

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение  
высшего образования  
«СИБИРСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Институт филологии и языковой коммуникации  
Кафедра теории германских языков и межкультурной коммуникации  
45.03.02 Лингвистика

УТВЕРЖДАЮ  
Заведующий кафедрой ТГЯиМКК  
\_\_\_\_\_ О.В. Магировская

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2021 г.

БАКАЛАВРСКАЯ РАБОТА

**ЛИНГВИСТИЧЕСКИЕ И ЭКСТРАЛИНГВИСТИЧЕСКИЕ  
СРЕДСТВА РЕПРЕЗЕНТАЦИИ ПАРАМЕТРОВ МОДЕЛИ  
Г. ХОФСТЕДЕ В МЕДИЦИНСКОМ ДИСКУРСЕ (НА  
МАТЕРИАЛЕ АМЕРИКАНСКИХ И РОССИЙСКИХ  
СЕРИАЛОВ ПРО ВРАЧЕЙ)**

Выпускник	Н.П. Тилигузова
Научный руководитель	канд. филол. наук, доц. каф. ТГЯиМКК Ю.И. Детинко
Нормоконтролер	А.А. Струзик

Красноярск 2021

## СОДЕРЖАНИЕ

<b>ВВЕДЕНИЕ .....</b>	<b>3</b>
<b>ГЛАВА 1. МЕДИЦИНСКИЙ ДИСКУРС КАК СРЕДА РЕАЛИЗАЦИИ ПАРАМЕТРОВ МОДЕЛИ Г. ХОФСТЕДЕ .....</b>	<b>7</b>
1.1. Основы изучения медицинского дискурса.....	7
1.1.1. Подходы к пониманию медицинского дискурса .....	7
1.1.2. Основные характеристики медицинского дискурса.....	14
1.1.3. Стратегии и тактики медицинского дискурса .....	21
1.2. Параметры модели Г. Хофстеде для описания культур.....	26
<b>ВЫВОДЫ ПО ГЛАВЕ 1 .....</b>	<b>35</b>
<b>ГЛАВА 2. РЕПРЕЗЕНТАЦИЯ ПАРАМЕТРОВ МОДЕЛИ Г. ХОФСТЕДЕ В МЕДИЦИНСКОМ ДИСКУРСЕ .....</b>	<b>37</b>
2.1. Особенности исследуемого материала.....	37
2.2. Средства репрезентации параметров модели Г. Хофстеде в медицинском дискурсе.....	39
2.2.1. Средства репрезентации дистанции власти .....	40
2.2.2. Средства репрезентации индивидуализма .....	52
2.2.3. Средства репрезентации избегания неопределенности.....	60
<b>ВЫВОДЫ ПО ГЛАВЕ 2 .....</b>	<b>73</b>
<b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....</b>	<b>77</b>
<b>СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.....</b>	<b>82</b>

## ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время медицинский дискурс привлекает все больше внимания исследователей. Важность успешной коммуникации между врачом и пациентом часто остается недооцененной, однако, именно от способности врача получить необходимую информацию от пациента, убедить его в выполнении рекомендаций зависит исход лечения. Культура страны коммуникантов, в свою очередь, накладывает отпечаток на характер коммуникации врача и пациента. Медицинский дискурс, будучи средой репрезентации культурных особенностей, становится объектом исследований межкультурной коммуникации, а разработанная голландским социологом Г. Хофстеде модель культурных измерений позволяет описать культурные особенности медицинского дискурса.

В настоящее время исследования в области межкультурной коммуникации представляют особую актуальность. Как известно, культура находит свое отражение во всех сферах человеческой деятельности, медицина не исключение. Исследование медицинского дискурса на предмет репрезентации параметров модели Г. Хофстеде позволяет выявить, каким образом культура влияет на характер коммуникации между врачом и пациентом. **Актуальность** выбранной темы исследования обусловлена необходимостью изучения лингвистических и экстралингвистических средств репрезентации параметров модели культурных измерений Г. Хофстеде в медицинском дискурсе.

**Объектом** исследования является медицинский дискурс как среда реализации параметров модели Г. Хофстеде.

**Предмет** исследования – лингвистические и экстралингвистические средства репрезентации параметров модели Г. Хофстеде (*низкая/высокая дистанция власти, сильное/слабое избегание неопределенности, индивидуализм/коллективизм*) в американском и русском медицинском дискурсе на примере интеракции врача и пациента.

**Цель** исследования – выявить и описать лингвистические и экстралингвистические средства репрезентации параметров модели Г. Хофстеде в американском и русском медицинском дискурсе на примере общения врача и пациента (на материале сериалов про врачей).

**Задачи** исследования, определенные целью:

- 1) выявить существующие подходы к описанию медицинского дискурса;
- 2) выделить наиболее существенные характеристики медицинского дискурса;
- 3) описать существующие классификации стратегий и тактик медицинского дискурса;
- 4) охарактеризовать параметры модели Г. Хофстеде, актуальные для исследования медицинского дискурса (*дистанция власти, индивидуализм, избегание неопределенности*);
- 5) выявить и описать лингвистические и экстралингвистические средства репрезентации параметров модели Г. Хофстеде (*низкая/высокая дистанция власти, индивидуализм/коллективизм, сильное/слабое избегание неопределенности*) в американском и российском медицинском дискурсе, представленном в сериалах про врачей.

**Материалом** исследования послужили американские и российские сериалы медицинско-врачебной тематики: 20 эпизодов 5 сезона американского сериала *Chicago Med*, 16 эпизодов 8 сезона российского сериала *Склифосовский*.

В своем исследовании мы использовали следующие **методы**: метод сплошной выборки для отбора коммуникативных ситуаций, подлежащих исследованию, метод дискурс-анализа для исследования медицинского дискурса с учетом контекста коммуникативной ситуации, а также для изучения вербальных и невербальных компонентов медицинского дискурса.

**Практическая значимость** исследования заключается в возможности использования результатов работы в преподавании дисциплин:

межкультурная коммуникация, актуальные проблемы современной лингвистики, социолингвистика, лингвокультурология.

В качестве теоретической базы нами были использованы следующие работы по теории дискурса: С.Б. Белецкий [Белецкий, 2015], Т.А. ван Дейк [Дейк ван, 2013], В.И. Карасик [Карасик, 2002], М.Ю. Олешков [Олешков, 2007]; теории медицинского дискурса: М.И. Барсукова [Барсукова, 2007], Л.С. Бейлинсон [Бейлинсон, 2001], Н.В. Гончаренко [Гончаренко, 2007], В.В. Жура [Жура, 2008], А.А. Календр [Календр, 2017], Т.Г. Карымшакова [Карымшакова, 2015], М.С. Невзорова [Невзорова, 2017], Н.Ю. Сидорова [Сидорова, 2008], D. Maynard [Maynard, 1991], J. Wilce [Wilce, 2009]; культурологии: G. Hofstede, G.J. Hofstede, [Hofstede G., Hofstede G.J., Minkov, 2010]; межкультурной коммуникации: С.Г. Тер-Минасова [Тер-Минасова, 2000], С. Jacobs, H. Wursten [Jacobs and Wursten, 2019].

**Структура** работы: выпускная квалификационная работа состоит из введения, двух глав, разделенных на параграфы, заключения, списка использованной литературы.

Во **Введении** обосновывается актуальность работы, формулируются объект и предмет исследования, определяются цель и задачи, приводится список теоретической базы исследования.

В **Первой главе** описываются различные подходы к определению медицинского дискурса, его основные характеристики, стратегии и тактики медицинского дискурса, параметры модели культурных измерений Г. Хофстеде (*низкая/высокая степень избегания неопределенности, низкая/высокая дистанция власти, индивидуализм/коллективизм*).

Во **Второй главе** исследования представлены характеристики медицинского дискурса в России и в США, описаны лингвистические и экстралингвистические средства репрезентации параметров модели Г. Хофстеде *дистанция власти, индивидуализм, избегание неопределенности* в медицинском дискурсе.

В **Заключении** сделаны выводы о проделанной работе.

**Результаты** предпринятого исследования были изложены в докладе, представленном на II Международном «Форуме языков и культур».

# ГЛАВА 1. МЕДИЦИНСКИЙ ДИСКУРС КАК СРЕДА РЕАЛИЗАЦИИ ПАРАМЕТРОВ МОДЕЛИ Г. ХОФСТЕДЕ

## 1.1. Основы изучения медицинского дискурса

### 1.1.1. Подходы к пониманию медицинского дискурса

Здоровье является одной из важнейших ценностей в современном мире. Сохранение и поддержание здоровья является основной задачей государственных и негосударственных институтов здравоохранения. Во многом успешность оказания врачебной помощи зависит от эффективности коммуникации между врачом и пациентом. Однако, стоит заметить, что медицинская коммуникация по-разному представлена в разных странах, что, в свою очередь, представляет особый интерес для исследования. Данная глава посвящена описанию медицинского дискурса, подходов к его изучению и выявлению его характерных черт, а также исследованию влияния культуры на особенности организации взаимодействия врача и пациента.

Прежде чем перейти к описанию подходов к изучению медицинского дискурса, считаем целесообразным дать определение термину *дискурс*. В связи с актуальностью дискурсивных исследований, термин дискурс приобрел множество определений, зависящих от направления исследования. Л.В. Селезнева разграничивает два основных подхода к определению дискурса: коммуникативный и структурно-текстовый [Селезнева; цит. по: Невзорова, 2017: 14]. В рамках структурно-текстового подхода под дискурсом подразумевается текст, его структура, иначе – последовательность предложений. При коммуникативном подходе, дискурс понимается как синоним таких понятий, как речь, речевая деятельность, коммуникативная ситуация, при анализе учитываются коммуникативные обстоятельства, влияющие на интерпретацию смысла высказывания. В рамках коммуникативного подхода работал Т.А. ван Дейк, который предложил следующее определение дискурса: «Дискурс, в широком смысле слова,

является сложным единством языковой формы, значения, действия, которое могло бы быть наилучшим способом охарактеризовано с помощью понятия коммуникативного события или коммуникативного акта» [Дейк ван, 2000: 121 – 122]. Таким образом, подходы, предложенные Л.В. Селезневой, позволяют противопоставить текст и дискурс.

Стоит заметить, что на современном этапе развития дискурсологии данные понятия могут быть объединены в рамках одного определения. В нашем исследовании мы исходим из определения, данного Н.Д. Арутюновой, которая определяет дискурс как «связный текст в совокупности с экстралингвистическими – прагматическими, социокультурными, психологическими и др. факторами; текст, взятый в событийном аспекте; речь, рассматриваемая как целенаправленное социальное действие, как компонент, участвующий во взаимодействии людей и механизмах их сознания» [Арутюнова, 1990: 136 – 137]. В данном определении текст рассматривается как часть дискурса, на который накладываются различные экстралингвистические факторы. Подобный подход позволяет отслеживать все многообразие факторов, которые влияют на процесс коммуникативного взаимодействия людей.

Релевантным для нашего исследования является также исследование дискурса с позиций социолингвистики. В рамках социолингвистического подхода дискурс определяется, как «общение людей, рассматриваемое с позиций их принадлежности к той или иной социальной группе или применительно к той или иной типичной речеповеденческой ситуации, например, институциональное общение» [Карасик, 2016: 22]. По нашему мнению, данное определение представляет собой развитие определения, предложенного Н.Д. Арутюновой, так как при социолингвистическом подходе фокус исследования смещен на изучение «социокультурных факторов». Социальные и культурные факторы в медицинском дискурсе играют большую роль, определяют характер коммуникации.



Исторически, медицинский дискурс рассматривается с позиции разных подходов, в зависимости от целей и направлений исследования. Более того, будучи комплексным явлением, область изучения медицинского дискурса выходит за рамки одной науки. Исследованием коммуникации врача и пациента занимаются социология, культурология, психология, этнография, лингвистика и другие науки.

Одним из первых подходов к изучению непосредственно медицинского дискурса считается подход, сформулированный Д. Ротер – система интерактивного анализа. Исследователь выделяет 15 социоэмоциональных категорий (реплики личного характера, социальная беседа, выражение озабоченности, тревоги, ободрения, демонстрация оптимизма, шутки и смех, выражение неодобрения, эмпатия и др.) и 24 категории, ориентированные на реализацию определенной задачи (сообщение информации, ориентация пациента, инструктирование пациента, запрос мнения, запрос разрешения, проверка понимания и др.) По мнению исследователя В.В. Журы, данная система является попыткой развития теории речевых актов Дж. Остина и Дж. Серля в соответствии с особенностями медицинского дискурса. Однако, В.В. Жура выделяет ряд недостатков данного подхода, например, то, что подобная система анализа не учитывает контекст и смысловое содержание коммуникации [Жура, 2008б: 16 – 17].

В анализе Д. Ротер фокус исследования смещен лишь на прагматическую составляющую коммуникации. Однако, постепенно в первую очередь западными учеными развивается теория медицинского дискурса, включающая в себя различные экстралингвистические факторы. Ученые, занимающиеся разработкой теории медицинского дискурса, делают упор на включенность контекста в анализ. Медицинский дискурс начинает изучаться с позиций социолингвистики, этнографии, лингвокультурологии. Большое значение для исследователей приобретают такие характеристики, как национальность, культурная, социальная принадлежность коммуникантов, гендерная дифференциация и т.д. Первыми прикладными исследованиями

медицинского дискурса были работы западных ученых, посвященные этническим особенностям коммуникации между врачом и пациентами, например (Sherzer, 1983; Hodge et al., 1996). Позднее фокус исследования смещается на изучение социальной составляющей медицинского дискурса, центральным становится взаимосвязь социальных характеристик коммуникантов и дискурса (Aranguri, 2006; Waitzkin, 1989). К примеру, в работе Г. Вайцкина рассматривается то, каким образом макроструктура общества отражена на уровне медицинской коммуникации. Социальные, экономические, политические проблемы очень часто становятся проблемами, с которыми пациенты приходят к врачу (помимо непосредственно проблем со здоровьем). Более того, согласно исследованию, социальные проблемы находят свое решение в рамках интеракции врач-пациент [Waitzkin, 1989: 232 – 235]. Таким образом, медицинский дискурс становится средой изучения социального контекста.

В отечественной лингвистике складывается своя традиция к изучению медицинского дискурса. В.В. Жура предполагает, что комплексное изучение медицинского дискурса возможно с позиции двух подходов: формально-структурного и функционального. При формально-структурном подходе дискурс изучается в текстовом аспекте. С позиции функционального подхода устный медицинский дискурс рассматривается как коммуникация между врачом и пациентом. В рамках данного подхода изучается модель, по которой выстраивается общение между врачом и пациентом. Модель построения устного медицинского дискурса включает в себя следующие факторы: цели дискурса, механизмы, регулирующие построение дискурса, особенности ситуации общения и характеристики общения. Выделяются терапевтические (установление отношений и оказание психоэмоционального влияния на пациента) и инструментальные цели, способствующие оказанию медпомощи. К механизмам, регулирующим построение медицинского дискурса, относят нормы и ценности, закрепленные в этических кодексах врачей [Жура; цит. по: Невзорова, 2017: 23].

Другой попыткой обобщить подходы к изучению медицинского дискурса является выделение двух основных направлений: функционально-коммуникативного подхода к изучению медицинского дискурса и подхода к изучению медицинского дискурса как институционального [Майборода, 2017: 65]. С позиции первого подхода «медицинский дискурс рассматривается как речемыслительная деятельность, где формируются, накапливаются и репрезентируются разные типы знания: специальное и обыденное» [Там же: 66]. По мнению исследователей, специальное знание формируется как результат профессиональной деятельности, и обслуживается специальным языком профессиональной коммуникации, который, в свою очередь, противопоставляется языку обыденного общения. С позиции данного подхода, медицинский дискурс изучается через оппозиции: научная картина мира vs наивная картина мира, речь профессионала vs речь маргинала, профессиональная (элитарная) языковая личность vs непрофессиональная языковая личность [Там же: 66].

Изучением медицинского дискурса как институционального подробно занимался отечественный исследователь В.И. Карасик. Исследователь выделяет личностно-ориентированный и институциональный (статусно-ориентированный) типы дискурса. Личностно-ориентированный дискурс реализуется в бытовом и бытийном общении (философское и художественное познание мира). При статусно-ролевом общении ключевым фактором является наличие взаимодействия между представителем какого-либо социального института и человеком, не принадлежащем к нему (в случае с медицинским дискурсом – взаимодействие врача и пациента. Сравнивая личностно-ориентированное и статусно-ориентированное общение, В.И. Карасик подчеркивает, что важным отличием здесь является коммуникативная дистанция. При статусно-ролевом общении коммуниканты реализуют лишь ограниченный набор своих характеристик. Тогда как при личностно-ориентированном общении коммуниканты стремятся раскрыть свою личность как можно полнее [Карасик, 2002: 202 – 203]. Также,

Л.С. Бейлинсон в своей работе подчеркивает, что медицинский дискурс, будучи статусно-ориентированным типом дискурса, характеризуется акцентированием статуса врача и выражается посредством вербальных и невербальных знаков: медицинская униформа, контролируемая мимика и жестикация человека, играющего роль эксперта, интонационная тональность и наличие терминов и профессионализмов в речи [Бейлинсон, 2001: 15].

