

МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
имени М.В. ЛОМОНОСОВА
ФАКУЛЬТЕТ ИНОСТРАННЫХ ЯЗЫКОВ И РЕГИОНОВЕДЕНИЯ



На правах рукописи

АГАДЖАНЯН СОНА АРАМОВНА

**ВЕРБАЛЬНАЯ КОММУНИКАЦИЯ «ВРАЧ — ПАЦИЕНТ» В
ФУНКЦИОНАЛЬНО-СТИЛИСТИЧЕСКОМ АСПЕКТЕ
(на материале английского языка)**

Специальность 10.02.04 — Германские языки

ДИССЕРТАЦИЯ
на соискание ученой степени
кандидата филологических наук

научный руководитель
кандидат филологических наук,
доцент Черезова Т.Л.

Москва — 2018

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
ГЛАВА 1. ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ СТИЛИСТИКА КАК ОСНОВА АНАЛИЗА КОМПОНЕНТОВ КОММУНИКАЦИИ «ВРАЧ — ПАЦИЕНТ»	26
1.1. Основные аспекты функциональной стилистики	26
1.2. Взгляды ученых на вопросы терминологии	34
1.2.1. Трактовки вопроса о синонимии терминов	41
1.2.2. Трактовки вопроса об омонимии терминов	45
1.3. Теоретические аспекты эвфемизации: роль эвфемизмов в различных видах коммуникации и средства их образования	49
1.4. Проблема модальности как составляющей коммуникации	55
ВЫВОДЫ К ГЛАВЕ 1	64
ГЛАВА 2. ТЕРМИНОЛОГИЯ КАК СРЕДСТВО РЕАЛИЗАЦИИ ФУНКЦИИ СООБЩЕНИЯ В КОММУНИКАЦИИ «ВРАЧ — ПАЦИЕНТ»	66
2.1. Особенности функционирования терминов в речи врачей	66
2.2. Особенности функционирования терминов в речи пациентов	85
2.3. Термины-омонимы в коммуникации «врач — пациент»	96
ВЫВОДЫ К ГЛАВЕ 2	101
ГЛАВА 3. ЛЕКСИЧЕСКИЕ И СИНТАКСИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА РЕАЛИЗАЦИИ ФУНКЦИИ ОБЩЕНИЯ В КОММУНИКАЦИИ «ВРАЧ — ПАЦИЕНТ»	104
3.1. Эвфемизмы как средство реализации функции общения в коммуникации «врач — пациент»	104
3.2. Синтаксические структуры медицинской консультации как средство реализации функции общения	121
ВЫВОДЫ К ГЛАВЕ 3	125

ГЛАВА 4. РОЛЬ МОДАЛЬНОСТИ КАК СРЕДСТВА ВОЗДЕЙСТВИЯ В КОММУНИКАЦИИ «ВРАЧ — ПАЦИЕНТ»	127
ВЫВОДЫ К ГЛАВЕ 4	142
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	144
БИБЛИОГРАФИЯ	150
ПРИЛОЖЕНИЕ	169

ВВЕДЕНИЕ

Характерной чертой медицины всегда являлась ее тесная связь с повседневной жизнью человека. В настоящее время ее понятия, представления, достижения довольно быстро становятся известны широким кругам людей, независимо от их возраста, социального статуса, образования и сопровождают каждого человека от рождения до смерти. Такой процесс находит свое отражение и в языке, так как он чутко реагирует на все жизненные тенденции и перемены. Язык медицины, сформировавшийся за много столетий и стремительно развивающийся в наше время, представляет собой огромную многоярусную конструкцию, охватывающую и сферу повседневности, и научное знание, а также включающую в себя пространство, где ощутимо влияние обеих сфер, упомянутых выше. Особенно сильно эта разноплановость заметна в особой разновидности устного языка медицины — коммуникации между врачами и пациентами. Существование такого вида коммуникации безусловно требует научного осмысления и практического описания со стороны лингвистов.

Актуальность настоящего диссертационного исследования определяется постоянно возрастающим вниманием к проблемам коммуникации между врачом и пациентом. Сфера медицины всегда тесно переплеталась с повседневной жизнью людей, и от качества общения между врачом и пациентом зависит успешность лечения. Во многом это объясняется тем, что в ходе многочисленных наблюдений было установлено, что правильно поставленный диагноз и выписанные лекарства не единственное ключевое условие для выздоровления, так как именно за пациентом остается право выбора терапии или даже полного отказа от нее в силу различных причин. Основным определяющим фактором стал признаваться уровень доверия между врачом и пациентом, который в большинстве случаев отвечает за потенциальную успешность лечения. Со временем пришло осознание того, что для понимания механизмов медицинской консультации важно учитывать

не только ее психологические особенности, но и лингвистическую составляющую. Ведь в значительной степени установление доверия зависит от подбора оптимальных языковых средств в общении, использования различных приемов с целью налаживания общения, для передачи той или иной важной информации, для воздействия собеседников друг на друга для того, чтобы они могли сделать соответствующие выводы и прийти к необходимому решению. Представляется, что чисто лингвистический анализ коммуникации «врач — пациент» может дать разностороннюю информацию об этой разновидности языка медицины.

Еще один фактор, который объясняет актуальность данного исследования — это необходимость выявления не только тех или иных языковых средств, используемых в построении коммуникации «врач — пациент», но и их роли. Учитывая изменения в коммуникации между врачом и пациентом за последние годы (к примеру, тот факт, что современный пациент гораздо более просвещен в вопросах медицины благодаря средствам массовой информации), не исключено, что исследование подобного рода может помочь составить совершенно новую функционально-лингвистическую картину коммуникации «врач — пациент», пересмотреть многие сложившиеся убеждения, связанные с характером речи медиков и больных.

Объектом настоящего исследования стала речь врачей и пациентов, которые являются носителями английского языка. **Предметом** исследования являются лексические и стилистические характеристики английского языка в коммуникации «врач — пациент».

В целом, если коммуникация «врач — пациент» стала привлекать западных ученых достаточно давно, примерно с середины XX века, то в российской лингвистике интерес к исследованию этого материала начал проявляться только в последнее десятилетие. Этим объясняется относительно небольшое количество научных работ и публикаций отечественных

лингвистов в этой области. Неисследованность этой темы также связана с различными сложностями в подборе лингвистического материала: по деонтологическим причинам подобные диалоги являются закрытыми, а для их записи необходимо разрешение врача и пациента. Ученые, исследовавшие область медицинской коммуникации, отмечали, что она очень разнообразна по своим жанрам, и выделяли типы этой коммуникации по двум основным критериям: по тому, являются ли коммуниканты профессионалами в медицинской сфере или нет (профессиональное медицинское общение или коммуникация между врачом и пациентом), а также по тому, является ли медицинская коммуникация устной или письменной. Основная масса лингвистических исследований в сфере медицины была посвящена письменному языку: сравнительному изучению медицинских терминов разных языков [М.В. Оганесян (2003), Д.А. Хайдарова (2007)], анализу особенностей, которыми обладают английские медицинские тексты различных жанров [С.Ф. Галкина (2015), Э.В. Маргания (2011), Л.Н. Носова (2013)], исследованию английской медицинской терминологии в целом, а также терминологий различных областей медицины [О.В. Величко (2010), Л.Н. Гущина (2004), Н.А. Калмазова (2002), Т.С. Кириллова (2013), Е.А. Кожанова (2001), С.Л. Мишланова (2003), Г.А. Филимонова (1995), С.В. Швецова (2005)) и т.д.]. Следует отметить, что в большинстве случаев материалом исследования служила письменная речь или выборки терминов из специализированных словарей. В отдельных работах [Е.Д. Маленова (2006), С.В. Полякова (2011)] содержится социолингвистический анализ английского медицинского текста. Для сравнения, всего несколько современных исследований посвящены особенностям диалогов между специалистом-медиком и больным. Так, в диссертационной работе В.В. Журы [2008] в рамках коммуникативного подхода проанализированы диалоги между врачами и пациентами на английском и русском языках, выделены некоторые коммуникативные особенности устной медицинской речи, при

этом основной акцент был сделан на стратегиях, которые использует в речевом общении врач.

М.И. Барсукова [Барсукова 2007] в своей работе также уделила много внимания именно тактикам врачебного поведения во время консультации. В своей докторской диссертации С.И. Маджаева [Маджаева 2012] выделила особый раздел, посвященный анализу врачебных консультаций на русском языке. Следует подчеркнуть, что в работах В.В. Журы, С.И. Маджаевой и М.И. Барсуковой рассматривались в основном прагматические особенности коммуникации между врачом и пациентом, причем особый акцент был сделан на исследовании роли врача как коммуниканта.

Следует также отметить, что большая часть работ западных ученых, занимающихся этой темой, имеет скорее психологический, а не лингвистический уклон: в них основной акцент сделан на объяснении мотивов той или иной речевой реакции, а не на непосредственно лингвистическом анализе материалов. Западными исследователями был опубликован целый ряд работ, в которых обозначены характеристики общения врача-носителя английского языка с представителями других культур [Ferguson 2002], [Laveist 2002], наиболее сложные с точки зрения установления контакта моменты, а также способы их обойти и смягчить [Ferguson 2002], гендерные особенности языка медицины [Meeuwesen 2002], [Roter 1998], [Keyes 2010] и т.д. Благодаря анализу, проведенному Д. Роутер [Roter 1998], было установлено, что коммуникация «врач — пациент» на английском языке претерпевало значительные трансформации из-за изменения ролей, которые играли в нем специалисты-медики и больные. Данный тип коммуникации прошел развитие от патерналистской модели, в которой сводилась к минимуму информированность пациента о реальном состоянии его здоровья и где, по сути, на пациента оказывалось прямое воздействие для того, чтобы он прибегал именно к той терапии, которую прописал ему врач, до совещательной, в рамках которой возможно открытое

взаимодействие врача и пациента. Эта модель также отличается тем, что в ней недопустимо сокрытие каких-либо данных от пациента. В то же время, эта модель не допускает давления на пациента и манипулирования им.

Помимо книг и статей по анализу психологической составляющей коммуникации «врач — пациент», западные ученые создали различные обучающие пособия по общению с пациентами для врачей-носителей английского языка. Необходимость создания таких пособий возникла в связи со стремительным замещением патерналистской модели общения с пациентом, где врач был центральной фигурой с непререкаемым авторитетом, на более сбалансированную совещательную модель, которая подразумевает равноправное взаимодействие обоих коммуникантов. Сфера коммуникации «врач — пациент» стала, с одной стороны, более гибкой и открытой для обсуждения и новшеств, а с другой стороны, менее щадящей в отношении подачи информации. В связи с этим возникла острая необходимость изучения этой области, усилился интерес к психологическим, прагматическим и лингвистическим особенностям коммуникации «врач — пациент», а вслед за ней были созданы специализированные пособия, описывающие основные проблемы в данной области и предоставляющие ряд рекомендаций.

В контексте данного исследования для нас особый интерес представляют учебники и обучающие статьи по коммуникации «врач — пациент», созданные для носителей английского языка. В целом подобные источники содержат различного рода рекомендации по тому, каким образом и из каких языковых составляющих должна быть построена эффективная коммуникация. Иначе говоря, такие пособия являются упорядоченным изложением коммуникативного опыта нескольких поколений англоговорящих врачей и пациентов, зачастую содержат статические данные, собранные из большого количества источников. По сумме лингвистических компонентов, примеры диалогов между врачами и пациентами, приведенных в таких

учебниках, представляют собой идеальную с точки зрения составителей комбинацию различных языковых средств информирования, воздействия и установления контакта, который бы сделал консультации более результативными. Важно заметить, что такие «образцовые» модели коммуникации между медиком и пациентом ни в коем случае не навязываются коммуникантам — они представлены скорее в виде рекомендаций. Благодаря им появляется возможность изучить модель идеальной коммуникации «врач — пациент», носящую теоретический характер и представляющую большую ценность, так как она выведена при участии профессионалов-медиков и экспертов по медицинской коммуникации. Кроме того, наличие такой идеальной модели, необходимой для успешных консультаций, позволяет сравнить ее с лингвистической схемой, полученной нами в результате анализа аутентичных диалогов между медиками и больными, и выявить как точки соприкосновения, так и неизбежные расхождения с ней в самых разных аспектах.

В то же время необходимо упомянуть, что целевой аудиторией подавляющего числа пособий по коммуникации «врач — пациент» являются именно специалисты-медики. Что же касается пациентов, то, несмотря на то что они являются полноправными участниками диалогов, для них создаются в основном краткие статьи просветительского характера о том, как сообщить врачу о некоторых проблемах, какую информацию нельзя утаивать и т.д. То есть рекомендации для пациентов не касаются лексико-стилистической стороны коммуникации, основной акцент сделан на прагматическом аспекте общения. По этой причине мы можем проводить сравнение результатов анализа аутентичной коммуникации и письменных рекомендаций по выстраиванию правильного диалога, сделанных только по линии речи врача.

Учитывая специфику данного исследования, из всего богатого и разнообразного материала, представленного в учебных пособиях по коммуникации «врач — пациент» мы будем рассматривать особенности

использования таких элементов, как термины и эвфемизмы, а также особенности выражения модальности в общении между врачом и пациентом.

Прежде всего, следует сказать несколько слов о рекомендациях по использованию терминологии для врачей. Основным вектор, связанный с терминологией в речи врача, можно назвать экспликационным. Иными словами, учебники в большинстве своем не указывают на необходимость полностью избегать терминологии в общении с пациентами, но во всех пособиях подчеркивается важность «перевода» таких лексических единиц на общеупотребительный язык. Авторы приведенной ниже рекомендации также указывают на необходимость хотя бы примерного понимания того, насколько образован пациент, так как во многом именно от этого и зависит степень понимания терминологии:

«...необходимо уделять пристальное внимание тому, как пациент отвечает на вопросы, а также эмоциональному состоянию и интеллектуальному уровню пациента, т.к. эти показатели определяют необходимость экспликации. Важно проверять, понимает ли пациент значение определенных терминов. Некоторые пациенты, например, могут подумать, что использование слова «опухоль» означает, что у них нет рака».¹

В целом экспликация выполняет дополнительную превентивную функцию со стороны врача для того, чтобы обезопасить себя от недопонимания со стороны больного. Эту точку зрения поддерживают многие практикующие врачи-носители английского языка, а также лингвисты, специализирующиеся на коммуникации «врач — пациент». Так, Т. Хольман (T.Holman) указывает на необходимость экспликации даже тех терминов, которые с точки зрения врача элементарны для понимания:

¹ «...you should pay close attention to the patient's responses to questions, emotional state and intellectual level, as these directly affect what may need to be explained in more detail. It is important to check patients' understanding of certain terms. Some patients, for example, may think that a tumour means that they don't have cancer» [Lloyd 2009: 65].

*«Пациенты не всегда знают значение медицинских терминов, которые врачи используют в повседневной речи. Зачастую трудно определить, понимает ли вас пациент. Иногда недостаточно спросить пациента о том, понимает ли он врача, так как он может стыдиться или стесняться своего невежества».*²

Те же исследователи выделяют термины некоторых сфер медицины как потенциально более сложные для понимания:

*«Сначала нужно убедиться, что пациент понимает терминологию, связанную с сексом или частями тела, так как некоторые, казалось бы, простые термины могут быть неправильно поняты».*³

Что касается особенностей экспликации, то в этом отношении практически все исследователи оказываются единодушны: они выделяют метафору как самый действенный инструмент для объяснения значения терминов. Упоминается также необходимость такого способа экспликации, как подбор наиболее понятных метафор в зависимости от того, в какой сфере деятельности работает пациент, с последующим дополнительным объяснением этих метафор. Также в целом специалисты по коммуникации «врач — пациент» подчеркивают эффективность всех образных средств языка для достижения понимания со стороны пациента, определяя врачебную профессию как «переводческую»:

*«Вы также можете объяснять термины с использованием сравнений, метафор и диаграмм».*⁴

«Существует особое искусство подбора способа экспликации для

² *«...patients do not always understand the medical terms that are part of a doctor's everyday vocabulary. It may be difficult to know whether your patient understands you. And sometimes, simply asking if they understand is not enough, because they could be ashamed or embarrassed to admit their ignorance»* [Holman: дата обращения 02.05.16].

³ *«First check if the patient understands terminology for sexual activities or parts of anatomy, as some seemingly obvious terms may be misunderstood».* [Holman: дата обращения 02.05.16]

⁴ *«You can also explain terms to patients using analogies, metaphors and diagrams.»* [Hall 1994].

каждого пациента. Водопроводчики хорошо понимают принцип работы насосов и давление воды — это может служить хорошим сравнением для описания работы сердца. Спортсмены поймут вас лучше, если вы опишете сердце как мышцу, которая сокращается для того, чтобы совершить определенную работу за некоторое время. Одна из ролей, которую врачи играют в работе с пациентом, — это роль переводчика».⁵

«Одной метафоры редко бывает достаточно [для объяснения]. Если вы используете метафору, то ее нужно разъяснить. Если вы говорите, что аневризма похожа на выпячивание на стенке садового шланга, то нужно добавить, что чем больше выпячивание, тем тоньше стенки и тем выше вероятность разрыва».⁶

Еще один важный аспект, который можно найти в учебниках по коммуникации между врачами и пациентами,— способ верификации информации, связанный с просьбой к пациенту объяснить значение тех терминов, которые он услышал от врача. По мнению некоторых авторов, такая «зеркальная» экспликация помогает предотвратить недопонимание и недоверие:

«Самая важная вещь, на которую нужно обращать внимание во время сбора анамнеза, — это использование жаргонизмов и терминов. Вы не можете быть уверены в том, что пациенты понимают даже такие часто используемые в повседневной речи слова и выражения, как гипертония,

⁵ «There is also an art to modify your explanation depending on the patient. A plumber has a very good understanding of pumps and water pressure—this can serve as a good analogy for the heart. Athletes could understand better if you describe the heart as a muscle that contracts to perform a certain amount of work over time <...> One of our roles in this profession is to serve as a translator for our patients». [130, дата обращения 03.05.2016].

⁶ «Metaphors by themselves are seldom sufficient. After you use one, follow up with a fuller explanation. If you say «an aneurysm is like a bulge in a garden hose» explain how these concepts are alike by saying «The bigger the bulge, the thinner the wall and the more likely it will burst». [Osborne 2012: 153].

иррадиация боли, не говоря уже о таких словах, как диспноэ. Таким образом, всегда нужно переводить медицинские термины и жаргонизмы на повседневный язык. Если пациент пользуется медицинскими терминами (например, словом «пальпитация»), попросите его объяснить, что он имеет в виду. Так вы сможете убедиться в том, что вы понимаете друг друга.»⁷

Если в отношении употребления терминологии в диалоге с пациентом авторы таких пособий не приводят существенных ограничений (при условии присутствия экспликации), то в плане введения в речь медицинского жаргона и сленговых выражений их мнение очень категорично. Так, они предупреждают, что сленговые выражения и медицинский жаргон — крайне неподходящие средства для экспликации терминов.

«Некоторые исследователи полагают, что при разговоре с пациентом врачам следует пользоваться медицинским жаргоном для того, чтобы продемонстрировать свои знания. Однако использование медицинского жаргона не лучший способ демонстрации знаний. Употребление медицинских жаргонизмов приводит к тому, что пациенты не понимают свой диагноз, не задают вопросы, так как боятся выглядеть глупыми, не могут поддерживать свободное общение с врачом.»⁸

«Рекомендуется использовать общеупотребительные слова вместо медицинских терминов. С другой стороны, разговорный язык или сленг

⁷ *«The first thing to be acutely aware of when taking a medical history is your use of jargon and terminology. You cannot assume that patients will know the meaning of even relatively everyday words like «hypertension», or what pain «radiating» means, let alone what dyspnoea is. <...> Therefore, you should always translate «medspeak» and medical jargon into everyday language. <...> If a patient does use a medical word like «palpitations», ask them to describe what they mean so you are clear that you mutually understand each other» [Washer 2009: 20].*

⁸ *«Some researches suggest that physicians may use medical jargon when speaking with consumers as a way of demonstrating their knowledge...but using medspeak is not the best way to demonstrate knowledge. Medspeak leaves patients confused about their own medical condition, intimidated about asking questions for fear they would appear ignorant in the face of such knowledge and unwilling to converse freely to the provider». [Fish Ragin 2011: 398]*

могут оскорбить пациента и поставить под вопрос профессионализм врача».⁹

Некоторые авторы приводят примеры неверного понимания отдельных жаргонных слов пациентами и его неблагоприятных последствий. Так, автор одной из статей описывает случай из практики, в котором использование медицинского жаргона привело к взаимному непониманию медицинской сестры и родственницы пациента и, как следствие, к усугублению моральных страданий последней и многочисленным жалобам [127, дата обращения 03.05.2016].

Еще одним элементом коммуникации «врач — пациент», использованию которого отведено довольно значительное место в учебных пособиях, являются эвфемизмы. Вопрос об их использовании тесно связан с одной относительно новой тенденцией, а именно стратегией честности и открытости по отношению к пациентам, или *informed consent*. Она подразумевает под собой максимальную информированность пациента о состоянии своего здоровья для того, чтобы он правильно следовал всем рекомендациям врача, не искажал их и не пренебрегал ими. Ложь, даже во благо пациента, стала восприниматься как явление абсолютно неприемлемое [Palmieri 2009: 166].

Противоречит утверждению о постоянном пополнении коммуникативного пространства «врач—пациент» эвфемизмами такая особенность, свойственная западной и, в частности, американской медицине, как ее прямота и некоторая агрессивность. Так, исследователь Л. Прэйер (L. Prayer) в своей книге *Medicine and Culture: Varieties of Treatment in the US, England, West Germany and France* определяет американскую медицину как «обсессивно-компульсивную», ориентированную прагматически [Prayer 1996]. Российский исследователь С.И. Филиппченкова подмечает в своей

⁹ «It is advisable to use simple words rather than medical terminology. On the other hand, colloquial or «street language» may be offensive and compromise professionalism». [Washer 2009: 22].

работе, посвященной построению моделей врачевания: «Американская медицина агрессивна. От рождения — более вероятно, чем где-нибудь в Европе, будет происходить на основе кесарева сечения — до смерти в больнице, от агрессивной экспертизы до профилактической хирургии американские доктора хотят сделать что-то предпочтительно в максимальной степени. Деятельную направленность американского медицинского дискурса фиксирует язык. Даже когда американская медицина склоняется к щадящим терапиям, продолжают употребляться экспрессивные слова (*aggressive language*), и слово «агрессивный» часто используется в отношении скрининга, постановки диагноза и лечения болезней» [Филиппченкова 2011].

Некоторые авторы изданий отмечают огромное количество узуальных эвфемизмов, связанных с темами смерти, болезней, а также тот факт, что процесс их образования в различных типах медицинских текстов постоянно растет. Кроме того, они указывают на то, что функции эвфемизмов в речи могут быть достаточно противоречивыми: одной стороны, в некоторых ситуациях они используются как средство смягчения негативной или грубой информации, с другой стороны, врачи могут прибегать эвфемизмам как к средству манипуляции пациентом: например, в целях «устрашения» для того, чтобы заставить его серьезнее относиться к своему здоровью. Для реализации последней из указанных функций эвфемии врач часто пользуется медицинскими терминами:

«Писательница Диана Джонсон, муж которой работает терапевтом, сравнивает современный медицинский жаргон с магическим языком, который используют шаманы, чтобы навести чары. Современный профессиональный язык врачей имеет латинское происхождение и постоянно обновляется благодаря научным достижениям. Он создает атмосферу тайны, которую можно использовать для достижения различных целей. В некоторых случаях терапевт хочет подстегнуть пациента и вызвать у него страх. Если пациенту с небольшими шумами в

сердце сказать, что у него пролапс митрального клапана, то это может заставить его вести здоровый образ жизни. И наоборот, врач может использовать медицинский жаргон для того, чтобы смягчать высказывания и успокаивать пациентов. Несомненно, выражение «на ваших легких небольшое пятно» звучит гораздо менее устрашающе, чем «у вас подозрение на опухоль».¹⁰

Отдельные пособия по обучению общению с пациентами упоминают о том, что не только медики, но и пациенты могут иногда владеть неким набором эвфемизмов и пользоваться ими, и советуют врачу быть готовым к такой ситуации:

*«Пациенты могут излагать свои жалобы нерешительно, используя эвфемизмы или выражаясь намеками».*¹¹

Кроме того, авторы таких пособий призывают врачей совсем отказаться от эвфемизмов, так как в особенно напряженные моменты они могут быть не поняты или истолкованы неправильно даже носителями языка:

*«При необходимости сообщить о смерти пациента, используйте слово «died» вместо «passed away», «we've lost them» и подобных им выражений, так как в такой напряженный момент они могут быть неправильно поняты».*¹²

Как выяснилось, самое неоднозначное отношение сложилось у исследователей коммуникации «врач — пациент» в отношении различных

¹⁰ «Novelist Diane Johnson, whose husband is a physician, compares contemporary med speak to the magic language chamans use when casting spell. The professional vocabulary of today's doctors is rooted in Latin and fertilized by science, creating an aura of mystery that can be wielded strategically. In some cases physician might want to brace up a patient with words that sound frightening. Telling one with a mild heart murmur that that he has a prolapse of the mitral valve could help scare him straight into a healthier lifestyle. Alternatively, a doctor can use med speak to smooth and mollify. Certainly, a little spot on your lung sounds far less menacing that a possible tumour». [Keyes 2010: 10].

¹¹ «Patients may introduce their real agenda tentatively<...> by using euphemisms or vague language» [Washer 2009: 71].

¹² «Tell them «I'm sorry, but [the patient] has died». Use the word «died», rather than «passed away», «we've lost them» and so on, which in the heat of the moment can be unclear» [Washer 2009: 50].

модальных значений, которые с помощью различных средств могут быть выражены в рамках коммуникации «врач — пациент». Большинство статей и учебников, которые затрагивают эти темы, указывают на то, что в категории модальности так или иначе заключен механизм воздействия, результат влияния которого трудно предугадать в диалогах между врачами и пациентами. Так, некоторые авторы склоняются к тому, что ключевым модальным значением в общении врача и пациента должно быть волеизъявление с оттенком желательности. Так, некоторые специалисты указывают на такую важную и актуальную в настоящее время характеристику речи врача, как ее нацеленность в большей степени на совет, чем на приказ:

*«Понятие «bedside manner» обычно использовалось для того, чтобы охарактеризовать покровительственную, патерналистскую модель отношений с пациентом. Новая концепция звучит как «beside manner», подразумевая, что наша работа — идти «рядом» с пациентом, быть проводниками в их путешествии в мире медицины».*¹³

Примечательно также, что некоторые учебные пособия концентрируются больше не на том, «как нужно», а «как нельзя» для того, чтобы предостеречь специалистов от неприятных ситуаций и результатов. Так, П.Уошер (P. Washer) в своей книге *«Clinical communication skills»* выделяет как нежелательные вопросы, в которых содержится контактоустанавливающее значение, выражаемое разделительными вопросами типа *«You don't have problems with that, do you?»*. По мнению исследователя, присутствие таких, казалось бы, полезных контактоустанавливающих элементов, во-первых, уже подразумевает в себе ответ и может быть воспринято как давление [Washer 2009: 14].

В некоторой степени «примирительная» точка зрения на различные

¹³ *«The term 'bedside manner' was usually applied to avuncular, medical paternalism. A new concept drops the first 'd' so it becomes 'beside manner', underscoring that our job is to be 'beside' the patient, guiding them in their medical journey»* [131, дата обращения 01.05.2016].

модальные значения в речи врача выражена в статье «Should a dentist try to influence a patient's decision» [Sernik: дата обращения 02.05.2016]:

*«Не имеет смысла искать ответа на вопрос, следует ли нам влиять на решения пациентов. Так или иначе, мы всегда влияем на решения, которые они принимают».*¹⁴

В целом, можно сказать, что коммуникация «врач — пациент» представляет собой особый тип устной речи, имеющей форму диалога, сочетающей в себе черты научного и разговорного функциональных стилей. Принимая во внимание определение языка как семиотической системы, которая существует в произведениях речи, а также определение речи как деятельности говорящего, использующего язык для общения, данные О.С. Ахмановой [Ахманова 1966: 530, 385], мы можем говорить о рассмотрении функций языка, охарактеризованных В.В. Виноградовым, в устной коммуникации «врач — пациент». Кроме того, это позволяет рассматривать коммуникацию «врач – пациент» как особый подвид языка для специальных целей. Основной целью врача в рамках коммуникации «врач — пациент» становится донесение информации до пациента в максимально понятном виде, попытки настроить пациента на доверительное общение. В то же время, как со стороны врача, так и со стороны пациента можно предположить ожидание определенных действий со стороны собеседника (например, ожидание того, что пациент будет следовать указаниям врача или ожидание того, что врач обратит внимание на жалобы пациента), несмотря на то, что медицинская этика исключает какое-либо воздействие на пациента и на его решения. В целом, есть основания полагать, что рекомендации по ведению медицинской консультации с минимальным воздействием на пациента и ограничением средств для налаживания контакта с ним далеки от того, как коммуникация «врач — пациент» выглядит в реальной жизни. Эти

¹⁴ *«The original question was 'Should we influence the patients' decisions?' The answer is irrelevant because like it or not, you always do».*

предположения позволяют выдвинуть следующую **гипотезу**: в англоязычных диалогах между специалистами-медиками и пациентами наблюдается гармоничное взаимодействие всех трех основных функций языка (сообщения, общения и воздействия).

В соответствии с объектом, предметом и гипотезой можно сформулировать **цель** данной диссертации: исследовать функции, реализуемые в коммуникации «врач — пациент», посредством анализа языковых средств и приемов, используемых участниками коммуникации.

Для достижения вышеназванной цели необходима постановка и решение следующих **задач**:

1. осветить существующие в лингвистике взгляды на коммуникацию «врач — пациент» и ее характеристики.

2. рассмотреть процесс становления и основные черты функционального подхода к анализу текстов.

3. выявить и проанализировать основные лексико-стилистические явления, которые отвечают за реализацию речевых функций в общении «врач — пациент».

4. определить, какая функция или набор функций реализуется с помощью тех или иных лексико-стилистических средств.

5. провести параллели между соотношением функций сообщения, общения и воздействия в речи врача с соответствующим соотношением их в речи пациента.

6. сравнить результаты анализа, полученные в рамках настоящего исследования, с рекомендациями, обозначенными в пособиях для обучения искусству медицинского консультирования.

Для решения указанных задач на практике нами были использованы следующие **методы**:

- дедуктивный метод;
- элементы общенаучного описательного метода;

- стилистический анализ;
- метод сравнения;
- частотный анализ.

Материал исследования включает в себя аутентичные англоязычные диалоги между врачами и пациентами, представленные в виде скриптов общим объемом около 2000 печатных страниц. Среди них основную часть составляют консультации терапевтов, гастроэнтерологов, нефрологов, кардиологов: всего около 60 врачей и 60 пациентов. Большинство диалогов были записаны за последние 10-15 лет. Материалы были предоставлены, в частности, следующими источниками: врачами общей практики, проживающими в США, закрытым для общего пользования веб-сайтом Гамбургского университета, располагающим небольшим корпусом диалогов «врач — пациент» на разных языках. Также небольшая часть материалов изначально была представлена в виде аудиозаписей длительностью приблизительно 200 минут — как дополнительный материал к одному из учебных пособий по коммуникации «врач — пациент» издательства Cambridge University Press. Данные аудиозаписи для последующего анализа также были переведены в письменный текст.

Теоретическая база настоящего исследования представлена фундаментальными трудами отечественных и зарубежных ученых, охватывающих следующие вопросы и явления:

- функциональная стилистика, основные функции языка и их соотношение в текстах различных функциональных стилей (О.С. Ахманова, Р.А. Будагов, В.В. Виноградов, Н.М. Кожина, А.И. Комарова, А.А. Липгарт, Н.М. Разинкина и др.);
- особенности английского языка медицины (Г.А. Абрамова, В.В. Жура, Э.В. Маргания, С.И. Маджаева, Е.Н. Маленова, М.В. Оганесян, Д.А. Хайдарова и др.);
- вопросы определения и функций терминов в произведениях

научного и других стилей (О.С. Ахманова, Л. Бесекирска, О.Г. Борисова, Г.О. Винокур, С.В. Гринев, В.П. Даниленко, Б.Н. Кобрин, В.М. Лейчик, А.А. Реформатский, В.А. Татарин, С. Lynch, J. C. Sager и др.);

- эвфемизмы, их классификации и функции (А.М. Кацев, Е.В. Кипрская, Л.П. Крысин, Е.Н. Малыгина, Е.П. Сеничкина, Д.Н. Шмелев и др.);
- модальность и подходы к ее изучению, основные модальные значения (Ш.Балли, М.Я. Блох, Н.С. Валгина, В.В. Виноградов, И.Г. Гальперин, П.А. Лекант, Т.В. Матвеева, Т.В. Романова, В. Hale, A. Hoffman, F.R. Palmer и др.)

Научная новизна данного диссертационного исследования заключается в том, что коммуникация «врач — пациент» впервые была рассмотрена через призму функционального подхода. Кроме того, впервые было уделено внимание особенностям использования терминологии и эвфемизмов не только в речи врача как профессионала, но и в речи пациента; впервые были описаны некоторые теоретические явления, такие как механизмы формирования контекстуальной омонимии.

