретенкина 2001].

Когнитивный аспект подробно анализируется в работах Т. Ван Дейка [Дейк, Кинч 1988], который понимается под стратегией определённые когнитивные операции, которые связаны с восприятием дискурса и влияют на его восприятие и порождение. Например, он выделяет стратегии понимания и интерпретации смысла, что может быть соотнесено с описанием коммуникативных стратегий как процедур трансформации картин мира участников общения. О. С. Иссерс определяет речевые стратегии как «спроецированные в область речевого взаимодействия когнитивные стратегии, назначение которых состоит в достижении говорящим коммуникативной цели наиболее оптимальным способом» [Иссерс 2008: 259].

В интерпретации прагмалингвистического подхода стратегия выступает как «цепочка решений говорящего, его выбор определённых коммуникативных действий и языковых средств» либо «реализация набора целей в структуре общения» [Макаров 2003: 137]; «выбор определённой линии речевого поведения в конкретной ситуации в интересах достижения цели коммуникации» [Барсукова 2007: 34]; система выстроенных по принципу иерархии компонентов [Аникин 2008]; коммуникативный план, который предполагает определённые коммуникативные цели (на фоне определённых установок) и для которого необходима определённая коммуникативная компетентность [Муравьева 2002]. Ю. М. Олешков рассматривает коммуникативную стратегию как «когнитивный процесс, в котором говорящий, реализуя цель общения в глобальном масштабе, соотносит свое коммуникативное намерение с конкретным выбором последовательности (очередности) высказываний» [Олешков 2006: 12].

Подходы, определяющие стратегию как цепочку коммуникативных выборов и как реализацию цели, не противоречат друг другу, а дополняют друг друга и в совокупности полнее раскрывают многоуровневую и полифункциональную природу и строение естественного языкового общения.

Так, следует определить коммуникативную стратегию в электронной медицинской коммуникации как процесс построения диалога через выбор

оптимального в заданной ситуации вербального поведения. Такое поведение обусловлено институциональными параметрами данного типа дискурса и направлено на достижение общих целей участников коммуникации, пациента и врача. Выполнение стратегии достигается через применение коммуникативных тактик, представляющих собой локальные приёмы реализации глобальной стратегии коммуникации. «Речевая тактика может включать в себя как одно, так и несколько высказываний, говорящий может контролировать успех/неудачу конкретного речевого акта на отдельных этапах диалога и корректировать свои речевые действия с учётом перлокутивных эффектов» [Иссерс 2008: 113-114].

Каждая коммуникативная тактика реализует конкретную коммуникативную задачу (предложить способы решения проблемы, объяснить, определить, рекомендовать, подвергнуть сомнению и т.д.), т.е. выделить этапы выполнения глобальной цели общения для адресата и направить его по верному пути. При этом говорящие не пользуются готовыми сценариями диалога, а выбирают такие тактики и средства их языкового воплощения, которые эффективны в конкретной ситуации и определяются целевой установкой и коммуникативным контекстом. Процесс выявления номенклатуры тактик, реализующих коммуникативные стратегии, был разработан для целей данного исследования и описан во второй главе настоящей работы.

Для описания стратегий и тактик в контексте интернет-опосредованной коммуникации следует определить такие минимальные единицы анализа, как коммуникативная ситуация, речевой ход и речевой шаг. Эти единицы соотносимы с макростратегиями и микростратегиями Т. ван Дейка. Характеристика данных единиц также дана во второй главе данной работы.

## Выводы по главе 1

Дискурс представляет собой совокупность дискурсивных практик – коммуникативных ситуаций, опосредующих определенную сферу деятельности [Foucault 1981; Fairclough 1993; Dijk 2014; Алексеева, Мишланова 2002]. Дискурс характеризуется как речь, встроенная в коммуникативную ситуацию и в связи с этим, как категория с ярко выраженным социальным наполнением по сравнению с речевой активностью человека: дискурс – это речь, «погруженная в жизнь» [Арутюнова 1990: 136].

Медицинский дискурс представляет собой один из институциональных типов дискурса, для которого характерны общение базовой пары участников (в нашем случае пациента и врача), локализованный хронотоп, наличие конвенционально обусловленной цели, ритуальности, а также функционирование речевых стратегий и тактик. Особое место в изучении дискурса занимает тезис об асимметрии знания, присущей участникам такого типа дискурса, которая имплицитно вербально в ходе общения.

Рассмотрен электронный тип медицинской консультации и его особенности, а также лингвистические и экстралингвистические факторы, обуславливающие его функционирование.

Под электронной медицинской консультацией в данной работе понимается интернет-опосредованное общение пациента и врача с целью решения медицинской проблемы. Появление и функционирование такого типа консультаций обеспечивается следующими экстралингвистическими параметрами: повышением требований к здравоохранению и необходимостью задействования ИТ-решений, расширением прав и возможностей пациентов, сменой роли пациента во взаимодействии с врачом.

Особое место в данном разделе занимает вопрос коммуникации знания в дискурсе, который представлен статусно-неравными участниками, которым

свойственна асимметрия знания по проблемам, принадлежащим к научной области. Определено, что электронная медицинская консультация представляет собой трансдискурсивное пространство, внутри которого трансформируется знание о медицинской проблеме.

Электронная медицинская консультация, как и любой дискурс, может быть представлена в виде макроуровня и микроуровня дискурса. На макроуровне дискурса важным было выделить коммуникативные стратегии и тактики, как основные конструктивные категории.

Изучению стратегий и тактик посвящено большое количество работ, в нашем исследовании под коммуникативной стратегией мы будем понимать спроецированные в область речевого взаимодействия когнитивные стратегии, назначение которых состоит в достижении говорящим коммуникативной цели [Иссерс 2008]. Коммуникативные тактики, таким образом, будут представлять совокупность речевых действий, выбираемых и выполняемых коммуникантами в той или иной последовательности.

## Глава 2. МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ЭЛЕКТРОННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

### 2.1. Описание материала согласно теории макро- и микродискурса

Несмотря на тот факт, что коммуникативный процесс представляет собой непрерывное взаимодействие участников коммуникации, с целью анализа и описания этого явления необходимо выделять дискретные единицы, отдельные фрагменты, элементы коммуникации.

Предполагается, что в любых условиях осуществления речевой коммуникации, при использовании различных средств передачи информации, при наличии любого количества человек, принимающих участие в общении, в ее основе лежит единая схема (модель). Модель Р. Якобсона (см. рис. 1) получила наибольшее распространение после выхода работы «Лингвистика и поэтика», в которой автор представил речевую коммуникацию в виде следующих шести факторов, каждому из которых соответствует особая функция языка [Якобсон 1975: 198]:



Рис. 1. Модель речевой коммуникации по Р. Якобсону

В данной модели коммуникации участвуют адресант и адресат; от первого ко второму направляется закодированное сообщение; контекст определяется содержанием сообщения и информацией, которая при помощи него передается; понятие контакта связано с регулятивным аспектом



коммуникации.

Исследователи коммуникативных актов подчеркивают, что все элементы данного процесса находятся в тесной связи, и изменение одного их влечёт за собой изменение других. Описание цепочки элементов коммуникации, находящихся в связи друг с другом представил И. П. Сусовым в своей модели: «Я – сообщаю – тебе – в данном месте – в данное время – посредством данного высказывания – о данном предмете – в силу такого-то мотива или причины – с такой-то целью или намерением – при наличии таких-то предпосылок или условий – таким-то способом» [Сусов 1983: 9].

Коммуникативное поведение любой социальной группы лиц или отдельной личности может быть описано целостно, комплексно, системно. Для этого необходимо исследование коммуникативного поведения в тех параметрах, которые демонстрируют наиболее яркую специфику общения в том или ином виде дискурса. Системное описание предполагает выделение этапов анализа коммуникативного поведения – от общего к частному.

Таким образом мы видим, что недостаточно изучать дискурс только лишь с позиции лингвистики текста, а для анализа коммуникативного взаимодействия между людьми недостаточно изучать язык только лишь как систему знаков, поскольку это не дает ответа на вопрос какие языковые средства следует использовать для достижения поставленных целей и как достичь наибольшей эффективности высказываний. Следует предположить, что, учитывая когнитивные, социальные и психологические аспекты при анализе дискурса, можно добиться репрезентативных результатов.

Очевидным становится факт, что речевое взаимодействие коммуникантов целесообразно изучать как комплексный феномен, а не как высказывания отдельных субъектов. Дискурс здесь представляет собой «коммуникативное событие, порождающее текст, соотносящееся, во-первых, с определенной ментальной сферой/определенными знаниями, и, во-вторых, с конкретными моделями-образцами, прототипами текстопорождения и восприятия» [Чернявская 2006: 106]. Также дискурс является «процессом речевой

деятельности говорящих (диалог), в котором представлена не только информация о «положении дел в мире» (пропозиция), но и весь набор субъективных, социокультурных, в том числе стереотипных, прецедентных и т.п. смыслов. При этом говорящий в коммуникативной ситуации производит свое речевое произведение, опираясь на общую с адресатом денотативную ситуацию, учитывая свои интенции, эмоции, оценки, связывает высказывания по текстовым законам смысловой и структурной целостности, завершенности, когезии и когерентности, оформляя таким образом «некий результат – текст, т.е. «упаковывая» дискурс в текст» [Формановская 2000: 61].

В медицинском дискурсе одной из коммуникативных ситуаций является ситуация консультации специалиста: пациент обращается за помощью в разрешении медицинской проблемы к врачу. И врачу, и пациенту свойственно то или иное коммуникативное поведение, в котором по критерию вербализованности выделяется речевое и неречевое поведение. На стадии отбора языковых и речевых структур коммуникант сталкивается с прагматическим выбором, т.е. с выбором адекватного содержания высказывания, присвоением коммуникативных смыслов своим речевым действиям (запрос информации, рекомендация, выражение беспокойства, выражение сочувствия и т.п.) и выбором стилистическим, т.е. уместным выбором в данной коммуникативной ситуации вербальных средств для оформления релевантного содержания в рамках коммуникативной задачи. Так, в речевом поведении разграничиваются прагматический и, непосредственно, языковой аспекты. Прагматический аспект является очень важным в медицинской коммуникации, он включает в себя идентификацию медицинской проблемы и верную постановку диагноза, а также формирование комплаенса (приверженности рекомендациям) у пациента. Языковой аспект подразумевает вербальную реализацию коммуникативных задач.

Традиционная коммуникативная ситуация, в которой оказываются врач и пациент, предполагает вопросно-ответную форму, где, в зависимости от модели общения, один из субъектов будет ведущим. В электронной коммуникации,

которая изучается в рамках данной работы, коммуникативная ситуация представляет собой комплекс из двух сообщений, одно из которых является вопросом пациента, а второе – ответом врача.

Образно каждое из сообщений может быть поделено на две смысловые части, которые мы условно назвали «что это?» и «что делать?». Часть «что это?» представляет собой описание некоторой медицинской проблемы, которая беспокоит его и нуждается в разрешении, в то время как часть «что делать?» включает в себя вопросы относительно лечения и рекомендаций. С точки зрения дискурс-анализа на **макроуровне** мы будем иметь дело с **макростратегией** по осуществлению медицинской консультации. Каждый коммуникант по-своему репрезентирует макростратегию, для обоих коммуникантов в части «что это?» коммуникативной стратегией будет являться стратегия идентификации медицинской проблемы, для части «что делать?» – стратегия плана по разрешению медицинской проблемы.

На макроуровне дискурс-анализа следует ввести понятие «**речевой ход**», который будет репрезентировать тактики ведения стратегии. Под речевым ходом понимается одно высказывание или ряд высказываний в пределах одной стратегии, объединенных общим намерением. Тактики, или речевые ходы, в свою очередь, могут быть актуализированы различными семантическими трансформациями (или «**речевыми шагами**»): генерализацией, конкретизацией или повтором.

Речевые шаги будут репрезентировать **микроуровень дискурса** и будут объективированы в тексте лексическими или грамматическими изменениями. Иерархия данных понятий схематично представлена на рис. 2:



Рис. 2. Прагматический, когнитивный и языковой уровни медицинского дискурса

Выявление данных этапов речевого общения позволило объединять их в группы и классифицировать универсальные и специфические коммуникативные тактики, используемые для реализации одной и той же коммуникативной стратегии.

## 2.2. Методология исследования электронной медицинской консультации

По данным аналитической компании Pew Research Center число интернет-пользователей в США увеличилось с 52% в 2000 г. до 84% в 2013<sup>11</sup>. В связи с распространением интернета коммуникативные практики в сети Интернет приобретают все большую популярность и значимость в самых разных сферах жизни общества. Область заботы о здоровье также претерпевает изменения: наблюдается широкое распространение медицинских форумов и других видов

<sup>11</sup> Данные представлены на <https://www.pewresearch.org/internet/2015/06/26/americans-internet-access-2000-2015/>. Дата обращения – 27 апреля 2022.

виртуальных платформ (группы и сообщества в социальных сетях), на которых человек может получить медицинскую консультацию. У многих организаций здравоохранения есть собственные сайты, и пациенты имеют возможность доступа к необходимой им информации.

В основании эмпирического исследования лежала нереактивная стратегия [Николаенко 2019], используемая исследователями для анализа «цифровых следов», оставленных пользователями в интернет-пространстве с различными целями, далекими от нужд исследования. В фокусе нашего внимания оказались текстовые сообщения пользователей медицинского форума «Doctorspring.com», которые представляют собой блоки из вопросов и ответов по вопросам здоровья. Данный форум был выбран в качестве источника эмпирических данных согласно критериям доступности, открытости, размера и активности пользователей. Выгрузка сообщений состоялась в 2013-2014 гг. В ходе исследования с данного форума были собраны 600 вопросно-ответных комплексов, 60 из которых впоследствии подверглись когнитивно-дискурсивному анализу. Данный материал представляет собой языковой корпус, общий объем которого составляет 19186 слов.

Для автоматического сбора информации был задействован парсинг. Процесс парсинга – это автоматическое извлечение большого массива данных с веб-ресурсов, которое выполняется с помощью специальных скриптов<sup>12</sup>. Парсер сканирует код каждой страницы сайта и загружает данные в таблице Excel. Данная процедура облегчила процесс сбора материала и не противоречила закону: парсинг не повлиял на работу сайта, проводился законным методом, не затрагивал авторские права полученной информации, получаемая информация находится в открытом доступе и не является тайной.

Для наших целей использовался самописный парсер на языке Python, сбор осуществлялся стандартной библиотекой Urllib2. Специалистом делался запрос к API сайта, за которым следовал ответ в формате JSON, и нужные поля

---

<sup>12</sup> Данные представлены на <https://www.trinet.ru/blog/kontent/parsing-sajta/>. Дата обращения – 27 апреля 2022.

сохранялись в исходном виде (пользователь, тема сообщения, вопрос, ответ, квалификация и личные данные врача). Данная работа была выполнена в команде с аспирантом ПГНИУ, г. Пермь, Ярославом Витальевичем Мишлановым [Bogatikova, Mishlanov 2016].

Сайт DoctorSpring.com представляет собой платный онлайн-сервис, с помощью которого пациенты могут получить квалифицированную помощь врачей любой специальности. Он был основан в 2011 году для того, чтобы предложить населению США альтернативный способ получения медицинской помощи и сделать её более доступной. Среди преимуществ данного сервиса можно отметить большой штат врачей (на 07.01.2013 их было 900<sup>13</sup>) и высокая скорость реакции специалиста (менее 24 часов). Как правило, пациенты задают вопрос с целью получить диагностическую помощь, получить второе мнение по медицинской проблеме, или узнать об альтернативных методах лечения.

Сайт DoctorSpring.com предлагает три вида услуг: консультация врача общей практики (терапевта) или семейного доктора, консультация узкого специалиста, проведение медицинской комиссии. Вопрос врачу терапевту или семейному доктору стоит 9 долларов США, ответ от квалифицированного врача общей практики, эта услуга рекомендуется для простых медицинских проблем. Вопрос узкому специалисту стоит 25 долларов США, специальности перечислены в алфавитном порядке и варьируются от аллергии до урологии. Пациенты также имеют возможность задать вопрос медицинской комиссии. Эта услуга стоит 180 долларов США и рекомендуется для пациентов со сложными заболеваниями или тех, кто выбирает варианты лечения, серьезно влияющих на течение жизни. Делом будут заниматься четыре специалиста, и им можно будет задавать неограниченное количество дополнительных вопросов.

Тем не менее, в соответствии с условиями предоставления услуг, сайт ограничивает возможность получения некоторых видов помощи, а в частности:

- отсутствует возможность проведения судебно-медицинского

---

<sup>13</sup> Данные представлены на <https://finance.yahoo.com/news/doctorspring-answers-patients-medical-concerns-140000618.html>. Дата обращения – 27 апреля 2022.

заклучения;

- невозможно получить неотложную медицинскую консультацию или лечение;

- нельзя получить рецепт на препарат;

- невозможность поддержания онлайн-чата с врачом.

В то время как врачи помогают с информацией как по диагностике, так и по лечению, сайт предупреждает, что консультация предназначена только для информационных целей и должна проводиться только после консультации с лечащим врачом по месту жительства. Пациенты предупреждаются, что онлайн-консультация не заменяет физическую консультацию с врачом и не заменяет услуги больницы.

Легитимность экспертизы врача на форуме обеспечивается в том числе и необходимостью размещения информации о себе. Так, в профиле специалиста, помимо его имени и фамилии, содержится информация о специализации, образовании, месте работы, городе проживания и другие данные, портретная фотография. Публикация такой информации выполняет и другие функции. Для врача онлайн-консультирование является частью профессиональной деятельности и имеет коммерческий аспект, а именно осуществляется для привлечения клиентов, продвижения собственных услуг, укрепления имиджа аффилированной организации.

Невозможность остаться для врача анонимным сопровождается правом пациента скрыть часть данных о себе. Несмотря на рекомендации сайта по предоставлению личной информации, пациенты могут проигнорировать часть из них. Неизменным и обязательным остается предоставление реквизитов банковской карты для осуществления оплаты консультации. Это же является и своеобразным идентификатором личности пациента. Из личных данных в сообщении могут присутствовать пол, возраст, рост, вес пациента, описание хронических заболеваний. Пациенты могут прикреплять к своему вопросу результаты лабораторных исследований, рентген-снимки или заключения других специалистов, но эта информация доступна к просмотру только

специалисту. Можно предположить, что такая неравнозначность создает новые асимметрии в коммуникации и способствует обезличиванию пациента со стороны врача. Он теряет свое «лицо» и становится лишь медицинским объектом, состоящим из различных показателей [Богомягкова 2020: 23].

### **2.3. Стратегия идентификации медицинской проблемы и её языковая импликация на примере диалогов электронной медицинской консультации**

Медицинское состояние – это широкий термин, который включает в себя все заболевания, поражения или расстройства. Хотя термин «состояние здоровья» обычно включает и психические заболевания, в некоторых контекстах этот термин используется специально для обозначения любой соматической болезни, травмы или заболевания, а не только психических заболеваний. В Диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам (DSM) термин «общее заболевание» используется для обозначения всех заболеваний, болезней и травм, кроме психических расстройств<sup>14</sup>.

Поскольку термин «медицинское состояние» более нейтрален, чем такой термин, как, скажем, «болезнь», предпочтение часто отдается первому выражению. Термин «медицинское состояние» также является синонимом «медицинского здоровья», которое описывает текущее состояние отдельного пациента с медицинской точки зрения<sup>15</sup>.

В процессе осуществления коммуникации между врачом и пациентом возникает проблема идентификации медицинской проблемы. Медицинская проблема является смысловым ядром медицинской коммуникации и причиной

---

<sup>14</sup> Данные представлены на <https://psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>. Дата обращения - 20 апреля 2022.

<sup>15</sup> Данные представлены на <https://pallipedia.org/medical-condition/>. Дата обращения – 20 апреля 2022.



её возникновения. Именно наличие или возникновение медицинской проблемы побуждает пациента обратиться за помощью к специалисту. На очном приеме пациент определяет медицинскую проблему как то, что его беспокоит («меня беспокоит колено», «головная боль стала чаще беспокоить»), во время такой консультации врач может сам инициировать определение проблемы вопросами наподобие «что Вас беспокоит?», «сердце ещё беспокоит или стало лучше?». Исследователи медицинской коммуникации признаются, что такое описание проблемы не проясняет понимание её сути: означает ли «беспокоит» физические неудобства или психологический дискомфорт. С учетом этого факта задача врача заключается не только в постановке верного диагноза, но в моральной поддержке пациента. В консультациях, которые врачи осуществляют в сети Интернет, можно четко проследить существование обеих линий профессионального поведения врача (*I do completely understand your problem; I understand that you are suffering from stomach cramps and back ache before your period every month*).

Одной из основных задач является передача медицинской информации таким образом, чтобы она была понятна пациенту. Поэтому задача врача еще состоит и в том, чтобы как можно точнее оценить текущее состояние знаний пациента о медицинской проблеме. Это может стать очень сложной задачей по нескольким причинам: по сравнению с неспециалистами концептуальные знания экспертов организованы более сложно структурированным и проработанным образом. При оценке знаний неспециалистов эксперты часто не обращают внимания на данные различия и склонны ссылаться на свои собственные знания. Следовательно, врачам может быть трудно дать оценку тому, какими фоновыми знаниями уже владеют пациенты. Более того, некоторые исследования и эксперименты демонстрировали, что врачи склонны переоценивать то, что пациенты знают о болезни [Bass 2002, Schillinger 2004].

Для того, чтобы постановка диагноза состоялась, врач должен уметь сориентироваться в нарративе пациента и выделить ключевые детали, имеющие отношение к медицинской проблеме и описывающие её. Сайты,

предоставляющие услуги консультирования пациентам, выделяют специальную графу под названием «тема»/«topic». Предполагается, что получатель услуги сможет самостоятельно сформулировать повод для обращения за медицинской помощью, который и будет являться той проблемой, что привела его к врачу.

С точки зрения дискурс-анализа тема сообщения будет являться одним из параметров макроструктуры: макроправила согласно ван Дейку будут применяться к этой единице анализа. Тема сообщения будет пропозицией в отношении к тексту сообщения, и будет выводиться из пропозиций исходного дискурса (текста вопросительной части).

Медицинская проблема представлена в тексте в дискурсе пациента и в дискурсе врача, условно мы назвали эту часть коммуникации «что это?». Именно эта часть коммуникации отвечает за вербализацию проблемы, которая беспокоит пациента, за декодирование этой проблемы врачом, за дальнейшую постановку диагноза врачом и за озвучивание медицинского заключения. С этой позиции выбранный медицинский дискурс обладает параметрами линейности и логической завершённости: цели и задачи реализуются в заданной последовательности, развитие дискурса происходит постепенно и имеет конечную цель – формулировка медицинской проблемы – в первой части сообщения и лечение/рекомендации – во второй.

Медицинская проблема является элементом специальной области знаний, которая в «идеальных» условиях репрезентируется специальным языком этой области. Однако в ходе коммуникации между пациентом и врачом, особенно в ситуации с информированным пациентом, специальная область знаний репрезентируется не только специалистом (врачом), но и неспециалистом (пациентом). Асимметрия в знаниях приводит к тому, что одна и та же мысль по-разному объективируется в тексте. Так, мы можем наблюдать различный подход к вербализации медицинской проблемы и различные средства её реализации.

В свою очередь в части, условно названной «что делать» и содержащей

рекомендации по лечению и дальнейшей диагностике, речь не идет об объективации знания. Текст в данной части сообщения имеет жесткую структуру, он строго регламентирован, и не может подвергаться субъективизации. Объективно существует единственно доказательно верный ход лечения, который приведёт к положительному результату, в связи с чем содержательная языковая вариативность не присуща этой части сообщения, и она не является объектом изучения в данной работе.

#### **2.4. Методика определения коммуникативных тактик в контексте стратегии идентификации медицинской проблемы**

Как уже было обозначено ранее, коммуникативные стратегии реализуются посредством тактик. Для анализа электронной медицинской консультации в разрезе функционирования тактик, следует обозначить критерии определения данных единиц в тексте. Предполагается, что в основе каждой тактики лежит коммуникативная задача, определение которой способствует категоризации высказывания относительно той или иной коммуникативной тактики. Применительно к анализу диалогической речи без учета контекста, т.е. социальных, экстралингвистических, ситуационных, определить задачи было бы не так просто. Тем не менее, в институциональном общении задачи, преследуемые участниками взаимодействия, лежат на поверхности. Причины, по которым агенты и клиенты данного типа дискурса вступают в коммуникацию, очевидны. Л. С. Бейлинсон и М. И. Барсукова считают, что всё коммуникативное взаимодействие статусно-неравных адресанта и адресата в медицинском дискурсе сводятся к основным целям: диагностика, лечение, рекомендации [Бейлинсон 2001; Барсукова 2007].

Среди критериев соотнесения высказывания со сферой реализации той или иной тактики можно выделить множество параметров, среди которых: экстралингвистические, коммуникативные, содержательные, лингвистические, структурные.

В основу формирования критериев лёг также тезис о соответствии ситуации взаимодействия пациента и врача общепринятой модели медицинской коммуникации. Такой моделью стала Калгари-Кембриджская модель, согласно которой происходит обучение будущих специалистов-врачей в странах Европы и США (с недавних пор и в России), и которая послужила опорой для определения тактического поведения врача (и соответственно, поведения опытного пациента) в американской традиции ведения медицинской консультации.

Данная модель является продуктом обширных исследований, обеспечивающих основу для получения клинических данных, установления взаимопонимания и принятия медицинских решений. Специалисты медицинского факультета Кембриджского университета и университета канадского Калгари, Курц и Сильверман, в 1963 году представили Калгари-Кембриджскую модель медицинской консультации, которую они усовершенствовали в начале 2000-х годов [Kurtz, Silverman 1996]. Рекомендации, в которых медицинская консультация представлена в виде пяти этапов, является результатом сотрудничества двух опытных преподавателей в области клинической коммуникации. Руководство изначально предназначалось для использования в клиническом обучении в высших учебных заведениях. Затем модель была адаптирована и использована в различных дисциплинах здравоохранения и служит образцом для многих учебных заведений в обучении начинающих специалистов в области здравоохранения.

Модель представляет собой пять этапов: *начало приема, сбор информации, осмотр, разъяснение и планирование, завершение приема*. На каждом этапе есть свои задачи, которые необходимо решить, используя определенные навыки. Также присутствуют два непрерывных процесса, идущих от начала до конца консультации – структурирование консультации и выстраивание отношений.

Калгари-Кембриджская модель предлагает практический комплексный метод обучения как процессу общения, так и эффективному получению

содержательной информации от пациента. Такой подход подразумевает важность медицины, ориентированной на пациента, включая процесс выстраивания отношений и совместное принятие решений. Модель стала основой для многих медицинских консультаций и продолжает служить руководством для клиницистов во всех областях медицины.

Рассмотрим этапы данной коммуникативной модели подробнее.

1) Обычно на этапе начала консультации врач пользуется навыками слушания и скрининга. Основная задача врача на этом этапе – выявить истинную проблему, с которой обратился пациент. При встрече необходимо поздороваться, представиться самому, обозначить свою роль и узнать, как можно обращаться к пациенту. Перед началом консультации необходимо согласовать повестку. Для этого нужно задать открывающий вопрос. Во время ответа не стоит перебивать пациента. Важно проявлять уважение и заинтересованность.

2) На этапе сбора информации задачи врача не ограничиваются получением фактов у пассивного пациента. Нужно дать пациенту понять, что его слушают и ценят, обеспечить взаимопонимание и поддержать отношения сотрудничества. На этапе сбора информации полезны такие приёмы, как техника открытых вопросов с постепенным переходом на более закрытые, обобщения и фасилитация.

Поскольку закрытый вопрос предполагает ответы только в рамках утверждения («да») и отрицания («нет»), целесообразным является использование открытых вопросов, которые не направляют пациента и не формируют его дискурс искусственным образом, а дают ему самостоятельно выстроить линию ответа. Техника открытых вопросов способствует вовлечению пациента в диалог, а не доминированию врача. Закрытые вопросы рекомендуется использовать по мере формирования общей медицинской картины с целью выяснения подробностей.

Обобщение предполагает повтор врачом языковых средств, использованных пациентом. Такая тактика демонстрирует активное слушание,

а также верное пониманием врачом слов пациента. При повторении происходит лучшее усвоение информации, и пациенту становится проще продолжать свой рассказ.

Фасилитация предполагает стимулирование речевой деятельности пациента, она может актуализироваться при помощи подбадривания, повторов, перефразирования.

1) Физикальное исследование, или физикальная диагностика, – комплекс медицинских диагностических мероприятий, выполняемых врачом с целью постановки диагноза. Все методы, относящиеся к физикальному обследованию, осуществляются непосредственно врачом с помощью его органов чувств.

2) Многие из навыков успешного объяснения и планирования неразрывно связаны с навыками сбора информации: эффективное объяснение должно основываться на собранной информации о медицинской проблеме и формулироваться в понятных терминах, при этом нужно принимать во внимание личный опыт пациента.

3) При удачно спланированной консультации её завершение проходит быстро и без каких-либо трудностей. Сложности в части завершения возникают в случае, если на предшествующих этапах были допущены ошибки. Коммуникативная ситуация может закончиться конфликтом, если у пациента останутся вопросы, на которые врач не смог дать ответа.

Несомненно, первоначально Калгари-Кембриджская модель предполагала высокоинституциализированное общение врача и пациента: встреча внутри лечебного заведения двух неравностатусных субъекта с асимметричными уровнями знания. Возникновение медицинского интернет-консультирования расширило сферу импликации данной модели. Актуальность предложенных этапов коммуникации обусловлена одной из важнейших особенностей консультирования в сети – цифровых следов. Цифровой след представляет собой данные о пользователе и его активности в сети, которые в том числе несут и юридическую значимость. В таком аспекте ответственность врача за предоставление эффективной и качественной медицинской помощи возрастает.

Следование проверенной модели общения защищает специалиста от возможных жалоб и конфликтных ситуаций со стороны получателя услуги, и напротив – является гарантией качества для пациента.

Наличие единой модели коммуникации внутри медицинского дискурса оказывает влияние не только на речевое поведение врача, но и на речевое поведение пациента. Как уже было сказано ранее, опыт субъекта коммуникации должен учитываться при анализе его дискурса. Предполагается, что пациент, имеющий опыт лечения и контакта с врачами, имеет представление о том, как должна выглядеть медицинская консультация. Это, в свою очередь, означает, что пациент осведомлен об этапах коммуникации, ввиду повсеместного их использования. Несмотря на отсутствие специального образования в области медицины и обучения по ведению медицинских консультаций, эмпирически пациент может воссоздать поэтапность подачи информации и реакций, следующих за ней. Такое поведение учитывается при формировании языковой личности информированного пациента.

## Выводы по главе 2

Во второй главе данной работы мы обозначили методологические основы исследования электронной медицинской консультации. Такая медицинская консультация может быть проанализирована через выделенные когнитивно-дискурсивные параметры. Данный тип коммуникации рассматривается через призму макро- и микроуровней дискурса.

В основе электронной медицинской консультации лежат две основные стратегии, одна из которых представляет собой реализацию идентификации медицинской проблемы, а вторая – поиск оптимального плана для решения первой. Условно данные части текста мы назвали соответственно «что это?» и «что делать?».

Особый интерес для нас представляет анализ первой стратегии, поскольку в данной работе рассматриваются вопросы объективации знания неспециалистами и специалистами. Стратегия идентификации медицинской проблемы представлена несколькими коммуникативными тактиками, вкуче с которыми она будет репрезентировать макроуровень дискурса. Отдельно отмечено, что структура текста обращения пациента предполагает отдельное выделение темы (топика) сообщения, что способствует распознаванию ключевой проблемы сообщения.

В данной главе описан дизайн исследования, включающий этап сбора материала посредством парсингового механизма, описание источника материала, а также самого материала, который был выбран нами для анализа. В главе также описаны подробности обработки материала и критерии выделения элементов, подвергнутых анализу.

На этом этапе было важно выделить общепринятую модель коммуникативного поведения врача в ходе медицинской консультации – Калгари-Кембриджскую модель, которая благодаря своей распространенности,



является опорой для выстраивания общения как врачом (ввиду специфики своей профессии), так и пациентом (ввиду его опыта обращения за медицинской помощью). Данная коммуникативная модель способствует формированию критериев для определения тактик в тексте.

### **Глава 3. РЕАЛИЗАЦИЯ КОММУНИКАТИВНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ В ЭЛЕКТРОННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ ПОСРЕДСТВОМ КОММУНИКАТИВНЫХ ТАКТИК И СЕМАНТИЧЕСКИХ ТРАНСФОРМАЦИЙ**

#### **3.1. Особенности коммуникативного поведения участников общения в ходе электронной медицинской консультации**

Система речевых действий собеседников, являющихся участниками коммуникативного взаимодействия, представляет собой некую коммуникативную схему, в основе которой лежит побуждение и реакция на него [Сухих 1994]. Коммуникативная схема – это модель, по которой строится диалог между врачом и пациентом в ситуации медицинской коммуникации. Анализ диалогов будет осуществлен в двух направлениях: описание основной стратегии медицинской коммуникации и отдельных тактик, реализующих её (макродискурсивные маркеры) и описание отдельных языковых единиц (микродискурсивный уровень), функционирующих в процессе общения и вербально репрезентирующих данные тактики.