Институциональный дискурс, согласно В.И. Карасику, представляет собой «специализированную клишированную разновидность общения между людьми, которые могут не знать друг друга, но должны общаться в соответствии с нормами данного социума». В случае с медицинским дискурсом, врач является агентом института, в то время как пациент – клиентом, родственники пациента – маргиналами. В свою очередь, институциональный дискурс имеет множество разновидностей, включая политический, юридический, религиозный, спортивный, военный, медицинский и т.д. Разнообразие типов институционального дискурса зависит от актуальности соответствующих социальных институтов для общества [Карасик, 2002: 282]. Другое определение институционального дискурса принадлежит М.Ю. Олешкову, согласно которому институциональный дискурс – «это форма «общественной практики», статусно-ориентированная разновидность общения, при которой коммуниканты реализуют себя в ограниченном наборе ролевых характеристик, выступая в качестве представителей определенных статусных групп» [Олешков, 2007: 12]. По нашему мнению, основной заслугой подхода к изучению медицинского дискурса как институционального является возможность учитывания социального статуса коммуникантов, так как статусное распределение оказывает большое влияние на характер коммуникации.

Институциональный дискурс заслужил особое внимание отечественных исследователей. В рамках социолингвистического подхода были изучены различные виды институционального дискурса: религиозный,

педагогический, политический, спортивный, медицинский и др. Как отмечает, И.П. Ромашова, в данный момент мы можем наблюдать формирование нового социодинамического подхода к пониманию институционального дискурса [Ромашова, 2012: 242]. От социолингвистического подхода социодинамический отличается следующим: 1) социальные институты рассматриваются в движении, они могут приобретать/терять свою значимость, появляться/исчезать в зависимости от потребностей общества в данный отрезок времени; 2) исследуется степень влияния дискурсивных практик на социальный институт, т.е. изучается, каким образом закрепляются и транслируются ценности института [Там же: 239 – 242]. В случае с медицинским дискурсом, социодинамический подход к изучению институционального дискурса позволяет отследить, каким образом структура института здравоохранения отражается на уровне коммуникации между врачом и пациентом.

Изучение медицинского дискурса возможно также с позиций прагматического подхода. В рамках данного подхода дискурс (по способу общения) подразделяется на ритуальный и обыденный. Ритуальный дискурс (к которому относится медицинский) характеризуется высокой символической нагруженностью, содержательной рекурсивностью (отсутствием информативного приращения) и жесткой формальной фиксацией [Бабаян, 2008: 99].

Таким образом, существует множество подходов к изучению медицинского дискурса. Как показал анализ теоретического материала, одним из классических подходов к определению медицинского дискурса является социолингвистический. Рассмотрев медицинский дискурс с позиций социолингвистического подхода, мы выяснили, что он представляет собой особую разновидность институционального дискурса. Институциональная обусловленность медицинского дискурса выражается в статусно-ориентированности, влияющей на характер коммуникации между врачом и пациентом.

### 1.1.2. Основные характеристики медицинского дискурса

Медицинский дискурс стал объектом подробного изучения отечественных исследователей лишь в начале 21 века. Разработкой определения медицинского дискурса, его особенностей занимались такие исследователи как (Э.В. Акаева, М.И. Барсукова, Л.С. Бейлинсон, В.В. Жура, Н.В. Гончаренко, Н.Д. Голев, Т.Г. Карымшакова, Н.Ю. Сидорова и другие). Как мы выяснили ранее, медицинский дискурс является социально-ориентированным типом дискурса, при котором социальные характеристики коммуникантов имеют большое значение, определяя характер общения. Особый статус агента института – врача – обеспечивает наличие ряда особенностей медицинского дискурса.

Прежде всего стоит отметить, что медицинский дискурс представлен несколькими типами. Медицинский дискурс подразделяется на типы на основе оппозиции: профессиональное, обыденное. Подобная классификация находится в рамках изучения когнитивной науки и представлена противопоставлением научного и наивного знания [Голев, Шпильная, 2012: 128 – 129]. Объектом нашего исследования становится обыденная профессиональная коммуникация, в которой участниками взаимодействия становятся врач (носитель научного знания) и пациент (носитель наивного знания). Подобное противопоставление является важным для нашего исследования, так как именно из этих оппозиций (специалист/неспециалист, научное/наивное знание) вытекает ряд характеристик медицинского дискурса.

Поскольку медицинский дискурс является институциональным, одной из его особенностей является ориентированность на социальный статус одного из коммуникантов – врача, представителя особой социально-профессиональной группы. Врачи обладают особым статусом в любом обществе. Это обусловлено многими факторами, как профессиональной компетенцией, наличием у врача особых знаний, так и исторически обусловленной важностью врачебной профессии для общества. Как отмечает

В.И. Карасик, врачи представляют собой социально-профессиональную группу, обладающую набором отличительных характеристик:

1. Сакральный характер профессии (принесение клятвы Гиппократу);
2. Наличие медицинской этики и правил поведения (неразглашение врачебной тайны);
3. Развитая медицинская терминология;
4. Разработанная система ритуальных знаков (медицинская форма, инструменты и т.д.);
5. Разновидность форм общения (консилиум, медицинская комиссия) [Карасик, 2002: 286].

Особый характер профессии врача, а также особенности статусно-ориентированного дискурса обуславливают ряд характеристик медицинского дискурса. В.В. Жура в своей работе характеризует медицинский дискурс как синтез личностно-ориентированного и статусно-ориентированного типов дискурса и выделяет его следующие признаки: институциональность, ритуализованность, личностность, асимметричность, интеллектуальность и психологичность [Жура, 2008б].

Асимметричность является результатом коммуникации между профессионалом и непрофессионалом. В результате коммуникация «врач-пациент» обретает неравный характер, с явным доминированием врача [Белецкий, 2015: 53 – 54]. Именно врач на основе анализа фатической информации, полученной от пациента, вербального и не вербального общения с ним, выбирает стиль общения, стратегии и тактики, таким образом управляя коммуникацией – что делает коммуникацию ассиметричной [Акаева, 2007:11]. В медицинском дискурсе речевое неравенство является необходимым, а достижение полной симметричности общения невозможно в силу особых коммуникативных целей [Виноградова, Масюков, 2013: 71 – 72]. Необходимость собрать анамнез для постановки диагноза обуславливает доминирующую роль врача в коммуникации. Врач задает вопросы и вместе с

тем часто игнорирует вопросы пациента, подавляя его коммуникативную инициативу. Западными исследователями проявление асимметричности объясняется следующими факторами: профессиональным статусом и авторитетом врача, социополитической структурой общества (будучи социально-ориентированным, медицинский дискурс также отражает структуру общества), коммуникативными особенностями институционального общения [Maynard, 1991: 455 – 457]. Асимметричность является одной из наиболее значимых характеристик медицинского дискурса, поскольку неравный характер коммуникации предопределяет и другие особенности коммуникации врача и пациента, такие как наличие коммуникативной власти и суггестивность.

Еще одной важной характеристикой медицинского дискурса является коммуникативная власть, которая тесно связана с асимметричностью дискурса. В медицинском дискурсе власть оказывается замаскирована под дискурс «оказания помощи» [Дейк ван, 2013: 68]. Однако, помимо институциональной власти, в коммуникации между врачом и пациентом также проявляется власть группы (классовая, гендерная, расовая и т.д.) [Там же: 68 – 69]. Аспект коммуникативной власти в медицинском дискурсе был хорошо изучен западными учеными. Многочисленные исследования подтверждают доминирование над пациентом со стороны врача. Например, в исследовании (West, 1984) было выявлено, что врачи-мужчины чаще перебивают своих пациентов (особенно темнокожих) по сравнению с перебиванием со стороны пациентов, при этом перебивания происходили без какой-либо медицинской необходимости и даже в тех случаях, когда пациенты намеревались сообщить врачам важную информацию. Факт наличия власти врачей над пациентами обусловлен многими факторами: использованием технического языка, экспертизой и компетентностью, институциональной принадлежностью врачей, более высоким статусом и меньшему количеству врачей (по сравнению с количеством пациентов) [Там же: 69]. В работе Дж. Уилса также приводятся многочисленные примеры проявления



врачебного авторитета и власти над пациентами. К примеру, смена темы разговора со стороны пациентов была возможна только при согласии со стороны врача, а смена темы разговора со стороны врача не нуждалась в одобрении пациента. Также, описываются случаи, когда врачи в одностороннем порядке навязывали пациентам диагнозы и различные виды лечения [Wilce, 2009: 205]. Таким образом, мы понимаем, что наличие у врача особого статуса наделяет его коммуникативной властью. В рамках медицинской коммуникации это позволяет врачу руководить направлением коммуникации и достигать определенных целей.

Исследованием коммуникативной власти в медицинском дискурсе занимались многие западные ученые. Обзор исследований, посвященных изучению того, каким образом врачи взаимодействуют с пациентами, продемонстрировал, что в большинстве случаев врачи берут на себя коммуникативную инициативу и таким образом демонстрируют наличие власти. Зачастую врачи определяют тактику лечения и не позволяют пациенту вмешиваться в этот процесс [Heritage, 2009: 87].

Немаловажной характеристикой медицинского дискурса является суггестивность, которая объясняется исследователями как исторически возникшая. Специфика речевого поведения врача обусловлена особым характером профессии. В древние времена врач выступал в качестве носителя особого знания, был проводником магических сил. Именно врачу отводилась роль жреца, который мог исцелять больных. Подобная близость медицинского дискурса с религиозным формирует суггестивность в рамках общения врача и пациента [Шуравина, 2013: 67]. По определению суггестия (суггестивность) – «особый вид психического воздействия (главным образом словесного) на психику человека с целью создания у него определенного состояния, побуждения к какому-либо действию» [Азимов, Щукин, 2009: 298]. В.В. Жура определяет суггестивность медицинского дискурса как «целенаправленное, структурированное и организованное воздействие на психическую сферу пациента для обеспечения не критического восприятия

поступающей информации и выполнения предписываемых врачом действий» [Жура, 2008б]. Н.В. Гончаренко указывает, что посредством суггестивного воздействия, врач (суггестор) стремится ввести пациента (суггестируемого) в определенное эмоциональное или психологическое состояние, побудить к определенным вербальным или невербальным действиям, а также закрепить различные установки, исходящие от врача, в его сознании. При чем из-за наличия особого статуса и авторитета у врача, полученная информация, как правило, воспринимается как истина, не требующая доказательств и обоснования – что увеличивает суггестивный эффект [Гончаренко, 2008: 12].

Одним из способов воздействия на пациента (суггестивности) является использование медицинской терминологии. Используя термины, врач не только репрезентирует свои знания и опыт, но и способствует достижению коммуникативных целей. С.И. Маджаева подчеркивает, что главными функциями использования терминологии в медицинском дискурсе являются ориентирующая и прагматическая [Маджаева, 2015: 31]. Использование терминологии повышает авторитет врача в глазах пациента, так как знание терминологии свидетельствует о наличии специальных знаний у врача. Таким образом, при помощи терминов врач воздействует на пациента, на его представление о болезни, настраивает его на лечение.

Следующей характеристикой медицинского дискурса является ритуализованность. Ритуализованность медицинского дискурса проявляется в системе невербальных и вербальных признаков. К невербальным признакам относят: медицинская униформа (халат), наличия бейджа с указанием именем, должности и регалий врача, а также ритуальный характер организации общения, проявляющийся в особых формах начала и завершения врачебного приема. На вербальном плане ритуализованность проявляется в наличии клишированных форм общения [Жура, 2008б]. Ритуализованность является одной из характерных черт любого институционального дискурса, так как при помощи различных символов и клише демонстрируется принадлежность к

определенному социальному институту. В случае с медицинским дискурсом это принадлежность врачей к институту здравоохранения.

Примечательно, что основной формой общения в медицинском дискурсе является вопросно-ответное речевое действие, которое реализуется в чередовании стимулов и реакций. Выделяются несколько видов вопросно-ответных речевых действий: информирующие, побудительные, оценочно-модальные, контактивные, метакоммуникативные [Сидорова, 2008: 15]. Преобладание подобных форм речевого общения ограничивает возможности коммуникантов и является следствием вербальной ритуализованности-клишированности медицинского дискурса.

Такая характеристика, как личностность означает стремление врача и пациента сократить коммуникативную дистанцию и деформализовать общение. Интеллектуальность медицинского дискурса реализуется в наличии особого дискурсивного знания, научной картины мира у врачей и наивной картины мира у пациентов. Психологичность проявляется как стремление врача оказать психологическое воздействие на пациента, при помощи приемов суггестии и эмпатии [Там же: 9 – 10]. В.И. Карасик, сравнивая медицинский и терапевтический (психотерапевтический) дискурсы отмечает, что оба типа дискурса включают в себя элементы психотерапевтического внушения. Степень влияния на пациента (клиента института) определяется должностью агента института медицинского дискурса (медсестра, врач, санитар), а также профессиональной специализацией (хирург, стоматолог, офтальмолог) [Карасик, 2002: 287]. Другой важной характеристикой медицинского дискурса являются информативность. Информативность объясняется как необходимость в передаче информации от врача к пациенту [Жура, 2008б].

Другой важной особенностью медицинского дискурса является характер взаимоотношений между врачом и пациентом, оказывающий влияние на эффективность достижения коммуникативных целей. Всего выделяются 4 модели взаимодействия врача и пациента, которые отличаются, в зависимости от степени вовлеченности пациента в процесс лечения:

- патерналистская;
- информативная;
- интерпретативная;
- делиберативная.

Патерналистская модель предполагает минимальное участие пациента, а также отсутствие свободы выбора в принятии решений. При выборе такой модели интеракции врач самостоятельно анализирует состояние здоровья пациента, принимает решение по поводу тактики лечения и убеждает пациента в необходимости придерживаться выбранного врачом направления лечения. Информативная модель предполагает предоставление пациенту необходимой для принятия решения информации. Выбор тактики лечения осуществляется пациентом самостоятельно. При выборе интерпретативной модели врач помогает пациенту принять решение в соответствии с его жизненными ценностями. Наконец, в рамках делиберативной модели врач сообщает пациенту о рекомендуемой им тактике лечения, однако окончательный выбор предоставлен пациенту [Белецкий, 2015: 38 – 39]. В настоящее время данные модели по-разному представлены в разных странах мира. Для российской традиции характерна патерналистская модель взаимодействия врача и пациента. Впрочем, стоит отметить, что с развитием технологий и появлением частной сферы оказания медицинских услуг, а также с растущим влиянием запада, в России также получили развитие и другие модели, подразумевающие участие пациента в процессе принятия решений. Все же, патерналистская модель является востребованной в государственных учреждениях и на данный момент можно говорить лишь о переходном периоде. Для западных же стран, включая США, являются актуальными модель информированного согласия, делиберативная модель, интерпретативная модель. По нашему мнению, распространенность моделей исторически обусловлена, а также является результатом влияния культуры страны на характер медицинской коммуникации.

Таким образом, статусно-ориентированность медицинского дискурса определяет его характеристики, среди которых: институциональность, рутинизованность, личностность, асимметричность, интеллектуальность, психологичность, суггестивность, информативность и наличие власти. Данные характеристики проявляются в медицинском дискурсе следующим образом: асимметричность – неравное распределение коммуникативных ролей, психологичность – оказание психологического воздействия на пациента, ритуализованность – наличие невербальных признаков, указывающих на особый статус врача, и вербальных клише, интеллектуальность – наличие особого дискурсивного знания, суггестивность – как стремление оказать психологическое воздействие на пациента с целью убедить его в принятии решения, информативность – как необходимость передать информацию от врача к пациенту, личностность – как стремление врача сократить коммуникативную дистанцию. Еще одной характерной особенностью статусно-ориентированного дискурса является наличие коммуникативной власти, которая обусловлена особым характером и статусом профессии врача. Социальный статус врача особенно важен в медицинском дискурсе и акцентируется при помощи вербальных и невербальных средств.

### 1.1.3. Стратегии и тактики медицинского дискурса

Эффективность лечения напрямую связана с умением врача осуществлять коммуникацию. Спецификой медицинского дискурса является его асимметричность (вытекаемая из статусно-ролевого характера общения между врачом и пациентом), как следствие преобладают речевые стратегии врача над стратегиями пациента. В то же время статус врача не только предоставляет ему ведущую коммуникативную роль, он также накладывает на него ответственность за здоровье и жизнь пациента.

В процессе коммуникации врач действует в рамках выбранной коммуникативной стратегии и применяет различные тактики для того, чтобы

достичь определенных коммуникативных целей, таких, как сбор данных об образе жизни пациента, наличии/отсутствии симптомов, истории болезни и т.д. Другими важными коммуникативными целями являются постановка диагноза и убеждение пациента в соблюдении рекомендаций по лечению. Зачастую от коммуникативной компетенции врача зависит не только исход лечения, но психологическое состояние пациента. Для того чтобы «сгладить углы» при обсуждении диагнозов в арсенале врача должны присутствовать различные контактоустанавливающие средства, эвфемизмы, этикетные формулы [Кочеткова и др. 2018: 466]. Взаимодействуя с пациентом, врач должен постоянно убеждаться в том, что его слова правильно интерпретируются пациентом. Отсутствие у пациента специальных знаний зачастую приводит к коммуникативным неудачам, и как следствие к отсутствию у пациента осознания важности лечения. Например, неправильное использование медицинской терминологии может вызвать у пациента негативные эмоции: страх, тревогу, беспокойство [Маджаева, Касимцева, 2019: 48]. Таким образом, мы понимаем, что коммуникативная компетенция является неотъемлемой частью профессиональных навыков врача.

