

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

На правах рукописи

ОСИПЕНКО

Татьяна Александровна

**ВЕРБАЛЬНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА
(НА МАТЕРИАЛЕ НЕМЕЦКОЯЗЫЧНЫХ АУТЕНТИЧНЫХ
КОНСУЛЬТАТИВНЫХ БЕСЕД)**

Научная специальность 5.9.6. Языки народов зарубежных стран
(германские языки)

ДИССЕРТАЦИЯ

на соискание ученой степени
кандидата филологических наук

Научный руководитель:
доктор филологических наук,
профессор Баева Галина Андреевна

Санкт-Петербург
2023

Оглавление

ВВЕДЕНИЕ	4
ГЛАВА 1. МЕТОДОЛОГИЯ АНАЛИЗА КОНСУЛЬТАТИВНЫХ БЕСЕД ВРАЧА И ПАЦИЕНТА. ХАРАКТЕРИСТИКА МАТЕРИАЛА ИССЛЕДОВАНИЯ	13
1.1 Медицинский дискурс как объект лингвистических исследований	13
1.2 Применение метода конверсационного анализа при изучении устной коммуникации	25
1.3 Конверсационный анализ. Основные понятия, цели и объяснительная сила ...	27
1.4 Основные характеристики устной диалогической речи	32
1.5 Особенности консультативных диалогов врача и пациента	37
1.5.1 Регламентированность речевого поведения	38
1.5.2 Персонифицированность общения.....	40
1.5.3 Асимметрия знаний и социальных ролей	41
1.5.4 Модель взаимоотношений врача и пациента.....	47
1.6 Интеракциональная модель описания коммуникации	49
1.7 Характеристика исследовательского корпуса	53
1.8 Алгоритм анализа и лингвистические задачи описания консультативных бесед врача и пациента	57
ВЫВОДЫ К ГЛАВЕ 1	60
ГЛАВА 2. ИНТЕНЦИОНАЛЬНАЯ СТРУКТУРА КОНСУЛЬТАТИВНЫХ ДИАЛОГОВ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА	63
2.1 Основные единицы интеракционального анализа консультативных диалогов.....	63
2.2 Секвенциальная организация консультативных диалогов	66
2.3 Последовательность коммуникативно-речевых действий как отражение поступательной динамики консультативных диалогов	67
2.4 Смена коммуникативных ролей и ее маркирование в структуре консультативных диалогов.....	73
2.5 Внешняя речевая структура консультативных диалогов как отражение поведенческой стратегии коммуникантов	78
2.6 Внутренняя членимость консультативных диалогов	89
2.6.1 Типовая интенционально-прагматическая организация консультативного диалога	90

2.6.2 Основные коммуникативно-структурные компоненты и их языковое маркирование	94
2.6.2.1 Сообщение окончательного диагноза	94
2.6.2.2 Оценка параметров опухоли и объяснение диагноза	100
2.6.2.3 Обоснование выбора терапии	111
2.6.2.4 Рекомендация терапии и принятие решения по поводу метода лечения	114
2.6.2.5 Планирование временных рамок терапии	121
ВЫВОДЫ К ГЛАВЕ 2	123
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	127
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	131

ВВЕДЕНИЕ

Настоящее диссертационное исследование выполнено в русле интеракциональной лингвистики с привлечением методики лингвистически адаптированного разговорного анализа. **Объектом** исследования является феномен речевого конструирования условно-спонтанных диалогов в рамках медицинской консультативной беседы. **Предметом** изучения выступают языковые индикаторы интенций участников диалогического общения, с помощью которых осуществляется актуализация и смена этапов консультации во время непосредственного устного взаимодействия с пациентом.

