

*На правах рукописи*

БОГАТИКОВА Евгения Павловна

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

Специальность 10.02.19 – теория языка

**АВТОРЕФЕРАТ**

диссертации на соискание учёной степени  
кандидата филологических наук

Ижевск 2022

Работа выполнена на кафедре лингводидактики ФГАОУ ВО «Пермский государственный национальный исследовательский университет»

Научный руководитель: **Мишланова Светлана Леонидовна**  
доктор филологических наук, профессор,  
заведующая кафедрой лингводидактики ФГАОУ  
ВО «Пермский государственный национальный  
исследовательский университет»

Официальные оппоненты: **Пермякова Татьяна Михайловна**  
доктор филологических наук, доцент, профессор  
департамента иностранных языков ФГАОУ ВО  
«Национальный исследовательский университет  
«Высшая школа экономики»

**Бурмакина Наталья Алексеевна**  
кандидат филологических наук, доцент, доцент  
кафедры общего языкознания ФГАОУ ВО  
«Красноярский государственный педагогический  
университет им. В. П. Астафьева»

Ведущая организация: ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский  
Томский политехнический университет» (г. Томск)

Защита диссертации состоится 28 сентября 2022 г. в 10-00 часов на заседании диссертационного совета Д 212.275.06 на базе ФГБОУ ВО «Удмуртский государственный университет» по адресу: 426034, г. Ижевск, ул. Университетская, 1, корп. 1, ауд. 003.

С диссертацией и авторефератом можно ознакомиться в Научной библиотеке ФГБОУ ВО «Удмуртский государственный университет». Автореферат размещен на официальном сайте Минобрнауки РФ [vak.minobrnauki.gov.ru](http://vak.minobrnauki.gov.ru) и на официальном сайте ФГБОУ ВО «Удмуртский государственный университет» <http://udsu.ru>.

Автореферат разослан «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2022 г.

Ученый секретарь диссертационного совета  
кандидат филологических наук, доцент

О.Б. Стрелкова

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Антропоцентрическая парадигма современной лингвистики открывает новые методологические возможности для целостного анализа речемыслительной деятельности человека и описания электронной медицинской консультации в когнитивно-дискурсивном аспекте.

Настоящая работа посвящена изучению диалога между пациентом (неспециалистом) и врачом (специалистом) с учетом специфики стратегий и тактик, а также трансформаций, актуализирующих их на семантическом и языковом уровнях. Исследование выполнено в русле когнитивно-дискурсивной парадигмы современной лингвистики, основным принципом которой является рассмотрение языковых явлений во взаимосвязи с человеком, его деятельностью и мышлением.

**Дискурс** – это вербально опосредованная деятельность в профессиональной сфере<sup>1</sup> и продукт этой деятельности – совокупность текстов на заданную тему<sup>2</sup>. Поскольку в дискурсе участвуют субъекты разной степени профессионализации (от непрофессионала до эксперта<sup>3</sup>), большую роль играет медиация знания. Семантические механизмы, такие как генерализация, конкретизация и повтор, являются универсальными когнитивными инструментами, обеспечивающими взаимодействие разных типов знания, разных концептуальных областей, диалога специалистов и неспециалистов.

**Актуальность** исследования обусловлена необходимостью исследования медицинского дискурса с учетом коммуникативного поведения пациента в паре с врачом как целостного феномена, в котором пациент может определять коммуникативное поведение врача; а также отсутствием комплексной методики анализа электронной медицинской коммуникации в разрезе макро- и микроуровней дискурса.

В основу исследования положена **гипотеза**, согласно которой объективация медицинской проблемы в ходе электронной коммуникации осуществляется пациентом и врачом коммуникативными, семантическими и вербальными элементами по-разному.

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

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

---

<sup>1</sup> Алексеева, Л.М., Мишланова, С.Л. Медицинский дискурс: теоретические основы и принципы анализа. – Пермь: Изд-во Перм.ун-та, 2002. – С. 106.

<sup>2</sup> Карасик, В.И. Языковой круг: личность, концепты, дискурс: – Волгоград: Перемена, 2002. – 477 с.

<sup>3</sup> В настоящем исследовании понятия «эксперт» и «неэксперт» соотносятся со смежными понятиями «профессионал» и «непрофессионал», «специалист» и «неспециалист». В англоязычной традиции можно встретить соответствующие понятия: «specialist» - «non-specialist», «expert», «non-expert»/«layperson».

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

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

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

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

**Теоретическую базу** исследования составили работы в области теории и анализа дискурса (Н. Д. Арутюнова, Т. А. ван Дейк, Е. С. Кубрякова, Л. М. Алексеева, С. Л. Мишланова, В. И. Карасик, М. Л. Макаров, А. А. Кибрик); исследования в области лингвистической прагматики (А. Н. Баранов, Г. Е. Крейдлин, М. Б. Бергельсон); теории и методологии коммуникативных стратегий и тактик (Э. В. Акаева, О. С. Иссерс, М. С. Невзорова, Е. В. Волкова, С. В. Майборода), типологии знания и медиации знания (М. В. Суворова, R. Jucks, J. Engberg, T. A. van Dijk). Междисциплинарный характер работы обусловил повышенное внимание к исследованиям по теории медицинского дискурса С. Л. Мишлановой, В. В. Журы, С. И. Маджаевой, Л. В. Бейлинсон, Э. В. Акаевой, R. Jucks, E. Semino. Предпосылками для данной работы явились также идеи,

относящиеся к проблеме взаимоотношений врача и пациента с точки зрения деонтологии (D. L. Roter, J. A. Hall, P. Витч, E. J. & L. L. Emanuel), социологии и психологии медицины (J. D. Stoeckle, B. S. Turner, R. Mittman, R. Jucks & A. Broom).