Теоретическая значимость данной работы заключается в том, что она вносит вклад в исследования коммуникации «врач — пациент» с точки зрения функциональной стилистики, продолжая традиции отечественного языкознания и в то же время выявляя некоторые вопросы, которые до этого были лишь поверхностно затронуты в рамках данного подхода. В частности, разрабатываются проблемы медицинской терминологии, эвфемизации и модальности: приводятся доказательства существования терминологической синонимии и омонимии, предложены классификации терминов по семантическим группам и экспликационным моделям в речи врачей, классификация терминов, используемых в речи пациентов, определены типы модальных значений, наиболее типичных для речи врача и пациента.

Практическая ценность диссертации состоит в том, что ее результаты могут быть положены в основу пособий по обучению коммуникации «врач — пациент» на английском языке, что особенно актуально в настоящее время, когда российские специалисты нередко консультируют пациентов-иностранцев. В результате разработки обучающей программы на базе данного исследования у российских специалистов может появиться возможность обучения коммуникации с пациентами на примере трудностей, с которыми сталкиваются на практике их коллеги-носители английского языка. Также они смогут оценивать потенциальные риски, вызванные нарушением коммуникации, и находить способы избежать их. Такая перспектива приобретает особую ценность, если принимать во внимание тот факт, что на данный момент такие вопросы практически не затрагиваются в пособиях по английскому языку для специальных целей для российских врачей и студентов-медиков.

На защиту выносятся следующие **положения**:

1. Основная функция медицинской терминологии в коммуникации «врач — пациент» — функция сообщения, однако в то же время термины используются для воздействия на реципиента и реализации функции общения.

2. Коммуникация «врач — пациент» построена на внутриязыковом переводе, основой которого является синонимия терминов, а также синонимические отношения между терминами и нетерминами.

3. В коммуникации «врач — пациент» присутствует явление внутрисистемной терминологической омонимии, которая возникает за счет усечения терминов, имеющих общую основу с точки зрения морфемной структуры. Определяющую роль в понимании таких единиц играет контекст; кроме того, их использование упрощает общение с пациентами, так как они придают речи более неформальный характер.

4. Реализация функции общения в коммуникации «врач — пациент»

происходит как с помощью лексических, так и с помощью синтаксических средств. Основу лексических средств составляют эвфемизмы, в то время как в состав синтаксических средств входят редуцированные вопросы, различные типы синтаксических повторов.

5. Различные способы выражения модальности в медицинских консультациях играют роль инструментов воздействия на слушающего.

Что касается **апробации исследования**, то главные аспекты и промежуточные результаты работы над диссертацией обсуждались во время заседаний кафедры английского языка для естественных факультетов факультета иностранных языков и регионоведения МГУ им. М.В. Ломоносова в 2013-2016 гг. Кроме того, большая часть положений, присутствующих в диссертации, нашли отражение в докладах, представленных на следующих конференциях:

1. «Ломоносовские чтения-2014» (МГУ им. М.В. Ломоносова, г. Москва, 2014)
2. XXI международная конференция студентов, аспирантов и молодых ученых «Ломоносов-2014» (МГУ им. М.В. Ломоносова, г. Москва, 2014)
3. Международная заочная научно-практическая конференция «Теоретические и практические аспекты развития современной науки» (2015)
4. Конференция «Языки и культуры в современном мире» (г. Коломна, 2016)

По итогам выступлений на данных конференциях были опубликованы статьи с основными положениями докладов. По теме научной работы опубликовано девять научных статей, в которых изложены основные положения диссертации. Две из них опубликованы в научных журналах из Перечня рецензируемых научных изданий, принятого Ученым Советом МГУ им. М.В. Ломоносова («Вестник Тверского государственного университета», «Мир науки, культуры, образования»), а еще четыре вышли в журналах, входящих в Перечень изданий, рекомендованных Высшей аттестационной

комиссией России для публикации работ на соискание степени кандидата и доктора наук («Казанский педагогический журнал», «Международный научно-исследовательский журнал», «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»).

Структура настоящего диссертационного исследования обусловлена его целью и задачами и включает в себя введение, четыре главы, заключение, библиографию и приложение.

Во **введении** основное внимание сфокусировано на обосновании актуальности исследования, определяются его объект и предмет, формируется основная гипотеза, цель и задачи диссертации, представлены положения, вынесенные на защиту, перечислены главные труды, составляющие основу теоретической базы работы в общем и особенностям коммуникации «врач — пациент» в частности, обозначены методы анализа, а также новизна исследования.

В **первой главе** излагаются основные теоретические положения функциональной стилистики. В частности, рассматриваются основные черты, свойственные научному стилю речи. Также излагаются актуальные для данного исследования основополагающие вопросы, связанные с понятиями термин, эвфемизм, модальность, которые уточняются в рамках функционального подхода. Помимо общего обзора этих понятий, в данной главе можно найти более частное рассмотрение их роли в языке медицины.

Вторая глава содержит анализ терминов, используемых в коммуникации «врач — пациент», как основных элементов реализации функции сообщения. При этом использование терминов врачами и пациентами рассматривается отдельно. Особое внимание в рамках этой главы уделено вопросу использования специальных и общеупотребительных терминов, терминологической синонимии и омонимии, а также их роли в механизме экспликации, который является одним из центральных в медицинских консультациях.

Третья глава посвящена анализу функции общения, которую выполняют эвфемизмы и различные синтаксические средства в речи врачей и пациентов. Особый акцент сделан на средствах эвфемизации, как лексических, так и стилистических. Предложены средства их систематизации посредством распределения на различные семантические группы.

Основу **четвертой главы** составляет анализ функции воздействия, которую выполняет модальность в коммуникации «врач — пациент». Особое внимание уделяется типам модальных значений, которые встречаются в диалогах между врачами и пациентами, а также различным лексико-стилистическим средствам их выражения.

Заключение содержит в себе обобщенные результаты проведенного в рамках исследования лингвистического анализа. В этом разделе приведены также основные выводы, сделанные по итогам анализа, а также направления, которые можно будет изучать и исследовать в дальнейшем и отправным пунктом для которых может служить настоящая диссертационная работа. Основной акцент сделан на перспективах использования результатов настоящего исследования в педагогических целях: так, приведен краткий сопоставительный анализ рекомендаций, содержащихся в специальных учебных пособиях по коммуникации «врач — пациент» для врачей-носителей английского языка, с результатами аутентичного общения во время консультаций, полученных в рамках настоящего исследования.

Библиография состоит из перечня использованной для создания диссертации литературы как на русском, так и на английском языке и включает в себя 148 наименований.

В **приложении** представлены образцы диалогов между врачами и пациентами, которые были проанализированы в рамках настоящего диссертационного исследования.

ГЛАВА 1. ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ СТИЛИСТИКА КАК ОСНОВА АНАЛИЗА КОМПОНЕНТОВ КОММУНИКАЦИИ

1.1. Основные аспекты функциональной стилистики

Речь существует как система со сложной структурой, в которой для достижения определенных целей каждый из участников коммуникации прибегает к различным языковым средствам. Многие ученые указывают на функцию сообщения как на основную речевую функцию, так как одна из главных целей коммуникации — это обмен информацией. Однако в то же время признанным фактом является то, что никакое общение не состоится без установления контакта с собеседником. Кроме того, все участники общения не могут не оказывать друг на друга воздействия. Так, И.А. Стернин утверждает, что «для общения нужен эмоциональный контакт. Если эмоционального контакта нет, то и общение не может считаться состоявшимся» [Стернин 2009: 11]. М.Р. Желтухина также полагает, что «любое использование языка, в том числе и нейтральное, предполагает воздействие; чем эмоциональнее воздействие, тем оно эффективнее» [Желтухина 2003: 68]. В свою очередь, Р. Блакар писал о том, что «выразиться нейтрально невозможно» [Блакар 1987: 92], добавляя, что любое использование языка предполагает эффект воздействия. Несмотря на то, что значительная часть лингвистов признает взаимодействие упомянутых выше функций в человеческой речи, их сочетание в различных диалогах может быть совершенно различным. Очевидно, что исследование того, в каких пропорциях эти функции присутствуют в разных типах общения, а также изучение средств реализации этих функций, может стать ключом для выявления многих закономерностей и особенностей различных типов коммуникации.

Следует отметить, что в контексте современных исследований устной речи особенно выделяется дискурсивный подход: он позволяет подчеркнуть разворачивающийся во времени характер коммуникации и в то же время

учитывает социальную среду, в которой она происходит. Однако тот факт, что специфика рассматриваемого в данной диссертации материала не позволяет обратиться к исследованию различных экстралингвистических факторов, социальным условиям реализации коммуникации «врач — пациент», особенностям агентов коммуникации, делает применение этого метода невозможным.

Именно в силу упомянутых выше факторов в данной работе для исследования диалогов между врачами и пациентами будут использованы принципы и методы функциональной стилистики. В качестве основных стилеобразующих элементов устной коммуникации «врач — пациент» нами были выбраны термины, эвфемизмы, а также модальность. С одной стороны, эти элементы обладают максимальным потенциалом в выражении функций сообщения, общения и воздействия. Соответственно, с другой стороны, как показал анализ материала, эти компоненты не всегда проявляют себя именно в тех функциях, которые априори были «закреплены» за ними в рамках различных стилей (например, термины чаще всего ассоциируются с функцией сообщения). В то же время, следует подчеркнуть, что границы между этими функциями зачастую оказываются размыты. На наш взгляд, поведение данных языковых явлений в коммуникативном пространстве «врач — пациент» становится ключевым для выявления специфики этого текста с точки зрения функциональной стилистики.

В связи с этим целесообразно более подробно рассмотреть историю становления функциональной стилистики как раздела языкознания, а также опыт исследования различных типов текстов с точки зрения принципов данного подхода.

В.В. Виноградов, основоположник отечественной функциональной стилистики, следующим образом сформулировал определение функционального стиля: «Стиль — это общественно осознанная и функционально обусловленная, внутренне объединенная совокупность

приемов употребления, отбора и сочетания средств речевого общения в сфере того или иного общественного, общенационального языка, соотносительная с другими такими же способами выражения, которые служат для иных целей, выполняют иные функции в речевой общественной практике данного народа» [Виноградов 1955: 73]. В частности, данное определение предполагает, что, во-первых, каждый стиль имеет конкретную целевую направленность, а также набор особых языковых средств, что проявляется на разных уровнях языка. Важен также тот факт, что каждый стиль соотносится с другими стилями, которые вместе представляют собой систему. На наш взгляд, особого внимания заслуживает различие В.В. Виноградовым стилей языка и стилей речи. Это означает, что в рамках данного направления изучаются не просто структурные особенности языка, а специфика его функционирования в речевых актах. В соответствии с различными сферами жизни человека (сфера бытового общения, учебной и научной деятельности, делового общения, общественно-политической деятельности).

Следует отметить, что того же мнения придерживался также Р.А. Будагов. В своем труде «Литературные языки и языковые стили» ученый отмечает, что особенности, различающие различные стили, «являются не абсолютными, а относительными» [Будагов 1967: 69]. Кроме того, Р.А. Будагов подчеркивает, что существуют значительные различия между стилистическими особенностями устной и письменной речи. В частности, этот лингвист особо выделяет тот факт, что языковые стили являются более фиксированными и меняются медленнее, чем различные речевые стили. На наш взгляд, эта особенность имеет большую значимость при анализе особой устной речи, которой является коммуникация «врач — пациент».

Относительность предложенной В.В. Виноградовым классификации стилей подчеркивала в своей монографии и Н.М. Кожина. Так, исследователь утверждала, что «в реальной языковой действительности функциональные разновидности речи (функциональные стили) существуют как в виде

«чистого» и типичного представления специфики данного стиля, так и в вариантах, более или менее близких к нему либо отдаленных, то есть составляющих ядро (центр) и периферию. <.....> Каждый функциональный стиль подразделяется на подстили, а они, в свою очередь, на более частные разновидности и т.д., вплоть до проявления в речи индивидуального своеобразия. Такое деление не означает, что утрачиваются черты более «крупных» речевых разновидностей («макростилей»). Например, во всех частных («подстилевых», жанровых и др.) разновидностях научной речи сохраняются черты, свойственные вообще научному стилю. Вместе с тем в зависимости от влияния на речь частных экстралингвистических факторов <.....> конкретное высказывание имеет, кроме основных, специфичных вообще для научной речи, ряд частных стилевых особенностей, которые как бы наслаиваются на основные, сосуществуют с ними либо отчасти модифицируют их» [Кожина 2008: 125]. Также для нашего исследования особо актуальна идея полевой структуры функционального стиля, где в виде центра представляются типичные черты макростилей в их чистом виде, интенсивность проявления которых снижается по мере движения в периферии. Различные подстили и даже более мелкие стилевые дробления могут располагаться на самых разных точках такого «поля» в зависимости от сочетания в нем признаков различных функциональных стилей. Таким образом, имеет смысл выделять в исследуемом типе коммуникации элементы - «носители» доминирующей функции, а также вспомогательные компоненты, которые определяют отдаление этого типа коммуникации от «ядра».

На наш взгляд, в «Словаре лингвистических терминов» О. С. Ахмановой предлагается наиболее точное определение стиля с точки зрения выполняемых им функций: «Стили функциональные — Стили, дифференцируемые в соответствии с основными функциями языка — общения, сообщения и воздействия — и классифицируемые следующим

образом: стиль научный — функция сообщения, стиль обиходно-бытовой — функция общения, стиль обиходно-деловой — функция сообщения, стиль официально-документальный — функция сообщения, стиль публицистический — функция воздействия, стиль художественно-беллетристический — функция воздействия» [Ахманова 1966: 456]. Как уже говорилось выше, подобную четкую стилевую дифференциацию очень сложно применить к любому письменному или устному тексту. Однако с ее помощью можно выделить более ярко выраженный стержень, свойственный каждому тексту, и таким образом понять его функциональное назначение. Этот способ может также оказаться особенно эффективным при исследовании «периферийных», стилистически смешанных текстов.

Поскольку до настоящего времени язык медицинских консультаций не изучался лингвистами с точки зрения стилистики, можно предположить, что в коммуникации «врач — пациент» главенствующими являются черты научного функционального стиля, так как в таких диалогах неизбежно вхождение в научную медицинскую сферу, ее лексику. Общение между медиками и больными нацелено прежде всего на передачу информации, то есть очень важную роль в нем играют элементы, с помощью которых реализуется функция сообщения. По этой причине особое внимание следует уделить теоретическим аспектам научного функционального стиля.

С нашей точки зрения, из всех выделенных В.В. Виноградовым стилей научный стиль является самым неоднородным. Прежде всего, это связано со значительными расхождениями между теоретическими признаками научного стиля и реальным соотношением стилистических элементов в различных типах научных текстов. Стилистическая неоднородность присуща всем «макростилям», однако именно в научном тексте ярче всего проступает ее противоречивый характер. Письменная и устная речь художественного, публицистического и других стилей также может содержать в себе нетипичные стилистические компоненты, однако она всегда сохраняет ту

функцию (сообщения, воздействия или общения), которая выделена для конкретного стиля в качестве доминирующей. Так как научное исследование подразумевает точность при изложении его результатов, в качестве основных черт научного стиля были выделены отвлеченность и обобщенность (что предполагает наличие обобщенно-личных конструкций и размытость авторизации), логичность, точность (терминологичность, то есть присутствие как общенаучных, так и специальных терминов), отсутствие общедоступности [Виноградов 1986: 19]. Кроме того, одной из целей текста научного стиля является выведение определенных научных выводов, которые должны характеризоваться объективностью и беспристрастностью. Для научного текста отдаление от вышеуказанных признаков и появление какой-либо другой функции, кроме функции сообщения, считалось недопустимым — это нарушало бы принцип объективности такого текста и ставило бы под угрозу его научность. Однако на протяжении многих лет в рамках изучения произведений научного стиля появились работы, в которых приводятся доказательства не только присутствия в них признаков других стилей, но и фактического «равноправия» функций сообщения и воздействия в некоторых типах научного текста.

Так, в своей монографии А.И. Комарова указывает на то, что помимо элементов, соотносимых с функцией сообщения, в научной речи присутствуют черты, свойственные другим функциям (общения и воздействия), причем проявленность элементов разных функций может быть весьма различной в произведениях речи, даже близких по содержанию. Это делает научный регистр неоднородным в языковом плане. [Комарова 2004: 10]. В той же работе содержится вывод о том, что «экспрессивность» и «выразительность» научной речи, ее «образность и элементы «эмоциональной оценки», вносимой в научный текст, стали предметом многих исследований, основной вывод которых заключается в том, что научная речь представляет собой совокупность элементов трех основных

функций языка» [Комарова 2004: 29].

Особо следует отметить выделение наиболее типичных лингвистических характеристик для стилистически маркированных и нейтральных научных текстов в работе А.А. Липгарта и В.В. Хуринова «Функциональные стили современного английского языка». В первую очередь авторы выделяют фундаментальные признаки научного стиля, а именно отвлеченную обобщенность, которая выражается через употребление различных безличных конструкций, избегание персонификации. Кроме того, они упоминают такие специфические черты научных текстов, как «частое использование в них терминологических и общенаучных существительных и прилагательных; тенденцию к сужению семантики многих лексических единиц за счет их употребления в словосочетаниях со специальными существительными или прилагательными» [Липгарт 2009: 77]. В то же время, А.А. Липгарт и В.В. Хуринов отмечают рост количества вариативных средств в стилистически маркированных научных текстах, к примеру, наличие терминологической синонимии, увеличивающуюся идиоматичность, использование большого количества описывающих прилагательных, маркированных элементов, «связывающих текст с литературными произведениями» [Липгарт 2009: 72]. Наконец, авторы отмечают, что в стилистически маркированных научных текстах сохраняются «черты, относящиеся к инвариантным для данного стиля».

Н.М. Разинкина указывает на то, что «идентификация стилистически значимых явлений языка связана с выявлением различий по линии ряда оппозиций, из числа которых основными являются следующие: логическое/эмоционально-оценочное, образное/безобразное, устное разговорное/ письменное литературно-книжное [Разинкина 2009: 33]. Автор подчеркивает значимость подобных дихотомий при стилистическом анализе письменной и устной речи в условиях отсутствия системы «общих принципов, которые могли бы лечь в основу анализа любого

функционального стиля» [Разинкина 2009: 37].

Среди работ, в которых рассматривается явление стилистической неоднородности различных жанров медицинской коммуникации, особо следует выделить труды Г.А. Абрамовой и Е.А. Костяшиной. Так, Г.А. Абрамова в своей диссертации, посвященной свойствам и тенденциям развития медицинской лексики, подчеркивает, что стилистическое расслоение языка медицины привело к формированию внутри него отдельных «языков», специфика которых зависит от адресатов. В первую очередь, речь идет о значительных лексических различиях в общении специалистов-медиков между собой и в коммуникации «врач — пациент». Кроме того, типы медицинских текстов, по мнению исследователя, значительно отличаются друг от друга не только лексически, но и стилистически [Абрамова 2003]. Е.А. Костяшина, в свою очередь, обращает внимание на стилистическое взаимодействие элементов различных стилей в рамках медицинских статей [Костяшина 2008].

1.2. Взгляды ученых на вопросы терминологии

К настоящему времени изучению терминов, в том числе и в медицинской сфере, посвящено сотни работ отечественных и зарубежных лингвистов. Особый вклад в исследование проблем и явлений, связанных с терминами, внесли Г.О. Винокур (1939), Б.Н. Головин (1987), С.В. Гринев (1993), В.П. Даниленко (1977), Т.А. Канделаки (1970), В.М. Лейчик (2007), Д.С. Лотте (1961), А.А. Реформатский (1986), А.В. Татаринov (1988, 2006), Н.Ж. Коскаерт (2015), F. Steurs (2015), S.E. Wright (1997) и др. Однако до сих пор нельзя говорить о каком-либо единообразии в определении понятия «термин», а также в подходах к изучению данных лексических единиц. В связи с этим из большого разнообразия вопросов, связанных с исследованием терминов, здесь следует сосредоточиться на аспектах, наиболее актуальных для современной терминологии в целом и для медицинской терминологии в частности.

Среди зарубежных исследователей терминологии нами были рассмотрены, в частности, работы Х. Сэйджера (J.C. Sager), который уделял особое внимание различным аспектам формирования терминов: предметной сфере, особенностям людей, которые принимали участие в формировании термина, предпосылкам к его появлению; а также методам формирования терминов: использование уже существующих ресурсов, модификация существующих ресурсов, создание новых единиц [Sager 1997]. Такие авторы, как Х. Кокаэрт и Ф. Стерс (H. J. Kockaert, F. Steurs) посвящают свои исследования вопросам систематизации терминологии и проблемам ее перевода [Kockaert, Steurs]. К. Линч (C. Lynch) в своей статье рассматривает особенности медицинской терминологии, определяя ее как «*information intense terminology*» и подчеркивая необходимость ее четкой систематизации [Lynch 1997].

В отечественной лингвистике выделяются два основных подхода к

определению термина. Так, Д.С. Лотте и его последователи полагали, что термин является особым словом, которое в отличие от обычного слова выражает фиксированное понятие. Таким образом, они рассматривали терминологию отдельно от общелитературного языка, предъявляя к ней сразу несколько требований: семантические (непротиворечивость семантики, однозначность, полнзначность, отсутствие синонимов), требования к форме (соответствие нормам языка, лексическая и формальная краткость, деривационная способность, инвариантность, мотивированность и систематичность) и прагматические (общепринятость термина, тенденции к интернационализации термина, благозвучность) [Лотте 1961: 38-41]. Еще один набор условий для идеального термина сформулировала В.Д. Табанакова; во многом они совпадают с критериями, приведенными выше, но к ним также добавляется отсутствие эмоциональной окраски как отличие термина от профессионализма [Табанакова 1999: 27-28].

Противоположный подход был сформулирован Г.О. Винокуром. Согласно мнению ученого, «термины — это не особые слова, а только слова в особой функции» [Винокур 1939: 5]. Тем самым Г.О. Винокур подчеркивал тот факт, что термины являются неотъемлемой частью общелитературного языка. Он и его последователи полагали, что для терминов свойственны те же процессы, что и для других лексических единиц языка, а также подчеркивали необходимость изучения этих процессов.

Первый из перечисленных подходов к определению терминов в рамках нашей работы не является релевантным: мы столкнулись с примерами синонимии и омонимии терминологических единиц в языке коммуникации «врач — пациент», что противоречит требованиям, выдвигаемым представителями данной школы. Принятие определения термина в рамках подхода Г.О. Винокура также затруднительно, так как оно, по сути, ставит под вопрос существование терминов как класса лексических единиц в пределах языка. Вследствие этого, в нашей работе в качестве определения

термина мы принимаем формулировку, приведенную в работе В.М. Лейчика: «Термин — лексическая единица определенного языка для специальных целей, обозначающая общее — конкретное или абстрактное — понятие теории определенной специальной области знаний или деятельности» [Лейчик 2007: 32]. Данное определение характеризует термин прежде всего с точки зрения терминоведения и позволяет рассматривать разнообразные процессы, связанные с терминами в различных текстах, в нашем случае — в рамках общения между врачами и пациентами.

Еще один спорный вопрос в изучении терминологии возникает по причине того, что в настоящий момент не существует единого мнения о статусе терминов в рамках общелитературной лексики. Согласно одной из точек зрения, обозначенной выше, термины обладают рядом признаков, которые позволяют выделить их в отдельный класс, а также противопоставлять их общеупотребительным словам, обозначающим те же понятия. С другой стороны, некоторыми авторами было предложено изучать термины без их особого выделения в пределах общелитературного языка. Так, Р.Ю. Кобрин утверждает, что одни и те же слова в различных контекстах могут выступать в роли терминов или нетерминов [Кобрин 1981]. О.С. Ахманова в «Очерках по общей и русской лексикологии» приводит известный пример функционирования существительного «звезда» в различных контекстах. В частности, в работе содержится вывод о том, что некое слово, использованное в статье по физике, и то же слово, употребленное в повседневном разговоре, являются омонимами, так как они обозначают совершенно разные понятия. При этом в специальном контексте слово «звезда» выступает роли термина, а в повседневной разговорной речи — как общеупотребительное слово [Ахманова 1957]. В.А. Татаринцов, говоря о специфике функционирования терминов в языке и речи, подчеркивал, что «термины различных отраслей не существуют изолированно, они взаимодействуют друг с другом, формируя при этом такие классы

терминологических единиц, как общенаучная и общетехническая лексика, межотраслевые и отраслевые термины» [Татаринов 1988: 9]. В медицинской сфере, которая очень тесно соприкасается с повседневностью, вопрос разграничения терминов и нетерминов стоит наиболее остро. Медицинская терминосистема постоянно соприкасается с терминосистемами смежных с медициной наук: биологией, химией, физикой, фармацевтикой и т.д. Постоянное обогащение терминологического аппарата медицинских терминосистем происходит как за счет его пересечения с терминосистемами смежных наук, так и в силу естественных причин, то есть открытия новых процессов, явлений и предметов, требующих терминологической номинации. Так как медицина — одна из самых богатых в плане количества открытий и изобретений областей, введение в язык новых медицинских терминов вследствие этого происходит очень часто. Применительно к коммуникации «врач — пациент» можно говорить, с одной стороны, о проблеме различного функционирования терминов в речи врачей и пациентов и, с другой стороны, о вопросе отнесения некоторых лексических единиц к разряду терминов. Так, названия многих органов давно стали частью общеупотребительной лексики, однако в некоторых контекстах они могут выступать как слова с терминологическим значением. Кроме того, некоторые термины обязаны своим появлением именно разговорной речи: к примеру, словосочетание *keyhole surgery*, основанное на метафоре из бытовой сферы, в настоящий момент употребляется в специализированной медицинской литературе наравне с термином греческого происхождения *laparoscopy*. Все эти факторы неизбежно накладывают отпечаток на специфику коммуникации «врач — пациент», а также значительно обостряют многие обозначенные выше общие проблемы терминологии.

Наиболее сложно определить статус термина в текстах, которые по своей стилистической природе являются пограничными, то есть расположенными на стыке нескольких стилей. Так, употребление терминов

является одним из определяющих признаков устной или письменной речи научного функционального стиля, адресатом которого, как правило, являются специалисты в конкретной сфере знания. Однако в коммуникации «врач — пациент» основным реципиентом терминологического потока является пациент, для которого этот пласт лексики может представлять особую сложность из-за отсутствия у него специальных медицинских знаний. Тем не менее в коммуникации между врачом и пациентом сложились разнообразные языковые стратегии, позволяющие обеспечить понимание между участниками общения. На наш взгляд, на один из факторов, позволяющих обеспечить взаимопонимание между больным и медиком, указала в своем диссертационном исследовании Г.А. Абрамова: «Функционально-стилевое перераспределение медицинской лексики в значительной степени обусловлено экстралингвистическими причинами: часть медицинской лексики, которая составляет необходимый для общения врача и пациента словарный минимум, более актуальна для рядового члена общества, чем специальная лексика других наук (например, высшей математики, химии или астрономии), поэтому определенные медицинские термины легко проникают в общелитературный язык» [Абрамова 2003: 37]. В той же работе подчеркивается, что «в одном и том же тексте могут употребляться различные в плане стиля наименования (термины и профессионализмы, общеупотребительные и просторечные слова). Это связано с особой прагматикой общения на медицинские темы, возможностью, а часто и необходимостью переключения с одного стиля профессиональной речи на другой, в зависимости от условий коммуникации» [Абрамова 2003: 38]. Таким образом, можно заключить, что необходимость передавать научное медицинское знание более доступными методами от профессионалов к непрофессионалам способствует более интенсивному по сравнению с другими сферами развитию общенаучной медицинской терминологии.

Аналогичный вопрос рассматривала С.А. Бурляй в своем

диссертационном исследовании «Взаимодействие терминологической и общеупотребительной лексики в современном французском языке». В своей работе автор указывает на различные пути взаимопроникновения общеупотребительной лексики в терминологию и наоборот: сужение значения общеупотребительного слова, метафора, метонимия, функциональная номинация. В то же время, в работе показаны пути проникновения терминов в общеупотребительную лексику. Первым этапом в этом процессе был назван подготовительный этап детерминологизации, употребление сначала в стилистически неспециальном контексте, где термин становится стилистически маркированным словом [Бурляй 1974: 22]. Затем, по мнению С. А. Бурляй, следует окказиональная детерминологизация — употребление стилистически переосмысленных слов в среде общеупотребительной лексики. Последним этапом становится образование на базе термина нетерминологического значения.

Можно предположить, что коммуникативное пространство «врач — пациент» выступает в роли благоприятной почвы для самых разнообразных лексико-стилистических явлений и процессов: от терминологической синонимии до образования новых терминов. Если бы медицинская терминология была ограничена только научным текстом или речью, ее развитие было бы менее противоречивым, но в то же время и более односторонним и ограниченным.

Кроме того, актуальным для нашего исследования является вопрос о номинативности термина. Подходы к нему у разных ученых-лингвистов также значительно различались. А.А. Реформатский полагал, что наиболее релевантными для называния терминов являются имена существительные. Согласно мнению ученого, термины, которые были образованы на базе других номинативных частей речи, могут быть включены в словари в том случае, когда их невозможно заменить синонимичным термином-существительным [Реформатский 1986: 163-198]. О.С. Ахманова выразила

предположение о том, что «в европейских языках система существительных настолько развита, что имеются неограниченные возможности образовывать отвлеченные существительные от основ прилагательных, и основной состав терминологического списка может быть исчерпан существительными» [Ахманова 1966: 11]. Аналогичной точки зрения в плане грамматической принадлежности терминов придерживались Г.О. Винокур, Т.Л. Канделаки, С.В. Гринев. Однако постепенно стала очевидной необходимость называния не только явлений и предметов, связанных с научным познанием, но и действий и признаков. В данной работе мы разделяем точку зрения В.П. Даниленко, которая утверждала, что к разряду терминов могут быть отнесены не только существительные, но и прилагательные, наречия, глаголы [Даниленко 1977: 37].

В медицинской сфере терминами являются не только существительные, называющие различные научные явления, заболевания, процессы и процедуры, но и другие части речи, которые зачастую образованы от терминов-существительных, к примеру, *abdomen* — *abdominal*, *ventilation* — *to ventilate*, *percussion* — *to percuss*. В рамках данной работы, помимо терминов-существительных, будут рассмотрены также термины-прилагательные, термины-глаголы и термины-наречия и особенности их использования в коммуникации «врач — пациент».

1.2.1. Трактовки вопроса о синонимии терминов

Противоречивостью отличаются вопросы не только о взаимном влиянии и разграничении терминологии и общеупотребительной лексики, но и о возможности существования среди терминов явлений синонимии. Как уже было упомянуто выше, такое условие, как однозначность термина и отсутствие у него синонимов, многими авторами были обозначены среди признаков идеального термина. Однако за многие десятилетия исследований, посвященных природе терминов, были отмечены значительные отклонения от «нормы» в отношении этого условия.

Синонимия в терминологии на протяжении многих лет рассматривалась лингвистами с совершенно разных точек зрения. Так как несколько десятилетий назад многими учеными выдвигалось такое требование к термину, как отсутствие у него синонимов, явление синонимии из исследовательских работ фактически было исключено. Однако в более поздних исследованиях существование синонимии в терминологии уже не отрицалось, хотя и считалось крайне нежелательным. Так, С.В. Гринев, несмотря на замечание о том, что синонимия «приводит к затруднению взаимопонимания и вызывает бесчисленные споры о терминах» [Гринев 1993: 107], выделил различные разновидности синонимов: абсолютные (с тождественным значением) и условные (со сходным значением, которые в некоторых условиях могут быть использованы в качестве абсолютных). В рамках абсолютных синонимов ученый выделил следующие варианты: абсолютные синонимы, полученные вариацией формы термина, и дублиеты (абсолютные синонимы с разной формой) [Гринев 1993: 109]. В.С. Гусятинская в своем диссертационном исследовании подчеркивала, что «синонимия является результатом разнообразия способов построения нестандартных терминов, причем результатом нежелательным, поскольку ее наличие мешает точности научного общения» [Гусятинская 1998: 27]. Такого

же мнения придерживались Е.Н. Толикина [1970: 78], А.В. Лагутина [1967].

По мере того как увеличивалось количество работ, посвященных терминологии разных сфер знания, позиция многих исследователей стала меняться в сторону меньшей категоричности. В результате, несмотря на негативные оценки терминологической синонимии со стороны целого ряда авторов середины и конца XX века, в настоящее время невозможно отрицать ее существование и бурное развитие. Кроме того, в некоторых работах можно обнаружить не только утверждение о том, что явление синонимии имеет место в терминологии, но и попытки найти обоснование ее возникновению и стремительному росту.

Так, В.А. Татаринов рассматривал явление синонимии как свидетельство и следствие развития науки: «Чем выше уровень развития науки, тем синонимичнее мышление специалиста» [Татаринов 2006]. С.И. Маджаева в своей докторской диссертации указывала на то, что «важность функционирования синонимов заключается в том, что они позволяют изучать некоторый фрагмент действительности с разных точек зрения» [Маджаева 2012: 163]. К.Я. Авербух указывал на неизбежность этого процесса, объясняя его тем, что «вариативность — фундаментальное и всепоглощающее свойство всего окружающего нас мира, и языковые объекты не являются здесь исключением, будь то слова в общезыковой сфере или термины в LSP» [Авербух 2002: 192-194].