Коммуникация между пациентом и врачом представляет собой диалоговое единство, под которым понимается минимальный блок реплик, которые функционально направлены друг на друга и являются «микрконтекстом» друг для друга [Алексенова, Жалагина 1991: 16]. В этом свете представляется невозможным рассмотрение реплики в отрыве от этого контекста, ведь «каждая часть предполагает другую, «открывает» для нее соответствующую «валентность»» [Сусов 1984: 8; Langleben 1983: 224]. Классическое диалогическое единство предполагает последовательность сменяющих друг друга реплик (А-В-А-В-А-В), где каждый участник является поочередно то говорящим, то слушающим участником коммуникации. В онлайн-опосредованной коммуникации примером такого общения может

служить чат. В нашем же случае коммуникация представлена двумя блоками сообщений, один из которых является «открывающим» – сообщение пациента, а второй – «завершающим» (сообщение врача). Пример:

*Topic: Hair loss treatments*

*Question: Hi I need urgent help. I have started losing hair and developing bald spots. I am only 38 years old. What can I do?*

*Answer: I understand your concern. Don't worry there are treatments that can help you regain lost hair or at the least keep you from losing hair further. There are various forms of treatment from sprays and pastes that can be applied physically, pills that can be taken orally, injections and surgical procedures. The commonly prescribed medications are Minoxidil, kopexil, Finasteride, and Dutasteride.*

На первый взгляд может показаться, что такие сообщения представляют собой монологические высказывания, но это не так. Врач в своём сообщении комментирует все утверждения, сделанные пациентом, отвечает на все его вопросы. Идея М. М. Бахтина [Бахтин 1986] о том, что любая коммуникация диалогична, также стала поводом по-новому взглянуть на принципы построения высказываний внутри диалога.

Традиционно особое внимание в диалоге уделяется ответной реплике (сообщению врача), так как она, структурно завершая исходную, формирует целостный семантический план диалогического единства, что позволяет говорить о его реактивности в том смысле, что автор второй реплики (врач) формирует свою реакцию, испытав и переработав то или иное воздействие партнера по коммуникации (пациента). В результате этого диалоговое единство обретает структурную и смысловую взаимосвязанность входящих в него реплик, относительную синтаксическую замкнутость и завершенность [Плотникова 2014].

Не менее важную роль в анализе мы отведём пациенту, который, в свою очередь, также придерживается некоторой модели для построения своего сообщения, и более того, своей моделью коммуникативного поведения он определяет поведение врача. Когнитивной основой построения текстового

сообщения пациента послужил тезис о его предполагаемом опыте обращения за медицинской помощью. Поскольку в американской (равно как и европейской) системе здравоохранения врачи руководствуются инструкциями ведения консультации, которые включают в том числе и вербальные паттерны, следует предположить, что, так или иначе, опыт пациента будет апеллировать к воспроизведению данных паттернов. На материале диалогов, взятых с сайта DoctorSpring, было выявлено два основных типа сообщений от пациентов: сообщения с моделью последовательного описания медицинской проблемы (Рис. 3) и сообщения с отсутствием такой модели (Рис. 4):

<i>I had a terrible migraine and ended up taking 16 fioricet in 2 days (this past Mon and Tues).</i>	<b>История болезни</b>
<i>Now I am having angry outbursts that I cannot control and I get dizzy spells and brain zaps.</i>	<b>Основное утверждение</b>
<i>Is this a withdrawl sympton from taking too many and how long will it last?</i>	<b>Вопрос</b>
<i>Thank you.</i>	<b>Прощание</b>

Рис. 3. Последовательная модель описания медицинской проблемы

<i>Hi, i have been having a lot of symptoms for the past week;</i>	<b>Основное утверждение</b>
<i>like dizziness, disorientation, continuous headache, spinning sensation, fatigue, and vision blurriness.</i>	<b>Основное утверждение</b>
<i>I had a CBC done two days ago and i attached the results for you.</i>	<b>Основное утверждение</b>
<i>I wanna know if i should do further tests or what kind of infection could i have.</i>	<b>Вопрос</b>
<i>Also lately belch a lot it has nothing to do with food it happens</i>	<b>Основное</b>

<i>even on an empty stomach; if this has any relation what so ever.</i>	<b>утверждение</b>
---	--------------------

Рис. 4. Непоследовательная модель описания медицинской проблемы

Такие различия могут быть объяснены множеством экстралингвистических факторов, среди которых могут быть обозначены различные социальные и психологические причины, возраст, уровень образования и грамотности [Miller 2016].

Тем не менее, помимо экстралингвистических факторов, такое построение сообщения объясняется преобладанием устно-письменной разновидности речи. Коммуникацию в сети Интернет часто называют возрождением эпистолярного жанра [Лутовинова 2006, Ширинкина 2021]. Предполагается, что каждый интернет-пользователь имеет потенциальную возможность редакции собственных сообщений перед тем, как отправить их адресату, т. е. коммуникант может провести сознательный анализ используемых им языковых средств. В устной же речи процесс формирования высказывания происходит параллельно с процессом мышления, поэтому проведение подобного анализа не представляется возможным. Тем не менее, мы можем наблюдать обратное: пациентами в письменной речи зачастую реализуются характеристики устной. Среди ярко выраженных явлений можно выделить орфографические, пунктуационные, лексические параметры и синтаксические параметры.

Пациентам свойственно написано написание по принципу «как слышится, так и пишется»: они могут пренебрегать правилами орфографии и игнорировать буквенные обозначения звукового состава слов. Зачастую в текстах сообщений пациентов можно наблюдать замену заглавных букв в словах, стоящих в начале предложения или являющихся именами собственными, на строчные, как и написание личного местоимения первого лица единственного числа (*Couple of months ago i had several panic attacks and i*

*wonder if that pain may have been a cause of stress*). Графическая форма некоторых слов специально приближена коммуникантом к звуковой форме и больше напоминает транскрипцию слова (*without any **furthur** delay, consult a Gynaecologist for further evaluation; I was in a **jiujitsu** accident I went through physical therapy and that helped some; I **wanna** know if i should do further tests or what kind of infection could i have*).

Пунктуационные знаки могут использоваться пациентами не по прямому назначению, а как параметры характеристики темпа и громкости речи. Использование многоточия может свидетельствовать о том, что коммуникант «говорит» медленно или свидетельствовать о подавленном состоянии коммуниканта (*The pain continued for almost a week and then dissipated slightly.....*). Большое количество восклицательных знаков отражает, по-видимому, повышенный тон или недовольство. Правила пунктуации могут игнорироваться пациентами на протяжении всего текста сообщения (*Hi I am suffering from, 1 anemia 2 i have sleeping disorders also*).

В устном дискурсе процессы порождения речи и её восприятия происходят синхронизировано, а в письменном нет, поэтому скорость письма намного ниже скорости устной речи. Так, в устном дискурсе может быть описано явление фрагментации, т. е. «речь порождается толчками, квантами – так называемыми интонационными единицами, которые отделены друг от друга паузами и имеют относительно завершённый интонационный контур и обычно совпадают с простыми предикациями, или клаузами (clause). При письменном же дискурсе происходит интеграция предикаций в сложные предложения и прочие синтаксические конструкции и объединения» [Кибрик 2003: 17]. Фрагментация речи в сообщении пациента наблюдается в описаниях истории своей жизни, рассуждениях о причинах заболевания, в описании событий, которым, с позиции языковой нормы не свойственна фиксация устной речи, а свойственно использование параметров письменной, включающей различного рода обороты и усложненные конструкции.

*Hi, // I am suffering from, // 1. anemia // 2. i have sleeping disorders also*

Изобилие случаев фрагментации/парцелляции, а также повторов в сообщении пациента также отсылает нас к формированию речи в момент переживания или волнения, когда адресат не может с первого раза верно сформулировать свою точку зрения или грамотно описать ситуацию. Он прибегает к попытке описать одно и то же явление разнообразными языковыми средствами под разным углом для того, чтобы быть услышанным или понятым. Например:

*Hello, Any time I get emotional, nervous, take a hot shower or sit in hot sun, I get blotchy/ flushing red rash on my forehead, cheeks and splotches on my neck and chest. // It also occurs if I drink alcohol and definitely after too much caffeine. // It seems to occur if I am nervous. // The areas affected are really hot to touch but it goes as quickly as it comes. // It seems to be tied to anxiety... // the more I think about it, the worse it gets. // It usually goes away in about 20mins although the more I think about it the worse it gets! // I suffer from dermographia urticaria, allergies and anxiety. // Could this be from my allergies or anxiety? // When it goes away, the rash shows no lingering signs. // It feels hot and burns a little. // It will also go up Into my scalp.*

Конечно, в ситуации порождения коммуникантом такого типа устно-письменной речи в сети Интернет можно говорить и об экономии усилий говорящего [Бергельсон 2008], поскольку грамотная письменная речь не является самоцелью пациента при обращении за медицинской проблемой, и на первое место выходит достоверность и четкость описания.

Центральное место в обращении пациента, как и в ответе на него врача, занимает идентификация медицинской проблемы: пациент описывает проблему, а врач ее диагностирует, поскольку это и есть причина, по которой данный диалог возникает. Таким образом, на первое место в качестве мишени для анализа выходит именно этот этап коммуникации (условно мы назвали его «что это?» в предыдущей части данной работы). Второй этап коммуникации (условно названный «что делать?») содержит советы по нормализации медицинского (и психологического) состояния пациента и план дальнейших

действий. Описание данного этапа, скорее, имеет интерес для исследователей в области здравоохранения, поскольку оценить прагматические цели данных советов и плана лечения может только специалист, с учетом того, что они носят лишь рекомендательный характер, а не побуждают к действию (*I strongly recommend you to consult a physician for the confirmation of diagnosis and a dietician for a perfect diet schedule; without any further delay, consult a Gynaecologist for further evaluation*).

Идентификация медицинской проблемы в нарративе пациента не вызвала у нас трудности в связи с тем, что любое его утверждение является признаком наличия проблемы, описывает её, либо беспокойство по поводу неё. Всё это имеет значение для анализа, поскольку главным фактором удовлетворения пациента качеством консультации является не только результат лечения, но и то, что врач в ходе беседы раскрыл каждый элемент, вызывавший беспокойство. Идентификации медицинской проблемы в тексте также способствует отдельное выделение пациентом темы сообщения, которая, по сути, должна репрезентировать содержание сообщения и должна являться его смысловой квинтэссенцией. Например:

*Topic: pain in neck*

*Question: Hi,*

*I'm experiencing extreme pain in my neck. I'm unable to lay down to sleep, because it causes extra strain and increases the pain that i'm feeling. It started out feeling like i'd slept wrong on my pillow, but that was last Thursday and it hasn't gotten any better. Not it's spasmed to the point that my head is tilted and i'm unable to straighten it out. I feel pain while trying to eat. Opening my jaw to place my food in my mouth causes much discomfort. Any ideas on what this could be? I've been taking Naproxen and Skelaxin that was prescribed when I had a pinched nerve, but it's not giving any relief at all.*

Такое шаблонное оформление диалога имеет преимущества как для адресанта, так и для адресата. При наличии паттерна языкового оформления информации требуется меньше затрат на ее декодирование. Врач знает, на



какой части сообщения пациента ему следует сосредоточить свое внимание. Коммуникативное поведение врача регламентировано универсальной моделью поведения на консультации (такой как Калгари-Кембриджская модель, например), для пациента регламентом составления сообщения служит два фактора: шаблон сайта, направляющий его речевое поведение, а также опыт, подсказывающий в какой последовательности и какими языковыми средствами следует описывать медицинскую проблему. Е. С. Кубрякова следующим образом комментирует наличие опыта коммуникации: «огромное количество речевых актов стереотипны и повторяют то, что уже миллионы раз повторялось членами того же языкового коллектива лишь с незначительными модификациями. Это значит, что многие ситуации вызывают у нас тождественные реакции и что языковые формы этих реакций – целые предложения – носят отработанный характер» [Кубрякова 1986: 101]. Так, можно предположить, что не только номинации и готовые выражения хранятся в памяти, но и шаблоны, по которым протекает тот или иной тип коммуникации. Шаблоны предполагают задействование одних и тех же когнитивно-коммуникативных механизмов передачи информации, среди которых определяются и тактики, которые являются задачами, или этапами, по реализации основной стратегии коммуникации в ходе медицинской консультации.

### **3.2. Репрезентация электронной коммуникации на макроуровне: тактики пациента и врача**

Врачи и пациенты при помощи разных тактик реализуют стратегию идентификации медицинской проблемы. Стратегия идентификации медицинской проблемы у пациента представлена **19 коммуникативными тактиками** (далее - **КТ**), среди которых тактики «КТ повторения» (90), «история болезни» (66), «основное утверждение» (88), «КТ вопроса» (47),

«цитирование/отсылка» (24) – самые частотные. Число в скобках означает количество раз применения тактики коммуникантом в проанализированных 60 диалоговых единств.

На уровне тактической организации коммуникации врача выявлены **30** ведущих тактик, среди которых «КТ краткой справки» (96), «КТ повторения» (39), «КТ краткой справки и КТ повторения» (35), «КТ вопроса» (31), «КТ приободрения/понимания» (22) – самые частотные. Основной тактикой врача является «КТ краткой справки», целью которой является донесение основной информации о болезни, ее симптомах, истории возникновения, статистических данных, и т.д. Полный список тактик в соотношении с микроконтекстами можно увидеть в приложении в таблице 2 , страница 182 данной работы.

У участников коммуникации присутствуют общие тактики, которые они используют для реализации одной и той же стратегии. Среди таких тактик можно перечислить следующие: «КТ повторения», «КТ вопроса», «КТ вступления к номинации проблемы», «цитирование/отсылка», «цитирование/отсылка и КТ повторения», «КТ сомнения», «КТ сомнения и КТ повторения». Следует отметить, что несмотря на общее название, семантически и вербально данные тактики по-разному реализуются у пациента и врача (рис. 5).

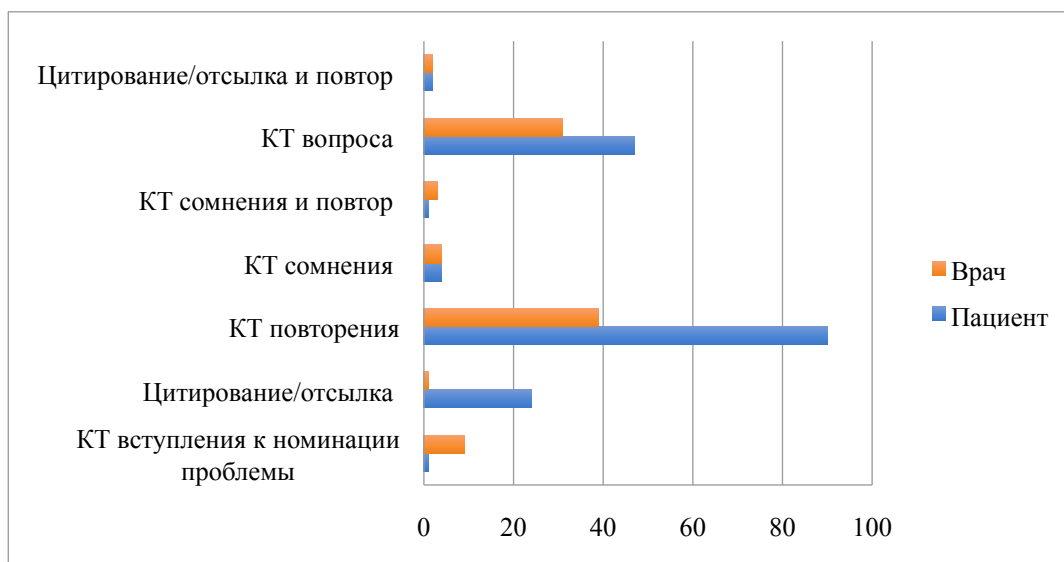


Рис. 5. Общие коммуникативные тактики пациента и врача

Среди используемых тактик встречаются гибридные тактики, которые представляют собой комбинацию из двух или трех тактик. Например, как в следующем примере, коммуникативная тактика основного утверждения представлена в сочетании одновременно с коммуникативной тактикой выражения беспокойства: *I have numbness in my arms and hands, and i am very frightened that I have coronary artery disease or some problem with my heart.* В данной главе мы подробно опишем содержание и назначение каждой из тактик, а далее – семантические и языковые трансформации, которые могут репрезентировать их в тексте.

### 3.2.1. Коммуникативные тактики пациента

Начнем с описания коммуникативных тактик пациента, которые мы выделили в обращениях. Всего мы выделили **19** тактик. Далее в тексте тактики представлены в порядке убывания от самой распространенной до самой редкой:

#### **КТ повторения**

КТ повторения встречается в обращениях **90** раз, и относится к тем речевым тактикам, что представляют собой вторичное употребление одного и того же языкового явления. С точки зрения лингвистики повтор рассматривается как универсальное структурно-семантическое явление. В речи пациента большое количество повторений определено следующими факторами:

1. Лексические возможности выражения проблемы в речи пациента ограничены, пациент задействует одни и те же языковые единицы для описания своей проблемы (*The pain persists at muscle at lower left abdomen also around the chest; The pain is just like burning and continues pain; The pain will be returns on every 2 or 3 month or alternatively*)
2. Отсутствие точного диагноза и беспокойство мешают пациенту точно и быстро описать проблему, его сообщение имеет

свойства устной речи, для которой характерны повторы (*It feels like my entire urine is on fire; Sometimes I see slight whitish appearance of the urine*)

### **Основное утверждение**

Основным утверждением (88) в сообщении пациента принято считать ту часть описания, которая порой дублирует тему сообщения. Среди основных утверждений есть абсолютные повторы – те случаи, когда тема, сформулированная пациентом в заголовке, дублируется в тексте сообщения. Вероятнее всего, в таком случае тема сообщения составлялась уже после написания основного текста:

***Topic: pain under my lower left rib cage and back***

***Question: I have pain under my lower left rib cage and back. I have had these symptoms for nearly a year and have recently had my gallstone removed, but the symptoms persist. The pain seems to peak in the early hours of the morning and wakes me up. Age: 48 years Male.***

Преследуя цель убедить собеседника в чем-либо говорящий высказывает свое мнение или суждение, репрезентируемое в тексте, как правило коммуникативной тактикой основного утверждения. Основное утверждение включают такие высказывания, как описание факта наличия болезни или симптома или действия, связанных с ними.

*I get blotchy/ flushing red rash on my forehead, cheeks and splotches on my neck and chest. à It also occurs if I drink alcohol and definitely after too much caffeine. à It seems to occur if I am nervous. à The areas affected are really hot to touch but it goes as quickly as it comes. à It seems to be tied to anxiety*

### **История болезни**

Данная тактика (66) представляет собой репрезентацию анамнеза, т.е. совокупности сведений, получаемых при опросе пациента. Сбор анамнеза является одним из основных методов медицинских исследований, но в случае онлайн-консультации не врач осуществляет сбор этой информации, а пациент

предоставляет её на основании опыта предыдущих контактов с врачами. В данной тактике можно увидеть описание сведений о развитии болезни, условиях жизни, перенесённых заболеваниях, наследственности, аллергических реакциях, операциях, травмах, беременностях, хронических патологиях (*10 weeks ago, it started developing a chronic pain in my left foot; no family history of heart issues; three years ago I found a small bb sized lump next to my right nipple*).

### **КТ вопроса**

КТ вопроса является ожидаемой тактикой в рамках изучения диалога, но встречается реже (47), чем ранее описанные тактики, и, более того, их количество даже меньше, чем общее число проанализированных диалогов (60). Это может быть объяснено форматом общения, который предлагает дистанционную помощь, но не помощь в режиме онлайн, где на каждый вопрос мгновенно может быть дан ответ. В связи с этим, пациент уделяет большее внимание формулированию проблемы, нежели постановке вопросов. Вопросительные предложения отличаются от других конструкций своим особым коммуникативным заданием – побуждением к получению информации. Вопрос как тип высказывания с особым коммуникативным заданием – запросом информации – может быть сформулирован в форме как вопросительного, так и невопросительного предложения. По своему характеру это может быть нейтральный запрос информации, вопрос-просьба, вопрос-требование и т. д.

Среди вопросительных предложений особое место, как по структуре, так и по семантике занимают предложения с присоединительной вопросительной частью. Сюда же можно отнести и разделительные вопросы (tag-questions), выражающие удивление, сомнение или требующие подтверждения. Следуя терминологии Е. В. Падучевой, эти типы вопросов можно отнести к предложениям с нестандартной семантикой, так как, несмотря на вопросительные элементы в своей структуре, они не обязательно выражают запрос информации [Падучева 1974]. Структурная организация данного типа

предложений представляет собой главную часть (присоединяющую часть), в которой могут употребляться различные коммуникативные типы предложений (повествовательные, повелительные, вопросительные, восклицательные) и присоединяющую часть, которая обязательно должна быть представлена вопросительным предложением (*My question is, is there anything else that this could be besides some heart problem?*). Повторение пропозиции в обеих частях, наличие корреляции и коррeферентности, замещение и репрезентация являются характерными чертами предложений подобного типа [Рочикашвили 1990].

Вопросы играют особую роль в развертывании процесса общения: вопрос является элементом, который способствует выдаче информации собеседником (*Now, can you tell me a solution for this pain?*), стимулирует развертывание контекста (*Any suggestions of what this may be?*), выражает отношение коммуниканта к предмету запроса и собеседнику (*should I be concerned about getting a new infection from this?*), развивает речевое действие в диалоговом единстве (*Is it the osteoarthritis showing all other symptoms?*).

### Цитирование/отсылка

Данная тактика (24) восходит к теории автономии пациента, который берет заботу о своем здоровье в собственные руки. Современный пациент имеет доступ к информации любого уровня, это делает его подготовленным к встрече с врачом. Несмотря на тот факт, что цитирование интернет-источников должно превалировать в материале, мы не встречаем их. Вероятнее всего, это связано с тем, что пациенты осведомлены о негативном отношении врачей к такого рода информации. Самый популярный вариант отсылки к данным представляет собой повтор слов врача, приём у которого предшествовал онлайн-консультации (*My doctors believe that I have to consult with a dietician as I am intolerant to wheat or IBS; doctors consider it simply as back pain and nothing else*). В данном случае пациент надеется получить второе профессиональное мнение, услышать опровержение нежеланного диагноза или, напротив, тревожный пациент ожидает подтверждения уже известной информации.

Бывает, что источником цитирования становится близкий родственник или друг (*my mom said it can be a period headache*).

### **КТ самопрезентации**

Тактика самопрезентации использована пациентами **14** раз. В некоторых источниках тактики самопрезентации и саморекламы (выстраивание имиджа или личного бренда) являются одним и тем же, они означают, что объект вызывает интерес к своей личности и/или личностным качествам с определенной целью в самых разных областях [Толковый словарь русского языка 1999: 695]. В данной работе под тактикой самопрезентации понимается набор категорий, которыми пациент описывает себя врачу и которыми характеризует себя с необходимых, на его взгляд, сторон (*By profession, I am a hairdresser with 20 years of experience; I am a 36 year old female with a normally healthy build-up apart from this problem. I am not overweight or underweight*). Ввиду дистантности консультации такое описание несет полезную функцию: врач может получить больше деталей о личности пациента, составить его портрет, четче сформулировать дифференциальный диагноз. Обычно эта функция присуща врачу, но не в данном виде медицинской консультации.

### **Выражение беспокойства**

Задействование КТ выражения беспокойства (**10**) определяется целями коммуникации. Логичным будет предположить, что не только физический дискомфорт, но и чувство беспокойства побуждает пациента обратиться за консультацией к врачу. Отражение болезни в переживаниях человека принято определять понятием *внутренняя картина болезни* (ВКБ), которое было введено отечественным терапевтом Р. А. Лурия и в настоящее время широко используется в медицинской психологии. Существует ряд исследований, обнаруживающих характерные особенности переживания больным своего состояния (В. Д. Менделевич «Терминологические основы феноменологической диагностики»), так установлено, что тип реагирования на

определенное заболевание определяется двумя характеристиками: объективной тяжестью болезни (определяющейся критерием летальности и вероятностью инвалидизации) и субъективной тяжестью болезни (собственной оценкой больным его состояния). Это говорит о том, что пациенту свойственно проявлять беспокойство в ходе описания своей проблемы, а врачу, в свою очередь, свойственно реагировать на это должным образом (ответная реакция врача ложится в основу КТ приободрения/понимания) (*I fear that a surgery can put me again down to bed; this problem has deeply scarred my self confidence*).

«Выступая в качестве компонента семантической структуры лингвистических единиц, эмоциональное включается в языковое содержание. Язык в своей коммуникативной функции есть средство не только для обмена мыслями, но и для выражения эмоций говорящего» [Михайлов 1994: 40]. Экспрессивный дискурс минимально ориентирован на адресата, экспрессия в большей степени замкнута на самом говорящем (*I'm really scared*).

### **КТ просьбы о помощи**

КТ просьбы о помощи (8) является логическим продолжением КТ выражения беспокойства. Адресант и адресат находятся в отношениях кооперации. В случае просьбы адресант практически никогда не стоит выше по своему социальному положению, чем адресат. Структура таких побудительных актов выглядит следующим образом: пациент находится в ситуации, в которой он, возможно, располагает планом определенного действия, но не обладает способностью его осуществить. Врач в состоянии это действие выполнить, он обладает спектром возможностей его осуществления. Просьба относится к разряду побуждений, а с помощью побуждений пациент хочет инициировать определенные действия врача.

Несмотря на то, что обращение к врачу естественно подразумевает его помощь, в нарративе пациента можно встретить дополнительные языковые обороты, подчеркивающие этот аспект. Такой эмфазис символизирует чрезмерную вежливость пациента, или же демонстрирует острую потребность в



разрешении проблемы. Тактика просьбы чаще всего выражается в форме прямых незавуалированных просьб (*please help me; please help me get out of this*).

Иногда тактики просьбы выражаются в косвенной форме, например (*I am really frustrated that it seems nobody can answer me*).

### **КТ сомнения**

Появление тактики выражения сомнения (4) определяется беспокойством или негативным опытом пациента, что сказывается на его проявлении недоверия и сомнения. Пациент выражает сомнения относительно назначенного ему ранее лечения или относительно поставленного диагноза. Присутствуют ситуации, когда пациент не обращался за профессиональной помощью, а лишь изучал ситуацию в Интернете и формировал собственные умозаключения относительно своего вопроса. В таком случае, он выражает сомнение в правдивости прочитанного (*I am not sure what to do with my problem*). Часто КТ сомнения предшествует КТ цитирования/отсылки, в котором пациент излагает мотивы для появления сомнения (*I believe that it is due to the bad and outdated smoked salmon I ate in December and started a course of Goldenseal (I doubted, I have been affected with Giadiazis)*).

### **Гибридные тактики пациента**

В ходе работы были выявлены не только классические, односложные, тактики, но и **гибридные**, которые представляют собой последовательность двух или трех тактик и имлицируются в сообщении пациента. Гибридность обусловлена попыткой реализовать несколько интенций внутри одного шага: *I have numbness in my arms and hands (Основное утверждение), and i am very frightened that I have coronary artery disease or some problem with my heart (КТ выражения беспокойства)*.

История болезни + цитирование/отсылка: *He put on reading glasses only, but because my mom got glaucoma when she was in her 70s (история болезни), he*

*checked the eye pressure, that was 17 and told me that there was a little cupping (цитирование/отсылка), not to much, a little over average.*

История болезни + КТ вопроса: *Couple of months ago i had several panic attacks (история болезни) and i wonder if that pain may have been a cause of stress (КТ вопроса).*

КТ сомнения + КТ повторения: *I'm in a LOT of pain here (at times, very severe) and I'm having a hard time believing (КТ сомнения) it is caused from a swollen lymph node (КТ повторения – пациент повторяет диагноз, который ему поставил другой врач).*

Цитирование/отсылка + КТ сомнения: *When I told doctor about the problem, he was seen concerned more about treating PF (Цитирование/отсылка), rather than listening to me (КТ сомнения – пациент сомневается в том, что врач внимательно слушал его жалобы).*

КТ самопрезентации + история болезни: *I am 65 years (КТ самопрезентации) old and had HRT recently (История болезни – гормональное лечение, которое пациент только что получал в связи с историей болезни).*

КТ самопрезентации + КТ повторения: *Back pain is a part of my profession (КТ самопрезентации – профессия является неотъемлемым элементом самоидентификации), but this pain is forcing me to quit my job (КТ повторения – пациент повторяет определение своего состояния здоровья, дублируя первую часть предложения).*

Всего выделено 8 гибридных тактик, что составляет 3,3% от общего числа использованных тактик: «история болезни и КТ вопроса» (1); «история болезни и цитирование/отсылка» (2); «КТ сомнения и КТ повторения» (1); «цитирование/отсылка и КТ сомнения» (1); «КТ самопрезентации и история болезни» (2); «КТ самопрезентации и КТ повторения» (1); «цитирование/отсылка и КТ повторения» (2); «основное утверждение и КТ выражения беспокойства» (1).

На рисунке 6 представлена круговая диаграмма, демонстрирующая пропорциональное соотношение реализованных пациентом тактик. Гибридные

тактики представлены единым элементом диаграммы.

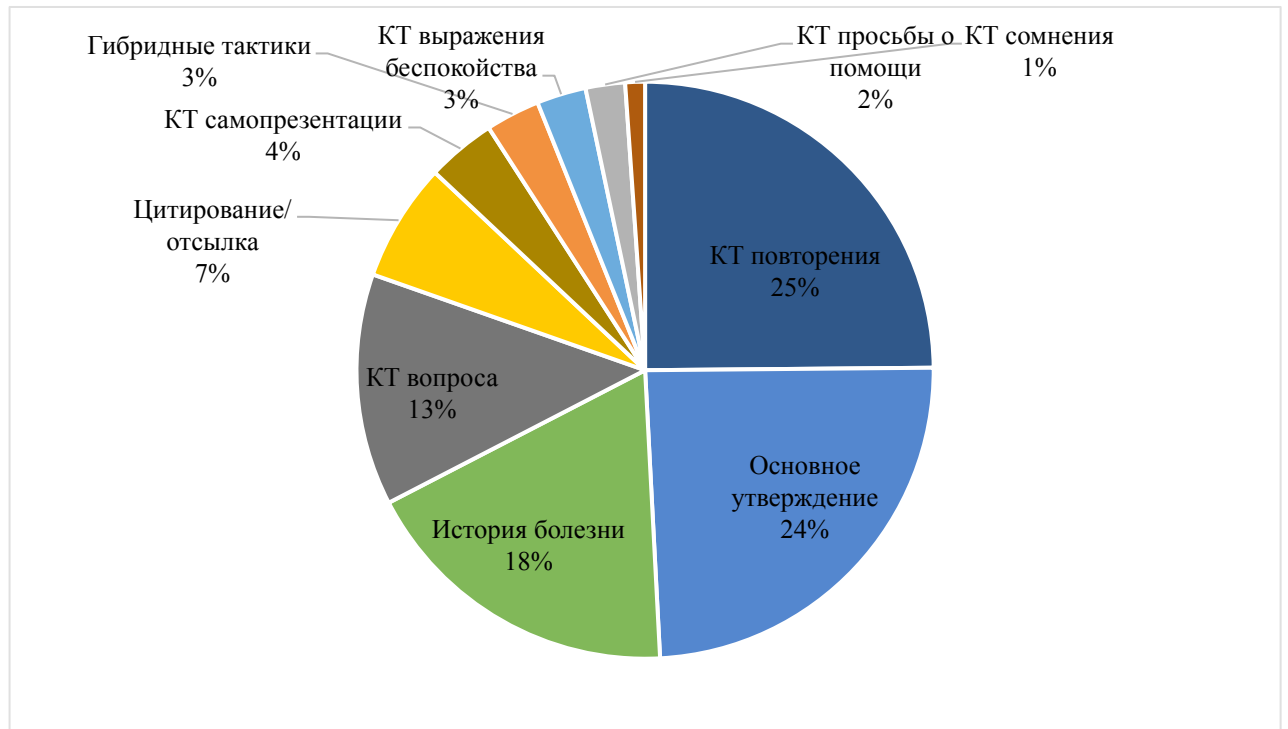


Рис. 6. Реализованные пациентом коммуникативные тактики

На диаграмме все гибридные тактики пациента объединены в общий элемент, поскольку даже их суммарное число не является репрезентирующим. Нечастое использование гибридных тактик пациентом можно определить манерой подачи информации: при частой парцелляции, и в целом, фрагментарности текста, речевой ход представлен недлинными предложениями, каждое из которых несет лишь одно смысловое намерение. Ведущими тактиками являются тактики Основного утверждения, Повторения и История болезни, что можно объяснить глобальной целью (макростратегией) медицинской консультации. Эти тактики отвечают за смысловое ядро сообщения, структурируют информацию по причинам обращения.