Актуальность настоящего исследования определяется тем, что оно выполнено в контексте современной интеракциональной лингвистики, ставящей во главу угла анализ употребления языковых средств с учетом специфики коммуникативно-речевого взаимодействия общающихся в конкретных, ситуативно обусловленных обстоятельствах. Актуальность исследования обусловлена также новизной эмпирического материала, ставшего источником выявления и интерпретации языковых маркеров, способствующих реализации разных этапов консультативной беседы в узкоспециализированном медицинском общении врача и онкологического пациента. Консультирование онкопациентов, несмотря на свою важность в социальном, нравственно-этическом и личностно-психологическом плане, остается малоизученным как с точки зрения общего тематического наполнения, так и с позиции лексико-грамматического оформления каждого этапа консультации и используемых языковых средств, способствующих переходу между этими этапами. Работа имеет междисциплинарный характер и позволяет в некоторой степени восполнить недостаток гуманитарно-коммуникативных основ взаимодействия с пациентом, обусловленного повсеместной технологизацией, стандартизацией и коммерциализацией медицины.

Кроме этого, запрос на изучение диалогического вербального взаимодействия врача и пациента связан с введением в практику принципов пациент-

центрированной медицины, которая относится «к самому современному мировому подходу в организации и оценке медицинской помощи» [Львова 2020: 35] и обязует врача предоставлять пациенту полную информацию о заболевании и обсуждать возможные варианты терапии. Наличие в общеобразовательном стандарте высшего образования (например, по специальности «Лечебное дело») универсальной компетенции, согласно которой будущий медик «способен применять современные коммуникативные технологии, в том числе на иностранном(ых) языке(ах) для академического и профессионального взаимодействия» [Приказ 2020: 9], также свидетельствует об актуальности вопроса.

Цель работы заключается в выявлении характерных речевых средств, за счет которых происходит актуализация и смена этапов консультации, инициируемых врачом, на примере институционального общения врача и онкологического пациента.

Поставленная цель подразумевает решение следующих **задач** в рамках данного диссертационного исследования:

- разработать алгоритм описания медицинского диалогического дискурса;
- раскрыть особенности внешней структуры диалогов врача и пациента;
- продемонстрировать возможные варианты выявления внутренней организации диалогов;
- установить компоненты внутренней структуры диалогов (этапы консультации);
- выявить для каждого этапа консультации, инициированного врачом, характерные лексические единицы и грамматические конструкции, которые способствуют их актуализации и смене;
- провести сопоставительный анализ характерных лексических и грамматических средств разных этапов консультации;
- определить параметры, ограничивающие спонтанность воспроизведения диалогов в условиях институционального общения.

Научная новизна исследования заключается в том, что в нем впервые переосмыслен подход к диалогическому взаимодействию врача и пациента, которое представляется не в виде абсолютно спонтанного диалога (как в случае бытового общения) или, напротив, суперстандартизированной консультации с использованием неизменных устойчивых речевых конструкций (как в случае воспроизведения заученной схемы коммуникативных действий, продиктованной принципами институционального взаимодействия), а как последовательно формирующееся, подвижное структурное единство, при актуализации которого происходит симбиотическое воплощение спонтанности и запланированности.

Теоретическая значимость исследования заключается в представлении модели описания медицинского диалогического дискурса, составленной на основе теоретических принципов интеракциональных лингвистических подходов к изучению условно-спонтанной разговорной речи в условиях институционального общения. Проведенное исследование также уточняет дистинктивные признаки содержания и структуры вербального взаимодействия врача и пациента в условиях сообщения плохих новостей (= озвучивания ракового диагноза), вносит вклад в теорию эффективного ведения консультативной беседы с онкопациентами и способствует дальнейшему развитию теории речевой коммуникации в области профессионального дискурса.

Практические перспективы использования полученных результатов исследования видятся во включении теоретических разработок в курс по теории языка и коммуникативной лингвистике. Методологическое описание интеракционального анализа отрывков диалогов может быть полезно лингвистам, начинающим работу с устной спонтанной речью. Также представляется возможным применение описанных в рамках исследования положений о компонентах внешней и внутренней структуры для разработки спецкурсов, методических указаний, учебных программ и пособий, предназначенных для освоения принципов профессиональной коммуникации в медицинской сфере и повышения коммуникативной грамотности студентов медицинских вузов и практикующих врачей при работе с онкопациентами. Не исключается

перспектива использования эмпирического материала для изучения немецкого языка российскими студентами-медиками. Успешным можно считать первый опыт внедрения транскриптов немецкоязычных консультативных бесед в качестве дополнительного материала на занятиях по программе «Переводчик в сфере профессиональной коммуникации (немецкий язык)» [Imo, Fedorovskaya, Sekacheva 2020].