**На защиту выносятся следующие положения:**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Новизна** работы представлена тем, что впервые проводится анализ коммуникации между врачом и пациентом с учетом пациента как ведущего субъекта коммуникации, чьи коммуникативные тактики могут влиять на

коммуникативную деятельность врача. Медицинский дискурс, представленный диалогическим единством пациента и врача, моделируется относительно макроуровня, представленного стратегиями и тактиками, и относительно микроуровня с точки зрения семантико-языкового аспекта.

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

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

## **ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ**

Во **введении** обосновывается актуальность работы, определяются цель, задачи и материал исследования, формулируются объект и предмет исследования, выдвигается гипотеза и описывается методика исследования, раскрывается теоретическая и практическая значимость, новизна, излагаются положения, выносимые на защиту.

В **главе 1. «Теоретические основы исследования электронной медицинской консультации»** даны определения дискурсу и медицинской коммуникации, охарактеризованы экстралингвистические и лингвистические параметры их анализа, а также обозначена актуальность их изучения. В главе рассмотрен вопрос стратегий и тактик, реализуемых коммуникантами в ходе общения, и дан обзор исследований, выполненных в парадигме когнитивно-дискурсивного изучения аспектов электронной медицинской консультации.

Дискурс в данной работе рассматривается как «связный текст в совокупности с экстралингвистическими, прагматическими, социокультурными, психологическими и другими факторами», как «речь, погруженная в жизнь»<sup>4</sup>. Нельзя не согласиться с тем, что явление дискурса масштабное, оно охватывает все сферы деятельности человека и может воплощаться в виде любых высказываний, существующих в письменной,

---

<sup>4</sup> Арутюнова Н.Д. Дискурс // Лингвистический энциклопедический словарь. М.: Советская энциклопедия, 1990. – С. 136-137.

устной форме и в мыслительной деятельности.

Исследователи определяют медицинский дискурс как один из типов институционального дискурса, то есть специализированную клишированную «разновидность общения между людьми, которые могут не знать друг друга, но должны общаться в соответствии с нормами данного социального института»<sup>5</sup>. Ядром институционального дискурса является общение базовой пары участников коммуникации, при этом наблюдается дискурсивная асимметрия общения, включающая в себя как тезаурусную, так и социально-статусную<sup>6</sup>.

Изучение медицинского дискурса находится на пересечении интересов различных дисциплин – лингвистики в широком ее понимании и когнитивной лингвистики, психологии и социологии, этики и деонтологии. В связи с этим следует обозначить не только лингвистические предпосылки необходимости его исследования, но и экстралингвистические.

Среди экстралингвистических факторов формирования актуальности изучения медицинского дискурса в когнитивно-дискурсивном аспекте следует обозначить следующие: повышение требований к здравоохранению; расширение прав и возможностей пациентов за счет распространения интернета, и как следствие, смену роли пациента в коммуникации.

В первые годы 21 века общие расходы на здравоохранение в США резко возрастают: увеличивается процент пожилых людей, растут потребности в получении быстрой и качественной помощи. Также движущим фактором является то, что все большее число граждан становятся мобильным при поездках, учебе или работе внутри страны и за границей. Возникают надежды, что информационные технологии снизят затраты и сделают здравоохранение более эффективным и доступным, в том числе для людей пожилого возраста. Большинство правительств и международных организаций поддерживают развитие электронного здравоохранения (например, Всемирная организация здравоохранения в Резолюции ВОЗ по электронному здравоохранению, Европейский Союз в eEurope 2005 eHealth, Национальное управление по переходу к электронному здравоохранению в Австралии).

Развитие Интернета позволило расширить права и возможности пациентов, помогая им контролировать свое здоровье; пациенты начинают принимать активное участие в принятии решений о личном медицинском обслуживании. Обладание информацией в определённой степени переуставливает отношения власти в медицинской коммуникации. Появление Интернета поспособствовало развитию идей партиципаторной медицины, то есть такой медицины, в которой пациент уже не довольствуется пассивной ролью, которая отводилась ему в классической медицине, и становится активным субъектом в коммуникации с врачом.

---

<sup>5</sup> Олешков М.Ю. Основы функциональной лингвистики: дискурсивный аспект: учеб. пособие для студентов фак. рус. яз. и лит.: Нижнетагильская ГСПА. – 2006. – С. 123.

<sup>6</sup> Мишланова С.Л. Когнитивный аспект медицинской коммуникации // Сб. науч. тр. «Теория коммуникации & прикладная коммуникация». Вестник Российской коммуникативной ассоциации / Под общей ред. И.Н. Розиной. – Ростов н/Д: ИУБиП, 2002. – Выпуск 1. – С. 91-98.

Отсюда следует, что преобразование традиционных отношений в системе здравоохранения на сегодняшний день вызвано интеграцией интернета и медицинской практики. Это приводит к тому, что, во-первых, медицинское знание больше не является закрытым: теперь оно доступно для любого человека, имеющего доступ к глобальной сети. Во-вторых, онлайн-пространство способствует появлению новых способов коммуникации, таких как, например, медицинское консультирование в электронной форме. Эти факторы определяют в современном мире специфику медицинской коммуникации, и соответственно, определяют коммуникативное поведение её участников.