### 3.2.2. Коммуникативные тактики врача

Коммуникативные тактики врача представлены большей вариативностью, чем тактики пациента. В ответах на обращения пациентов выделено **30** коммуникативных тактик. В тексте далее тактики представлены в порядке от самой часто встречающейся к самой редко встречающейся:

#### КТ краткой справки

Тактика краткой справки, использованная врачом **96** раз при ответе пациенту, используется для донесения до пациента основной медицинской информации о болезни, её симптомах, истории возникновения, статистических данных, способах лечения, лекарствах и т.д.

Довольно часто тактика краткой справки используется комплексно с тактикой дефиниции и предоставляет возможность автору актуализировать ключевые моменты в содержании поста. На лексическом уровне тактика реализуется с помощью использования медицинских терминов, в том числе на латыни, числительных, топонимов (*It is a common condition **Plantar fasciitis (PF)** is a painful inflammatory process of the **plantar fascia**, the connective tissue on **the sole** (bottom surface) of the foot; The common conditions associated are **constipation, bowel obstruction, inflammatory bowel disease, diverticulitis or even a kidney stone***). Синтаксический уровень характеризуется частотным употреблением предложений с составными именными сказуемыми, однородными членами, утвердительных неэкспрессивных предложений. Однако отмечается, что при обсуждении (социально) важных тем врачи используют слова и выражения со значением акцентирования внимания: remember, note, important, don't forget (***Also note** – Vaginal yeast infections are not a sexually transmitted infection, although the infection may rarely be passed from one partner to another*).

КТ краткой справки по большей части представляет собой процесс переформулирования, при котором сначала вводится новое понятие, а затем то

же самое сообщается посредством перифразы. Таким образом, данные элементы будут одновременно семантически эквивалентны, но при этом будут отличаться использованием другого регистра.

### **КТ повторения**

КТ повторения (39) обладает широким диапазоном выражаемых коммуникативных намерений врача и высокой степенью прагматичности. Сразу следует отметить, что несмотря на наличие тактики с таким же названием у пациента, цели и реализация у них с врачом будут отличаться.

Формирующим диалогический повтор врача признаком является использование им речевого материала пациента, с целью выразить определенное регулятивное намерение и/или эмоциональное отношение к речи пациента. Коммуникативный смысл диалогического повтора создается не только лишь лексическими повторами отдельных слов и словосочетаний, а порой структурой всего диалогического единства.

Универсальность диалогического повтора как традиционной реакции на слова собеседника обусловлена его способностью выполнять разнообразные коммуникативные функции. Повтор служит средством осуществления коммуникативной поддержки, показателем коммуникативных затруднений в общении, средством речевой самоорганизации, эмоционально-оценочной реакцией [Плотникова 2007]. Извлеченная из дискурса реплика-повтор представляет собой фрагмент «чужой речи», смысл которого не выводится из значений составляющих его лексических компонентов. Повтор в ответной реплике несет на себе субъективную нагрузку и демонстрирует замысел говорящего [Там же]. Грамматическая форма повторяемого слова или сочетания в ответной реплике может изменяться по сравнению с исходной, а может оставаться без изменений (*пациент: I have pain under my lower left rib cage and back; врач: form your question I understand that you are having a rather troubling pain in the lower left rib cage and back*).

### **КТ вопроса**

Коммуникативная тактика вопроса задействована врачом **31** раз. Вопросительные предложения представляют собой активные средства организации диалогического единства. Техника постановки вопроса включается в умения врача аргументировать и дает пациенту ощущение того, что специалист внимательно относится к его состоянию. Вопросы позволяют изменить направление разговора, способствует дипломатической корректировке коммуниканта в случае, если ход коммуникации нуждается в этом. Вопросы могут создать необходимый уровень доверия у пациента и способствуют активизации собеседника.

По форме вопросительных предложений можно выделить закрытые и открытые вопросы. Открытый вопрос, или вопросительное предложение с вопросительным словом требует более полного ответа (*What is the source and cause of the pain? What usually triggers you headache?*).

Богатый выбор вопросительных предложений по их целевой направленности позволяет использовать их в различных ситуациях для успешного ведения консультации. С помощью информационных вопросов говорящий пытается получить некую информацию, расширить, углубить свои знания о коммуниканте, деле и т.п. Информационные вопросы характеризуются краткими и точными формулировками (*Do you have any other medical illness? How old are you?*).

### **КТ приободрения/понимания**

Тактика приободрения/понимания, реализованная врачом **22** раза, направлена на коммуникативную поддержку, приободрение, понимание пациента включает, прежде всего, усиление значимости высказывания и/или преувеличения, что можно трактовать как чрезмерную вежливость (*I can completely understand your problem and the pain you are undergoing*), функция которой – продемонстрировать или подчеркнуть свой интерес к проблеме пациента (*I can understand your problem and will try to help you the best possible*).

Усиление значимости высказывания, как тактика эмотивного общения, сознательно используется специалистом для благоприятного воздействия на пациента. Такая экспрессивная функция достигается благодаря использованию различных языковых средств-маркеров (*Sorry to hear about your health problem; I am really sorry for the condition you are suffering with; I understand this is a difficult situation for you*).

### **КТ дифференциального диагноза**

Данная тактика (17) предполагает построение аргументации как инструментов диагностики заболевания. Врач предполагает несколько вариантов, оформленных терминологически, среди которых делается выбор (*Without a clinical examination I usually hesist to give a solid opinion, but in your case after going through your description I can certainly rule out heart disease; From your question it is most likely that you suffer form the more common form of dysmenorrhea i.e. primary dysmenorrhea*).

### **КТ уточнения**

С целью сокращения или даже элиминации случаев недопонимания в ходе беседы (а следовательно конфликтогенного потенциала) врач часто использует тактику уточнения (16) как при формулировке проблемы/вопроса, так и при изложении «темы» заболевания «словами пациента» (*I would like know some more details from you in this regard; Please, provide extra information, so I could help you; Please try to reply to this, which will help me to evaluate your problem better*).

### **КТ несогласия**

Данная коммуникативная тактика (9) представляет собой высказывание недовольства и указывает на неодобрение и негативное отношение к словам или действиям адресата (*Very less likely*). Для фокусировки внимания собеседника в ответной речи протагониста зачастую используется повтор слова

или комбинации слов, обозначающих те моменты суждения, с которыми он несогласен (*If it is only 2cm, then it must be knock knees **and its not bowed legs***). В организации аргументации несогласия могут быть использованы прагмалингвистические средства. Так, в репрезентативных высказываниях могут содержаться указания на статус говорящего, его личный или клинический опыт, знания в определенной области, а также приводиться ссылки на коллег или научные работы (*You are not in a particularly **risk category** for Breast cancer; but **taking too much dosage** of this medication can cause more serious health problems*).

### **КТ вступления к номинации проблемы**

Тактика вступления (9) часто используется врачом как ход, предшествующий номинации проблемы. Такая тактика подготавливает пациента к появлению основной мысли. Эта подготовка может заключаться в предвосхищении характера и интонаций основной проблемы или, напротив, в оттенении её по контрасту. Лексически такая подготовка выглядит следующим образом: ***first let me explain in detail about this condition; there could be many causes of urethritis not just sexually transmitted infection; there could be a number of reasons for this severe pain you are experiencing after the abscess drainage.***

### **КТ дефиниции**

Тактика дефиниции (4) в силу специфики институционального общения «специалиста – неспециалиста» относится к одной из частотных и используется с целью установления смысла медицинских терминов и номинаций. Тактика реализуется приемами адаптации информации, объяснения, синонимизации.

Конечно, дефиниция рассматривается, прежде всего, в качестве компонента научного дискурса. Именно поэтому только нарративу врача свойственно появление данной тактики. Перед врачом стоит задача в рамках своего ответа не столько указать конвенциональное значение термина, сколько «здесь и сейчас» установить это значение, и сделать это так, чтобы эффективно



повлиять на представление пациента о предмете дефинирования (*Painfull cramping pain accompanying menstruation is called **Dysmenorrhea**; I think you are experiencing the symptoms of UTI (urinary tract infection).*

### **КТ сомнения**

Тактика сомнения реализуется врачом в ответах на обращения пациента 4 раза. На микроуровне тактики сомнения проявляются в употреблении лексических единиц со значением неопределенности, снижающие точность пропозиционального содержания (*Unfortunately in your particular case, I feel online consultation will **not be of a much help**.*

### **КТ убеждения**

Убеждение (3) является в данном случае существенным компонентом речевого воздействия. Цель убеждения заключается в изменении, трансформации, модификации «картины мира» коммуниканта, которая является лишь частью объективной картины ситуации и представляет собой знания, убеждения, веру, эмоциональное и интеллектуальное состояние коммуниканта [Сергеев 1987: 16]. Необходимость использования «убеждающих» утверждений наступает тогда, когда существует разница в «картине мира» говорящего и «картине мира» слушающего (*That said, an isolated pain in left arm almost **never** indicates a heart problem).*

В каждом конкретном случае врачу необходима конкретная структура тактики убеждения, базирующаяся на анализе релевантной ситуации и каждого отдельного пациента, включая такие его параметры, как фоновые знания и уровень информированности о медицинской проблеме. Эффективность коммуникативного акта «убеждение» зависит также от содержания пропозитивной информации, от психолингвистических особенностей, от формы подачи информации.

### **КТ предположения**

Предположения (1) относятся к категории гипотезы [Булыгина 1997: 3]. Субъективное предположение оформляется в тексте с помощью модальных слов типа: *maybe, I think, I suppose, might/could, possibly* и пр. Эти слова выражают субъективное мнение. Субъект предполагает, почему произошло то или иное событие и, вводя подобную лексику, говорит о том, что он и сам не уверен в собственных выводах (*This compression can possibly in the neck*).

### **КТ согласия**

Тактику согласия (1) в коммуникации между врачом и пациентом можно рассматривать как способ речевого воплощения положительной реакции адресата на позицию или идею адресанта. Прием реализации тактики согласия может быть повтор реплики или подтверждение при помощи слов-маркеров *yes, right, sure*, например: *Firstly, you are **right** about steroids and their side effects*. Согласие можно считать кооперативной тактикой, которая всегда представляет собой ответную реакцию на реплику адресанта.

### **Гибридные тактики врача**

Так же, как пациент, врач задействует комбинации тактик внутри одного хода, которые мы обозначаем как **гибридные**. Такие тактики врач применяет чаще, чем пациент, и более того, его речи свойственны цепочки, состоящие из большего количества звеньев.

Среди гибридных тактик врача, состоящих из двух звеньев, выделены следующие: «КТ краткой справки и КТ повторения» (35), «КТ дефиниции и КТ повторения» (10); «КТ приободрения/понимания и КТ повторения» (10); «КТ уточнения и КТ повторения» (9); «КТ дефиниции и краткой справки» (7); «КТ несогласия и КТ повторения» (3); «КТ сомнения и КТ повторения» (3); КТ вступления к номинации проблемы и КТ повторения» (3) «КТ согласия и КТ повторения» (3); «цитирование/отсылка и КТ повторения» (2); «КТ краткой справки и приободрения/понимания» (1):

КТ краткой справки + КТ повторения: *It is quite common for back pain*

(повтор основного утверждения пациента) *to show up even after years of injury* (краткая справка от специалиста о том, что данный симптом – частое явление).

КТ дефиниции + КТ повторения: *Based on the symptoms (повторение) and the lab reports you have provided, I suspect you to be suffering with Irritable bowel syndrome* (дефиниция – термин, определяющий заболевание).

КТ приободрения/понимания + КТ повторения: *Understanding (выражение понимания) the problem in your sinus (повторение).*

КТ уточнения + КТ повторения: *To evaluate the cause in your condition, you will have to give a little more detailed history (КТ уточнения) about the headache and dizziness (повторение основного утверждения пациента).*

КТ дефиниции + краткой справки: *First one is a Cardiac Arrhythmia (дефиниция - термин) or an irregular heartbeat (краткая справка о том, что обозначает предыдущий термин).*

КТ несогласия + ТК повторения: *No (несогласие), this is not cancer (повтор) or anything dangerous.*

КТ сомнения + ТК повторения: *In my opinion lymph node enlargement should not cause (по мнению врача утверждение неверное) such a severe pain (повтор основного утверждения врача).*

КТ вступления к номинации проблемы + КТ повторения: *There are various reasons (вслед за конструкцией there are идёт разворачивание объяснения) for which you could be experiencing left lower abdominal pain (повтор термина).*

КТ согласия + КТ повторения: *Yes, it is indeed (согласие) possible to have multiple and closely located fibroadenomas in the same breast (повторение основного предположения пациента).*

Цитирование/отсылка + КТ повторения: *First of all, back pain is common in hairdressers and your doctor may be right (цитирование) that this is only muscular pain (повторение слов пациента).*

КТ краткой справки + КТ приободрения/понимания: *This is a normal body*

*response* (приободрение) **which will filter the virus/ bacteria** (всё вместе – краткая справка о реакции тела на вирус/бактерию).

Среди гибридных тактик врача, состоящих из трех звеньев, мы выделяем: «КТ дефиниции и КТ краткой справки и повтор» (9); «КТ согласия и КТ повтора и КТ дефиниции» (1); «КТ дефиниции и краткой справки и КТ дифференциального диагноза» (1); «КТ краткой справки и повтор и КТ приободрения/понимания» (1).

КТ дефиниции + КТ краткой справки + КТ повторения: *The symptoms that you have like **disorientation, headache, dizziness and blurred vision** (повторение симптомов за пациентом) **could be most probably due to infection in ear such as the middle ear infection, or infection in the inner ear** (краткая справка) **called labyrinthitis** (дефиниция – термин).*

КТ согласия + КТ повторения + КТ дефиниции: *Yes (согласие), most probably you might be suffering from a condition called **dyspeptic gastritis** (дефиниция – термин) **with flatulence** (повторение за основным утверждением пациента).*

КТ краткой справки + КТ повторения + КТ приободрения/понимания: *And in your case **lips and fingers** (повторение), **there are lot of barriers in between** (краткая справка), (and an antiviral cream!), **so you need not worry** (приободрение).*

КТ дефиниции + краткой справки + КТ дифференциального диагноза: *You seem to have an **infection in the vagina** (дифференциальный диагноз), **mostly – 'yeast infection'** (краткая справка – дано общеупотребительное название инфекции), **medically know as 'Vaginal Candidiasis'** (дефиниция - термин).*

На рисунке 7 представлена круговая диаграмма, демонстрирующая пропорциональное соотношение реализованных врачом тактик. Гибридные тактики представлены единым элементом диаграммы:

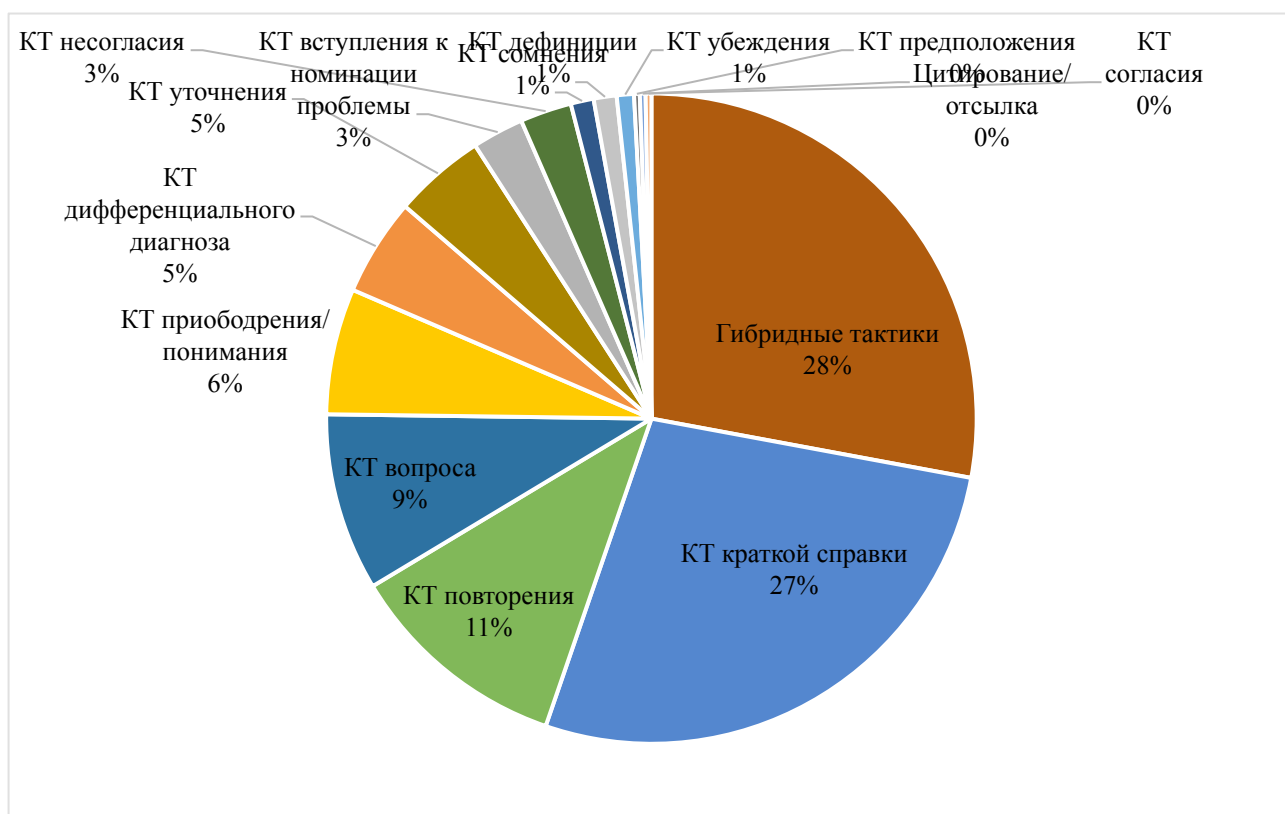


Рис. 7. Реализованные врачом коммуникативные тактики

На данной диаграмме представлены все коммуникативные тактики, реализованные врачом в ходе формирования ответов на обращения пациентов. Гибридные тактики представляют собой 28% от общего числа тактик, что в 9 раз больше, чем у пациента (в отношении к 100%). Такая тенденция может быть объяснена тем, что врач, как специалист или носитель специального знания, в ситуации медицинской коммуникации прибегает к использованию речевого этикета (КТ краткой справки + КТ повторения + КТ приободрения/понимания), а также уделяет особое внимание не только содержанию, но и форме предоставляемой информации. Обладая специальным знанием и соответствующим опытом, врач владеет более сложными и логически верными инструментами построения грамотной связной речи. Например, триада «КТ дефиниции + краткой справки + КТ дифференциального диагноза» выглядит абсолютно логичной с точки зрения объяснения новой информации.

Среди монологических тактик преобладает тактика краткой справки (27%), которая

нацелена на прояснение медицинской проблемы доступным путём. Такая тактика соответствует макростратегии, или главной цели, на достижение которой направлена медицинская консультация.

### **3.3. Семантические трансформации в реализации медицинской коммуникации пациентом и врачом**

**Семантическая трансформация** представляет собой один из вербально-опосредованных способов реализации коммуникативной задачи (тактики). Термин «семантическая трансформация», подходящий для описания языковых явлений в данном виде коммуникации, был сформулирован нами на базе переводческих трансформаций, которые осуществляются переводчиком при передаче материала с языка оригинала на язык перевода.

Обладая профессиональным (привилегированным) знанием, специальными навыками и значительным опытом, врач играет такую же медиативную роль, как и переводчик. Он трансформирует на когнитивном и, соответственно, вербальном уровне, текст для того, чтобы выровнять асимметрию в коммуникации. Такое явление можно обозначить как внутриязыковой перевод, или переименование – интерпретацию вербальных знаков с помощью других знаков того же языка [Якобсон 1978: 16-24].

Помимо Р. Якобсона о таком виде перевода говорит и Л. Л. Нелюбин. Исследователь считает, что в ходе коммуникации передача знания реализуется благодаря «внутриязыковому переводу, который содержится в осмыслении говорящих на данном языке слушающими тот же язык. Постоянное интерпретирование одних вербальных знаков посредством других вербальных знаков зиждется на одноязычной коммуникации. Члены общения становятся в некотором роде переводчиками в связи с тем, что совершается «уточнение и выяснение сказанного» [Нелюбин 2003]. Совершается перекодирование текста, его новое изложение, пересказ на том же языке, адаптирование под уровень

знания собеседника, и таким образом происходит возможная смена картины мира. Л. Л. Нелюбин отмечает, что внутриязыковой перевод подобен трансформации [там же], и вслед за Р. Якобсоном говорит о внутриязыковом переводе как о переименовании.

Основываясь на теориях переводоведения, содержащих номенклатуру трансформаций [Копанев, Беер 1986, Алексеева 2004], мы выделили 3 трансформации, которые максимально полно описывают действия коммуникантов внутри диалогового единства: **генерализация, конкретизация, повтор**. Кроме удобства классификации согласно данным параметрам, можно отметить тот факт, что генерализация и конкретизация коррелируют с представлением о категоризации Дж. Лакоффа [Lakoff 1987].

Данные семантические трансформации представляют собой следующее:

- **генерализация** – это замена единицы, имеющей более узкое значение, единицей с более широким значением;

- **конкретизация** – это замена слова или словосочетания с более широким предметно-логическим значением словом или словосочетанием с более узким значением, преобразование, обратное генерализации;

- **повтор** – это трансформация, при которой не производится замена единиц при передаче слов коммуниканта.

В свою очередь, семантические трансформации могут быть репрезентированы в тексте **грамматическим** или **лексическим** способом.

Микродискурсивный уровень электронной медицинской коммуникации, представлен семантическими трансформациями в общем количестве **849** единиц. Распределение семантических трансформаций между коммуникантами можно увидеть на рисунке 8.

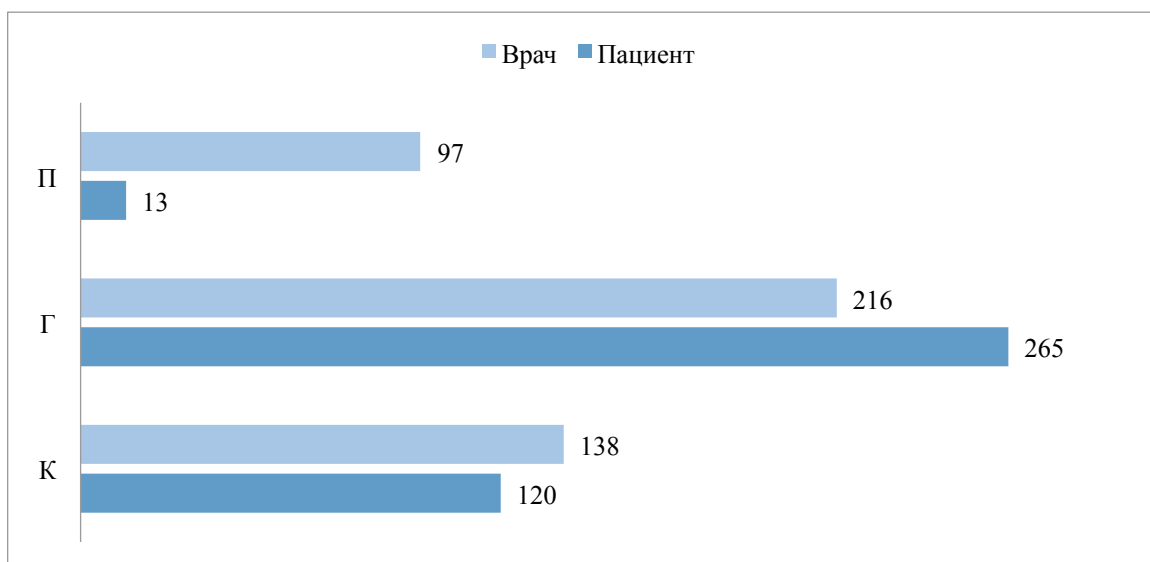


Рис. 8. Реализованные пациентом и врачом семантические трансформации

На данном рисунке видно, что распределение результатов по импликации семантических трансформаций неравномерно.

### 3.3.1. Генерализация

**Генерализация**, которая подразумевает замену частного общим, а видового – родовым, в ходе коммуникации получает объективацию преимущественно на лексическом уровне.

Ярким примером лексической замены является использование гиперонимов взамен существительных с более узким значением (*I have started losing hair and developing bald spots - your question and the description are not so clear; X-ray of my **foot** and it showed normal – Plantar fasciitis is condition where the fascia(connective tissue) that is present in **the sole** gets inflamed and leads to pain*).

Самой частотной в данном материале будет замена на личные или указательные местоимения как слов с более широкой семантикой, (this/it), которые будут играть роль нового смыслового подлежащего, референция



которого обусловлена анафорической отсылкой к ранее упомянутому объекту либо событию (*It is there from the day it started - **The pain** is so pinching and severe that I have to use a stick to walk properly; any ideas on what **this** could be? – I'm experiencing **extreme pain in my neck***). Помимо этого, такие единицы служат для компрессии текста.

Замена конкретного существительного абстрактным, в случае, когда требуется более высокая степень эксплицитности (*Is this a normal happening after this type of **surgery/cleaning**? – I had **septum/sinus surgery** on March 5*).

Одним из компонентов лексического уровня можно выделить метафоризацию, которую также можно рассматривать как один из способов репрезентации генерализации, поскольку коммуникантам свойственно использование метафорических вместо «верных» номинаций явлений, которыми они не владеют. Метафоризации подвергаются разные части речи: (*But I don't have any **burning** feeling during urination or at end; It feels like my entire urine is **on fire** – **The irritable bladder and the irritable urethra** can lean to this medical condition*). Используя метафору, адресант проводит параллель между двумя концептуальными областями, одна из которых является более абстрактной для него, а другая – более понятной, конкретной, привязанной к обыденной реальности.

Генерализация представлена в количестве **265** трансформаций в текстах пациентов, в количестве **216** – в текстах врачей. Для пациента генерализация является ключевым инструментом передачи знания о медицинской проблеме. Можно с уверенностью сказать, что в случае электронной медицинской консультации генерализация в сообщении адресанта лежит в основе семантической трансформации этого типа в тексте адресата. Оценивая текущий уровень знаний пациента о проблеме, врач адаптирует свое фактическое коммуникативное поведение к данному уровню.

Для врача генерализация также играет роль инструмента медиации специального знания. Общей целью генерализации является представление информации в доступном для адресата виде посредством использования

обыденного языка и перенесения научных явлений в альтернативный контекст, теоретически знакомый адресату. Эксперты, стремящиеся передать специальное знание непрофессионалам, должны выполнить два этапа обработки этого знания: во-первых, они должны активировать свои экспертные навыки и провести дифференциальный диагноз; во-вторых, они должны презентовать свой ответ таким образом, чтобы их могла понять непрофессиональная аудитория.

В высказываниях, отмеченных нами, как генерализированные, была выявлена также ярко выраженная тенденция к **хеджированию** как у пациентов, так и у врачей. Хеджирование, как прагматический феномен, вводится коммуникантами для ослабления иллюкативной силы высказывания. Частотный анализ языковых единиц-хеджей в нашем корпусе показал, что пациенты используют данные единицы так же часто, как и врачи, и несмотря на их меньшее количество, они все же являются наиболее часто встречающимися элементами генерализации явлений в их речи.

Среди основных выражений хеджирования нами были выделены следующие лексико-грамматические единицы:

- модальные глаголы (*may, might, can, could, must*);
- модальные прилагательные, наречия и существительные (*un/likely, probable, probably, possible, possibly, perhaps, suggestion*);
- аппроксиматоры времени, частоты, степени и количества (*about, often/not often, somehow, somewhat, a lot of, lots of, generally, always/not always, from time to time*);
- эпистемические глаголы (*to think, to suppose, to believe, to feel (в значении think), to suggest*)

Вводные выражения и фразы (*I believe, I think, To my point of view*) используются пациентами и врачами как инструменты, которые относятся к предположениям говорящего о чем-либо. Они включают местоимение первого лица (чаще единственного числа), чтобы выразить готовность говорящего взять

на себя ответственность за идею, которую они транслируют. Например, в большинстве случаев врачи прибегают к высказываниям (*As I see it, What I think is*), чтобы подчеркнуть, что информация по медицинской проблеме в данном случае не является абсолютно верной, и может подвергаться проверке и дополнительному обсуждению. Пациенты чаще также используют данные фразы в отрицательной форме (*I don't think it is, I believe it is not*), что может свидетельствовать о большей нерешительности и непоследовательности в их трансляции информации.

Хеджирование иллокутивной силы высказывания, вероятно, выполняет и функцию вежливости в коммуникации внутри институционального дискурса (*I guess you are having a difficult time with these symptoms from a long duration; I am sorry to hear about your neck pain*).

Интерпретация хеджирования может быть неоднозначной в определенных коммуникативных ситуациях. Несмотря на то, что элементы хеджирования могут использоваться для защиты репутации специалиста на случай неоднозначных ситуаций, этот риторический прием может слишком сильно уменьшить силу утверждения, которой должен обладать ответ врача. При таком ослаблении и смягчении высказывания, происходит трансляция неопределенности, которая не должна присутствовать в реакции врача. Так, хеджирование может стать средством выражения научной неопределенности, скептицизма и сомнений (*Yes, most probably you might be suffering from a condition called dyspeptic gastritis with flatulence; The leg swelling could most probably be due to high blood pressure*).

Поскольку пациенты в ходе медицинской консультации (особенно электронной) всегда хотят получить как можно более точную информацию (*What specialist should i pay a visit and what may it be?*), врачи испытывают необходимость предоставить её, но при этом могут быть осторожны при выборе лексических средств. Исследование показывает, что врачи вырабатывают особый стиль консультирования и, как правило, являются наиболее гибкими собеседниками, демонстрируя наибольшую способность

реагировать на различия в потребностях пациентов или обстоятельствах консультации. Хеджирование позволило врачам выражать информацию с большей точностью и делать предварительные научные заявления с надлежащей осторожностью (*Or it could also be because of the very less intake of water; Now there are some causes for the pregnancy related back pain*). Так, элементы-хеджи способствовали развитию отношений между врачом и пациентом, удовлетворяя потребность в уважении и сотрудничестве с одной стороны, и в получении необходимой точной информации с другой. Пациенты, напротив, чаще использовали хеджирование как средство комплаенса или колебания (*I am not sure what to do with my problem; I can't find anything on the internet that correlates paronychia with severe arch pain; I have been having sudden, severe, stabbing like pains in my lower right side, almost just below my ribcage*).

Было выявлено, что генерализация, достигающаяся различными лексико-грамматическими трансформациями, превалирует в объеме проанализированного нами материала как у пациента, так и у врача. Такие результаты объясняются особенностями анализируемого нами дискурса. Изначально институциональность медицинского дискурса, проявляющаяся в первую очередь установкой на статусное неравноправие его субъектов – врача и пациента, «накладывала монополию на ведение коммуникации, и любая попытка изменить изначально заданный коммуникативный сценарий воспринималась как отклонение от нормы» [Шейгал 2005: 43]. Этот факт и определял форму коммуникации между этими субъектами: профессиональные знания оставались недоступными для неспециалиста. Имея же дело с электронным видом медицинской консультации, а также с более информированным пациентом, мы можем наблюдать обратные процессы переработки научного медицинского знания. Начатые адресантом (пациентом) мысли вербализуются в тексте посредством приёмов генерализации, а затем интерпретируются и воспроизводятся адресатом (врачом) теми же приёмами. Помимо этого, на врача оказывает действие таких когнитивно-коммуникативных стратегий популяризации медицинских знаний, как

стратегия опоры на прошлый опыт, образность и экспрессивность, уменьшение информационной плотности, которые обеспечивают успешную реализацию функции репрезентации специального знания в медицинской коммуникации понятным языком [Богатикова 2014].

### 3.3.2. Конкретизация

**Конкретизация**, в свою очередь, реализована в тексте **грамматически** (включая синтаксис) и **лексически**, включая механизмы реметафоризации и введения в оборот терминологии.

На грамматическом уровне можно отметить следующие изменения:

- замена грамматических времен (*I have been suffering from heavy diarrhea for some days – I am really sorry for the condition you are suffering with*);
- замена артиклей (*Does it mean I have sexually transmitted infection? – The sexually transmitted disease if present is caused by Gonococcus, Chlamydia trachomatis, candidal, Trichomonas and certain other organisms like viruses*);
- замена частей речи (*i have been suffering with severe back pain, so i started using pain killers but my legs started to swell right now – The leg swelling could most probably be due to high blood pressure*);
- замена форм слова (*I have been experiencing severe and painful headaches alternating its position day by day – The most common conditions which cause headache and dizziness are migraine, tension headache, middle ear infection and labyrinthitis, to name few*).