Материалом исследования является 51 транскрипт аудиозаписей консультативных бесед с онкологическими пациентами на немецком языке продолжительностью от 10 до 40 минут (в среднем 20 минут), оформленных в соответствии с правилами базовой транскрипции системы GAT 2 (*Gesprächsanalytische Transkriptionssystem 2* [Selting et al. 2009: 369–377, 392]). Объем текста составляет 29212 транскрипционных строк, что соответствует ≈ 644 печатным страницам (подробнее о материале исследования см. параграф «1.7 Характеристика исследовательского корпуса»).

Методы исследования. Для работы с эмпирическим материалом в диссертационном исследовании использовались как традиционные общенаучные методы (наблюдение, логическое сопоставление и классификация языкового материала, целевая автоматизированная и ручная выборка), так и лингвистические методы (описательно-аналитический, контекстуальный, семантический анализ). В качестве основного метода выступает лингвистически адаптированный разговорный (интеракционный) анализ, предполагающий секвенцирование диалогов на интеракционно значимые единства и их интенционально-прагматический анализ, способствующий реконструкции перспектив развития вербального общения врача и пациента в рамках конкретного диалога.

Теоретической базой данного исследования послужили работы отечественных и зарубежных ученых в области устной коммуникации в целом, устного медицинского дискурса и применения разговорного анализа в лингвистических исследованиях.

Вопросам диалогической разговорной речи и теории коммуникации посвящены работы М.М. Бахтина (1986), Е.А. Земской (1979), В.Б. Кашкина (2000, 2012), М.Ю. Коноваленко (2016), Д.Е. Краснянского (2009), М.Л. Макарова (2003), Л.В. Фадеевой (2009), К.А. Филиппова (2016), Л.В. Щербы (1957), Л.П. Якубинского (1923). Изучением параметров «устности» с помощью конверсационного анализа в отечественной науке в большей степени занимаются социологи и психологи. Для нашего исследования интерес представляют работы О.Г. Исуповой (2002), М.А. Корбута (2015); А.В. Турчик (2010); А.М. Улановского (2016). Коммуникативным особенностям взаимодействия врача и пациента в отечественной лингвистике посвящен довольно обширный ряд работ. Научные исследования Э.В. Акаевой (2007), М.И. Барсуковой (2007), В.В. Журы (2008), Т.Г. Карымшаковой (2012); С.В. Майбороды (2021), Н.Ю. Сидоровой (2008) направлены на изучение коммуникативно-стратегических характеристик речи врача и пациента и технологий речевого взаимодействия. В работах С.А. Агаджанян (2016, 2018), С.Б. Белецкого (2010), В.В. Журы (2005, 2017), Е.Ю. Васильевой (2018), Н.В. Гончаренко (2008), С.В. Майбороды (2018, 2020), М.С. Невзоровой (2015, 2017) затронуты вопросы дискурсивных компетенций врача, институциональных моделей коммуникации, суггестивных характеристик медицинского дискурса функционально-стилистического и функционально-прагматического аспектов. Для анализа отрывков диалогов немаловажную роль играют работы С.Т. Нефёдова и В.Е. Чернявской, посвященные теории контекста [Нефёдов, Чернявская 2020; Чернявская 2021а, 2021б].

В зарубежной лингвистике коммуникативному аспекту взаимодействия врача и пациента посвящены работы о структуре консультации [Lalouschek 2002; Menz 2015], вербальном поведении врачей во время консультирования и роли конверсационного анализа в исследованиях устного медицинского дискурса [Byrne, Long 1976; Gill, Roberts 2013; Flader, Koerfer 1983; Maynard, Heritage 2005; Meerwein 1986]; проявлении асимметрии знаний участников интеракции [Ariss 2009; Szasz, Hollender 1956; ten Have 1991]; предоставлении информации о