Традиционно предполагается, что врач обладает большей властью в том смысле, что он может влиять на пациента в плане совета и лечения. Рассматривая контекст «врач-пациент», А. Брум<sup>7</sup> считает, что более глубокие и обширные медицинские знания врача по сравнению со знаниями пациента являются определяющими для этой авторитарной позиции, поскольку у последнего нет другого выбора, кроме как доверять точности диагноза и рекомендациям врача. С другой стороны, исследования стали рассматривать возможность существования более активного пациента в отношении со своим врачом и, следовательно, ограничения власти врача в их коммуникации. Эти «представления об отношениях начались с признания того, что пациент может, в свою очередь, влиять на врача»<sup>8</sup>. Другие исследователи видят переопределение отношений между врачом и пациентом в сторону того, что пациенты становятся все более похожими на потребителей, обращающихся за медицинской помощью к врачам как к «поставщикам услуг»<sup>9</sup>.

Несмотря на эти частично противоречивые аргументы в отношении смены фокуса в коммуникации между врачами и пациентами, нельзя отрицать тот факт, что медицина требует очень точных и очень конкретных знаний, что предполагает разрыв в знаниях между пациентами и врачами. Как выразился М. Фуко, «медицина создает и поддерживает «социальную монополию на опыт и знания»<sup>10</sup>. Таким образом, возвращаясь к приведённой выше позиции А. Брума, отметим, авторитаризм врачей в значительной степени проистекает из их преимущества в знаниях в своей области специализации по сравнению с пациентом.

Так, важным элементом в коммуникации между специалистом и неспециалистом становится знание, передача и усвоение которого находятся в

---

<sup>7</sup> Broom A. Medical specialists' accounts of the impact of the Internet on the doctor/patient relationship. *Health*. – 2005. 9(3). – P. 320.

<sup>8</sup> Stoeckle J.D. Encounters between patients and doctors: an anthology. Cambridge Mass: MIT Press. – 1987. – P. 133.

<sup>9</sup> Reeder L.G. The Patient-Client as a Consumer: Some Observations on the Changing Professional-Client Relationship. *Journal of Health and Social Behavior*. – 1972. 13(4). – P. 406–412.

Haug, M., Sussman, M. Professional Autonomy and the Revolt of the Client. *Social Problems*, 1969. – Vol.17. – 153 p.

<sup>10</sup> Foucault, M. *Power/Knowledge: Selected Interviews and Other Writings, 1972-1977*. Brighton: Harvester Press. – 1980. – 288 p.



центре внимания исследователей медицинского дискурса. Стоит отметить, что знание в медицинском контексте не ограничивается лишь экспертным: пациент, которому, вероятнее всего, не хватает медицинских экспертных знаний, будет вооружен так называемым непрофессиональным знанием. Согласно Ч. Пирсу, собственный опыт, а также культурные факторы играют роль в создании знаний у людей: «люди опираются на множество различных аспектов своего окружения и своей повседневной жизни для построения медицинских “истин”»<sup>11</sup>. Непрофессиональное знание, таким образом, отличается от экспертного знания тем, что оно имеет онтологическую цель. Можно предположить, что в контексте здравоохранения уровень непрофессионального знания пациента зависит от его опыта в этом статусе.

В главе 2. «**Методологические основы исследования электронной медицинской консультации**» описана методика работы с материалом на макро- и микроуровне дискурса. В главе описана стратегия идентификации медицинской проблемы как ключевого элемента коммуникации между пациентом и врачом, а также даны критерии определения коммуникативных тактик в тексте.

Процесс передачи знания как ключевого элемента коммуникации предполагает его изучение с трех ракурсов: прагматического, когнитивного и языкового. Модель медицинской коммуникации в интернет-опосредованном пространстве может быть представлена двумя уровнями: макроуровнем и микроуровнем. Стратегии и тактики в общении пациента и врача в ходе медицинской коммуникации будут соответствовать макроуровню дискурса, в то время как репрезентация данных тактик в тексте будет соответствовать микроструктуре и будет представлять собой лингвокогнитивные единицы, репрезентирующие содержание дискурса.

В ходе анализа макроуровня дискурса мы будем использовать понятие «**речевой ход**», который будет репрезентировать тактики ведения стратегии. Под речевым ходом понимается одно высказывание или ряд высказываний в пределах одной стратегии, объединенных общим намерением. Тактики, или речевые ходы, в свою очередь, могут быть реализованы различными семантическими трансформациями (или «**речевыми шагами**»): генерализацией, конкретизацией или повтором.

Речевые шаги будут репрезентировать **микроуровень дискурса** и будут представлены в тексте лексическими или грамматическими изменениями.

Под коммуникативными стратегиями мы понимаем спроецированные в область речевого взаимодействия когнитивные стратегии, назначение которых состоит в достижении говорящим коммуникативной цели<sup>12</sup>. Коммуникативные тактики – совокупность речевых действий, выбираемых и выполняемых коммуникантами в той или иной последовательности.

---

<sup>11</sup> Пирс, Ч. С. Принципы философии. – СПб.: С.-Петербург. филос. о-во. – 1993. – С. 131.

<sup>12</sup> Иссерс, О.С. Коммуникативные стратегии и тактики русской речи / О. С. Иссерс. 5-е изд. – М.: Издательство ЛКИ, 2008. – 288 с.

Центральное место в обращении пациента, как и в ответе на него врача, занимает вопрос об идентификации медицинской проблемы, поскольку это и есть причина, по которой данный диалог возникает. Наша методология исследования на макроуровне подразумевает выделение стратегии идентификации медицинской проблемы и тактик, реализующих её. Медицинская проблема является смысловым ядром медицинской коммуникации и причиной её возникновения.