Деметафоризация представляет собой некую нейтрализацию, опущение контекстуальных значений для выравнивания стилистически и семантически содержания сообщения (*It seems like there is a lump in that point, which makes it very painful to touch or feel – It is a common condition Plantar fasciitis (PF) is a painful inflammatory process of the plantar fascia, the connective tissue on the sole (bottom surface) of the foot*).

Замена общеупотребительной лексики терминами или их инвариантами

является трансформацией высокой частотности использования и в сообщении пациента, и в ответе врача. Использование терминов неспециалистами, как правило, является результатом хорошей осведомленности в специальной области (*I also suffer from **bloating, flatulence, stomach pain** etc. since last January - Based on the symptoms and the lab reports you have provided, I suspect you to be suffering with **Irritable bowel syndrome***).

Конкретизация представлена в количестве **120** трансформаций в текстах пациентов, в количестве **138** – в текстах врачей. Избежать конкретизации в ходе трансляции знаний о медицинской проблеме не представляется возможным ни пациенту, ни врачу. Конкретизация, актуализированная пациентом, представляет собой попытку свою описать медицинскую проблему посредством терминологии, которая, в свою очередь, не является истинным знанием пациента о положении дел. Терминология в данном случае будет представлять собой отражение опыта коммуникации неспециалиста с институтом и с носителями экспертного знания. Пациент, не обладая специальным знанием, может неверно использовать медицинские термины для актуализации данных о своём состоянии. Так, в данном примере пациент использует термин «мигрень» для обозначения обыкновенной головной боли, вероятно, без каких-либо предположений о том, какие биологические механизмы лежат в основе данного заболевания:

-- *I had **a terrible migraine** and now I am having angry outbursts.*

Врач, обладая специальным знанием, использует данный термин, скорее всего, подразумевая определенный тип головной боли, приступообразный, локализованный в одной половине головы, и являющийся неврологическим нарушением:

-- ***Migraine** is a neurological problem or due to vascular problem causing insufficient blood flow to the brain.*

Такое несовпадение между наделением одной и той языковой единицы разным содержанием может лечь в основу недопонимания в коммуникации. Пациент может использовать терминологию эксперта без знания её

концептуального значения. В ходе электронной медицинской консультации врач не всегда может определить данную особенность, а также выявить какие категории понятий являются доступными для неспециалиста. Профессиональные знания устанавливают определенную точку зрения на предметную область, которая при взаимодействии с непрофессиональной аудиторией может противоречить точке зрения непрофессионала. Причина, по которой пациенты задействуют механизм конкретизации для описания медицинской проблемы может скрываться в факте профессиональной неграмотности или в попытке продемонстрировать знание специальной лексики для большей убедительности.

Помимо вышеописанного, были отмечены и другие особенности использования специальной, медицинской, лексики пациентами и врачами. То, как неспециалисты формулировали свои запросы очевидным образом влияло на ответы экспертов. Были обнаружены некоторые корреляции в том, как использованные неспециалистом термины становились предпочтительными у специалиста, который продолжал в своем ответе использовать эти же терминоединицы. В ситуации, когда термин, предложенный пациентом, был ситуативно или содержательно неверным, врач в большинстве случаев сначала всё же задействовал термин «предложенный» собеседником, но при первой удобной возможности производил замену, как в данном примере:

- *I have numbness in my arms and hands, and i am very frightened that I have coronary artery disease or some problem with my heart.*
- *From your description I understand that you are concerned about the numbness in the arms and hands and its possible association with a heart problem. It's true that in a case of sudden heart attack (**Myocardial Infraction**) there can be a pain in the arm, especially in the left arm.*

Врачу свойственно также конкретизировать информацию о болезни при помощи медицинских и фармакологических терминов на латинском или греческом языке. Использование такой лексики, как правило, коррелирует со

специальным высшим образованием, которое пациент не имеет, в связи с чем мы не можем наблюдать за ним использование данных вариантов терминов в ходе его описания болезни (*Chlamydia trachomatis*, *Cardiac Arrhythmia*, *Pheochromocytoma*).

Конкретизация является неотъемлемым инструментом в объективации медицинской проблемы и пациента, и врача. Описать явления специальной области невозможно без задействования семантических трансформаций, нацеленных на сужение понятия от рода к виду. Только таким образом в дискурсе пациента и врача могут фигурировать сложные языковые явления и терминоединицы, описывающие медицинскую проблему.

### 3.3.3. Повтор

**Повтор**, как семантическая трансформация, несмотря на свою внешнюю очевидность, является важнейшим компонентом межъязыкового перевода в коммуникации. Повторы объективированы в тексте лексически и грамматически. Повтор не означает буквальное использование тех или иных языковых средств, за его использованием всегда стоит одна из коммуникативных задач. В первую очередь, путем повтора выравнивается явная языковая асимметрия (а значит, и когнитивная) в коммуникации, таким образом, очевидно, что врач использует повторы чаще с целью стать ментально ближе к своему пациенту. Также повторение языковых номинаций способствует закреплению образа предмета разговора в сознании, что облегчает процесс определения медицинской проблемы в тексте и ускоряет процесс дифференциальной диагностики. Грамматические и синтаксические повторы создают особый такт в письменной речи, «отзеркаливают» речь коммуникантов, что можно определить как кооперацию в решении общих задач или как движение в одном направлении.

Часто повтор в ответной реплике несет на себе субъективную нагрузку и демонстрирует замысел говорящего, т.е. повтор – управляемый и намеренно



осуществляемый говорящим процесс выбора имеющихся в распоряжении языка средств. Это может иметь отношение к категории некоторой субъективной модальности как отношению врача к сообщаемому и на уровне сообщения несет на себе отпечаток какого-то замысла.

Повтор представлен в количестве **13** трансформаций в текстах пациентов, в количестве **97** – в текстах врачей.

Повтор при репрезентации информации задействован врачом в 7,5 раз чаще, чем пациентом. Это может объясняться тем, что данная трансформация реализуется врачом чаще в КТ повторения, которая преследует свои прагматические цели. Было выявлено, что врач осуществляет лексический и грамматический повторы чаще для повторения слов пациента, нежели собственных слов. Исследование диалоговых единств показало, что каждый раз врач адаптирует свои сообщения не только при помощи базовых способов категоризации явлений, но и с учетом предшествующих высказываний каждого конкретного пациента в ходе взаимодействия. Следовательно, то, как лексически и синтаксически пациент оформляет свое высказывание, влияет на то, как врач оформляют свое. Это приводит к совпадению выбора языковых средств между партнерами по общению, или лексическому выравниванию (лексическому увлечению). В частности, в условиях, когда нет никаких других подсказок об уровне знаний конкретного адресата и когда немедленная обратная связь невозможна, информация о предпочтительном выборе слов адресатом может стать решающей.

В следующих примерах четко прослеживается тенденция следования врачом за языковым выбором пациента:

-- *Do you think it is **plantar fasciitis**?*

-- *From the symptoms you have been having, it really sounds more like **PF (plantar fasciitis)**.*

-- *About 2 weeks ago, I got a **severe sharp pain** in my upper left back.*

-- *I totally understand your concern about **your severe and sharp pain**.*

Врач использует языковые средства пациента в качестве референта в своём ответе. Такое явление можно обозначить как концептуальное соглашение между пациентом и врачом. Так, если пациент обозначил свою проблему как «*severe sharp pain*», врач имплицитно соглашается в своём ответе использовать «*your severe and sharp pain*» как основное средство объективации проблемы пациента и следовать ему на протяжении всего сообщения. Лексические повторы не только способствуют облегчению понимания медицинских рекомендаций пациентом, но и способствуют формированию согласия между собеседниками.

Значительное заимствование терминологии пациента было выявлено в ответах экспертов на заданные вопросы о боли. Боль, как симптом, является одним из самых непростых описательных маркеров болезни. Даже при возможности физикального обследования, врач может иметь сложности в идентификации того типа боли, который испытывает пациент. Боль в нарративе пациента определяется различными прилагательными и может описываться как *severe, throbbing, pinching, burning, stabbing* (*Getting dressed causes **severe pain** as well; **The pain is so pinching and severe** that I have to use a stick to walk properly; **The pain is just like burning** and continues pain; I have been having **sudden, severe, stabbing like pains** in my lower right side, almost just below my ribcage*). Врач при составлении ответа следует лексическому выбору пациента в описании характера боли (*But in your case, since **there is a constant, non resolving severe pain**, with spasm the neck pain could be due to compressed nerve in the neck (pinched nerve)*). По мере задействования всей лексики из ответа пациента, врач сможет перейти к конкретизации посредством специальной лексики, как в примере ниже:

**Topic:** *stomach ache*

**Question:** *I am experiencing stomach ache... left side lower part for past 5 months. I take alcohol about 5 drinks a day. I notice if I stop drinking the uncomfortable feeling residues the next day.*

*Answer: Thank you for using Ask a doctor service from Doctor spring. I see that you are really suffering with your stomach ache. There are various reasons for which you could be experiencing left lower abdominal pain. The common conditions associated are constipation, bowel obstruction, inflammatory bowel disease, diverticulitis or even a kidney stone. So your condition definitely needs to be further evaluated. How have your bowel habits been? Are you experiencing constipation lately? Please, provide extra information, so I could help you.*

Лексическое выравнивание индивидуализирует ответ врача для каждого конкретного пациента, с расчетом на то, что эта индивидуализация приведет к более значительным предполагаемым эффектам его ответа. Такая лексическая (а иногда грамматическая) адаптация способствует улучшению когнитивных предпосылок для обработки информации и усиливает воздействие ответа врача на пациента за счет изменения его поведенческих детерминант.

### **3.4. Реализация коммуникативных тактик посредством семантических трансформаций**

В ходе анализа взаимодействия пациента и врача стратегия и тактики описываются не только с точки зрения целей коммуникации и в аспекте взаимодействия, но и в когнитивно-дискурсивном аспекте, где важным является не только то, *почему* применяется та или иная тактика, но и то *как* она реализуется.

Процесс разворачивания коммуникации от макроуровня (уровня стратегии) к микроуровню (уровню языковой трансформации) можно представить в виде воронки (рис. 9). Так, лингвокогнитивные элементы могут становиться репрезентантами элементов коммуникативного, или прагматического, уровня.



Рис. 9. Репрезентация коммуникации на макро- и микроуровне

В ходе анализа семантических трансформаций (генерализации, конкретизации, повтор) было выявлено их общее количество (849 случаев использования), которое в несколько раз превышает число реализованных врачом и пациентом коммуникативных тактик (42 на обоих коммуникантов).

При этом, были обнаружены явные закономерности репрезентации знания внутри одной тактики. Скажем, КТ дефиниции или КТ дифференциального диагноза у врача репрезентированы на семантическом уровне при помощи механизма конкретизации (*But in your father s case, it seems to be more like a secondary hyperhidrosis*). И напротив, генерализации свойственно проявляться в КТ краткой справки врача (*It is a very common finding and is mostly seen in individuals who are athletes and obese, who project a strain on their soles*) или в ходе импликации КТ История болезни пациентом (*In nov I had chest pains*). В связи с этим была выдвинута гипотеза о том, что существует корреляция между видом коммуникативной тактики и

семантическими средствами её репрезентации.

Поскольку количество когнитивных трансформаций во много раз превосходит количество задействованных тактик, можно предположить, что в рамках одного речевого хода (уровень тактики) может делаться несколько речевых шагов (уровень семантической трансформации). Высокая вариативность семантических трансформаций объясняется широкой объективацией специального знания в рамках медицинской коммуникации. Исходя из наличия в тексте врача многокомпонентных гибридных тактик, а также большего количества простых тактик, можно предположить, что врачу приходится производить больше манипуляций на семантико-языковом уровне для выравнивания языковой асимметрии и асимметрии знания.

Данные количественного и контент-анализа позволили определить, какими семантическими средствами репрезентируется каждая тактика, таблица с результатами этого анализа находится в приложении, таблица 2, страница 215.

Корреляция типов КТ и частоты их употребления в речи врача и пациента визуализирована на рис. 7 и рис. 8, где изображены диаграммы, демонстрирующие по горизонтали коммуникативные тактики, реализованные пациентом (рис. 10) и врачом (рис. 11), частоту их задействования – по вертикали. **К** на диаграмме и далее в тексте означает **Конкретизацию**, **Г** – **Генерализацию**, **П** – **Повтор**.

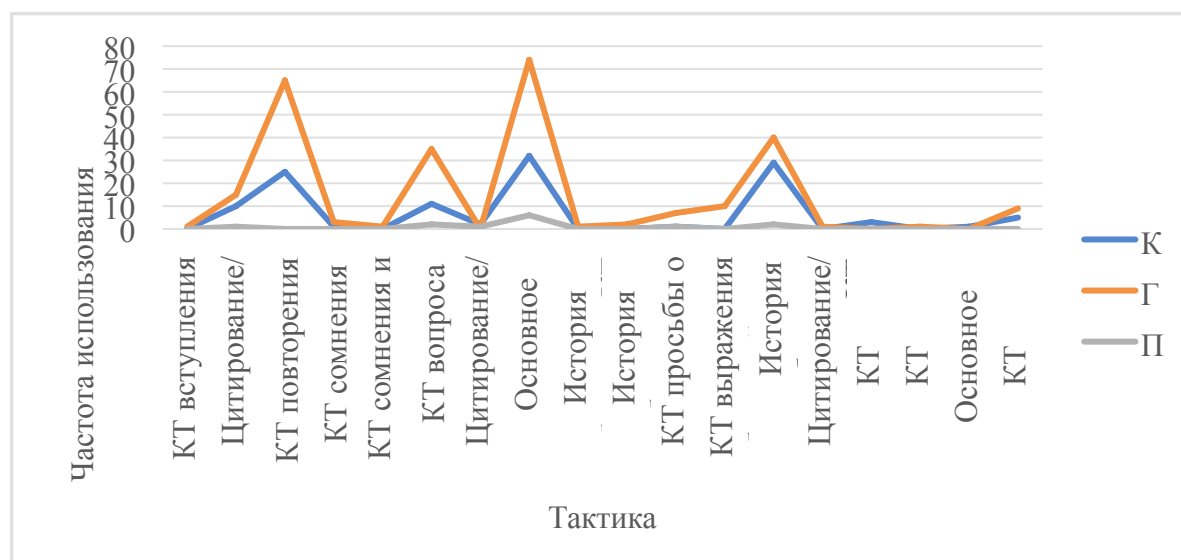


Рис. 10. Соотношение коммуникативных тактик и семантических трансформаций пациента

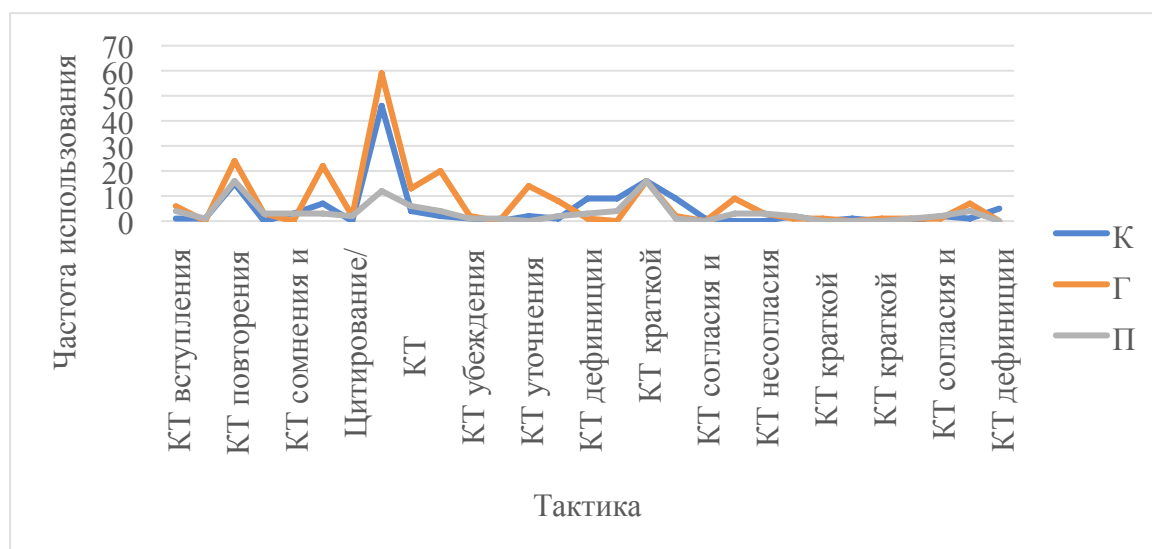


Рис. 11. Соотношение коммуникативных тактик и семантических трансформаций врача

Первые 7 тактик (КТ вступления к номинации проблемы, Цитирование/отсылка, КТ повторения, КТ сомнения, КТ сомнения и повтор, КТ вопроса, Цитирование/отсылка и повтор), описанные в таблице 3 (см. приложение), наглядно демонстрируют какими семантическими средствами пользуются пациенты и врачи при реализации одного и того же речевого хода.

**КТ вступления к номинации проблемы** представлена в речи пациента единожды при помощи генерализации, но следует отметить, что данная тактика представлена у пациента всего один раз и вербализована следующим образом: «*my question is*». Врач пользуется механизмом конкретизации (1), генерализации (6) и повтора (4). Генерализация является естественным вариантом вербализации вступления, поскольку само по себе это явление подразумевает использование общеязыковых единиц (*firstly, first of all, there is/there are, let me explain*).

**Цитирование/отсылка** реализована пациентом конкретизацией (10), генерализацией (15), повтором (1), в то время как врач пользуется лишь конкретизацией (1) и повтором (1). Значимые отличия объясняются не только параметрами когнитивной лингвистики, но и экстралингвистическими факторами: пациент имеет опыт взаимодействия с врачами и другим медперсоналом, у пациента есть окружение, которое может влиять на него, пациент за неимением собственного профессионального мнения в области медицины, вынужден прибегать к данным из интернет- и медиаисточников. Всё это порождает такое широкое использование семантических трансформаций внутри данной коммуникативной тактики у пациента и фактически отсутствия – у врача, который, являясь специалистом, не нуждается в убеждении пациента посредством цитирования или отсылки к другим источникам.

**Цитирование/отсылка + КТ повторения**, как гибридная тактика, реализована путем конкретизации (2 – у пациента и 0 – у врача), генерализации (0 – у пациента и 2 у врача, 1 у пациента и 2 у врача). Врач в обоих случаях использует комплекс семантических трансформаций (П+Г) в тексте: First of all, back pain is common in hairdressers and your doctor may be right that this is only muscular pain; I cannot comment why your Doctor said 'you need a new liver'. He could be joking or trying to warn you from drinking.

**КТ повторения** широко представлена различными средствами и у врача (К<sub>15</sub>Г<sub>24</sub>П<sub>16</sub>), и у пациента (К<sub>25</sub>Г<sub>65</sub>). Было выявлено, что пациент генерализирует знание в ходе коммуникации в три раза чаще, чем врач, что репрезентирует случай с многократными попытками описать сложный медицинский концепт простым, ненаучным, языком. «КТ вопроса», «истории болезни» и «основного утверждения» также реализуются пациентом через грамматические и лексические средства генерализации («*and then I had cramps. and then I had blood, today I ulready had my period one week ago*»).

**КТ сомнения** представлено у участников коммуникации следующим образом: пациент – К<sub>1</sub>Г<sub>3</sub>П<sub>0</sub>, врач – К<sub>0</sub>Г<sub>3</sub>П<sub>3</sub>. С прагматической точки зрения это означает, что выражать сомнения врачу приходилось чаще, чем пациенту, и

делал он это без реализации конкретизирующих инструментов (*Unfortunately in your particular case, I feel online consultation will not be of a much help, In your case the left arm pain seems to be of a different cause*).

**КТ сомнения + КТ повторения** является гибридной тактикой, представленной также немногочисленными задействованиями механизмов конкретизации (0 у пациента и 3 у врача), генерализации (1 и 0 соответственно), повтора (0 и 3 соответственно). Семантические трансформации врача задействованы в 3 коммуникативных тактиках, каждая из которых представлена диадой «повтор+конкретизация», примеры демонстрируют, что во всех случаях врач опровергает диагноз, поставленный на приеме у другого врача (*In my opinion lymph node enlargement should not cause such a severe pain, No I don't think you are having an STD*).

**КТ вопроса**, представленная в тексте 78 случаями реализации коммуникативных тактик, на семантическом уровне представлены 80 семантическими трансформациями. Схожесть численных параметров может говорить о том, что внутри одного речевого хода коммуникант реализует лишь одну семантическую трансформацию (*Can it be due to high B12? How old are you?*). Большинство вопросов является общими или предполагает односложный ответ. Пациент реализует данную тактику посредством конкретизации (11), генерализации (35), повтора (2). Генерализованные вопросы пациента представляют собой открытые вопросы с общей смысловой составляющей «что со мной?» или «что это?», которые репрезентируют макростратегию данного типа дискурса – они призваны помочь разобраться в идентификации медицинской проблемы (*What is wrong with me? Any suggestions of what this may be? Is this a normal happening after this type of surgery/cleaning?*). Врач реализует данную тактику при помощи конкретизации (7), генерализации (22), повтора (3). Следует предположить, что генерализация, как когнитивный прием, превалирует в данной тактике ввиду специфики вопросов, которая подразумевает ответ, облегчающий решение медицинской задачи (*Do you have any other medical illness? Have you had any head injury? Do you find it difficult to*



*fall asleep?)*

Далее можно представить реализованные коммуникативные тактики пациента в виде следующих моделей:

Основное утверждение  $K_{32}Г_7П_6$ , История болезни и КТ вопроса  $K_0Г_1П_0$ , История болезни и цитирование/отсылка  $K_0Г_2П_0$ , КТ просьбы о помощи  $K_1Г_7П_1$ , КТ выражения беспокойства  $K_0Г_{10}П_0$ , История болезни  $K_{29}Г_{40}П_2$ , Цитирование/отсылка и КТ сомнения  $K_0Г_1П_0$ , КТ самопрезентации и история болезни  $K_3Г_0П_0$ , КТ самопрезентации и КТ повторения  $K_0Г_1П_0$ , Основное утверждение и КТ выражения беспокойства  $K_1Г_0П_0$ , КТ самопрезентации  $K_5Г_9П_0$

Коммуникативные тактики врача могут также быть представлены в виде моделей:

КТ краткой справки  $K_{46}Г_{59}П_{12}$ , КТ дифференциального диагноза  $K_4Г_{13}П_6$ , КТ приободрения/понимания  $K_2Г_{20}П_4$ , КТ убеждения  $K_1Г_2П_1$ , КТ предположения  $K_0Г_0П_1$ , КТ уточнения  $K_2Г_{14}П_0$ , КТ несогласия  $K_1Г_8П_2$ , КТ дефиниции и КТ повторения  $K_9Г_1П_3$ , КТ дефиниции и КТ краткой справки и повтор  $K_9Г_0П_4$ , КТ краткой справки и КТ повторения  $K_{16}Г_{16}П_{16}$ , КТ дефиниции и краткой справки  $K_9Г_2П_1$ , КТ согласия и КТ повторения и КТ дефиниции  $K_1Г_0П_0$ , КТ приободрения/понимания и КТ повторения  $K_0Г_9П_3$ , КТ несогласия и КТ повторения  $K_0Г_3П_3$ , КТ вступления к номинации проблемы и КТ повторения  $K_2Г_1П_2$ , КТ краткой справки и приободрения/понимания  $K_0Г_1П_0$ , КТ дефиниции и краткой справки и КТ дифференциального диагноза  $K_1Г_0П_0$ , КТ краткой справки и КТ повторения и КТ приободрения/понимания  $K_0Г_1П_0$ , КТ согласия  $K_0Г_1П_1$ , КТ согласия и КТ повторения  $K_2Г_1П_2$ , КТ уточнения и КТ повторения  $K_1Г_7П_4$ , КТ дефиниции  $K_5Г_0П_0$ .

Следует отметить, что коммуникативные тактики врача также реализованы преимущественно посредством генерализации. Как уже было отмечено выше в работе, это свидетельствует о намеренной актуализации врачом номинаций того же уровня семантики, что и номинации пациента. Эта

мысль легла в основу предположения о влиянии коммуникативных тактик пациента на речевое поведение врача и на семантическом, и на языковом уровне.

Данные результаты демонстрируют в том числе и то, что формулирование врачом ответа на вопрос пациента включает как минимум два процесса: ожидание определенного уровня знания и фактическое коммуникативное поведение. Как правило, различие в знании пациентов и врачей делает адаптивное коммуникативное поведение необходимым не только для врача, но и для пациента (например, его неуместные/неудачные попытки задействовать специальную лексику при описании медицинской проблемы). Специалисту следует уделять особое внимание различным имеющимся в его распоряжении подсказкам, вербализованным в тексте обращения пациента, которые указывают на уровень его знания о проблеме. Это поможет специалисту адекватно оценить их диагностическую ценность и адекватно транслировать научное видение положения дел.

### Выводы по главе 3

В данной главе электронная медицинская консультация была проанализирована с позиций макродискурса и микродискурса.

Макроуровень дискурса был представлен коммуникативными тактиками, присущими пациенту и врачу, которые актуализируются ими в ходе реализации стратегии идентификации медицинской проблемы. В текстах обращений пациентов были выявлены 19 коммуникативных тактик, в текстах ответов врачей были выявлены 30 коммуникативных тактик. Среди всех тактик была выделена особая категория – гибридные тактики, представляющие собой цепочку из последовательного применения 2-3 тактик внутри одного речевого хода.

На микроуровне дискурса коммуникативное взаимодействие репрезентировано семантическими трансформациями: конкретизацией, генерализацией и повтором. Генерализация предполагает замену единицы, имеющей более узкое значение, единицей с более широким значением. Конкретизация – замена слова или словосочетания с более широким предметно-логическим значением словом или словосочетанием с более узким значением, и является преобразованием обратным генерализации. Повтор – это трансформация, при которой не производится замена единиц при передаче слов коммуниканта.

В основу идеи о семантических трансформациях легла мысль о внутриязыковом переводе, который может осуществляться на когнитивном уровне для оптимизации коммуникации знания.

Конкретизация представлена как неотъемлимый инструмент репрезентации знания о медицинской проблеме и пациентом, и врачом. Тем не менее, обнаружены некоторые отличия в задействовании специального языка медицины.

Генерализация является самой часто используемой трансформацией, задача которой заключается в объективации специального знания доступным образом. Ключевым элементом генерализации представлено хеджирование, как способ снижения категоричности и точности высказывания.

Повтор значительно превалирует в ответах врача, являясь основным механизмом осуществления лексического выравнивания. Лексическое выравнивание индивидуализирует ответ врача для каждого конкретного пациента, что отвечает сразу двум запросам электронной медицинской консультации: выравниванию асимметрии знания и его репрезентации в тексте и демонстрированию кооперации во взаимодействии.

Все семантические трансформации (генерализация, конкретизация и повтор) представлены лексическими и грамматическими (включая синтаксис) преобразованиями.

В пункте 3.4 заложена мысль о существующих корреляциях между теми или иными коммуникативными тактиками и их импликацией посредством определенных семантических трансформаций.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Медицинский дискурс представляет собой многомерное коммуникативное образование, системообразующими признаками которого являются его цель, типовые участники (врач и пациент) и экстралингвистические факторы, обуславливающие общение. Медицинский дискурс представляет собой совокупность вербальных и невербальных структур, обладающих определенными прагматическими особенностями. Эти структуры функционируют в медицинской сфере для реализации лечебно-профилактических целей.

Основной задачей врача является оказание помощи пациенту, решение этой задачи осуществляется в ходе ведения диалога. Дискурс врача рассматривается как результат его профессиональной деятельности, как совокупность лексических средств, объективирующих знания о предмете профессиональной деятельности. Не уходит на задний план и дискурс пациента, который используя собственный опыт и знания о медицинской проблеме, вербализует концепты по-своему. В рамках когнитивно-дискурсивного подхода при анализе текстов пациента и врача учитывались параметры, влияющие на способы объективации ими знания о проблеме.

Диалог в рамках медицинской консультации тяготеет к стандартизации, существует не один вид рекомендаций по ведению медицинской консультации, которые регламентируют вербальное и невербальное поведение врача. Самый распространенный документ, Калгари-кембриджская модель, предполагает учёт параметров, которые регулируют начало приема, сбор анамнеза, структурирование визита, выстраивание отношений, совместное принятие решения по дальнейшей тактике лечения и профилактики и закрытие приема.

Коммуникативные стратегии внутри медицинской консультации представляют собой процесс построения диалога путём спонтанного или шаблонного выбора оптимального в той или иной ситуации речевого поведения. Достигается эта задача при помощи коммуникативных тактик,

представляющих собой совокупность речевых действий, выбираемых и выполняемых коммуникантами в той или иной последовательности. Несмотря на тезис о следовании рекомендациям (Калгари-кембриджской модели, например), в коммуникации допускается вариативность речевого поведения врача на каждом из этапов общения.

Условно каждое из сообщений электронной медицинской консультации может быть поделено на две смысловые части, которым мы дали названия «что это?» и «что делать?». Часть «что это?» представляет собой описание некоторой медицинской проблемы, которая беспокоит его и нуждается в разрешении, в то время как часть «что делать?» включает в себя вопросы относительно лечения и рекомендаций. С точки зрения дискурс-анализа на **макроуровне** мы имели дело с **макростратегией** по осуществлению медицинской консультации. Каждый коммуникант по-своему репрезентирует макростратегию, для обоих коммуникантов в части «что это?» коммуникативной стратегией будет являться стратегия идентификации медицинской проблемы, для части «что делать?» – стратегия плана по разрешению медицинской проблема.

На макроуровне дискурс-анализа введено понятие **«речевой ход»**, который репрезентирует тактики ведения стратегии. Под речевым ходом понимается одно высказывание или ряд высказываний в пределах одной стратегии, объединенных общим намерением. Тактики, или речевые ходы, в свою очередь, могут быть реализованы различными семантическими трансформациями (или **«речевыми шагами»**): генерализацией, конкретизацией или повтором.

Речевые шаги будут представлять **микроуровень дискурса** и будут выражены в тексте лексическими или грамматическими изменениями.

На макроуровне мы изучали электронную медицинскую консультацию как совокупность коммуникативных тактик, представляющих стратегию идентификации медицинской проблемы. Стратегия идентификации медицинской проблемы у пациента представлена **19** коммуникативными тактиками (далее в

тексте – **КТ**), среди которых **монотактики**: «КТ повторения» (90), «история болезни» (66), «основное утверждение» (88), «КТ вопроса» (47), «цитирование/отсылка» (24), «КТ самопрезентации» (14), «КТ выражения беспокойства» (10), «КТ просьбы о помощи» (8), «КТ сомнения» (4). Число в скобках означает количество раз применения тактики коммуникантом в проанализированных 60 диалоговых единствах. **Гибридные тактики** пациента представлены следующими комбинациями: «История болезни + цитирование и отсылка»; «КТ самопрезентации + история болезни»; «Цитирование/отсылка + КТ повторения»; «КТ сомнения + КТ повторения»; «Цитирование/отсылка + КТ сомнения»; «КТ самопрезентации + КТ повторения»; «Основное утверждение + КТ выражения беспокойства».

На уровне тактической организации коммуникации врача выявлены **30** ведущих тактик, среди которых **монотактики** «КТ краткой справки» (96), «КТ повторения» (39), «КТ краткой справки и КТ повторения» (35), «КТ вопроса» (31), «КТ приободрения/понимания» (22), «КТ дифференциального диагноза» (17), «КТ уточнения» (16), «КТ вступления к номинации проблемы» (9), «КТ несогласия» (9), «КТ дефиниции» (4), «КТ сомнения» (4), «КТ убеждения» (3), «КТ согласия» (1), «Цитирование/отсылка» (1). Среди **гибридных тактик** врача можно выделить: «КТ краткой справки + КТ повторения», «КТ приободрения/понимания + КТ повторения», «КТ дефиниции + КТ краткой справки + КТ повторения», «КТ уточнения + КТ повторения»; «КТ дефиниции + КТ краткой справки»; «КТ вступления к номинации проблемы + КТ повторения»; «КТ несогласия + КТ повторения»; «КТ согласия + КТ повторения»; «КТ сомнения + КТ повторения»; «Цитирование/отсылка + КТ повторения»; «КТ дефиниции + КТ краткой справки + КТ дифференциального диагноза»; «КТ краткой справки + КТ повторения + КТ приободрения/понимания»; «КТ краткой справки + приободрения/понимания»; «КТ согласия + КТ повторения + КТ дефиниции». Основной тактикой врача является «КТ краткой справки», целью которой является донесение основной информации о болезни, её симптомах, истории возникновения, статистических

данных, и т.д.