заболевании со стороны врача и пациента [Anderson 1999; Boothe 1994; Deppermann 2003; Gill, Maynard 2006; Kampits 1996; Labov, Fanshel 1977; Lalouschek 2002]; озвучивании, восприятии и обсуждении диагноза [Heath 1992]; ходе, специфике и способах принятия совместного решения по поводу методов терапии [Collins 2005; Gill, Pomerantz, Denvir 2010; Naakana 2001; Koerfer, Obliers, Köhle 2005; Spranz-Fogasy 1988], обучении и повышении квалификации врачей [Koerfer et al. 2008; Nowak, Wimmer-Puchinger 1990; Spranz-Fogasy 1992], в том числе в области онкологии [Beach et al. 2005; Coussios, Imo, Korte 2019; Lutfey, Maynard 1998; Maynard 2003; Roberts 1999]. В данный список вошли преимущественно работы, выполненные на основе анализа аутентичного эмпирического материала с применением правил разговорного анализа и / или методологии интеракционной лингвистики. Для более глубокого понимания того, насколько речевое поведение специалистов в исследуемом эмпирическом материале стандартизировано и совпадает с современными этическими требованиями, мы приняли во внимание работы, описывающие общие правила поведения, оптимальную структуру и содержание консультативной беседы [Bub 1998; Kurtz 2002; Kurtz, Silvermann 1996; Kurtz, Silvermann, Draper 2004; Lloyd, Bor 2004; Silvermann, Kurz, Draper 2013].

На защиту выносятся следующие положения:

1) Устный медицинский дискурс в рамках общения врача и пациента может быть рассмотрен как *макродialog* (консультативная беседа), под которым понимается 1) множество диалогов одной тематики, относящиеся к определенному медицинскому профилю; 2) серия диалогов одного врача с разными пациентами или ряд диалогов с одним пациентом.

2) В рамках настоящего исследования консультативная беседа определяется как *условно-спонтанный диалог* врача, пациента и сопровождающих его лиц, основной целью которого является сообщение диагноза и совместная выработка плана терапии. *Условность*, а вместе с ней и актуализация клишированных фраз, характерных для общения в системе «врач — пациент», обусловлена, с одной стороны, наличием языковых, поведенческих и социокультурных предписаний и

реакций; с другой стороны, ситуативным неравенством, асимметрией знаний и коммуникативных ролей. *Спонтанность* и сопряженная с ней языковая вариативность возникают вследствие стремления врача персонифицировать общение с пациентом, создать эмоциональный и коммуникативный контакт. Так, интеракция врача и пациента сочетает естественную спонтанную речь пациента и фиктивную (частично продуманную) речь врача.

3) При выявлении языковых маркеров (частотных лексических средств и грамматических конструкций) консультативных бесед врача и пациента целесообразно использовать лингвистически адаптированный конверсационный анализ, который позволяет выделять внешнюю и внутреннюю коммуникативную структуру диалога, производить оценку ближайшего (локального) и внешнего экстралингвистического контекстов, устанавливать взаимосвязь реплик говорящего и слушающего, определять причины возникновения вербальных реакций участников диалога, комбинировать метод (ручной и автоматизированной) сплошной выборки и контролируемого отбора языковых единиц.

4) Анализ *внешней структуры* диалога показывает долю участия каждого коммуниканта в диалоге с количественной точки зрения, т.е. помогает выявить наиболее (вербально) активного участника. Внешняя структура также позволяет сделать выводы относительно степени эмоциональности/напряженности общения. *Внутренняя структура* диалога дает возможность определить коммуникативные интенции участников общения, определить коммуникативно-структурные компоненты (коммуникативные блоки) и установить языковые маркеры, с помощью которых происходит вербализация каждого компонента.

5) В вербальной коммуникации с онкопациентами перед врачом стоит две основные задачи: сообщить диагноз и составить/согласовать план лечения. Сложность заключается в том, что для актуализации второго речевого действия необходимы спокойствие и вербальная активность пациента. Из этого следует основная особенность диалогов с пациентами: после озвучивания сведений, содержащих негативную информацию, практически всегда следует описание

положительных аспектов диагноза. На лексическом уровне такая закономерность особенно отчетливо прослеживается в употреблении антонимических пар (слово/словосочетание с положительной оценкой vs. слово/словосочетание с отрицательной оценкой); на грамматическом уровне предпочтение отдается конструкциям, содержащим противопоставление.