Очень важным событием, на наш взгляд, было обоснование синонимии терминов как стилистически обусловленного феномена: «термины-синонимы могут быть использованы для номинации близких понятий, а также с стилистической (модернизации, специализации текста), эвфемистической целью» [Котелова 1970: 123]. Переходя к более частному вопросу, а именно к рассмотрению явления синонимии в медицинских терминосистемах, следует сказать, что среди медицинских терминов явление синонимии особенно распространено. Г.В. Щуракова в своей работе «Синонимические отношения

в медицинской терминосистеме немецкого языка» обращала особое внимание на то, что «медицинская терминология характеризуется противоречием между стремлением терминологической нормы к однозначности и коммуникативной необходимостью в варьировании понятий, приводящей к умножению названий» [Щуракова 1991: 3]. В работе И.В. Мотченко, посвященной лексическим особенностям английского языка медицины, отмечено, что «в среднем терминологические синонимы составили около 30% от общего объема выборки» [Мотченко 2001: 160]. В других исследованиях, посвященных анализу более узких медицинских терминосистем, также было отмечено присутствие большого количества терминов-синонимов. М.В. Токарева подчеркивает, что «в подъязыке нефрологии и урологии синонимичными являются 15,1% терминов от всей выборки» [Токарева 2003: 158]. С. И. Маджаева при анализе терминологии сестринского дела на английском языке подсчитала, что синонимы составляют около 7% всей выборки [Маджаева 2005].

На наш взгляд, самое обобщенное объяснение существования терминов-синонимов в медицине заключается в том, что постоянно происходит процесс интеграции и обмена медицинскими знаниями, результатами экспериментов, авторскими вариантами названий для того или иного нового явления. Все это влечет за собой большое разнообразие для наименований одного и того же медицинского понятия.

Кроме того, это явление объясняется тем, что исторически в английском языке для обозначения, в частности, некоторых болезней, органов, частей тела использовались сразу несколько терминов-синонимов: с одной стороны, латинского или древнегреческого происхождения, с другой стороны, исконно английского происхождения. Так, до настоящего времени как в чисто профессиональном медицинском общении, так и в коммуникации «врач — пациент» сосуществуют такие синонимичные пары, как *rubella/German measles, parotitis/mumps, clavicle/collar bone, patella/knee* и т.д.

Важно упомянуть также, что для медицинской сферы довольно типичными являются эпонимы: терминологические сочетания, содержащие в себе имена собственные. Чаще всего речь идет о различных заболеваниях, частях тела, методах лечения, инструментах, в названиях которых было сохранено имя ученого, который внес свой вклад в открытие того или иного явления, в более редких случаях — имя пациента, у которого была диагностирована определенная болезнь, имена мифологических персонажей и т.д. Как правило, у каждого из медицинских терминов-эпонимов имеется синоним неэпонимичной природы. Так, эпоним *Cushing disease* известен также как *secondary hypercortisolism*, *Bekhterev's disease* — как *ankylosing spondylitis*, *Parkinson's disease* — как *hypokinetic rigid syndrome* и т.д.

Многие лингвисты, анализируя эпонимы в медицинской терминологии, особо подчеркивали отрицательные свойства таких лексических единиц. В частности, речь шла о том, что они «малоинформативны, часто громоздки, создают дополнительные синонимические ряды, трудно транслитерируются и транскрибируются; они только обозначают, маскируют научное понятие, не отражая характерных признаков описываемого объекта» [Извекова 2014: с.18]. По этим причинам в течение многих лет появлялись предложения по ограничению использования этого вида терминов, к примеру, в медицинских учебниках. Однако нет данных о том, что это действительно оказало влияние на частотность эпонимов в различных типах текстов. Во многом это связано с тем, что источником образования эпонимов является практическая деятельность в медицинской сфере: до тех пор, пока силами ученых будут происходить открытия, создаваться новые приборы и лекарства, будет продолжаться и процесс терминологической номинации с применением имен собственных.

1.2.2. Трактовки вопроса об омонимии терминов

В отечественном терминоведении до сих пор нет единого мнения по вопросу о терминологической омонимии. Прежде всего, это связано с уже описанными нами разными подходами к природе терминов. В частности, до настоящего времени малоизученным и спорным остается явление внутрисистемной омонимии, и изучение этой проблемы в более узких рамках могло бы помочь прийти к некоторым полезным теоретическим выводам. Кроме того, до сих пор не рассмотренными остаются механизмы образования внутрисистемной омонимии, а также причины ее возникновения. Также практически не имеется никаких данных по функциям, которые выполняют термины-омонимы в коммуникации, а также в каком количестве они присутствуют в различных медицинских текстах.

Прежде всего, следует отметить, что среди компонентов «идеального» термина не было напрямую упомянуто такое требование, как отсутствие у него омонимов, хотя условия, связанные с закреплением одного значения за конкретной терминологической формой, фактически подразумевали это требование. Однако в более поздних работах ставилась скорее не проблема существования омонимии в терминологии, а вопрос о дифференциации омонимии и полисемии. В терминологии способность одного слова иметь несколько значений, которые обозначают разные понятия, рассматривалась рядом лингвистов исключительно как многозначность [Брагина 1981: 79]. В то же время существовала и совершенно противоположная точка зрения. По мнению Толикиной, среди терминов многозначность невозможна. Любые проявления полисемии были охарактеризованы как омонимия, так как разным значениям соответствуют разные понятия. [Толикина 1971: 58]. Прежде всего, такая точка зрения связана с утверждением о том, что термин в пределах терминологического поля не подвергается никаким семантическим

трансформациям.

Более соответствующей действительности, по нашему мнению, стала позиция, согласно которой признается существование в терминологии как омонимии, так и многозначности. Целесообразность такого подхода была доказана в работах С.В. Гринева [Гринев 1993], В.П. Даниленко [Даниленко 1977], В.М. Лейчика [Лейчик 2007]. В рамках настоящего исследования требуется более подробно остановиться на рассмотрении терминов-омонимов.

Вслед за Б.А. Плотниковым, мы определяем омонимию как «явление, когда одна и та же языковая форма выражает разные, не связанные между собой значения» [Плотников 1984: 97]. В связи с разграничением явлений терминологической полисемии и омонимии возник новый вопрос, который мы считаем особенно актуальным для нашего исследования — вопрос о внутрисистемной и межсистемной омонимии терминов. Примечательно, что большая часть лингвистов склоняется к мнению о том, что омонимия — феномен, который может существовать исключительно в разных терминосистемах. Так, В.П. Даниленко отмечает, что омонимия «может быть охарактеризована только как межсистемное явление: либо это термины разных терминосистем (тип: деривация в лингвистике, военном деле и др.), либо это термины лексико-семантического способа образования, ставшие омонимами по отношению к породившим их словам (гусеница, нос, голова общелитературного языка)» [Даниленко 1977: 72]. Л. Бесекирска анализирует явление омонимии только с двух позиций: омонимия термина и слова общей лексики или же омонимия межотраслевых терминов [Бесекирска 1997: 83].

Необходимо особо подчеркнуть, что лингвисты, которые придерживаются мнения, что терминологическая омонимия — явление исключительно междисциплинарное, подчеркивают сложности, которые могут создаваться омонимичными терминами в рамках одной дисциплины. Так, С.В. Гринев утверждал, что «называние нескольких понятий, в

особенности принадлежащих к одной предметной области, одной лексической форме, является одной из важных терминологических проблем, поскольку оно встречается практически во всех областях знания и приводит к многозначности и неточности значения термина, что затрудняет общение специалистов и ученых» [Гринев 1993: 99]. В то же время, В.П. Даниленко оценивала омонимию в терминологии как явление положительное [Даниленко 1977: 71].

Аналогичного мнения в своей работе придерживались Б.Н. Головин и Р.Ю. Кобрин: «Строго говоря, явления междисциплинарной омонимии не должны приниматься во внимание при работе с терминологиями <...>, так как они не затрудняют коммуникацию» [Головин 1987: 53]

Многие авторы работ по медицинской терминологии также являются сторонниками мнения, что термины-омонимы могут принадлежать только разным терминологическим системам; в рамках же медицинской терминологии данное явление чаще всего остается без внимания. Так, Г.А. Абрамова упоминает в своей работе только явление межотраслевой омонимии, подчеркивая, что оно не создает проблем при общении: «Межотраслевая омонимия терминов — закономерное и вполне «безобидное» явление» [Абрамова 2003: 73]. Похожую точку зрения формулирует в своей работе Л.Н. Гущина: «Омонимы, как правило, не затрудняют понимания при общении специалистов, поскольку они всегда — факты разных терминологических полей и вследствие этого однозначно понятны из речевой ситуации или письменного контекста» [Гущина 2004: 105].

Однако в некоторых исследованиях по медицинским терминам все-таки выдвигается предположение о том, что в медицинских терминосистемах могут встречаться термины-омонимы. Так, О.Г. Борисова в своем диссертационном исследовании пишет об омонимии как о явлении не только межсистемном, но и внутрисистемном [Борисова 2000].

Так как анализ собранного нами материала подтвердил существование этого явления в коммуникации «врач — пациент», имеет смысл принимать его во внимание и более подробно исследовать его функции.

1.3. Теоретические аспекты эвфемизации: роль эвфемизмов в различных видах коммуникации и средства их образования

Эвфемизмы, во многом благодаря своему обширному присутствию практически во всех сферах деятельности человека и, соответственно, практически во всех типах текстов, рассматривались многими лингвистами с самых разных сторон. Согласно определению, приведенному в «Словаре лингвистических терминов» О.С. Ахмановой, эвфемизмы — «эмоционально нейтральные слова или выражения, употребляемые вместо синонимичных им слов и выражений, представляющихся говорящему неправильными, грубыми или нетактичными» [Ахманова 1966: 261]. А.М. Кацев полагает, что эвфемизмы представляют собой «способствующие эффекту смягчения косвенные заменители наименований страшного, постыдного или одиозного, вызываемые к жизни моральными или религиозными мотивами [Кацев 1988]. Сходное определение можно встретить в исследовании Д.Н. Шмелева, по мнению которого эвфемизмом является «воздержание от неподобающих слов, смягченное выражение, служащее в определенных условиях для замены таких обозначений, которые представляются говорящему нежелательными, не вполне вежливыми, слишком резкими» [Шмелев 1979].

Из всего огромного множества существующих дефиниций эвфемизмов можно выделить одну общую черту и, по сути, главную причину введения эвфемизмов в речь — потребность в различных способах смягчения или вуализации явлений действительности, которые воспринимаются в обществе как грубые, непристойные или осуждаемые. То есть, прежде всего, основы эвфемии кроются в социализации человека и существовании в обществе нежелательных для открытого обсуждения тем. В то же время, необходимо отметить, что эвфемизмы так или иначе служат для передачи информации, то есть неизбежно выполняют функцию сообщения, но в иной, смягченной форме. В связи с этим многими лингвистами были предприняты попытки

построения лексико-семантических классификаций эвфемизмов. А.М. Кацев предложил одну из наиболее подробных классификаций такого типа: он выделил 10 лексико-семантических разрядов эвфемизмов [Кацев 1988: 32-34]:

- для обозначения сверхъестественных сил
- для замены слов «смерть», «болезнь» и других связанных с ними явлений
- для обозначения умственных и физических недостатков
- для называния человеческих пороков
- для обозначения преступлений
- для указания на действия и явления, связанные с бедностью
- для указания на тему сексуальных отношений
- для обозначения некоторых частей тела
- для называния некоторых предметов туалета
- для обозначения некоторых физиологических функций

С нашей точки зрения, каждая из вышеуказанных категорий может с большей или меньшей силой проявлять себя в разных типах текстов. Так, по словам Б.А. Ларина, семейно-бытовые эвфемизмы чаще других функционируют в разговорной речи и обычно ограничиваются «физиологией и анатомией человека» [Ларин 1977: 113]. Автор также упоминал о возможности закрепления эвфемизмов за определенными стилями литературного языка. Можно ожидать, что медицинские консультации как разновидность коммуникации будут содержать в себе эвфемизмы из большей части групп, перечисленных выше.

Помимо лексико-семантических разрядов эвфемизмов в коммуникативном пространстве «врач — пациент», особый интерес представляют цели эвфемии в этом типе общения. Среди целей эвфемизации речи в социальных сферах деятельности человека Л.П. Крысин выделяет, во-первых, стремление «избегать коммуникативных конфликтов и неудач, не

создавать у собеседника ощущения коммуникативного дискомфорта». Во-вторых, необходимость вуалирования, камуфляжа существа дела и, в-третьих, «стремление сообщить нечто адресату таким образом, чтобы это было понятно только ему» [Крысин 1996: 28-49]. В каждой конкретной ситуации, в которой потенциально вероятно использование эвфемизмов, говорящий, преобразуя свои мысли в высказывания, так или иначе предполагает реакцию реципиента на сказанное им или же опирается исключительно на свои интенции (скрыть какую-то информацию, завуалировать ее и т.д.). Во всех этих случаях подбор соответствующих языковых средств будет напрямую зависеть от целей, преследуемых говорящим.

В последнее десятилетие в некоторых работах можно найти более узкие определения целей эвфемизации, которые были выведены в результате анализа эвфемизмов в различных типах текстов. Так, Н.П. Потапова рассматривает особую форму существования данных лексических единиц — а именно бизнес-эвфемизмов, «которые, в силу своих особенностей, выполняют функцию воздействия в языке бизнеса» [Потапова 2008: 78]. В своей работе Н.П. Потапова также подчеркивает, что подобные эвфемизмы часто имеют контекстуальный характер и не всегда зафиксированы в специализированных словарях. В диссертационном исследовании Е.В. Кипрской были проанализированы политические эвфемизмы и их влияние на сознание людей. В частности, в работе были приведены выводы о том, что эвфемизмы оказывают значительное воздействие на слушающих и принимают непосредственное участие в формировании различных способов психологического манипулирования [Кипрская 2005].

Таким образом, более ранние и общие исследования, посвященные эвфемизмам, указывали на функцию воздействия как на главную функцию, выполняемую этими лексическими единицами. Более конкретные исследования, в рамках которых в качестве материалов были использованы различные типы текстов, также выделяют функцию воздействия как

основную, закрепленную за эвфемизмами. Однако в качестве важного дополнения в них содержится более подробный разбор этой функции на своего рода «подфункции», которые проявляются в каждом конкретном типе текста.

Однако если в текстах СМИ и политики, всегда предполагающих воздействие на реципиентов, можно делать некоторые прогнозы относительно функций эвфемизмов, то в исследуемом нами типе коммуникации это сделать гораздо сложнее. Если под моральным запретом оказывается какое-либо давление на пациента со стороны врача в отношении решений, связанных с его здоровьем, а также сокрытие информации и ложь, то под вопросом оказывается также и целесообразность присутствия эвфемизмов, выполняющих функцию воздействия, в коммуникации «врач — пациент». Отношения между врачом и пациентом в их современном понимании чисто теоретически исключают использование в них эвфемизмов. Логично предположить, что через использование эвфемизмов в речи врачей и пациентов преследуется цель не воздействия друг на друга, а обеспечение успешного общения.

Еще один важный аспект, связанный с эвфемизмами, — это способы и основополагающие принципы их образования. Существует сразу несколько классификаций эвфемизмов, предложенных отечественными лингвистами и базирующихся на этой проблеме. Одна из них принадлежит Е.П. Сеничкиной, по мнению которой основным механизмом эвфемизации становится семантическая редукция. Среди способов ее выражения исследователь выделяет использование языковых единиц с «пониженным уровнем конкретности», а именно гиперонимов эндоцентрических рядов. Кроме того, по мнению Е.П. Сеничкиной, «с действием редукции семантических признаков языковой единицы сопоставимо заведомое преуменьшение признака или свойства чего-либо» [Сеничкина 2006: 12], или инфериорность. Также в работе упоминается прономинальные, или

местоименные, языковые единицы, которые позволяют создать денотативную неопределенность. Кроме того, среди способов редукции семантики заменяющей языковой единицы Е.П. Сеничкина называет аббревиацию (так как «аббревиация по сравнению с полным наименованием увеличивает расстояние между денотатом и сигнификатом» [Сеничкина 2006: 14] и заимствованные слова (так как в них по сравнению со словами исконно русского происхождения «затемнена связь между денотатом и сигнификатом»).

Еще одну классификацию приводит в своей работе «Эвфемизмы в лексической системе русского языка» В.П. Москвин. Автор выделяет такие способы эвфемизации, как метонимическую и метафорическую номинации, использование синекдохи, прономинализацию (замену местоимением), паронимическую замену, книжные слова и выражения, иноязычные слова, перефразирование, антономазию (вид замены существительного прилагательным), «перенесение с вида на вид», мейозис, эллипсис. Интересно, что в данной классификации довольно много внимания уделяется тропам не как «носителям» эстетической функции, а как способам номинации или переименования, направленным на создание эвфемизмов [Москвин 1999].

Классификация эвфемизмов по лексическим основаниям, предложенная Л.П. Крысиным [Крысин 1996: 24—47], повторяет некоторые пункты приведенной выше классификации В.П. Москвина. Однако в ней упоминаются еще два важных способа создания эвфемизмов: через замену нежелательного слова термином или жаргонизмом.

Несмотря на упомянутые выше противоречия, тема «подфункций» эвфемизмов для коммуникации «врач — пациент» уже была затронута, в частности, в работе Е.Н. Малыгиной. В своем диссертационном исследовании «Средства смягчения высказывания в медицинской речи» она рассматривала медицинские эвфемизмы в том числе в текстах

художественной литературы и выделила несколько основных, связанных с описанными выше классификациями, средств выражения эвфемии. К ним относятся, в первую очередь, диминутивы: «Диминутивные производные играют важную роль в реализации коммуникативных целей говорящего (врача). Таким образом, в высказываниях, побуждающих адресата (пациента) к действию, диминутивы выполняют функцию усиления воздействия говорящего (медицинского работника) на адресата (пациента)» [Малыгина 2006]. Кроме того, Е.Н Малыгина упоминает такие средства смягчения высказываний, как употребление формы второго лица множественного числа глаголов и местоимений, неопределенно-количественные слова, наречия со значением неполноты признака и т.д.

В рамках настоящего исследования будет предпринята попытка комплексного рассмотрения различных средств эвфемизации в медицинских консультациях с точки зрения их роли в формировании функции общения.

1.4. Проблема модальности как составляющей коммуникации

На сегодняшний день понятие модальности является одним из самых противоречивых и сложных в лингвистике. За несколько десятков лет исследований этого понятия в рамках языкознания было накоплено большое количество научных материалов о статусе модальности, дефинициях этого понятия, типах модальных значений и средств для их выражения; появилось большое количество трактовок и подходов, каждый из которых делает акцент на какой-либо грани модальности. В своих работах рассматривали модальность такие ученые, как Ш. Балли (1955), Е.И. Беляева (1987), В.В. Виноградов (1986), И.Г. Гальперин (2008), Г.А. Золотова (1973), Т.В. Маркелова (1993), В.З. Панфилов (1977), Т.В. Романова (2008), В. Hale (2010), F.R. Palmer (2001) и др. С нашей точки зрения, без рассмотрения категории модальности невозможно составить максимально полную картину того или иного текста с точки зрения функций, которые он выполняет. Это связано прежде всего с тем, что модальность пронизывает все уровни языка, может выражаться самыми разными способами, начиная от интонационных и заканчивая синтаксическими. В связи с этим можно с уверенностью утверждать, что существуют тесные связи между различными типами модальности и функциональной стилистикой. В таких обстоятельствах можно сказать, что при анализе устных и письменных текстов обращение к теме модальности неизбежно.

Прежде всего, нужно обратиться к ключевым исследованиям и дефинициям модальности для того, чтобы определить подход, в рамках которого будет проводиться анализ диалогов «врач — пациент».

Первым ученым, который рассмотрел модальность с точки зрения лингвистики, стал Ш. Балли. В своей работе он определяет модальность как душу предложения: «как и мысль, она образуется в основном в результате активной операции говорящего субъекта. Следовательно, нельзя придавать

значение предложения высказыванию, если в нем не обнаружено хоть какое-либо выражение модальности» [Балли 1955: 44]. Именно этим ученым были выдвинуты такие взаимосвязанные между собой понятия, как диктум и модус, первое из которых называет основное содержание предложения, а второе выражает эмоциональное суждение говорящего о диктуме.

В отечественном языкознании идеи Ш. Балли были развиты В.В. Виноградовым. Он разделял мысль о том, что модальность — синтаксическая категория, указывающая на отношение к действительности, и модальное значение — неотъемлемая часть предложения: «Любое целостное выражение мысли, чувства, побуждения, отражая действительность в той или иной форме высказывания, облекается в одну из существующих в данной системе языка интонационных схем предложения и выражает одно из тех синтаксических значений, которые в своей совокупности образуют категорию модальности» [Виноградов 1986: 29]. Особое внимание ученый уделяет морфологическим и лексическим средствам выражения модальных отношений. В частности, он указывает на роль формы времен и наклонений глагола, вводных синтагм, которые, дополняя друг друга, создают широкий круг модальных значений. В целом, модальность в трактовке В.В. Виноградова — всеобъемлющая категория, которая выявляется в грамматическом строе языка и его лексике.

Рассматривая категорию модальности, нельзя не упомянуть о модальных значениях, которые различные языковеды выделяли в рамках этой категории. Как уже было упомянуто выше, В.В. Виноградов рассматривал категорию модальности широко и причислял к этой категории как отношение содержания к действительности, так и отношение говорящего к сообщаемому. Необходимо добавить, что в содержательный спектр модальности ученый также включал значения реальности/ирреальности, достоверности/недостоверности, вероятности, необходимости, возможности, желательности. Кроме того, он относил к этой категории значения

побуждения, волеизъявления и эмотивности.

Позже эти значения были разведены в работах различных лингвистов на два типа модальности: объективную и субъективную. Так, по мнению П.А. Леканта, «основным модальным значением предложения является реальность — ирреальность как результат объективной оценки содержания говорящим. Объективно-модальные значения реальности и ирреальности выражаются формальными средствами. Значение реальности опирается на формы изъявительного наклонения глагола и на интонацию. Ирреальность проявляется в виде частных значений желательности, вопросительности, побудительности и др.» [Лекант 1986: 5-6].

Г.Я. Солганик в своей монографии «Очерки модального синтаксиса» придерживается похожего мнения: «...различают объективную и субъективную модальность. Первая выражает отношение предложения-высказывания к реальности: сообщение может подаваться как бывшее, настоящее или будущее (ирреальное). Она составляет обязательный признак предложения. Вторая выражает отношение говорящего к тому, о чем он говорит, и рассматривается как необязательный компонент высказывания. Это отношение может выражаться, а может и не выражаться» [Солганик 2010: 5-6]. Интересно также, что Г. Я. Солганик называет субъективную модальность центральной в модальном синтаксисе, так как именно с ее помощью можно выражать оценочные смыслы: «Без субъективно-модального значения семантика синтаксической единицы оказывается неполной, недостаточной. <...> Модальный синтаксис можно назвать антропоцентрическим: он изучает роль человека говорящего в языке (речи)» [Солганик 2010: 5-6].

Однако приведенный выше взгляд на модальность был не единственным в лингвистике. Многие авторы придерживаются в своих работах другого подхода, согласно которому в качестве «постоянной величины» была принята объективная модальность. Этот тип модальности,

согласно последователям данного подхода, выражается с помощью категорий времени и наклонения. Согласно мнению этих ученых, помимо инвариантной объективной модальности, в предложении могут присутствовать различные субъективно-модальные значения. Они могут быть переданы средствами различных языковых уровней: от интонационных до грамматических. Так, Г.А. Золотова разделяет модальные отношения на три типа:

- отношение содержания высказывания к действительности с позиции говорящего;
- отношение говорящего к содержанию высказывания;
- отношение между носителем признака и предикативным признаком [Золотова 1973: 142]

В то же время, Г.А. Золотова отмечает, что субъективно-модальные значения могут пересекаться с объективной модальностью, тем самым обогащая и уточняя ее. В то же время, Е.И. Беляева придерживается точки зрения о том, что не существует четкой границы между объективной и субъективной модальностью, так как каждое высказывание отражает представления субъекта речи в языковых формах, которые субъект выбирает, исходя из коммуникативной установки [Беляева 1987: 65]. В.З. Панфилов занимал противоположную позицию, заявляя, что объективная и субъективная модальности могут сосуществовать в предложении, при этом не наслаиваясь друг на друга [Панфилов 1977: 84].

Из представленных выше подходов рамках настоящего исследования нам наиболее близка позиция В.В. Виноградова, согласно которой значения вероятности, необходимости, возможности и желательности стоят в одном ряду со значениями морфологических наклонений. Одной из причин обращения именно к позиции В.В. Виноградова явился тот факт, что сторонники функционально-семантического подхода к модальности предлагают довольно сложную и дробную систему модальных значений. Кроме того, среди них до настоящего времени нет единого мнения о статусе

тех или иных модальных значений с точки зрения их отнесения к объективной и субъективной модальности. Таким образом, взгляд В.В. Виноградова на модальные значения представляется нам более унифицированным и обобщенным, а следовательно, и более удобным для применения к анализу языкового материала.

Кроме того, при анализе диалогов «врач — пациент» нельзя обойтись без рассмотрения эмоционально-экспрессивных элементов и оценочности. Как уже было упомянуто выше, В.В. Виноградов не проводил четких границ между категорией модальности и эмоционально-экспрессивными элементами высказывания, указывая на то, что они сосуществуют в тесной связи. Идеи о неразрывности эмотивности, оценочности и модальности получили свое развитие и у других исследователей. Так, Т.В. Романова пишет о том, что «модальные реакции связаны с определенным эмоциональным состоянием говорящего. Эмоциональная экспрессия, в которой отражается эмоциональное отношение говорящего к предмету речи, является специфической формой выражения отношения человека к окружающему его миру, что дает объективные основания для включения эмоциональной экспрессии в категорию модальности. Категория модальности и категории эмоциональности, экспрессивности не тождественны содержательно, а находятся в отношениях части и целого» [Романова 2008: 109]. По мнению Т.В. Маркеловой, оценка относится к числу собственно человеческих категорий. Она задана физиологической и психической природой человека, его бытием и существованием, она задает его мышление и деятельность, отношение к другим людям и предметам действительности [Маркелова 1993].

Проведение дальнейшего анализа явления модальности с точки зрения более широкого подхода В.В. Виноградова позволяет также исследовать эмоционально-экспрессивные компоненты.

Говоря о модальности, важно также затронуть вопрос роли этой языковой категории в пределах текстов. Детальное рассмотрение этой

проблемы можно найти, в частности, в работе Н.С. Валгиной «Теория текста». Так, исследователь приходит к выводу о том, что «модальность текста — это выражение в тексте отношения автора к сообщаемому, его концепции, точки зрения, позиции, его ценностных ориентаций, сформулированных ради сообщения их читателю. Эта авторская оценка изображаемого всегда связана с поиском адекватных способов выражения. Способы выражения этого отношения и оценки могут быть различными, избирательными для каждого автора и разновидности текста, они мотивированы и целенаправлены. Над выбором этих способов всегда, таким образом, стоит какая-то неречевая задача, реализация которой и создает модальность текста» [Валгина 2003: 59]. По мнению лингвиста, именно общая модальность текста позволяет воспринимать его как единое целое, а не как набор отдельных единиц. Похожую позицию занимает в своей работе И.Г. Гальперин: «Текстовая модальность присуща целому. Она окрашивает отдельные высказывания только для того, чтобы подготовить читателя к восприятию субъективно-модального значения этого целого» [Гальперин 2008: 116]. Интересно, что в работах Гальперина можно найти более частный подход к этому вопросу, а именно некоторые заключения о модальности речи: «Поскольку отношение говорящего (пишущего) к действительности может быть выражено различными средствами — формально грамматическими, лексическими, фразеологическими, синтаксическими, интонационными, композиционными, стилистическими — модальность оказывается категорией, присущей языку в действии, т.е. речи, и поэтому является самой сущностью коммуникативного процесса» [Гальперин 2008: 113]. Также важные выводы можно найти в трудах М.Я. Блоха. Ученый обращается к проблеме модальности диалога, которая приобретает особую значимость в рамках нашего исследования: «Диалог в любой сфере общения (научной, общественно-политической) модален, поскольку происходит обращение к мнению говорящего и осуществляется оценка степени вероятности фактов»

[Блох 2011: 77].

В целом, широкий спектр способов выражения субъективной модальности, который может включать в себя и интонационные, и лексические, и синтаксические средства, с нашей точки зрения, может не только формировать определенный целостный образ автора высказываний, нести в себе коммуникативную функцию, но и оказывать воздействие на адресата.

В упомянутых ранее работах, посвященных модальности текста, в качестве материала исследования служили в основном тексты художественной литературы. Гораздо менее изученной является тема модальности текстов других функциональных стилей, в частности, довольно много споров вызывают проблемы модальности научных текстов. Так как в анализируемых нами диалогах присутствуют черты, свойственные произведениям научного стиля, имеет смысл обратиться к этому вопросу и разобрать его более подробно.

Разброс мнений ученых относительно модальности научных произведений письменной и устной речи очень велик. Так, И.Г. Гальперин оценивает проявление модальности в научном тексте как нулевое, исходя из положений о том, что одно из главных свойств научного текста — объективность предоставляемой информации. Похожего мнения в своей книге придерживается А.Н. Васильева: «Объективность, однозначность, безэмоциональность, бессубъективность — нормы [научного] стиля на всех языковых уровнях. Отступления от них могут носить лишь частный характер, будучи обусловлены полемическими, публицистическими или популяризаторскими задачами» [Васильева 1989: 67].

Более компромиссное мнение по этому вопросу представлено в работе Т.В. Матвеевой. Так, в своей книге «Функциональные стили в аспекте текстовых категорий» она разграничивает понятия оценочности и эмоциональности в тексте. Автор приходит к выводу о том, что оценочное

содержание в целом получает в научном тексте достаточно разнообразное и в то же время стандартизованное выражение, отмечая распространенность в научных текстах лексических средств, семантически близких к понятиям хорошо/плохо, указывающих на соответствие/несоответствие означаемого требованиям к научному исследованию. Помимо оценочности, Т.В. Матвеева вводит также понятие тональности научного текста, которая передается через нейтральные слова, обозначающие эмоции [Матвеева 1991].

В исследованиях последних лет лингвисты все-таки склоняются к мнению о присутствии субъективной модальности в произведениях научного стиля, а также о различных способах выражения этого типа модальности. Так, Р.П. Мильруд и И.В. Антипов в своей статье описывают широкую палитру средств выражения модальности, которые могут встречаться в научно-исследовательском письменном тексте [Мильруд 2009]. Н.А. Родионова в своей статье «Категория модальности в научном тексте» приходит к выводу о том, что «приемы субъективации авторского изложения используются не только в художественном, но и в научном тексте, кроме эксплицитного указания на чужую точку зрения научный текст знает многие виды имплицитной субъективации» [Родионова 2007: 145]. Е.А. Зверева подчеркивает, что «язык научной литературы характеризуется большим количеством единиц, передающих различные оттенки модальных значений— от возможности и необходимости до ирреальности, так как в научной литературе много внимания уделяется изложению, обсуждению и доказательству теорий и гипотез, которые еще нуждаются в подтверждении [Зверева 1983]. В.М. Мирзоева и Е.Ю. Бородина в своей работе, посвященной роли вводно-модальных единиц в научных медицинских текстах, выделяют, с одной стороны, несколько наиболее распространенных типовых групп этих лексических единиц и их значения (значение достоверности/недостоверности, реальности/ирреальности), с другой стороны, делают особый акцент на функциях общения и воздействия,

которые выполняют эти единицы [Мирзоева 2015].

В связи с тем, что рассматриваемая в данной диссертации коммуникация представляет собой особый тип речи, лежащей на границе научной и повседневной речи, можно предположить, что для нее фактор модальности будет играть роль компонента, выполняющего функцию воздействия.

ВЫВОДЫ К ГЛАВЕ 1

В Главе 1 «Функциональная стилистика как подход для анализа компонентов коммуникации «врач—пациент» был обоснован выбор функционально-стилистического подхода как основы для проведения анализа медицинских консультаций. Все элементы текста следует рассматривать с точки зрения функций, которые они выполняют: функции сообщения, общения и воздействия. Так как коммуникация «врач — пациент» требует реализации всех трех функций, немаловажно выяснить, как они проявляются в этом виде коммуникации. В целом, в Главе 1 было отмечено следующее:

1. В процессе анализа должны учитываться такие особенности коммуникации «врач — пациент», как ее непрерывное пополнение терминами за счет смешения с терминологией смежных наук, а также за счет научного прогресса и существование обширного пласта общепонятной терминологии, обусловленные постоянной необходимостью передавать профессиональные знания непрофессионалам.
2. В рамках настоящего исследования наиболее приемлемым является подход к термину как к лексической единице языка для специальных целей, которая обозначает понятие специальной области знаний или деятельности. Этот подход позволяет в дальнейшем рассмотреть такие явления, как терминологическая синонимия и омонимия.
3. Необходимо рассматривать не только термины-существительные, но и термины-глаголы, термины-прилагательные и термины-наречия.
4. Вопреки мнению многих лингвистов, которые рассматривали эвфемизмы как элементы, отвечающие в основном за реализацию функции воздействия, в коммуникации «врач — пациент» эвфемизмы в первую очередь выполняют функцию общения.
5. В качестве ключевого для рассмотрения модальности выбран широкий подход В.В. Виноградова. Это позволяет при дальнейшем

анализе относить к этой категории как значения реальности/ирреальности, достоверности/недостоверности, вероятности, необходимости, возможности и желательности, так и эмотивность. Также была принята во внимание в качестве основной точка зрения лингвистов, полагающих, что тексты научного функционального стиля содержат в себе большое количество субъективных модальных значений.