У участников коммуникации присутствуют **общие тактики**, которые они используют для реализации одной и той же стратегии. Среди таких тактик можно перечислить следующие: «КТ повторения», «КТ вопроса», «КТ вступления к номинации проблемы», «цитирование/отсылка», «цитирование/отсылка и КТ повторения», «КТ сомнения», «КТ сомнения и КТ повторения». Следует отметить, что несмотря на общее название, семантически и вербально данные тактики реализуются по-разному у коммуникантов.

Гибридные коммуникативные тактики которые собой комбинации цепочек и из двух или трех тактик. Гибридные тактики врача представлены гораздо более многочисленно, чем гибридные тактики пациента. Такая тенденция может быть объяснена тем, что врач, как специалист, или носитель специального знания, в ситуации медицинской коммуникации прибегает к использованию речевого этикета (КТ краткой справки + КТ повторения + КТ приободрения/понимания), а также уделяет особое внимание не только содержанию, но и форме предоставляемой информации. Обладая специальным знанием и соответствующим опытом, врач владеет более сложными и логически верными инструментами построения грамотной связной речи. Например, триада «КТ дефиниции + краткой справки + КТ дифференциального диагноза» выглядит абсолютно логичной с точки зрения объяснения новой информации (*You seem to have an infection in the vagina, mostly - 'yeast infection', medically know as 'Vaginal Candidiasis'*).

От анализа макроуровня мы перешли к анализу **микроуровня** коммуникации, который может быть описан посредством семантических трансформаций. Мы выделили конкретизацию, генерализацию и повтор вслед за идеями теоретиков переводоведения, предположив, что коммуникация является не только коммуникацией знания, но и внутриязыковым переводом. То есть, как по Р. Якобсону, интерпретацией вербальных знаков с помощью других знаков того же языка [Якобсон 1978]. Или вслед за другим ученым, Л. Л. Нелюбиным, который считает, что при ежедневном общении передача



определённой информации реализуется благодаря внутриязыковому переводу, который содержится в осмыслении говорящих на данном языке слушающими тот же язык. Постоянное интерпретирование одних вербальных знаков иными вербальными знаками зиждется на основе одноязычной коммуникации. Члены общения становятся в некотором роде переводчиками в связи с тем, что совершается «уточнение и выяснение сказанного» [Нелюбин 2003].

Данные семантические трансформации представляют собой следующее:

- **генерализация** – это замена единицы, имеющей более узкое значение, единицей с более широким значением (*Virus usually spreads via **direct human contact***);

- **конкретизация** – это замена слова или словосочетания с более широким предметно-логическим значением словом или словосочетанием с более узким значением, преобразование, обратное генерализации (*Early morning headache can be a symptom of **hypertension***);

- **повтор** – это трансформация, при которой не производится замена единиц при передаче слов коммуниканта (*I have heard that **pain in left arm can be a sign on heart attack** - First let me clarify some details regarding **pain in left arm and heart attack***).

**Генерализация** превалирует в объеме проанализированного нами материала как у пациента (265 случаев), так и у врача (216 случаев). Такие результаты объясняются особенностями анализируемого нами дискурса. Изначально институциональность медицинского дискурса, проявляющаяся в первую очередь установкой на статусное неравноправие его субъектов – врача и пациента, «накладывала монополию на ведение коммуникации, и любая попытка изменить изначально заданный коммуникативный сценарий воспринималась как отклонение от нормы» [Богатикова, Мишланова, Филиппова 2014: 215]. Этот факт и определял форму коммуникации между этими субъектами: профессиональные знания оставались недоступными для неспециалиста. Имея же дело с электронным видом медицинской консультации, а также с более информированным пациентом, мы можем

наблюдать обратные процессы переработки научного медицинского знания. Начатые адресантом (пациентом) мысли вербализуются в тексте посредством приёмов генерализации, а затем интерпретируются и воспроизводятся адресатом (врачом) теми же приёмами. Помимо этого, на врача оказывает действие таких когнитивно-коммуникативных стратегий популяризации медицинских знаний, как стратегия опоры на прошлый опыт, образность и экспрессивность, уменьшение информационной плотности, которые обеспечивают успешную реализацию функции репрезентации специального знания в медицинской коммуникации понятным языком.

Генерализация в рамках общения неспециалиста с экспертом проявлялась в виде хеджирования, которое играет не только традиционную роль риторического приема вежливости, но и средства трансляции знания о медицинской проблеме. Отдельное внимание уделяется тому, что врач задействует данный прием чаще пациента, констатируя таким образом факты из специальной области знания с намеренной осторожностью. Хеджирование в общении между врачом и пациентом действует как способ адаптации, который помогает эффективно поддерживать коммуникативное взаимодействие и корректировать его. С другой стороны, было замечено, что хеджирование может делать информацию специальной области недостаточно четкой и может влиять на адекватность передаваемых знаний.

**Конкретизация** является неотъемлемым инструментом в объективации медицинской проблемы и пациента (120 случаев), и врача (138 случаев). Описать явления специальной области невозможно без задействования семантических трансформаций, нацеленных на сужение понятия от рода к виду. Только таким образом в дискурсе пациента и врача могут фигурировать сложные языковые явления и терминологические единицы, описывающие медицинскую проблему.

**Повтор** при репрезентации информации задействован врачом в 7,5 раз чаще (97 случаев против 13), чем пациентом. Это может объясняться тем, что

данная трансформация реализуется врачом чаще в КТ повторения, которая преследует свои прагматические цели. Было выявлено, что врач осуществляет лексический и грамматический повторы чаще для повторения слов пациента, нежели собственных слов. Данное наблюдение легло в основу теории о лингво-семантической адаптации, которая служит ключевым инструментом врача в преобразовании сообщения пациента. Такое явление называется «лексическим увлечением» или «лексическим выравниванием» и объясняет использование врачом языковых средств пациента в качестве референта в своих ответах.

В целом, можно сделать вывод о том, что любой из перечисленных выше видов семантических трансформаций строится на принципах адаптации. Рассмотрение диалога между пациентом и врачом как комплексного феномена, закрепленного в письменной форме, не дает возможности увидеть поэтапное развитие дискурса от обыденного уровня до научного (несмотря на присутствие «каноничных» представителей обеих уровней) – конечной точкой является формирование в ответе врача научно-популярного типа дискурса. Лексико-семантическая адаптация ограничивает развитие дискурса до профессионального, в котором существует лишь экспертное знание.

В ходе анализа взаимодействия пациента и врача стратегия и тактики описываются не только с точки зрения целей коммуникации и в аспекте взаимодействия, но и в когнитивно-дискурсивном аспекте, где важным является не только то, *почему* применяются та или иная тактика, но и то *как* она реализуется.

При анализе семантических трансформаций (генерализации, конкретизации, повтор) было выявлено их общее количество (849 случаев использования), которое в несколько раз превышает число реализованных врачом и пациентом коммуникативных тактик (42 на обоих коммуникантов).

При этом, были выявлены явные закономерности по репрезентации знания внутри одной тактики. Скажем, КТ дефиниции у врача в 100% случаев репрезентированы на семантическом уровне при помощи механизма конкретизации (*I think you are experiencing the symptoms of UTI (urinary tract*

*infection*)). И напротив, генерализация свойственна проявляться в КТ краткой справки врача (*High blood pressure makes your heart work harder than it needed to before*) или в ходе импликации КТ История болезни пациентом (*I also felt a tingling sensation in my left arm and hand*). В связи с этим была выдвинута гипотеза о том, что существует корреляция между видом коммуникативной тактики и семантическими средствами её репрезентации.

Поскольку количество когнитивных трансформаций во много раз превосходит количество задействованных тактик, можно предположить, что в рамках одного речевого хода (уровень тактики) может делаться несколько речевых шагов (уровень семантической трансформации). Высокая вариативность семантических трансформаций объясняется широкой объективацией специального знания в рамках медицинской коммуникации. Исходя из наличия в тексте врача многокомпонентных гибридных тактик, а также большего количества монотактик, можно предположить, что врачу приходится производить больше манипуляций на семантическом и языковом уровнях для выравнивания языковой асимметрии.

Перспективами исследования представляется уточнение имеющейся классификации коммуникативных тактик и семантических трансформаций, а также изучение корреляций между ними. Данное исследование дает также начало теории о том, что описанные механизмы языкового производства, семантических трансформаций и коммуникативных тактик могут проявляться в естественных условиях медицинской коммуникации специалиста и неспециалиста.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Агазаде, А.М. Дискурс как объект лингвистического исследования // Ученые записки Крымского федерального университета имени В. И. Вернадского. Филологические науки. Выпуск 24 (63) – 2011. – №3-2. – С. 241 – 246.
2. Акаева, Э.В. Коммуникативные стратегии профессионального медицинского дискурса: дисс. ... канд. филолог. наук. Омск, 2007. – 149 с.
3. Алексеев В.А., Борисов К.Н., Рожецкая С.В. Проблемы здравоохранения США и предпринимаемая реформа [Электронный ресурс] // Международное здравоохранение. 2011. Т. 2 (1). URL: [http://web.archive.org/web/20160506203221/http://www.rosmedportal.com/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1410:2011-10-11-21-28-46&catid=25:the-project](http://web.archive.org/web/20160506203221/http://www.rosmedportal.com/index.php?option=com_content&view=article&id=1410:2011-10-11-21-28-46&catid=25:the-project) (дата обращения: 20.03.2022)
4. Алексеева, И.С. Введение в переводоведение. Учеб. пособие для студ. филол. и лингв. фак. высш. учеб. заведений. – СПб.: Филологический факультет СПбГУ; М.: Издательский центр «Академия», 2004. – 352 с.
5. Алексеева, Л.М., Мишланова, С.Л. Медицинский дискурс: теоретические основы и принципы анализа. – Пермь: Изд-во Перм.ун-та, 2002. – 200 с.
6. Алексеева Л.М., Мишланова С.Л. Когнитивно-дискурсивные аспекты терминологической компетенции // Когнитивные исследования языка. 2019. No 37. С. 383–388.
7. Аксенова, И.Н., Жалагина, Т.А. Диалог. Основные свойства и критерии членения / И. Н. Аксенова, Т.А. Жалагина. – Тверь: Твер. гос. ун-т, 1991. – 55 с.
8. Аникин, Е.Е. Стратегия сопоставления в российской и американской рекламе: автореф. дисс. ... канд. филол. наук. Тюмень, 2008. – 22 с.

9. Анохина, Н.В. Имплицитность как компонент структуры содержания текста и составляющая процессов его понимания (на материале научно-популярного текста): автореф. дис. ... канд. филол. наук. – Уфа, 2010. – 23 с.
10. Арутюнова, Н.Д. Дискурс // Лингвистический энциклопедический словарь. М.: Советская энциклопедия, 1990. – С. 136 – 137.
11. Арутюнова, Н.Д. Стратегия и тактика речевого поведения // Прагматические аспекты изучения предложения и текста. – Киев: Глобус, 1983. – С. 37 – 56.
12. Арутюнова, Н.Д. Дискурс // Языкознание. Большой Энциклопедический Словарь. М.: Большая Российская энциклопедия, 1998. – С. 136 – 137.
13. Баранов, А.Н., Крейдлин, Г. Е. Иллокутивное вынуждение в структуре диалога // Вопросы языкознания. 1992. – №2. – С. 84 – 99.
14. Барсукова, М.И. Медицинский дискурс (стратегии и тактики речевого поведения врача): дисс. ... канд. филол. наук. Саратов, 2007. – 141 с.
15. Барсукова, М.И. Медицинский дискурс (стратегии и тактики речевого поведения врача): автореф. дисс. ... канд. филол. наук. Саратов, 2007. – 21 с.
16. Барсукова, М.И. Средства гармонизации речевого поведения в профессиональной деятельности врача // Проблемы речевой коммуникации: межвузовский сборник научных трудов. Саратов, 2017. – С. 131 – 137.
17. Бахтин, М.М. Эстетика словесного творчества. – М.: Искусство, 1979. – 424 с.
18. Бахтин, М.М. Проблема речевых жанров / М.М. Бахтин // Эстетика словесного творчества. – М. : Искусство, 1986. – С. 250 – 296.
19. Бейлинсон, Л.С. Характеристики медико-педагогического дискурса (на материале логопедических рекомендаций): дисс. ... канд. филол. наук. Волгоград, 2001. – 168 с.
20. Белоусова, Н.В. Использование Интернета врачом и пациентом / Н. В. Белоусова // Вестник молодых ученых и специалистов Самарского университета. – 2018. – № 1(12). – С. 63 – 68.

21. Бергельсон, М.Б. Принципы коммуникации, коммуникативные функции языка и фактор адресата. Материалы 4-й Международной конференции РКА; Коммуникация-2008: Коммуникация в современной парадигме социального и гуманитарного знания. – Москва, 2008. – С. 128 – 131.

22. Бисерова Н.В. Варьирование терминологии миграционного права в медийном дискурсе: дисс. ... канд. филол. наук. Пермь. – 2018. – 21 с.

23. Богатикова, Е.П., Исаева, Е.В. Коммуникация специального знания в контексте кроссдискурсивных исследований терминологии компьютерной безопасности // Европейский журнал социальных наук. – 2014. – № 6(45), том 2. – С. 101 – 107.

24. Богатикова, Е.П., Мишланова, С.Л., Филиппова, А.А. Особенности представления специального знания в медицинском дискурсе // Историческая и социально-образовательная мысль. – 2014. – № 3. – С. 215 – 217.

25. Богомягкова, Е.С., Искандерова, Л.В. Взаимодействие врачей и пациентов на медицинских интренет-форумах: анализ дискурсивных практик // Труды XXIII Международной объединенной научной конференции «Интернет и общество». Сборник тезисов докладов. – Санкт-Петербург, 2020. – С. 22 – 24.

26. Борисова, И.Н. Русский разговорный диалог: структура и динамика. – М.: КомКнига, 2005. – 325 с.

27. Булыгина, Т.В. Языковая концептуализация мира (на материале русской грамматики): [монография] / А.Д. Шмелев; Т.В. Булыгина. – Москва: Языки славянской культуры. – 1997. – 577 с.

28. Бурджалов, Ф. Мировая экономика и международные отношения. – Москва, 2010. – № 10 (10). – С. 44 – 55.

29. Веретенкина, Л.Ю. Стратегия, тактика и приемы манипулирования // Лингвокультурологические проблемы толерантности. Тезисы докладов Международной научно-практич. конференции. Екатеринбург: Изд-во Уральского ун-та. – 2001. – С. 177 – 179.

30. Витч, Р. Модели моральной медицины в эпоху революционных изменений // Вопросы философии. – 1994. – № 3. – С. 67 – 72.

31. Водак, Р. Язык. Дискурс. Политика. Волгоград: Перемена, 1997. – 139 с.
32. Водак, Р. Критическая лингвистика и критический анализ дискурса / Р. Водак // Политическая лингвистика. – 2011. – No 4. – С. 286 – 291.
33. Волкова, Е.В. Профессиональная языковая личность в медиадискурсе (коммуникативно-прагматический аспект): автореф на дисс. ... канд. филол. наук. – Томск, 2021. – 27 с.
34. Габидуллина, А.Р. Учебно-педагогический дискурс. Горловка: Изд-во ГГПИИЯ, 2009. – 292 с.
35. Гойхман, О.Я. Основы речевой коммуникации: учебник для студ. вузов / О.Я. Гойхман, Т.М. Надеина. – М.: ИНФРА-М, 1997. – 270 с.
36. Голованова, Е.И. Категория профессионального деятеля: Формирование. Развитие. Статус в языке. – М.: Элпис, 2008. – 304 с.
37. Голованова, Е.И. Введение в когнитивное терминоведение: учебное пособие. – М.: Флинта: Наука, 2011. – 224 с.
38. Голованова, Е.И. Введение в когнитивное терминоведение: учебное пособие [Текст] / Е.И. Голованова. – М.: Флинта: Наука, 2011. – 224 с.
39. Гончаренко, Н.В. Суггестивные характеристики медицинского дискурса: дисс. ... канд. фил. наук. Волгоград, 2007. – 251 с.
40. Григорьева, В.С. Дискурс как элемент коммуникативного процесса: прагмалингвистический и когнитивный аспекты. – Тамбов: Изд-во Тамб. гос. техн. ун-та, 2007. – 288 с.
41. Гришечкина, Н.В. Медиаформы коммуникативного пространства пациента // Медицинская антропология, проблемы, методы, исследовательское поле: сб. ст. – М.: Публицити, 2015. С. 103 – 115.
42. Дейк, Т.А. ван, Кинч, В. Стратегии понимания связного текста / Т.А. ван Дейк, В. Кинч // Новое в зарубежной лингвистике. Вып. 23: Когнитивные аспекты языка. – М. : Прогресс, 1988. – С. 153 – 211.
43. Дейк, Т.А. ван Язык. Познание. Коммуникация. – М.: Прогресс, 1989. – 312 с.



44. Демьянков, В.З. Политический дискурс как предмет политической филологии // Политическая наука. Политический дискурс: История и современные исследования.– М., 2002. – № 3. – С.32 – 43.

45. Димова, Г.В. Основные стратегии французского университетского педагогического дискурса: автореф. дисс. ... канд. филол. наук. Иркутск, 2004. – 17 с.

46. Жура, В.В. Запрос информации в жанре медицинской коммуникации // Человек в коммуникации: концепт, жанр, дискурс: Сб. науч. тр. – Волгоград: Парадигма, 2006. – С. 231 – 238.

47. Жура, В.В. Речевые стратегии врача в устном медицинском дискурсе // Альманах современной науки и образования: Языкознание и литературоведение в синхронии и диахронии и методика преподавания языка и литературы: в 3 ч., 2007. – № 3. – Ч. 2. – С. 59 – 61.

48. Жура, В.В. Дискурсивная компетенция врача в устном медицинском общении: дисс. ... докт. филол. наук.– Волгоград, 2008. – 408 с.

49. Жура, В.В. Взаимодействие картин мира врача и пациента в ходе медицинской коммуникации и способы их экспликации // Общество ремиссии: на пути к нарративной медицине. – Самара: Самарский гос. ун-т, 2012. – С. 54 – 65.

50. Жура, В.В. Нарратологические исследования устного медицинского дискурса // Международный журнал исследований культуры. 2013. – №1(10). – С. 72 – 78.

51. Ильин, Е.П. Психология доверия. – СПб.: Питер, 2013. – 288 с.

52. Исаева Е.В. Модели метафоры в дискурсе компьютерной безопасности: автореф. дисс. ... канд. филол. наук. Пермь. – 2013. – 20 с.

53. Иссерс, О.С. Коммуникативные стратегии и тактики русской речи / О. С. Иссерс. 5-е изд. – М.: Издательство ЛКИ, 2008. – 288 с.

54. Карасик, В.И. Оценочная мотивировка, статус лица и словарная личность // Филология. – Краснодар, 1994. – С. 2 – 7.

55. Карасик, В.И. О категориях дискурса // Языковая личность: социолингвистические и эмотивные аспекты: сб. науч. тр. Волгоград – Саратов: Перемена, 1998. – С. 185–197.

56. Карасик, В.И. Структура институционального дискурса // Проблемы речевой коммуникации. – Саратов: Изд-во Саратов. ун-та, 2000. – С.25 – 33.

57. Карасик, В.И. О типах дискурса // Языковая личность: институциональный и персональный дискурс. Сборник научных трудов. – Волгоград: Перемена, 2000. – С. 5 – 20.

58. Карасик, В.И. Языковой круг: личность, концепты, дискурс: – Волгоград: Перемена, 2002. – 477 с.

59. Кибрик, А.А. Когнитивные исследования по дискурсу // Вопросы языкознания. 1994. – №5. – С. 126 – 140.

60. Кибрик, А.А. Анализ дискурса в когнитивной перспективе : дис. ... д-ра филол. наук : 10.02.19 / А. А. Кибрик. – Москва, 2003. – 90 с.

61. Климинская, С.Л. Развертывание аргументативных стратегий в условиях коммуникативной ситуации телевизионной дискуссии / С.Л. Климинская // Вестник Московского государственного лингвистического университета. 2010. – № 587. – С. 63 – 72.

62. Копанев, П.И., Беер, Ф. Теория и практика письменного перевода. – Часть 1. – М., 1986. – 272 с.

63. Коротеева, О.В. Дефиниция в педагогическом дискурсе: автореф. дисс. ... канд. филол. наук. – Волгоград, 1999. – 24 с.

64. Косова, О.А. Предпосылки выявления коммуникативных стратегий отчуждения // Вестник Московского государственного областного университета. Серия: Русская филология. – М.: Изд-во: Московский государственный областной университет, 2010. – № 4. – С. 68 – 72.

65. Кочеткова, Т.В. Слово самый главный терапевт. Речевая культура врача // Русский язык и культура общения для государственных служащих. – Саратов: Изд-во «Слово». 1998. – С. 44 – 52.

66. Кубрякова, Е.С. О понятиях дискурса и дискурсивного анализа в современной лингвистике (Обзор) // Дискурс, речь, речевая деятельность: функциональные и структурные аспекты: Сб. обзоров. – М.: ИНИОН РАН, 2000. – С. 7 – 25.

67. Кубрякова, Е.С. Язык и знание: На пути получения знаний о языке: Части речи с когнитивной точки зрения. Роль языка в познании мира. – М.: Яз. славянской культ., 2004. – 560 с.

68. Кубрякова, Е.С. Номинативный аспект речевой деятельности. – М.: Наука, 1986. – 158 с.

69. Лазарева, Э.А., Тельминов Г.Н. Использование коммуникативных стратегий вежливости в американской интернет-рекламе // Политическая лингвистика. – Екатеринбург, Изд-во: Уральский государственный педагогический университет, 2010. – № 3. – С. 151 – 154.

70. Латышев, Л.К. Перевод: проблемы теории, практики и методики преподавания. – М.: Просвещение. – 1988. – 160 с.

71. Лутовинова, О.В. К проблеме категорий виртуального дискурса // Известия Волгоградского государственного педагогического университета, 2006. – по. 3 – С. 20 – 25.

72. Майборода, С.В. Речевые стратегии врача в условиях коллегиальной и авторитарной модели коммуникации доктора и пациента: схождения и противоречия: дисс. ... канд. филол. наук. – Саратов, 2021. – 254 с.

73. Макаров, М.Л. Основы теории дискурса. – М.: ИТДГК «Гнозис», 2003. – 280 с.

74. Мальцева, В.А. Стратегии речевого воздействия в профессиональной коммуникации: дисс. ... канд. филол. наук. – Челябинск, 2011. – 256 с.

75. Малыгина, Е.Н. Проблема эвфемизации в медицинской речи.// Современные парадигмы лингвистики: традиции и инновации. – Волгоград, 2005. – С. 324 – 329.

76. Менделевич, В.Д. Терминологические основы феноменологической диагностики в психиатрии. – Москва: Городец, сор., 2016. – 126 с.

77. Мещерякова, Т.В. Принцип уважения автономии пациента в различных культурных контекстах // Вестник ТГПУ, 2014. – №7 (148). – С. 45 – 52.

78. Миллз, М. Коммуникативный анализ медицинского профессионального общения «врач-пациент» // Русский язык сегодня. – Москва, 2000. – С. 342 – 350.

79. Михайлов, Л.М. Коммуникативная грамматика немецкого языка: учебник / Л.М. Михайлов. – М.: Высш. шк., 1994. – 256 с.

80. Михалева, О.Л. Политический дискурс. Специфика манипулятивного воздействия. – М.: Либроком, 2009. – 256 с.

81. Михальская, А.К. Русский Сократ: Лекции по сравнительно-исторической риторике: Учеб. пособие для студентов гуманитарных факультетов. – М.: Издательский центр «Academia». – 1996. – С. 70-158.

82. Мишланова, С.Л. Метафорическое пространство в медицинских текстах // Словесность и современность: материалы научной конференции. – Пермь: ПГПУ, 2000. – С. 260 – 266.

83. Мишланова, С.Л. Когнитивный аспект медицинской коммуникации // Сб. науч. тр. «Теория коммуникации; прикладная коммуникация». Вестник Российской коммуникативной ассоциации, выпуск 1 / Под общей ред. И.Н. Розиной. Ростов н/Д: ИУБиП, 2002. – С. 91 – 98.

84. Мишланова, С.Л. Метафора в медицинском дискурсе. – Пермь: Изд-во Перм. ун-та, 2002. – 178 с.

85. Мишланова С.Л., Уткина Т.И. Метафора в научно-популярном медицинском дискурсе (семиотический, когнитивно-коммуникативный, прагматический аспекты). Пермь: Изд-во Перм. гос. ун-та, 2008. 428 с.

86. Муравьева, Н.В. Речевые механизмы коммуникативных конфликтов: На материале текстов массовой информации: автореф. дисс. ... доктора филол. наук. – М., 2002. – 50 с.

87. Мурзин, Л.Н. Основы дериватологии. – Пермь: Перм. ун-т, 1984. – 56 с.

88. Невзорова, М.С. Коммуникативное поведение равностатусных субъектов медицинского дискурса (на материале английского языка). – Волгоград, 2017. – 203 с.

89. Нелюбин, Л.Л. Толковый переводческий словарь. 3-е издание переработанное. – М.: Флинта: Наука, 2003. – 320 с.

90. Николаенко, Г.А. Перспективы использования цифровых следов исследователей для анализа их коммуникативных стратегий (на примере социальной сети ResearchGate) // SOCIOLOGY OF SCIENCE AND TECHNOLOGY, 2019. – Volume 10. – No. 2. – С. 93 – 109.

91. Носачев, Г.Н., Павлов, В.В. Общение с пациентом. Психология общения в системе «врач-пациент». – Самара. ГП «Перспектива», 2000. – 150 с.

92. Олешков, М.Ю. Основы функциональной лингвистики: дискурсивный аспект: учеб. пособие для студентов фак. рус. яз. и лит.: Нижнетагильская ГСПА, 2006. – 146 с.

93. Падучева, Е.В. О семантике синтаксиса. – М.: Наука, 1974. – 340 с.

94. Панова, А.А. Культура общения медицинских работников // Русский язык для делового общения. – Челябинск: Челяб. гос. ун-т, 1996. – С. 95 – 130.

95. Пирс, Ч. С. Принципы философии. – СПб.: С.-Петербург. филос. о-во. – 1993. – 541 с.

96. Плотникова, А.В. Повтор как составляющая речевой коммуникации // Филология и лингвистика в современном обществе: материалы II Междунар. науч. конф. (г. Москва, февраль 2014 г.). Т. 0. – Москва: Буки-Веди, 2014. – С. 100-102. [Электронный ресурс] // URL: <https://moluch.ru/conf/phil/archive/107/5021/> (дата обращения: 11.05.2022).

97. Плотникова, А.В. Диалогический повтор как средство организации речевого взаимодействия: дисс. ... канд. филол. наук. – Саратов, 2007. – 203 с.

98. Рочикашвили, Л.М. Функционально-семантические и прагматические аспекты высказываний с присоединительной вопросительной частью: дисс. ... канд. филол. наук. Ленинград, 1990. – 169 с.

99. Сергеев, В.И. Когнитивные методы в социальных исследованиях / В.И. Сергеев // Язык и моделирование социального взаимодействия. – М., 1987. – С. 3 – 20.

100. Сидорова, Н.Ю. Коммуникативное поведение неравностатусных субъектов медицинского дискурса: на материале немецкого языка: дисс. ... канд. филолог. наук. – Волгоград, 2008. – 177 с.

101. Старостина, Е.Г, Древаль, А.В. Некоторые проблемы виртуального медицинского консультирования и пути их решения // Сахарный диабет, 2001. – No 4. – С. 52 – 56.

102. Суворова, М.В. Трансдискурсивная модификация модели метафоры (на материале научного, научно-популярного и популярного дискурсов): дисс. ... канд. филол. наук. – Пермь, 2019. – 190 с.

103. Сусов, И.П. Коммуникативно-прагматическая лингвистика и ее единицы / И.П. Сусов // Прагматика и семантика синтаксических единиц, – Калинин. гос. ун-т. Калинин, 1984. – С. 3 – 12.

104. Сусов, И.П. Введение в языкознание: учебник для студентов лингвистических и филологических специальностей. – М.: АСТ: Восток–Запад, 2007. – 379 с.

105. Сусов, И.П. Содержательные аспекты предложения и текста: межвузовский тематический сборник / Калинин. гос. ун-т ; [редкол.: И. П. Сусов (отв. ред.) и др.]. – Калинин: [б. и.], 1983. – 166 с.

106. Сухих, С.А. Семантика диалогических текстов // Принципы функционального описания языка. Ч. 2., – Екатеринбург, 1994. – С. 77 – 78.

107. Тимофеев, В.П. Личность и языковая среда / В. П. Тимофеев. – Шадринск, 1971. – 122 с.

108. Тимофеев, Ю.П. Профессиональное общение и его развитие. – Астрахань. – 1995. – 169 с.

109. Тобурокова, В.М. Устная речь медиков в официальной и неофициальной обстановке: автореф. дисс. ... канд. филол. наук. – Саратов, 1982. – 18 с.

110. Фирстова, Л.А. Дискурсивные стратегии и тактики в рамках телепублицистического дискурса: на материале русскоязычных и англоязычных информационных программ: автореф. дис. ... канд. филол. наук: – Саратов, 2008. – 25 с.

111. Формановская, Н.И. Коммуникативно-прагматические аспекты единиц общения / Н.И. Формановская. – М.: Институт русского языка им. А.С. Пушкина, 1998. – 213 с.

112. Формановская, Н.И. Обращения с точки зрения коммуникативно-прагматического подхода // Речевое общение: Специализированный вестник. Красноярск, 2000. – Вып. 3 (11). – С. 83 – 88.

113. Формановская, Н.И. Речевое общение: коммуникативно-прагматический подход. – М.: Русский язык, 2002. – 216 с.

114. Фуко, М. Воля к истине: по сторону знания, власти и сексуальности. Работы разных лет. – М.: Касталь. – 1996. – 448 с.

115. Харченко, Е.В. Модели речевого поведения в профессиональном общении / Е.В. Харченко. – Челябинск: Издательство ЮУрГУ. – 2003. – 336 с.

116. Чернявская, В.Е. Дискурс // Эффективное речевое общение (базовые компетенции). Словарь-справочник. Электронное издание. Сибирский федеральный университет. – Красноярск. – 2014. [Электронный ресурс] // URL: <https://bik.sfu-kras.ru/shop/publication?id=BOOK1-81/Э%20949-990974>. (Дата обращения: 10.04.2022)

117. Чернявская, В.Е. Дискурс власти и власть дискурса: проблемы речевого воздействия / В. Е. Чернявская. – М.: Флинта: Наука, 2006. – 136 с.

118. Чунихина, А.А. Методика обучения коммуникативным стратегиям взаимодействия студентов направления подготовки (специальности) «экономика» в процессе изучения иностранного языка: дисс.. канд. педагогич. – Курск, 2013. – 180 с.

119. Шейгал, Е.И., Черватюк, И.С. Власть и речевая коммуникация [Текст] / Е. И. Шейгал, И. С. Черватюк // Известия РАН. Серия литературы и языка. – М., 2005. – Т. 64. – No 5. – С. 38-45.

120. Ширинкина, М.А. Письменный дискурс исполнительной власти в жанрово-стилистическом аспекте: дисс. ... канд. филол. наук. – Пермь, 2021. – 449 с.
121. Якобсон, Р.О. Лингвистика и поэтика // Структурализм: «за» и «против». – М. – 1975. – С. 193-230.
122. Якобсон, Р.О. Речевая коммуникация: язык в отношении к другим системам коммуникации / Р.О. Якобсон // Избранные работы: сб. науч. тр. – М., 1985. – С. 306 – 330.
123. Якобсон, Р.О. Избранные работы : сб. науч. тр. / Р.О. Якобсон. – М., 1985. – 382 с.
124. Якобсон, Р.О. лингвистических аспектах перевода // Вопросы теории перевода в зарубежной лингвистике. – М., 1978. – С. 16 – 24.
125. Bass 3rd PF, Wilson JF, Griffith CH, Barnett DR. Residents' ability to identify patients with poor literacy skills. Acad Med 2002; 77. P. 1039–1041.
126. Bogatikova E., Mishlanov Y., Mishlanova S. Adaptive Knowledge Representation in Online Health Communication // Digital Transformation and Global Society / Springer International Publishing. June, 2016. P. 553–562.
127. Bromme R., Jucks R. Discourse and Expertise: The Challenge of Mutual Understanding between Experts and Laypeople // The Routledge Handbook of Discourse Processes. 2<sup>nd</sup> ed. / M.F. Schober, D.N. Rapp, M.A. Britt (eds.). New York, Abingdon: Routledge, 2017. P. 222–244.
128. Broom A. Medical specialists' accounts of the impact of the Internet on the doctor/patient relationship. Health, 2005. 9(3). P. 319–338.
129. Brown G., Yule G. Discourse analysis. Cambridge: Cambridge University Press, 1983. – 321 p.
130. Chomsky N. Aspects of the Theory of Syntax. Cambridge, MA.: MIT Press. 1965. – 393 p.
131. Cicourel A. V. Doctor-Patient Discourse // Handbook of Discourse Analysis/ ed. by T.A. van Dijk. New York, 1985. Vol.4. P. 7-25.