Изучением стратегий и тактик медицинского дискурса занимались многие отечественные исследователи, среди них: Л.С. Бейлинсон, М.И. Барсукова, В.В. Жура, Э.Д. Акаева, Н.Ю. Сидорова, М.С. Невзорова. Классификации, представленные исследователями, отличаются друг от друга в зависимости от выделенной цели коммуникации. Проанализировав имеющиеся классификации, С.В. Майборода выделяет следующие цели коммуникации врача и пациента: когнитивная, дискурсивные, коммуникативные и прагматические [Майборода, 2017: 68]. Коммуникативная цель определяется типом взаимодействия, будь то первичная/повторная консультация, общение врача с пациентом в палате в послеоперационный период. В.В. Жура рассматривая жанр первичной консультации выделяет основную коммуникативную цель – постановка диагноза. Цель, в свою очередь, представлена рядом коммуникативных задач, к которым

исследователь относит установление терапевтических отношений между участниками консультации; получение диагностической информации о характере и истории настоящего заболевания, об общем статусе здоровья; предоставление рекомендаций по обследованию и лечению, образу жизни; информирование о диагнозе заболевания [Жура, 2008а: 8].

На основе определенных целей коммуникации выделяются стратегии медицинского дискурса. Важно отметить, что в рамках взаимодействия с пациентом врач нередко прибегает сразу к нескольким речевым тактикам, реализующим, например, одновременно диагностирующую и лечащую стратегии, что позволяет говорить о взаимопроникновении тактик и стратегий в медицинском дискурсе [Дзараева и Рогожникова, 2014: 53]. Подобное сочетание тактик и стратегий позволяет усилить воздействие на пациента и достичь намеченной коммуникативной цели.

Большинство исследователей склонны выделять основные стратегии медицинского дискурса и вспомогательные. К основным стратегиям относят когнитивные, Е.С. Кубрякова объясняет это следующим образом: «по самой своей сути дискурс – явление когнитивное, т.е. имеющее дело с передачей знаний, с оперированием знаниями особого рода, и, главное, с содержанием новых знаний» [Кубрякова; цит. по: Керер, 2018: 104]. Э.В. Акаева выделяет две основных когнитивных стратегии: стратегию убеждения и стратегии внушения [Акаева, 2007: 84]. Как указывает исследователь, основное отличие данных стратегий заключается в том, что под убеждение понимается «метод воздействия на сознание личности через обращение к ее собственному критическому суждению». В то время как под внушением подразумевается подача «информации, воспринимаемой без критической оценки и оказывающей влияние на течение нервно-психических процессов» [Там же]. Э.В. Акаева выделяет три тактики, посредством которых реализуется стратегия убеждения: тактика экспликации причинно-следственных связей/апелляции к тяжелым последствиям, тактика инструктажа, тактика апелляции к жизненному и профессиональному опыту пациента [Там же: 84 –

89]. К тактикам, репрезентирующим стратегию внушения, относятся: тактика поощрения, тактика порицания, тактика преувеличения тяжести состояния пациента, тактика апелляции к собственному опыту врача [Там же: 90 – 95]. Исследователь также выделяет ряд вспомогательных стратегий, включая прагматические (эмоционально-настраивающая стратегия и стратегия самопрезентации), которые способствуют установлению кооперативного общения; стратегии организации диалога; риторические стратегии (стратегия метафоризации и стратегия мифологизации), нацеленные на оптимизацию речевого воздействия врача на пациента [Там же: 96 – 123].

Другая классификация речевых стратегий принадлежит Л.С. Бейлинсон. Исследователь выделяет диагностирующую и рекомендующую, которые непременно вербализуются; лечащую – вербализуется факультативно (например, разговор врача с пациентом во время проведения процедур) [Бейлинсон, 2001: 42]. Н.Ю. Сидорова добавляет к ним предваряющие и объясняющие как основные стратегии, и прагматические, диалоговые, риторические как вспомогательные [Сидорова, 2008: 13 – 14].

Перечисленные выше стратегии медицинского дискурса реализуются посредством речевых тактик, выбор которых зависит от специализации врача, особенностей пациента, проблем, с которыми обратился пациент и т.д. Например, в работе М.И. Барсуковой в рамках диагностирующей стратегии выделяются следующие тактики: тактика запроса конкретной информации, тактика сближения, тактика убеждения, тактика побуждения, тактика разъяснения, тактика формирования хода мыслей пациента, тактика презентации и др. [Барсукова, 2007: 9 – 13]

Помимо речевых стратегий и тактик существуют другие средства вербального воздействия на пациента. Достижение коммуникативных целей нередко осуществляется за счет использования врачом определенных лингвистических технологий. Т.Г. Карымшакова выделяет два типа лингвистических технологий речевого воздействия: аргументацию и манипуляцию как основные средства достижения комплаенса (принятия



пациентом диагноза и согласия с выбранной тактикой лечения). Аргументация реализуется посредством различных вербальных средств, в то время как, манипуляция предполагает использование как вербальных, так и невербальных средств воздействия. Под аргументацией автор понимает речевой акт, целью которого является попытка изменить картину мира пациента, его ценностный установки, при этом оставив пациенту свободу в принятии решений, таким образом, пациент имеет право согласиться или не согласиться с представленной врачом аргументацией. Схожим образом, под манипуляцией подразумевается стремление врача повлиять на картину мира пациента, при этом не оставляя за пациентом право не согласиться. Достижение комплаенса пациента достигается за счет использования различных стратегий, тактик и средств: стратегия сближения с пациентом, использование языкового кода адресата, использование терминологического аппарата и т.д. [Карымшакова, 2015: 8 – 20]

Невербальный компонент также представляет особый интерес для исследования прагматической составляющей медицинского дискурса. К примеру, разговор лицом к лицу подразумевает более жесткое соблюдение статусного неравенства, чем отсутствие подобной фиксации на лице собеседника [Календр, 2017: 7]. Зачастую врач неосознанно использует различные жесты и взгляды для усиления психологического воздействия на пациента. Иногда, подобные невербальные средства могут быть неправильно интерпретированы пациентом и вызвать негативный эффект (в том числе привести к летальному исходу). Исследование невербального компонента медицинской коммуникации предстает релевантным для нашего исследования, так как неосознанность использования невербальных средств позволяет изучить культурную вариативность поведения врача.

Таким образом, коммуникативная компетенция врача представляет неотъемлемую часть профессиональных навыков и умений. При взаимодействии с пациентом врач прибегает к определенным речевым стратегиям и тактикам, лингвистическим технологиям, а также невербальным

средствам. Проанализировав теоретический материал, мы выяснили, что на данный момент не существует единой классификации стратегий и тактик в медицинском дискурсе. Исследуя медицинский дискурс, мы можем говорить о том, что выбор речевых стратегий определяется конкретной коммуникативной целью врача, будь то убеждение пациента в необходимости лечения, стремление навязать лечение или желание получить информацию. Стратегии и тактики медицинского дискурса носят взаимопроникающий характер и часто используются в совокупности.

## 1.2. Параметры модели Г. Хофстеде для описания культур

Язык и культура являются неразрывно связанными компонентами общества. В настоящее время ученые заявляют о двустороннем характере влияния языка и культуры. Как указывает С.Г. Тер-Минасова, культура отражает объективную действительность не в первозданном виде, а через представления человека об объектах реального мира [Тер-Минасова, 2000: 41]. Подобные представления формируются как на основе коллективного сознания, так и индивидуального. В свою очередь, в языке отражены культурно опосредованные особенности восприятия реального мира.

Развивая тему взаимосвязи языка и культуры, Е.И. Кириленко описывает культурную детерминированность медицинской среды. Исследователь отмечает, что подход к болезни, к методам лечения, к позиционированию врача и больного различается в западных странах и в России. Культурные особенности находят свое отражение в том числе на языковом уровне, например, слово *больной* имеет разный смысловой оттенок в России и в странах запада. Если в русском языке *больной* – это «тот, кто страдает, испытывает боль», то слово *patient* происходит от латинского слова *pati* «терплю, переношу». Различия подобного рода наблюдаются в поведении пациентов. Если в России больной рассчитывает получить компенсацию за свои страдания, ожидая соответствующей поддержки от врача, то в США

больной – это тот, кто героически противостоит болезни и стремится к ее преодолению [Кириленко, 2012: 9 – 15].

В настоящее время исследования в области межкультурной коммуникации являются особенно актуальными. Научные достижения сделали возможными путешествия на дальние расстояния, и, как результат, создали условия для культурного взаимодействия. Коммуникация нескольких культур несет в себе множество преимуществ, включая культурное обогащение, культурный обмен, развитие толерантности и уважения к другим народам. Вместе с тем, взаимодействие представителей разных народностей зачастую приводит к конфликту культур, т.е. к различным недопониманиям, возникшим в результате разной культурной принадлежности коммуникантов. Вышеперечисленные факторы обуславливают актуальность межкультурных исследований.

Одним из инструментов исследований по межкультурной коммуникации являются параметрические модели культуры, разработанные разными учеными. В число таких входят модель корпоративной культуры Ф. Тромпенаарса, коммуникативная модель культуры Э. Холла, модель культурных измерений Г. Хофстеде и другие. Модель параметров Г. Хофстеде на данный момент является одной из наиболее разработанных и используется для проведения исследований в разных областях человеческой деятельности.

На основании масштабного исследования базы данных опросов, проведенных среди сотрудников компании IBM, Г. Хофстеде выделил четыре параметра (в последствии были добавлены еще два), позволяющих описать культурные особенности изучаемой страны. Изначально, в исследовании Хофстеде каждый из четырех параметров базировался на определенной проблеме, с которой сталкивался сотрудник компании. В число проблем входили: зависимость от старших по должности, потребность в наличии правил и предсказуемости, равновесие между личными целями и зависимостью от компании, равновесие между личностными и общественными ценностями [Хофстеде, 2014: 16 – 17]. Именно эти четыре

проблемные сферы коррелируют с параметрами модели количественного описания культур (cultural dimension). К таким параметрам относятся те культурные аспекты, которые подлежат измерению по сравнению с другими культурами. Г. Хофстеде выделяет: *низкий/высокий уровень дистанции власти, маскулинность/фемининность, индивидуализм/коллективизм, низкий/высокий уровень избегания неопределенности, долгосрочная/краткосрочная ориентация, потворство желаниям/сдержанность*. Позднее подобные кросс-культурные исследования многократно повторялись в других компаниях с получением схожих результатов. Более того, была обнаружена корреляция между выделенными параметрами и данными из других исследований. Так, *дистанция власти* соотносилась с параметром из анализа политических систем Грегга и Бэнкса; параметр *избегание неопределенности* соотносится с параметром исследования психического состояния, проведенного Линном и Хэмпсоном в 1975 г.; *индивидуализм* коррелировал с благосостоянием нации (валовой национальный продукт на душу населения); *фемининность* - с долей национального дохода, направляемого на развитие [Там же: 17 – 18].

Важно подчеркнуть, что все параметры модели Г. Хофстеде описывают различия не на уровне индивида, а на уровне социума и носят статистический характер. Более того, в пределах одного общества существует большое разнообразие личностей, поэтому данная модель не должна использоваться как средство стереотипного описания индивида [Там же: 20]. Таким образом, мы можем использовать модель Г. Хофстеде для описания культурных особенностей изучаемых нами стран – США и России.

Ввиду определенных характеристик медицинского дискурса, а именно статусно-ролевого характера отношений между врачом и пациентом, мы считаем целесообразным исследовать следующие параметры модели Хофстеде: *низкая/высокая дистанцированность власти, низкая/высокая степень избегания неопределенности, индивидуализм/коллективизм*. Именно эти параметры, по нашему мнению, имеют лингвистическую репрезентацию и

способны продемонстрировать культурные особенности американского и российского общества на примере общения врача и пациента.

*Дистанция власти* описывается Хофстеде как степень принятия и ожидания неравного распределения власти среди членов институционализированных групп, причем с позиции «подчиненных». Неравенство и распределение власти в той или иной степени присутствуют в любом обществе, однако степень распространения может довольно сильно отличаться от общества к обществу [Хофстеде, 2014: 20 – 21]. Для западных англоязычных стран и США (40) показатель данного параметра невысок по сравнению со странами Африки, Латинской Америки, Восточной Европы и Азии [Hofstede G., Hofstede G. J., Minkov, 2010: 57 – 59]. Индекс *дистанции власти* для России очень высок (93), это означает, что статусное распределение играет большую роль в жизни общества. Например, в бизнес-среде параметр проявляется в обязательности управления сверху-вниз (от начальника к подчиненному), а также в наличии четко обозначенных приказов и инструкций.

*Индивидуализм* указывает на степень интеграции членов общества в группы. *Индивидуализм* противопоставляется *коллективизму*, где группа является центральным звеном, которая выполняет функции защиты и поддержки ее членов. При высоком индексе параметра *индивидуализм*, как например в США (91) каждый член общества несет ответственность лишь за себя и самых близких людей, роль окружения сводится к минимуму. Существует тенденция к более высокому показателю *индивидуализма* в западных и развитых странах [Хофстеде, 2014: 24 – 25]. Высокий уровень параметра *коллективизм* (39), характерный для России, проявляется в необходимости поддержания близких и доверительных отношений не только с небольшим кругом родственников, но и с соседями и другими знакомыми. Подобное общение обеспечивает обмен информацией, новые знакомства и успешное проведение бизнес-переговоров.

*Избегание неопределенности* – параметр, который указывает на то, насколько члены общества спокойно относятся к неопределенности будущего, возникновению неожиданных ситуаций. Общества с высокой степенью *избегания неопределенности* стремятся избежать непредвиденных ситуаций путем создания строгих сводов правил, регламентов, законов. Для членов такого общества характерна повышенная эмоциональность, возникающая в условиях неопределенности и непредсказуемости. Члены общества с низкой степенью *избегания неопределенности* более спокойно относятся к возникающим неожиданным обстоятельствам, ситуациям, для них характерен низкий уровень тревожности и принятие отклонения от строгих норм, правил, высокий уровень толерантности. Индекс *избегания неопределенности* выше в странах Центральной и Восточной Европе, латиноамериканских, немецкоязычных странах и Японии, низкий показатель *избегания неопределенности* обнаруживается в Китае, Северной Европе и англоязычных странах [Хофстеде, 2014: 22 – 24]. Индекс *избегания неопределенности* для США достаточно низок (46), это означает, что члены американского общества довольно позитивно и спокойно относятся к появлению новых технологий, продуктов на рынке, идей и т.д. Также характерны низкая эмоциональность и отсутствие необходимости во внедрении правил и регламентов в жизнь общества. Однако, как указывает Хофстеде, террористические акты 11 сентября 2001 года очень сильно повлияли на американское общество, повысив уровень тревожности и страха за счет деятельности служб безопасности, постоянно отслеживающих действия граждан [Hofstede Insights, 2021]. Очень высокий уровень *избегания неопределенности* для России (95) подразумевает стремление россиян к детальному планированию и подготовке, а также к достаточно формальному и холодному общению с незнакомцами.

На сайте *hofstede-insights.com* представлено подробное описание того, как реализуются и сочетаются параметры модели Г. Хофстеде в каждой стране. США характеризуется особым сочетанием достаточно низкого индекса *дистанции власти* (40) и высокого индекса *индивидуализма* (91). Как

результат, одним из важнейших принципов устройства организаций и социальных институтов является равноправие, или как это называют сами американцы “*liberty and justice for all*”. Иерархия существует лишь для удобства, руководство и подчиненные могут свободно коммуницировать. При этом коммуникация носит прямой, неформальный и вовлеченный характер. В то же время, высокий индекс *индивидуализма* обуславливает разрозненность общества, где люди не ожидают поддержки от различных социальных институтов или государства и привыкают с самого детства заботиться лишь о себе и своих близких. Также для США характерно сочетание высоких индексов *маскулинности* (62) и *индивидуализма* (91). Поговорка “*the winner takes it all*” как нельзя лучше отражает ментальность американцев. В американском обществе принято буквально жить, чтобы работать ради достижения финансовых целей, и, как следствие, получения более высокого социального статуса. Для американцев характерно стремление не просто достигать успеха, но также демонстрировать свои достижения с целью демонстрации усилий, вложенных в достижение целей. Подобный паттерн поведения усиливает неравенство в обществе, подрывает демократию и увеличивает разрыв между классами [Hofstede Insights, 2021].

На сайте *hofstede-insights.com* также представлено менее подробное описание для России. Высокий уровень *дистанции власти* (93) отражен в повышенной необходимости демонстрации социального статуса. Как указано на сайте, для россиян очень важно, чтобы поведение подчеркивало наличие определенного социального статуса. Для российского общества также характерно управление сверху-вниз, то есть фиксированность ролей начальник-подчиненный. *Коллективизм* (39) отражается в том числе и в языке, для русских людей характерно использовать личное местоимение *мы* (*мы с друзьями*) вместо принятого, например, в английском *I* (*я и мои друзья*). Подобное явление свидетельствует о важности ближайшего круга людей в жизни индивидуума и отличительной черте русских ассоциировать себя с группой людей, будь то коллектив на работе, родственники, друзья, соседи.

Очень важным считается построение близких доверительных отношений, в том числе в рабочей среде. Подобные тесные отношения обеспечивают обмен информацией между члена общества, а также гарантируют успех, например, проведения бизнес-переговоров. Высокий индекс *избегания неопределенности* (95) означает, что русские чувствуют сильный дискомфорт в условиях непредсказуемости. Одним из показателей данного параметра является бюрократичность государственной системы, что объясняется стремлением упорядочить проведение различных процедур, свести поведение членов общества к соблюдению правил, и в целом сделать жизнь более предсказуемой. Другой чертой отражения параметра является желание россиян планировать и тщательно готовиться, например, к выступлениям в рабочей среде, собирать информацию о клиентах, продумывать план мероприятия. Интересным для России является сочетание параметров *коллективизм* (39) и *избегание неопределенности* (95), которое обуславливает особый тип коммуникации между членами общества. С одной стороны, принадлежность и установление тесных взаимоотношений очень важно для русских (высокий уровень *коллективизма*), с другой стороны, высокий уровень *избегания неопределенности* отражается в формальности и соблюдении коммуникативной дистанции, в первую очередь, это проявляется в общении с малознакомыми людьми.