ГЛАВА 2. ТЕРМИНОЛОГИЯ КАК СРЕДСТВО РЕАЛИЗАЦИИ ФУНКЦИИ СООБЩЕНИЯ В КОММУНИКАЦИИ «ВРАЧ — ПАЦИЕНТ»

2.1. Особенности функционирования терминов в речи врачей

Для обеспечения системности в исследовании лексической составляющей врачебной речи мы будем опираться на способ структуризации, который был предложен для лексики произведений научного функционального стиля. В нем выделяются такие основные пласты, как общеупотребительные слова, общенаучная лексика и терминология. В свою очередь, терминологию можно разделить на узкоспециальную и общеупотребительную (то есть понимаемую с той или иной степенью полноты и употребляемую не только специалистами) [Рахманова 2010]. Следует принимать во внимание, что такое деление является достаточно условным, так как происходит постоянная «миграция» узкоспециальных терминов в общеупотребительные. Кроме того, возможен и противоположный процесс перехода общеупотребительных слов в разряд терминов. Часто даже специалисты в конкретной области не могут с полной уверенностью определить, относится ли то или иное слово или словосочетание к разряду терминов. Что касается общенаучной лексики, то она выступает в качестве связующего звена между терминологией и общеупотребительными словами и представляет собой метаязык науки, который может использоваться для описания различных объектов и явлений в различных научных сферах, которые «отражают универсальные способы познания, используются для обоснования, доказательства, поиска истины» [Болотова 2013: 30]

Очевидно, это открывает огромное количество возможностей для исследования особенностей функционирования терминов в текстах неспециального характера. С одной стороны, это объясняется тем, что именно в речи врача как профессионала наиболее полно представлен понятийный аппарат медицины как сферы научного знания. С другой же

стороны, при ее анализе необходимо принимать во внимание не только составляющие медицинских терминологических систем, но также и различные комбинации и средства взаимодействия терминов с общеупотребительной лексикой, которые нацелены на реализацию функций воздействия, сообщения и установления контакта.

При выполнении комплексного анализа терминологической и нетерминологической составляющей материала неизбежно столкновение с одной из ключевых особенностей английского языка медицины. Заключается она в наличии очень большого количества лексических единиц, которые могут быть использованы для обозначения одного денотата. Иными словами, возможными становятся синонимичные отношения между термином и нетермином (например, *phlegm* и *muck*), терминами, один из которых является узкоспециальным, а второй—общеупотребительным (*laparoscopy* и *keyhole surgery*), двумя узкоспециальными терминами (*thrombosis* и *embolism*), общеупотребительными словосочетаниями, которые заменяют узкоспециальный термин (*runny nose* и *stuffy nose* вместо *rhinitis*). В целом, диапазон таких именований для одного денотата в языке медицины может охватывать практически все языковые «регистры»: от сленга и жаргона до узкоспециальных и отраслевых терминов. Такие синонимические ряды для обозначения понятия могут быть как короткими, так и более длинными, в особенности с учетом явления контекстуальной синонимии.

Как правило, стилистическая однородность того или иного типа коммуникации в рамках английского языка медицины накладывает некоторые ограничения на разнообразие подобных синонимов. Так, для специальной медицинской статьи, написанной экспертом в одной из областей медицины для адресатов-врачей, один денотат с большей степенью вероятности на протяжении всего текста будет обозначен одним словом, принадлежащим к разряду узкоспециальных терминов. Интерпрофессиональная коммуникация «врач — пациент» (наряду с такими типами медицинских текстов, как

научно-популярная статья, радио- или телеинтервью просветительского характера на медицинскую тему, разговор с родственниками пациента, письменная онлайн-консультация пациента и т.д.) характеризуется тем, что выбор обозначений для одного денотата может быть весьма широким. Объясняется это, с одной стороны, тем, что каждый из коммуникантов более склонен к такому подбору наименований из ряда синонимов, которые более комфортны для него как для представителя определенной среды (в нашем случае — научной или бытовой). С другой стороны, не существует никаких ограничений для того, чтобы каждый из коммуникантов обращался к сфере своего собеседника для подбора необходимых лексических средств в самых разных целях.

От конкретного выбора лексических единиц из синонимичного ряда, а также от расстановки синонимов в процессе коммуникации зависит очень многое. С их помощью можно сделать общение как более понятным и качественным, так и более непрозрачным и двусмысленным. Еще одним важным моментом становится то, что качество и доступность речи никак не зависят от степени ее упрощенности. Так, предпочтение только общеупотребительной лексики для обозначения различных объектов и явлений не становится гарантией взаимопонимания и налаживания доверительных отношений в процессе диалога между врачом и пациентом. В то же время, выбор только в пользу терминов, на наш взгляд, не сыграет положительной роли в налаживании доверительных отношений между врачом и больным и в установлении взаимопонимания.

Исследование синонимичных отношений как между терминологическими единицами, так и между терминами и общеупотребительными словами на примере речи врача поможет значительно расширить представление о необходимости существования синонимов и функциях, ими выполняемых.

Для создания более полной картины различных типов синонимичных

отношений в речи врача следует начать с анализа представления количественного соотношения общеупотребительных терминов к узкоспециальным. В анализируемом материале около 85% всех терминов, использованных врачом в процессе коммуникации с пациентом, можно отнести к разряду общепонятных. Само отнесение всех перечисленных выше терминов к общепонятным — довольно спорный вопрос. Очевидно, что понятность термина тому или иному человеку, который не является специалистом в медицинской области, зачастую определяется множеством экстралингвистических факторов: его образованием, возрастом, длительностью заболевания, полом и многими другими. Еще одним методом определения общепонятности той или иной терминологической единицы могут служить опросы пациентов и составленная на их основании статистика. Однако в рамках нашего исследования общепонятность данных лексических единиц будет обосновываться в первую очередь тем, что большинство предметов и явлений, ими обозначаемых, встречаются в повседневной жизни. С большей частью из них можно столкнуться при изучении биологии и анатомии в школе, при чтении научно-популярных статей. Кроме того, неизбежно ознакомление с некоторыми терминами при посещении поликлиники или больницы, покупке лекарств и других бытовых ситуациях. Еще одним веским аргументом в пользу общепонятности данных терминов служит факт их присутствия не только в специализированных медицинских словарях, но и в общих толковых словарях небольшого формата и также в словарях, составленных не для носителей, а для изучающих английский язык. Для того, чтобы разграничить узкоспециальные и общепонятные термины, были использованы такие словари, как *Oxford concise medical dictionary*, *Merriam-Webster medical dictionary*, *Medical dictionary of health terms*, *Cambridge dictionary*. Наиболее часто встречающиеся общепонятные термины можно разделить на следующие семантические группы:

—названия некоторых органов (*liver, kidney, brain, heart, stomach, lungs, bladder, thyroid, uterus, spleen, blood vessels, veins, nerves*)

—названия систем органов (*digestive, reproductive, muscular, respiratory*)

—названия частей тела (*arm, leg, chest, back, elbow, knee, wrist, ankle, breast*)

—названия некоторых симптомов (*breathlessness, dizziness, feeling light-headed, sneezing, coughing, sickness, headache, migraine, swelling, nausea, itch, rash, fever, muscle cramps, temperature*)

—названия некоторых заболеваний и состояний (*heart attack, stroke, diabetes, cancer, gonorrhoea, syphilis, allergy, asthma, rheumatic fever, arthritis, inflammation, tumour, hernia, HIV, TB*)

—обобщенные классовые названия некоторых лекарственных препаратов (*antidepressants, anesthetics, contraceptives, antibiotics*)

—названия медицинских приборов (*thermometer, pedometer, syringe, oxygen mask*)

—названия распространенных видов терапии и медицинских манипуляций (*intravenous injection, blood test, surgery, operation, surgical intervention, chemotherapy, radiation*)

—названия врачебных специальностей (*oncologist, physician, surgeon, dentist*).

Оставшуюся небольшую часть (около 15%) терминов в речи врача составляют узкоспециальные термины, дефиниции которых можно найти только в специализированных медицинских словарях. Такие лексические единицы, не сопровождаемые дефиницией, могут быть понятны только человеку, получившему медицинское образование, или же иногда исключительно специалисту конкретной узкой области медицины. Концентрация узкоспециальных терминов в речи врача крайне неравномерна на различных этапах консультации. Так, довольно редко врач прибегает к использованию узкоспециальных терминов на этапе сбора анамнеза. Это может быть связано с тем, что сбор анамнеза — начальный этап любой консультации, играющий ключевую роль в налаживании контакта с

пациентом. Употребление большого количества узкоспециальных терминов (в большинстве случаев способных создать трудности для больного) в начале консультации может значительно усложнить для специалиста-медика задачу по установлению взаимопонимания с пациентом. Наибольшая концентрация таких терминов была зафиксирована в ситуациях, связанных с объяснением поставленного диагноза и лечения, совместным принятием решения по лечению, а также сообщением плохих новостей о состоянии здоровья пациента. Нельзя не заметить, что узкоспециальные термины в единичных случаях встречаются в речи врача без какой-либо дефиниции:

(1)— *The risk of getting eye problems on taking two Plaquenil a day are somewhere between one in 1000, one in 10,000. The complications may include the injuries of the biliary tract, especially the common bile duct.*

(2)— *You've been on CAPD for 2 months now?*

— *We started in October.*

(3)— *I'm sure that you know about it, you know what rejection is...Even with the blood type, antigen compatible, there are still unknown quantities to match in the lab...*

(4)— *The operation is...actually a small operation... It's much less than repairing a coronary artery bypass or repairing an aneurism...*

(5)— *When did you start on dialysis?*

На наш взгляд, подобные случаи практически всегда представляют определенную опасность для установления взаимопонимания в общении с пациентом. В отдельных ситуациях становится понятно, что пациент в силу разных причин осведомлен о значении узкоспециального термина — чаще всего об этом свидетельствует адекватная речевая реакция больного на вопрос с использованием такого термина (она отражена в примере под номером 2). Иногда пациент сам оперирует некоторым набором узкоспециальных терминов, связанных с его заболеванием, что позволяет врачу также обращаться к такой же терминологии без риска остаться

непонятым. Из контекста мы узнаем о том, что пациент в недавнем прошлом перенес операцию по устранению данных проблем и, следовательно, знаком с этими терминами. Таким образом, использование узкоспециальных терминов со стороны врача в данном случае никак не отражается на качестве коммуникации. Так, в отрывках 3, 4 и 5 специалист обращается к таким узкоспециальным терминам, как *dialysis*, *aneurism*, *coronary bypass*. При этом из предшествующего диалогу контекста понятно, что пациент в течение долгого времени страдает тяжелой почечной недостаточностью, вынужден постоянно прибегать к гемодиализу, перенес операции на сердце и консультируется у одного и того же специалиста, что исключает вероятность того, что вышеуказанные термины для него не знакомы. Можно предположить, что в примере 1 использование узкоспециальных терминов без какой-либо экспликации представляет определенную опасность для установления взаимопонимания в общении с пациентом.

С.И. Маджаева в своей докторской диссертации, связанной с анализом коммуникации «врач — ВИЧ-инфицированный пациент», а также «врач — пациент-диабетик», также подмечала довольно редкое использование врачами узкоспециальной терминологии без объяснения; кроме того, она обосновывала неизбежность появления таких терминов в речи врача тем, что термины в речи медиков не только выполняют функцию сообщения, но и повышают их коммуникативный статус (авторитет) [Маджаева 2005: 291]. Мы отчасти разделяем точку зрения о том, что узкоспециальная терминология в речи врача — способ поддержания статуса компетентного профессионала в глазах пациента. В то же время имеет смысл отметить, что случаи введения в речь узкоспециальных терминов без экспликации — это скорее исключения из правил и встречаются достаточно редко.

В целом, врачи делают ставку на использование общепонятной терминологии, однако всегда дополняют ее отдельными узкоспециальными терминами. Наибольший интерес для нас представляют те случаи, когда врач

комбинирует слова и словосочетания, принадлежащие разным лексическим категориям, в целях экспликации. В результате наблюдения за расстановкой различных лексических единиц как терминологического, так и нетерминологического характера в речи врача можно сделать вывод о том, что речь врача представляет собой многочисленные примеры внутриязыкового перевода, источником для которого служат синонимичные лексемы самых разных уровней. Это наблюдение позволило выделить несколько основных повторяющихся устойчивых моделей, так или иначе связанных с явлением синонимии.

Самой распространенной экспликационной моделью, связанной с синонимией, является расположение общепонятных терминов в постпозиции по отношению к синонимичной узкоспециальной терминологии (**узкоспециальный термин —> синонимичный общепотребительный термин**).

Рассмотрим примеры, в которых представлена данная модель:

(6) —*We call them the cruciate ligaments. You call them exbands, or whatever they are... They cross because one's going forward and one's going backwards, and they keep you from going forwards and backwards.*

(7) —*Yes, the risk of complications in general is like in every operation: thrombosis, embolism. That means that there may be a blood clot for example in the leg...*

В приведенных выше отрывках можно наблюдать так называемую антиципацию: врачи «предвидят», что использование узкоспециальных терминов *ligament*, *thrombosis* и *embolism* может вызвать непонимание у пациентов, и дополняют его общепонятными терминами *exband*, *blood clot*, синонимичными по значению.

Также следует отметить, что в данных случаях общепонятная терминология использовалась в целях экспликации синонимичных узкоспециальных терминов. Такой прием способен одновременно заменить

сложную и длинную дефиницию узкоспециального термина, то есть сэкономить языковые средства и более понятно донести информацию, и наладить контакт с пациентом, перейдя на «его язык».

Необходимо отметить, что в рассмотренных нами случаях экспликация с помощью синонимичных терминов была проведена врачом исключительно по его собственной инициативе без какого-либо запроса со стороны пациента. Однако в диалогах существуют также модели экспликации узкоспециальных терминов с помощью общепонятной терминологии, проведенной по запросу пациента, выраженному эксплицитно или имплицитно. Эксплицитный запрос со стороны пациента представляет из себя вопрос о значении того или иного узкоспециального термина, который и может служить сигналом в необходимости использовать синонимичный общепонятный термин для его объяснения со стороны врача (**узкоспециальный термин —> вопрос о значении термина со стороны пациента —> общеупотребительный термин**):

(8) —...*a blood glucose test can tell your blood glucose level...*

(9) —*Blood glucose test...What does that mean?*

(10) —*It is your blood sugar test...*

Однако при анализе обнаружилось, что чаще пациент выражает необходимость экспликации имплицитно: вербальными хезитационными паузами (чаще всего с помощью вокализации типа *mmm, um-huh, aha* и т.д.) и невербальными хезитационными паузами (длительное молчание в ответ на вопрос, покашливание, вздох и т.д.). Среди коммуникативных функций хезитационных пауз выделяют обеспечение канала связи с собеседниками, функцию планирования, восстановления качества речи, ритмообразующую, а также функцию маскировки речевого затруднения [Александрова 2004]. Нельзя с полной уверенностью утверждать, что любая хезитационная пауза в ответах пациента — признак непонимания. Однако, учитывая условия, в которых происходят исследуемые нами диалоги, а именно передачу большого

количества потенциально непонятной информации из специальной научной сферы от собеседника-специалиста к неспециалисту, можно предположить, что в речи пациента хезитационные паузы чаще всего выполняют именно функцию демонстрации непонимания, неуверенности и т.д. Так или иначе, хезитация в речи пациента часто истолковывается врачами как необходимость экспликации узкоспециальной терминологии, в том числе и с помощью общеупотребительных терминов. В таких случаях действует модель **узкоспециальный термин → хезитационная пауза со стороны пациента → синонимичный общеупотребительный термин:**

(11) —*How many of your pregnancies resulted in ectopic pregnancies?*

—*Mmm...*

—*Pregnancy in the tubes?*

—*Oh, none.*

(12) —*Do you have any other pre-existing conditions?*

—*Uh...Um...*

—*What other illnesses do you have otherwise?*

Приведенные выше случаи демонстрируют экспликацию узкоспециальных терминов *ectopic pregnancies* и *pre-existing conditions* с помощью синонимичных общепонятных терминов *pregnancy in the tubes* и *illness*. Врач прибегает к объяснению после того, как пациент вместо ответа на вопрос пользуется вербальными хезитационными паузами.

Несмотря на то что общеупотребительные термины считаются неотъемлемой частью повседневного общения в непрофессиональной среде и понятны абсолютному большинству людей, в коммуникации между врачом и пациентом можно наблюдать экспликацию общеупотребительных терминов через нетерминологические сочетания. Подобную модель можно схематически обозначить следующим образом: **общеупотребительный термин → синонимичное общеупотребительное слово или словосочетание:**

(13) —*After we receive your blood test, you will have to see the oncologist, the cancer doctor...*

(14) —*I'm a nephrologist, a kidney specialist, like Dr. But.*

(15) —*...there are things like tremulousness, shaking....which goes away after a while....*

В приведенных выше случаях имеет место экспликация общеупотребительных терминов *oncologist*, *nephrologist*, *tremulousness* с использованием нетерминологических слов и словосочетаний *cancer doctor*, *kidney specialist*, *shaking*. Возможно, модель, построенная на экспликации общеупотребительных терминов с помощью общеупотребительной лексики, существует из-за отсутствия у врача возможности за короткое время, отведенное на консультацию, оценить уровень образованности пациента и его способность ориентироваться в медицинской терминологии в целом. Кроме того, такая дополнительная мера предосторожности, как экспликация общепонятной терминологии, может иметь под собой чисто культурологическую почву. Как правило, отсутствие комплаентности, недоверие со стороны пациента, которые являются следствием недопонимания и плохого качества коммуникации, влекут за собой отсутствие положительных результатов лечения и даже более серьезные последствия, которые могут обойтись врачу очень дорого: лишением лицензии, штрафами и т.д. Этот экстралингвистический фактор, по мнению самих медиков, оказывает существенное влияние на процессы экспликации, в том числе и общепонятной терминологии.

Еще одна из распространенных моделей экспликации построена на представлении значения узкоспециального или общеупотребительного термина с помощью дефиниций, основанных на общеупотребительной лексике. Все случаи, попадающие в рамки этой модели, можно разделить на две группы. К первой группе мы относим случаи экспликации с использованием слова, которое является гиперонимом по отношению к

эксплицируемому термину:

(16) —...pancreas. It's an organ that controls the hormones, the fluids that your body needs.

(17) —So, multiple sclerosis is a disease. The brain sends messages to your body to help move and feel. And multiple sclerosis is a disease which means that messages are slowed down, or disrupted...

(18) —...what you suffer from is invasive ductal carcinoma, the most common type of breast cancer...

Примечательно, что в таких случаях гипероним представляет собой слово или словосочетание, которое является термином в научном контексте, но в то же время является компонентом пласта общеупотребительной лексики. Это означает, что экспликация медицинских терминов-существительных с использованием гиперонимов потенциально прозрачна и более доступна реципиенту-неспециалисту. Также следует отметить, что встречающиеся в общении врача и пациента медицинские термины-эпонимы часто объясняются не с помощью синонимичного узкоспециального термина, а с помощью гиперонимов, так как в таком случае больше вероятность того, что будет достигнуто взаимопонимание:

(19) —...in some rare cases connected with Liddle's syndrome which is a renal disease...

Для второй группы характерным становится такое явление, как экспликация терминов с помощью дефиниции, которая представляет собой максимально упрощенное нетерминологизированное описание основного процесса, явления или объекта, с которым этот термин связан на практике. Аналогичное явление, а именно формирование описательно-дефинитивных рядов контекстуальных синонимов, описывала в своей статье Н.В. Куницына. Анализируя механизм этого приема в газетных текстах, исследователь делает вывод о том, что в процессе функционирования термина расширяются семантические и стилистические границы между означаемым и означающим

за счет дефинитивного разъяснения специального понятия (реалии); в языке отраслевых газет стилистические возможности терминологической синонимии расширяются за счет образно-выразительной, публицистической способности слова быть средством общения, сообщения и активного воздействия: принципы и приемы выражения «специального» путем расширения описательно-дефинитивного понятийного ряда лежат в основе контекстуальной синонимизации термина [Куницына 1987]. Вслед за Н.В. Куницыной мы полагаем, что дефинитивно-описательные модели служат источником создания неограниченных по развернутости рядов контекстуальных синонимов для каждого термина. Однако если в публицистических текстах такой прием для терминов формируется за счет контекстуальных синонимов-экспрессем и служит для создания большей выразительности, то в коммуникации «врач — пациент» его роль состоит прежде всего в том, чтобы передавать информацию от врача к пациенту в доступной форме. В некоторых случаях построения дефинитивно-описательных конструкций для терминов может присутствовать компонент экспрессивности и образности: к примеру, в тех отрывках, когда врач прибегает к метафоре («*your heart is a pump*»). Но в целом дефинитивно-описательный механизм реализуется через использование общеупотребительной лексики с образованием контекстуально синонимичных термину конструкций. Такая схема удобна для экспликации как терминов-существительных, так и терминов-глаголов:

(20) —....*if you want us to intubate you...*

—*Intubate...What does that mean?*

—*To put a breathing tube down your throat.*

(21) —*You can have a transplant from a living donor a family member, or you can do a transplant from a cadaver. Someone who has been killed in an accident.*

(22) — *...non-invasive breathing. This is a mask on your face that pushes some extra oxygen to your lungs.*

Экспликации терминов, предложенные врачом пациенту в таких случаях, как правило, обладают низкой степенью научной обоснованности и не представляют собой полноценных медицинских научных дефиниций. Через использование описательных выражений с участием общеупотребительных слов достигается максимально доступная для пациента форма подачи сложного терминологического материала без углубления в научную реальность. Такой прием представляется очень эффективным не только с точки передачи важной информации, но и с точки зрения установления контакта с пациентом, так как врач в этом случае рассматривает термины и их значения, используя ресурсы медицинского знания в его бытовом, повседневном понимании, наиболее близком пациенту.

Что касается лексического повтора, то в рамках настоящего диссертационного исследования мы будем рассматривать его как воспроизведение значения слова посредством разных лексем, к примеру, посредством использования синонимичных терминов или синонимичных пар, состоящих из терминов и нетерминов. Рассмотрим более подробно механизм действия таких сочетаний на примерах. Приведенный ниже отрывок демонстрирует введение в речь общеупотребительного термина *phlegm* в начале консультации и его замену на синонимичный узкоспециальный термин *sputum* в повторяющемся вопросе при подведении итогов в рамках той же консультации:

(23)—*Hmmm, have you noticed any blood in your phlegm?*

—*Not really. No. Should there be?*

<.....>

—*And no blood in your sputum?*

—*Nope.*

Из материала видно, что врачи в повторяющихся вопросах на протяжении сбора анамнеза чередуют термины и контекстуальные синонимы (*phlegm* и *muck*, *shortness of breath* и *breathing problems*), синонимичные

общепонятные термины (*surgery* и *operation*, *periods* и *menstruation*), а также синонимичные нетерминологические словосочетания (*runny nose* и *stuffy nose*), которые в заданном контексте полностью заменяют узкоспециальный термин с таким же значением (*rhinorrea*):

(24) —*Tell me a little bit about her cold. You said she had a runny nose and a bit of a fever?*

<.....>

—*Any stuffy nose?*

(25) —*What colour of muck that you cough up?*

—*Green.*

—*And no blood in it?*

—*No.*

<.....>

—*You said that there is no blood in your phlegm? But is there any fever?*

(26) —*Because I had, I had breathing problems a very long time ago.*

—*And how long have you felt having lack of air?*

<.....>

—*So, you have been complaining about experiencing an increased shortness of breath?*

(27) —*Have you had any abdominal or palmic surgery?*

<.....>

—*And you have never undergone any operations?*

(28) —*No problems with your menstruation?*

<.....>

—*And your periods are OK?*

В результате сочетания в рамках коммуникации «врач—пациент» синтаксических повторов и синонимичных пар, как чисто терминологических, так и смешанных (термин и общеупотребительное слово) формируется такое явление, как осознанная информационная

избыточность. Однако в данном конкретном случае речь идет не о тавтологии, а о преднамеренном дублировании запросов определенной, возможно, принципиально важной для врача информации. Благодаря комбинации повторяющихся вопросов с разнообразными случаями терминологической и контекстуальной синонимии образуется, с одной стороны, средство оказания воздействия на пациента. С другой стороны, такое лексико-синтаксическое сочетание может выполнять важную верификационную функцию. Мы склоняемся к мнению о том, что с помощью использования терминов-синонимов или контекстуальных синонимов в повторяющихся вопросах можно проверить, насколько хорошо пациент понимает врача.

Отсутствие единообразия в ответах пациента на такие вопросы может указывать на непонимание с его стороны. Кроме того, таким же способом может проверяться и достоверность информации, предоставляемой пациентом в ответ на вопросы врача. Можно предположить, что повторение одинаковых по смыслу вопросов, в которых присутствуют термины-синонимы или контекстуальные синонимы, позволяет лечащему специалисту выстроить определенную «шкалу лжи». Сильно различающиеся по смыслу ответы пациента могут указывать на то, что пациент искажает информацию о своем здоровье. Таким образом, синонимия терминов, а также явление контекстуальной синонимии, проявляющиеся в сочетании со стилистическим приемом повтора в диалогах между врачами и пациентами, становятся важным инструментом, служащими коммуникационным целям специалиста-медика.

Отдельное внимание стоит уделить терминам-аббревиатурам, используемым в коммуникативном пространстве «врач — пациент». Термины-аббревиатуры в целом являются гораздо более сложными для понимания по сравнению с другими типами узкоспециальных терминов. Это свойство терминов-аббревиатур нашло особое применение в письменных

заметках врачей, создаваемых ими во время консультации и осмотра пациента. В подобных ситуациях термины-аббревиатуры оказываются полезны по двум причинам: во-первых, специалисту-медику требуется совсем немного времени для их записи; во-вторых, при необходимости перенаправить пациента к другому врачу, с помощью терминов-аббревиатур можно сообщить коллеге некоторую важную информацию, которую на данном этапе пациенту раскрывать нежелательно. Подобные случаи были описаны в диссертационном исследовании Н.В. Пестеровой [Пестерова 2011]. Диапазон таких «зашифрованных» врачебных пометок необычайно велик: в них можно встретить как юмористические аббревиатуры-окказионализмы (к примеру, *GOMER* — *Get Out Of My Emergency Room* — пометка в истории болезни, которую может сделать врач для того, чтобы предупредить коллегу о сложном, недовольном, дотошном пациенте), так и гораздо более серьезные термины-аббревиатуры, используемые для того, чтобы скрыть от больного некоторые предположения, предварительный неподтвержденный диагноз (к примеру, *Sa?* — cancer, подозрение на рак).

В рассматриваемых нами диалогах такие особенности терминов-аббревиатур, как непрозрачность их семантического значения, а также отсутствие единообразия расшифровки из преимуществ, превращаются в недостатки. При коммуникации между экспертом-медиком и человеком без медицинского образования трудности, связанные с их пониманием, многократно возрастают. Если некоторую узкоспециальную терминологию пациент может понять благодаря контексту или же частично догадаться о ее значении по некоторым структурным компонентам (например, по общеизвестной приставке *anti-*), то применительно к терминам-аббревиатурам такие подходы в большинстве случаев оказываются неэффективны.

Тем не менее, в ходе анализа выяснилось, что упомянутые сложности не являются препятствием для введения терминов-аббревиатур в диалоги

между врачом и пациентом. В подавляющем большинстве случаев термины-аббревиатуры употребляются именно врачами.

Практически во всех анализируемых случаях врачи не оставляли термины-аббревиатуры без соответствующего объяснения. Нам удалось выделить следующие способы экспликации терминов-аббревиатур со стороны врачей:

—двойная экспликация, то есть побуквенная расшифровка термина-аббревиатуры в сочетании с дефиницией:

(29) —*CPAP, which stands for Continuous Positive Air Pressure...When you are kept alive on machines...*

(30)—*This cardio-pulmonary resuscitation, CPR, means pressing your chest vigorously, it keeps the circulation to your brain.*

В примерах 1 и 2 врач не только расшифровывает аббревиатуру, но и дает приблизительно определение самого термина. На первом этапе экспликации результатом расшифровки аббревиатур стали специальные термины *Continuous Positive Air Pressure* и *cardio-pulmonary resuscitation*, лексическое значение которых с высокой степенью вероятности по-прежнему будет оставаться непонятным для пациента. Дальнейшее подкрепление расшифрованной аббревиатуры ее краткой дефиницией не просто обоснованно, но крайне необходимо.

—экспликация только с использованием дефиниции или неполной дефиниции:

(31) —*Have they started you on the medication called EPO to increase your blood count?*

В данном отрывке продемонстрирован случай неполной дефиниции термина-аббревиатуры *EPO (eritropoetin)*. На наш взгляд, подобный прием является действенным сразу по двум причинам: специалист все-таки дает пациенту хотя бы приблизительное представление о сути узкоспециального термина, упоминая общий анализ крови.

—экспликация только с использованием расшифровки:

(32) —*Any PID, or pelvis inflammatory disease?*

—*No.*

Однако в отдельных случаях можно наблюдать отсутствие какой-либо экспликации терминов-аббревиатур в репликах врача. В приведенной ниже фразе врач-диабетолог использует термин-аббревиатуру *NPH* (*Neutral Protamine Hagedorn*, препарат инсулина для контроля уровня сахара в крови диабетиков) без какого-либо объяснения:

(33) —*...because of your NPH peaking, although you don't take a lot of NPH.*

Тем не менее, из контекста понятно, что пациентка — диабетик «со стажем», давно принимающая данный препарат и, как полагает врач, не нуждающаяся в разъяснениях.

Следующая ситуация употребления термина-аббревиатуры без экспликации аналогична предыдущей. Гинеколог оставляет аббревиатуру *IUD*, *intrauterine device* (внутриматочная спираль), без какого-либо объяснения, так как пациентка ранее в разговоре уже использовала к ней:

(34) —*I want to know more about other possible methods... I have an IUD.*

<.....>

—*Do you use a hormonal IUD?*

—*I don't know the difference.*

Также довольно распространено использование без какой-либо экспликации термина-аббревиатуры *TB*, *tuberculosis*, который стал частью общеупотребительной лексики:

(35) —*TB? Thyroid problem?*

2.2. Особенности функционирования терминов в речи пациентов

Говоря об использовании медицинской терминологии пациентами, нельзя не указать на несколько факторов, которые делают отдельное рассмотрение этой проблемы крайне необходимым.

Обзор учебников и статей по обучению коммуникации «врач — пациент» показал, что в них практически полностью отсутствуют какие-либо существенные данные об особенностях речи пациентов во время консультации. Основной фокус сосредоточен именно на фигуре врача как человека, от которого исходят различные инструкции и указания. При подобном подходе к описанию особенностей коммуникации «врач — пациент» остается большое количество пробелов: это не позволяет анализировать двусторонний характер этого общения.

Несмотря на постепенное увеличение роли пациента в лечении в целом и в ходе консультации в частности, до сих пор жизнеспособными остаются стереотипы лингвистического характера, связанные с речью пациента. Веским доказательством существования таких стереотипных моделей становится разделение языка медицины на две категории: «язык врачей», который включает в себя узкоспециальную терминологию, и «язык пациентов», где могут присутствовать исключительно общеупотребительные эквиваленты специальных терминов. Такую дифференциацию можно обнаружить в целом ряде учебников, написанных как для врачей-носителей английского языка, так и для тех специалистов-медиков, для кого английский не является родным. Однако, учитывая такие естественные и непрерывные языковые процессы, как постоянное взаимопроникновение специальных и неспециальных пластов лексики, предположение о том, что речь пациентов в терминологическом плане максимально упрощена, а ее лексический состав однороден, не соответствует действительности. Это также доказал анализ использованного в данной диссертации материала.

Кроме того, в настоящее время появляется довольно много противоречивых данных и суждений об уровне медицинской просвещенности пациентов. С одной стороны, медицинская сфера и различная информация, связанная с ней, давно перестала быть закрытой для неспециалистов с появлением научно-популярной медицинской литературы, радио- и телепередач просветительского медицинского характера и т.п. С другой стороны, в теоретических работах зарубежных исследователей часто отмечается по-прежнему низкий уровень медицинской грамотности: «*Limited health literacy is a hidden epidemic. It can affect health status, health outcomes, health care use, and health costs*». [Graham 2008]

Представляется, что в условиях существования таких противоречивых точек зрения и данных имеет смысл описать конкретные тенденции, выделенные на основе исследования реплик пациентов. В ходе анализа удалось классифицировать как различные случаи употребления медицинских терминов, так и целый ряд способов замены узкоспециальных терминов на общеупотребительные слова и выражения со стороны пациентов.

Действительно, использование медицинских терминов пациентами наблюдается значительно реже по сравнению с употреблением данных лексических единиц в речи врачей при общении с больными. При подсчете процентного соотношения специальных терминов в речи врачей и пациентов было установлено, что пациентами используется всего около 15 % всех медицинских терминов, которые встречаются в проанализированном материале. Важно отметить также то, что количественное распределение специальных терминов в речи различных пациентов крайне неравномерно: можно сказать, что в речи трех-четырех отдельных пациентов (то есть около 6% от общего числа пациентов, чьи реплики были проанализированы в рамках настоящего исследования) сконцентрированы практически все случаи употребления медицинской терминологии, в то время как в репликах остальных больных чаще встречаются различные способы замены терминов,

а не сами термины. Кроме того, довольно часто встречаются термины, которые используются пациентами неверно, с фонетическим или семантическим искажением. На основе этих данных, нами была предложена следующая классификация медицинских терминов в речи пациентов:

1) Правильное использование специальной терминологии пациентами.