132. Cullen R. Health information on the Internet: a study of providers, quality, and users. Westport Conn.: Praeger. 2006. – 272 p.
133. Dijk van T.A., Kintsch W. Strategies of Discourse Comprehension. New York: Academic Press, 1983. – 389 p.
134. Dijk van T.A. Discourse and Knowledge: A Sociocognitive Approach. Cambridge: Cambridge University Press, 2014. – 400 p.
135. DiMatteo M.R., Hays R.D., Prince L.M. Relationship of physicians' nonverbal communication skill to patient satisfaction, appointment noncompliance, and physician workload. *Health Psychology*, 1986. 5 (6). P. 581–594.
136. Engberg J., Luttermann K., Cacchiani S., Preite C. Studying popularization in legal communication: Introduction and overview // Popularization and Knowledge Mediation in the Law. *Popularisierung und Wissensvermittlung im Recht* / J. Engberg, K. Luttermann, S. Cacchiani (eds.). Munster: LIT Verlag Munster, 2018. P. 9–25.
137. Eysenbach G., Diepgen T. The Role of e-Health and Consumer Health Informatics for Evidence-Based Patient Choice in the 21st Century. February 2001. *Clinics in Dermatology* 19(1): 11-7.
138. Eysenbach G., Köhler C. Does the Internet harm health? Database of adverse events related to the internet has been set up. *BMJ: British Medical Journal*. 2002. – P. 324-239.
139. Emanuel E. J., Emanuel, L. L. Four models of the physician-patient relationship / E. J. Emanuel, L. L. Emanuel // *Journal of the American Medical Association*. 1992. Vol. 267 (16). P. 2221–2226.
140. Fairclough N. *Discourse and Social Change*. Cambridge: Polity Press, 1993. vii, 259 p.
141. Feltovich P. J., Prietula M.J., Ericsson K.A. Studies of expertise from psychological perspectives. In K.A. Ericsson, N. Charness, P.J. Feltovich, R.R. Hoffmann (Eds.), *The Cambridge handbook of expertise and expert performance*. New York: Cambridge University Press, 2006. P. 41–68.

142. Fisher S., Groce S.B. Accounting Practices in Medical Interviews // *Language in Society* 19. 1990. – P. 342-374.
143. Foucault M. *Discipline and Punish*. London: Allen Lane, 1977. – 223 p.
144. Foucault M. *The History of Sexuality. Volume 1: An Introduction*. New York: Vintage Books, 1990. – 169 p.
145. Foucault M. *The Order of Discourse // Untying the Text: A Post-Structuralist Reader / R. Young (ed.)*. Boston, London and Henley: Routledge & Kegan Paul, 1981. P. 48–78.
146. Fraser C. An analysis of face to face communication. In: Bennett AE (ed.). *Communication between doctors and patients*. Oxford, London: Oxford University Press, 1976. – P. 18 – 40.
147. French J. R. P., Raven, B. The basis of social power / J. R. P. French, B. Raven. – [Электронный ресурс] // <https://www.studocu.com/en-253ca/document/concordia-university/contemporary-business-thinking/mandatoryassignments/french-j-r-raven-b-1959-the-bases-of-social-power/5072321/view>. (Дата обращения: 01.04.2022)
148. Garrod, S., & Anderson, A. Saying what you mean in dialogue: a study in conceptual and semantic co-ordination. *Cognition*, 27, 1987. P. 181–218.
149. Garrod, R. J. Pickering, M. J. Toward a mechanistic psychology of dialogue. *Behavioral and Brain Sciences*, 27(2), 2004. P. 169–190.
150. Gaventa G., Cornwall A. Power and Knowledge. In Reason, P. and Bradbury, H., editors, *Handbook of action research*. London: Sage, 2001. P. 70–80.
151. Hall J.A., Roter D.L., Katz N.R. Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters. *Medical Care*, 1988. 26. P. 657–675.
152. Hoffmann L. *Kommunikationsmittel Fachsprache. Eine Einführung*. Tübingen: G. Narr, 1985. 307 p.
153. Roter, Debra L. and Judith A. Hall. *Doctors Talking with Patients/Patients Talking with Doctors*: Praeger Publishers. – 2006. – 257 p.

154. Hardey, M. (2001). 'E-health': the internet and the transformation of patients into consumers and producers of health knowledge. *Information, Communication & Society*, 4(3), P. 388–405.
155. Haug, M., Sussman, M. Professional Autonomy and the Revolt of the Client. *Social Problems*, 1969, 17. – 153 p.
156. Hein N., Wodak R. Medical interviews in internal medicine // *Text* 7. 1987. – P. 154-158.
157. Hodson, M. *Doctors and patients: a relationship examined*. London: Hodder and Stoughton. 1967. – 189 p.
158. Jucks R., Schulte-Lobbert P., Bromme R. Supporting experts' written knowledge communication through reflective prompts on the use of specialist concepts // *Zeitschrift für Psychologie / Journal of Psychology*. 2007. Vol. 215, No 4. P. 237–247.
159. Kellermann K. Communication: Inherently strategic and primarily automatic / K. Kellermann // *Communication Monographs*, 1992. v.59. P. 288–300.
160. Kivits J. Researching the 'informed patient'. *Information, Communication & Society*, 2004. 7(4), P. 510–530.
161. Kivits J. Informed patients and the internet a mediated context for consultations with health professionals. *Journal of Health Psychology*, 2006. 11(2), P. 269–282.
162. Kurtz S.M., Silverman, J.D. The Calgary–Cambridge Referenced Observation Guides: An aid to defining the curriculum and organizing the teaching in communication training programmes. *Medical Education*, 30(2), 1996. P. 83–89.
163. Labor W., Fanshel D. *Therapeutic Discourse*. New York, 1977. – 252 p.
164. Lakoff G. *Women, Fire, and Dangerous Things. What Categories Reveal about the Mind*. The University of Chicago Press, 1987. P. 5–15, 39–48, 56–57.
165. Lakoff G., Johnson M. *Metaphors we live by*. Chicago: University of Chicago Press, 1980. 242 p.
166. Lakoff G., Johnson M. *Metaphors we live by*. Chicago: University of Chicago Press, 2008. 256 p.

167. Langleben M. On the Structure of Dialogue / M. Langleben // *Papiere zur Textlinguistik*. Hamburg, 1983. Bd. 45. – P. 38-56.

168. Miller L. A. Race, gender and health literacy in the medical encounter: a test of cultural health capital and status characteristics theory // Department of sociology. University of Oklahoma. 2016. 69 p.

169. Mittman R., Cain M. The future of the Internet and health communication: Experiences and expectations. 2001. P. 47–76.

170. Mohammed, S. N. The (dis)information age: the persistence of ignorance. New York: Peter Lang Publishing. 2012. – P. 42-56.

171. Parsons T. On the concept of influence / T. Parsons // *The Public Opinion Quarterly*. 1963. P. 37–62.

172. Parsons, T. *Classical Sociological Theory*. 1961. P. 421–40.

173. Powell JA, Darvell M, Gray JA. The doctor, the patient and the world-wide web: how the internet is changing healthcare. *J R Soc Med* 2003. 96(2). 74-6.

174. Reeder L.G. The Patient-Client as a Consumer: Some Observations on the Changing Professional-Client Relationship. *Journal of Health and Social Behavior*, 1972. 13(4), P. 406–412.

175. Sacks, H. A Simplest Systematics for the Organisation of Turn-Taking for Conversation / H. Sacks, E. Schegloff, G. Jefferson // *Language*. 1974. Vol. 50. No. 4. Part 1. P. 696–735.

176. Schillinger D, Bindman A, Wan F, Stewart A, Piette J. Functional health literacy and the quality of physician–patient communication among diabetes patients. *Patient Educ Couns* 2004, 52. – P. 315–323.

177. Semino E. et al. *Metaphor, cancer and the end of life: A corpus-based study*. Routledge, 2017. – P. 30-52.

178. Starr, Paul. *The Social Transformation of American Medicine: The Rise of a Sovereign Profession and the Making of a Vast Industry*. New York: Basic Books, Inc. 1982. – P. 78-99.

179. Stoeckle J.D. *Encounters between patients and doctors: an anthology*. Cambridge Mass: MIT Press, 1987. – 205 p.

180. Teutsch C. Patient-doctor communication *Med Clin North Am.* 2003 Sep; 87(5). P. 1115–1145.

181. Turnbull J. Communicating and recontextualizing legal advice online in English // *Popularization and Knowledge Mediation in the Law. Popularisierung und Wissensvermittlung im Recht / J. Engberg, K. Luttermann, S. Cacchiani (eds.).* Munster: LIT Verlag Münster, 2018. P. 201–222.

182. Turner B.S. *Medical power and social knowledge*, second edition. London: Sage. 1995. – 380 p.

183. Waitzkin H., Stoeckle J. D. Information control and the micropolitics of health care: Summary of an ongoing research project. *Social Science and Medicine*, 1976, 10A, P. 263–276.

184. Weiss Gary B. “Paternalism modernised.” *Journal of Medical Ethics*, № 11, 1985. P. 184-187.

185. Williams G., Popay J. Lay knowledge and the privilege of experience. In Gabe, J., Kelleher, D. and Williams, G. (eds) *Challenging Medicine*. London: Routledge, 1994. – P. 238-255.

186. Wodak R. *Disorders of discourse*. London and New York: Londman, 1996. – 200 p.

### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ СЛОВАРЕЙ

1. Биомедицинская этика: словарь-справочник. – Минск: БГЭУ, 2007. – С. 65.

2. Лингвистический энциклопедический словарь / под ред. В. Н. Ярцевой. – М., 2002. URL: <http://tapemark.narod.ru/les/136g.html> (дата обращения: 16.04.2020)

3. Языкознание. Большой энциклопедический словарь. – М., 1998. С. 136-137.

**Приложение 1.** Коммуникативные тактики и семантические трансформации в диалоговых единствах пациента и врача.

№	Участник	Единица	Тактика	Трансформация (генерализация/конкретизация/п
1	p	Each Menstrual cycle I am having severe stomach pain as well as backbone pain,the pain decreases slowly after 3/4 days.But this happens every month same way.	Основное утверждение	Конкретизация и генерализация
1	p	Please let me know the reason	КТ просьбы о помощи	Генерализация
1	d	I understand that you are suffering from stomach cramps and back ache before your period every month.	КТ повторения	Конкретизация и генерализация
1	d	Painfull cramping pain accompanying menstruation is called Dysmenorrhea.	КТ дефиниции	Конкретизация 2

1	d	<p>Dysmenorrhea is divided into two types for ease of understanding the cause for this common condition: 1. Primary dysmenorrhea. In this the cause for the pain is believed to be due to a biochemical imbalance occurring at the time of the period. There is no associated pathology in the reproductive organs. Nearly 50% of women in the age group between 18 and 25 suffer from primary dysmenorrhea. Only 5-15% of these women suffer from the more incapacitating form which interferes with daily activities. It is said that primary dysmenorrhea occurs only in ovulatory cycles i.e. cycles in which the ovum has been released. It usually starts a few years after puberty and continues into late teens and early 20s. It is most intense on the first day of the period and lessens with menstrual flow. It lessens with passage of time and resolves after childbirth. 2. Secondary dysmenorrhea. In this the pain is due to the presence of some pelvic pathology i.e. adenomyosis, fibroids, PID etc Dysmenorrhea can also be described as 1. Spasmodic dysmenorrhea Presents as cramping pains on the first and second day of the menstrual cycle. This is also by far the most type. 2.</p>	КТ краткой справки	Конкретизация и генерализация
---	---	---	--------------------	-------------------------------

		<p>Congestive dysmenorrhea: It includes onset of lower abdominal and pelvic pain a few days before the start of the period. The pain resolves slowly with the onset of bleeding. This points to a possible diagnosis of PID or endometriosis or uterine fibroids.</p>		
1	d	<p>From your question it is most likely that you suffer from the more common form of dysmenorrhea i.e. primary dysmenorrhea.</p>	КТ дифференциального диагноза	Повтор и генерализация
2	p	<p>I have pain under my lower left rib cage and back. I have had these symptoms for nearly a year and have recently had my gallstone removed, but the symptoms persist. The pain seems to peak in the early hours of the morning and wakes me up.</p>	Основное утверждение	Генерализация
2	d	<p>From your question I understand that you are having a rather troubling pain in the lower left rib cage and back.</p>	КТ повторения	Повтор и конкретизация



2	d	There are many possibilities for this pain but the ones I would like to consider are the following	КТ вступления к номинации проблемы	Генерализация
2	d	1. Musculoskeletal pain at ribs and intercostal muscles 2. Lung/ Pleural irritation 3. Diaphragmatic irritation 4. A splenic involvement 5. Peptic Ulcer 6. A pancreatic involvement. 7. A spine problem, with pain radiating	КТ краткой справки	Конкретизация 7
2	d	Now there is no need for any alarm. The way we go about finding the cause is a step by step approach and to rule out most common and not to miss causes.	КТ приободрения/понимания	Генерализация 2
3	p	For the last few weeks I am experiencing some kind of pain in my left arm. The pain starts from neck and kind of moves towards the elbow. I also get shock like sensation once in a while.	Основное утверждение	Генерализация 3
3	p	I have heard that pain in left arm can be a sign on heart attack.	Цитирование/отсылка	Генерализация 2
3	p	So I am a bit worried.	КТ выражения беспокойства	Генерализация
3	d	First let me clarify some details regarding pain in left arm and heart attack.	КТ убеждения	Повтор
3	d	It's true that you can have a pain in left arm while having a heart attack.	КТ повторения	Повтор и конкретизация
3	d	This is called a referred pain.	КТ дефиниции	Конкретизация

3	d	Pain originating heart can radiate towards the left arm because of some developmental relations of heart and left arm. Similarly it can radiate towards the jaws, left side of the neck, right arm and upper stomach. But radiation to the left arm is the most common.	КТ краткой справки	Генерализация
3	d	That said, an isolated pain in left arm almost never indicates a heart problem.	КТ убеждения	Генерализация 2
3	d	As I have mentioned, the pain in left arm is a referred pain and will be associated with pain in the chest.	КТ повторения	Повтор 2 и генерализация
3	d	So pain in left arm is significant only if: 1. If you have a history of heart attack or angina. 2. If you have associated severe crushing type of chest pain. 3. If you have high risk factors for heart disease like Diabetes, Hypertension or know atherosclerosis.	КТ убеждения	Конкретизация
3	d	In your case the left arm pain seems to be of a different cause.	КТ сомнения	Повтор
3	d	Since you having pain from neck to elbow and also shock like sensation, it's possible that you are having nerve compression issue.	КТ дифференциального диагноза	Повтор и конкретизация
3	d	This compression can possibly in the neck.	КТ предположения	Повтор
4	p	I have a problem with my legs. I feel pain in my legs and ankle and it started recently. My legs are bowed and both knees are apart from each other by 2cm.	Основное утверждение	Генерализация 3

4	d	Your question and the description are not so clear.	КТ уточнения	Генерализация
4	d	You have stated that you have bowed legs.	КТ повторения	Повтор
4	d	But in the case of bowed legs, the legs will be apart from each other at a distance more than 2cm.	КТ несогласия	Генерализация
4	d	If it is only 2cm, then it must be knock knees and its not bowed legs.	КТ несогласия	Генерализация
4	d	It would be better if you could provide some photographs of the affected body part.	КТ уточнения	Генерализация
4	d	For me to get clear, I want you to tell me about when these changes started occurring and is the pain a recent one?	КТ вопроса	Генерализация
4	d	Generally speaking, such kind of pains and lower leg deformities will answer for certain changes in postures and exercises. These will be effective if done regularly.	КТ краткой справки	Генерализация
5	p	I have been suffering from severe back pain and fatigue since my thirties.	Основное утверждение	Генерализация
5	p	It started after getting my flu jab, which was my first and even last.	История болезни	Генерализация
5	p	Glandular fever tests were negative, and GPs told me that it may be chronic fatigue, depression or ME.	Цитирование/отсылка	Конкретизация
5	p	During my late forties, I have been suffering from swellings in ankle, fatigue and tear in calf and sore throats.	История болезни	Конкретизация
5	p	Later it got confirmed that I was affected with osteoarthritis	Цитирование/отсылка	Конкретизация
5	p	Moreover, 18 months ago, I fell down and broke my wrist, resulting in permanent	История болезни	Конкретизация

		pins and needles in arm.		
5	p	Later, fatigue became extreme leaving painful hip	КТ повторения	Генерализация
5	p	Moreover, I got a sinus infection, tonsillitis and insect bite, recently almost at the same time.	История болезни	Конкретизация
5	p	Is it the osteoarthritis showing all other symptoms?	КТ вопроса	Конкретизация
5	p	Is it spreading to the whole of my body?	КТ вопроса	Генерализация
5	p	Please help me get out of this.	КТ просьбы о помощи	Генерализация
5	d	I guess you are having a difficult time with these symptoms from a long duration.	КТ приободрения/понимания	Генерализация
5	d	Your symptoms of back pain, painful hip, pins and needles in the arm all relate to neurologic pain.	КТ дефиниции и КТ повторения	Конкретизация
5	d	The back pain and pain in the hip may be associated with age related changes (osteoarthritis) where as the pins and needles in the arm are related to number of conditions like Diabetic neuropathy, deficiency of Vit B12, deficiency of Folate, Auto antibodies that destroy the nervous system etc.	КТ дефиниции и КТ краткой справки и КТ повторения	Конкретизация
5	d	The symptoms like easy fatigability, pain in the ankle, sore throats, pins and needles all guide me towards the deficiency of B complex vitamins.	КТ краткой справки и КТ повторения	Повтор
6	p	hi i have this griping pain in the tummy since the time I had breakfst this morning.	Основное утверждение	Конкретизация
6	p	Is it flatulence.	КТ вопроса	Конкретизация

6	d	Yes, most probably you might be suffering from a condition called dyspeptic gastritis with flatulence.	КТ согласия и КТ КТ повторения и КТ дефиниции	Конкретизация
7	p	i have been suffering with severe back pain, so i started using pain killers but my legs started to swell right now.	Основное утверждение	Конкретизация
7	p	i am 50 years old. i am even suffering with blood pressure and diabetes. and im male.	КТ самопрезентации	Конкретизация
7	p	i am really worried so please i need your advice.	КТ просьбы о помощи	Генерализация
7	d	The leg swelling could most probably be due to high blood pressure.	КТ повторения	Конкретизация
7	d	High blood pressure makes your heart worker harder than it needed to before.	КТ краткой справки	Генерализация
7	d	Over the space of many years, this extra effort can lead to the heart muscle becoming thicker and less effective at pushing the blood round.	КТ краткой справки	Генерализация
7	d	This allows fluid to build up in your lower legs and ankles, which causes them to swell up.	КТ краткой справки и КТ повторения	Генерализация
7	d	Swollen ankles can also be a side effect of some blood pressure medicines, in particular calcium channel blockers	КТ краткой справки	Повтор
7	d	These medicines make your small blood vessels open wider and, in some people, this can cause more fluid to leak out of the blood vessels into the tissues. This fluid will collect around your ankles.	КТ краткой справки	Генерализация

7	d	In its early stages, ankle swelling is an inconvenience but does not cause any major problems.	КТ приободрения/понимания	Генерализация
8	p	I'm experiencing extreme pain in my neck.	Основное утверждение	Генерализация
8	p	I'm unable to lay down to sleep, because it causes extra strain and increases the pain that i'm feeling.	КТ повторения	Генерализация
8	p	It started out feeling like i'd slept wrong on my pillow, but that was last Thursday and it hasn't gotten any better.	КТ повторения	Генерализация
8	p	Not it's spasmed to the point that my head is tilted and i'm unable to straighten it out.	КТ повторения	Генерализация
8	p	I feel pain while trying to eat. Opening my jaw to place my food in my mouth causes much discomfort.	КТ повторения	Генерализация
8	p	Any ideas on what this could be?	КТ вопроса	Генерализация
8	d	I am sorry to hear about your neck pain, I will try my best to help you out here.	КТ приободрения/понимания и КТ повторения	Повтор
8	d	There can be many reasons for a neck pain.	КТ вступления к номинации проблемы	Повтор
8	d	But in your case, since there is a constant, non resolving severe pain, with spasm the neck pain could be due to compressed nerve in the neck (pinched nerve).	КТ дефиниции и КТ повторения	Конкретизация
8	d	This could have happened from a trauma or a herniated intervertebral disc.	КТ краткой справки	Конкретизация
8	d	When there is compressed nerve there will be pain in the area which the nerve	КТ краткой справки	Конкретизация

		supplies. The muscles will go into spasm.		
8	d	This is kind of a protective mechanism by the nature to prevent further damage.	КТ краткой справки	Генерализация
8	d	I am not totally ruling out a soft tissue injury either, but a compressed nerve is more likely and one which requires immediate attention.	КТ несогласия	Конкретизация
9	p	I am a 36 year old female with a normally healthy build-up apart from this problem. I am not overweight or underweight.	КТ самопрезентации	Генерализация
9	p	10 weeks ago, it started developing a chronic pain in my left foot.	История болезни	Генерализация
9	p	It is just an inch below my ankle joint.	КТ повторения	Конкретизация
9	p	The pain is so pinching and severe that I have to use a stick to walk properly.	Основное утверждение	Конкретизация
9	p	It seems like there is a lump in that point, which makes it very painful to touch or feel.	КТ повторения	Конкретизация
9	p	It is very painful to take even a step.	КТ повторения	Генерализация
9	p	It is there from the day1 it started.	История болезни	Генерализация
9	p	It was increasing every day and now remaining with same intensity of pain.	История болезни	Генерализация
9	p	However the pain is unbearable.	КТ повторения	Генерализация
9	p	Before the occurrence of this pain, I used to walk around as normal and was active in day to day works. My job is such that it requires standing for a long time, and I have been in that job for many years.	История болезни	Генерализация

9	p	I consulted with my doctor, who suspects that some extra growth in bone has taken place.	Цитирование/отсылка	Генерализация
9	d	I can completely understand your problem and the pain you are undergoing.	КТ приободрения/понимания	Повтор
9	d	From the symptoms you have been having, it sounds more like plantar fasciitis.	КТ дефиниции и КТ повторения	Конкретизация
9	d	It is a common condition Plantar fasciitis (PF) is a painful inflammatory process of the plantar fascia, the connective tissue on the sole (bottom surface) of the foot.	КТ краткой справки	Конкретизация
9	d	The plantar fascia is a thick fibrous band of connective tissue originating on the bottom surface of the calcaneus (heel bone) and extending along the sole of the foot towards the toes.	КТ краткой справки	Конкретизация
9	d	It is commonly associated with long periods of weight bearing due to prolonged standing.	КТ краткой справки	Генерализация
9	d	Since your job requires prolonged standing that could have caused you this problem.	КТ повторения	Генерализация
9	d	Diagnosis	КТ дифференциального диагноза	Генерализация
10	p	I got affected with Plantar Fasciitis approx. 3 months ago and had its symptoms for last one year.	История болезни	Конкретизация
10	p	Recently I have developed a pain in top of my foot.	Основное утверждение	Генерализация



10	p	If I stand for a few minutes, the pain starts increasing and I feel some pressure is developing there.	КТ повторения	Генерализация
10	p	But now, it is seen developing even while sitting, and that is in right foot.	КТ повторения	Генерализация
10	p	It pains when I press fourth metatarsal.	КТ повторения	Конкретизация
10	p	At times it radiates to my ankles also.	КТ повторения	Конкретизация
10	p	X-ray of my foot and it showed normal.	Цитирование/отсылка	Генерализация
10	p	When I told doctor about the problem, he was seen concerned more about treating PF, rather than listening to me.	Цитирование/отсылка и КТ сомнения	Генерализация
10	p	I don't know whether this pain is due to PF or something else.	КТ сомнения	Генерализация
10	p	Sometimes it feels something like clicking inside foot without any swelling or bruise	КТ повторения	Генерализация
10	p	I am really frustrated that it seems nobody can answer me and help me out.	КТ просьбы о помощи	Генерализация
10	d	I can understand how difficult it could be having this chronic condition unresolved.	КТ приободрения/понимания	Генерализация
10	d	Plantar fasciitis is condition where the fascia(connective tissue) that is present in the sole gets inflamed and leads to pain.	КТ краткой справки	Конкретизация
10	d	It is a very common finding and is mostly seen in individuals who are athletes and obese, who project a strain on their soles	КТ краткой справки	Генерализация
10	d	It is usual to notice pain initially for a few minutes after standing and it increases with walking.	КТ краткой справки	Генерализация

10	d	If untreated or improperly treated it could lead to a chronic non inflammatory condition that is more complicated.	КТ краткой справки	Генерализация
10	d	In your case, the Plantar fasciitis itself might be the reason for long standing pain.	КТ повторения	Генерализация
10	d	The pain could also result from the inflammation of capsule around the metatarsals, called metatarsalgia.	КТ дефиниции и КТ повторения	Конкретизация
10	d	If these conditions progress, they would lead to pain in the ankle and knee joints.	КТ повторения	Конкретизация
11	p	About 2 weeks ago, I got a severe sharp pain in my upper left back.	История болезни	Генерализация
11	p	I also felt a tingling sensation in my left arm and hand.	История болезни	Генерализация
11	p	Over the next couple days, the pain migrated to my chest (the left side) and it became more like a pulling sensation.	История болезни	Генерализация
11	p	The pain continued for almost a week and then dissipated slightly	История болезни	Генерализация
11	p	I do still feel it in my back depending on how I move my neck.	Основное утверждение	Генерализация
11	p	Also, at the time this initially happened, my left arm became weak, and I still do not have much strength in it now, approximately 2 weeks later.	История болезни	Генерализация
11	p	I am 33 years old.	КТ самопрезентации	Генерализация
11	d	I have gone through the description of your medical problem a couple of times.	КТ вступления к номинации проблемы	Генерализация

11	d	The sharp pain, tingling sensation, the association with neck movement and most importantly the weakness - all point towards involvement of nerves.	КТ краткой справки и КТ повторения	Повтор и генерализация
11	d	Rather than a pain of muscular or bone origin this pain could be caused by the compression of irritation of nerves in the cervical region (neck region) when it comes out through the vertebrae or at a nerve group in the shoulder.	КТ краткой справки	Конкретизация
11	d	This explains the wider distribution of pain - like pain in the back, chest, arms etc.	КТ краткой справки и КТ повторения	Повтор и генерализация
11	d	The nerves which comes out from the neck spinal cord travels to all these places.	КТ краткой справки	Конкретизация
11	d	And when the corresponding nerve is compressed you feel pain in that region, not in neck.	КТ краткой справки	Конкретизация
11	d	Hope you would understand my conclusions are based on the information provided by you.	КТ сомнения	Повтор и генерализация
12	p	I have been suffering from heavy diarrhea for some days.	Основное утверждение	Конкретизация
12	p	I reduced it to a couple of times a day by rectifying my diet.	КТ повторения	Генерализация
12	p	Now I have wheat, dairy and egg-free diet. I am also taking enzymes and HCL to induce digestion.	КТ самопрезентации	Конкретизация
12	p	I also suffer from bloating, flatulence, stomach pain etc. since last January.	КТ повторения	Конкретизация

12	p	I believe that it is due to the bad and outdated smoked salmon I ate in December and started a course of Goldenseal (I doubted, I have been affected with Giadiasis.	КТ сомнения	Генерализация
12	p	I have been having smelly and loose stools, about three times a day.	КТ повторения	Конкретизация
12	p	I consulted with a gastroenterologist and did a biopsy and got everything clear.	Цитирование/отсылка	Генерализация
12	p	My doctors believe that I have to consult with a dietician as I am intolerant to wheat or IBS.	Цитирование/отсылка	Конкретизация
12	p	My test results are as like this- Thyroid TSH, T4, ESR-2, Calcium little low at 2.20, Potassium-3.9, CRP-normal, liver normal, Lymphocytes- low at 1.1, neutrophil- high (8.23) Lymphocytes was low since July 2012 and later elevated. B12- 1464 ng/l.	Цитирование/отсылка	Конкретизация
12	p	I have also been suffering from back pain, hip pain, joint pain, acne, blister spots, palpitation, loss of balance, especially at mornings.	КТ повторения	Конкретизация
12	p	I suffer from this especially after taking rest for long periods.	КТ повторения	Генерализация
12	p	I recently had menopause symptoms (palpitation, hot flashes, sweating at night), but later they were all gone due to a natural progesterone cream I use.	КТ повторения	Конкретизация
12	p	Is this any histamine intolerance?	КТ вопроса	Конкретизация
12	p	Can IBS cause these problems?	КТ вопроса	Конкретизация
12	p	Can it be due to high B12?	КТ вопроса	Генерализация

12	d	I am really sorry for the condition you are suffering with.	КТ приободрения/понимания	Генерализация
12	d	Based on the symptoms and the lab reports you have provided, I suspect you to be suffering with Irritable bowel syndrome.	КТ дефиниции и КТ повторения	Повтор и конкретизация
12	d	First let me explain in detail about this condition.	КТ вступления к номинации проблемы	Генерализация
12	d	IBS is a condition characterized by long lasting abdominal pain, changes in bowel habits like diarrhea, and bloating.	КТ краткой справки и КТ повторения	Конкретизация
12	d	It is a diagnosis of exclusion, where the individual is diagnosed with it after excluding all other conditions having similar picture.	КТ краткой справки	Генерализация
12	d	The points that are favorable in your case for this condition are: 1)Your sex- females are 3 times more prone to this 2)Your age (gt;50. I assumed as you attained your menopause) 3)post menopausal status associated with stress 4)Ruling out of other diseases like Thyroid disorders, colon cancer etc 5)Negative biopsy report	КТ краткой справки	Конкретизация
13	p	in last year i have been diagnosed as postherpetic neuralgia	История болезни	Конкретизация
13	p	i have been getting pain since from one year.	Основное утверждение	Генерализация
13	p	The pain persists at muscle at lower left abdomen also around the chest.	КТ повторения	Конкретизация

13	p	The pain is just like burning and continues pain.	КТ повторения	Генерализация
13	p	The pain will be returns on every 2 or 3 month or alternatively	КТ повторения	Генерализация
13	p	I m in great fear of having some other kind diseases which might be associated with this.	КТ повторения	Генерализация
13	p	And the new thing is that if i rub my skin a little bit around the place like chest, abdomen... it turns red immediately (not itching or not painful) as my physician say its vascular instability.	КТ повторения	Генерализация
13	p	Is this also associated with neuralgia ?	КТ вопроса	Генерализация
13	p	please help me to know this thing better.	КТ просьбы о помощи	Генерализация
13	d	From the description of the symptom, it does look like a post herpetic neuralgia (PHN).	КТ дефиниции и КТ повторения	Повтор и конкретизация
13	d	No other obvious diagnosis appears to be plausible at this moment.	КТ дифференциального диагноза	Генерализация
13	d	But please considering my limitation in offering an online diagnosis.	КТ вступления к номинации проблемы	Генерализация
13	d	I understand this is a difficult situation for you.	КТ приободрения/понимания	Генерализация
13	d	PHN can be really troublesome and it seems so in your case.	КТ приободрения/понимания	Повтор и конкретизация
13	d	The skin condition (a variation of dermatographism ) could be due to a side effect of the medications.	КТ краткой справки	Конкретизация
13	d	PHN is not known to cause this.	КТ дифференциального диагноза	Повтор и конкретизация