Как мы видим из данных, представленных в Таблице 1, и описанных выше культурных особенностей, Россия и США – страны, сильно отличающиеся от друг друга. Демонстрация культурных особенностей проявляется не только в бизнес-среде, но и в других сферах человеческой деятельности, в том числе и в сфере коммуникации врача и пациента. Результаты исследования (Meeuwesen, Brink, Hofstede, 2009) (включившего 10 стран) показали наличие корреляции между особенностями медицинской коммуникации врач-пациент и культурными особенностями страны, описанными при помощи модели Г. Хофстеде [Meeuwesen, Brink, Hofstede, 2009: 63].



Таблица 1. Сравнительная таблица модели культурных измерений Г. Хофстеде для России и США

	Избегание неопределенности	Дистанция власти	Индивидуализм
США	46	40	91
Россия	95	93	39

Примечательно, что исследования лингвистической направленности с применением модели культурных измерений Г. Хофстеде являются довольно новыми. Однако, сейчас появляется все больше исследований, посвященных изучению вербальной и невербальной коммуникации при помощи модели параметров Г. Хофстеде. Например, в исследовании Н.В. Дутовой изучается соотношение вербальных и невербальных компонентов отражения параметра *дистанция власти* в медиа-дискурсе на материале русской, китайской и английской культур. Исследователь приходит к выводу, что коммуникативное поведение членов общества подчиняется характеру распределения власти в данном обществе [Дутова, 2018: 524]. Подобные исследования демонстрируют высокую актуальность модели культурных измерений Г. Хофстеде для изучения языковой репрезентации культурных особенностей.

Таким образом, тесную взаимосвязь языка и культуры можно изучать при помощи модели культурных измерений Г. Хофстеде, которая представляет собой универсальный инструмент для описания культурных особенностей различных сфер человеческой деятельности (в том числе медицинского дискурса). Мы выяснили, что параметр *дистанция власти* характеризует степень социального неравенства в обществе. Параметр *индивидуализм* указывает на степень интеграции членов общества в группы. Параметр *избегание неопределенности* демонстрирует степень комфорта, который члены общества ощущают в условиях нестабильности и непредсказуемости. Как демонстрирует модель параметров Г. Хофстеде, Россия и США сильно отличаются по индексам параметров: *низкая/высокая дистанция власти, индивидуализм/коллективизм, высокая/низкая степень*

*избегания неопределенности.* Мы приходим к выводу, что изучение культурной опосредованности медицинского дискурса возможно с использованием модели параметров Г. Хофстеде.

## ВЫВОДЫ ПО ГЛАВЕ 1

Проанализировав теоретический материал, мы пришли к выводу, что культура находит свое отражение в медицинском дискурсе и оказывает влияние на характер коммуникации между врачом и пациентом.

Исследуя медицинский дискурс с позиции социолингвистического подхода, мы выяснили, что медицинский дискурс является разновидностью институционального дискурса, представляющего собой особую разновидность общения людей, которые вынуждены взаимодействовать в рамках определенного социального института. В случае с медицинским дискурсом врач является агентом института, в то время как пациент – клиентом. Мы также выяснили, что медицинский дискурс является социально-ориентированным типом дискурса, что выражается в статусно-ролевом характере общения, где большую роль играет социальный статус коммуникантов.

Статусно-ориентированность медицинского дискурса определяет его характеристики. Проанализировав особенности медицинского дискурса, мы установили, что основными чертами, обуславливающими характер общения между врачом и пациентом, являются: асимметричность, наличие коммуникативной власти, ритуализованность, суггестивность, психологичность. Установленные характеристики определяют характер коммуникации между врачом и пациентом.

Одним из важнейших компонентов профессиональной компетенции врача является умение вести коммуникацию. В своем арсенале врач имеет различные стратегии и тактики, способствующие достижению коммуникативных целей. Изучив существующие классификации стратегий и тактик медицинского дискурса, мы обнаружили, что достижение коммуникативных целей осуществляется за счет комбинирования определенных речевых стратегий, которые реализуются через речевые тактики. Помимо стратегий и тактик в коммуникативном арсенале врача

присутствуют лингвистические технологии и невербальные средства, которые также способствуют достижению целей медицинской коммуникации.

Исследовав параметры модели культурных измерений Г. Хофстеде, мы заключили, что по исследуемым нами параметрам (*дистанция власти, индивидуализм, избегание неопределенности*) Россия и США сильно отличаются. Поскольку культура страны отражается на всех уровнях общества, система здравоохранения, будучи социальным институтом, также является средой отражения культурных особенностей. Таким образом, мы приходим к выводу, что медицинский дискурс является средой репрезентации параметров модели Г. Хофстеде.

## ГЛАВА 2. РЕПРЕЗЕНТАЦИЯ ПАРАМЕТРОВ МОДЕЛИ Г. ХОФСТЕДЕ В МЕДИЦИНСКОМ ДИСКУРСЕ

### 2.1. Особенности исследуемого материала

Материалом нашего исследования послужили сериалы американского и российского производства медицинской тематики. Для исследования американской культуры нами был выбран сериал *Chicago Med* (сезон 5, в количестве 20 серий). В центре повествования данного сериала находится отделение скорой помощи вымышленного медицинского центра города Чикаго. Главными героями сериала являются врачи общей практики, хирурги, медсестры, которые на ежедневной основе оказывают экстренную медицинскую помощь пациентам. В сериале продемонстрировано взаимодействие между врачами и пациентами в рамках первичного врачебного приема/осмотра, повторного приема (например, в послеоперационный период, когда врач навещает пациента в палате). Особо интересным для нашего исследования являются продемонстрированные в сериале культурные особенности взаимодействия между врачом и пациентом, характерные для США. К таким особенностям относятся, например, важность осведомленности пациента о возможных последствиях операции, наличие информированного согласия на осуществляемые манипуляции, возможность выбора пациентом тактики лечения, участие пациента в лечении. Герои сериала (врачи) всегда спрашивают у пациента разрешение, например, на проведение операции, детально рассказывают о рекомендуемом плане лечения, описывают риски, возможность осложнений, а также предоставляют выбор, в случае альтернативных вариантов лечения.

Для исследования российской культуры нами был выбран сериал *Склифосовский* (8 сезон, в количестве 16 серий). В центре данного сериала находится институт скорой помощи Склифосовский, находящийся в Москве. Врачи, медсестры, хирурги – главные герои сериала. Центральными в сюжете

выступают истории пациентов, самостоятельно обратившихся за помощью или попавших в Склифосовский в результате несчастного случая. В сериале пациенты проходят путь от первичного осмотра (консультации) до этапа оказания помощи (операция или другие методы оказания помощи) и послеоперационного сопровождения. Интересным для нашего исследования предстают особенности коммуникации между врачами и пациентами, сложившиеся под влиянием культуры российского общества. К данным особенностям относится, например, то, что пациентам редко предоставлен выбор лечения, врачи не предоставляют исчерпывающей информации пациентам, пациенты почти не участвуют в коммуникации, редко задают уточняющие вопросы. Культура оказания медицинской помощи, включая характер общения между врачом и пациентом нашла свое отражение в данном сериале. К одной из главных особенностей русскоязычного медицинского дискурса, продемонстрированных в сериале, мы относим акцентирование врачебного статуса.

Использование сериалов в качестве материала исследования обусловлено возможностью учитывания экстралингвистического контекста коммуникативных ситуаций. Под экстралингвистическим контекстом мы вслед за С.Т. Нефёдовым и В.Е. Чернявской понимаем совокупность возрастных, гендерных, личных, профессиональных, культурно-специфических характеристик коммуникантов, время и место коммуникации, отношения адресата и адресанта друг к другу, их фоновые и энциклопедические знания о мире [Нефёдов, Чернявская, 2020: 85]. Понимание того, каким образом подобные факторы влияют на коммуникацию, позволяет обеспечить интерпретацию и объяснение использования тех или иных лингвистических средств. Сериалы также обладают визуальным компонентом, что позволяет нам исследовать невербальный аспект медицинской коммуникации.

Таким образом, выбранными нами в качестве материала исследования послужили сериалы медицинской тематики *Chicago Med* и *Склифосовский*.

Представленные в данном сериале культурные особенности США и России, отраженные как в особенностях организации работы системы здравоохранения, так и на уровне коммуникации между врачами и пациентами, представляют особый интерес для нашего исследования.

## 2.2. Средства репрезентации параметров модели Г. Хофстеде в медицинском дискурсе

Медицинская сфера, как и другие сферы человеческой деятельности, подвержена культурному влиянию. Это означает, что коммуникация между врачом и пациентом имеет различные характеристики в разных странах, что может проявляться как на уровне общих характеристик, таких как средняя продолжительность врачебного приема, частота обращений, так и на уровне коммуникации. Как указывает Р. Йедема, организация институтов здравоохранения, а значит и сама медицинская коммуникация претерпели ряд изменений за последние несколько десятков лет. В настоящее время социальный, культурный, экономический, политический контексты тесно взаимосвязаны и оказывают влияние на характер медицинской коммуникации. Обязательная аккредитация больничных учреждений, стандарты и руководства, количество выделяемого бюджета, легализация наркотических средств, обязательность информированного согласия – лишь небольшой список факторов, влияющих на коммуникацию между врачом и пациентом [Iedema, 2006: 747 – 748]. Таким образом, мы понимаем, что социокультурный контекст находит свое отражение в медицинской коммуникации.

Репрезентация параметров модели Г. Хофстеде в медицинском дискурсе была неоднократно изучена западными учеными [Jacobs, Wursten, 2019; Meeuwesen, Brink, Hofstede, 2009; Morrow et al., 2013; Verma et al., 2016]. Например, группа британских исследователей (Verma et al., 2016) занималась оценкой коммуникативных навыков (в рамках врачебного приема) выпускников медицинских вузов, прилетевших на работу в Великобританию

из разных стран. В данном исследовании модель культурных измерений Г. Хофстеде была использована для интерпретации результатов. С помощью модели ученые объясняли, каким образом культура влияет на особенности коммуникации врачей с пациентами. В результате исследования было установлено, что определенные параметры модели Г. Хофстеде (*дистанция власти, избегание неопределенности, маскулинность*) коррелируют с определенными особенностями осуществления коммуникации. Так, в обществах с высоким уровнем *дистанции власти* выпускники медицинских вузов в рамках врачебной консультации часто перебивали пациентов, не уделяли достаточного внимания их жалобам, старались полностью контролировать коммуникацию [Verma et al., 2016: 8]. В другом подобном исследовании (Morrow et al., 2013) были проведены интервью с врачами, прилетевшими на работу в Великобританию. Модель Г. Хофстеде также была использована для объяснения культурных различий. Как показало исследование, культурные различия могут создавать определенные трудности для коммуникации между врачом и пациентом. Например, врач из Сирии (где уровень *дистанции власти* достаточно высок (80)) заявлял о том, что в Сирии врачи часто принимают решения за пациентов, не предоставляют им выбора [Morrow et al., 2013: 1541]. Таким образом, мы приходим к выводу о том, что параметры модели Г. Хофстеде находят свое отражение в медицинском дискурсе.

### 2.2.1. Средства репрезентации дистанции власти

Параметр *дистанция власти* проявляется в медицинском дискурсе главным образом в характере коммуникации между врачом и пациентом. В обществах с высоким индексом *дистанции власти* роли коммуникантов являются фиксированными, а общение строго ритуальным и клишированным. В обществах с низким индексом *дистанции власти* коммуникация, как правило, является более свободной: пациенты могут задавать вопросы,



спорить с врачом, выражать недоверие. Проанализировав представленные западными учеными результаты исследований репрезентации модели параметров Г. Хофстеде в медицинском дискурсе, мы составили список общих характеристик, отражающих проявление параметра *дистанция власти*. Особенности медицинского дискурса стран с низким/высоким уровнем параметра *дистанция власти* представлены в Таблице 2 [Jacobs and Wursten, 2019: 36 – 38]. Данные характеристики позволяют составить лишь общее представление об организации коммуникации между врачом и пациентом и представляют собой крайнюю степень возможных различий. Однако, поскольку индексы параметра *дистанция власти* достаточно сильно разнятся: 93 для России и 40 для США, мы считаем целесообразным описать медицинскую коммуникацию в данных странах при помощи данной таблицы. Таким образом, левый столбец *высокая дистанция власти* описывает медицинскую коммуникацию в России, а правый столбец *низкая дистанция власти* описывает американский медицинский дискурс.

Таблица 2. Репрезентация параметра *дистанция власти* в медицинском дискурсе США и России

Высокая дистанция власти	Низкая дистанция власти
Коммуникативное доминирование врача	Вклад коммуникантов примерно одинаков
Пациенты стремятся переложить ответственность за свое здоровье на специалистов	Пациент несет ответственность за свое здоровье
Роль пациентов в коммуникации сведена к минимуму, пациенты редко задают вопросы, делятся чувствами	Пациенты проявляют инициативу, задают вопросы, делятся своими чувствами
Врачебный прием сильно ограничен по времени. Врач информирует пациента о принятом решении	Врач обязан слушать пациента
Врач принимает решения, связанные с лечением единолично, не учитывая мнение пациента. Попытка пациента вмешаться в процесс лечения, проявить инициативу рассматривается врачом как неуважение к его авторитету	Пациент участвует в принятии решений. Врач проявляет уважение к выбору пациента
Патерналистская модель	Модель информированного согласия, делиберативная модель, интерпретативная модель

## Репрезентация параметра *дистанция власти* в России

Проанализировав материал (эпизоды сериала *Склифосовский*) на предмет репрезентации параметра *дистанция власти*, мы выделили следующие особенности российского медицинского дискурса: коммуникативное доминирование врача, проявление врачебного авторитета; минимальное участие пациента в выборе тактики лечения.

1. Коммуникативное доминирование врача. Проявление врачебного авторитета

*Пример 1:* В нижеприведенном фрагменте 19-летний пациент попадает в больницу с переломом руки.

*В:* Холик, у **тебя** ОМС есть? Медицинская страховка.

*П:* Не(т).

*В:* Ясно. **Так, послушай** меня **внимательно**, **постарайся** понять. У **тебя** суставы раздроблены, суставная поверхность разрушена, связки порваны... (здесь и далее приняты следующие условные сокращения: В – врач, П – пациент, Р – родственник пациента, О – врач-ординатор)

Реализуя тактику побуждения, врач при общении с совершеннолетним пациентом использует глаголы в повелительном наклонении *послушай*, *постарайся* в форме 2 лица, ед. ч, а также личное местоимение *ты*. Характерным также является использование частицы *так*, функция которой заключается в привлечении внимания собеседника (пациента) к сказанному, а также наречия *внимательно* в значении «сосредоточенно». Таким образом врач призывает пациента не отвлекаться, слушать его объяснения. Использование глаголов в повелительном наклонении и личного местоимения *ты* (вместо принятого в русском языке уважительного обращения к малознакомым людям *вы*) можно рассматривать как проявление врачебного авторитета, так как именно врач инициирует подобное сближение (что подчеркивает статусное неравенство коммуникантов).

*Пример 2:* В странах с высоким индексом *дистанции власти* при осуществлении манипуляций с телом пациента (при осмотре, проведении процедур) врачи не всегда уведомляют пациента о намерении что-либо сделать и не спрашивают разрешение на осуществление манипуляций. В приведенном ниже фрагменте пациент после проведенной операции находится в больничной палате. Врач навещает пациента.

*В: Рукой сильно не шевели. (медсестре) Фаина Игоревна, спасибо, я сам. Так, голову подними. **Вставляет кислородные трубки в нос пациенту.** Так вот, все, ложись. А теперь слушай меня внимательно. Платить тебе ничего не нужно.*

Врач осуществляет манипуляции без предварительного уведомления пациента, лишь дав ему инструкцию *голову подними*, используя глагол в форме повелительного наклонения, что является признаком проявления власти и демонстрации врачебного авторитета.

*Пример 3:* В приведенном ниже фрагменте врач зашивает руку пациенту, параллельно осуществляя разговор.

*В: Ну знаете, я тоже была раньше...*

*П: Ай!*

*В: ...заведующей этим отделением. Ну терпимо же, правда?*

*П: Нет, больно!*

*В: Ну ладно, **прекратите**...*

В данном случае врач использует глагол в повелительном наклонении *прекратите*. Используя императив со значением «перестать», врач не демонстрирует ожидаемое пациентом сочувствие к испытываемой боли, наоборот, врач стремится преуменьшить значимость жалоб. Действуя таким образом, врач призывает пациента не демонстрировать эмоциональную реакцию, что можно считать проявлением врачебного авторитета.