Под правильным использованием термина мы понимаем, во-первых, его правильное произнесение (так как скрипты составлены на основе аудиозаписей, в них специальной пометкой зафиксированы слова, произнесенные не полностью или неверно), во-вторых, их правильное использование в контексте (с сохранением лексического значения, с правильной лексической и грамматической сочетаемостью). Рассмотрим один из случаев правильного использования медицинской терминологии пациентом:

(36) —*I became cognizant of the hypertension about 3 years ago, and it's been treated, you know, relatively well, by the family physician. As far as I can ascertain, the initial kidney failure...Some damage has been done, I'm sure, by the diabetes, and the hypertension. <.....> I came in for what I thought was cardiac arrest, and as it turned out, it was the beginning of pulmonary edema, which was fairly well progressed, and that brought on a transient case of congestive heart failure....*

В приведенном выше монологе пациент семантически и фонетически верно использует целый ряд разнообразных медицинских терминов из различных областей: *hypertension, kidney failure, cardiac arrest, pulmonary edema, congestive heart failure*. Кроме того, на примере данного отрывка можно отметить такую отличительную черту речи пациента, как ее книжность. Выдвижению такого предположения способствует выделение некоторых оборотов в речи пациента, больше типичных для книжного стиля речи: *I became cognizant of, as far as I can ascertain*. Более того, следует обратить внимание на сложность синтаксических структур, высокий уровень

владения которыми демонстрирует пациент. Правильное использование медицинской терминологии в сочетании с общей книжностью речи дает нам возможность предположить, что пациент — человек высокообразованный и начитанный, разбирающийся в самых разных областях знания. Очевидно, что одним из экстралингвистических факторов, непосредственно влияющих на правильность использования медицинской терминологии пациентами, является их уровень образования и эрудиция.

Приведем еще один пример адекватного использования медицинских терминов пациентом, обладающим фоновыми знаниями в области медицины. Больной в своей речи свободно и контекстуально верно пользуется такими медицинскими терминами, как *red corpuscles*, *platelets*, *peritonitis*:

(37) —...*several changes of blood in a 3 and 4 hours period....., from what I've read, I understand there is some damage to the red corpuscles. My platelets and red corpuscles really aren't ... the way they should be anyway...*

—*Were you having trouble with your blood count since the surgery?*

—*Yes...First and only, so far, was two Sundays ago...no, last Sunday. I, uh, had my first case of peritonitis...I've gone through literature and looked at things about kidneys and stuff...*

Данный случай интересен не только адекватной «продукцией» речи, насыщенной терминами, со стороны пациента, но и демонстрацией правильной рецепции, понимания терминологии на слух. Так, пациент в своей последней реплике в ответ на вопрос врача, где последний использовал термин *blood count*, демонстрирует понимание и термина и вопроса в целом. В данном отрывке также заметно влияние такого экстралингвистического фактора, как общая эрудированность пациента (*from what I read, I have gone through literature*), на правильное использование им медицинских терминов.

В приведенных выше примерах можно было наблюдать правильное употребление пациентами терминов из разных сфер медицины. Следует отметить, что в число правильно используемых пациентами терминов могут

входить термины из узких сфер медицины.

Так, в одном из примеров пациент, длительное время страдающий почечным заболеванием, пользуется такими нефрологическими терминами, как *brachial catheter, abdominal catheter, renal suppressants*:

(38) —*I initially had to make a choice whether I wanted a brachial catheter or an abdominal one. But I think I would rather take renal suppressants.*

Как правило, случаи правильного использования узкоспециальных медицинских терминов пациентами значительно менее распространены по сравнению с аналогичным употреблением ими общей медицинской терминологии. Кроме того, они зачастую объясняются не таким экстралингвистическим фактором, как образованность пациента, а длительным анамнезом его заболевания. Именно пациенты, страдающие хроническими болезнями или проходящие длительное лечение, способны верно употреблять узкоспециальную терминологию, имеющую непосредственное отношение к тому разделу медицины, к которому относится их недуг. Это связано прежде всего с тем, что пациент, проходящий лечение от определенной болезни в течение длительного времени, вынужден регулярно сталкиваться с терминологией, имеющей отношение к конкретному узкому разделу медицины.

2) Неправильное использование узкоспециальной терминологии пациентами.

Если говорить о вариантах неправильного использования медицинских терминов пациентами, то они составляют гораздо более обширную группу. В таких случаях пациент владеет некоторым запасом медицинской терминологии, но при ее употреблении допускает ряд серьезных ошибок. В соответствии с характером данных неточностей в употреблении терминов, можно предложить следующую классификацию неадекватного использования медицинских терминов пациентами:

- а) искажение семантического значения специальных терминов.

Чаще всего в различных контекстах больные путают похожие по значению медицинские термины, по своей тематике относящиеся к одному заболеванию или разделу медицины:

(39) —*Is it [Turner's syndrome] hereditary?*

—*No... What do you mean by hereditary?*

—*From birth.*

—*Then yes.*

В приведенном выше примере пациент интересуется, является ли синдром Тернера (хромосомная болезнь, сопровождающая характерными аномалиями физического развития, низкорослостью, половым инфантилизмом) врожденным, при этом используя термин *hereditary* — наследственный. Врач, в свою очередь, прибегает к уточняющему вопросу для того, чтобы выяснить, верный ли смысл вкладывает пациент в данный термин (*What do you mean by hereditary?*). Таким образом, мы можем наблюдать подмену со стороны пациента термина *congenital* похожим по значению термином *hereditary*.

В другом отрывке пациент «наделяет» термин *diabetes* квазитерминологическим значением *glucose*, или *blood sugar level*:

(40) —*If we got the blood pressure working, the, um, diabetes would seem to become elevated...*

Таким образом, срабатывает механизм, напоминающий принцип формирования метонимии, когда «вместо названия одного предмета дается название другого, находящегося с первым в отношении «ассоциации по смежности» [Ахманова 1966: 234]. Однако, в то время как в художественном тексте метонимия является тропом, в нашем случае подобная ассоциация, во-первых, происходит непреднамеренно, во-вторых, проистекает из непонимания говорящим тех процессов и явлений, которые он описывает, недостатка профессиональных медицинских знаний.

б) опущение пациентами одного или нескольких слов в

терминологических словосочетаниях.

Так, довольно часто термин *blood pressure* пациенты сокращают до *pressure*, термин *exercise tolerance test* до *exercise test*. Важно отметить, что в таких случаях действует принцип, напоминающий алгоритм формирования различных медицинских жаргонизмов, а именно сокращение термина, «выбрасывание» некоторых слов из терминологических словосочетаний. Однако в тех случаях, когда подобные явления возникают в речи пациента, можно говорить лишь об ошибочном употреблении терминологии.

в) фонетическое искажение медицинских терминов пациентами. Большинство медицинских терминов, как известно, имеют греческое или латинское происхождение, а также структуру, непростую для запоминания и произношения. В связи с этим, больные зачастую искажают термины с фонетической точки зрения, демонстрируя неполное владение данным пластом лексики:

(41) —*When I was 30, I had that...[paienefritis]*
—*Pyelonephritis?*

Из данного отрывка можно заключить, что пациент знаком с термином *pyelonephritis*, однако воспроизводит его неточно, частично редуцируя. По своей фонетической форме получившийся окказионализм недалек от термина - «оригинала», что позволяет врачу быстро догадаться о том, что имеет в виду пациент и таким образом избежать сбоя в коммуникации. В следующем примере можно наблюдать воспроизведение пациентом термина *lumpectomy* (лампэктомия, или секторальная резекция молочной железы) по слогам, с фонетическим искажением:

(42) —*Yes, I was recommended to do [la:mp-ak-to-mi]....*
—*Yes, lumpectomy.*

Существуют также случаи, в которых пациенты редуцируют узкоспециальные термины, которые обычно состоят из нескольких основ и трудны для запоминания и воспроизведения. Так, в приведенном ниже

примере пациент ошибочно сокращает слово *laryngotracheitis*.

(43) —*I had larotracheitis which was difficult to cure...*

Следует отметить, что при искаженном произнесении термина в большинстве случаев он остается узнаваемым для специалиста, во-первых, благодаря относительно сохраненной форме, во-вторых, благодаря определенному контексту, в котором этот термин фигурирует.

Во всех рассмотренных выше примерах пациенты демонстрировали ту или иную степень владения медицинской терминологией. Однако самую обширную группу составляют различные способы замены специальных терминов пациентами. Среди наиболее распространенных явлений в контексте этого вопроса можно выделить замену медицинских терминов общеупотребительными словами или выражениями.

Рассмотрим несколько фрагментов из диалогов «врач—пациент», в которых отражено это явление:

(44) —*When I was 33, I spent 3 weeks in the hospital because I had...water in the lungs...*

—*Ah, edema.*

(45) —*Your grandparents, probably they had some history of cancer, coronary heart disease...*

—*My grandfather, he died of high pressure, brain problem...I don't know how to say that...*

—*A stroke?*

—*Yes, yes.*

(46) —*Do you take Plaquenil?*

—*Ugm....A little purple pill?*

В первом примере можно наблюдать использование пациентом словосочетания нетерминологического характера *water in the lungs* вместо термина *edema*. Интересно, что данное словосочетание преобразуется в термин в речи врача. Таким образом, можно сделать вывод о том, что в

некоторых случаях для речи врача характерна не только тенденция к употреблению узкоспециальных терминов с их дальнейшей экспликацией общеупотребительными словами, но и «перевод» упрощенной речи пациента на терминологизированный язык медицины. Возможно, две эти противоположные по своей сути тенденции терминологизации и детерминологизации в речи врача нацелены на то, чтобы, с одной стороны, максимально понятно информировать пациента, но с другой стороны, поддерживать собственный авторитет внимательного к деталям специалиста.

Второй диалог иллюстрирует одновременное использование пациентом искаженных терминов: пациент описывает не само заболевание, а его симптом с помощью общеупотребительного словосочетания *high pressure*, при этом искажая его (верный вариант — *high blood pressure*). Так как пациент не знает термина *stroke*, в своей речи он использует выражение *brain problem*, которое, по сути, является гиперонимом для целого ряда терминов. Однако такой информации оказывается достаточно для того, чтобы специалист-медик мог назвать болезнь, которую имел в виду пациент.

Отдельного рассмотрения требуют языковые средства, к которым прибегает пациент для того, чтобы избежать фармакологических терминов — названий лекарственных средств. Как правило, они представляют большую сложность для пациента из-за своей структуры. Чаще всего такие термины состоят из нескольких основ латинского, древнегреческого происхождения, указывающих на химическую или фармакологическую природу лекарства, и человеку, не обладающему специальными знаниями в этой сфере, трудно их запомнить и ввести в речь. Диалог под номером 46 иллюстрирует ситуацию, в которой пациент прибегает к описанию цвета и размера таблеток (*a little purple pill*), которые он принимает, избегая таким образом использования сложного фармакологического термина.

Еще одним распространенным способом замены специальных терминов в речи пациентов является использование различных невербальных

средств.

Следует отметить, что данный феномен характерен в основном для замены неизвестных пациенту терминов, называющих части тела и органы, на которые можно указать, не прибегая к словам. Так, в приведенном ниже примере пациент не смог вспомнить термин *gall bladder* — желчный пузырь, на котором он перенес операцию. В результате, он жестами указывает на место, где находится этот орган:

(47) — *Any operations in the past?*

— *Yes, yes, I had some stones in....here (indicating the area under the ribs).*

— *Gall bladder?*

— *Yes, yes.*

Врач имеет возможность догадаться о том, что имеет в виду пациент по локации органа, а также «вычислить» орган по указанному симптому — наличию в нем камней.

В аналогичном примере пациент не знает термина *thyroid gland* (щитовидная железа). Для того, чтобы объяснить врачу свою проблему, он жестом указывает на горло:

(48) — *I remember having some problems with this.... (touching the throat). I also had a puncture...*

— *You mean, your thyroid gland?*

В данном случае, специалист-медик также прибегает к дедуктивному методу для того, чтобы понять, что имеет в виду пациент. При этом он, во-первых, пользуется указанием пациента на расположение органа, во-вторых, отталкивается от упомянутой пациентом процедуры, проведенной на этом органе — *puncture*.

Таким образом, несмотря на то что для речи пациента наиболее характерно такое явление, как детерминологизация, со стороны больных наблюдаются как правильное использование медицинских терминов, их замена на общеупотребительные слова, так и различные попытки их

неудачного употребления. Можно предположить, что подобная тенденция будет становиться все более устойчивой по мере того, как растет медиализация современного общества через научно-популярную литературу, теле- и радиoprogramмы.

2.3. Термины-омонимы в коммуникации «врач — пациент»

Омонимия терминов, а также вопрос о существовании внутрисистемной терминологической омонимии — проблемы, по которым, как уже упоминалось ранее, исследователи не пришли к единому мнению. Результаты, полученные разными учеными в процессе исследований различных текстов, нацеленных на обнаружение и анализ особенностей терминологических омонимов, сильно разнятся. При рассмотрении лексики коммуникации «врач — пациент» с точки зрения терминологической омонимии удалось выделить небольшое количество терминологических пар, по своей природе во многом подходящих под определение омонимов, но в то же время имеющих некоторые черты, отличающие их от этого класса лексических единиц.

Прежде всего, следует отметить, что многие случаи терминологической омонимии в различных типах медицинских текстов так или иначе связаны с явлением аббревиации. Так, в терминологических медицинских словарях выделены пары омонимов, функционирующих в терминосистемах нескольких областей, связанных с медициной (к примеру, *LBP (low blood pressure)* и *LBP (low back pain)*, *P (pulse)* и *P (protein)*, *PID (pelvis inflammatory disease)* и *PID (prolapsed intervertebral disc)*, *LA (left atrium)* и *LA (local anaesthetic)*) или же присутствующих в рамках одной медицинской терминосистемы — например, омонимичные аббревиатуры в кардиологии (*MI — Mitral Insufficiency* и *MI — Miocardial Infarction*), в акушерстве и гинекологии — *LMP (last menstrual period)* и *LMP (left mento-posterior position of fetus)*. За редким исключением, речь идет об омонимии аббревиатур узкоспециальной терминологии, что делает такие лексические единицы еще более непрозрачными в отношении их семантики и выдвигает на первый план контекст как ключевой элемент для их понимания. Возможно, именно в силу того, что подобные лексические единицы сразу по нескольким причинам

могут вызывать сложности даже у специалистов в различных областях медицины, они редко используются в общении с пациентами и появляются в основном в специализированных статьях.

Термины-омонимы, которые используются в общении между врачом и пациентом, представляют собой не аббревиатуры-акронимы, а лексические единицы, образованные путем усечения, причем сокращению может подвергаться как последняя, так и первая часть слова. В первом случае данное явление носит название апокопы, во втором — апофerezы, причем апокопы выделяются некоторыми исследователями как более понятные, чем апофerezы [Цыбова 1996: 128]. Как правило, таким способом образуются профессионализмы, которые врачи используют в своей повседневной речи. Однако в рамках настоящего исследования границы между терминами и профессионализмами проводиться не будет. Во-первых, это связано с тем, что в целом различия между этими лексическими единицами очень размыты. Во-вторых, при рассмотрении их с точки зрения пациента как реципиента в данном исследовании такое разграничение не имеет принципиального значения.

Так, среди терминов, встречающихся при консультировании пациентов можно упомянуть термины *osteo*, *hemo*, *chemo*, *geri*, *carbo*, образованные от слов *osteoporosis*, *hemodialysis*, *chemotherapy*, *geriatrics*, *carbohydrates* соответственно путем усечения второй основы, а также термин *roids*, образованный от слова *hemorrhoids* путем усечения первой основы. Получившиеся в результате такого усечения термины придают общению гораздо более неформальный характер с точки зрения стилистики. Прежде всего, это связано с тем, что такой тип словообразования очень продуктивен и типичен скорее для речи обиходно-бытового стиля. При этом можно выделить как более нейтральные примеры, образованные таким путем (*examination* — *exam*, *gymnasium* — *gym*, *laboratory* — *lab*, *B-day* — *birthday*), так и более экспрессивные сленговые слова и выражения (*mong* <— *mongol*,

droid <— *android*) [Акопянц 2008].

Можно предположить, что подобный метод аббревиации терминов перешел в коммуникацию «врач — пациент» из чисто профессиональной врачебной речи. Для врачебного общения, наряду с вышеописанным явлением, характерны и другие способы аббревиации, например, аббревиация в сочетании с суффиксацией при образовании таких слов, как *wheelie* (от «*wheelchair*», в переводе означает «человек на инвалидной коляске»), но образованные таким образом слова стали частью профессионального жаргона из-за своей резкой оценочности и не смогли «перекочевать» в коммуникативное пространство «врач — пациент». Таким образом, можно сделать вывод о том, что такой метод аббревиации, как усечение многокорневых узкоспециальных терминов, смог войти в коммуникацию «врач — пациент» именно благодаря отсутствию в сокращенных словах стилистически негативного оценочного компонента. В результате, в общении специалистов-медиков и больных данное явление, по большей части фиксируемое в речи врача, выполняет функцию общения: с одной стороны, такой прием позволяет сохранить некоторую отсылку к научности речи и авторитетность говорящего как профессионала, так как подобные слова даже в усеченном виде остаются терминами; с другой стороны, данный прием позволяет сократить дистанцию между врачом и больным, избегая двух нежелательных лексических крайностей: терминологической нагроможденности и употребления медицинского сленга.

Именно особенности данного словообразования применительно к многокорневым терминам становятся источником омонимии: так, усеченный термин *osteo* может иметь значение *osteopathology* в одном контексте, а его омоним в другом контексте может использоваться как сокращение от *osteoporosis*; усеченный термин *hemo* может в одном контексте означать *hemoglobin*, а в другом использоваться как сокращение от *hemodialysis*; усеченный термин *roids* в зависимости от контекста может иметь значение

hemorrhoids или *steroids*. В первых двух случаях пары усеченных терминов можно назвать контекстуальными морфемными омонимами, так как корень, который остается после усечения, сохраняет свое абстрактное лексическое значение в каждой из терминологических единиц (*hemo* — «кровь», *osteo* — «костный»), однако вне контекста они не могут выступать как полноценные лексические единицы и служат только для создания новых слов. В последнем случае процесс образования контекстуальных омонимов имеет другую природу: во-первых, они образованы с помощью апофрезы, во-вторых, совпадающие по звучанию и написанию части терминов являются разными морфемами: так, в термине *hemorrhoids* последняя часть слова является корнем со значением «течь, вытекать», в то время как в термине *steroids* последняя часть — суффикс и окончание множественного числа. Графическое единообразие усеченных терминов, образованных от слов *hemorrhoids* и *steroids* достигается за счет выпадения согласной *h* из усеченного термина, образованного от слова *hemorrhoids*.

Нужно сказать, что контекстуальная омонимия рассматривалась лингвистами в различных типах текстов. Так, Л.П. Амири в своей статье «Омонимия как один из полюсов на шкале неоднозначности языковой игры в рекламе» рассматривает контекстуальную омонимию существительных, имен собственных, прилагательных, наречий и междометий в рекламном тексте, где она выступает как средство создания языковой игры, парадокса, эффекта обманутых ожиданий — иными словами, используется как средство выразительности и в основном выполняет функцию воздействия на реципиента [Амири 2015]. Может показаться, что терминологическая омонимия, особенно в сфере общения «врач — пациент», где важно гарантировать взаимопонимание между агентами коммуникации — нежелательное явление из-за потенциальной семантической непрозрачности усеченных терминов, среди которых и образуются пары контекстуальных омонимов. Однако анализ показал, что на практике лексические единицы,

попадающие в эту категорию, не вызывают сложностей в восприятии и понимании. Определяющую роль в выявлении значения таких терминов-аббревиатур играет контекст: при наличии определенного смыслового окружения, выявление точного значения таких усеченных терминов не представляет особого труда.

ВЫВОДЫ К ГЛАВЕ 2

В процессе анализа материала мы пришли к следующим выводам:

1. терминами пользуются не только врачи, но и пациенты; однако на долю пациентов приходится всего около 15 % всех встречающихся в проанализированных материалах терминов. Количественное распределение узкоспециальных терминов в речи пациентов неравномерно: в речи 6% пациентов сконцентрированы практически все случаи использования таких лексических единиц;
2. синонимичные общепонятные и специальные термины в речи врача дополняют друг друга в целях экспликации и донесения информации до пациентов в максимально доступном виде;
3. среди основных моделей экспликации с помощью взаимодействия общеупотребительной и узкоспециальной терминологии в речи врача можно выделить следующие:
 - узкоспециальный термин —> синонимичный общеупотребительный термин
 - узкоспециальный термин —> вопрос о значении термина со стороны пациента—> общеупотребительный термин
 - узкоспециальный термин —> хезитационная пауза со стороны пациента —> общеупотребительный термин
 - общеупотребительный термин —> синонимичное общеупотребительное слово или словосочетание
 - экспликация термина с помощью гиперонима
 - экспликация терминов с помощью максимально упрощенного нетерминологизированного описания основного процесса, явления или объекта, с которым этот термин связан на практике
4. синонимия терминов, а также явление синонимии между терминами и нетерминами используются врачами в повторяющихся вопросах на этапе

сбора анамнеза. Создаваемая при этом информационная избыточность носит преднамеренный характер и направлена, во-первых, на то, чтобы выполнить максимально полный сбор данных о состоянии здоровья пациента. Во-вторых, этот прием выполняет верификационную функцию, то есть повторяющиеся вопросы позволяют определить, насколько пациент понимает врача и насколько достоверна информация, которую он предоставляет лечащему специалисту. Таким образом, было выявлено, что в речи врача фактически имеет место внутриязыковой перевод, основанный на экспликации с использованием синонимичных терминов и нетерминов. С помощью этого явления возможно, с одной стороны, сохранение научности речи врача, с другой стороны, передача информации пациентам в максимально доступной форме.

5. пациенты также прибегают к использованию терминологии, хотя и значительно реже по сравнению с врачами. Случаи использования терминологии пациентами можно разделить на два типа:

- правильное использование узкоспециальных терминов (их правильное фонетическое воспроизведение и использование в контексте). Обычно правильное использование терминов пациентами связано с их высоким уровнем образования, а также с длительным анамнезом того или иного заболевания.
- неправильное использование узкоспециальных терминов: искажение семантического значения терминологии, опущение слов в терминологических словосочетаниях, фонетическое искажение терминов

Среди способов замены пациентами узкоспециальных терминов были выделены следующие:

- замена медицинских терминов общеупотребительными словами или выражениями
- использование различных невербальных средств вместо неизвестных

пациенту медицинских терминов.

6. использование терминов в речи пациентов, а также большое количество методов их замены, свидетельствуют о реализации этими единицами как функции сообщения, так и функции общения.

7. выявление в коммуникации «врач — пациент» терминов-омонимов, обозначающих понятия из разных сфер медицины, подтверждает существование внутрисистемной терминологической омонимии. Отмечено такое явление, как контекстуальная морфемная омонимия, которое можно проследить при усечении сложных терминов, когда оставшаяся после усечения основа сохраняет свое абстрактное лексическое значение в каждой из новых терминологических единиц.

8. термины, образованные путем усечения, выполняют в коммуникации функцию общения в силу разговорного неформального характера, приобретенного в результате усечения. Кроме того, они успешно реализуют функцию сообщения, не усложняя и не затрудняя коммуникацию, так как ключевую роль для их понимания играет контекст.

ГЛАВА 3. ЛЕКСИЧЕСКИЕ И СИНТАКСИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА РЕАЛИЗАЦИИ ФУНКЦИИ ОБЩЕНИЯ В КОММУНИКАЦИИ «ВРАЧ — ПАЦИЕНТ»

3.1. Эвфемизмы как средство реализации функции общения в коммуникации «врач — пациент»

Многие лингвистические явления в рамках коммуникативного пространства «врач — пациент» пересекаются, существуют в связи настолько тесной, что попытки их классификации с какой-либо одной стороны становятся практически невозможными. Одним из примеров такого взаимодействия лексических явлений для создания эффективных средств обеспечения успешного общения со слушающим можно назвать употребление терминологии для создания эвфемизмов. В процессе анализа англоязычных скриптов, мы пришли к выводу о том, что это лингвистическое взаимодействие следует рассматривать сразу с нескольких сторон.

Во-первых, нельзя не упомянуть об эвфемистичной природе многих медицинских терминов — феномене, который уже нашел освещение в исследованиях лингвистов. Так, Е.П. Сеничкина пишет о существовании как заимствованных, так и незаимствованных терминов, эвфемистичных по происхождению, в русском языке [Сеничкина 2006: 22-23]. Исследование материалов, которыми мы располагали, показало, что довольно часто медицинские термины, которые находят применение в диалогах между врачами и пациентами, явно возникли на основе эвфемизмов. Нами были выбраны следующие наиболее типичные примеры таких терминологических единиц:

(49) —*In some countries assisted dying is legal...*

(50) —*So, you are here for an advance care planning...*

Данные высказывания могут выступать в качестве иллюстрации терминов, ведущих свое происхождение от эвфемизмов. В первом случае термин *assisted dying* (буквально «уход из жизни с медицинским

сопровождением») служит в качестве эвфемизма для слова *euthanasia*. Интересно, что медицинские словари указывают на то, что изначально для замены термина *euthanasia* использовался термин *assisted suicide*. Однако позже появился его более мягкий вариант с эвфемистичным значением *assisted dying*, не содержащий нежелательного слова *suicide*. Термин *advance care planning* очень непрозрачен по своему семантическому значению. Возможно, это связано с тем, что он затрагивает очень сложный этический вопрос: возможность для пациента заранее и самостоятельно решить, оставаться ли ему подключенным к аппарату искусственной вентиляции легких или быть от него отключенным в том случае, если он впадет в кому. Данное выражение, явно имеющее эвфемистичное происхождение, в настоящее время зафиксировано в словарях медицинских терминов.

Следует отметить, что несмотря на то что терминологизация эвфемизмов уже была отмечена и описана в отечественной лингвистике. В работах, которые задавались целью изучения этого феномена, не затрагивается такой аспект, как причины его появления и распространения. В контексте нашего исследования мы выдвигаем предположение о том, что именно необходимость научно оформленного, но в то же время доступного и смягченного информирования пациентов или сбора информации о пациентах касательно каких-либо медицинских реалий, явлений и т.д. так, чтобы этот процесс был минимально травмирующим с морально-этической точки зрения, стала толчком к росту терминологизации эвфемизмов. Такой необходимости не возникает при разговоре коллег-медиков, которые являются носителями медицинских знаний и не нуждаются в различных средствах смягчения окружающей их профессиональной действительности. Интересен также и тот факт, что термины, зародившиеся из эвфемизмов благодаря потребностям коммуникативного пространства «врач — пациент», не ограничены этим типом текста в плане своего применения и активно входят в другие типы общения в сфере медицины, в том числе и в

специализированные научные тексты. Таким образом, терминологизация эвфемизмов превратилась в важный источник пополнения различных медицинских терминосистем. Одновременно с этим, термины эвфемистического происхождения становятся неиссякаемым и коммуникативно обусловленным источником синонимии в различных медицинских терминосистемах.

Неоднократно подмечалась такая особенность эвфемизмов, как их высокая степень мобильности, то есть их способность со временем утрачивать свою смягчающую функцию. Наиболее целостно эта мысль была выражена Б.А. Лариным, который утверждал, что «существенным условием действенности эвфемизма является наличие «грубого», «недопустимого» эквивалента. Как только это подразумеваемое неудобопроизносимое выражение выходит из употребления, эвфемизм теряет свои «облагораживающие» свойства, так как переходит в разряд «прямых» наименований, и тогда требует новой подмены» [Ларин 1977: 110]. Однако нельзя утверждать, что эвфемизмы, перешедшие в разряд терминов, утратили свою смягчающую функцию. Термин, образованный таким путем, в целом сохраняет основную функцию смягчения, которая была заложена в нем на этапе его использования в речи в качестве эвфемизма.

Заслуживает внимания еще один феномен, существующий в рамках коммуникации «врач — пациент», который по своему характеру противоположен описанной нами терминологизации некоторых эвфемизмов. Речь идет об использовании терминов в функции эвфемизмов. Примечательно, что этот механизм был описан в работах некоторых отечественных лингвистов, в частности, в книге Е. П. Сеничкиной: так, исследователь отмечает, что «многие общие понятия и термины науки используются в коммуникации в эвфемистических целях. Они применяются в качестве эвфемизмов в прямой номинации» [Сеничкина 2006: с.22]. Что касается причин, по которым многие термины вводятся в речь с целью

эвфемизации, то Е.П. Сеничкина указывает на высокую степень абстракции и семантическую неопределенность, свойственные большинству научных понятий и терминов, что делает их удобными для функционирования в качестве эвфемизмов. Нам удалось выделить несколько случаев такого явления в анализируемых диалогах, например:

(51) — *What is your alcohol intake?*

(52) — *Do you suffer from excessive urination?*

В данном случае использование более научных выражений на фоне в целом нейтральной по своей стилистической окраске речи также является одним из способов эвфемии. Как правило, такие примеры чаще всего встречаются при необходимости поговорить о деликатной проблеме. Так, вместо нейтрального вопроса *How often do you pass urine?* в примере 52 мы можем наблюдать использование термина *excessive urination*. В примере 51 представлена более сложная, научная формулировка фраз: вместо вопроса *How much do you drink?* или же очень распространенного редуцированного вопроса *Alcohol?* врач прибегает к сложной конструкции *What is your alcohol intake?* Данный метод применяется при необходимости эвфемизации по следующим причинам: во-первых, использование терминов смещает внимание слушающего с интимного характера темы, в рамках которой ведется разговор, на ее чисто медицинскую научную направленность. Во-вторых, придание репликам большей научности за счет усложнения синтаксической структуры — один из методов сделать высказывания семантически более расплывчатыми. Усложненная структура предложений в комбинации с медицинской терминологией, заменяющей общеупотребительные слова, которые в данном конкретном контексте могут быть поняты неправильно или восприняты как слишком прямолинейные или резкие, позволяют придать высказыванию более научный, а значит, и более «приличный» вид. Таким образом, врач может использовать профессиональный язык медицины не только для информирования пациента,

но и для смягчения некоторых фактов. Таким образом увеличиваются шансы наладить контакт с пациентом.

В целом, в коммуникации «врач — пациент» сосуществуют две разнонаправленные тенденции, связанные с терминами и явлением эвфемизации. С одной стороны, именно абстрактное значение терминов, а также их неполная семантическая ясность для пациентов позволяют использовать их в качестве эвфемизмов. Кроме того, терминология — гораздо более удобный и корректный по сравнению со сниженной лексикой инструмент эвфемии. С другой стороны, определенные нетерминологические выражения с абстрактным значением, изначально созданные как эвфемизмы с целью смягчения некоторых явлений или предметов, со временем превратились в термины, зафиксированные в специальных медицинских словарях.

Различные типы терминов — не единственное средство, широко используемое для эвфемии в коммуникативном пространстве «врач — пациент». Тот факт, что этот тип текста затрагивает и научную, и бытовую сферы, во многом способствовал тому, что в нем можно найти самые разные, как лексические, так и стилистические, средства эвфемизации, используемые, что очень важно, обоими агентами коммуникации, а не только врачом. В связи с отсутствием какого-либо основания для отдельного рассмотрения средств эвфемии в речи врача и пациента, в целях структуризации и систематизации все выявленные эвфемизмы были распределены по семантическим полям. За основу для такого распределения с небольшими изменениями были принята классификация Л.П. Крысина, приведенная в теоретической части данной работы. Стилистические средства эвфемии будут рассмотрены нами отдельно.

Одними из наиболее распространенных в коммуникативном пространстве «врач — пациент» являются эвфемизмы, принадлежащие к семантическому полю «смерть». Интересно, что тенденция избегания слова

death и его производных наблюдается в любых коммуникативных ситуациях независимо от того, насколько серьезно болен пациент. При малейшей необходимости упоминания летального исхода или его возможности врач вместо слова *to die*, а также его производных, использует эвфемизмы:

(53) —*After this operation you'll, feel great, everything will be wonderful, but there is also a chance that it will be a disaster...*

(54) —*If we could predict that, we'd only do the good ones. <...> And you're at much higher risk for the bad outcome.*

(55) —*I'm afraid the prognosis is not very good...*

В примерах 1 и 2 специалист-медик для замены слова *death* пользуется эвфемизмами *disaster* и *bad outcome*, причем в примере 53 употребление более щадящего слова и некоторое снижение негативного эмоционального воздействия на пациента уравнивается стилистическим приемом антитезы (*you'll feel great, everything will be wonderful — it will be a disaster*). В последнем отрывке врач обращается к сугубо научному эвфемизму — прогноз не очень хороший. По сравнению с первыми двумя примерами, он представляется менее конкретным и имеет меньше указаний на то, что пациент обречен.

Интересно, что в различных трудах эвфемизмы, которые заменяют или смягчают слова, связанные со смертью, чаще всего исследовались как неотъемлемая часть речи именно специалистов-медиков. Считалось, что именно для профессионалов в медицинской сфере они являются важным инструментом, «смягчающим удар» при сообщении плохих новостей. Однако в ходе анализа удалось установить, что пациенты прибегают к эвфемизмам смерти наравне с врачами. Обратимся к нескольким репликам, иллюстрирующим данное явление:

(56) —*Am I at the end of my life?*

(57) —*I'm so worried I'm going to end up like my mother...*

(58) —*I just want to fall off the twig when the last putt drops in on the 18th hole at*

the golf course.