Для того, чтобы идентифицировать медицинскую проблему в тексте, следует обратиться к материалу нашего исследования, который представлен диалоговыми единствами, состоящими из обращения пациента, содержащим тему, а также из ответа врача. Исследовательский интерес представляет только та часть диалога, которая объективирует знание пациента и врача о медицинской проблеме. В ходе контент-анализа диалогов было выяснено, что и обращение пациента, и ответ врача могут быть поделены на две части, одна из которых будет условно называться «что это?» (*I have been suffering from a sharp pain*), а вторая — «что делать?» (*It is advised to consult the physician*). Первая часть представляет медицинскую проблему, в то время вторая — актуализирует план решения этой проблемы. Тема обращения пациента, которая является некоторым содержательным ядром, или ключевыми словами, способствует процессу идентификации медицинской проблемы в тексте пациента.

В главе 3 «Реализация коммуникативного взаимодействия в электронной медицинской консультации посредством коммуникативных тактик и семантических трансформаций» представлен анализ диалоговых единств на макроуровне и на микроуровне.

Для того, чтобы медицинская проблема была идентифицирована, её проще представить в виде цели, или стратегии, таким образом, коммуникативные тактики будут являться задачами, или этапами, по её выполнению. Врачи и пациенты при помощи разных тактик реализуют стратегию идентификации медицинской проблемы. Стратегия актуализируется преимущественно монотактиками, которые демонстрируют одну интенцию внутри речевого хода, но встречаются также и гибридные тактики, которые представляют собой комбинацию из двух или трех тактик. Так, в этом примере, коммуникативная тактика основного утверждения представлена в сочетании с коммуникативной тактикой выражения беспокойства: *I have numbness in my arms and hands, and i am very frightened that I have coronary artery disease or some problem with my heart.*

Стратегия идентификации медицинской проблемы у пациента представлена 19 коммуникативными тактиками (далее в тексте - КТ), среди которых **монотактики**: «КТ повторения» (90), «История болезни» (66), «Основное утверждение» (88), «КТ вопроса» (47), «Цитирование/отсылка» (24), «КТ самопрезентации» (14), «КТ выражения беспокойства» (10), «КТ просьбы о помощи» (8), «КТ сомнения» (4). Число в скобках означает количество раз применения тактики коммуникантом в проанализированных 60 диалоговых единствах. **Гибридные тактики** пациента представлены следующими комбинациями: «История болезни + цитирование и отсылка»; «КТ

самопрезентации + история болезни»; «Цитирование/отсылка + КТ повторения»; «КТ сомнения + КТ повторения»; «Цитирование/отсылка + КТ сомнения»; «КТ самопрезентации + КТ повторения»; «Основное утверждение + КТ выражения беспокойства»

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

У участников коммуникации присутствуют **общие тактики**, которые они используют для реализации одной и той же стратегии (таб. 1):

Таблица 1.

Общие коммуникативные тактики

Коммуникативные тактики	Пациент	Врач
<b>КТ вопроса</b>	<i>Is it spreading to the whole of my body?</i>	<i>What usually triggers you headache?</i>
<b>КТ сомнения</b>	<i>I am not sure what to do with The pain persists at muscle at lower left abdomen also around the chest; The pain is just like burning and continues pain my problem</i>	<i>Unfortunately in your particular case, I feel online consultation will not be of a much help.</i>
<b>КТ повторения</b>	<i>The pain persists at muscle at lower left abdomen also around the chest; The pain</i>	<i>As I have mentioned, the pain in left arm is a referred pain and will be associated with pain</i>

	<i>is just like burning and continues pain</i>	<i>in the chest.</i>
<b>КТ вступления к номинации проблемы</b>	<i>My question is:</i>	<i>First let me explain in detail about this condition.</i>
<b>КТ цитирования/отсылки</b>	<i>My mom said it can be a period headache.</i>	<i>For a surgeon, one of the most common diagnoses made in the clinic is that of anal fissure but only 10-15% of patients require surgery.</i>
<b>КТ цитирования/отсылки + КТ повторения</b>	<i>I can't find anything on the internet that correlates paronychia with severe arch.</i>	<i>I cannot comment why your Doctor said 'you need a new liver'.</i>
<b>КТ сомнения + КТ повторения</b>	<i>I'm in a LOT of pain here (at times, very severe) and I'm having a hard time believing it is caused from a swollen lymph node.</i>	<i>No I don't think you are having an STD.</i>

Среди таких тактик можно перечислить следующие: «КТ повторения», «КТ вопроса», «КТ вступления к номинации проблемы», «цитирование/отсылка», «цитирование/отсылка и КТ повторения», «КТ сомнения», «КТ сомнения и КТ повторения». Следует отметить, что несмотря на общее название, семантически и вербально данные тактики реализуются по-разному у коммуникантов.

На рисунке 1 изображен график, демонстрирующий пропорциональное соотношение реализованных пациентом тактик. Все гибридные тактики представлены единым элементом графика.