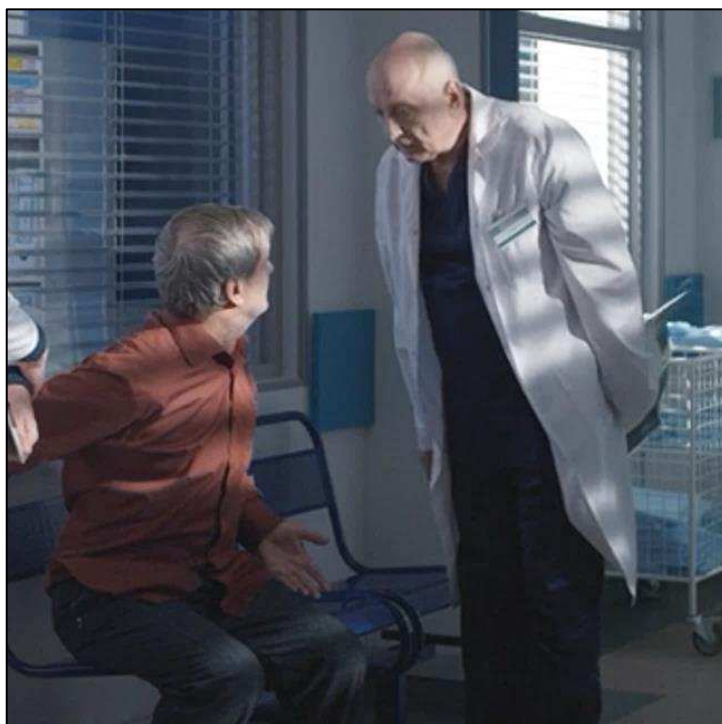
*Пример 4:* Параметр *дистанция власти* также отражен в использовании невербальных средств. Жесты, взгляды, телодвижения, используемые врачом, как правило, бессознательно, усиливают суггестивное воздействие на

пациента, помогая врачу достичь коммуникативных целей. В нижеприведенной ситуации пациент заявляет врачу о своем желании покинуть больницу, отказывается от дальнейших обследований, врач старается убедить пациента. На рисунке 1 мы видим, как врач делает наклон туловища в сторону пациента.

*П: Доктор, вы же обещали отпустить! У меня сын уезжает в Краков.*

*В: (Слегка наклоняется к пациенту). Сегодня мы вас никуда не отпустим.*

Пытаясь оказать суггестивное воздействие на пациента, убедить его в том, что ему необходимо остаться в больнице, врач наклоняется к пациенту, сидящему в кресле. Использование данного жеста является возможным благодаря наличию особого статуса врача. В обществах с высоким индексом *дистанции власти* (как в России) врачу придается особый статус гуру или эксперта, к которому обязаны прислушиваться остальные члены общества.



Врач наклоняет туловище в сторону пациента с целью убедить его остаться в больнице для дальнейших обследований.

Рисунок 1. Фрагмент сериала *Склифосовский*, 8 сезон, эпизод 2

*Пример 5:* Невербальное поведение также проявляется в действиях пациента, например, в стремлении продемонстрировать уважение к врачебному авторитету. В приведенном ниже фрагменте пациент ругается с сыном, однако, как только врач входит в палату, пациент немедленно замолкает.

*П: Ну че мы приперлись сюда?! Дома надо было... (замолкает, как только входит врач).*

Подобное прерывание речи рассматривается нами как стремление пациента сохранять коммуникативную дистанцию, обусловленную неравностатусностью субъектов медицинского дискурса. Подобное поведение также объяснимо стремлением пациента продемонстрировать уважительное отношение к врачу, его статусу.

## 2. Минимальное участие пациента в выборе тактики лечения

Параметр *дистанция власти* также проявляется на стадии выбора тактики лечения. В странах с высоким индексом дистанции власти врачи, как правило, не предлагают пациенту альтернативных вариантов, не дают достаточного количества информации, не позволяют пациенту самостоятельно принять выбор. Ответственность за принимаемые решения лежит полностью на враче. Подобная модель коммуникации называется патерналистской.

*Пример 1:* Врач и врач-ординатор находятся в палате, где пациент лежит в ожидании диагноза, и убеждают пациента в необходимости операции.

*О: Картина острой кишечной непроходимости: чаши Клойбера, пневматоз, судя по анамнезу, спаечный генез.*

*В: В общем так, Сергей Павлович, вам нужна операция. Это без вариантов. Это не то, что у вас было раньше. Если не оперировать, кишка омертвевает и прорвется, ну и тогда все. На те, вытирайте. Операция серьезная, вам нужно позвонить сыну.*

С целью внушить пациенту необходимость операции врач прибегает к речевой стратегии убеждения (классификация Э.В. Акаевой), реализуемой

через тактику апелляции к тяжелым последствиям. При этом врач не предлагает альтернативных методов лечения, не объясняет суть заболевания, вместо этого описывает возможный исход заболевания при помощи глаголов *омертвеет* (в значении «потерять чувствительность»), *прорвется* (в значении «оказаться разорванным»). Пытаясь убедить пациента в необходимости операции, врач использует краткую форму прилагательного *нужен* в значении «необходимый», устойчивое сочетание *без вариантов* с семантикой «точно, определенно».

*Пример 2:* Пациент лежит на больничной кровати в палате, врач объясняет пациенту важность операции.

*П: Это опасная операция, да?*

*В: Ирина Федоровна, что вам говорить! Конечно же, дело-то серьезное, все-таки инфаркт, к тому же надо учитывать и возраст, и вес.*

*П: Я не согласна.*

*В: Так, Ирина Федоровна, эта операция **необходима**. Вы главное только **не волнуйтесь**.*

Использование прилагательного *необходим* в значении «обязателен» и прилагательного *серьезное* в значении «существенный, важный» обусловлено стремлением врача убедить пациента в необходимости проведения операции. Параметр *дистанция власти* в данном случае отражен в стремлении врача взять на себя инициативу в выборе тактики лечения, убедить пациента в правильности выбранной врачом тактики. Примечательно, что врач не предоставляет исчерпывающую информацию о заболевании и возможных последствиях, а апеллирует к тяжести заболевания, его опасности, тем самым эмоционально воздействуя на пациента. Используя глагол в повелительном наклонении в сочетании с отрицанием «не волнуйтесь», врач работает на предупреждение эмоциональной реакции пациента.

Таким образом, в рамках исследуемого параметра модели Г. Хофстеде *дистанция власти* (93) для российского медицинского дискурса характерны следующие тенденции: коммуникативное доминирование врача, проявление

врачебного авторитета; минимальное участие пациента в выборе тактики лечения. Данные характеристики выражены следующими средствами: 1) демонстрация врачебного авторитета выражена личным обращением *ты*, императивными конструкциями (*постарайся, послушай, подними, прекратите*), отсутствием предварительного уведомления пациента о намерении осуществить манипуляции, невербальными средствами (поворотом и наклоном туловища в сторону пациента с намерением убедить в необходимости операции), средствами поддержания коммуникативной дистанции (прерыванием речи при входе врача в кабинет), 2) минимальное участие пациента в выборе тактики лечения репрезентировано прагматически стратегией убеждения, тактикой апелляции к тяжелым последствиям (лексемы с общим значением «станет хуже»: *омертвеет, прорвется*), лексемами со значением «необходимо»: *без вариантов, нужно, необходимо*, лексемами со значением «важно»: *дело серьезное*.

### **Репрезентация параметра *дистанция власти* в США**

Проанализировав фрагменты сериала *Chicago Med*, мы выяснили, что в американском медицинском дискурсе низкий индекс параметра *дистанция власти* (40) отражен в следующих характеристиках: высокий уровень участия пациента в выборе тактики лечения, уведомление пациента о совершении манипуляций на этапе лечения, поддержание психологического комфорта.

1. Проявление пациентом инициативы. Высокий уровень участия пациента в выборе тактики лечения

*Пример 1:* В представленном ниже фрагменте родители мальчика, предпочитающие натуропатический подход к лечению, выражают свое несогласие с предложенным врачом вариантом лечения.

*R: Is there another way?*

*D: Saline IV. And I know it's another needle, but no side effects. I promise.*

*R: Saline but **no antibiotics**.*

*D: Understood* (здесь и далее приняты следующие сокращения: *D – doctor, P – patient, R – patient’s relative, S – student-doctor, N – nurse*).

Используя прямое отрицание *no antibiotics*, родитель ребенка отстаивает свое право на выбор варианта лечения. В обществах с низким индексом *дистанции власти* пациенты принимают активное участие в выборе лечения, в зависимости от их религиозных, моральных и других взглядов. Для таких обществ характерна интерпретативная модель, представленная в данном случае, когда врач предлагает возможные варианты лечения и рекомендует какой-либо один, однако окончательное решение остается за пациентом. Врач выражает уважение к выбору родителей пациента используя глагол *understood* в значении «быть согласным».

*Пример 2:* На стадии диагностики и лечения американские пациенты активно участвуют в процессе коммуникации, задавая вопросы по поводу диагноза, методов лечения. В приведенном ниже примере врач проводит опрос пациента с целью постановки диагноза.

*D: Uh, do you have any history of head injuries or trauma?*

*P: No. It...it's a gas leak. Can't you just test the air or my blood or something?*

Пациент решительно настроен поскорее покинуть больницу, в связи с чем проявляет инициативу в коммуникации. Пациент выражает свое мнение по поводу причины возникших у него симптомов (судорог) используя утвердительное предложение с глаголом *to be* в значении «считать, быть уверенным». Таким образом пациент заявляет «причина моих симптомов – утечка газа». Так же пациент оказывает давление на врача, используя общий вопрос с модальным глаголом *can*, который в данном случае имеет значения «упрек». Используя данные средства, пациент пытается ускорить процесс постановки диагноза, и, тем самым, как можно скорее выписаться из больницы. Проявление инициативы характерно для обществ с низким уровнем дистанции власти (для США), так как низкая коммуникативная дистанция



позволяет достичь более-менее равномерного распределения коммуникативных ролей.

*Пример 3:* Проявление инициативы мы можем наблюдать в нижеприведенном фрагменте. Пациенты со схожими симптомами продолжительное время находятся в палате без выясненного диагноза. Врач-психиатр, преследующий цель проверить гипотезу о психологической этимологии симптомов, навещает пациентов.

*D: Hi, I'm Doctor Charles.*

*P: What's going on? Did you get our test results back?*

*D: Not yet.*

*P: Do you know what's happening to us?*

*D: I think I do and this medicine should address your symptoms.*

*P: Is it another antibiotic?*

*D: Actually, it's not...*

В данном примере мы видим нетипичное для медицинского дискурса распределение коммуникативных ролей. Как правило, врач является доминирующим коммуникантом, задает вопросы, поясняет информацию о заболевании. В данном примере пациенты берут инициативу в свои руки, задавая специальные (*what is going on?*) и общие (*did you get our test results back? do you know what's happening to us? is it another antibiotic?*) вопросы, на которые врачу предстоит ответить, таким образом удовлетворить эмоциональную реакцию раздражения, негодования, возникшей по причине долгого ожидания. В американском медицинском дискурсе, для которого характерен низкий уровень *дистанции власти* врачи должны внимательно слушать пациента, детально отвечать на его вопросы, разъяснять непонятную информацию.

2. Уведомление пациента о совершении манипуляций на этапе лечения

Другой особенностью поведения американских врачей является обязательность уведомления пациента о всех манипуляциях, которые

совершает врач. В приведенном ниже примере, мы наблюдаем, как врач перед выполнением процедуры, предупреждает пациента.

*Пример 1:*

*D: Ben, I'm gonna remove your tube.*

Используя конструкцию *to be going to* со значением «намереваться, собираться сделать что-то» врач сигнализирует пациенту о намерении произвести манипуляцию с телом пациента. Стоит отметить, что российские врачи также могут предупреждать пациента о намерении осуществить какие-либо манипуляции, однако степень обязательности является отличительной характеристикой американского медицинского дискурса.

### 3. Поддержание психологического комфорта

Характерным для американского медицинского дискурса является создание благоприятной эмоциональной и психологической атмосферы для пациентов. Низкая коммуникативная дистанция позволяет эмоционально настраивать пациентов на благоприятный исход лечения и побуждать их к прохождению неприятных обследований и процедур.

*Пример 1:*

*P: So, they're really gonna stick a camera inside me?*

*D: It's a lot less dramatic than it sounds.*

*P: That's what they told my dad when he needed a new heart valve. He had a stroke under anesthesia. Never woke up.*

*D: Alex, I am so sorry. You know, this procedure is **minimally** invasive, **very safe**, and Dr. Marcel is a **great** surgeon.*

Врач действует в рамках эмоционально-настраивающей стратегии, реализуемой через тактику утешения. Таким образом врач стремится заверить пациента в благоприятном исходе, придать ему оптимизма, избавить его от надуманных опасений. Средствами репрезентации данной стратегии выступают наречия со значением «меньше, минимально» *less, minimally*. Используя наречия, врач разуверяет пациента в надуманной опасности процедуры. Врач добивается позитивного настроения пациента при помощи

прилагательных с положительной коннотацией *safe, great*. Психологический комфорт также достигается за счет проявления эмпатии, что выражается конструкцией *to be sorry* в значении «сочувствовать, выражать сожаление». В данном случае низкий индекс параметра *дистанция власти* реализуется в отсутствии выраженной коммуникативной дистанции и проявлении сочувствия.

*Пример 2:* Важной особенностью американского медицинского дискурса является внимание к чувствам пациентам. Речь идет не только об описании пациентом физических ощущений в теле, что необходимо для правильной постановки диагноза, но также о выражении эмоций и описании психологического состояния пациента. Врач навещает пациента, у которого недавно случился истерический приступ.

*D: Eunice, how you doing? I'm, uh, happy to see that, um... you seem to be a little better.*

*P: Embarrassed is more like it. It's all a blur, but I know I wasn't...myself.*

*D: I understand how... how scary that can feel.*

Для американского медицинского дискурса является общепринятым, когда пациенты открыто делятся своими психологическими чувствами по поводу заболевания, симптомов и т.д. Врач задает специальный вопрос *how you doing?* затем врач выражает эмпатию, используя глагол *understand* и прилагательное *scary* в значении «пугающий» для того, чтобы заверить пациента в том, что врач сочувствует пациенту, понимает его страхи и опасения. Пациент открыто делится своими ощущениями по поводу случившегося эпизода истерики, используя прилагательное *embarrassed* в значении «смущенный, стесненный».

Таким образом, исследуемый нами низкий уровень параметра *дистанция власти* репрезентирован в американском медицинском дискурсе следующими средствами: 1) высокий уровень участия пациента в процессе лечения выражен прямым отрицанием *no antibiotics*, согласием врача с выбранной тактикой лечения *understand*, упреком, выраженным вопросом с

модальным глаголом в отрицательной форме *can't you just...?*, специальными *what is going on?* и общими вопросами *did you get our test results back? is it another antibiotic?*, указывающими на проявление инициативы со стороны пациентов 2) уведомление пациента о совершении манипуляций на этапе лечения представлено конструкцией со значением «намереваться» *to be going to*, 3) поддержание психологического комфорта достигается за счет эмоционально-настраивающей стратегии, тактики утешения, представленной средствами, призванными уменьшить степень серьезности заболевания *a lot less, minimally*, прилагательными положительной коннотации *safe, great*, выражением эмпатии (специальные вопросы *how you doing*, глаголы и конструкции со значением «понимать, сочувствовать» *to be sorry, understand*).

### 2.2.2. Средства репрезентации индивидуализма

В медицинском дискурсе *индивидуализм* в первую очередь проявляется в вовлеченности членов семьи пациента в процесс лечения. В странах с высоким уровнем *индивидуализма* (США – 91) пациенты единолично принимают решения, связанные с лечением, наоборот, в странах, для которых характерен *коллективизм*, (Россия – 39) члены семьи, особенно старшие родственники, участвуют в процессе принятия решений. Другой характеристикой, отражающей *индивидуализм*, является степень имплицитности. Это может проявляться, например, при оглашении смертельного диагноза: в обществах с высоким уровнем *индивидуализма* врачи напрямую объявляют о скором летальном исходе, в то время как в *коллективистских* обществах врачи избегают прямого объявления о смертельном исходе. В Таблице 3 приведена актуальная для исследования коммуникации между врачом и пациентом часть выявленных западными учеными характеристик системы здравоохранения [Jacobs and Wursten, 2019: 38 – 39]. Поскольку США имеет достаточно высокий уровень данного параметра (91), а Россия достаточно низкий (39), то данный характеристики

могут быть использованы нами для описания американской и российской культуры. Столбец *индивидуализм* отражает характерные черты американского медицинского дискурса, а столбец *коллективизм* отражает черты российского медицинского дискурса.

Таблица 3. Репрезентация параметра *индивидуализм* в медицинском дискурсе США и России

Индивидуализм	Коллективизм
Конфронтация	Конфронтация отсутствует, гармоничная коммуникация
Ориентация на пациента, а не на его семью. Пациент принимает независимые от семьи решения	Большое значение придается семье и родственникам. Семья включена в процесс лечения
Ни врачи, ни пациенты не беспокоятся о потере лица. Пациенты могут ответить да или нет на поставленные вопросы	Врачи и пациенты стараются вести себя таким образом, чтобы не «потерять лицо». Пациенты, как правило, стремятся ответить да, чтобы не «потерять лицо»
Врачи переходят сразу к теме, не выстраивают отношения перед тем, как перейти непосредственно к обсуждению вопросов здоровья	Доктор устанавливает контакт с пациентом в начале врачебного приема
Люди с ограниченными возможностями включены в общество	Люди с ограниченными возможностями исключены из общества
Эксплицитная подготовка к объявлению тяжелого диагноза	Перед объявлением тяжелого диагноза врач имплицитно подготавливает пациента

### Репрезентация параметра *коллективизм* в России

Проанализировав фрагменты сериала *Склифосовский*, мы выделили несколько особенностей, которые отражают высокий уровень *коллективизма* российского общества (39) на уровне коммуникации между врачом и пациентом. В российском медицинском дискурсе параметр *коллективизм* отражен в следующих чертах: включенность родственников пациента в процесс лечения, стремление пациента не «потерять лицо».