14	p	Once in a while i experience a strike of pain in my chest area.	Основное утверждение	Генерализация
14	p	It lasts seconds and then goes away for another month.	КТ повторения	Генерализация
14	p	But the chest x-ray showed no abnormalities as well as my heart check up showed that my heart is in good health.	Цитирование/отсылка	Генерализация
14	p	Couple of months ago i had several panic attacks and i wonder if that pain may have been a cause of stress.	История болезни и КТ вопроса	Генерализация
14	d	If your hearth check-up and chest x-ray are normal, then the cause for chest pain would be due to gastric ulcer/ acidity.	КТ дефиниции и КТ повторения	Конкретизация
15	p	I am not sure what to do with my problem.	КТ сомнения	Генерализация
15	p	I haven't got my periods for the last seven months.	Основное утверждение	Генерализация
15	p	И am sure that I am not pregnant.	КТ повторения	Генерализация
15	p	I made it confirm by using some pregnancy test kits and also by performing a blood test.	Цитирование/отсылка	Генерализация
15	p	Sometimes, I feel a pain in my abdomen which is like the periods pain.	КТ повторения	Конкретизация
15	p	This pain gets worse at times and comes frequently at times.	КТ повторения	Генерализация
15	p	What are the possible reasons of missing periods for this much long time?	КТ вопроса	Генерализация
15	p	I can't take regular tablets and pills as my heart also have some problems.	КТ повторения	Генерализация
15	d	I do completely understand your problem, not getting periods for more than 6 months needs is	КТ приободрения/понимания	Повтор и генерализация

		definitely of great concern.		
15	d	It is not advisable to take medicines over the counter without a complete evaluation of the condition and moreover having mentioned that you have certain heart problem it is definitely not advisable.	КТ повторения	Конкретизация
15	d	The possible causes for your problem (secondary amenorrhoea) are Ectopic pregnancy Poly cystic ovarian syndrome Hyperthyroidism Ovarian dysfunction ( primary ovarian insufficiency) Pituitary disease ( hyperprolactinemia, space occupying lesion in brain) Obesity Severe anxiety or emotional stress Sudden loss of excess of weight Certain drugs ( if used) to treat certain psychiatric problem like schizophrenia.	КТ дефиниции и КТ краткой справки и КТ повторения	Конкретизация
15	d	To evaluate the cause in your condition,	КТ повторения	Генерализация
15	d	The gynaecologist will be able to diagnose the problem	КТ повторения	Генерализация
16	p	I have been suffering from a sharp pain after urinating, for the past few weeks.	Основное утверждение	Генерализация
16	p	But I don't have any burning feeling during urination or at end.	КТ повторения	Генерализация
16	p	But at times, I feel like my bladder gets filled with a burning sensation.	КТ повторения	Генерализация
16	p	Sometimes I feel sharp pains in both bladder and at the entrance of	КТ повторения	Конкретизация



		vagina.		
16	p	It will be severe if I clench muscles.	КТ повторения	Конкретизация
16	p	Now, can you tell me a solution for this pain?	КТ вопроса	Генерализация
16	p	I am 45.	КТ самопрезентации	Генерализация
16	d	Considering you to be in the middle aged woman	КТ повторения	Конкретизация
16	d	I would like to tell you that women experience the urinary tract infection very often owing to the short urethra	КТ краткой справки и КТ повторения	Конкретизация
16	d	The irritable bladder and the irritable urethra can lean to this medical condition.	КТ повторения	Повтор и конкретизация
16	d	The irritant could be any of the following: Infection by --Fecal contamination most commonly E.coli -- Bladder parasite Bladder stones Chemical irritant creams --Flavored moisturizers --talcum powder in people who use it in the perineal area In post-menopausal women estrogen deficiency Inner garment -fabric allergy Very rarely the bladder or urethral cancer (very unlikely) Or it could also be because of the very less intake of water.	КТ краткой справки	Конкретизация
17	p	I've been experiencing increasing lower back pain (the lowest in the back) for the last one/two months.	Основное утверждение	Генерализация
17	p	Nothing changed in my life style except that I got pregnant.	История болезни	Генерализация
17	p	I stopped working out, and doing many things due to the pain.	КТ повторения	Генерализация

17	p	The pain increases to the point where i cannot move when I lie down on my bed at night.	КТ повторения	Генерализация
17	p	I cannot twist myself, nor put any pressure on the back because of the pain.	КТ повторения	Генерализация
17	p	What is the source and cause of the pain?	КТ вопроса	Генерализация
17	p	And are there complications if I leave it?	КТ вопроса	Генерализация
17	d	Since you are pregnant this back pain could be pregnancy related back pain.	КТ краткой справки и КТ повторения	Повтор и генерализация
17	d	Now there are many causes for the pregnancy related back pain.	КТ вступления к номинации проблемы	Повтор и генерализация
17	d	Your muscles, especially in the lower abdomen and back will relax due to the pregnancy hormones and this can cause some changes in the spine.	КТ краткой справки	Повтор и генерализация
17	d	Since you are having pain while lying down and trying to move, it could be related to a disc herniation	КТ дефиниции и КТ краткой справки и КТ повторения	Повтор и конкретизация
17	d	This again secondary to the pregnancy	КТ повторения	Генерализация
17	d	The herniated disc and compress the nerves causing.	КТ краткой справки и КТ повторения	Конкретизация
18	p	I am 21 year old,	КТ самопрезентации	Генерализация
18	p	I have this problem since I have been sexually active.	История болезни	Генерализация
18	p	There is this pain when I pass urine throughout the process.	Основное утверждение	Генерализация

18	p	It feels like my entire urine is on fire.	КТ повторения	Генерализация
18	p	Sometimes I see slight whitish appearance of the urine.	КТ повторения	Генерализация
18	p	Does it mean I have sexually transmitted infection?	КТ вопроса	Конкретизация
18	p	My boy friend does not have any problem he is absolutely fine.	КТ повторения	Генерализация
18	p	I have no other health issues, my periods are normal.	КТ повторения	Генерализация
18	p	Please help me and let me know if I have an STD?	КТ просьбы о помощи	Повтор и конкретизация
18	d	It appears that you have urethritis- meaning infection and or irritation to the urethra which is the outer and lower most part of urinary tract .	КТ дефиниции и КТ краткой справки и КТ повторения	Конкретизация
18	d	There could be many causes of urethritis not just sexually transmitted infection.	КТ вступления к номинации проблемы	Повтор и конкретизация
18	d	Use of chemicals, deodorants, douches, vaginal contraceptives and tampons can all lead to allergic or chemical reactions causing urethritis.	КТ краткой справки	Генерализация
18	d	In your case because you have been experiencing this condition since your sexual life has begun, it could most probably be due to sexually transmitted disease.	КТ повторения	Генерализация
18	d	But usually it is associated with infection in the vagina.	КТ краткой справки	Повтор и генерализация
18	d	Also it could be due to vigorous and frequent sexual intercourse causing damage to the urethra with friction and leading to infection.	КТ краткой справки и КТ повторения	Конкретизация

18	d	The above two reasons usually co-exist and aggravate each other.	КТ дифференциального диагноза	Генерализация
18	d	The sexually transmitted disease if present is caused by Gonococcus, Chlamydia trachomatis, candidal, Trichomonas and certain other organisms like viruses .	КТ краткой справки	Конкретизация
19	p	my question is:	КТ вступления к номинации проблемы	Генерализация
19	p	After having sex with my wife, I feel an extreme lethargy that is beyond just sleepiness, but aches and pains in my muscles which last for at least 10 hours after intercourse.	Основное утверждение	Конкретизация
19	p	It feels like I've used all my muscles for extremely strenuous work for a whole day with little sleep, while the intercourse itself is maybe 15-30 minutes and quite easy until ejaculation.	КТ повторения	Конкретизация
19	p	I don't have these same sensations if I were to ejaculate outside of intercourse.	КТ повторения	Конкретизация
19	p	Is there any cure for this?	КТ вопроса	Генерализация
19	p	I understand a little tiredness from exercise, but this makes me not able to concentrate or be alert for anything for a whole day.	КТ повторения	Генерализация
19	d	I understand your concern and I will offer my best possible help here.	КТ приободрения/понимания	Генерализация
19	d	It is bit unusual to get tired and have aches and pain after a normal sexual intercourse	КТ сомнения	Повтор и генерализация

		which last for 15-30.		
19	d	I would like know some more details from you in this regard.	КТ уточнения	Генерализация
19	d	Do you have any other medical illness?	КТ вопроса	Генерализация
19	d	Are you taking any drugs for any medical condition?	КТ вопроса	Генерализация
19	d	Do you get aches and pains after an usual physical activity (which is not related to sex)?	КТ вопроса	Генерализация
20	p	I am 65 years old and had HRT recently.	КТ самопрезентации и история болезни	Конкретизация
20	p	Now, I have been experiencing severe joint pain, in almost all joints I have.	Основное утверждение	Генерализация
20	p	I have no problem with HRT and have been on it for the past 15+ years.	История болезни	Генерализация
20	p	Also, I got it confirmed that what I have is not osteo arthritis.	КТ повторения	Конкретизация
20	p	But the rheumatologist has not confirmed that it is rheumatism, but some hormonal issue.	Цитирование/отсылка	Повтор и генерализация
20	d	I understand that you have been having severe joint pain after withdrawal of HRT and are unwilling to take steroids for your still undiagnosed condition.	КТ приободрения/понимания	Повтор и конкретизация
20	d	Firstly, you are right about steroids and their side effects.	КТ согласия	Повтор и генерализация
20	d	Nonetheless, it is important that your rheumatologist explain to you his exact diagnosis and discuss with you the various treatment options available for your treatment.	КТ согласия и КТ повторения	Конкретизация

21	p	A couple of days ago I went to the ER with a very painful paronychia in my right big toe that turned out to have a large abscess.	История болезни	Конкретизация
21	p	The doctors drained the abscess and my toe instantly felt better.	Цитирование/отсылка	Конкретизация
21	p	However, since then I've developed this severe, often times surging, pain the inside of my arch part of my foot	Основное утверждение	Генерализация
21	p	I went back to the ER where the doctor x-rayed my foot to check for osteomyelitis.	Цитирование/отсылка	Конкретизация
21	p	The xray showed no sign of osteomyelitis, so he concluded it must be a swollen lymph node	Цитирование/отсылка	Конкретизация
21	p	I'm in a LOT of pain here (at times, very severe) and I'm having a hard time believing it is caused from a swollen lymph node.	КТ сомнения и КТ повторения	Генерализация
21	p	I can't find anything on the internet that correlates paronychia with severe arch So unless it really is osteomyelitis I'm at a loss to know what is causing all this pain.	Цитирование/отсылка и КТ повторения	Повтор и конкретизация
21	d	There could be a number of reasons for this severe pain you are experiencing after the abscess drainage.	КТ вступления к номинации проблемы	Повтор
21	d	1. There could be an exposed minor nerve ending - some kind of post procedure pain 2. Incompletely drained pus. Or a enclosed collection of pus. 3. An attack of gout !	КТ краткой справки	Конкретизация
21	d	I my opinion lymph node enlargement should not cause such a severe pain.	КТ сомнения и КТ повторения	Повтор и конкретизация

21	d	In most of the cases it will not cause pain at all.	КТ повторения	Генерализация
21	d	Since your Doctor has rightly ruled out osteomyelitis there is no need to be worried at this point.	КТ повторения	Повтор и генерализация
21	d	Chances are that this pain is a post procedure pain.	КТ дифференциального диагноза	Конкретизация
22	p	I am 30 year old male.	КТ самопрезентации	Генерализация
22	p	I have gynecomastia and my testosterone levels are very low (less than normal range, blood sample given in the early morning).	Основное утверждение	Конкретизация
22	p	My facial hair is very less and am generally with less energy.	КТ повторения	Генерализация
22	p	However, my sex drive is high.	КТ повторения	Генерализация
22	p	I am married and have 02 kids.	КТ повторения	Генерализация
22	p	My erections also do last long.	КТ повторения	Конкретизация
22	p	Please help me as I am very frustrated	КТ просьбы о помощи	Генерализация
22	d	In order to help you the best, I will need some more information from you	КТ уточнения	Генерализация
23	p	I have been suffering from severe pain in the left and right sides of my lower back.	Основное утверждение	Генерализация
23	p	It started about 2 years ago and went to consult doctors.	История болезни	Генерализация
23	p	Doctors consider it simply as back pain and nothing else.	Цитирование/отсылка	Генерализация
23	p	Recently the pain has spread towards the front and it pains while taking in breath.	КТ повторения	Генерализация
23	p	The pain is increased severely when I go to poo.	КТ повторения	Генерализация

23	p	The same pain appears when I take a full meal also.	КТ повторения	Генерализация
23	p	Now a days, the pain is somewhat constant and I am getting it regularly.	КТ повторения	Генерализация
23	p	By profession, I am a hairdresser with 20 years of experience.	КТ самопрезентации	Генерализация
23	p	Back pain is a part of my profession, but this pain is forcing me to quit my job.	КТ самопрезентации и КТ повторения	Генерализация
23	p	At times, I feel very much drained and tired also.	КТ повторения	Генерализация
23	p	What is wrong with me?	КТ вопроса	Генерализация
23	d	I understand that you are considerably worried about your back ache.	КТ приободрения/понимания	Генерализация
23	d	First of all, back pain is common in hairdressers and your doctor may be right that this is only muscular pain.	Цитирование/отсылка и КТ повторения	Повтор и генерализация
23	d	Muscular pains improve considerably with proper posturing, analgesia, and most importantly physiotherapy.	КТ повторения	Конкретизация
24	p	I am 29 yr old female. 125 lbs good bp and cholesterol.	КТ самопрезентации	Конкретизация
24	p	No family history of heart issues.	История болезни	Генерализация
24	p	In nov I had chest pains.	История болезни	Генерализация
24	p	Now having severe jaw pain and left shoulder pain for a week with teeth pain.	Основное утверждение	Конкретизация
24	p	I have a history of anxiety and took lexapro 3 years ago for a year.	История болезни	Конкретизация
24	p	Is this anxiety or should I get further heart testing?	КТ вопроса	Генерализация



24	d	This pain your have described, which is there for a week, does NOT appear to be related to a heart condition.	КТ несогласия и КТ повторения	Повтор и генерализация
24	d	Also you are young, previously evaluated and there are no major risk factors.	КТ повторения	Генерализация
24	d	With the available information its almost certain that there in no heart condition involved.	КТ дифференциального диагноза	Генерализация
24	d	What exactly causes the pain should be found.	КТ повторения	Генерализация
24	d	Yes there could be an anxiety component to it.	КТ повторения	Генерализация
25	p	For about the last week or so I have been having sudden, severe, stabbing like pains in my lower right side, almost just below my ribcage.	Основное утверждение	Конкретизация
25	p	I have also experienced severe bouts of nausea when certain meats go in my mouth.	КТ повторения	Конкретизация
25	p	If I swallow it, its almost all I can do to keep them down and finish the rest of my meal.	КТ повторения	Генерализация
25	p	Any suggestions of what this may be?	КТ вопроса	Генерализация
25	d	Considering your pain just below your rib cage in right side + nausea + Aversion to meat (Fat) I am thinking of the following possibilities.	КТ вступления к номинации проблемы и КТ повторения	Повтор и конкретизация
25	d	1. Cholecystitis Infection and inflammation of the gallbladder. 2.Peptic Ulcer An ulcer in stomach or duodenum can typically cause this symptoms.	КТ краткой справки и КТ повторения	Конкретизация

25	d	I would like to know few more details.	КТ уточнения	Генерализация
25	d	How old are you ?	КТ вопроса	Генерализация
25	d	Your sex?	КТ вопроса	Генерализация
25	d	Do you have any complaints of black tarry colored stools ?	КТ вопроса	Генерализация
25	d	Do you have any fever ?	КТ вопроса	Конкретизация
25	d	Were you recently exposed to any contaminated water ?	КТ вопроса	Конкретизация
26	p	Pain in eye.	Основное утверждение	Генерализация
26	p	I need some immediate temporary relief to study during my exam.	КТ повторения	Генерализация
26	p	I also have some head ache.	КТ повторения	Генерализация
26	p	this history dates back around 1 month.	История болезни	Генерализация
26	p	Where i was having eye stress while looking at laptop.	История болезни	Генерализация
26	p	especially in the eye socket.	История болезни	Конкретизация
26	p	There is no redness in eye.	КТ повторения	Генерализация
26	p	There is consistent bilateral temporal side pain.	КТ повторения	Генерализация
26	p	After rest or eye drop it eases the pain temporarily.	КТ повторения	Конкретизация
26	p	There is no irritation in eye.	КТ повторения	Конкретизация
26	p	Eye sight is -2.5 on both.	КТ повторения	Конкретизация
26	p	When study for a long time...far object is blurred.	КТ повторения	Генерализация
26	p	I will go to the specialist later.But will not have time until i finish my medical board exam for couple weeks...i am having hard time studying.	КТ повторения	Генерализация

26	d	I understand that you are looking for a quick and temporary solution for your problem.	КТ приободрения/понимания и КТ повторения	Повтор и генерализация
26	d	Before coming to that let me tell you that getting a proper correction for your refractory error is the best solution.	КТ повторения	Конкретизация
26	d	You eye power might have gone up or down.	КТ краткой справки	Генерализация
26	d	Also astigmatism should be ruled out.	КТ уточнения	Конкретизация
27	p	I need urgent help.	КТ просьбы о помощи	Генерализация
27	p	I have started losing hair and developing bald spots.	Основное утверждение	Генерализация
27	p	I am only 38 years old.	КТ самопрезентации	Генерализация
27	p	What can I do?	КТ вопроса	Генерализация
27	d	I understand your concern.	КТ приободрения/понимания	Генерализация
27	d	Don't worry there are treatments that can help you regain lost hair or at the least keep you from losing hair further.	КТ приободрения/понимания и КТ повторения	Генерализация
28	p	I am experiencing stomach ache	Основное утверждение	Генерализация
28	p	left side lower part for past 5 months.	КТ повторения	Генерализация
28	p	I take alcohol about 5 drinks a day.	КТ самопрезентации	Генерализация
28	p	I notice if I stop drinking the uncomfortable feeling residues the next day.	КТ повторения	Генерализация

28	d	There are various reasons for which you could be experiencing left lower abdominal pain.	КТ вступления к номинации проблемы и КТ повторения	Конкретизация
28	d	The common conditions associated are constipation, bowel obstruction, inflammatory bowel disease, diverticulitis or even a kidney stone.	КТ краткой справки	Конкретизация
28	d	So your condition definitely needs to be further evaluated.	КТ уточнения	Генерализация
28	d	How have your bowel habits been?	КТ вопроса	Генерализация
28	d	Are you experiencing constipation lately?	КТ вопроса	Конкретизация
28	d	Please, provide extra information, so I could help you.	КТ уточнения	Генерализация
29	p	So I'm 18 years old and I've had back problems since I was 13.	История болезни	Генерализация
29	p	I was in a jiu-jitsu accident I went through physical therapy and that helped some.	История болезни	Генерализация
29	p	I've been on NSAIDs and flexeril and still no out come they might lessen the pain but it doesn't go away.	История болезни	Генерализация
29	p	I have like body aches now that I'm older mainly affecting my hands and my back my hands will swell and the pain can be extreme.	Основное утверждение	Генерализация
29	p	My back just always feels uncomfortable	КТ повторения	Генерализация
29	d	I can understand your problem and will try to help you the best possible.	КТ приободрения/понимания	Генерализация
29	d	The back pain that you have now is probably linked to the jiu-jitsu accident that happened few years	КТ повторения	Повтор и генерализация

		ago.		
29	d	It is quite common for back pain to show up even after years of injury.	КТ краткой справки и КТ повторения	Генерализация
29	d	Regarding the pain and swelling in your hands, it is not related to the injury/ accident that you had, so it requires certain investigation to find out the underlying cause for such pain in hands.	КТ уточнения и КТ повторения	Генерализация
29	d	To rule out arthritis and other inflammatory conditions in the hands, you will need to do blood tests which will include CBC, ESR, CRP, RA factor.	КТ уточнения	Конкретизация
30	p	I had septum/sinus surgery on March 5.	История болезни	Конкретизация
30	p	Today, I went to the doctor for the nose cleaning process.	История болезни	Генерализация
30	p	About two hours after I got home, I began to get a headache.	Основное утверждение	Генерализация
30	p	I took two 500m tylenol, but the headache got worse, and is really excruciating now.	КТ повторения	Генерализация
30	p	Is this a normal happening after this type of surgery/cleaning?	КТ вопроса	Генерализация
30	d	I understand you have a sudden onset headache following a nose cleaning procedure.	КТ повторения	Повтор и генерализация
30	d	Headaches can occur after an ENT procedure, and its common.	КТ краткой справки	Генерализация
30	d	Most of them are not harmful and does not require attention.	КТ краткой справки	Генерализация
30	d	Your headache seems to be because of the overstimulation/stress	КТ повторения	Генерализация

		during the procedure.		
30	d	If you are otherwise predisposed to headaches like Migraine, this procedure can act as a trigger.	КТ краткой справки и КТ повторения	Конкретизация
31	p	I have been experiencing severe and painful headaches alternating its position day by day.	История болезни	Конкретизация
31	p	Sometimes it is felt just above ear and on the temple areas.	История болезни	Конкретизация
31	p	But it differ its position to other sides also.	История болезни	Генерализация
31	p	Now I have been suffering from slight dizziness for the last three months.	Основное утверждение	Генерализация
31	p	It is not so severe and I don't know whether it should be added here or not.	КТ повторения	Генерализация
31	p	Also, I can't feel taste as strong as it should be when I drink.	КТ повторения	Генерализация
31	p	I am well concerned about the issues I suffer from.	КТ выражения беспокойства	Генерализация
31	d	Firstly, there are lot of conditions which could cause head ache with dizziness.	КТ вступления к номинации проблемы и КТ повторения	Повтор и генерализация
31	d	To evaluate the cause in your condition, you will have to give a little more detailed history about the headache and dizziness.	КТ уточнения и КТ повторения	Повтор и генерализация
31	d	Is your headache occurring in any particular time of the day?	КТ вопроса	Генерализация
31	d	Do you often get headache in the past?	КТ вопроса	Генерализация
31	d	Are you feeling slightly light headed on	КТ вопроса	Генерализация

		standing or a feeling of room spinning around you?		
31	d	Have you felt any difficulty in balancing your body during walking?	КТ вопроса	Генерализация
31	d	Do you get floaters in eyes when you get headache?	КТ вопроса	Конкретизация
31	d	What usually triggers you headache?	КТ вопроса	Конкретизация
31	d	Do you wake up with headache?	КТ вопроса	Генерализация
31	d	Have you had any head injury?	КТ вопроса	Генерализация
31	d	Have you checked your blood sugar?	КТ вопроса	Генерализация
31	d	Please try to reply to this, which will help me to evaluate your problem better.	КТ уточнения	Генерализация
31	d	The most common conditions which cause headache and dizziness are migraine, tension headache, middle ear infection and labyrinthitis, to name few.	КТ краткой справки и КТ повторения	Конкретизация
32	p	I have had cold sores before I felt a little tingle in a different part of my lip and; a friend let me use her liquid cold sore treatment.	История болезни	Конкретизация
32	p	I put on my finger ( of hands that I had just washed)( she also uses her finger to apply )and put on the tingle.	История болезни	Генерализация
32	p	Could I get a new cold sore on that part of my lip from that?	КТ вопроса	Генерализация
32	p	should I be concerned about getting a new infection from this?	КТ вопроса	Генерализация
32	p	the tingle could have been anything I just got nervous and applied it there.	История болезни	Генерализация
32	p	could I catch a new virus from this	КТ вопроса	Генерализация
32	d	Very less likely	КТ несогласия	Генерализация

32	d	Virus usually spreads via direct human contact.	КТ краткой справки	Генерализация
32	d	It can spread via inanimate objects too, but the risk is much less.	КТ краткой справки	Генерализация
32	d	And in your case lips fingers cream finders lips , there are lot of barriers in between, (and an antiviral cream !), so you need not worry.	КТ краткой справки и КТ повторения и КТ приободрения/понимания	Генерализация
32	d	Moreover if you had cold sore before you might be having antibodies before, which can offer some protection.	КТ краткой справки и КТ повторения	Конкретизация
32	d	It is less likely to catch virus by applying cream or liquid to treat cold sore.	КТ краткой справки и КТ повторения	Генерализация
32	d	Cold sore Symptoms usually go away on their own without treatment also in 1 to 2 weeks in most of the people.	КТ краткой справки	Повтор и генерализация
32	d	You can catch this virus if you have intimate or personal contact with someone who is infected.	КТ краткой справки	Генерализация
33	p	I had unprotected sex on Jan 24.	История болезни	Генерализация
33	p	On March 9th I went to urgent care because I was urinating a lot and they did a urine test and said I had a UTI and possible early kidney infection.	История болезни	Конкретизация
33	p	They put me on Microbid and a pill that turns urine orange and a shot.	История болезни	Генерализация
33	p	I then go my gyn to call me in diflucan because I was itching.	История болезни	Генерализация



33	p	I have never any discharge or any signs of other systems and spouse has no systems, I sent off for anstd blood test on March 19th and feel totally horrible.	История болезни	Генерализация
33	p	Is there a chance I could have anstd?	КТ вопроса	Конкретизация
33	p	I feel fine now but just scared, results have not come back.	КТ выражения беспокойства	Генерализация
33	d	No I don't think you are having an STD.	КТ сомнения и КТ повторения	Повтор и конкретизация
33	d	I think you are experiencing the symptoms of UTI (urinary tract infection).	КТ дефиниции	Конкретизация
33	d	That said, you cannot be 100% sure that there is no STD since you had unprotected sex.	КТ уточнения и КТ повторения	Повтор и генерализация
34	p	I am a 30 year old female.	КТ самопрезентации	Генерализация
34	p	Three years ago I found a small bb sized lump next to my right nipple.	История болезни	Генерализация
34	p	The results came back as a fibrodeonoma.	История болезни	Конкретизация
34	p	Just a few days ago I found the same size lump right next to my first lump.	Основное утверждение	Генерализация
34	p	Do fibrodeonomas grow close to each other?	КТ вопроса	Повтор
34	p	Is that why it probably is?	КТ вопроса	Генерализация
34	p	Another fibrodeonoma?	КТ вопроса	Повтор
34	p	I am 5'7" tall... I weigh about 118 lbs... I have three children and I have only had one aunt with Breast Cancer. She was 63 when she was diagnosed. It was in stage 2... She	КТ самопрезентации	Конкретизация

		recovered well.		
34	d	Yes, it is indeed possible to have multiple and closely located fibroadenomas in the same breast.	КТ согласия и КТ повторения	Повтор и генерализация
34	d	Of all the cases of fibroadenoma breast 10-16% cases in fact fact multiple fibroadenomas.	КТ краткой справки	Конкретизация
34	d	You are not in a particularly risk category for Breast cancer.	КТ несогласия	Повтор и генерализация
34	d	This will give a more definitive diagnosis.	КТ дифференциального диагноза	Генерализация
35	p	How long should we not let water inside ear after ear injury?	КТ вопроса	Генерализация
35	p	On April 10, I scratched my ear and injured it internally.	История болезни	Генерализация
35	p	I made it worse after letting water inside. I consulted and ENT, and he said not to let water inside for 1 month	История болезни	Генерализация
35	p	It's been 11 days And now there is no pain.	История болезни	Генерализация
35	d	Even Though there is no pain, you still could be at risk of getting secondary infection.	КТ краткой справки	Конкретизация
36	p	I have numbness in my arms and hands, and i am very frightened that I have coronary artery disease or some problem with my heart.	Основное утверждение и КТ выражения беспокойства	Конкретизация
36	p	The numbness sometimes goes into my face when I exercise.	КТ повторения	Генерализация

36	p	I have had a normal CBC (except for high RBC), normal folate and B12, mildly elevated blood pressure and mildly high cholesterol (but high good cholesterol).	Цитирование/отсылка и КТ повторения	Конкретизация
36	p	The medical problem that i know that i have is severe calcifying tendinitis of the shoulders (which causes moderrate pain and for which I sometimes take Vicodin (1 pill 2-3 times a week).	КТ повторения	Конкретизация
36	p	My question is, is there anything else that this could be besides some heart problem?	КТ вопроса	Генерализация
36	d	I will try my best to help you with your health concern.	КТ приободрения/понимания	Генерализация
36	d	From your description I understand that you are concerned about the numbness in the arms and hands and its possible association with a heart problem	КТ повторения	Повтор и генерализация
36	d	It's true that in a case of sudden heart attack (Myocardial Infracrion) there can be a pain in the arm, especially in the left arm.	КТ согласия и КТ повторения	Повтор и конкретизация
36	d	But vice versa is not true.	КТ несогласия	Генерализация
36	d	A pain or numbness in the arms and hand alone is no reason to suspect a heart disease.	КТ краткой справки и КТ повторения	Генерализация
36	d	This numbness radiating to face, while exerting strongly suggest the involvement of a nerve or a group of nerve.	КТ краткой справки и КТ повторения	Конкретизация
36	d	The calific tendinitis and related problems cause can cause these symptoms.	КТ краткой справки и КТ повторения	Повтор и генерализация

36	d	If the pain is really troublesome this needs to be further evaluated.	КТ повторения	Генерализация
36	d	But let me assure you will that this pain in the arm and hand does not indicate any heart disease.	КТ приободрения/понимания и КТ повторения	Генерализация
36	d	Without a clinical examination I usually hesist to give a solid opinion, but in your case after going through your description I can certainly rule out heart disease.	КТ дифференциального диагноза	Генерализация
37	p	I had this problem for a long time now but every time i get an erection I find myself struggling to maintain it with a very strong urge to pee.	Основное утверждение	Генерализация
37	p	Me and my girlfriend are really sick of this problem.	КТ повторения	Генерализация
37	p	I went to a couple of doctors and they told me that my blood work and urine sample both look fine.	История болезни	Генерализация
37	p	the problem still goes on.	КТ повторения	Генерализация
37	p	When i fell get to feel good i eject sperm that has a yellowish color it feels like it was mixed with my urine.	КТ повторения	Генерализация
37	p	This problem has deeply scarred my self confidence.	КТ выражения беспокойства	Генерализация
37	p	I find it hard to maintain an erection although I am very young.	КТ повторения	Генерализация
37	d	Sorry to hear about your health problem.	КТ приободрения/понимания	Генерализация

37	d	I will try my best to help you.	КТ приободрения/понимания	Генерализация
37	d	The most probable reason for your symptoms is a congested prostate (due to prostatitis - infection of prostate).	КТ дефиниции и КТ краткой справки и КТ повторения	Конкретизация
37	d	On the way of it there is a structure called prostate which produces 2/3 of the semen. During erection the prostate become slightly bigger. And during ejaculation it releases semen (a part of it actually). This prostate is situated near to the Urinary bladder. In normal cases it won't cause any problems, but when there is a CONGESTED prostate the prostate is already bulged up. During erection it bulges up further and put pressure on the urinary bladder and causes feel to urinate.	КТ краткой справки	Конкретизация
37	d	So this will result in feeling of urination while having an erection.	КТ краткой справки	Повтор и генерализация
37	d	This could be happening in your case.	КТ краткой справки и КТ повторения	Генерализация
37	d	The cause for congestion is mostly infection.	КТ краткой справки	Конкретизация
37	d	It could be the infection in the prostate which causes the yellowish colour of the semen.	КТ краткой справки и КТ повторения	Повтор и генерализация
37	d	The problem here is that routine urine and blood tests cannot accurately detect this kind of infection.	КТ краткой справки	Генерализация

37	d	There are other possibilities like an abnormality in the passage or a weak sphincter that can cause similar problems	КТ краткой справки	Конкретизация
37	d	But it's rare and need to be considered after ruling out infection.	КТ краткой справки	Генерализация
38	p	I have been having muscle contractions all over my body for the past four days	Основное утверждение	Генерализация
38	p	They are present all day, but are worst at night when I'm sleeping, to the point that it is difficult to get a good night's sleep.	КТ повторения	Генерализация
38	p	I went to the ER 3 days ago, and it was treated as an anxiety issue, as I have had anxiety issues in the past.	История болезни	Генерализация
38	p	However, it is not getting any better at all, and I am scared that I am dealing with a neurological issue here.	КТ выражения беспокойства	Генерализация
38	d	In order to help you with this I will need few more details.	КТ уточнения	Генерализация
38	d	Are the contractions visible ?	КТ вопроса	Повтор
38	d	Like muscle twitching ?	КТ вопроса	Конкретизация
38	d	Do you have fever or diarrhoea recently ?	КТ вопроса	Конкретизация
38	d	Is there pain associated with it ?	КТ вопроса	Генерализация
38	d	Is there contractions in the face too ?	КТ вопроса	Генерализация
39	p	I went to my Ophthalmologist to have a check up, so my reading sight is a little bit bad.	История болезни	Генерализация
39	p	He put on reading glasses only, but because my mom got glaucoma when she was in her 70 s, he checked the eye pressure, that was 17 and told me that there was a little cupping,	История болезни и цитирование/отсылка	Генерализация

		not to much, a little over average.		
39	p	He said to be checked every year and not to worry, maybe I develop glaucoma or not, but now I'm worried if I should get a second opinion.	История болезни и цитирование/отсылка	Генерализация
39	p	He said the cupping wasn't significant, just little discolored, but I have also heard that sometimes the disc is bigger in some people naturally, but because of my mom history	Цитирование/отсылка	Конкретизация
39	p	Should I be checked more frequently?	КТ вопроса	Генерализация
39	p	He said every year was fine, but at the same time told not to wait more.	Цитирование/отсылка	Генерализация
39	p	I'm really scared	КТ выражения беспокойства	Генерализация
39	d	Some Glaucomas are hereditary.	КТ краткой справки и КТ повторения	Повтор и конкретизация
39	d	So you may have two to three times higher chance of getting glaucoma at any stage of life than the normal population.	КТ краткой справки	Генерализация
39	d	But that does not mean that you will get it.	КТ краткой справки	Генерализация
39	d	There is an increased probability, that's all	КТ краткой справки	Генерализация
39	d	From your description and the Ophthalmologist's observations there is no need for worry as of now.	КТ приободрения/понимания и КТ повторения	Генерализация