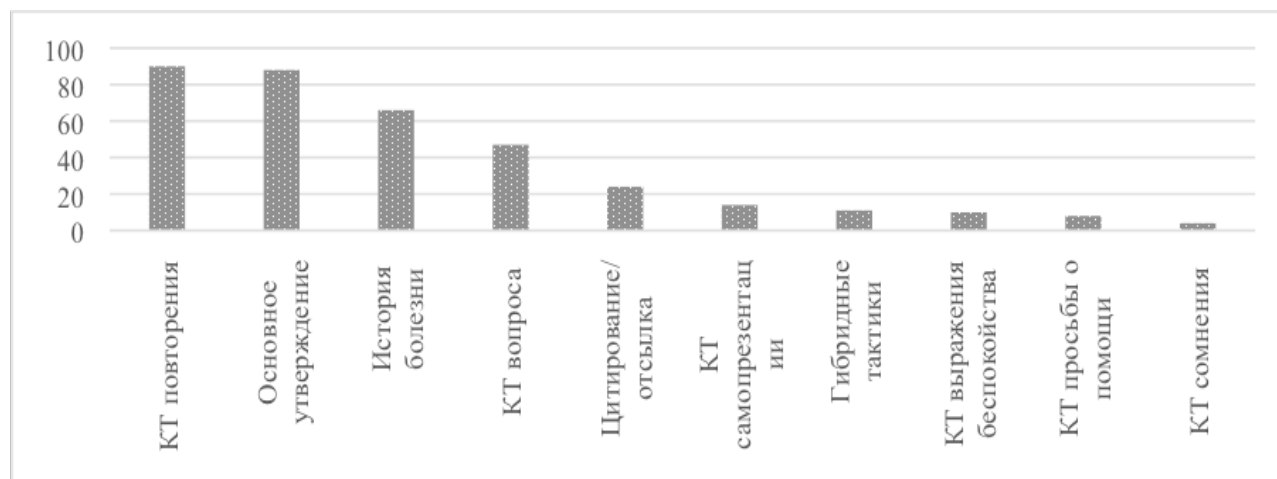


Рисунок 1. Реализованные пациентом коммуникативные тактики

На данном графике гибридные тактики пациента объединены в общий элемент, поскольку их даже их суммарное число не является репрезентирующим. Нечастое использование гибридных тактик пациентом можно определить манерой подачи информации: при частой парцелляции, и в целом, фрагментарности текста, речевой ход представлен недлинными предложениями, каждое из которых несет лишь одно смысловое намерение (*Do I have herpes? Could it be a yeast infection or something else? The lesion looks most likely like herpes.*). Ведущими тактиками являются тактика Основного утверждения (*I have pain under my lower left rib cage and back*), Повторения (*The pain persists at muscle at lower left abdomen also around the chest; The pain is just like burning and continues pain; The pain will be returns on every 2 or 3 month or alternatively*) и Истории болезни (*no family history of heart issues*), что можно объяснить глобальной целью (макростратегией) медицинской консультации. Эти тактики отвечают за смысловое ядро сообщения, структурируют информацию по причинам обращения.

На рисунке 2 представлен график, демонстрирующий пропорциональное соотношение реализованных врачом тактик. Все гибридные тактики вновь представлены единым элементом графика:

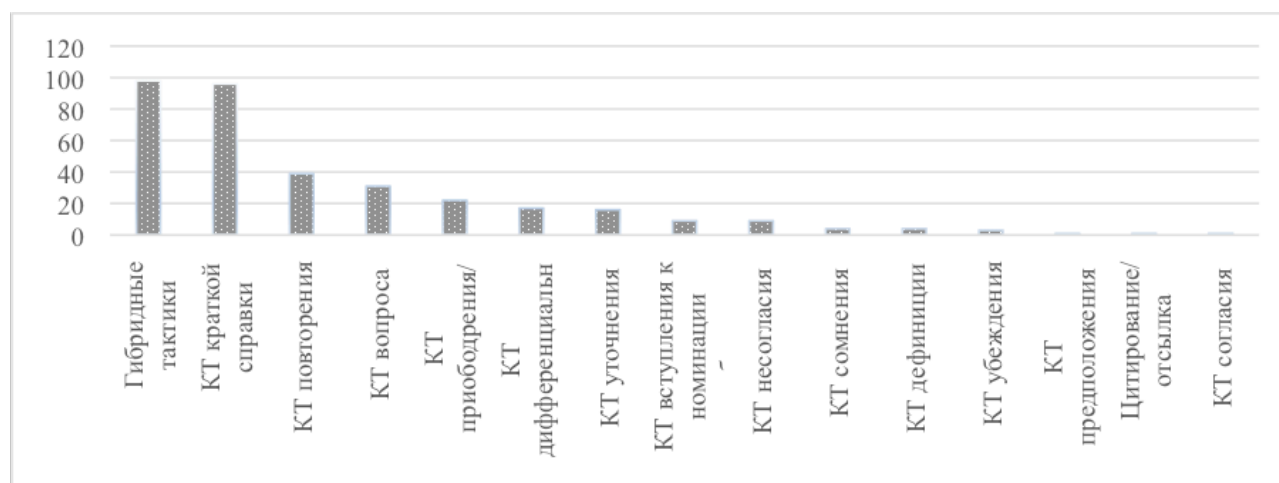


Рисунок 2. Реализованные врачом коммуникативные тактики

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

информации (*You seem to have an infection in the vagina, mostly - 'yeast infection', medically known as 'Vaginal Candidiasis'*).

Среди моноктактик превалирует тактика краткой справки (27 %), которая нацелена на прояснение медицинской проблемы доступным путём (*It is a very common finding and is mostly seen in individuals who are athletes and obese, who project a strain on their soles*). Такая тактика соответствует макростратегии, или главной цели, по которой состоится медицинская консультация.