1. Включенность родственников пациента в процесс лечения

Одной из характеристик стран с высоким индексом *коллективизма* является вовлеченность родственников пациента в процесс лечения. Это проявляется на стадиях осмотра, диагностики, лечения и оглашения диагноза. Родители, дети, супруги, как правило, не только сопровождают пациента на всех стадиях оказания помощи, но и принимают активное участие в коммуникации с врачом, а также могут повлиять на выбор тактики лечения.

*Пример 1:* Подобный пример мы можем наблюдать в следующем эпизоде. Сын пожилого пациента сопровождает его в больнице и участвует в коммуникации с врачом.

*В: Высокое. У вас всегда такое давление?*

*П: Ну, почти.*

*Р: Он гипертоник со стажем.*

*В: Курите?*

*П: Ну, бывает иногда.*

*Р: 2-3 пачки в день.*

Примечательно, что в данном эпизоде родственник пациента передает врачу значимую информацию, которую сам пациент пытается скрыть. Полнота и правдивость информации важна для постановки правильного диагноза. В коммуникации ориентация переходит на сына пациента, так как он способен предоставить релевантную для врача информацию. Работая над установлением диагноза, врач прибегает к использованию диагностирующей стратегии, тактике запроса конкретной информации. В то же время, пациент стремится избежать негативной реакции врача, боится потерять его уважение, избегая определенно-точного ответа на поставленный вопрос, использует средства: наречие степени *почти*, и наречие времени *иногда*.

## 2. Стремление пациента не «потерять лицо»

*Пример 1:* Одной из характеристик российского медицинского дискурса, обусловленного *коллективизмом* (39), является стремление врача и пациента избежать так называемой «потери лица», т.е. индивидуумы стремятся

избежать потери уважения других членов общества в результате неприемлемого поведения, демонстрации непонимания, слабости.

*В: Вот так вот (помогает встать). У тебя острый холецистит, желчный пузырь может лопнуть в любую минуту и тогда будет перитонит.*

***Ты знаешь, что такое перитонит?***

*П: Угу (кивает головой). Это плохо?*

В рамках стратегии организации диалога, реализуемой через тактику контроля за пониманием, врач задает уточняющий вопрос *ты знаешь, что такое перитонит?* для того, чтобы проверить понимание пациентом диагноза. Пациент, отвечая на поставленный вопрос, использует минимально возможную единицу языка для выражения утвердительного ответа – частицу *угу*, а также кивок головы, обозначающий подтверждение понимания. При этом сразу после этого пациент задает уточняющий вопрос *это плохо?*, что свидетельствует об отсутствии у пациента полного понимания о возможном диагнозе. Таким образом, пациент стремится заверить врача в наличии у него понимания сложившейся ситуации и не «потерять лицо».

Таким образом, высокий уровень *коллективизма* российского общества отражен в следующих тенденциях медицинского дискурса: 1) включенность родственников пациента в процесс лечения репрезентирована сочетанием диагностирующей стратегии, реализуемой через тактику запроса конкретной информации и смещением фокуса коммуникации на родственников пациента (в том случае, если они представляют релевантную для лечения информации), 2) стремление пациента не «потерять лицо» обеспечивается используемыми минимальными утвердительными частицами *угу*, да утвердительным кивком головы, призванными продемонстрировать отсутствие у пациента непонимания диагноза.

## Репрезентация параметра *индивидуализм* в США

Параметр *индивидуализм* в медицинском дискурсе США представлен следующими чертами: конфронтация пациента, демонстрация непонимания, ориентация на пациента, переход к обсуждению вопросов здоровья непосредственно после приветствия, позиционирование врача как эксперта.

### 1. Конфронтация пациента. Демонстрация непонимания

В обществах с высоким уровнем *индивидуализма* (США – 91) пациенты могут выражать сомнение в отношении диагноза, который поставил врач, а также активно задавать уточняющие вопросы.

*Пример 1:* Подобный пример вы видим во фрагменте ниже. Молодая девушка, пройдя обследования, обсуждает с врачом свой диагноз.

*P: Uh, "systemic" what?*

*S: Mastocytosis. It's a genetic condition. Completely manageable.*

*P: Okay, but **what about** my panic attacks?*

*S: Shortness of breath, elevated heart rate, loss of consciousness all symptoms of panic attacks and mastocytosis.*

*D: Except mastocytosis can actually be **made worse** by taking antidepressants. So the fluoxetine was not only not treating anything, but that extra dose you took? Probably what **made you pass out** in our waiting room.*

*P: Oh, **but** m-my stress is **real**.*

Мы наблюдаем активное участие пациента в обсуждении диагноза, в данном случае мы можем говорить о том, что коммуникация ориентирована на пациента, на разъяснения ему диагноза. Врач действует в рамках стратегии убеждения, представленной тактикой экспликации причинно-следственных связей, что выражается при помощи словосочетания *make worse*, со значением «ухудшиться», конструкции *make someone pass out* со значением «привести к потере сознания». Пациентка задает множество вопросов врачу и врачу-ординатору, используя специальные вопросы *what, what about*. Задавая множество вопросов, пациентка не боится создать у врача неправильное



впечатление (что характерно для обществ с высоким уровнем *коллективизма*, например России), наоборот, она не боится «потерять лицо» и продемонстрировать непонимание диагноза. Конфронтация достигается за счет использования пациенткой противительного союза *but* и прилагательного *real* в значении «настоящий». Использование данных средств обусловлено непониманием диагноза, а также намерением пациентки заверить врача в истинности и предполагаемой причине своих симптомов.

## 2. Ориентация на пациента

*Пример 1:* Типичным для американской врачебной практики является отказ пациента от лечения, например, в том случае, если предложенные варианты лечения не соответствуют религиозным, моральным, этическим ценностям пациента. В нижеприведенном фрагменте пациент (страдающий неизлечимым заболеванием в последней стадии), выпив смесь ядовитых веществ, отказывается от промывания желудка, намереваясь умереть. Врач сначала стремится противостоять желанию пациента, однако, прекращает манипуляции. Из контекста коммуникативной ситуации нам известно также, что на этическом комитете было принято решение прислушаться к желанию пациента, не смотря на протест его родственников.

*D: Doris, come here. We gotta pump his stomach.*

*P: Stop. I refuse treatment.*

*D: Don't listen to him, Doris. Give me a tube.*

*P: Assault! This doctor keeps touching me, I'll sue the whole lot of you (врач прекращает манипуляции).*

Пациент выражает свой отказ от лечения, используя глагол *refuse* в значении «отказываться». Примечательно, что в США даже если пациенту грозит летальный исход и он отказывается от лечения, врачи не имеют права осуществлять любые манипуляции без вербально подтвержденного согласия. При этом ни родители пациента, ни другие члены семьи (супруги, дети) не могут повлиять на данный процесс, так как в первую очередь учитывается мнение самого пациента. На наш взгляд, подобная «свобода выбора» также

является отражением высокого уровня *индивидуализма* американского общества.

3. Переход к обсуждению вопросов здоровья непосредственно после приветствия

Для обществ с высоким уровнем *индивидуализма* (для США) для врачей характерно переходить непосредственно к обсуждению симптомов, на которые жалуется пациент, а не устанавливать контакт при помощи обсуждения тем, не относящихся к лечению (примеры 1–2).

*Пример 1:*

*D: Hi, April... I've got your test results.*

*P: You couldn't tell me over the phone?*

*D: Well, I just thought we should discuss this in person.*

*Пример 2:*

*D: Hey, Mike. We got your labs back.*

*P: Hmm?*

*R: He's still kind of out of it.*

Как мы видим из представленных примеров, после приветствия, представления, врачи переходят непосредственно к главной теме – обсуждению вопросов здоровья. В данных примерах врачи начинают коммуникацию непосредственно с уведомления пациентов о получении результатов исследования, что выражено средствами: глаголом *to get* в значении «получить», существительными *labs, test results*. Таким образом, на начальной фазе приема, врачи не работают над поддержанием контакта, поддержание контакта в американском медицинском дискурсе осуществляется за счет других средств: прикосновений, зрительного контакта, выражения эмпатии (подробно описанных в параграфе 2.2.3).

4. Позиционирование врача как эксперта

Для американского медицинского дискурса характерно позиционирование врача как эксперта, а не как гуру, который знает все. В США врач имеет право на ошибку, в том смысле, что первоначально может

быть установлен неправильный диагноз. И врачи, и пациенты принимают этот факт.

*Пример 1:* Врач, обследующий пациента-ребенка общается с родителями. Первоначальный диагноз, поставленный врачом инфекционное заболевание носовых пазух после полученных результатов анализов сменяется на подозрение на пневмонию.

*R: Wait, now you think it's pneumonia?*

*D: It's a possibility.*

*R: We thought you were going to tell us we could go home. I mean, Lucas isn't dehydrated anymore, right?*

*D: Right, but he is still wheezing and his temperature has ticked up.*

Врач использует существительное *possibility* со значением «вероятность» для того, чтобы объяснить родителям пациента, что это лишь предполагаемый диагноз. Также, из контекста коммуникативной ситуации мы понимаем, что смена диагнозов в процессе лечения является общепринятой практикой. Американские врачи, проводя дополнительные обследования и собирая анамнез, могут менять свое позицию относительно диагноза.

Таким образом, высокий уровень *индивидуализма* в американском медицинском дискурсе представлен следующими тенденциями: 1) конфронтация выражена противительным союзом *but*, стремлением пациента заверить в истинной причине заболевания (прилагательным *real* со значением «настоящий, правдивый»), демонстрация непонимания репрезентирована уточняющими вопросами со стороны пациента *what about my panic attacks?*, направленными на демонстрацию непонимания диагноза, 2) ориентация на пациента представлена прагматически стратегией убеждения, реализуемой через тактику экспликации причинно-следственных связей (представлено лексемами со значением «измениться, привести к чему-то, ухудшить» *make worse, make someone pass out*), выражением отказа от лечения в случае наличия смертельного заболевания *refuse treatment*, контекстом коммуникативной ситуации, 3) переход к обсуждению вопросов

здоровья непосредственно после приветствия выражен репликами, репрезентирующими начало обсуждения вопросов здоровья (например, *we've got your test results*), 4) позиционирование врача как эксперта представлено лексемами со значением «возможность» *possibility*, призванными продемонстрировать возможность изменения позиции врача по поводу диагноза; а также контекстом коммуникативной ситуации.

### 2.2.3. Средства репрезентации избегания неопределенности

В медицине неопределенность играет большое значение: на разных этапах лечения пациентам приходится сталкиваться с непредсказуемостью жизни. Неопределенность проявляется на этапе диагностики, когда пациент ожидает оглашение диагноза, в период после проведения серьезной операции, например, когда человек лишается части тела, и вся его прежняя жизнь ставится под угрозу. Однако, неопределенность принимается с различной степенью в разных странах. В обществах с высокой степенью *избегания неопределенности* пациенты и врачи в целом имеют в целом более высокий уровень тревоги и обеспокоенности в подобных ситуациях. В Таблице 4 представлены характеристики, отражающие разный уровень избегания неопределенности в медицинском дискурсе [Jacobs and Wursten, 2019: 40 – 41]. Характерный для России высокий уровень *избегания неопределенности* (95) отражен в чертах медицинской коммуникации, представленных в левом столбце; низкий уровень *избегания неопределенности*, характерный для США (46), отражен в чертах медицинской коммуникации, представлен в правом столбце Таблицы 4.

Таблица 4. Репрезентация параметра *избегание неопределенности* в медицинском дискурсе США и России

Высокий уровень избегания неопределенности	Низкий уровень избегания неопределенности
Врачи часто выписывают лекарства	Врачи часто рекомендуют изменить образ жизни (например, больше спать) вместо лекарственных препаратов
Пациенты запрашивают второе мнение, если эта опция доступна в их стране	Пациенты всецело доверяют врачу и следуют предложенному им плану лечения
Пациенты нуждаются в четкой структуре лечения и правилах	Пациенты не нуждаются в четких правилах
Эмоции демонстрируются: слезы, жесты, крики	Эмоции не демонстрируются (как правило)
Врач имеет статус эксперта и сам выполняет множество манипуляций	Большое количество медперсонала. Врач фокусируется на постановке диагноза, а не на выполнении процедур

### Репрезентация параметра *избегание неопределенности* в России

Высокий индекс параметра *избегание неопределенности* отражается в российском медицинском дискурсе в следующих характеристиках: дискомфорт на стадии постановки диагноза, повышенная эмоциональность.

#### 1. Дискомфорт на стадии постановки диагноза

*Пример 1:* В приведенном ниже эпизоде пациент находится на повторной консультации у врача. Врач сообщает пациенту о том, что диагноз будет известен по результатам анализов.

*П: И если анализ подтвердится?*

*В: Значит, смотрите, Олег Михайлович, если это злокачественная феохромоцитома, то... (слегка улыбается) Я надеюсь на благоприятный исход, у меня были случаи подобные вашему, где все зависит от...*

*П: Ну, а если неблагоприятный?*

*В: (качает головой, отводит взгляд) Если нет, то (пауза) полгода-год.*

Постановка подобного диагноза (опухоль головного мозга) в целом представляет собой ситуацию, характеризующуюся высокой

неопределенностью. В данном случае, если диагноз подтвердится, состояние, работоспособность и продолжительность жизни пациента окажутся под угрозой. Параметр *избегание неопределенности* в данном случае отражен имплицитно при помощи вербальных (лексически при использовании словосочетания *благоприятный исход* и глагола *надеяться*, а также при помощи тактики апелляции к опыту врача *у меня были случаи*) и невербальных средств (экстралингвистически при помощи пауз, а также при помощи следующих жестов: отведение взгляда, покачивание головой, легкой улыбки). Используя данные средства, врач стремится оттянуть или вовсе избежать оглашения тяжелого диагноза, который поставит пациента в ситуацию неопределенности. В финальной фразе, когда пациент пытается получить точный ответ, врач уклоняется от описания последствий и возможности летального исхода, лишь имплицитно заявляя о неблагоприятном исходе при помощи существительных *полгода-год* со значением «предполагаемого срока жизни».

## 2. Повышенная эмоциональность

В обществах с высоким индексом избегания неопределенности для пациентов характерна повышенная демонстрация эмоций на этапе лечения, при оглашении диагноза, при озвучивании вариантов лечения.

*Пример 1:*

*В: Матка повреждена. Нужна срочная операция*

*П: Какая операция?*

*В: Кесарево.*

*П: Подождите, еще же рано, у меня срок не подошел (плачет).*

*В: Послушайте, у вас **маточное кровотечение и обвитие плода пуповиной**. Нужно **немедленно** роды разрешать. Понимаете?*

Узнав неприятный диагноз, пациентка начинает плакать. При этом врач, не стремится оказать эмоциональную поддержку пациенту, вместо этого врач действует в рамках стратегии убеждения, тактики инструктажа. Врач фиксирует состояние пациента и апеллирует к необходимости немедленной

операции при помощи указания срочность наречием *немедленно*, перечислением факторов риска *маточное кровотечение, обвитие плода пуповиной*. В данном случае высокий индекс параметра *избегание неопределенности* отражен экстралингвистически. Пациентка демонстрирует эмоции. Подобное поведение может быть объяснено чувством неуверенности и страха перед операционным вмешательством, перед неопределенным исходом операции. Безусловно, в любой культуре пациенты могут выражать эмоции, связанные со страхом перед оперативным вмешательством, однако, репрезентация параметра *избегание неопределенности* проявляется именно в количественной характеристике демонстрации эмоций (продемонстрированной в западных исследованиях).

*Пример 2:*

*Врач: Почему отказываетесь от операции?*

*Пациент: Отказываетесь! У меня уже двадцать лет язва желудка. (кричит) А, осторожно! То болит, то тошнит, да иногда вообще запор. Мне много раз уже предлагали операцию, я всегда отказываюсь. Вам бы только резать. А у меня, знаете, своя система лечения. Я вот тут тоже скорую не вызывал, сержантка неопытная.*

В данном примере мы также наблюдаем повышенную эмоциональность пациента, выраженную восклицаниями: *отказываетесь! осторожно!*, а также экстралингвистически при помощи крика и повышенного тона пациента во время осмотра. Мы также можем наблюдать недоверие пациента к институту медицины, что выражается при помощи глагола с отрицательной коннотацией *резать*, что может быть интерпретировано как попытка обвинить врачей, представляющих социальный институт в недостаточном профессионализме и экспертности. Высокий уровень *избегания неопределенности* отражен экстралингвистически и при помощи восклицаний. Мы можем интерпретировать использование данных единиц как попытку пациента выразить страх и тревогу перед предстоящими манипуляциями и операцией,

что также сочетается с ярко выраженным недоверием пациента к институту здравоохранения.

Таким образом, высокий индекс параметра *избегание неопределенности* отражен в следующих тенденциях российского медицинского дискурса: 1) дискомфорт на стадии постановки диагноза репрезентирован прагматически стратегией внушения, тактикой апелляции к опыту врача (у меня были случаи), лексемами со значением «оптимистичный настрой» *надеяться, благоприятный исход*, лексемами со значением «темпоральности» *полгода-год*, используемые врачом для того, чтобы избежать оглашения диагноза и прогноза заболевания; экстралингвистически при помощи отвода взгляда, покачивания головой, легкой улыбки, 2) повышенная эмоциональность репрезентирована восклицаниями *осторожно! опасается!*, экстралингвистически повышенным тоном голоса пациента, криками, плачем.