В первом случае пациент облакает свои опасения смерти в эвфемистичный вопрос *Am I at the end of my life?* Во втором случае пациентка вообще избегает упоминаний о смерти, выражая опасение, что ее судьба будет схожа с судьбой ее матери (до этого мы узнаем, что мать пациентки скончалась от рака легких). В третьем примере пожилой пациент пытается избежать вербализации своего желания умереть быстро и безболезненно и использует метафорическое выражение *to fall off the twig*, которое, к тому же, имеет иронический оттенок. Что касается особенностей эвфемизации слов *die* и *death* в речи врача и пациента, то принципиальное различие можно найти не в средствах, а в функциях этого явления: если врач прибегает к эвфемизмам такого рода, чтобы не травмировать собеседника эмоционально, то в эвфемизмах смерти в речи больного в большей степени отмечаются признаки функции табу: пациенты более склонны применять такие эвфемизмы именно для того, чтобы избежать упоминания о плохом. Однако в обоих случаях отсутствует намерение воздействовать на собеседника.

Возвращаясь к принадлежности медицинских эвфемизмов к различным семантическим полям, нельзя не отметить группу лексических единиц, связанную с болезнями. На наш взгляд, в данной категории отдельного рассмотрения требуют эвфемизмы, используемые для того, чтобы избежать употребления слов *cancer, malignant tumour*:

(59) — *I'm afraid that I have bad news. The mass in your intestines is a cancer.*

(60) — *We found somethingsuspicious on what we call pancreas gland.*

(61) — *The growth invaded deeply in the tissues....*

(62) — *The lump can start growing....*

(63) — *The process is not entirely benign...*

В некоторых из приведенных выше фраз в качестве эвфемизмов для обозначения раковой опухоли используются такие слова и словосочетания, как *mass, growth, lump*. Прежде всего нужно сказать, что данный ряд

эвфемизмов имеет перманентный характер в замещении слова *cancer*: все эти лексические единицы закреплены в словарях (дефиниции их можно найти в Cambridge Dictionary, The National Cancer Institute Dictionary of Cancer Terms) и представляют собой фиксированный набор средств, каждое из которых может быть выбрано коммуникантом при возникновении необходимости в эвфемизации слова *cancer*. Для этих же целей существует и абсолютно неограниченное множество окказиональных эвфемизмов. Один из таких распространенных методов отражен в примере 60: в данной реплике можно наблюдать попытку намека на наличие раковой опухоли с помощью прономинального эвфемизма, который указывает на процесс или явление отсылочным, местоименным образом. Так, в данном случае *cancer* заменяется на словосочетание с использованием местоимения: *something suspicious* — «нечто подозрительное». В последнем примере можно наблюдать явление эвфемии, основанное на употреблении отрицания – процесс (здесь — онкологического характера) описывается как «не совсем доброкачественный». Иногда можно проследить такое явление, как использование узкоспециальных терминов, а также их косвенных дефиниций для того, чтобы избежать упоминания о наличии злокачественного новообразования:

(64) — *We're suspicious for what we call osteosarcoma.*

— *Cancer?*

— *This is a very serious diagnosis.*

В данном отрывке можно проследить сразу два случая использования эвфемизмов: сначала врач использует термин-эвфемизм для замены диагноза *cancer*. Во второй своей реплике он уходит от ответа на вопрос пациента, который выражает его опасения и догадку (*Cancer?*), заменяя его описательным выражением *a very serious diagnosis*.

В некоторых случаях пациенты также демонстрируют владение определенными лексическими средствами для эвфемизации слова *cancer*:

(65) —*The lump is*

—*Do you mean it can be the «big C»?*

—*Yes, it can be cancer...*

В этом отрывке мы можем наблюдать двойное употребление эвфемизмов рака: сначала со стороны врача, затем со стороны пациента. В последней реплике, отказываясь от дальнейшей эвфемизации и называя болезнь соответствующим термином, врач подтверждает догадки больного. Однако в большинстве ситуаций, которые так или иначе требуют упоминания о наличии раковой опухоли, врач использует эвфемизмы только в качестве так называемого *warning shot* — «предупреждающего выстрела», призванного смягчить впечатление о диагнозе. Таким образом, эвфемизмы полностью не заменяют слово *cancer*, но только предваряют его:

(66) —*The second showed that there is definitely something on your pancreas. And when I say «something» I worry whether or not that could be a type of cancer.*

(67) —*I'm afraid that I have bad news. The mass in your intestines is a cancer.*

Довольно обширной с точки зрения разнообразия является семантическая группа эвфемизмов, связанных с различными видами терапии и лекарств. Зачастую в коммуникации «врач — пациент» можно наблюдать эвфемизмы, связанные с необходимостью разговора о сложных и неприятных для больного видах терапии:

(68) —*I'll be frank. We have to start some aggressive treatment...*

В данном случае под «агрессивным лечением» имеются в виду различные типы противораковой терапии с многочисленными и тяжелыми побочными эффектами. Интересно, что процессу эвфемизации подвергаются также и обозначения других, более распространенных видов медикаментозного лечения. Так, довольно часто врачи заменяют термины, обозначающие лекарства, в которых есть указание на заболевание, на описательные фразы эвфемистического характера: «*tablets to improve your mood*» вместо *antidepressant drug*, «*pills for blood pressure*» вместо

hypertension medication, sleeping tablets вместо *hypnotics*. Таким образом, специалист-медик решает сразу две важные задачи: перефразирует термины, которые могут быть непонятны больному, получая эвфемизмы с ориентацией на позитивный исход лечения.

Еще одна семантическая группа эвфемизмов имеет много общего с уже рассмотренными нами семантическими группами смерти и болезней и связана с указанием на угасание некоторых функций человеческого организма.

В следующем примере врач прибегает к эвфемизмам, чтобы выразить возможность того, что больной в будущем будет пребывать в вегетативном состоянии и будет неспособен самостоятельно принимать решения:

(69) — *I'm just wondering if it would be all right for us to talk about your future health choices if ever a situation came up where you might not be able to make those decisions for yourself.*

В приведенном ниже отрывке врач прибегает к эвфемизму *get very ill*, который фактически является гиперонимом по отношению к выражению *to fall into a coma*, и таким образом смягчает плохую новость для пациента:

(70) — *Just in case you are getting very ill in the future...*

В следующем примере врач-гинеколог в разговоре с пациенткой пользуется оборотом с достаточно общим смыслом — *manifold of change* (система изменений, изменения различного характера) для обозначения конкретного понятия — менопаузы:

(71) — *You're forty-two, the manifold of the change usually kicks in for most women at about eight years' time from now...*

Примечательно, что для выражения своих опасений по поводу угасания репродуктивной функции пациентка также пользуется эвфемизмом, однако в этом случае он представляет из себя метафору:

(72) — *I'm really afraid of losing the boat...!!!*

Если говорить о других примерах эвфемизации потери некоторых

функций организма со стороны пациентов, то следует также упомянуть отрывок, в котором пациентка эвфемизирует не смерть, но близкое к ней состояние, а именно полную потерю рассудка и возможности управлять своими действиями:

(73) —*I very much hope that I will be able to manage cognitively until the end of my life.*

Выражение *to manage cognitively*, к которому прибегает пациентка, выделяется как более книжное на общем фоне ее речи на протяжении всего диалога в целом и, следовательно, более абстрактно с точки зрения семантики, что и позволяет использовать его как эвфемизм.

Нельзя не выделить еще одну немаловажную группу эвфемизмов, без которых не проходит практически ни одна консультация, связанная с табуированными частями и функциями тела.

Как правило, эвфемизмы чаще всего используются в отношении интимных частей тела:

(74) —*I will also have to measure your blood pressure and, you know, I will have to look down below...*

Врач-уролог в данном отрывке использует сленговое выражение *down below* для обозначения половых органов. Интересно, что словари сленга английского языка определяют данное словосочетание как «женские гениталии», хотя в нашем случае речь идет о мужчине. Возможно, поводом для обращения к данному выражению со стороны врача стало то, что по своей форме оно является нейтральным (в отличие от множества других разнорегистровых слов и выражений для обозначения половых органов) и подразумевает только локализацию зоны, которую нужно будет осмотреть. Для эвфемизации интимных частей тела может использоваться прием метафоры:

(75) —*Do you get erection in the morning?*

—*Yeah...*

—*It's a good sign. It means that at least your «equipment» is not broken.*

Также для коммуникации «врач — пациент» на английском языке довольно типично обозначение женских и мужских половых органов именами собственными: *Mary, Minnie, Fanny, Willie* и т.д. Примечательно, что к таким средствам прибегают и медики, и больные. Похожее явление для русского языка уже было описано в некоторых работах, в частности, в диссертационном исследовании Е.А. Костиной [Костина 2013]. В частности, исследователь обращает внимание на то, что половые органы часто заменяются на эвфемизмы, связанные с названиями цветов, (милый бутон, орхидея, ромашка, незабудка — вместо прямого наименования женского полового органа; василёк — вместо прямого наименования мужского полового органа), еды (булочки, лакомые кусочки — вместо женская грудь; сладкое местечко, батоны — вместо ягодицы) и т.д. Однако в отличие от русского языка, такие эвфемизмы в английском, с одной стороны, более распространены, с другой стороны, имеют другой источник происхождения, а именно детскую речь. Помимо антропонимов, в процессе анализа нам удалось выделить целый ряд окказионализмов, которые также используются в качестве эвфемизмов половых органов в основном в речи пациентов: *bits and pieces, lady garden, excitement department.*

Кроме того, эвфемизмы используются для обозначения функций человеческого организма. В этих случаях очень распространен такой прием, как метонимический перенос: например, избегая упоминаний об испражнениях, врач использует эвфемизмы, связанные с органом, который их производит:

(76) —*And your bowels are OK?*

(77) —*Your bowels working all right?*

(78) —*Have you noticed any change in your bowel habit? Do you tend to have your bowels open once or twice a day?*

При разговоре о мочеиспускании слово *urine* часто заменяется словом

water:

(79) — *Your waterworks are OK?*

(80) — *How often do you pass water?*

Следует отметить, что для эвфемизации слов и выражений, связанных с функциями человеческого организма, чаще всего используется прием переноса с вида на вид, описанный, в частности, в книге «Бытовые эвфемизмы в русском, польском и английском языке» Е.П. Иванян, К. Кудринской-Степень, И. Н. Никитиной [Иванян 2013: 127-130]:

(81) — *Yeah, I'm going to the toilet a lot.*

(82) — *You said your going to the loo interferes with work. What work do you do?*

Нельзя не отметить тот факт, что практически все эвфемизмы, тематически связанные с функциями человеческого организма и применяемые в ходе консультаций, являются узуальными, типичными для повседневной разговорной речи. Так, можно отметить, что выражение, используемое врачом, содержит более разговорный вариант эвфемизма (*go to the loo*), в то время как пациент выражается более нейтрально (*go to the toilet*). Так, в рамках данной семантической группы эвфемизмов происходит наиболее сильное сближение и даже совпадение средств эвфемизации, используемых врачами и пациентами. Это объясняется тем, что тема «человеческого низа» — одна из самых часто эвфемизируемых областей. Благодаря этому свойству, в коммуникативном пространстве «врач — пациент» семантическая группа эвфемизмов, связанных с человеческим низом, служит в качестве некой общей для врача и пациента лексико-стилистической платформы, неисчерпаемыми средствами которой пользуются оба агента коммуникации и с помощью которых они могут устанавливать друг с другом контакт.

В ходе анализа материалов также выяснилось, что врачи-педиатры в своей речи для обозначения экскрементов пользуются эвфемизмами, типичными именно для детской речи:

(83) —*Have you noticed any changes in her poohs or in her peeing?*

Отдельно следует отметить эвфемизмы, используемые при разговорах о проблемах с лишним весом. Данная область также представлена большим количеством эвфемизмов, встречающихся в повседневной речи. В приведенном ниже примере беременная женщина описывает себя с помощью прилагательных *large*, *big*, избегая при этом слов *obese*, *fat*.

(84) —*He thinks I am quite large; he makes contemplations about how big I am...*

—*Your shape has changed.*

—*Yeah.*

Примечательно, что в приведенном ниже отрывке инициатором эвфемизации выступает пациент. В свою очередь, в ответной реплике врач «подхватывает» настрой пациента и также прибегает к эвфемизму: *Your shape has changed* (Форма вашего тела изменилась). Аналогичный случай эвфемии можно наблюдать во время консультации по поводу лишнего веса:

(85) —*What does your fiancée say about your size?*

—*He's quite happy obviously...But my body shape and everything...*

Врач на протяжении всего разговора ни разу не использует прилагательных *overweight*, *fat*, *obese*, прибегая к эвфемизму *your size*, или же просто указывает на различные «проблемные» для больного участки тела: *your tummy*, *your legs*, *your hips*.

Помимо лексических способов эвфемии, рассмотренных выше, в коммуникации между врачом и пациентом распространены также различные стилистические приемы, с помощью которых формируются эвфемистические высказывания. Среди них следует выделить следующие группы:

а) вместо слов со значением, имплицитно связанным с ухудшением, плохим состоянием, неблагоприятным исходом, неприятными процедурами, используется их антоним в сочетании с отрицанием:

(86) —*I'll be frank: the tests are not looking too good.*

(87) —*Last week I was not very well really...*

(88) —*It doesn't feel quite normal back there...*

(89) —*The procedure is not very pleasant, but it lasts only 3-5 minutes...*

(90) —*I think there is no question, given your age and everything, that you should have one because a lifetime of dialysis is not very good.*

Что касается природы данного явления, то вслед за Е.В. Черновой мы полагаем, что «относительно распространенное использование лексики с эмоционально-оценочной семантикой в рассматриваемых текстах объясняется их медицинским характером. В медицине любое исследование, эксперимент или лечение приводит к результату, который может быть плохим или хорошим для больных: к ухудшению их состояния или улучшению, к выздоровлению или смерти. Иначе говоря, это та область, в которой противопоставление хорошо-плохо является очевидным, ярко выраженным, легко подтверждаемым на практике» [Чернова 1998: 16].

Таким образом, сохраняется ориентация на положительное представление результатов, симптомов и состояний, которые на самом деле могут и не давать повода для позитивного настроения. Примечательно, что данный прием, подразумевающий избегание любых лексических единиц, напрямую выражающих идею ухудшения, плохого состояния и т.д., типичен именно для речи врачей. В репликах специалистов-медиков практически невозможно найти слово *bad* или даже случаи использования его с отрицанием в качестве синонима прилагательного *good (not bad)*. В то же время, для речи пациентов эвфемизмы не типичны, если есть необходимость оценить свое собственное состояние, интенсивность симптомов. Так, если пациент чувствует себя плохо или если он испытывает сильные боли, гораздо вероятнее, что он обратится именно к прилагательному *bad* вместо фразы *not good*:

(91) —*Last night it got really bad...*

(92) —*It's so bad it was keeping me awake.*

Возможно, данное явление связано с тем, что пациенты и врачи

пользуются оценочными прилагательными и наречиями с разными целями. Пациент на приеме в первую очередь хочет добиться улучшения своего состояния, и поэтому выражает все, связанное с ним в как можно более прямой форме. В свою очередь, врач пользуется оценочными прилагательными и наречиями в основном на этапе постановки диагноза, объяснения результатов анализов и т.д. Как уже говорилось выше, данный этап — один из наиболее эмоционально травматичных для пациента, вследствие чего врач смягчает негативные стороны своих выводов о здоровье пациента с помощью эвфемизмов.

б) использование наречий образа действия и степени

Наречия образа действия и степени занимают важное место в диалоге врача и пациента. Это связано, во-первых, с тем, что без них пациент не может описать интенсивность боли, особенности своего физического и душевного состояния в целом. В свою очередь, врач прибегает к данным лексическим единицам, чтобы в более деликатной форме выразить степень и опасность проявления болезни, выраженность симптомов и т.д. В ходе анализа нам удалось установить, что чаще всего в коммуникативном пространстве «врач — пациент» используются наречия, преуменьшающие степень выраженности явления:

(93) — *Your blood pressure is slightly elevated.*

(94) — *Your blood pressure is a little bit on the high side.*

(95) — *Your blood glucose is a little bit higher than I would like it to be.*

(96) — *Your knee is a bit messed up...Until you get things a little bit stabilized...it might be easier.*

(97) — *It will...get a little better maybe. It's not gonna get all the way right. It'll be...a little bit of a problem.*

(98) — *I'm sorry to say that the tests were not quite what we were waiting for.*

В результате формируемый таким образом прием литоты становится одним из ключевых стилистических инструментов эвфемии в коммуникации

«врач — пациент». Использование литоты чаще прослеживается в речи врача, однако в некоторых случаях к данному приему прибегают и больные:

(99) —*I gota little bit more over the waist...*

(100) —*I was a little bit surprised when I saw the results...*

Вслед за Е.Н. Малыгиной, мы будем относить такое явление к категории инфериорности: «Заведомое преуменьшение признака или свойства чего-либо относится к области значения функционально-семантической категории инфериорности (показателя более низкой степени представленности признака)» [Малыгина 2006: 67]. В отличие от русского языка, где основные способы выражения инфериорности — морфологические, в английском языке выражение категории инфериорности происходит через использование наречий, которые характеризуют низкую степень проявления какого-либо признака. В то же время имеет место и явление, совершенно противоположное описанному, а именно гиперболизация. Так, при описании рисков, различных последствий врачи используют наречия степени со значением усиления:

(101) —*It can be extremely dangerous in your case; you have to realize it... And so the risk would be...very, very high...*

(102) —*I'm afraid it can get pretty high for you...*

Интересно, что в исследуемом нами коммуникативном пространстве случаи, когда врач прибегает к литоте для смягчения высказывания, и случаи, когда он не пользуется никакими смягчающими приемами и представляет информацию в совершенно объективном виде, встречаются с примерно одинаковой частотой. Это может объясняться тем, что набор более жестких или более мягких средств преподнесения информации определяется степенью серьезности состояния пациента. При необходимости полного осознания больным риска для его здоровья врач реже прибегает к приему литоты.

3.2. Синтаксические структуры медицинской консультации как средство реализации функции общения

Тот факт, что коммуникация «врач — пациент» представляет собой устный научный текст-диалог, во многом определяет ее неоднородный характер с точки зрения синтаксиса. С одной стороны, в таком типе коммуникации невозможно избежать разговорных синтаксических элементов, с другой стороны, в нем сохраняются и некоторые синтаксические черты письменных научных текстов. Так, среди черт, характерных для разговорного функционального стиля с точки зрения синтаксиса, в коммуникации «врач — пациент» можно выделить редуцированные вопросы, синтаксические повторы и диалогические повторы.

Анализ показал, что редуцированные вопросы — неотъемлемая часть любой консультации и, в первую очередь, речи врача, так как именно с их помощью становится возможным быстрый сбор анамнеза. С помощью редуцирования вопросов реализуется, прежде всего, принцип экономии речевых средств. В коммуникации «врач — пациент», где время консультации обычно ограничено 10-15 минутами, он становится особенно актуальным и необходимым. Чаще всего можно встретить редуцированные вопросы, которые начинаются со слова *any*:

(103) —*Any shortness of breath?*

(104) —*Any children?*

(105) —*Any other symptoms?*

В отдельных случаях можно наблюдать редуцирование вопроса до одного слова:

(106) —*Alcohol?*

(107) —*Headaches?*

Также довольно распространены вопросы, состоящие из одного вопросительного слова, иногда с добавлением частицы *not*:

(108) —*Why not?*

(109) —*How?*

(110) —*When?*

Помимо экономии речевых средств, редуцированные вопросы реализуют функцию общения: они типичны для обиходно-бытового стиля речи и помогают врачу найти общий язык с пациентом.

Также нельзя не упомянуть о такой особенности медицинских консультаций, как использование в них синтаксических повторов. В целом многие ученые определяют это средство как «гармонизатор общения, формирующий адекватное восприятие информации», «общеречевую универсалию, помогающую по-разному выражать отношение к явлениям действительности» [Плотникова 2014: 101]. Чаще всего на протяжении консультации можно встретить повторяющиеся в речи врача вопросы:

(111) —*Do the chest infections always go away without treatment?*

<.....>

—*And your chest infections go away without any treatment, right?*

Кроме того, можно встретить синтаксически измененные вопросы при повторе при сохранении общего смысла вопроса:

(112) —*What do you think the problem is?*

<.....>

—*And what do you think is actually wrong?*

При многократном повторе вопросы могут быть не только перефразированы с сохранением общего значения, но и редуцированы:

(113) —*Have you ever experienced any shortness of breath?*

<.....>

—*Any shortness of breath?*

Еще одна разновидность синтаксических повторов, которые распространены в коммуникации «врач — пациент» — диалогические повторы, которые представляют собой повтор последней реплики одного из

агентов коммуникации его собеседником. В коммуникативном пространстве «врач — пациент» к диалогическим повторам также прибегают по большей части врачи:

(114) —*What do you do for employment, Ms Jennings?*

—*I work as a receptionist.*

—*You work as a receptionist...*

(115) —*Well, I think I drink about two or three glasses of white wine a week.*

—*Two or three glasses of wine a week?*

—*Uh-huh.*

Примеры 114 и 115 показывают, как врач прибегает к диалогическому повтору, «отзеркаливая» ответы пациента. Прежде всего, подобные типы повторов очень распространены в речи обиходно-бытового стиля. В своем диссертационном исследовании С.В. Андреева подчеркивает, что «использование в речи слушающего слов говорящего («чужого материала») является процессом естественным и практически неизбежным». Кроме того, исследователь подчеркивает, что диалогические повторы играют роль метакоммуникативных сигналов слушающего, так как способны передавать широкий круг метакоммуникативных значений и намерений, каждое из которых прямо или косвенно указывает на отношение слушающего к реплике говорящего [Андреева 2005]. Иными словами, синтаксические повторы такого рода являются эффективным инструментом для реализации функции общения. Именно с помощью этого приема у врача появляется возможность сигнализировать больному свое внимание к разговору в целом и его деталям. Помимо этого, диалогические повторы незаменимы для проявления врачом участия в диалоге с больным и заинтересованности в нем.

Все рассмотренные выше случаи синтаксического повтора можно отнести к категории самоповторов, что означает, что один из коммуникантов, в данном конкретном случае, врач, повторяет с небольшими изменениями свои собственные вопросы на протяжении всей консультации.

Кроме того, довольно часто можно встретить повторяющиеся реплики в речи пациента:

(116) —*And the coughing keeps me up all night...*

(117) —*The cough is really bad when I try to get off to sleep.*

(118) —*I usually cough at night.*

Чаще всего в повторяющихся репликах содержится указание на какой-либо особо беспокоящий симптом, проблему и т.д., то есть с помощью подобных повторов пациент пытается привлечь внимание врача к тому, что вызывает у него наибольший дискомфорт, беспокойство. Иными словами, в речи пациента синтаксические повторы часто становятся средством воздействия на врача для того, чтобы подчеркнуть особую важность некоторой информации. Таким образом, происходит явление, описанное Ю.М. Лотманом, при котором повторение некоторых слов или выражений в одном контексте не означает механического повторения одного и того же смысла: происходит не количественное, а качественное, смысловое усложнение [Лотман 1970].

ВЫВОДЫ К ГЛАВЕ 3:

1. В коммуникации «врач — пациент» чаще всего встречаются эвфемизмы из следующих семантических групп: смерть, болезни, некоторые виды терапии, угасание некоторых способностей, функций человеческого организма, различные части тела, функции человеческого организма, проблемы с фигурой. Установлено, что и врачи, и пациенты прибегают к эвфемизмам с одинаковой частотой.
2. Среди наиболее часто встречающихся лексических средств эвфемизации в рамках указанных выше групп были выделены следующие:
 - замена грубых и неприличных слов на слова и выражения с более общим смыслом или размытой семантикой. Особо следует отметить использование стилистически книжных и научных выражений на фоне в целом нейтральной по стилистической окраске речи с целью эвфемизации.
 - употребление терминов в качестве эвфемизмов. Этот прием является довольно распространенным и при необходимости смягчить высказывание, и при необходимости завуалировать некоторые явления. Кроме того, была отмечена такая особенность, как образование терминов из слов и выражений, которые изначально использовались в речи как эвфемизмы.
 - использование метафор.
 - употребление местоимений.
 - использование фиксированного набора существительных для замены слова cancer.
 - использование фраз описательного характера с ориентацией на позитивный исход лечения для замены названий лекарств.
 - использование сленговых выражений.
 - использование фиксированных стилистически разнорегистровых слов и выражений, слов из детской речи для обозначения функций человеческого организма.

—использование антропонимов для замены названий половых органов.

Среди наиболее часто встречающихся стилистических средств эвфемизации были обозначены следующие:

— замена слов со значением, имплицитно связанным с ухудшением, на их антоним в сочетании с отрицанием;

—использование наречий образа действия для создания приема литоты.

3. В целом, эвфемизмы являются важным инструментом общения как в речи врача, так и в речи пациента. При этом в речи врача эвфемизмы используются не для сокрытия некоторой информации (что может впоследствии иметь неблагоприятные последствия для пациента), а для ее смягчения. В свою очередь, механизм действия эвфемизмов в речи пациентов похож на принцип действия табу, то есть через эвфемизмы в речи пациентов реализуется тактика избегания неприятных или вызывающих страх слов, выражений и тем. Кроме того, в своем стремлении пользоваться эвфемизмами пациенты поддерживают настрой лечащего специалиста на создание благоприятной для коммуникации среды. Кроме того, важно заключить, что в коммуникации «врач — пациент» используются стилистически разнорегистровые средства эвфемизации. Использование врачами стилистически сниженных слов и выражений или фиксированных выражений общеупотребительного языка в качестве эвфемизмов может объясняться стремлением установить контакт с пациентом.

4. В качестве основных синтаксических структур коммуникации «врач — пациент» были рассмотрены редуцированные вопросы, синтаксические и диалогические повторы. Было выявлено, что в речи врача редуцированные вопросы и различные типы синтаксических повторов играют роль инструмента для реализации функции общения. Кроме того, редуцированные вопросы используются для экономии речевых средств. Повторяющиеся предложения в речи пациентов чаще всего являются средством воздействия на врача, выделения наиболее важной и беспокоящей информации.

ГЛАВА 4. РОЛЬ МОДАЛЬНОСТИ КАК СРЕДСТВА ВОЗДЕЙСТВИЯ В КОММУНИКАЦИИ «ВРАЧ — ПАЦИЕНТ»

Исследование явления модальности в рамках функционального подхода в коммуникации «врач — пациент» представляется важным сразу по нескольким причинам. В первую очередь, это обусловлено тем, что модальность как функционально-семантическая категория переплетается с отражением человеческого фактора в языке, человеческих позиций по отношению к различным явлениям действительности. Вслед за А.В. Бондарко, мы полагаем, что категория модальности неразрывно связана с антропоцентрическим подходом, на базе которого создаются многие современные работы по лингвистике [Бондарко 2001] и без элементов которого немислимым представляется анализ диалогов между врачами и пациентами. Именно поэтому мы ставим перед собой цель выделить и рассмотреть в первую очередь средства, с помощью которых формируются различные модальные значения, а затем и особенности присутствия и соотношения этих модальных значений, а также функции, которые они выполняют в диалогах между специалистами-медиками и больными.

Исследование диалогов между врачами и пациентами показало, что наибольшего внимания в этих текстах заслуживают лексические и грамматические способы выражения модальности. Вследствие того, что между лексическими и грамматическими средствами выражения модальных значений существует неразрывная связь, мы будем рассматривать их в комплексе, не разделяя на отдельные группы.

Самой распространенной группой лексических средств выражения модальности в английском языке, вне всякого сомнения, являются модальные глаголы. При рассмотрении данных единиц мы будем придерживаться семантического подхода. Такие лингвисты, как И. Дэпраэтере и С.Ридс (I. Depraetere, S. Reeds), рассматривая в своей статье *Mood and Modality in English* особенности значений модальных глаголов, подчеркивали, что их

многозначность создает сложности для упорядочения и классификации различных модальных значений (Aarts, McMahon: 287). Нужно отметить, что в таком случае невозможно избежать присутствия отдельных модальных глаголов не в одной, а сразу в нескольких семантических группах, так как один и тот же модальный глагол в разных контекстах может иметь различные значения.

Самой высокой по частотности употребления является группа модальных глаголов, с помощью которых может выражаться значение вероятности, а именно *might, may, can, could*:

(119) —*The risk could be very, very high. And it might be reasonable to give dialysis a chance.*

(120) —*You might no longer need pills then.*

(121) —*It doesn't mean that it is definitely going to happen, but it may...*

(122) —*Someone who has the immune system low can breathe it in and get infected.*

Внутри этой группы самыми широко используемыми являются глаголы со значением наименьшей вероятности *might* и *may*. По нашим подсчетам, в рамках одной врачебной консультации эти глаголы могут быть использованы до 30 раз. Как правило, модальные глаголы вероятности появляются и в речи врача, и в речи пациента, однако в речи врача сконцентрировано их абсолютное большинство.

На наш взгляд, превалирование выражений с глаголами *might* и *may* по сравнению с фразами, включающими глаголы *can* и *could*, в речи медиков обусловлено тем, что *might* и *may* указывают на меньшую степень вероятности возникновения того или иного явления. Это отвечает основным этическим задачам медицинских консультаций. В свою очередь, глаголы *can* и *could*, в которых семантически заложен элемент большей вероятности, чаще можно встретить в речи пациентов:

(123) —*I'm frightened I could have a heart disease.*

(124) — *Can it be cancer?*

Появление модальных глаголов вероятности в речи врачей в большинстве случаев связано с описанием различных рисков, представлением прогнозов и т.д. Учитывая тот факт, что прогнозирование состояния здоровья, действия препаратов, исхода операций и других ситуаций с абсолютной точностью невозможно, модальное значение вероятности становится буквально осью, вокруг которой строится коммуникативное пространство «врач — пациент». В речи врача модальные глаголы вероятности, в особенности если они появляются в безличных предложениях, могут выполнять функцию деагентирования, которая выражается в отстраненности врача, фактически донесении до пациента информации о том, что ответственность врача за различные виды медицинской помощи и их результат ограничена. Как писал В.В. Виноградов, говорящий в таких случаях «как бы не решается признать свои слова адекватным отражением действительности или единственно возможной формой выражения передаваемой мысли» [Виноградов 1986: 577]. В речи пациента модальные глаголы вероятности чаще всего выражают различные опасения. С их помощью в речи пациента, с одной стороны, реализуется функция избегания негативного: так, вопрос *Can it be cancer?* значительно менее категоричный и прямой по сравнению с вопросом *Is it cancer?* С другой стороны, с использованием модальных глаголов вероятности может быть связана функция имплицитного воздействия на врача для того, чтобы он развеял опасения пациента, представил больше информации, объяснил непонятное, разуверил его и т.д.

При рассмотрении модальных глаголов вероятности в речи врача мы столкнулись с таким явлением, как вероятностная избыточность. Она выражается в употреблении сразу нескольких модальных глаголов с градацией степени вероятности в сочетании с другими лексическими средствами выражения этого значения в рамках одного высказывания.

(125) —*So, of epilepsy persisting into, say, childhood or adulthood — very-very little chance of that, another febrile seizure — maybe, but probably not.*

(126) —*I mean it might be that there is a process of illness, and a significant illness before that happened. Have you thought about what you might like done, if you were say to have another really significant heart attack or something...?*

В первом из представленных выше примеров сочетаются модальный глагол вероятности *may*, фраза с модальным значением вероятности *very-very little chance of that* и модальное слово со значением вероятности вкупе с отрицанием *probably not*. Во втором отрывке можно наблюдать комбинацию из нескольких употреблений глагола *might*, частицы *say* с контактоустанавливающим модальным значением с явлением эвфемизации, реализующимися через гипероним *significant illness* (вместо *heart attack*), и прономинацию с помощью местоимения *something* (вместо перечисления других заболеваний). Такое обилие средств выражения модального значения вероятности в обстоятельствах, сходных с теми, которые традиционно эвфемизируются, позволяет предположить, что модальное значение вероятности может служить в целях смягчения высказываний и уменьшения их категоричности.

Кроме того, в отдельных речевых ситуациях с помощью таких приемов выражается функция оптативности, то есть предоставления пациенту права выбрать из всех представленных перспектив и принять решение, связанное с его собственным здоровьем. С помощью значения вероятности происходит объективизация представленной информации, и врач, в зависимости от степени серьезности ситуации, может подобрать такие средства из всего вероятностного спектра, которые помогут оказать продиктованное обстоятельствами влияние на решения пациента в смягченной имплицитной форме, не оказывая на него давления. Таким образом, можно заключить, что в коммуникации «врач — пациент» с помощью модального значения вероятности средства смягчения выводятся за границы лексического поля,

затрагивая область грамматики.