39	d	A pressure of 17 is within normal range and a slight cupping can be a normal variant too.	КТ краткой справки и КТ повторения	Повтор и конкретизация
39	d	Just cupping alone is not sufficient to come to any solid conclusion	КТ краткой справки	Генерализация
39	d	But this is only true if your Ophthalmologist has done a comprehensive eye examination.	КТ уточнения и КТ повторения	Генерализация
40	p	Have diagnosed thyroid tumor on right side (and hot nodules on left, as well as a history of PCOS which seems to recur and remiss spontaneously.	История болезни	Конкретизация
40	p	I am due for a partial thyroidectomy, but the surgeon was concerned about my facial, neck, and chest lesions, so cancelled my surgery last week after I was fully prepped.	История болезни	Конкретизация
40	p	The lesions began about 14 months ago, a few months after I gave birth, and began as pruritic scaling rash to deep cystic lesions _without_ purulent, odorous discharge.	Основное утверждение	Конкретизация
40	p	Only profuse bleeding, skin peeling, and/or a gelatinous discharge, usually directly after bathing	КТ повторения	Конкретизация
40	p	I have also had idiopathic bleeding from the ears, axilla, and small (now large) breast lesions over the past year.	КТ повторения	Конкретизация
40	p	I have consulted three dermatologists, all of whom gave a cursory exam (The Thyroid cyst on the right lobe I am long-due to have removed measures at least 6 x 1.4 x 1.8 CM (not mm).	Цитирование/отсылка	Конкретизация



40	p	A cursory cytology was inconclusive.	Цитирование/отсылка	Конкретизация
40	d	Unfortunately in your particular case, I feel online consultation will not be of a much help.	КТ сомнения	Генерализация
41	p	I had a terrible migraine and ended up taking 16 floricet in 2 days (this past Mon and Tues).	История болезни	Конкретизация
41	p	Now I am having angry outbursts that I can not control and I get dizzy spells and brain zaps.	Основное утверждение	Генерализация
41	p	Is this a withdrawal symptom from taking too many and how long will it last?	КТ вопроса	Генерализация
41	d	I can understand your problem, and will try to help you the best possible.	КТ приободрения/понимания	Генерализация
41	d	First of all I would like to insist not to take any medication of too much dosage to get relief from pain.	КТ вступления к номинации проблемы	Генерализация
41	d	I can understand how extremely painful it would have been which has made you take 16 floricet.	КТ приободрения/понимания и КТ повторения	Генерализация
41	d	But taking too much dosage of this medication can cause more serious health problems.	КТ несогласия	Генерализация
41	d	The symptoms which you have like dizzy spells and brain zaps are nothing but side effects of taking too much of floricet.	КТ краткой справки и КТ повторения	Повтор и генерализация
41	d	Floricet contains three main components acetaminophen, barbiturates, and caffeine. Acetaminophen is the pain reliever, barbiturate relaxes muscle contractions	КТ краткой справки	Конкретизация

		involved in migraine headache, and caffeine is a brain stimulant.		
41	d	talk to your doctor and change medication that will help best for the migraine.	КТ повторения	Генерализация
42	p	i have been having a lot of symptoms for the past week; like dizziness, disorientation, continuous headache, spinning sensation, fatigue, and vision blurriness.	История болезни	Конкретизация
42	p	I wanna know if i should do further tests or what kind of infection could i have.	КТ вопроса	Генерализация
42	p	Also lately belch a lot it has nothing to do with food it happens even on an empty stomach;	КТ повторения	Генерализация
42	p	if this has any relation what so ever	КТ вопроса	Генерализация
42	d	I can understand your problem and will try to help you the best possible.	КТ приободрения/понимания	Генерализация
42	d	The symptoms that you have like disorientation, headache, dizziness and blurred vision could be most probably due to infection in ear such as the middle ear infection, or infection in the inner ear called labyrinthitis.	КТ дефиниции и КТ краткой справки и КТ повторения	Повтор и конкретизация
42	d	Another condition associated with these symptoms is migraine which is a neurological problem or due to vascular problem causing insufficient blood flow to the brain.	КТ дефиниции и краткой справки	Конкретизация

42	d	From your blood test report it is evident that you have an infection somewhere in your body, and I m suspecting it in the middle ear or inner ear.	КТ дифференциального диагноза	Генерализация
42	d	It is important to identify the cause for this problem through further investigations.	КТ дифференциального диагноза	Генерализация
42	d	These symptoms could also be due to side effects of certain medications, so if you are on any medication right now inform that to the doctor.	КТ краткой справки	Генерализация
42	d	Do not worry, it is a curable problem, and with proper medication you will be relieved of these symptoms.	КТ приободрения/понимания и КТ повторения	Генерализация
42	d	Belching has got nothing to do with these symptoms.	КТ несогласия и КТ повторения	Повтор и генерализация
43	p	I am having sinus problem for the last 2 weeks.	Основное утверждение	Конкретизация
43	p	Still its irritating me as headache and pressure on face while sleeping.	КТ повторения	Генерализация
43	p	I was under food poison and highly vomiting happened and most of time vomiting moved through nose also	История болезни	Генерализация
43	d	understanding the problem in your sinus.	КТ приободрения/понимания и КТ повторения	Повтор и генерализация
44	p	I am suffering from chronic anal fissure, which became chronic after diagnose, about 4 months ago.	Основное утверждение	Конкретизация
44	p	But suddenly, today it become worse and started getting severe.	КТ повторения	Генерализация
44	p	What can be the cause of this?	КТ вопроса	Генерализация

44	p	I have a medical history of chronic fatigue about 14 years and was unable to do works.	История болезни	Конкретизация
44	p	Now I am able to do works, but I fear that a surgery can put me again down to bed.	КТ выражения беспокойства	Генерализация
44	p	I am also a diabetes patient with type 1 diabetes.	КТ повторения	Конкретизация
44	p	I heard that recurrence of fissure is a common thing.	Цитирование/отсылка	Генерализация
44	d	I understand that you have been having an anal fissure for the past 4 months.	КТ повторения	Повтор и конкретизация
44	d	For a surgeon, one of the most common diagnoses made in the clinic is that of anal fissure but only 10-15% of patients require surgery.	Цитирование/отсылка	Повтор и конкретизация
44	d	Therefore, even though you have had the problem for 4 months now, I think your problem can be managed with Diltiazem at least for 8 weeks twice a day before declaring the therapy a failure.	КТ повторения	Генерализация
45	p	I have been having headaches lately;; so I took tylonal lastnight but that didn't seem too help.	Основное утверждение	Генерализация
45	p	and I woke up this morning with somewhat of a head ache too	КТ повторения	Генерализация
45	p	my mom said it can be a period headache..	Цитирование/отсылка	Генерализация
45	p	can this be a brain tumor?	КТ вопроса	Конкретизация
45	d	The chance that your headache is caused by a brain tumor is very rare.	КТ сомнения и КТ повторения	Повтор и конкретизация

45	d	You have not mentioned the duration of your headache,	КТ уточнения и КТ повторения	Повтор
45	d	but if its few days don't worry too much.	КТ приободрения/понимания и КТ повторения	Генерализация
45	d	But you may want to consult a doctor if its still persisting.	КТ повторения	Генерализация
45	d	Also do consult the doctor if you have any of the symptoms	КТ повторения	Генерализация
45	d	Early morning headache can be a symptom of hypertension.	КТ краткой справки	Конкретизация
46	p	I am frustrated with a new problem I found with myself.	КТ выражения беспокойства	Генерализация
46	p	the problem is that, I think I am allergic to the smell of paint.	Основное утверждение	Генерализация
46	p	Then also I suffered from sinus issues, strong headache and wooziness.	КТ повторения	Генерализация
46	p	Here, what is wrong with me?	КТ вопроса	Генерализация
46	p	Am I allergic to paint smell?	КТ вопроса	Генерализация
46	d	Looking at your symptoms, you might be suffering from Allergic rhinitis.	КТ дефиниции и КТ повторения	Конкретизация
46	d	Allergy is an immunological response of our body to combat self or nonself stimulant which the body perceives as foreign.	КТ краткой справки	Конкретизация
46	d	Allergic rhinitis is an allergicinflammation of the nasal airways.	КТ краткой справки	Конкретизация

46	d	It occurs when an allergen (eg:pollen, dust or animal dander) is inhaled by an individual with a sensitized immune system. Paints usually contain organic compounds that are volatile (VOC). These are a type chemicals which have a high vapor pressure at room-temperature. This pressure causes large number of molecules to evaporate from the paint and enter the surrounding air. Some of these compounds cause allergic, or immune effects in some individuals. Moreover a person who has a deviated nasal septum is at high risk of developing allergies to these kind of dust and fumes .	КТ краткой справки	Конкретизация
46	d	The presence of running nose, sinusitis, headache, accentuation of these symptoms upon exposure to the paint fumes guide me more towards allergic rhinitis.	КТ краткой справки и КТ повторения	Конкретизация
46	d	If neglected it could lead to viral and then bacterial infection.	КТ краткой справки	Конкретизация
46	d	From the description of your symptoms, it is evident that your body is not reacting in a normal way to smell of the paint.	КТ повторения	Генерализация
46	d	The particular smell of the pain is due to the volatile organic compounds circulating the air. Some people are allergic to them and it seems you are one among them.	КТ краткой справки и КТ повторения	Генерализация

46	d	But there is nothing to worry	КТ приободрения/понимания	Генерализация
47	p	my husband has AF heart disease but also has gout he in alot of pain	Основное утверждение	Конкретизация
47	p	he has gout in his toes and crystals in his knees which he has been told is similar to gout his leg has swollen up and he is getting pain in his foot as well.	КТ повторения	Конкретизация
47	d	I understand that you are worried that your husband is in pain because of gout and is also suffering from Atrial Fibrillation (a condition of the heart where the atria beat too fast and the heart is unable to pump blood effectively).	КТ дефиниции и КТ краткой справки и КТ повторения	Повтор и конкретизация
48	p	I have been having a cough, cold and fever for the last 5 days or so.	История болезни	Генерализация
48	p	Now the fever has just subsided but I have developed a swelling on a gland on the side of my neck which is painful to touch.	Основное утверждение	Генерализация
48	p	Its not cancer is it?	КТ вопроса	Генерализация
48	d	No, this is not cancer or anything dangerous.	КТ несогласия и КТ повторения	Повтор и генерализация
48	d	These are lymph node in the neck, which get enlarged by the inflammation due to the infection.	КТ дефиниции и краткой справки	Конкретизация
48	d	This is a normal body response which will filter the virus/ bacteria.	КТ краткой справки и приободрения/понимания	Генерализация
48	d	The swelling will disappear in a couple of	КТ краткой справки	Генерализация

		days.		
49	p	I had white milky discharge	Основное утверждение	Генерализация
49	p	and then I had cramps	КТ повторения	Генерализация
49	p	and then I had blood	КТ повторения	Генерализация
49	p	today I already had my period one week ago	КТ повторения	Генерализация
49	p	I don't understand what this is	КТ выражения беспокойства	Генерализация
49	p	I'm scared doctor.	КТ выражения беспокойства	Генерализация
49	d	You seem to have an infection in the vagina, mostly - 'yeast infection', medically known as 'Vaginal Candidiasis'.	КТ дефиниции и краткой справки и КТ дифференциального анализа	Конкретизация
49	d	There is no need for alarm or anxiety.	КТ приободрения/понимания	Генерализация
49	d	Since the presence of blood is not typical of Candidiasis other causes like cervicitis should be considered if the symptoms are persisting even after treatment.	КТ краткой справки	Конкретизация
49	d	Also note - Vaginal yeast infections are not a sexually transmitted infection, although the infection may rarely be passed from one partner to another.	КТ краткой справки	Конкретизация
49	d	In your particular case other infections should also be ruled out due to the blood discharge.	КТ уточнения	Генерализация



49	d	Again there is no cause for alarm, Vaginal infection are common in young women and can be easily treated.	КТ приободрения/понимания и КТ повторения	Генерализация
50	p	I had a blood test, and everything more less normal, exept Creatinine a bit low and ggt was very high 1000.	Основное утверждение	Генерализация
50	p	The doctor did not examine me but he concluded that I need a new liver soon.	Цитирование/отсылка	Генерализация
50	p	Bur I read every where that having few heavy drinking nights th GGt get elevated.	Цитирование/отсылка	Генерализация
50	p	What is your opinion?	КТ вопроса	Генерализация
50	d	From the information you have provided, I understand that you have a high of GGT level in your blood tests	КТ повторения	Повтор и генерализация
50	d	When you say that every thing is more or less same, I assume that Liver function tests like Biluribin, AST, ALT, Alakaline Phosphatase etc are normal too.	КТ уточнения и КТ повторения	Конкретизация
50	d	If that's the case you are having a entity called 'isolated GGT rise'.	КТ дефиниции	Конкретизация
50	d	Alcohol intake and drug intake are the most common cause for an isolated GGT rise.	КТ краткой справки	Генерализация
50	d	I cannot comment why your Doctor said 'you need a new liver'. He could be joking or trying to warn you from drinking.	Цитирование/отсылка и КТ повторения	Повтор и генерализация
51	p	My tonsils are swollen and red	Основное утверждение	Генерализация
51	p	they are covered in white spots	Основное утверждение	Генерализация

51	p	it hurts to swallow	Основное утверждение	Генерализация
51	p	what illness could i have?	КТ вопроса	Генерализация
51	p	could it be strep or something else	КТ вопроса	Генерализация
51	d	The tonsils help to fight off infections, which is why they can become covered in white spots.	КТ краткой справки и КТ повторения	Повтор 2
51	d	These spots are usually pus that has developed as white blood cells kill off bacteria or viruses infecting the tissue.	КТ краткой справки и КТ повторения	Повтор и генерализация
51	d	A bit of home care can usually ward off these symptoms, but it is important to check with your doctor if your symptoms linger or appear severe.	КТ дефиниции и КТ повторения	Генерализация
51	d	Tonsillitis is an infection of the tonsils caused by an exposure to bacteria or a virus.	КТ краткой справки	Конкретизация
51	d	As the tonsils begin to fight the infection they will produce white pus which will collect in white patches on the flesh.	КТ краткой справки	Генерализация
51	d	You may also experience headaches or fever as you begin to develop tonsillitis.	КТ краткой справки и КТ повторения	Генерализация
51	d	When your tonsils feel scratchy or inflamed, gargling can often lessen the discomfort.	КТ краткой справки	Генерализация
51	d	throughout the day can also help bathe the throat to help clear out an infection	КТ краткой справки	Генерализация
51	d	If the throat is swollen	КТ краткой справки	Генерализация
51	d	If your symptoms are causing a great deal of discomfort or you are experiencing a fever	КТ краткой справки	Генерализация

52	p	Any time I get emotional, nervous, take a hot shower or sit in hot sun, I get blotchy/ flushing red rash on my forehead, cheeks and splotches on my neck and chest.	Основное утверждение	Конкретизация
52	p	It also occurs if I drink alcohol and definitely after too much caffeine.	Основное утверждение	Генерализация
52	p	It seems to occur if I am nervous.	Основное утверждение	Повтор
52	p	The areas affected are really hot to touch but it goes as quickly as it comes.	Основное утверждение	Генерализация
52	p	It seems to be tied to anxiety...	Основное утверждение	Генерализация
52	p	the more I think about it, the worse it gets.	Основное утверждение	Генерализация
52	p	It usually goes away in about 20mins although the more I think about it the worse it gets!	Основное утверждение	Повтор и генерализация
52	p	I suffer from dermatographia urticaria, allergies and anxiety.	История болезни	Конкретизация и Повтор
52	p	Could this be from my allergies or anxiety?	КТ вопроса	Генерализация
52	p	When it goes away, the rash shows no lingering signs.	Основное утверждение	Генерализация
52	p	It feels hot and burns a little.	Основное утверждение	Генерализация
52	p	It will also go up Into my scalp.	Основное утверждение	Генерализация
52	d	The symptoms you have mentioned here,	КТ уточнения	Генерализация
52	d	getting blotchy, flushing, red rashes, hot to touch ares, dermatographism, urticarias	КТ дефиниции и КТ повторения	Повтор и конкретизация

52	d	all are part and parcel of same allergy and hypersensitivity phenomenon group called Physical Urticarias.	КТ дефиниции и КТ краткой справки и КТ повторения	Конкретизация
52	d	This means your skin and body is reacting a bit hyper to external stimuli.	КТ краткой справки	Генерализация
52	d	You could be having specifically having cholinergic urticaria and solar urticaria too.	КТ дефиниции и КТ краткой справки и КТ повторения	Повтор и конкретизация
52	d	Please do not get alarmed by the names	КТ уточнения	Генерализация
52	d	It just means your skin is a bit hypersensitive	КТ краткой справки	Конкретизация
52	d	The good thing here is that this is not serious and there will not be any long term complication.	КТ краткой справки	Генерализация
52	d	That means whatever things are causing symptoms you better avoid them.	КТ краткой справки	Генерализация
53	p	I am a 30 yr white male of western european descent, non drug user, hetrosexual.	КТ самопрезентации	Конкретизация
53	p	I have been tested for HIV twice by Oral Swab at a clinic and had 1 Blood test.	История болезни	Конкретизация
53	p	All 3 tests confirmed negative.	История болезни	Конкретизация
53	p	I have what looks like Karposi Sarcoma on my leg in one spot.	Основное утверждение	Генерализация и конкретизация
53	p	How in the world is this possible being that I am not of African/Middle Eastern descent and don't have HIV?	КТ вопроса	Конкретизация
53	d	To me lesion does not look like a Kaposi's Sarcoma.	КТ повторения	Повтор и конкретизация

53	d	Kaposi Sarcoma can have more than 10 different morphological variants.	КТ краткой справки и КТ повторения	Конкретизация
53	d	So obviously its not possible for anyone to diagnose it without a biopsy of the lesion.	КТ краткой справки	Конкретизация
53	d	This is probably a dermal outgrowth or angiomatosis	КТ краткой справки	Конкретизация
53	d	May I know the reason why you suspect Kaposi's Sarcoma?	КТ вопроса	Повтор и генерализация
53	d	Was a biopsy done over the lesion?	КТ вопроса	Повтор
53	d	Or Did some Physician/ Dermatologist make a provisional diagnosis?	КТ вопроса	Генерализация
53	d	Considering your racial features and the fact that your are proven HIV negative, the chance for a Classical Kaposi (the kind which occurs without HIV) is very very rare.	КТ повторения	Повтор и конкретизация
53	d	I think you need not be worried about that now	КТ приободрения/понимания	Генерализация
53	d	You can consult a Dermatologist to get a biopsy done, to know whats the lesion for sure.	КТ уточнения и КТ повторения	Генерализация
54	p	Background. I am sensitive to stimulants since last year when I ended up in the hospital from hydroxycuthardcore.	История болезни	Конкретизация
54	p	About a week ago, half a small coffee gave the the sensation of blacking out, violent shaking, rapid heart rate of 120+ resting, and fatigue after.	История болезни	Конкретизация
54	p	Now, on Sunday I had a stiff neck and decided to lay down.	Основное утверждение	Конкретизация

54	p	When I did, I felt a twing of panic, so I got up and went upstairs to be around family.	Основное утверждение	Генерализация
54	p	By the time I reached them I had the blacking out sensation again (lightheaded, tunnel vision, faintness) and my heart rate shot up (150/92 blood pressure per resigned nurse).	Основное утверждение	Конкретизация 4
54	p	Violent tremors, in legs mostly. Headache and flush/ numb feeling in scalp and face.	Основное утверждение	Конкретизация 2
54	p	Get to ER, by the time they got me in my tremors had subsided but still had faintness and a high pulse.	Основное утверждение	Конкретизация и Повтор
54	p	Doctor only spent about 4 minutes with me and wrote me off as being dehydrated (despite my urine only being slightly yellow).	КТ сомнения	Конкретизация
54	p	I've been far more dehydrated and never had what felt like a seizure because of it!	История болезни	Конкретизация и Повтор
54	p	I went home to bed rest hoping I would get better.	История болезни	Генерализация
54	p	The first day and night of rest my heart rate didn't drop lower than about 90-120 even while sleeping.	Основное утверждение	Генерализация
54	p	Horrible night sweats, moving headache and neck/shoulder stiffness and pain (burning).	Основное утверждение	Генерализация 3
54	p	Day 2, my heart rate finally dropped to about 70-90.	Основное утверждение	Генерализация
54	p	Still horrible night sweats, moving headache, shoulder/neck burning.	Основное утверждение	Генерализация 3
54	p	I had another panic attack, but calmed myself before it got out of control.	Основное утверждение	Генерализация

54	p	Right before the attack, my shoulders and neck literally felt like someone pressing a hot pan against my skin.	Основное утверждение	Повтор и генерализация
54	p	Been running a low grade fever that Tylenol has been fighting.	Основное утверждение	Генерализация
54	p	So if you've read this far, you're a far better doctor than the one I paid \$500+ for already.	Основное утверждение	Генерализация
54	d	This could be anxiety or panic attack, but before labelling it so I would definitely want few other possibilities to be ruled out.	КТ дифференциального диагноза	Повтор и генерализация
54	d	Panic attack is in a sense a diagnosis of exclusion.	КТ краткой справки	Повтор и генерализация
54	d	The symptoms points towards two major differential diagnoses at this point.	КТ дифференциального диагноза	Генерализация
54	d	First one is a Cardiac Arrhythmia or an irregular heartbeat.	КТ дефиниции и краткой справки	Конкретизация и генерализация
54	d	The arrhythmia might not occur all the time.	КТ краткой справки	Повтор и конкретизация
54	d	Certain precipitants (like Caffeine) can precipitate it and you can get all these symptoms when your heartbeat goes into disarray.	КТ краткой справки	Конкретизация и генерализация
54	d	I think Arrhythmias should be strongly considered and ruled out as leaving this untreated might cause complications.	КТ краткой справки и КТ повторения	Конкретизация
54	d	Other possibility is a Pheochromocytoma, neuro endocrine tumour that can cause episodic palpitation, headache, hypertension and related symptoms.	КТ дефиниции и краткой справки	Конкретизация 2 и Повтор
54	d	There are screening tests available to rule out this condition.	КТ краткой справки	Генерализация

54	d	Anyway I do not think this is related to any dehydration.	КТ несогласия	Повтор и генерализация
55	p	I encountered someone who was presumed dead on arrival, they had not been seen for a few days.	Основное утверждение	Генерализация
55	p	The body was kneeling on the floor with the face down on the couch.	Основное утверждение	Генерализация
55	p	The top of the body was extremely pale, and the face as well as the parts of the body nearest to the floor were a deep red/purple.	Основное утверждение	Генерализация 2
55	p	I'm fairly certain that's not much information to go on, but a guess on how long that person had been deceased?	КТ вопроса	Генерализация
55	d	Its not very easy to come to a conclusion on the time of death from the information you have provided.	КТ уточнения	Генерализация
55	d	Nevertheless some meaningful conclusions can be made.	КТ несогласия	Генерализация
55	d	The top of the body was pale, while the parts touching the floor was deep red.	КТ краткой справки и КТ повторения	Повтор и генерализация
55	d	This means blood pooling has occurred so its more than 6 hours since death has occurred.	КТ краткой справки	Повтор и генерализация
55	d	Now the kneeling could be due to rigor mortis.	КТ краткой справки	Повтор и конкретизация
55	d	That means almost complete rigor mortis has occurred, but not disappeared.	КТ краткой справки	Повтор и генерализация
55	d	So it should be at-least 12 hours since death.	КТ краткой справки	Генерализация
55	d	Rigor mortis would start disappearing by 48 hours.	КТ краткой справки	Повтор и генерализация



55	d	So from the available information we can assume that death occurred anytime between 12-48 hours before you saw the body.	КТ дифференциального диагноза	Повтор и генерализация
55	d	A reasonable assumption would be 24 hours.	КТ краткой справки	Генерализация
55	d	If you can provide more information a more accurate assumption can be made.	КТ уточнения	Генерализация
56	p	Hi, I am suffering from, 1. anemia	Основное утверждение	Конкретизация
56	p	2. i have sleeping disorders also sleeping problem and anemia	Основное утверждение	Генерализация
56	d	You will need to find out the cause of anemia.	КТ повторения	Повтор и конкретизация
56	d	Anemia per se will not cause sleeping disorder, but can be related.	КТ краткой справки	Повтор и генерализация
56	d	Please explain what do you mean by the sleep disorder.	КТ уточнения и КТ повторения	Повтор и генерализация
56	d	Are you having short sleep cycles?	КТ вопроса	Генерализация
56	d	Do you find it difficult to fall asleep?	КТ вопроса	Генерализация
56	d	How many hours you can sleep per day.	КТ вопроса	Генерализация
57	p	Hi, I am an ER nurse and was assaulted by a patient in which I was kicked and landed on my tailbone, hit my back and head as well as my right forearm.	КТ самопрезентации и история болезни	Конкретизация 2
57	p	I had a pelvic and lumbar xray completed but really didn't show anything other than mild degenerative changes; however, I was still diagnosed with a coccyx fracture based on my symptoms of unable to sit and	История болезни	Конкретизация 4

		pain when standing or sitting.		
57	p	This pain was immediate and intense.	История болезни	Генерализация
57	p	Getting dressed causes severe pain as well.	Основное утверждение	Генерализация
57	p	I am wondering if I am looking at my pelvic xray correctly because it looks as if my coccyx is dislocated compared to my sacrum.	КТ вопроса	Конкретизация 2
57	p	It is certainly displaced and not aligned with the rest of the structure but it is also not very clear either.	Основное утверждение	Генерализация 2
57	p	I just wanted a second opinion on this image since I was diagnosed with a fracture.	Цитирование/отсылка	Генерализация
57	d	For it the coccyx appears laterally deviated when compared to the sacrum, but doesn't look like its displaced or not aligned.	КТ краткой справки и КТ повторения	Повтор и конкретизация
57	d	Coccyx injuries can be difficult to diagnose via an Xray alone.	КТ краткой справки и КТ повторения	Повтор и конкретизация
57	d	Another easy way to diagnose coccyx injury is by doing a per rectal examination.	КТ повторения	Повтор и конкретизация
57	d	The bone can be directly palpated and one can feel for any dislocation.	КТ краткой справки	Конкретизация
58	p	Hi, Do I have herpes?	КТ вопроса	Конкретизация
58	p	Could it be a yeast infection or something else?	КТ вопроса	Генерализация
58	p	The lesion looks most likely like herpes.	Основное утверждение	Повтор и конкретизация
58	p	However, Penis blisters can have a number of causes.	Основное утверждение	Конкретизация

58	p	Some of the possible causes include genital herpes, syphilis, or scabies.	Основное утверждение	Конкретизация 3
58	p	Less common causes may include a yeast infection or cancer.	Основное утверждение	Конкретизация 2 и Повтор
58	d	Genital herpes is one of the most common causes of penis blisters.	КТ дифференциального диагноза	Повтор и генерализация
58	d	This is a sexually transmitted disease that is caused by a virus and causes blisters to form in the genital area.	КТ краткой справки	Генерализация
58	d	The blisters could become painful and may break and ooze fluid.	КТ краткой справки	Генерализация
58	d	While this disease is most contagious during an outbreak, it can be spread to a sexual partner even if no penis blisters are present.	КТ краткой справки	Генерализация
58	d	If you've got this lesion for the first time, then consult with a male physician and he might prescribe you antiviral medication.	КТ краткой справки	Генерализация
58	d	Antiviral medication can relieve pain and discomfort during an outbreak by healing the sores more quickly.	КТ краткой справки	Генерализация
59	p	Dear Doctor, my father aged 65 is suffering from a strange problem and no doctors so far are able to find a cure for it.	Основное утверждение	Генерализация
59	p	The problem is he gets sudden sweating on his head any time of the day followed by heart burning sensation and for that he gets no proper sleep.	Основное утверждение	Генерализация
59	p	Some has suggested I change the blood pressure tablet which could be the cause.	Основное утверждение	Генерализация

59	d	The condition your father having is called cranial hyperhidrosis excessive sweating in the head.	КТ дефиниции и краткой справки	Конкретизация
59	d	There are two types of cranial hyperhidrosis, Primary and Secondary.	КТ дефиниции и краткой справки	Конкретизация 2
59	d	Primary Hyperhidrosis occur in younger age group and usually it happens by its own.	КТ дефиниции и краткой справки	Конкретизация и генерализация
59	d	There are no causes for it.	КТ краткой справки	Генерализация
59	d	But in your father s case, it seems to be more like a secondary hyperhidrosis.	КТ дифференциального диагноза	Конкретизация
59	d	Secondary hyperhidrosis happen when there are some other diseases stimulating autonomic system causing increased sweating.	КТ краткой справки	Конкретизация и генерализация
59	d	The heart burning sensation needs to be further evaluated and treated.	КТ уточнения и КТ повторения	Генерализация
59	d	As this may stimulate the vagus nerve and cause hyperhidrosis.	КТ краткой справки	Конкретизация 2
59	d	This is will be first step in approaching the problem.	КТ краткой справки	Генерализация
60	p	I have molluscumcontagiosum on my pubic area,	Основное утверждение	Конкретизация
60	p	I have had liquid nitrogen treatments and all of them are gone.	Основное утверждение	Генерализация
60	p	The last two seem to be healing up after the last treatment.	Основное утверждение	Генерализация
60	p	Can liquid bandaid be used to prevent the spread to my girlfriend if we have sex?	КТ вопроса	Генерализация
60	d	Hello, Yes, Liquid band aid is a good option to prevent the spread of	КТ краткой справки и КТ повторения	Повтор

		molluscumcontagiosum virus to another person.		
60	d	Please make sure all your lesions are well covered and the band-aid stays on for the entire duration of physical contact.	КТ краткой справки	Генерализация
60	d	Though it greatly reduces the chance to spread, there is still considerable risk from accidental exposure.	КТ краткой справки	Генерализация
60	d	Chances are that since the lesions are healing, the virus is already out of your system.	КТ краткой справки и КТ повторения	Генерализация

**Приложение 2.** Соотношение коммуникативных тактик и семантических трансформаций.

Наименование тактики	Пациент			Врач			Всего
	К	Г	П	К	Г	П	
КТ вступления к номинации проблемы	0	1	0	1	6	4	<b>12</b>
Цитирование/отсылка	10	15	1	1	0	1	<b>28</b>
КТ повторения	25	65	0	15	24	16	<b>145</b>
КТ сомнения	1	3	0	0	3	3	<b>10</b>
КТ сомнения и КТ повторения	0	1	0	3	0	3	<b>7</b>
КТ вопроса	11	35	2	7	22	3	<b>80</b>
Цитирование/отсылка и КТ повторения	2	0	1	0	2	2	<b>7</b>
Основное утверждение	32	74	6				<b>112</b>
История болезни и КТ вопроса	0	1	0				<b>1</b>
История болезни и цитирование/отсылка	0	2	0				<b>2</b>
КТ просьбы о помощи	1	7	1				<b>9</b>
КТ выражения беспокойства	0	10	0				<b>10</b>
История болезни	29	40	2				<b>71</b>
Цитирование/отсылка и КТ сомнения	0	1	0				<b>1</b>
КТ самопрезентации и история болезни	3	0	0				<b>3</b>
КТ самопрезентации и КТ повторения	0	1	0				<b>1</b>

Основное утверждение и КТ выражения беспокойства	1	0	0				<b>1</b>
КТ самопрезентации	5	9	0				<b>14</b>
КТ краткой справки				46	59	12	<b>117</b>
КТ дифференциального диагноза				4	13	6	<b>23</b>
КТ приободрения/понимания				2	20	4	<b>26</b>
КТ убеждения				1	2	1	<b>4</b>
КТ предположения				0	0	1	<b>1</b>
КТ уточнения				2	14	0	<b>16</b>
КТ несогласия				1	8	2	<b>11</b>
КТ дефиниции и КТ повторения				9	1	3	<b>13</b>
КТ дефиниции и КТ краткой справки и КТ повторения				9	0	4	<b>13</b>
КТ краткой справки и КТ повторения				16	16	16	<b>48</b>
КТ дефиниции и краткой справки				9	2	1	<b>12</b>
КТ согласия и КТ повторения и КТ дефиниции				1	0	0	<b>1</b>
КТ приободрения/понимания и КТ повторения				0	9	3	<b>12</b>
КТ несогласия и КТ повторения				0	3	3	<b>6</b>
КТ вступления к номинации проблемы и КТ повторения				2	1	2	<b>5</b>
КТ краткой справки и				0	1	0	<b>1</b>

приобретения/понимания							
КТ дефиниции и краткой справки и КТ дифференциального диагноза				1	0	0	1
КТ краткой справки и КТ повторения и КТ приобретения/понимания				0	1	0	1
КТ согласия				0	1	1	2
КТ согласия и КТ повторения				2	1	2	5
КТ уточнения и КТ повторения				1	7	4	12
КТ дефиниции				5	0	0	5
<b>Всего семантических трансформаций</b>	<b>120</b>	<b>265</b>	<b>13</b>	<b>138</b>	<b>216</b>	<b>97</b>	<b>849</b>