### **Репрезентация параметра *избегание неопределенности* в США**

В американском медицинском дискурсе низкий индекс параметра *избегание неопределенности* отражен в следующих характеристиках: высокая степень комфорта в условиях ожидания постановки диагноза, низкая степень обеспокоенности будущим, стремление принимать рискованные решения, стремление установить контакт.

1. Высокая степень комфорта в условиях ожидания постановки диагноза

В медицинском дискурсе одной из ситуаций, где можно обнаружить отношение членов общества к неопределенности, является стадия ожидания постановки диагноза.

*Пример 1:* Молодой человек попадает в больницу с жалобами на боли в животе. По результатам осмотра врач не торопится поставить предварительный диагноз и информирует пациента о необходимости провести дополнительные исследования.



*D: Your white cell count is high, x-ray showed dilated loops of bowel, and your overall blood count is low.*

*P: That means **more tests**, right?*

*D: Yeah.*

*P: So, **what's next**?*

В странах с низким уровнем избегания неопределенности врачи склонны проводить большое количество исследований (наречие в сравнительной степени *more tests*) для постановки точного диагноза, таким образом время ожидания диагноза увеличивается, что само по себе создает ситуацию неопределенности. Пациент выражает свое согласие используя специальный вопрос *what is next?* Реакция пациента в данном случае свидетельствует о том, что нахождение для него в условиях неопределенности является комфортным и привычным.

*Пример 2:* Врач навещает в палате пациента, чей диагноз после множества исследований до сих пор не установлен.

*P: Doctor Halstead, I have to play. Everyone's counting on me and I've been working so hard. I can't let them down now. I can't.*

*R: You need to figure this out.*

*D: I **hear** you. We are doing our best. Just try to **take it easy, relax**, and let us take care of you. I'm gonna find out what's going on with the power and hopefully we'll have some answers soon.*

Врач, помимо убеждения пациента и его родственника в том, что их просьбы разобраться в ситуации и жалобы услышаны (*hear* – в значении «принимать во внимание»), использует также лексические единицы со значением «расслабиться, не беспокоиться» *take it easy, relax*. Так как ожидание диагноза является ситуацией, характеризующейся высоким уровнем неопределенности, использование врачом лексических средств со значением «расслабиться» демонстрирует то, что для американских граждан пребывание в ситуации нестабильности является довольно комфортным.

## 2. Низкая степень обеспокоенности будущим

Другой ситуацией неопределенности в медицинском дискурсе является обсуждение перспектив дальнейшей жизни после получения информации о диагнозе. Степень спокойствия и уверенности в способности приспособиться к новым условиям жизни является отражением уровня исследуемого параметра.

*Пример 1:* Пациент, которому только что ампутировали руку, пробуждается от наркоза и спрашивает врача, как ему дальше жить и работать. Врач убеждает пациента в том, что тот сможет найти работу и адаптироваться к ситуации.

*D: Mr. Quan, you are clearly a man with a lot of focus and determination. Now, I'm certain you're gonna find another place to put that drive. Okay. Now, I'll come back and check on you.*

Использование конструкции *to be certain* со значением «быть уверенным» объясняется стремлением врача заверить пациента в том, что он сможет успешно «найти» *to find* новый вид деятельности. Важно отметить, что релевантным для обществ с принятием неопределенности смена деятельности является чем-то привычным и, как правило, не провоцирует у членов общества стресс и тревожность.

## 3. Стремление принимать рискованные решения

Еще одной характеристикой низкого индекса избегания неопределенности является готовность пациентов принимать рискованные решения. Американские граждане испытывают меньше обеспокоенности неопределенным будущим и высоко оценивают свою способность справляться с возникающими на пути проблемами.

*Пример 1:* Пациенту, находящемуся на гормонотерапии, сообщают о риске развития атеросклероза и возникновения тромбов. В качестве снижения риска развития болезни врачи предлагают пациенту отменить гормонотерапию.

*P: Wait, why do I have to go off my hormones? I thought you said they were not responsible for my heart disease.*

*D: They're not, but because of your severe atherosclerosis, we want to mitigate any factors that increase your risk of developing a clot.*

*P: What if **I'm willing to take the risk**?*

*D: That's **your choice** to make, Claire, but the next heart attack will probably kill you*

Употребленное пациентом словосочетание *take risks* со значением «делать что-то несмотря на возможность негативных последствий» и конструкции *to be willing to* в значении «намереваться» является показателем низкого уровня избегания неопределенности [Macmillan Dictionary, 2021]. Примечательно, что врач подтверждает право пациента на выбор тактики лечения, несущей угрозу для жизни, используя притяжательное местоимение *your choice*. В американском обществе, как в обществе с низким уровнем избегания неопределенности, граждане не испытывают страха перед возможными неожиданными ситуациями, а наоборот чувствуют в себе достаточно сил для того, чтобы справиться с трудностями – этим объясняется готовность пациента принять решение выбрать тактику лечения, несущую риск возникновения проблем со здоровьем и угрозу жизни пациента.

*Пример 2:* Молодая девушка с пересаженной почкой попадает в больницу с воспалением. Врач предлагает несколько вариантов решения, один из которых характеризуется риском развития осложнений.

*D: Well, there is a chance we could prevent an allergic reaction to the CT contrast by loading you up with a high enough dose of steroids.*

*S: That would be **extremely risky**.*

*P: I **wanna do it**.*

*S: You could, you could go into anaphylactic shock.*

*P: I spent too much time on the transplant list. The pain and the fever and the sleepless nights. I **can't go through that again**.*

Врач подчеркивает возможность наличия негативных последствий при помощи прилагательного *risky* в значении «включающее возможность того, что произойдет что-то негативное» и усилительного наречия *extremely*. Выбор пациентом рискованной стратегии лечения выражен лексическим средством *want* со значением «желания, намерения сделать что-то». Пациент объясняет свое решение нежеланием снова испытывать симптомы при помощи модального глагола и категории отрицания (*can not*) в значении «отсутствие намерения». Стремление пациента пойти на риск является отражением культурных особенностей американского общества – готовности справляться с потенциальными трудностями в будущем, уверенности в собственных силах и отсутствия страха перед неизвестностью.

#### 4. Стремление установить контакт

Важной особенностью поведения американских врачей является их стремление показать пациенту, что его жалобы, беспокойства выслушаны. Установление контакта и поддержание его на протяжении всего периода коммуникации является отличительной чертой обществ с низким уровнем избегания неопределенности. В приведенных ниже примерах врач использует глагол *understand* с лексическим значением «понимать, принимать во внимание, учитывать» и глагол *know* со значением «знать, быть осведомленным». Используя данные единицы, врач работает над установлением и поддержанием контакта с пациентом.

*Пример 1:* Врач навещает в палате пациента, поступившего в отделение с проблемами сердечно-сосудистой системы.

*D: Mr. Lentz, no injuries from the ambo crash, I hear. I've gone over your cath, and I'd like to schedule you for coronary artery bypass surgery. Preferably today.*

*P: But Dr. Marcel, the medicine...worked. I-I feel fine.*

*D: I understand, but you did suffer a heart attack this morning. I'd like to prevent you from having another.*

*Пример 2:* Врач общается с молодой пациенткой, поступившей в отделение с судорогами невыясненной этимологии. Пациентка уверяет врача в важности ее скорейшего выздоровления.

*D: ... Let me run some tests and talk to your school, while Ms. Curry does a quick neuro exam.*

*P: I need to get better.*

*D: Understood. We're gonna take good care of you.*

*Пример 3:* Врач старается успокоить пациента перед рискованной операцией на руке.

*D: I understand your concerns, I do, but let's take this one step at a time, okay? You're in good hands here, all right? Okay, Mr. Quan, I'll be back, all right?*

*Пример 4:* Молодой человек с проблемами желудочно-кишечного тракта в очередной раз попадает в больницу. Пациент жалуется врачу на большое количество времени, проведенное в больницах и на отсутствие поставленного диагноза.

*D: Vomiting?*

*P: Most of the time. I just can't believe this is what I've been reduced to. I'm 26. I should've graduated college, met someone special. Instead, my life is making sure I always know where the nearest bathroom is.*

*D: We'll figure this out. Mo, let's get a chest x-ray, KUB, CBC, CMP and a UA. I know you've seen a lot of doctors for this. I'll do my best to be the last one.*

Как отмечают западные исследователи, одной из особенностей коммуникации врача и пациента в странах с низким уровнем избегания неопределенности является повышенная степень использования невербальной коммуникации, например, прикосновений, рукопожатий [Verma et al., 2016: 8]. Другим примером невербальной коммуникации является установление зрительного контакта.

*Пример 5:* На рисунке 2 мы видим врача, который осуществив осмотр, собирается выходить из палаты. При прощании, врач поглаживает пациента-ребенка по ноге. Использование данного жеста может быть интерпретировано

как стремление врача поддерживать установленный в процессе первичного осмотра контакт с пациентом и его родителями.

*Пример 6:* На Рисунке 3 врач, озвучив диагноз, ознакомив пациента с возможными тактиками лечения и убедив его согласиться с предложенным вариантом лечения, перед уходом из палаты пожимает пациенту руку. Данный жест может быть интерпретирован следующим образом: 1) врач выражает одобрение после того, как пациент согласился с предложенной врачом тактикой лечения; 2) врач стремится установить и поддерживать контакт с пациентом.



Врач похлопывает пациента-ребенка по ноге, прежде чем покинуть палату.

Рисунок 2. Фрагмент из сериала *Chicago Med*, сезон 5, эпизод 1

Важно отметить, что невербальная коммуникация используется также в странах с высоким индексом неопределенности, что, в целом, обусловлено особенностями медицинского дискурса. Исследователи, говоря о невербальной коммуникации как об отличительной черте стран с низким индексом избегания неопределенности, указывают лишь на степень и частоту использования подобных средств, т.е. на количественную характеристику. На данный момент причины использования невербальных средств, как и средств установления и поддержания контакта не объясняются учеными, исследовавшими медицинский дискурс. По результатам исследований была

выявлена только корреляция между частотой использования невербальных средств, стремлением поддерживать контакт с пациентом и индексом избегания неопределенности.



Обсудив с пациентом тактику лечения, врач пожимает ему руку.

Рисунок 3. Фрагмент из сериала *Chicago Med*, сезон 5, эпизод 2

Таким образом, низкий индекс параметра *избегание неопределенности* отражен в следующих тенденциях американского медицинского дискурса: 1) высокая степень комфорта в условиях ожидания диагноза отражена в большом количестве назначаемых исследований (*more tests*) и комфортном существовании пациента в рамках ожидания диагноза (*what's next?*), в использовании врачом средств со значением «не беспокоиться, расслабиться» *relax, take it easy*, 2) низкая степень обеспокоенности будущим предстала стремлением врача убедить пациента в возможности успешно продолжать жить после серьезных изменений, вызванных заболеванием (лексемы со значением «быть уверенным» *to be certain*, «найти (работу)» *to find another place to put that drive*), 3) стремление принимать рискованные решения репрезентировано лексемами со значением «пойти на риск, намереваться, иметь желание что-то сделать» *take risk, to be willing to, want*, 4) стремление установить контакт с пациентом выражено средствами выражения эмпатии (лексемы со значением «понимать беспокойство, знать, быть осведомленным»

*understand concerns, know*), а также экстралингвистически прикосновениями, рукопожатиями.



## ВЫВОДЫ ПО ГЛАВЕ 2

Проанализировав практический материал, мы заключили следующее:

Параметры модели Г. Хофстеде, такие, как *дистанция власти*, *индивидуализм*, *избегание неопределенности* имплицитно и эксплицитно проявляются в медицинском дискурсе. Большую роль в репрезентации данных параметров играет контекст коммуникативных ситуаций.

В российском медицинском дискурсе высокий индекс параметра *дистанция власти* (93) проявляется в коммуникативном доминировании врача, низкой степени участия пациента в процессе лечения. Изучив практический материал, мы выяснили, что следующие средства репрезентируют данный параметр: 1) демонстрация врачебного авторитета выражена личным обращением *ты*, императивными конструкциями (*постарайся*, *послушай*, *подними*, *прекратите*), отсутствием предварительного уведомления пациента о намерении осуществить манипуляции, невербальными средствами (поворотом и наклоном туловища в сторону пациента с намерением убедить в необходимости операции), средствами поддержания коммуникативной дистанции (прерыванием речи при входе врача в кабинет); 2) минимальное участие пациента в выборе тактики лечения репрезентировано прагматически стратегией убеждения, тактикой апелляции к тяжелым последствиям (лексемы с общим значением «станет хуже»: *омертвеет*, *прорвется*), лексемами со значением «необходимо»: *без вариантов*, *нужно*, *необходимо*, лексемами со значением «важно»: *дело серьезное*. Изучив американский медицинский дискурс (индекс параметра *дистанция власти* – 40), мы отметили следующие тенденции репрезентации низкого уровня параметра *дистанция власти*: вовлеченность пациента в процесс лечения, ориентированность на пациента (уведомление пациента о намерении произвести манипуляцию), поддержание психологического комфорта. Низкий уровень *дистанции власти* отражен в следующем: 1) высокий уровень участия пациента в процессе лечения

выражен прямым отрицанием *no antibiotics*, согласием врача с выбранной тактикой лечения *understand*, упреком, выраженным вопросом с модальным глаголом в отрицательной форме *can't you just...?*, специальными *what is going on?* и общими вопросами *did you get our test results back? is it another antibiotic?*, указывающими на проявление инициативы со стороны пациентов; 2) уведомление пациента о совершении манипуляций на этапе лечения представлено конструкцией со значением «намереваться» *to be going to*; 3) поддержание психологического комфорта достигается за счет эмоционально-настраивающей стратегии, тактики утешения, представленной средствами, призванными уменьшить степень серьезности заболевания *a lot less, minimally*, прилагательными положительной коннотации *safe, great*, выражением эмпатии (специальные вопросы *how you doing*, глаголы и конструкции со значением «понимать, сочувствовать» *to be sorry, understand*).

Высокий индекс параметра *коллективизм* в российском медицинском дискурсе (39) отражается прежде всего в общей характеристике коммуникативной ситуации, а именно в степени вовлеченности семьи пациента в процесс лечения, а также в непосредственно коммуникации родственников пациента с врачом: 1) включенность родственников пациента в процесс лечения репрезентирована сочетанием диагностирующей стратегии, реализуемой через тактику запроса конкретной информации и смещением фокуса коммуникации на родственников пациента (в том случае, если они представляют релевантную для лечения информации); 2) стремление пациента не «потерять лицо» обеспечивается используемыми минимальными утвердительными частицами *угу, да* утвердительным кивком головы, призванными продемонстрировать отсутствие у пациента непонимания диагноза. В американском медицинском дискурсе характеристиками высокого уровня *индивидуализма* (93) являются: 1) конфронтация, выраженная противительным союзом *but*, стремлением пациента заверить в истинной причине заболевания (прилагательным *real* со значением «настоящий, правдивый»), демонстрация непонимания репрезентирована уточняющими

вопросами со стороны пациента *what about my panic attacks?*, направленными на демонстрацию непонимания диагноза; 2) ориентация на пациента представлена прагматически стратегией убеждения, реализуемой через тактику экспликации причинно-следственных связей (представлено лексемами со значением «измениться, привести к чему-то, ухудшить» *make worse, make someone pass out*), выражением отказа от лечения в случае наличия смертельного заболевания *refuse treatment*, контекстом коммуникативной ситуации, 3) переход к обсуждению вопросов здоровья непосредственно после приветствия выражен репликами, репрезентирующими начало обсуждения вопросов здоровья (например, *we've got your test results*), 4) позиционирование врача как эксперта представлено лексемами со значением «возможность» *possibility*, призванными продемонстрировать возможность изменения позиции врача по поводу диагноза; а также контекстом коммуникативной ситуации.

Высокий уровень параметра *избегание неопределенности* в российском медицинском дискурсе (95) представлен следующими тенденциями: 1) дискомфорт на стадии постановки диагноза репрезентирован прагматически стратегией внушения, тактикой апелляции к опыту врача (*у меня были случаи*), лексемами со значением «оптимистичный настрой» *надеяться, благоприятный исход*, лексемами со значением «темпоральности» *полгода-год*, используемые врачом для того, чтобы избежать оглашения диагноза и прогноза заболевания; экстралингвистически при помощи отвода взгляда, покачивания головой, легкой улыбки; 2) повышенная эмоциональность репрезентирована восклицаниями *осторожно! опасаетесь!*, экстралингвистически повышенным тоном голоса пациента, криками, плачем. Для американского медицинского дискурса мы выделили следующие тенденции, отображающие проявление низкого уровня *избегания неопределенности* (46): 1) высокая степень комфорта в условиях ожидания диагноза отражена в большом количестве назначаемых исследований (*more tests*) и комфортном существовании пациента в рамках ожидания диагноза

(*what's next?*), в использовании врачом средств со значением «не беспокоиться, расслабиться» *relax, take it easy*; 2) низкая степень обеспокоенности будущим представлена стремлением врача убедить пациента в возможности успешно продолжать жить после серьезных изменений, вызванных заболеванием (лексемы со значением «быть уверенным» *to be certain*, «найти (работу)» *to find another place to put that drive*); 3) стремление принимать рискованные решения репрезентировано лексемами со значением «пойти на риск, намереваться, иметь желание что-то сделать» *take risk, to be willing to, want*; 4) стремление установить контакт с пациентом выражено средствами выражения эмпатии (лексемы со значением «понимать беспокойство, знать, быть осведомленным» *understand concerns, know*), а также экстралингвистически прикосновениями, рукопожатиями.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Настоящее исследование было посвящено выявлению и описанию средств репрезентации параметров модели Г. Хофстеде *дистанция власти, индивидуализм, избегание неопределенности* в медицинском дискурсе. Материалом исследования послужили российские и американские сериалы медицинской тематики.