Помимо описанных выше глаголов, модальным значением вероятности также обладает целый ряд модальных слов и модально-вводных слов, таких как *probable, possible, perhaps, maybe, certain, surely* и т.д. Некоторых из приведенных модальных слов в предложениях можно назвать предикативными, так как в английском языке они входят в состав сказуемого, с помощью чего и становится возможным выражение модальности возможности. Рассмотрим несколько примеров, содержащих такие лексические единицы:

(127) — *Let us probably look at the possibility of complications for this operation. Concluding that means: how risky is the operation?*

(128) — *There is a chance that it will be very difficult to remove it*

(129) — *This seizure is probably one of....Most likely one of....*

(130) — *It is very probable that the bacterium gets stronger.*

(131) — *There is a possibility that you could have a heart attack.*

В примерах 1, 3, 4 в состав сказуемого входят модальные слов *probably, likely, probable*, в примерах 2 и 5 в качестве предиката выступают выражения *there is a chance* и *there is a possibility*. Также довольно распространено выражение значения вероятности посредством вводно-модальных слов — на наш взгляд, это связано с тем, что они очень частотны в речи обиходно-бытового стиля и способствуют продукции более естественной и близкой пациенту речи:

(132) — *Maybe you can go home tomorrow afternoon...*

(133) — *It is perhaps the most effective method....*

Нужно сказать, что модальные и вводно-модальные слова, передающие большее значение уверенности, намного менее распространены в коммуникации «врач — пациент» по сравнению с аналогичными лексическими единицами, выражающими меньшую степень уверенности. Чаще всего их вводят в речь с частицей *not*, образуя тем самым синонимы

модальных слов, выражающих наименьшую степень вероятности:

(134) —*It is not certain...*

(135) —*I am not 100% sure that...*

Если говорить о том, как соотносятся между собой такие средства выражения модального значения вероятности, как модальные глаголы и модальные слова в составе сказуемых, то можно утверждать, что их доля в общей выборке примерно одинакова. Это противоречит тем данным, которые приводили некоторые исследователи данных средств в других текстах. К примеру, в своей статье «Предикативные выражения модальности возможности в английском языке» Б.Ф. Ломаев на основе анализа письменных текстов пришел к следующему выводу: «Представляя совокупность рассматриваемых предикативных выражений как систему средств выражения модальности возможности можно считать, что если обладающие большей коммуникативной насыщенностью модальные глаголы *can, may, will* (особенно *may* и *can*) в сочетании с последующим инфинитивом находятся в центре исследуемой системы, то предикативные выражения, включающие слова с семантическим содержанием возможности в самом общем виде (*possible, feasible, workable, practicable* и другие слова с *-able*), располагаются на ее периферии» [Ломаев 2015]. На наш взгляд, в диалогах между врачами и пациентами и модальные глаголы, и модальные слова могут служить средствами для выражения дополнительных значений помимо тех, которые изначально заложены в них. Если модальные глаголы более кратки и емки по своему семантическому значению, служат как целям экономии речевых средств, так и интеллективной функции, то модальные слова способствуют образованию безличных предложений, которые в исследуемом нами тексте представляют ценность благодаря тому, что они стирают личность говорящего и его способность повлиять на описываемую ситуацию, позволяя таким образом объективизировать факты. Эта особенность безличных конструкций была подмечена в работе

Э.Н. Осиповой: «Коммуникативное назначение безличных предложений — формировать особый образ действительности, передать недеятельный характер ситуации, отображенной в коммуникации: действие происходит произвольно, не зависит от воли субъекта, действуют природные, стихийные, неизвестные, нереальные, неопределенные силы» [Осипова 2004: 10].

Следующими по распространенности в коммуникации «врач — пациент» являются различные лексические средства выражения модального значения долженствования и побудительности, которые во многом пересекаются. Несмотря на заложенную в них категоричность, без таких средств не обходится ни одна консультация: спектр лексических средств, представляющих разные степени долженствования и побудительности, довольно широк и позволяет выбрать наиболее подходящие в зависимости от ситуации, в которой возникла необходимость их употребления. Если говорить о модальных глаголах, то особенно часто для выражения значения долженствования используются глаголы *have to* и *should*, в некоторых случаях в сочетании с отрицанием:

(136) — *You don't have to worry about it...*

(137) — *You'll have to sign that you agree...*

(138) — *I'll have to end this talk quickly...*

(139) — *If you want to lose some weight, you should stick to this diet.*

Еще одним способом формирования модального значения побуждения является использование модальных глаголов *may*, *can*, *could* в вопросительных предложениях. В этом случае значение побуждения смягчается за счет добавления к нему модального значения вежливости:

(140) — *May I examine your tummy very quickly?*

(141) — *Could you please step on the scale?*

(142) — *Can you give me your hand?*

Примечательно, что модальный глагол *must*, в котором заключено одно

из самых сильных модальных значений долженствования, практически отсутствует в диалогах между врачами и пациентами. В качестве аналогов для него и других модальных глаголов долженствования могут быть использованы, во-первых, немодальные глаголы, в семантике которых заложен компонент побуждения, а также прилагательные, входящие в состав сказуемого:

(143) — *It is mandatory here to sign this form.*

(144) — *It is advised to avoid taking this medication...*

Предложения, приведенные выше, представляют собой более абстрактные смягченные варианты предложений со значением долженствования за счет того, что оба они являются безличными (первое — за счет предикативной лексики, второе — за счет присутствия в нем конструкции пассива) и деагентированными.

Еще один способ выразить значения долженствования и побуждения имплицитно с помощью лексических средств — замаскировать побуждение под волеизъявление с помощью модальных глаголов *can* или *need*:

(145) — *You can breathe normally now.*

(146) — *You can think at home and decide later.*

(147) — *I need you to pass saliva*

(148) — *I just need you to keep looking forward.*

(149) — *I need you to stay seated where you are.*

Кроме того, возможно более мягкое выражение побуждения с помощью немодальных глаголов, в которых присутствует семантический компонент волеизъявления, или с помощью сочетания таких глаголов с модальными глаголами, что можно наблюдать в последнем из приведенных ниже примеров:

(150) — *I just want you to realize that it is not magic.*

(151) — *I would like you to get admitted to hospital.*

Соотношение личных и безличных предложений со значением

побуждения в коммуникации «врач — пациент» примерно одинаково. Однако на основании всех случаев, представленных ранее для иллюстрации значений вероятности, побуждения, долженствования, можно прийти к выводу, что безличные конструкции, сами по себе не выражающие модальность, усиливают самые разные ее значения, выраженные другими грамматическими и лексическими способами. На наш взгляд, это объясняется тем, что наложение какого-либо модального значения на отстраненность субъекта от действия, которое выражается безличными конструкциями, дает в каждом отдельном случае новый эффект: либо усиление впечатления о неконтролируемости и объективности выражаемого действия (в случае с модальным значением вероятности) и эвфемизации некоторых явлений, либо смягчение категоричности высказывания для уменьшения давления на реципиента (в случае с модальными значениями побуждения и долженствования). Интересно, что для достижения таких функций не обязательно полное деагентирование предложения — возможна замена в нем подлежащего, под которым подразумевается реципиент, на любое другое подлежащее, выраженное местоимениями или существительными, указывающими на абстрактных обобщенных адресатов (*Most people can have a lot of weakness and fatigue; We all used to be more active in the past; There are some people who can be operated on at this age, there are some people who can not*) или же использование обобщенно-личных предложений в этих целях (*One should be very careful with it*). Таким образом, безличные конструкции, а также подмена реального адресата на абстрактного в предложениях могут выполнять функции катализатора или трансформатора некоторых модальных значений.

Как уже отмечалось ранее, вопрос отнесения оценочности к категории модальности до сих пор остается открытым. Однако в рамках данного исследования мы придерживаемся мнения о том, что оценка неразрывно связана с мировосприятием, становясь основой для деления чувств на

положительные и отрицательные, а явлений действительности—на хорошие и плохие [Арутюнова 1984: 5-23]. Тот факт, что коммуникация «врач — пациент» отличается, с одной стороны, элементами научного текста с невысокой степенью эмоциональной окраски, и, с другой стороны, различными языковыми компонентами с семантикой оценки, придает этому типу текста довольно специфичную окраску с точки зрения модального значения оценочности и экспрессивности. Однако, несмотря на нестандартность модального значения оценки, существующего в рамках коммуникации «врач—пациент», выражение этого значения происходит с помощью типичных для других типов текстов лексических и грамматических средств.

Во-первых, обогащение высказываний различными субъективно-модальными смыслами в диалогах между врачом и пациентом происходит через вводно-эмоциональные или вводно-контактные слова:

(152) — *Unfortunately, it doesn't have a cure...*

(152) — *Imagine if you were say not able to take decisions for yourself...*

(153) — *The risk of dying — let's be blunt — from that operation is 1 in 4000.*

Стилистический характер вводно-контактных и вводно-эмоциональных слов может варьировать от более официальных (*unfortunately, obviously*) до разговорных (*Right? Okay? Say*) в зависимости от предмета разговора и целей адресанта. Помимо насыщения высказываний эмоциональными компонентами разной степени интенсивности, такие слова и выражения играют также важную организационную функцию, делая речь более упорядоченной и логичной.

Помимо вводно-эмоциональных и вводно-контактных слов, компонент эмоционального модального значения может содержаться в самостоятельных частях речи, чаще всего прилагательных и глаголах. Это связано с перманентным присутствием оценочного компонента в семантике таких слов. Приведенные ниже безличные и личные предложения передают различные

оттенки эмоциональной оценочности в речи врача:

(154) —*I am very sorry to tell that the results of the test are positive...*

(155) —*It's really good that you didn't hurt yourself too seriously...*

(156) —*I'm obliged to tell you about all these possibilities...*

(157) —*It is also very difficult for me to tell you that...*

(158) —*I hope that it won't be the case...*

Нужно сказать, что эмоционально-экспрессивное модальное значение присутствует в речи пациентов с большим разнообразием, чем в репликах медиков. Это связано прежде всего с тем, что речь пациентов во многом состоит из описания различных состояний, переживаний и чувств с соответствующим обильным использованием языковых средств со значением оценочности. В свою очередь, компонент оценочности в речи врача по сравнению с речью пациента довольно ограничен и в плане средств, и в плане спектра выражаемых ими значений. В целом можно говорить о существовании в речи медиков набора клишированных слов и выражений, содержащих в себе эмоционально-оценочный компонент. Эмоциональный компонент, который присутствует в таких словах и выражениях, носит скорее формальный, а не персональный характер, обусловлен основными этическими принципами ведения коммуникации с пациентом. Он связан в большей степени не с оценкой личных переживаний врача (хотя полностью исключать этот аспект также нельзя), а с необходимостью выражения эмпатии. Однако нужно отметить, что добавление таких компонентов в высказывания делает их более нацеленными на собеседника, на установление контакта с ним и поддержание разговора в целом.

Исследование материалов медицинских консультаций показало, что значительное количество модальных значений в них выражено с помощью категории наклонения. Как уже упоминалось в обзоре теоретических работ, с категорией наклонения связано такое же большое количество подходов, зачастую взаимоисключающих, как и с категорией модальности. С учетом

того, что мы принимаем за основу именно лингвистическое понимание модальности, особый интерес для нас представляет ее разновидность, связанная с ирреальностью. Вслед за Т.Н. Хомутовой [Хомутова 2008] в качестве семантических типов ирреальной модальности мы рассматриваем модальность недействительности, предположения и побудительную модальность, объединенные таким общим свойством, как трактовка говорящим высказывания как нефакта. Учитывая то, что модальность предположения уже была подробно рассмотрена ранее в связи с модальными глаголами и модальными словами как главными средствами ее выражения, мы остановим свое внимание на побудительной модальности и модальности недействительности.

Из всех рассмотренных ранее типов модальных значений, побудительность в коммуникативном пространстве «врач — пациент» является самой многоступенчатой в отношении субкатегориальных значений, которые в ней содержатся. Чаще всего она выражается с помощью комбинации лексических и синтаксических средств и частично была рассмотрена нами ранее в рамках анализа модальных глаголов. На данном этапе мы подробнее остановимся на синтаксических способах выражения этого модального значения. Так, самым распространенным, по нашим наблюдениям, становится значение инструкции, выражение которого представляется возможным как в более категоричном, так и в более мягком виде:

а) глаголы повелительного наклонения:

(159) — *Just close your eyes and relax.*

(160) — *Breathe in, breathe out.*

б) вопросительные конструкции с модальными глаголами или словом *please*, выражающими вежливость:

(161) — *Could you please step on the scale?*

(162) — *Take a deep breath, please.*

в) безличные предложения, которые по своей семантике приближаются к запрету:

(163) — *No smoking and no drinking, of course.*

г) — эллиптические предложения с опущенным подлежащим и сказуемым:

(164) — *Ankle up and down, please.*

д) предложения, содержащие глаголы с модальным значением пожелания, а также модальные глаголы со значением необходимости, которые позволяют смягчить побуждение:

(165) — *I need you to roll over.*

(166) — *I just want you to realize that it is not magic.*

Что касается речи пациента, то в ней также можно найти примеры выражения побудительной модальности, однако ее типы кардинально отличаются от тех, что представлены в речи специалистов-медиков. Так, для речи пациента более характерна суггестивная модальность, которая может быть выражена как в более мягкой форме, к примеру, с помощью эллиптических конструкций (*No need for surgery to make it better?*), так и в более категоричной форме, например, в вопросах с отрицанием (*Why don't you just prescribe me some pills?*).

Выражение побудительной модальности в речи врача в целом отличается большей определенностью и категоричностью, что объясняется необходимостью как можно точнее передать пациенту рекомендации, инструкции и другую важную информацию. Кроме того, в некоторых случаях выбор более категоричных и прямолинейных в плане семантики средств для выражения побудительности объясняется серьезностью ситуации со здоровьем пациента.

Модальное значение недействительности, которое относится к объективной модальности, по своей функциональной значимости во многом пересекается с модальностью вероятности. В спектр его действия попадают ситуации, которые включают в себя указание на выполнение действия при

наличии какого-либо условия, на следствие нереального условия, неосуществленное желание и т.п. Основной грамматической категорией, через которую происходит выражение модальности недействительности, является сослагательное наклонение. Как правило, с помощью таких грамматических конструкций происходит абстрактная визуализация той или иной ситуации, представление перспектив, столь необходимых в общении врача и пациента, так как все медицинские консультации построены на идеях вероятности, реализации тех или иных условий и других неопределенных обстоятельств. В коммуникации «врач — пациент» для выражения модальности недействительности можно встретить случаи использования условной модальности со значением регулярности действия:

(167) —*If you have lumpactomy you normally require radiation.*

(168) —*If the kidney works right away, you could be in hospital as short a time as about 10 or 12 days. If it doesn't work it can stretch out to weeks.*

Однако самыми распространенными являются случаи использования условных предложений 2 типа, выражающих гипотетическую ситуацию:

(169) —*If I took your blood now, it would be a random test because you've eaten.*

(170) —*If you were to miss a pill outside of that then your contraceptive effect would drop off quite quickly...*

(171) —*I'm just wondering if it would be alright for us to talk about your future health choices if ever a situation came up where you might not be able to make those decisions for yourself.*

(172) —*If a kidney became available that we thought was good for you, our next step would be to call your doctors and make sure that you were in good health.*

Особый интерес представляют условные предложения, также относящиеся ко 2 типу, но в то же время содержащие в себе отношение говорящего к ситуации:

(173) —*If I were you, I would start taking folic acid...*

(174) —*I would probably do the same thing if I were, you know, another*

generation down the line...

Подобный прием может способствовать реализации и функции воздействия, и функции общения в коммуникации, так как врач, ставя себя на место пациента, может выражать и значимость своего авторитета, и согласие с пациентом в определенных вопросах.

ВЫВОДЫ К ГЛАВЕ 4:

Среди наиболее часто встречающихся в коммуникативном пространстве «врач — пациент» модальных значений выделяются следующие:

1. Вероятность.

Как правило, данное модальное значение передается с помощью модальных глаголов и модальных слов. Было подсчитано, что в рамках одной врачебной консультации модальные глаголы, выражающие разную степень вероятности, могут использоваться до 30 раз. Значительное присутствие модального значения вероятности объясняется постоянной необходимостью делать прогнозы и предположения, связанные со здоровьем пациента. С помощью модальных и вводно-модальных слов, передающих различные оттенки вероятности, становится возможным деагентирование предложения и объективизация предоставляемой информации. Для объективизации и смягчения смысла высказывания используются не только безличные конструкции, но и замена подлежащего, под которым подразумевается реципиент, на другое подлежащее, выраженное местоимениями или существительными, указывающими на обобщенных адресатов. Кроме того, было отмечено такое явление, как частая избыточность употребления модальных глаголов и модальных слов, выражающих вероятность, в пределах одного предложения. Этот прием выполняет функцию смягчения высказывания.

2. Долженствование и побуждение.

Значения долженствования и побуждения часто выражаются модальными глаголами, за исключением глагола *must*. Довольно часто в вопросах-просьбах модальные глаголы с семантикой побуждения заменяются на модальные глаголы *can*, *may*, *could* со значением вежливости, а также безличными конструкциями с использованием модальных слов или немодальных глаголов с семантикой побуждения. Очень распространенным в

диалогах между врачами и пациентами является значение инструкции, которое может выражаться эллиптическими предложениями с опущенным подлежащим и сказуемым, безличными предложениями, которые по своей семантике приближаются к запрету.

3. Недействительность.

Значения действительности и недействительности выражаются с помощью условного наклонения и играют важную роль в общении врача с пациентом, позволяя максимально нейтрально представить прогнозируемую ситуацию.

Следует также подчеркнуть, что вводно-эмоциональные слова в речи пациента присутствуют в большем количестве и их спектр более разнообразен. В то же время, в речи врача можно встретить более узкий и клишированный набор вводно-эмоциональных слов и других слов, семантически передающих эмоции (например, глаголов). Это объясняется тем, что врач пользуется этими словами по большей части с целью профессионального выражения эмпатии, в то время как пациент с их помощью передает реальные эмоции и переживания.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Завершая данное исследование, необходимо вернуться к основным пунктам анализа.

Коммуникация «врач — пациент» в данной диссертационной работе была рассмотрена как устная речь диалогического характера с точки зрения функциональной стилистики, то есть с точки зрения функций, которые выполняют различные элементы этого типа коммуникации: функции сообщения, общения и воздействия. Было подтверждено, что основной функцией, которую выполняют термины в общении «врач — пациент», является функция сообщения, однако с помощью терминологии могут также реализовываться функции воздействия и общения. Также было установлено, что одним из ключевых механизмов, реализующих функцию сообщения в медицинской консультации, является экспликация, основанная по большей части на феномене синонимии между терминами, а также терминами и нетерминами.

В качестве основных компонентов, выполняющих функцию общения, были рассмотрены эвфемизмы. Было выявлено, что эвфемизмы с одинаковой частотой используются как врачами, так и пациентами, но при этом в речи врачей эвфемизмы в основном употребляются для смягчения смысла высказывания, а то время как в речи пациентов через использование эвфемизмов реализуется тактика избегания упоминания о неприятных, пугающих, грубых явлениях.

Различные модальные значения и средства их передачи были рассмотрены как компоненты, реализующие функцию воздействия. Были выявлены наиболее часто встречающиеся модальные значения в коммуникации «врач — пациент» и механизмы их действия в реализации функции воздействия.

В целом каждая из этих функций может выходить на первый план по степени значимости и выраженности в той или иной коммуникативной

ситуации в рамках медицинской консультации.

Проведенный в данной работе анализ может послужить отправной точкой для дальнейшего исследования проблематики и особенностей врачебной консультации. Можно предложить следующие направления исследований:

- сравнительный анализ особенностей коммуникации «врач — пациент» на русском и английском языках;
- сравнительный анализ коммуникации «врач — врач» и «врач — пациент» на английском языке;
- анализ функционирования терминологии в различных типах медицинских текстов (специальном, научно-популярном и т.д.);
- исследования, направленные на определение жанровых характеристик коммуникации «врач — пациент»;
- исследование функций различных просодических средств в коммуникации «врач — пациент»;
- исследование влияния различных лингвистических средств на степень успешности того или иного коммуникативного акта между врачом и пациентом.

Однако самым перспективным направлением дальнейших исследований, связанных с настоящей диссертационной работой, мы считаем дальнейшие педагогические разработки для улучшения качества общения между врачами и пациентами в российских клиниках.

Результаты данного исследования, сопоставленные с рекомендациями из учебников по коммуникации «врач — пациент», выглядят следующим образом:

Таблица 1

Рекомендации в пособиях		Результаты исследования диалогов «врач — пациент»
Термины	<p>—в учебниках особый акцент сделан на инструменте экспликации терминов вне зависимости от того, являются они узкоспециальными ли общеупотребительными;</p> <p>—самым действенным способом экспликации названа метафора;</p> <p>—запрещается использования медицинского сленга и жаргона в разговорах с пациентами.</p>	<p>—врачи часто объясняют как узкоспециальные, так и общеупотребительные термины, опираясь на свои предположения об образованности и медицинской осведомленности пациента;</p> <p>—метафора нередко используется как инструмент экспликации, однако основой этого механизма является синонимия между терминами, а также между терминами и нетерминами;</p> <p>—сленговые слова и выражения присутствуют в коммуникации «врач — пациент» в небольшом количестве и выполняют функцию общения.</p>

Таблица 2

Рекомендации в пособиях		Результаты исследования диалогов «врач — пациент»
Эвфемизмы	<p>—предупреждения врача о том, что пациенты иногда могут пользоваться эвфемизмами;</p> <p>—призыв к ограниченному использованию эвфемизмов врачами, так как они могут быть поняты неправильно.</p>	<p>—пациенты пользуются эвфемизмами наравне с врачами, однако это использование может мотивироваться как необходимостью смягчать некоторые высказывания, так и желанием избежать упоминания некоторых слов и выражений;</p> <p>—врачи не ограничивают использование эвфемизмов, особенно в ситуациях, в которых нужно сообщить плохие новости.</p>

Таблица 3

Рекомендации в пособиях		Результаты исследования диалогов «врач — пациент»
Модальность	—в качестве одного из главных модальных значений называется волеизъявление с оттенком желательности.	—наиболее часто в коммуникации «врач—пациент» встречается выражение модального значения вероятности.

Как видно из таблиц, во многих случаях реальное положение дел в отношении лингвистических особенностей коммуникации «врач — пациент» не совпадает с предложенными в учебниках советами. Так, в реальных консультациях врачи стараются объяснить большинство терминов вне зависимости от того, являются они узкоспециальными или общеупотребительными; в качестве инструмента экспликации используются термины и общеупотребительные слова с синонимичным значением; врачи иногда прибегают к сленгу для того, чтобы наладить общение с пациентом (см. Табл.1). Что касается эвфемизмов, то следует особо отметить, что врачи и пациенты используют данные лексические единицы с примерно одинаковой частотой; кроме того, врачи не ограничивают употребление эвфемизмов в тех ситуациях, когда они могут быть неправильно поняты (см. Табл.2). В то время как учебные пособия указывают на модальное значение волеизъявления как одно из основных в коммуникации «врач — пациент»,

результаты анализа показали, что самым распространенным является модальное значение вероятности (см. Табл.3).

В целом, выдвинутая в начале исследования гипотеза была полностью подтверждена: в коммуникации «врач — пациент» можно наблюдать реализацию, а также тесное переплетение всех функций языка. Это указывает на существенные различия между тем, как коммуникация «врач — пациент» представлена в специализированных учебниках, и тем, как она выглядит в реальной жизни.

Выводы, полученные в ходе данной работы, могут быть положены в основу курсов по обучению коммуникации «врач — пациент» на английском языке, что особенно актуально в настоящее время, когда российские специалисты довольно часто консультируют пациентов-иностранцев. Сейчас эти вопросы практически не затрагиваются в пособиях по английскому языку для специальных целей для российских врачей и студентов-медиков.

БИБЛИОГРАФИЯ

- 1) Абрамова Г.А. Медицинская лексика: основные свойства и тенденции развития: дис. ...канд. филол. наук: 10.02.01/Абрамова Галина Алексеевна. — Краснодар, 2003. — 312 с.
- 2) Авербух К.Я. Манифест современной терминологии // Материалы международной научно-практической конференции «Коммуникация: теория и практика в различных социальных контекстах «Коммуникация-2002» (Communication Across Differences)». — Пятигорск, 2002 — Ч. 1. — с. 192-194
- 3) Акопянц А.М. Прагматизация аббревиатуры в речевом общении. / [Электронный ресурс]. — режим доступа: https://pglu.ru/upload/iblock/446/uch_2008_iii_00001.pdf
- 4) Александрова О.А. Речекоммуникативный статус паузы колебания: автореф. дис. ... канд. филол. наук: 10.02.19/Александрова Ольга Александровна. — Великий Новгород, 2004. — 20 с.
- 5) Амири Л.П. Омонимия как один из полюсов на шкале неоднозначности языковой игры в рекламе // Вестник славянских культур. — 2015. – Вып. №1(35) — С.110-121
- 6) Андреева С. В. Элементарные конструктивно-синтаксические единицы устной речи и их коммуникативный потенциал: автореф. дис. ... д-ра филол. наук: 10.02.01/ Андреева Светлана Владимировна. — Саратов, 2005. — 49 с.
- 7) Арутюнова Н.Д. Аксиология в механизмах жизни и языка // Проблемы

структурной лингвистики. — М: Наука, 1984. — с. 5—23

- 8) Афанасова В.В. Роль модальности в медицинском дискурсе / В.В. Афанасова, Т.Л. Черезова // Проблемы коммуникации врач — пациент: деонтологические, психологические, лингвистические проблемы медицинского дискурса: материалы первой с международным участием научно-практической конференции. — РИЦ ТГМА, Тверь, 2013. — с.10-15
- 9) Ахманова О. С. Очерки по общей и русской лексикологии. — М.: Учпедгиз, 1957. — 295 с.
- 10) Ахманова О.С. Словарь лингвистических терминов. / О.С. Ахманова. — М.: Сов. энциклопедия, 1966. — 607 с.
- 11) Балли Ш. Общая лингвистика и вопросы французского языка. — М.: Иностранная литература, 1955. — 415 с.
- 12) Барсукова М.И. Медицинский дискурс: стратегии и тактики речевого поведения врача: автореф. дис. ...канд. филол. наук: 10.02.01/ Барсукова Марина Игоревна. — Саратов, 2007. — 21 с.
- 13) Беляева Е.И. Модальность в различных типах речевых актов// Филологические науки. —1987. — № 3. — с.64-69
- 14) Бесекирска Л. Интернациональная лексика в медицинской терминологии русского языка: дис. ...д-ра филол. наук: 10.02.01/ Бесекирска Люба. — Москва, 1997. — 265 с.
- 15) Блакар Р.М. Язык как инструмент социальной власти // Язык и моделирование социального воздействия. — М., 1987. — с. 88–125.

- 16) Блох М.Я. Поле эпистемической модальности в пространстве текста: [монография] / М.Я. Блох, А.В. Аверина: М.-во обр. и науки РФ, Московский пед.гос. ун.-т: Москва: МПГУ: Прометей, 2011. — 154 с.
- 17) Болотова Е.Н. Функционирование общенаучных терминов в английском дискурсе гуманитарных наук // Филологические науки. Вопросы теории и практики. — №4 (22), 2013. — Ч. 2. — с. 29-33
- 18) Бондарко А.В. Лингвистика текста в системе функционально-семантических категорий // Текст. Структура и семантика, 2001. — М., 2001. — с. 4-13
- 19) Борисова О. Г. Омонимия терминов медицинских наук: дис. ... канд. филол. наук: 10.02.01/ Борисова Ольга Геннадьевна. — Краснодар, 2000. — 168 с.
- 20) Брагина А.А. Синонимические отношения в лексике и словарная статья // Современная русская лексикография. — Л., 1981 — с.54-61
- 21) Будагов Р.А. Литературные языки и языковые стили. — М.: Высшая школа, 1967. — 376 с.
- 22) Бурляй С.А. Взаимодействие терминологической и общеупотребительной лексики в современном французском языке: автореф. дис. ...канд. филол. наук: 10.02.05/ Бурляй Светлана Анастасьевна. — Москва, 1974. — 33 с.
- 23) Валгина Н.С. Теория текста: М.: Логос, 2003. — 250 с.
- 24) Васильева А.Н. Практическая стилистика русского языка: для иностр.

студентов ст. курсов: Учеб. пособие. - 2-е изд., перераб. / А.Н. Васильева. — С.: Рус. яз., 1989. — 190 с.

25) Величко О.В. Англо-французские заимствования в русской медицинской терминологии: автореф. дис. ...канд. филол. наук: 10.02.01/ Величко Ольга Викторовна. — Астрахань, 2010. — 20 с.

26) Виноградов В.В. Итоги обсуждения вопросов стилистики // Вопросы языкознания, 1955. — №1. — с.60-87

27) Виноградов В.В. Русский язык. Грамматическое учение о слове: учебное пособие — 3-е изд. — М.: Высшая школа, 1986. — 639 с.

28) Винокур Г.О. О некоторых явлениях словообразования в русской технической терминологии // Труды МИФЛИ, 1939 — Т.5. — с.3 - 54

29) Галкина С.Ф. Медицинская карта амбулаторного больного: графико-пространственный параметр // Вестник Кемеровского государственного университета, 2015. — №4(64). — Т. 1. — с.115-119

30) Гальперин И.Р. Текст как объект лингвистического исследования: М., 2008. — 144 с.

31) Головин Б.Н. Лингвистические основы учения о терминах. / Б.Н. Головин, Р. Ю. Кобрин. М.: Высшая школа, 1987. — 104 с.

32) Гринев С.В. Введение в терминоведение. М.: Моск. Лицей, 1993. — 309 с.

33) Губина В.В. Топология современного русскоязычного дискурса моды в

аспекте перевода с английского на русский язык: автореф. дис. ...канд. филол. наук: 10.02.20/ Губина Вероника Васильевна. — Москва, 2015. — 26 с.

34) Гусятинская В.С. Проблемы эволюции спонтанного терминогенеза: формирование греко-латинской и русской медицинской терминологии в сопоставительно-историческом аспекте: дис. ... д-ра филол. наук: 10.02.20/ Гусятинская Валентина Семеновна. — Москва, 1998 . — 351 с.

35) Гущина Л.Н. Сравнительно-сопоставительный анализ медицинских терминов в области онкологии в русском и английском языка. — дис. ... канд. филол. наук: 10.02.20/ Гущина Людмила Николаевна. — Москва, 2004. — 158 с.

36) Даниленко В.П. Русская терминология. Опыт лингвистического описания. — М.: Наука, 1977. — 246 с.

37) Желтухина М.Р. Тропологическая суггестивность масс-медиального дискурса: о проблеме речевого воздействия тропов в языке СМИ : монография / Желтухина М.Р. — М.: Ин.т языкознания РАН; Изд-во ВФ МУПК, 2003. — 656 с.

38) Жура В.В. Дискурсивная компетенция врача в устном медицинском общении: дис. ...д-ра филол. наук: 10.02.19/ Жура Виктория Валентиновна. — Волгоград, 2008. — 406 с.

39) Зверева Е.А. Научная речь и модальность (система английского глагола). — Л.: Наука, Ленингр. отделение, 1983. — 160 с.

40) Золотова Г.А. Очерк функционального синтаксиса русского языка. —

М.: Наука, 1973. — 352 с.

41) Иванян Е.П. Бытовые Эвфемизм в русском, польском и английском языках (на материале эвфемизмов туалетной темы): монография / Е.П. Иванян, Х. Кудлинская-Стемпень, И.Н. Никитина, под общ. ред. Е.П. Иванян. — М.: ФЛИНТА: Наука, 2013. — 208 с.

42) Извекова Т.Ф. Эпонимы в медицинской терминологии / Т.Ф. Извекова, Е.В. Грищенко, А.С. Пуртов // Филологические науки. — 2014. — № 3.— с. 17-20.

43) Калмазова Н.А. Специфика медицинских отонимических терминов в английском языке: дис. ... канд. филол. наук: 10.02.04/ Калмазова Надежда Александровна. — Саратов, 2002. — 206 с.

44) Канделаки Т.А. Работа по упорядочению научно-технической терминологии и некоторых проблем, возникающих при этом // Лингвистические проблемы научно-технической терминологии. — М.: Наука, 1970. — с.40-53

45) Кацев А. М. Языковое табу и эвфемия. — Л.: ЛГПИ им. А. И. Герцена, 1988. — 80 с.

46) Кипрская Е.В. Политические эвфемизмы как средство камуфлирования действительности в СМИ: на примере конфликта в Ираке 2003-2004 гг. : дис. ...канд. филол. наук: 10.02.19/ Кипрская Екатерина Викторовна. — Киров, 2005. — 159 с.

47) Кириллова Т.С. Термин и терминология в языке медицины: (на материале русской и английской дермато-венерологической терминологии)/

Монография. — Астрахань: Издательство Астраханской гос. мед. Акад., 2013. — 133 с.

48) Кобрин Р.Ю. О понятиях «терминология» и «терминологическая система» / Р.Ю. Кобрин // ВИНТИ. Сер.2 — М., 1981. — №8. — с.7-10

49) Кожанова Е.А. Лингвистические особенности терминологии нетрадиционной медицины английского языка: на материале фитотерапии: дис. ...канд. филол. наук: 10.02.04 / Кожанова Елена Александровна. — Москва, 2001. — 182 с.

50) Кожина Н.М. Стилистика русского языка: учебник/ Н.М. Кожина, Л.Р. Дускаева, В.А. Салимовский. 4-е изд., стереотип. — М.: Флинта: Наука, 2008. — 464 с.

51) Комарова А.И. Функциональная стилистика: научная речь: язык для спец. целей (LSP) / А.И. Комарова. — М.: УРСС, 2004. — 192 с.

52) Костина Е.А. Комплексная характеристика эвфемизмов-соматизмов русского языка: автореф. дис. ...канд. филол. наук: 10.02.01/ Костина Екатерина Александровна. — Самара, 2013. — 19 с.