От макроуровня мы спускаемся к **микроуровню**, который может быть описан посредством семантических трансформаций. Мы выделили конкретизацию, генерализацию и повтор вслед за идеями теоретиков переводоведения, предположив, что коммуникация является не только коммуникацией знания, но и внутриязыковым переводом, то есть, по Р. Якобсону, интерпретацией вербальных знаков с помощью других знаков того же языка<sup>13</sup>. Мы принимаем во внимание и точку зрения Л. Л. Нелюбина, который считает, что при ежедневном общении передача определённой информации реализуется благодаря внутриязыковому переводу, который содержится в осмыслении говорящих на данном языке слушающими тот же язык. Постоянное интерпретирование одних вербальных знаков иными вербальными знаками строится на основе одноязычной коммуникации. Члены общения становятся в некотором роде переводчиками в связи с тем, что совершается «уточнение и выяснение сказанного»<sup>14</sup>.

Данные семантические трансформации представляют собой следующее:

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

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

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

На рисунке 3 можно увидеть распределение семантических трансформаций в речи коммуникантов, пациента и врача.

---

<sup>13</sup> Якобсон, Р.О. лингвистических аспектах перевода // Вопросы теории перевода в зарубежной лингвистике. – Москва, 1978. – С. 16 – 24.

<sup>14</sup> Нелюбин, Л.Л. Толковый переводческий словарь. 3-е издание переработанное. – М.: Флинта: Наука, 2003. – 320 с.

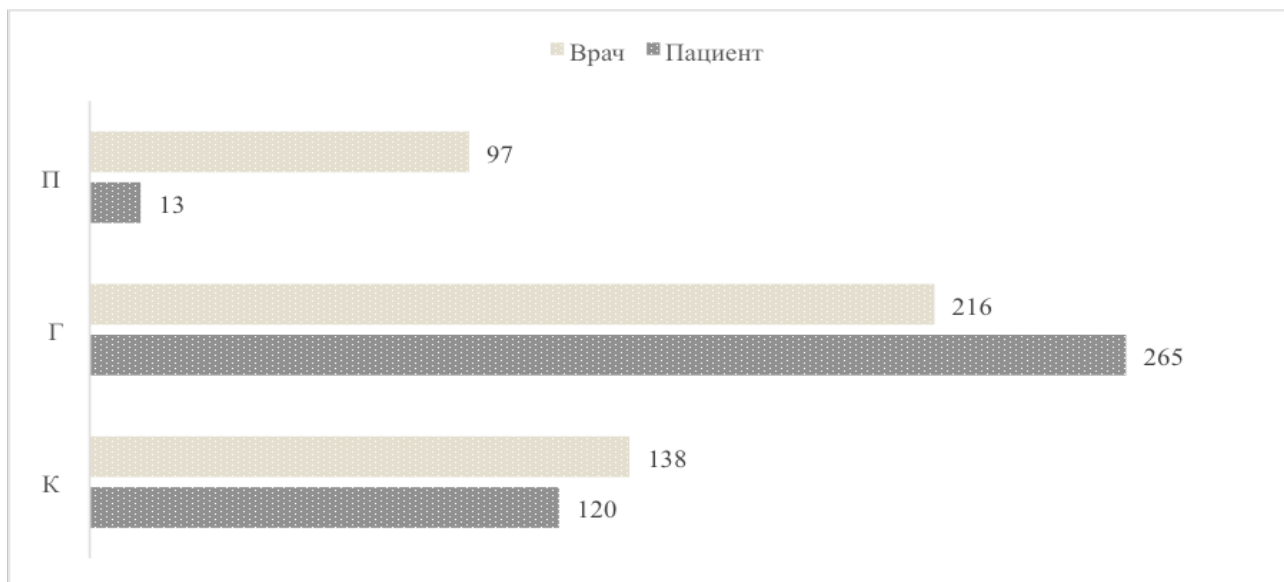


Рисунок 3. Реализованные пациентом и врачом семантические трансформации

**Повтор** при репрезентации информации задействован врачом в 7,5 раз чаще (97 случаев против 13), чем пациентом. Это может объясняться тем, что данная трансформация реализуется врачом чаще в КТ повторения, которая преследует свои прагматические цели. Было выявлено, что врач осуществляет лексический и грамматический повторы чаще для повторения слов пациента, нежели собственных слов. Исследование диалоговых единств показало, что каждый раз врач адаптирует свои сообщения не только при помощи базовых способов категоризации явлений, но и с учетом предшествующих высказываний каждого конкретного пациента в ходе взаимодействия. Следовательно, то, как лексически и синтаксически пациент оформляет свое высказывание, влияет на то, как врач оформляют свое. Это приводит к совпадению выбора языковых средств между партнерами по общению, или лексическому выравниванию (лексическому увлечению). В частности, в условиях, когда нет никаких других подсказок об уровне знаний конкретного адресата и когда немедленная обратная связь невозможна, информация о предпочтительном выборе слов адресатом может стать решающей.

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

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

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

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

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

Врач использует языковые средства пациента в качестве референта в своем ответе. Такое явление можно обозначить как концептуальное соглашение между пациентом и врачом. Так, если пациент обозначил свою проблему как «*severe sharp pain*», врач имплицитно соглашается в своем ответе использовать «*your severe and sharp pain*» как основное средство объективации проблемы

пациента и следовать ему на протяжении всего сообщения. Лексические повторы не только способствуют облегчению понимания медицинских рекомендаций пациентом, но и способствуют формированию согласия между собеседниками. Лексическое выравнивание индивидуализирует ответ врача для каждого конкретного пациента, с расчетом на то, что эта индивидуализация приведет к более значительным предполагаемым эффектам его ответа. Такая лексическая (а иногда грамматическая) адаптация способствует улучшению когнитивных предпосылок для обработки информации и усиливает воздействие ответа врача на пациента за счет изменения его поведенческих детерминант.