В рамках работы были изучены существующие подходы к изучению медицинского дискурса. Для целей нашего анализа был выбран социолингвистический подход, в рамках которого медицинский дискурс рассматривается с позиций ориентированности на социальный статус коммуникантов и относится к разновидности институционального дискурса. Медицинский дискурс представляет собой осуществляемое в рамках установленных институтом оказания медицинской помощи норм и правил взаимодействие агента социального института (врача) и клиента социального института (пациента). Изучив выделенные исследователями характерные черты медицинского дискурса, мы пришли к выводу, что наиболее актуальными для нашего исследования являются: асимметричность, наличие коммуникативной власти, психологичность, суггестивность, ритуализованность. Актуальность данных характеристик обуславливается тем, что они представляют собой особые черты, определяющие характер коммуникации между врачом и пациентом и отличающие медицинский дискурс от других типов институционального дискурса. Проанализировав имеющиеся классификации стратегий и тактик в медицинском дискурсе, мы выяснили, что выбор речевых стратегий и тактик зависит от коммуникативных целей врача. Речевые стратегии выражаются через речевые тактики, которые, в свою очередь, репрезентируются через конкретные вербальные средства. Помимо речевых стратегий и тактик, врач также использует набор средств невербальной коммуникации, позволяющих усилить воздействие на пациента. Исследовав параметры модели Г. Хофстеде и индексы параметров для

различных стран, мы обнаружили что Россия и США имеют разные индексы по изучаемым нами параметрам *дистанция власти, индивидуализм, избегание неопределенности*.

Проанализировав коммуникативные ситуации, представленные в эпизодах сериалов, мы выявили ряд тенденций, которые отражают параметры модели Г. Хофстеде. Как мы выяснили в результате исследования, характеристики изучаемых нами параметров выражаются через конкретные лингвистические и экстралингвистические средства. Мы также пришли к выводу о том, что, изучая культурные особенности необходимо принимать во внимание контекст коммуникативной ситуации.

Параметры модели Г. Хофстеде, характерные для России, включают высокий уровень *дистанции власти* (93), высокий уровень *коллективизма* (39), высокий уровень *избегания неопределенности* (95) обуславливают следующие тенденции медицинского дискурса в России и средства их реализации: 1) демонстрация врачебного авторитета выражена личным обращением *ты*, императивными конструкциями (*постарайся, послушай, подними, прекратите*), отсутствием предварительного уведомления пациента о намерении осуществить манипуляции, невербальными средствами (поворотом и наклоном туловища в сторону пациента с намерением убедить в необходимости операции), средствами поддержания коммуникативной дистанции (прерыванием речи при входе врача в кабинет); 2) минимальное участие пациента в выборе тактики лечения репрезентировано прагматически стратегией убеждения, тактикой апелляции к тяжелым последствиям (лексемами с общим значением «станет хуже»: *омертвеет, прорвется*), лексемами со значением «необходимо»: *без вариантов, нужно, необходимо*, лексемами со значением «важно»: *дело серьезное*; 3) включенность родственников пациента в процесс лечения репрезентирована сочетанием диагностирующей стратегии, реализуемой через тактику запроса конкретной информации и смещением фокуса коммуникации на родственников пациента (в том случае, если они представляют релевантную для лечения информацию);

4) стремление пациента не «потерять лицо» обеспечивается используемыми минимальными утвердительными частицами *угу, да* утвердительным кивком головы, призванными продемонстрировать отсутствие у пациента непонимания диагноза; 5) дискомфорт на стадии постановки диагноза репрезентирован прагматически стратегией внушения, тактикой апелляции к опыту врача (*у меня были случаи*), лексемами со значением «оптимистичный настрой» *надеяться, благоприятный исход*, лексемами со значением «темпоральности» *полгода-год*, используемые врачом для того, чтобы избежать оглашения диагноза и прогноза заболевания; экстралингвистически при помощи отвода взгляда, покачивания головой, легкой улыбки; б) повышенная эмоциональность репрезентирована восклицаниями *осторожно! опасаетесь!*, экстралингвистически повышенным тоном голоса пациента, криками, плачем.

Мы выяснили, что сочетание параметров низкий уровень *дистанции власти* (40), низкий уровень *избегания неопределенности* (46) и высокий уровень *индивидуализма* (91) обуславливают следующие тенденции американского медицинского дискурса: 1) высокий уровень участия пациента в процессе лечения выражен прямым отрицанием *no antibiotics*, согласием врача с выбранной тактикой лечения *understand*, упреком, выраженным вопросом с модальным глаголом в отрицательной форме *can't you just...?*, специальными *what is going on?* и общими вопросами *did you get our test results back? is it another antibiotic?*, указывающими на проявление инициативы со стороны пациентов; 2) уведомление пациента о совершении манипуляций на этапе лечения представлено конструкцией со значением «намереваться» *to be going to*; 3) поддержание психологического комфорта достигается за счет эмоционально-настраивающей стратегии, тактики утешения, представленной средствами, призванными уменьшить степень серьезности заболевания *a lot less, minimally*, прилагательными положительной коннотации *safe, great*, выражением эмпатии (специальные вопросы *how you doing*, глаголы и конструкции со значением «понимать, сочувствовать» *to be sorry, understand*);

4) конфронтация, выраженная противительным союзом *but*, стремлением пациента заверить врача в истинной причине заболевания (прилагательным *real* со значением «настоящий, правдивый»), демонстрация непонимания репрезентирована уточняющими вопросами со стороны пациента *what about my panic attacks?*, направленными на демонстрацию непонимания диагноза;

5) ориентация на пациента представлена прагматически стратегией убеждения, реализуемой через тактику экспликации причинно-следственных связей (представлено лексемами со значением «измениться, привести к чему-то, ухудшить» *make worse, make someone pass out*), выражением отказа от лечения в случае наличия смертельного заболевания *refuse treatment*, контекстом коммуникативной ситуации;

6) переход к обсуждению вопросов здоровья непосредственно после приветствия выражен репликами, репрезентирующими начало обсуждения вопросов здоровья (например, *we've got your test results*);

7) позиционирование врача как эксперта представлено лексемами со значением «возможность» *possibility*, призванными продемонстрировать возможность изменения позиции врача по поводу диагноза; а также контекстом коммуникативной ситуации;

8) высокая степень комфорта в условиях ожидания диагноза отражена в большом количестве назначаемых исследований (*more tests*) и комфортном существовании пациента в рамках ожидания диагноза (*what's next?*), в использовании врачом средств со значением «не беспокоиться, расслабиться» *relax, take it easy*;

9) низкая степень обеспокоенности будущим представлена стремлением врача убедить пациента в возможности успешно продолжать жить после серьезных изменений, вызванных заболеванием (лексема со значением «быть уверенным» *to be certain*, «найти (работу)» *to find another place to put that drive*);

10) стремление принимать рискованные решения репрезентировано лексемами со значением «пойти на риск, намереваться, иметь желание что-то сделать» *take risk, to be willing to, want*;

11) стремление установить контакт с пациентом выражено средствами выражения эмпатии (лексема со значением



«понимать беспокойство, знать, быть осведомленным» *understand concerns, know*), а также экстралингвистически прикосновениями, рукопожатиями.

Таким образом, подводя итог нашего исследования, мы можем заключить, что культура, будучи социальным феноменом, оказывает влияние на характер коммуникации между врачом и пациентом, обуславливает ряд особенностей медицинского дискурса. Изучение медицинского дискурса в рамках кросс-культурных исследований позволяет установить культурные особенности изучаемых стран, и, как следствие, избежать коммуникативных неудач в рамках межкультурной коммуникации.

Перспектива дальнейшего исследования заключается в исследовании медицинского дискурса других стран на предмет репрезентации параметров модели Г. Хофстеде.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Азимов Э.Г., Щукин А.Н. Новый словарь методических терминов и понятий (теория и практика обучения языкам). М.: Издательство ИКАР, 2009. 448 с.
2. Акаева Э.В. Коммуникативные стратегии профессионального медицинского дискурса: автореф. дис. ... канд. филол. наук: 10.02.01. Омск, 2007. 23 с.
3. Арутюнова Н.Д. Дискурс // Лингвистический энциклопедический словарь / гл. ред. В. Н. Ярцева. М.: Сов. энциклопедия, 1990. С. 136 – 137.
4. Бабаян В.Н. Об основных категориях и типах дискурса // Иностранные языки в высшей школе. Рязань: РГУ, 2008. Вып. 6. С. 95 – 100.
5. Барсукова М.И. Медицинский дискурс: стратегии и тактики речевого поведения врача: автореф. дис. ... канд. филол. наук. Саратов, 2007. 21 с.
6. Бейлинсон Л.С. Характеристики медико-педагогического дискурса: автореф. дис. ... канд. филол. наук: 10.02.19. Волгоград, 2001. 20 с.
7. Белецкий С.Б. Дискурсивные практики патернализма // Дискурсивные практики современной институциональной коммуникации: коллективная монография / науч. ред. Л.В. Куликова. Красноярск: СФУ, 2015. С. 36 – 63.
8. Виноградова Е.В., Масюков С.А. Модели и типы интеракции в медицинском дискурсе // Жанры и типы текста в научном и медийном дискурсе: сб. научн. трудов. Орел, 2013. С. 66 – 75.
9. Голев Н.Д., Шпильная Н.Н. Обыденная медицинская коммуникация (виды дискурсивных практик) // Вестник Кемеровского государственного университета. 2012. Вып. 1. С. 128 – 137
10. Гончаренко Н.В. Суггестивность медицинского дискурса // Известия ВГПУ. 2008. Вып. 2. С. 12 – 16.

11. Дейк Т.А. ван. Дискурс и власть: Репрезентация доминирования в языке и коммуникации. Пер. с англ. М.: Книжный дом «ЛИБРОКОМ», 2013. 344 с.
12. Дейк Т.А. ван. Язык. Познание. Коммуникация. Б.: БГК им. И. А. Бодуэна де Куртенэ, 2000. 308 с.
13. Дзараева Н.А., Рогожникова Р. А. Стратегии и тактики речевого поведения врача // Вестник Пермского государственного гуманитарно-педагогического университета. 2014. Вып. 2 (1). С. 47 – 53
14. Дутова Н.В. Коммуникативные стратегии и тактики в аспекте культурологического параметра «дистанция власти» // Филологические науки. Вопросы теории и практики. Вып.12 (90). Тамбов: Грамота, 2018. С. 513 – 525.
15. Жура В.В. Когнитивные и лингвопрагматические особенности жанра «Первичная консультация» устного медицинского дискурса // Известия Волгоградского государственного педагогического университета. 2008. №. 2. С. 7 – 12.
16. Жура В.В. Дискурсивная компетенция врача в устном медицинском общении: дис. ... док. филол. наук: 10.02.19. Волгоград, 2008. 376 с.
17. Календр А.А. Жанрово-стилистические характеристики американского популярно-медицинского дискурса: автореф. дис. ... канд. филол. наук: 10.02.04. Астрахань, 2017. 24 с.
18. Карасик В.И. и др. Дискурсология как направление коммуникативной лингвистики // Актуальные проблемы филологии и педагогической лингвистики. 2016. Вып. 1 (21). С. 17 – 34.
19. Карасик В.И. Языковой круг: личность, концепты, дискурс. Волгоград: Перемена, 2002. 477 с.
20. Карымшакова Т.Г. Лингвистические технологии речевого воздействия в медицинском дискурсе: автореф. дис. ... канд. филол. наук: 10.02.19. Улан-Удэ, 2015. 24 с.


21. Керер К.А. Особенности языкового выражения речевого воздействия врача на пациента в рамках медицинского дискурса (на материале кинофильма "Неотложка") // Вестник Северо-Восточного федерального университета им. МК Аммосова. 2018. Вып. 4 (66). С. 99 – 111.
22. Кириленко Е.И. Медицина в контексте культуры // Бюллетень сибирской медицины. 2012. Вып. 6. С. 8 – 17.
23. Кочеткова Т.В и др. Медицинский дискурс: специфика профессиональной коммуникации врача // МНКО. 2018. Вып. 3 (70). С. 466 – 468.
24. Маджаева С.И. Специфика медицинских терминов в медицинском дискурсе // Научный результат. Вопросы теоретической и прикладной лингвистики. 2015. Вып. 3. С. 27 – 32.
25. Маджаева С.И., Касимцева Л.М. Речевое поведение врача при коммуникации с пациентом // Вестник Калмыцкого университета. 2019. Вып. 2 (42). С. 46 – 52.
26. Майборода С.В. Медицинский дискурс: современные теоретико-методологические подходы и перспективы исследования // Коммуникативные исследования. 2017. Вып. 1 (11). С. 63 – 74
27. Невзорова М.С. Коммуникативное поведение равностатусных субъектов медицинского дискурса (на материале английского языка): дис. ... канд. филол. наук. 10.02.04. Волгоград, 2017. 203 с.
28. Нефёдов С.Т., Чернявская В.Е. Контекст в лингвистическом анализе: прагматическая и дискурсивно-аналитическая перспектива // Вестн. Том. гос. ун-та. Филология, 2020. Вып. 63. С. 83 – 97.
29. Олешков М.Ю. Системное моделирование институционального дискурса (на материале устных дидактических текстов): автореф. дис. ... канд. филол. наук: 10.02.19. Нижний Тагил, 2007. 42 с.
30. Ромашова И.П. Социодинамический подход к определению институционального дискурса // Наука о человеке: гуманитарные исследования. 2012. Вып. 2 (10). С. 239 – 247.

31. Сидорова Н.Ю. Коммуникативное поведение неравностатусных субъектов медицинского дискурса (на материале немецкого языка): автореф. дис. ... канд. филол. наук: 10.02.04. Волгоград, 2008. 22 с.
32. Тер-Минасова С.Г. Язык и межкультурная коммуникация. М.: Слово, 2000. 146 с.
33. Хофстеде Г. Модель Хофстеде в контексте: параметры количественной характеристики культур // Язык, коммуникация и социальная среда. 2014. Вып. 12. С. 9 – 49.
34. Шуравина Л.С. Медицинский дискурс как тип институционального дискурса // Вестник Челябинского государственного университета. 2013. Вып. 86. С. 65 – 67.
35. Hofstede G., Hofstede G.J., Minkov M. Cultures and Organization, Software of the Mind. New York: Mc-Grawhill USA, 2010. 576 p.
36. Jacobs C., Wursten H. The Relationship between Doctor and Patient. An Intercultural Comparison // Journal of Intercultural Management and Ethics. 2019. 2 (1). P. 35 – 43.
37. Verma A. et al. Exploring cultural and linguistic influences on clinical communication skills: a qualitative study of International Medical Graduates // BMC Medical Education. 2016. 16 (1). P. 1 – 10.
38. Meeuwesen L., Brink A. van den, Hofstede G. Can dimensions of national culture predict cross-national differences in medical communication? // Patient Education and Counseling. 2009. 75 (1). P. 58 – 66.
39. Morrow G. et al. Cultural dimensions in the transition of overseas medical graduates to the UK workplace // Medical teacher. 2013. 35 (10). P. 1537 – 1545.
40. Waitzkin H. A critical theory of medical discourse: Ideology, social control, and the processing of social context in medical encounters // Journal of Health and Social Behavior. 1989. P. 220 – 239.
41. Heritage J. Revisiting authority in physician-patient interaction // Diagnosis as cultural practice. De Gruyter Mouton. 2009. P. 83 – 102.

42. Hofstede G. Hofstede Insights [Электронный ресурс]. URL: <https://www.hofstede-insights.com/country-comparison> (дата обращения: 18.04.2021).
43. Wilce J. Medical Discourse // The Annual Review of Anthropology. 2009. 38. P. 199 – 215.
44. Iedema R. Medicine and health: Inter-and intra-professional communication // The Encyclopedia of Applied Linguistics. 2006. P. 745 – 752.
45. Maynard D. Interaction and asymmetry in clinical discourse // American journal of sociology. 1991. 97 (2). P. 448 – 495.
46. Macmillan Dictionary. [Электронный ресурс]. URL: <https://www.macmillandictionary.com/> (дата обращения: 18.05.2021).

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение  
высшего образования  
«СИБИРСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Институт филологии и языковой коммуникации  
Кафедра теории германских языков и межкультурной коммуникации  
45.03.02 Лингвистика

УТВЕРЖДАЮ  
Заведующий кафедрой ТГЯиМКК  
 О.В. Магировская  
«24» июня 2021 г.

БАКАЛАВРСКАЯ РАБОТА

**ЛИНГВИСТИЧЕСКИЕ И ЭКСТРАЛИНГВИСТИЧЕСКИЕ  
СРЕДСТВА РЕПРЕЗЕНТАЦИИ ПАРАМЕТРОВ МОДЕЛИ  
Г. ХОФСТЕДЕ В МЕДИЦИНСКОМ ДИСКУРСЕ (НА  
МАТЕРИАЛЕ АМЕРИКАНСКИХ И РОССИЙСКИХ  
СЕРИАЛОВ ПРО ВРАЧЕЙ)**

Выпускник



Н.П. Тилигузова

Научный руководитель



канд. филол. наук,  
доц. каф. ТГЯиМКК  
Ю.И. Детинко

Нормоконтролер



А.А. Струзик

Красноярск 2021