53) Костяшина Е.А. Функциональное взаимодействие научного, медицинского и научно-популярного дискурсов в текстовом пространстве научно-популярного журнала // Вестник Томского Государственного Университета.— №306. — 2008. — с.7-10

54) Котелова Н.З. К вопросу о специфике термина //Лингвистические проблемы научно-технической терминологии. — М., 1970. — с. 122-126.

- 55) Крысин Л.П. Эвфемизмы в современной русской речи // Русский язык конца XX столетия (1985-1995). — М.: Языки русской культуры, 1996. — с.384-407
- 56) Куницына Н.В. Термин и его синонимы в языке отраслевых газет // Значение и смысл слова: Художественная речь, публицистика / Под ред. Д.Э. Розенталя. — М.: Изд-во МГУ, 1987. — 195 с.
- 57) Лагутина А. В. Абсолютные синонимы в синонимической системе языка // Лексическая синонимия. — М.: Наука, 1967. — с. 115-147
- 58) Ларин Б.А. Об эвфемизмах // История русского языка и общее языкознание — М.: Просвещение, 1977. — с.101-114
- 59) Лейчик В.М. Терминоведение: предмет, методы, структура. — Изд. 3.е. — М.: Издательство ЛКИ, 2007. — 256 с.
- 60) Лекант, П. А. Синтаксис простого предложения в современном русском языке: Учеб. пособие для пед. ин-тов / П. А. Лекант — М.: Высш. шк., 1986. —175с.
- 61) Липгарт А.А. Функциональные стили современного английского языка: Наука и журналистика/ А.А. Липгарт, В.В. Хуринов — Москва: Либроком: URSS, 2009. — 220 с.
- 62) Ломаев Б.Ф. Предикативные выражения модальности возможности в английском языке //Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук, 2015. — Вып. №6-2. — с.23-27

- 63) Лотман Ю.М. Структура художественного текста (семиотическое исследование по теории искусства). — М.: Искусство, 1970. — 384 с.
- 64) Лотте Д.С. Основы построения научно-технической и другой терминологии. Вопросы теории и методики. — М.: Изд-во АН СССР, 1961. — 161 с.
- 65) Маджаева С.И. Медицинские терминосистемы: становление, развитие, функционирование: дис. ... д-ра филол. наук: 10.02.19/ Маджаева Санья Ибрагимовна. — Волгоград, 2012. — 357 с.
- 66) Маджаева С.И. Структурно-семантические особенности медсестринской терминологии: на материале английского языка: дис. канд. филол. наук: 10.02.04 / Маджаева Санья Ибрагимовна. — Астрахань, 2005. — 242 с.
- 67) Маджаева С.И. Эвфемизация как способ пополнения медицинской терминологии. // Гуманитарные исследования, 2010. — № 3(35). — с. 55-61
- 68) Маленова Е.Д. Наивная картина мира и ее отражение в английской медицинской терминологии в социолингвистическом освещении: дис. ...канд. филол. наук: 10.02.04 / Маленова Евгения Дмитриевна. — Омск, 2006. — 198 с.
- 69) Малыгина Е.Н. Средства смягчения высказывания в медицинской речи: дис. ...канд. филол. наук: 10.02.01 / Малыгина Елена Николаевна. — Самара, 2007. — 212 с.
- 70) Малыгина Е.Н. Характеристика эвфемизмов медицинской речи в

художественных текстах русской литературы XIX-XXI вв. // Вестник СамГУ, 2006. — № 10/2(50). — с.170-178

71) Маргания Э.В. Особенности функционально-прагматической адаптации терминологических единиц в научно-популярных текстах медицинского содержания: дис. ...канд. филол. наук: 10.02.04 / Маргания Элана Владимировна. — Белгород, 2011. — 213 с.

72) Маркелова Т.В. Семантика оценки и средства ее выражения в русском языке: Учебное пособие по спецкурсу. — М.: Изд-во Моск. пед. ун-та, 1993. — 125 с.

73) Матвеева Т.В. Функциональные стили в аспекте текстовых категорий: дис. ...д-ра филол. наук: 10.02.01/ Матвеева Тамара Вячеславовна. — Свердловск, 1991. — 450 с.

74) Мильруд Р.П. Типологические характеристики модальности в научно-исследовательском письменном тексте/ Р.П. Мильруд, И.В. Антипов // Язык и культура —№1 (5). —Томск: Том. гос. ун-т, 2009. — с.29-38

75) Мирзоева В.М. Вводно-модальные единицы в функции стилеобразующих / В.М. Мирзоева, Е.Ю. Бородина //Международный научно-исследовательский журнал, 2015 — №9 (40). — Часть 5. — с.49-50

76) Мишланова С. Л. Термин в медицинском дискурсе: образование, функционирование, развитие: дис. ... д-ра филол. наук: 10.02.19 / Мишланова Светлана Леонидовна. — Москва, 2003. — 392 с.

77) Москвин В.П. Эвфемизмы в лексической системе русского языка. — Волгоград, 1999. — 58 с.

- 78) Мотченко И. В. Основные тенденции в формировании английской медицинской терминологии: дис. ... канд. филол. наук: 10.02.04 / Мотченко Ирина Владимировна. — Москва, 2001. — 215 с.
- 79) Нелюбин Л.Л. Лингвостилистика английского языка: учеб. пособие/Л.Л. Нелюбин. — 4-е изд. — М.: Флинта: Наука, 2007. —128 с.
- 80) Немченко В.Н. Современный русский язык. Словообразование: Учеб. пособие для филол. спец. ун-тов. — М.: Высшая школа, 1984. — 255 с.
- 81) Носова Л.Н. Коммуникативно-прагматический потенциал инструкции по применению лекарственных средств в фармацевтическом дискурсе: автореферат дис. ...канд. филол. наук: 10.02.19 / Носова Людмила Николаевна. — Москва, 2013. — 23 с.
- 82) Оганесян М.В. Сопоставительно-переводческий анализ английской и русской медицинской терминологии по генетике: дис. ...канд. филол. наук: 10.02.20/ Оганесян Маргарита Вагановна. — Москва, 2003. — 174 с.
- 83) Осипов А.В. Особенности эвфемизации в профессиональной коммуникации // Вестник Челябинского государственного университета.— № 33, 2011. — с. 109-111
- 84) Осипова Э.Н. Безличность-бесподлежашность и бессубъективность. / Э.Н. Осипова // Объект исследования — безличность. — Архангельск, 2004. — с. 7-11
- 85) Панфилов В.З. Категория модальности и ее роль в конструировании структуры предложения и суждения // Вопросы языкознания, 1977. — № 4. —

- 86) Пестерова Н.В. Субстандартная номинация в современном английском медицинском субъязыке: автореф. дис. ...канд. филол. наук: 10.02.04/ Пестерова Наталья Владимировна. — Санкт-Петербург, 2011. — 24 с.
- 87) Петров А.В. Безлично-модальные предложения в современном русском языке: автореф. дис. ...канд. филол. наук: 10.02.01/ Петров Андрей Васильевич. — Архангельск, 1999 . — 22 с.
- 88) Пикалова Е.В. Медицинская лексика в метафорическом использовании: дис. ...канд. филол. наук: 10.02.01/ Пикалова Екатерина Вячеславовна. — Воронеж, 2013. — 147 с.
- 89) Плотников Б.А. Основы семасиологии: учеб пособие для филол.фак. вузов / Б.А. Плотников; под ред. А.Е. Супруна. — Минск: Вышэйная школа. — 1984. — 223 с.
- 90) Плотникова А.В. Повтор как составляющая речевой коммуникации // Филология и лингвистика в современном обществе: материалы II междунар. науч. конф. (Москва, 2014). — М.: Буки-Веди. — 2014. — с. 100-102
- 91) Полякова С.В. Метафорическое моделирование в русском и американском медицинском дискурсе: дис. ...канд. филол. наук: 10.02.19/ Полякова Светлана Валентиновна. — Пермь. — 2011. — 180 с.
- 92) Потапова Н.П. Эвфемизмы в языке и речи: на материале англоязычного делового дискурса: дис. ... канд. филол. наук: 10.02.04/ Потапова Наталья Михайловна. — Москва, 2008. — 165 с.

- 93) Разинкина Н.М. Стилистика английского научного текста: монография / Н.М. Разинкина. — Изд. 2-е, доп. — Москва: Либроком: URSS, 2009. — 220 с.
- 94) Рахманова Л.И. Современный русский язык. Лексика. Фразеология. Морфология: Учебник для студентов вузов. / Л.И.Рахманова, В.Н. Суздальцева: 3-е изд., испр. и доп. — М. : АспектПресс, 2010. — 464 с.
- 95) Реформатский А.А. Мысли о терминологии // Современные проблемы русской терминологии: сб. науч. ст. — М.: Наука, 1986. — С. 163-198
- 96) Родионова Н.А. Категория модальности в научном тексте (к постановке проблемы) // Вестник Самарского государственного университета, 2007. — №1. — с.141-146
- 97) Романова Т.В. Модальность. Оценка. Эмоциональность: монография / Т.В. Романова. — Н. Новгород: Нижегородский государственный лингвистический университет им. Н. А. Добролюбова, 2008. — 308 с.
- 98) Русакова Н.А. Практическая и функциональная стилистика русского языка: учеб. пособие. / Н.А. Русакова, Н.В. Любезнова — Саратов, 2015. — 124 с.
- 99) Сеничкина Е.П. Эвфемизмы русского языка: Спецкурс/ учеб. пособие. — М., 2006. — 120 с.
- 100) Сидорова Н. Ю. Побудительные и оценочно-модальные речевые действия в медицинском дискурсе // Вестник ВолГУ.—. Серия 2, 2008. —№1 (7) . — с. 171-174

- 101) Солганик Г.Я. Очерки модального синтаксиса. — М.: Флинта: Наука, М., 2010. — 136 с.
- 102) Стернин И.А. Основы речевого воздействия: учебное издание / И.А. Стернин. — Воронеж: Истоки, 2009. — 178 с.
- 103) Суперанская А.В. Общая терминология: вопросы теории/ А.В. Суперанская, Н.В. Подольская, Н.В.ьева. — М.: Наука, 1989. — 248 с.
- 104) Табанакова В.Д. Идеографическое описание научной терминологии. — Тюмень: Изд-во Тюмен. гос. ун-та, 1999. — 200 с.
- 105) Татаринов В. А. Лексико-семантическое варьирование терминологических единиц и проблемы терминографии: автореф. дис. ... канд. филол. наук. — М., 1988. — 24 с.
- 106) Татаринов В. А. Общее терминоведение: Энциклопедический словарь / В. А. Татаринов / Российское терминологическое общество РоссТерм. — М.: Московский Лицей, 2006. — 528 с.
- 107) Токарева М.В. Становление, развитие и современное состояние английской терминологии нефрологии и урологии: дис. ...канд. филол. наук: 10.02.04/ Токарева Мария Владимировна. — Омск, 2003. — 207 с.
- 108) Толикина Е.Н. Некоторые лингвистические проблемы изучения термина // Лингвистические проблемы научно-технической терминологии. — М.: Наука, 1970. — с. 53-67

- 109) Толикина Е.Н. Синонимы или дублеты? / Е.Н.Толикина // Исследования русской терминологии. — М.: Наука, 1971. — с.78-89
- 110) Филимонова Г.А. Развитие медицинской лексики и становление фармацевтической терминологии: на материале истории английского языка: автореф. дис. ...канд. филол. наук: 10.02.04/ Филимонова Галина Ивановна. — Санкт-Петербург, 1995. — 14 с.
- 111) Филиппченкова С.И. Построение модели врачевания: психологические исследования поведенческих факторов/ монография: С.И. Филиппченкова. — Тверь: СФК-офис, 2011— 336 с.
- 112) Хайдарова Д. А. Особенности медицинской терминологии в таджикском и английском языках: дис. ...канд. филол. наук: 10.02.20/ Хайдарова Дилноза Аскаралиевна. — Душанбе, 2007. — 139 с.
- 113) Хомутова Т.Н. Модальность и наклонение в современном английском языке // Вестник ЮурГУ, №1, 2008. — с. 19-23
- 114) Цыбова И.А. Словообразование в современном французском языке: Учебное пособие для ин-тов и фак. иностр. яз. — М.: Московский Лицей, 1996. — 128 с.
- 115) Чернова Е.В. Общенаучная лексика в лексикографическом освещении (на материале современной английской научной литературы по медицине и биологии): дис. ... канд. филол. наук: 10.02.04/ Чернова Елена Владимировна. — М., 1998. —158 с.
- 116) Швецова С.В. Лингвистический анализ способов терминообразования в современной английской офтальмологической терминосистеме: дис. ...канд.

филол. наук: 10.02.04/ Швецова Светлана Викторовна. — Иркутск, 2005. — 180 с.

117) Шмелев Д.Н. Эвфемизм // Русский язык: Энциклопедия / Под ред. Ф.П. Филина. — М.: Советская энциклопедия, 1979. — с. 402.

118) Щуракова Г.В. Синонимические отношения в медицинской терминосистеме немецкого языка: дис. ... канд. филол. наук: 10.02.04/ Щуракова Галина Васильевна. — Пятигорск, 1991. — 210 с.

119) Cambridge dictionary: [Электронный ресурс]. — режим доступа: <http://dictionary.cambridge.org/>

120) Diefenbach M. Cancer and patient — physician communication // Journal of Health and Communication. — No. 4 (Suppl 1). — 2009. — p.57-65

121) Ferguson W.J., Candib L.M. Culture, language, and the doctor — patient relationship // Family Medicine. — No. 34(5). — 2002. — p. 353-361

122) Fish Ragin D. An interdisciplinary approach to health // Health Psychology, 2nd edition. — New York: Pearson Education. — 2011. — 493 p.

123) Graham S. Do Patients Understand? / S. Graham, J.Brookey // The permanente journal. — 2008. — No.12(3). — p. 67-69

124) Hall J.A. Gender in medical encounters: an analysis of physician and patient communication in a primary care setting // Health Psychology. — 1994. — Vol.13 (5). — p. 384-392

125) Holman T. Common medical terms patients may not understand:

[Электронный ресурс]. — режим доступа:

<https://www.dignityhealth.org/Articles/Common-Medical-Terms-Patients-May-Not-Understand>

126) Handbook of terminology / Kockaert H. J., Steurs F. (eds) . — John Benjamins Publishing Company. — Amsterdam/Philadelphia. — Vol. 1. — 2015. — 558 p.

127) Keyes R. Unmentionables. — Hodder. — 2010.—352 p.

128) Laveist T. A., Nuru-Jeter A. Is doctor-patient race concordance associated with greater satisfaction with care? // Journal of Health and Social Behaviour. — Vol.43 (3) . — 2002. — p. 296-306

129) Lloyd M., Bor R. Communication skills for medicine: Churchill Livingstone. — 2009. — 222 p.

130) Lynch J.C. Medical terminology management // Handbook of terminology management / Wright S.E., Budin G. (eds). — John Benjamins Publishing Company. — Amsterdam/Philadelphia. — Vol. 1. — 1997. — p. 160-170

131) Martin E.A. Oxford concise medical dictionary. — Oxford University Press. — 8th edition. — 2010. — 840 p.

132) Medical dictionary of health terms — Harvard Health Publications [Электронный ресурс]. — режим доступа: <http://www.health.harvard.edu/a-through-c>

133) Medical jargon leads to poor communication between physicians and patients: [Электронный ресурс]. — режим доступа: <http://www.kevinmd.com/blog/2010/11/medical-jargon-leads-poor->

communication-physicians-patients.html

134) Meeuwesen L., Bensing J., Atie van den Brink-Muinen Communicating fatigue in general practice and the role of gender // Patient Education and Counseling. — 48, No. 3. — 2002. — p. 233-242

135) Merriam-Webster medical dictionary: [Электронный ресурс]. — режим доступа: <http://www.merriam-webster.com/medical>

136) Modality: metaphysics, logic, and epistemology. / Hale B., Hoffmann A. (eds). — Oxford University Press. — 2010. — 381 p.

137) Non multum sed multa: немного о многом. У когнитивных истоков современной терминологии: сб. научных трудов в честь В.Ф. Новодрановой / редкол.: Е.С. Кубрякова, В.З. Демьянков. М.: Авторская академия, 2010. — 567 с.

138) Osborne H. Health literacy from A to Z: Practical ways to communicate your health message. — Jones & Bartlett Publishers. — 2012. — 256 p.

139) Palmer F.R. Mood and modality. — Cambridge University Press. — Second edition. — 2001. — 236 p.

140) Palmieri J.J., Stern A. Lies in the doctor-patient relationship // Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry. — 2009. — No.11(4). — p.163-168.

141) Practice matters. — Issue 2. — June 2013: [Электронный ресурс]. — режим доступа: <http://www.medicalprotection.org/uk/practice-matters-issue-2/doctor-s-orders-vs-patient-choice>

- 142) Prayer L. *Medicine and Culture: Varieties of Treatment in the US, England, West Germany and France.* — New York. — 1996. — 144 p.
- 143) Roter D.L. Why physician gender matter in shaping the physician—patient relationship // *Journal of Women's Health.* — 1998. — No. 7(9). — p. 1093-1097
- 144) Sager J.C. Term formation // *Handbook of terminology management / Wright S.E., Budin G. (eds).* — John Benjamins Publishing Company. — Amsterdam/Philadelphia. — Vol. 1. — 1997. — p. 25-41
- 145) Sernik M. Should a dentist try to influence a patient's decision: [Электронный ресурс]. — режим доступа: <https://primepractice.com.au/articles/should-a-dentist-try-to-influence-a-patient-s-decision-75>
- 146) *The Handbook of English linguistics.* / Aarts B., McMahon A. (eds). — London, New York. — Blackwell Publishing, 2006. — 806 p.
- 147) Washer P. *Clinical Communication Skills:* Oxford University Press. — 2009. — 176 p.
- 148) Withers L. An inappropriate use of medical jargon: Words do matter to patients [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.kevinmd.com/blog/2015/07/an-inappropriate-use-of-medical-jargon-words-do-matter-to-patients.html>

ПРИЛОЖЕНИЕ

Диалог 1

Woman 1: Hello! How are you this afternoon?

Woman 2: Ehm, I'm ok. And you?

Woman 1: Put off your coat.

Woman 2: Right. ... There's lots going around at a moment.

Woman 1: What can I do for you?

Woman 2: Well, that's not me I've come to talk about, it's actually my daughter Milay. She is nine months old. But, eh, she is asleep. So I hope you don't mind I've left her at home with my husband.

Woman 1: No, it's absolutely ok.

Woman 2: Cause you don't need to examine her. I am not sure if you'd know, but last night she had a, well at the hospital they said it was an infant convulsion. She, eh, she'd been unwell yesterday and all day, and with high temperature. Well, I tried to give her some... (00:00:39 *неразборчиво*) and ibuprofen and then in the evening she just was going ... the temperature was getting higher and she suddenly went all limp and her eyes rolled and she went all stiff, which... oh, it just felt like an eternity... it probably was only about a minute or so and incredibly frightening, she just, it was awful to watch, and then she, eh... I phoned the doctors and they said "Bring her to the... (00:01:06 *неразборчиво*)", so I took and the checked her whether... (00:01:10 *неразборчиво*) infections.

Woman 1: When you say "checked her", what did they check?

Woman 2: Their... (00:01:17 *неразборчиво*) and her frame in the chest and checked her all over for rashes and they couldn't find anything wrong at all, they just think it was high fever.

Woman 1: And what was done for her?

Woman 2: And that was caused... Nothing, they just said keep her going with the paracetamol or ibuprofen, and...

Woman 1: How do you feel about that treatment plan?

Woman 2: Ehm, we feel as if it's just what we've been doing before, so, I sort of was a bit worried that while actually I've been doing that, and it still happened.

Woman 1: Right.

Woman 2: Would it still happen again? But, eh, she was fine through the night. We kind of feel that perhaps we should do more for her. But eh...

Woman 1: So, you're feeling a little bit anxious?

Woman 2: Oh, incredibly. It was very scary.

Woman 1: Yes.

Woman 2: I mean, I am just so worried that if I leave it, I fear it's gonna happen again.

Woman 1: There... there are two things here. The one is I just want a little bit more information about the actual seizure. The second, which is, eh, talking to you about the chance of recurrence, which you quite worried about.

Woman 2: Aha.

Woman 1: Eh, regarding the actual seizure, what... what happened?

Woman 2: She was, eh, she became more whimpery and very clingy, eh, incredibly hot, she was really hot.

Woman 1: Sorry, I am so sorry! How old is Milay?

Woman 2: Nine months.

Woman 1: Nine months.

Woman 2: And she was really hot, and then she just... eh... she just seemed to look... she seemed weird, there was just something about her that didn't seem quite right and suddenly she just went kind of limp, and... and her eyes rolled back and she just was stiff, you know, as if she was... dead

Woman 1: Oh.

Woman 2: Look, she was just stiff... (00:02:59 неразборчиво)

Woman 1: Right.

Woman 2: But then she was there and then she was just so, you know, eh, jiggly and she just sort of came round, but wasn't quite with her for a few seconds, and then just really clingy and

Woman 1: And how long did the whole thing last?

Woman 2: I think it was probably just about a minute, but it just felt like so much longer, ehm...

Woman 1: And when she came to, how did she react?

Woman 2: Ehm, she was crying, ehm, crying, but a sort of colder, and she was, you know...

Woman 1: And was that comforting to her?

Woman 2: Yeah, yeah. It was comforting.

Woman 1: And was she able to tell, who you were, who your husband was, was she able to recognize?

Woman 2: I think, I think she was. Yeah, I think at first she was a little bit confused, and then after that once I've started speaking to her, and talking to her...

Woman 1: And when you came back from the hospital, what sort of life had occurred?

Woman 2: Eh, she was, she's been very clingy and whimpery, so we sort of slept her near us,

but, eh, she slept, she's fine, I think it was more me, really, that's been off

Woman 1: And how is your husband?

Woman 2: No, he is ok, actually. He is cool, he is all right, you know, he just leaves all the trunk at me.

Woman 1: Right.

Woman 2: So, he is fine, he is obviously concerned, we actually started thinking meningitis, is she going to be epileptic, is it going to happen again?

Woman 1: Right. Quite a few concerns there. I think... ehm... you asked, you know, would it happen again. I think the things that are very reassuring from what you've described and what the hospital found was that it was a fit that was associated with a high temperature. So the fit occurred because the temperature was high. So, it's unlikely that the fit would've occurred if she didn't have the temperature.

Woman 2: Yeah.

Woman 1: So, the cause of the fit was the temperature.

Woman 2: Which we did hope, yeah.

Woman 1: And then the second thing is it lasted a minute, it's seemed like a lot longer because it was so frightening, but it, it... you know, the shorter fits last, the better, really.

Woman 2: Oh, good.

Woman 1: And also, ehm, you don't have... Sorry, I shouldn't phrase it like that. Do you have a family history of seizures?

Woman 2: Ehm. Only my brother, ehm, after a couple of injections he had as a baby, he had a couple of...

Woman 1: Vaccination?

Woman 2: Yeah.

Woman 1: Right.

Woman 2: Eh, and he had them from there and then that was it.

Woman 1: Right. And he never had any problems in adult life?

Woman 2: No. No. He's fine.

Woman 1: I think, Milay had what you brother had, which is a fever... a fit associated with a fever, a febrile convulsion. And also you've done all the things that you could've done, you kept Milay calm, you behaved her, you cooled her, you gave her... (00:05:39 *неразборчиво*) and ibuprofen. You tried to prevent the fever from going any higher and when it did occur, you took the appropriate action to... Well done! So, even though you were scared, you know, you did all the things that needed to be done.

Woman 2: Yeah.

Woman 1: Ehm, will it happen again? The chances of it happening again are very-very small. And certainly it's not an indicator that she is gonna go on to develop epilepsy. This is probably a one off. Most likely a one off. And I say most likely because there is a small chance that maybe with another fever she could perhaps have a small fit, but that again is a very small chance.

Woman 2: Ok.

Woman 1: So, of epilepsy persisting into say childhood or adulthood, - very-very little chance of that. Eh, another febrile seizure – maybe, but probably not.

Woman 2: Ok.

Woman 1: Ehm, and, you know. Is there anything else we can do?

Woman 2: Should I be more cautious if she gets a temperature again? Should I react slightly quicker, perhaps giving her a ... (00:06:48 неразборчиво) or nurofen, or...

Woman 1: From what you've described, it sounds as if you did exactly the right thing. You checked her for a rash, you gave her the... the things to cool her down. You know, so I don't think you could've done any more. I think you, you know, you did everything that you could. Sometimes these things do happen. And... and you coped with it really well, when it did happen. Ehm... I think ... I think sometimes it is... it is important to find out what is causing the fever. So, for example, how would you... You're an experienced mom, I'm sorry to quiz you like this.

Woman 2: That's ok.

Woman 1: How would you recognize if Milay had a chest infection?

Woman 2: Ehm, if she was maybe coughing a lot, coughing out some spit and then something like her coughing would be rattly, that's what I would really look for, should I?

Woman 1: I think sometimes also, eh, Milay might be off her food, you know, she's struggling to breathe, she, you know, is too tired to eat or not very interested in the food. And sometimes just breathing faster.

Woman 2: Ok.

Woman 1: And looking as if she's working really hard for her breathing, as if she's running a race, sort of that fast breathing. And how would you know she's ... if she's, eh, you know, caught an ear infection or...

Woman 2: I would refer on, well perhaps if she's off her food or so, is if she was putting a hurry, you know, kind of be grumpy.

Woman 1: So, I think, you know, we all feel a bit twitchy when something bad happened.

Woman 2: Yeah.

Woman 1: And by all means, if you would, you know, if you do... (00:08:24 *неразборчиво*) to reduce the fever, then bring her in and we check her over, we'd be more than happy to do that.

Woman 2: Ok.

Woman 1: And, you know... Are you quite good about having paracetamol, ibuprofen?

Woman 2: Yes, yes, yes, got to have them. Yeah, I'll just give it if the temperature gets too high, especially now, being more cautious now and worrying about her... her temperature...

Woman 1: You... you came in quite concerned...

Woman 2: Yeah, I just needed to be reassured, really.

Woman 1: Have we done that?

Woman 2: No, you have, definitely! Cause when you are in the hospital, you don't really think about all the questions, you just think about the treatment and stand there pondering all night long, thinking "Gosh, this could've really happened, you know, this could happen"

Woman 1: I think, you know, some ways... you know, when you think about it now, you perhaps remember the feelings of anxiety that you had in the hospital. And perhaps now, you know, look at it as something that happened, something you've dealt with really well. And, you know, and I think that it's quite a... you know, I think you could look at what you did and how you reacted with sort of you kept you cool, you were confident, you calmed Milay, you've got the situation sorted. And I think, you know, you should take confidence from that.

Woman 2: Thank you! Yeah, that's what I need to hear, really.

Woman 1: Have I answered all your questions?

Woman 2: You have! Thank you, you reassured me.

Woman 1: Thank you!

Woman 2: Bye-bye!

Диалог 2

Woman 1: So, come in!

Woman 2: Hello there!

Woman 1: Good afternoon. Hi, what can I do for you this afternoon?

Woman 2: Hi, ehm, well, what I'd like to discuss if possible, ehm, I'm getting married in a few weeks' time.

Woman 1: Congratulations!

Woman 2: Thank you! And we've got six weeks left to go, and I've been on a diet since New Year. And I have lost some weight, but it's starting to platter and I am really struggling to lose the actually sort of four – five pounds.

Woman 1: Right.

Woman 2: Ehm, I've been looking on the Internet for something that can maybe help me lose those pounds and I found something, it sounds really good, it's herbal, so like it sounds a bit. And it's called Pink Patch. But when I've looked upon the ingredients, I've never heard of them, so I really just wanted to get both... eh... your opinion...

Woman 1: Right.

Woman 2: ... so I know, what I'm taking, and I know if it's safe.

Woman 1: I've not heard of the Pint Patch. And... I... I don't know these ingredients.

Woman 2: Right, ok.

Woman 1: So, ehm, I'm not sure that I can answer your question about whether the... this particular patch is effective, or whether it is dangerous or harmful to your health in any way.

Woman 2: Yeah.

Woman 1: And I... I see here it says "Is the patch safe?" and it contains only 100% natural herbal ingredients.

Woman 2: That's what attracts me to it.

Woman 1: I am not entirely sure that if something is natural and herbal, it makes it safe. For example, some berries are poisonous. They are natural, well, they are... they are not necessary herbal, but they can be dangerous to your health.

Woman 2: Yeah.

Woman 1: And they can... can be... fatal, really. So, eh, I am not answering your question directly, but I... I... I would check further before... you looking fit and healthy. Could I ask you, why the four – five pounds?

Woman 2: Well, I put on weight at the end of the last year and I've got a dress to fit into I got purchased when I was slightly thinner. Ehm, I've had injuries, which is maybe why I put weight

on.

Woman 1: What injuries?

Woman 2: I've had back injuries. Which I had a rehabilitation for, but I still suffer from it now and again, which stops me from exercising.

Woman 1: How much are you exercising?

Woman 2: I try to exercise five times a week. Try to do something most days and then.

Woman 1: How much? One hour, two hours?

Woman 2: About an hour.

Woman 1: An hour?

Woman 2: Yes.

Woman 1: And what sort of exercises are you doing?

Woman 2: Ehm, go on track and run for maybe half an hour and cross trainer ten – twenty minutes and then ... (00:03:00 *неразборчиво*) exercises as well.

Woman 1: Right. And have you found your body shape changing with that?

Woman 2: I suppose, it's changed slightly.

Woman 1: In what way?

Woman 2: My legs feel more toned up. And I've maybe got a little bit more over waist, which is nice. Ehm, but it's the stomach, I mean I have problems with.

Woman 1: Right.

Woman 2: And that is what I want to look good... eh... on the wedding day and be on the beach, which we make for our honey moon.

Woman 1: Right. Ok. I can see where your concern is coming from. When you lose weight, do you tend to lose it from the tummy area?

Woman 2: That's the hardest place for me to lose it from.

Woman 1: And so, if you lost, say, four pounds, they may not necessarily come from that area?

Woman 2: No, not. I think it's a wishful thing.

Woman 1: So, when you have lost weight in the tummy area, how have you done that in the past?

Woman 2: Ehm, the most drastic course when I had a facial surgery and I couldn't eat properly, so I was on fluids pretty much all the time and that's when I lost my stomach. I've always had a bigger belly, I know I'm never gonna be a super model, very thin or anything like that, and I accept that

Woman 1: Have tummy exercises helped in the past?

Woman 2: Eh, not a great deal, no.

Woman 1: And what... what does your dress look like now?

Woman 2: Eh, it's maybe a little bit snug at a moment.

Woman 1: Are you comfortable?

Woman 2: Not as comfortable as I was when I originally tried it on. It does feel a bit tighter.

Woman 1: Does it look tighter?

Woman 2: I can't dissolve that.

Woman 1: What does your fiancée say?

Woman 2: About my size? He's quite happy obviously, he's not seen the dress. But my body shape and everything...

Woman 1: And what do your friends say about you in your dress?

Woman 2: Ehm, they say...it's beautiful and... you know, everyone will say that when you've got a lovely wedding dress sight in front of you ... ehm, it obviously does hold me in a little bit, too, cause it's corseted, ehm, but it's...

Woman 1: So, you sound as if you don't quite believe your friends.

Woman 2: It's... well, it's my perception of my body, isn't it? And I see myself naked, they don't.

Woman 1: Well, I think you hit the name on the head about your perception of your body. Have you ever liked your body?

Woman 2: Once or twice I have. But I'd like to say I've always been a, you know, a ... (00:05:42 *неразборчиво*) at school and I have been overweight, ehm, and sort of in the last few years I have actually got down to size fourteen, I used to be size sixteen. Ehm, but it was quite depressing.

Woman 1: I find that... yes, and I find that really reassuring that you've put things into place to move from a ... (00:06:02 *неразборчиво*) kid, to move from a size sixteen to a fourteen, to someone who takes exercise seriously, to someone who has sensibly dieted. You have sensibly dieted?

Woman 2: Yes. This is the first time I've ever contemplated getting some help.

Woman 1: I... I don't think that this is particularly helpful, necessarily. I mean, I think all the things that you have done over time will change your body shape. I am not sure that this drug or any quick fix given over the next six weeks will, you know, will be anything other than the sort of desperate crutch.

Woman 2: I feel that's what it is, I'm just looking for something that's gonna be the cure. I hope this was gonna be it.

Woman 1: How do you feel about it now?

Woman 2: Well, I'm not... I'm not convinced about the patch. I've read a lot about it and...

Woman 1: How much does it cost, out of interest?

Woman 2: Eh, thirty pounds for a month's worth a patch is.

Woman 1: Right.

Woman 2: But, you know, if you haven't even heard of the ingredients, then probably I'll be looking into those a little bit more before deciding on it, but, ehm, talking things out kind of makes it more clear in my head, maybe it is just the exercise I need to keep on going with.

Woman 1: And I think if you continue with your routine, you've got six weeks in which exercise and sensible eating to reduce, you know, by four pounds. Do you not think that's achievable?

Woman 2: I hope it is now. It's... it's felt like a massive target for me, but now talking about it out in the open sort of just made me thinking about it

Woman 1: And I think you are entirely right. I mean, do look up the ingredients, but before you make any decision about purchasing could... perhaps you'd touch the base again and let me know what you found?

Woman 2: Yeah, I'll do.

Woman 1: Is that ok for now?

Woman 2: Yeah, yeah.

Woman 1: That's fine.

Woman 2: Thank you for listening to me.

Woman 1: No problem. And good luck with the wedding!

Woman 2: Thank you very much!