**Генерализация** превалирует в объеме проанализированного нами материала как у пациента (265 случаев), так и у врача (216 случаев). Такие результаты объясняются особенностями анализируемого нами дискурса. Изначально институциональность медицинского дискурса, проявляющаяся в первую очередь установкой на статусное неравноправие его субъектов – врача и пациента, «накладывала монополию на ведение коммуникации, и любая попытка изменить изначально заданный коммуникативный сценарий воспринималась как отклонение от нормы». Этот факт и определял форму коммуникации между этими субъектами: профессиональные знания оставались недоступными для неспециалиста. Имея дело с электронным видом медицинской консультации, а также с более информированным пациентом, мы можем наблюдать обратные процессы переработки научного медицинского знания. Начатые адресантом (пациентом) мысли вербализуются в тексте посредством приёмов генерализации, а затем интерпретируются и воспроизводятся адресатом (врачом) теми же приёмами. Помимо этого, на врача оказывают влияние такие когнитивно-коммуникативные механизмы популяризации медицинских знаний, как стратегия опоры на прошлый опыт, образность и экспрессивность, уменьшение информационной плотности, которые обеспечивают успешную реализацию функции репрезентации специального знания в медицинской коммуникации понятным языком.

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

Хеджирование как прагматический феномен применяется коммуникантами для ослабления иллокутивной силы высказывания. Частотный анализ языковых единиц-хеджей в нашем корпусе показал, что пациенты используют данные единицы так же часто, как и врачи, и несмотря на их



меньшее количество, они все же являются наиболее часто встречающимися элементами генерализации явлений в их речи.

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

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

Вводные выражения и фразы (*I understand, I think, To my point of view*) используются пациентами и врачами как инструменты, которые относятся к предположениям говорящего о чем-либо. Они включают местоимение первого лица (чаще единственного числа), чтобы выразить готовность говорящего взять на себя ответственность за идею, которую они транслируют. Например, в большинстве случаев врачи прибегают к высказываниям (*As I see it, What I think is, I guess*), чтобы подчеркнуть, что информация по медицинской проблеме в данном случае не является абсолютно верной, и может подвергаться проверке и дополнительному обсуждению. Пациенты чаще также используют данные фразы в отрицательной форме (*I don't think it is, I believe it is not*), что может свидетельствовать о большей нерешительности и непоследовательности в их трансляции информации.

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

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

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

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

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

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

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

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

Такое несовпадение между наделением одной и той же языковой единицы разным содержанием может лечь в основу недопонимания в коммуникации. Пациент может использовать терминологию эксперта без знания ее концептуального значения. В ходе электронной медицинской консультации врач не всегда может определить данную особенность, а также выявить, какие категории понятий являются доступными для неспециалиста. Профессиональные знания устанавливают определенную точку зрения на предметную область, которая при взаимодействии с непрофессиональной аудиторией может противоречить точке зрения непрофессионала. Причина, по которой пациенты задействуют механизм конкретизации для описания медицинской проблемы, может скрываться в факте профессиональной

неграмотности или в попытке продемонстрировать знание специальной лексики для большей убедительности.

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

- *I have numbness in my arms and hands, and i am very frightened that I have coronary artery disease or some problem with my heart.*

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

Врачу свойственно также конкретизировать информацию о болезни при помощи медицинских и фармакологических терминов на латинском или греческом языке. Использование такой лексики, как правило, коррелирует со специальным высшим образованием, которое пациент не имеет, в связи с чем мы не можем наблюдать за ним использование данных вариантов терминов в ходе его описания болезни (*Chlamydia trachomatis, Cardiac Arrhythmia, Pheochromocytoma*).

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

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

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

При этом были выявлены закономерности репрезентации знания внутри одной тактики. Так, КТ дефиниции у врача в 100 % случаев репрезентированы на семантическом уровне при помощи механизма конкретизации (*I think you are experiencing the symptoms of UTI (urinary tract infection)*). И напротив, генерализации свойственно проявляться в КТ краткой справки врача (*High blood pressure makes your heart work harder than it needed to before*) или в ходе импликации КТ История болезни пациентом (*I also felt a tingling sensation in my*

*left arm and hand*). В связи с этим была выдвинута гипотеза о том, что существует корреляция между видом коммуникативной тактики и семантическими средствами её репрезентации.

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

**В заключении** подведены итоги работы и представлены перспективы дальнейшего исследования. Определено, что коммуникация между врачом и пациентом представляет собой уникальный конструкт, преследующий различные цели: создание межличностных отношений для поддержания взаимного доверия, обмен информацией и принятие решений о диагностике и лечении. Электронная медицинская консультация – тип дискурса, который можно описать с учетом когнитивно-дискурсивных факторов на макро- и микроуровне.

В медицинской коммуникации могут быть отражены различные коммуникативные стратегии, однако, основной стратегией в данном исследовании признается стратегия идентификации медицинской проблемы. Так, была изучена объективация данной стратегии в контексте электронной медицинской консультации, а также описаны коммуникативные тактики, раскрывающие её. Коммуникативная стратегия определяет коммуникативное поведение пациента и врача. Тактика понимается как речевой ход, имеющий в основе какую-либо интенцию и способствующий реализации стратегии.

В медицинской коммуникации на микроуровне актуализируются семантические трансформации: генерализация, конкретизация и повтор. Эти трансформации представлены в тексте лексически и грамматически. В целом, можно сделать вывод, что любой из перечисленных выше видов семантических трансформаций строится на принципах адаптации. Рассмотрение диалога между пациентом и врачом как комплексного феномена, закрепленного в письменной форме, не дает возможности увидеть поэтапное развитие дискурса от обыденного уровня до научного (несмотря на присутствие «канонических» представителей обеих уровней) – конечной точкой является формирование в ответе врача научно-популярного типа дискурса. Лексико-семантическая адаптация ограничивает развитие дискурса врача до профессионального, в котором существует лишь экспертное знание.

В ходе исследования были выявлены некоторые корреляции между реализацией коммуникативных тактик и актуализацией семантических трансформаций, в связи с чем была представлена попытка описания коммуникативных тактик посредством инструментов конкретизации, генерализации и повтора. Также в ходе анализа было выявлено, что генерализация превалирует в дискурсе медицинской консультации как способ актуализации знания.

Перспективами исследования представляется уточнение имеющейся классификации коммуникативных тактик и семантических трансформаций, а

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

### **Статьи в рецензируемых научных изданиях, включенных в реестр ВАК Министерства науки и высшего образования РФ:**

1. Особенности представления специального знания в медицинском дискурсе // Историческая и социально-образовательная мысль. – 2014. – №3 – С. 215-217. (В соавторстве с Мишлановой С.Л., Филипповой А.А.) (Авторский вклад – 40%)

2. Семантическая трансформация термина в полидискурсивном пространстве // European Social Science Journal (Европейский журнал социальных наук). – 2014. – №3 (2). – С. 199-206. (В соавторстве с Исаевой Е. В., Бурдиной О. Б., Мишлановой С. Л.) (Авторский вклад – 25%)

3. Коммуникация специального знания в контексте кроссдискурсивных исследований терминологии компьютерной безопасности // European Social Science Journal (Европейский журнал социальных наук). – 2014. – № 6 (2). – С. 101-108. (В соавторстве с Исаевой Е.В.) (Авторский вклад – 50%)

4. Метафоры в контексте интернет-опосредованной медицинской коммуникации // Вестник Пермского университета. Российская и зарубежная филология. – Пермь, 2015. – №2 (30). – С. 77-83. (Авторский вклад – 100%)

5. Семантические трансформации в дискурсе электронной медицинской консультации // Современная наука: Актуальные проблемы теории и практики. Серия: Гуманитарные науки. – Москва, 2022. – №8. – С. 147–165. (Авторский вклад – 100%)

### **Статьи в других изданиях:**

6. Virus as a Metaphor: Specifics of Term Derivation in Different Types of Discourse // Когнитивное моделирование: Труды XIV-й Международной конференции "Когнитивное моделирование в лингвистике. CLM-2013". – Ростов-на-Дону, 2013. – С. 50-54. (в соавторстве с Бурдиной О.Б., Исаевой Е.В., Мишлановой С.Л.) (Авторский вклад – 25%)

7. Описание структуры полисемии соматизма "HEART" в словарях и корпусе // Иностранные языки в контексте культуры: межвуз. сб. ст. по материалам конф. / отв. ред. Н.В.Шутемова. – Пермь, 2013. – С. 71-76. (Авторский вклад – 100%)

8. Applied Linguistics in Health Communication Analysis // Дискурс как социальная деятельность: приоритеты и перспективы: Материалы Второй международной научной конференции, Москва, 16-17 октября 2014 года. – Москва, 2014. – Часть 1. – С. 103. (в соавторстве с Мишлановой С.Л.)

(Авторский вклад – 80%)

9. Структура полисемии “heart” в словарях, тексте и ментальном лексиконе // Материалы Шестой международной конференции по когнитивной науке. – Калининград, 2014. – С. 163-164. (в соавторстве с Белоусовым К.И., Мишлановой С.Л.) (Авторский вклад – 60%)

10. Knowledge transfer in the scope of transdiscursive professional communication // SGEM Social: Education and Educational Research (DOI: 10.5593/sgemsocial2014B13). – 2014. – Volume 3. – P. 483 – 490. (в соавторстве с Исаевой Е.В., Рукавишниковой Н.А.) (Авторский вклад – 40%)

11. Adaptive Knowledge Representation in Online Health Communication / Digital transformation and Global Society // Springer International Publishing. – 2016. – P. 553-564. (входит в БД SCOPUS, в соавторстве с Мишлановой С.Л., Мишлановым Я.В.) (Авторский вклад – 50%)

12. Metaphors in health care context // Metaphor As Means Of Knowledge Communication / International Symposium: book of abstracts. – 2016. – P.18. (Авторский вклад – 100%)

13. Коммуникативные стратегии и речевые особенности сетевого медицинского дискурса // Иностранные языки в контексте культуры: межвуз. сб. ст. по материалам конф. / отв. ред. С. В. Шустова - Пермь, 2022. – С. 49-56. (Авторский вклад – 100%)

14. Особенности репрезентации знания в контексте электронной медицинской консультации // Филологический вестник Сургутского государственного педагогического университета. – 2022. – № 3 (11). – С. 60–65. (Авторский вклад – 100%)

15. Коммуникативные особенности сетевого медицинского дискурса // Проблемы романо-германской филологии, педагогики и методики преподавания иностранных языков / науч. ред. А.В. Назарова; Перм. гос. гуманит.-пед. ун-т. – Пермь, 2022. – Вып 18. – С. 18-25. (В соавторстве с Камeneвой А.Д.) (Авторский вклад – 50%)