Апробация результатов исследования.

Основные результаты работы были изложены в виде докладов на научных мероприятиях. Среди основных: «Ломоносов-2023» (Москва, апрель 2023); Международный съезд преподавателей немецкого языка (Вена, август 2022); VIII Международная научно-практическая конференция «Германистика в современном научном пространстве» (Краснодар, апрель 2022); Международная научная конференция студентов, аспирантов и молодых учёных «Ломоносов-2022» (Москва, апрель 2022); Неделя медицинского образования (Москва, апрель 2022); Виртуальный конгресс WCET — Всемирный конгресс по эндоурологии и уротехнологиям (Гамбург, октябрь 2021); «Осенняя школа» Программы им. Владимира Адмони (Воронеж, сентябрь 2021); Съезд Международного союза молодых ученых в рамках Международного молодежного научного форума «Ломоносов-2021» (Красновидово, май 2021); VII Международная научно-практическая конференция «Германистика в современном научном пространстве» (Краснодар, апрель 2021); Международная научная конференция студентов, аспирантов и молодых учёных «Ломоносов-2021» (Москва, апрель 2021); Международная научно-практическая конференция «Личность и общество в современном геополитическом пространстве» (Волгоград, май 2020); Международная научная конференция «Здоровье и благополучие в современном обществе» (Грозный, апрель 2020).

Основные положения данного диссертационного исследования были также представлены в рамках научных мероприятий, предусмотренных Программой им. Владимира Адмони (*Vladimir-Admoni-Programm*) под названием «Языкознание и речеведение» (*Sprach- und Sprechwissenschaft*), предназначенной для аспирантов и докторантов, ведущих исследования в области германистики

(сроки реализации Программы: январь 2020 — декабрь 2022)¹. Уникальность мероприятий заключалась в том, что участники Программы (восемь аспирантов из Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова / Санкт-Петербургского государственного университета (представителем названных учебных учреждений является автор настоящей работы), Воронежского государственного университета, Казанского федерального университета и Дальневосточного федерального университета) представляли промежуточные результаты своих исследований не только научным руководителям из России, но и экспертам в области германистики из Университета им. Мартина Лютера Галле-Виттенберг (четыре представителя) и Гамбургского университета (один представитель).

Основные результаты исследования нашли отражение в четырех публикациях, все из которых опубликованы в научных журналах, рекомендованных ВАК Министерства образования и науки РФ. Два из указанных журналов также индексируются в Web of Science (Q2).

Структура диссертации. Диссертация состоит из введения, двух глав, заключения и списка литературы.

¹ Подробная информация о мероприятиях изложена на сайте VAP (<http://vap.sprache-interaktion.de/>) в разделе „Aktivitäten“.

ГЛАВА 1. МЕТОДОЛОГИЯ АНАЛИЗА КОНСУЛЬТАТИВНЫХ БЕСЕД ВРАЧА И ПАЦИЕНТА. ХАРАКТЕРИСТИКА МАТЕРИАЛА ИССЛЕДОВАНИЯ

1.1 Медицинский дискурс как объект лингвистических исследований

Важность медицины для общества и экономики, востребованность качественного медицинского обслуживания, разнообразие заболеваний, форм и мест реализации практической медицины обуславливает широту исследовательского поля и разнообразие подходов к изучению медицинского дискурса, а также множественность определений самого понятия «медицинский дискурс».

С позиции прагма- и социолингвистических исследований медицинский дискурс можно определить как «совокупность вербальных и невербальных структур, обладающих определёнными прагматическими особенностями и функционирующих в медицинской среде для реализации функций лечения и профилактики» и реализующих информативную, познавательную, креативную, коммуникативную и регулятивную функции, а также функцию трансляции социального опыта [Маджаева 2013: 43]. При этом профессия и личность врача, как представителя особой социально-профессиональной группы, которая стоит на страже здоровья индивида (а здоровье — одна из высших ценностей полноценной человеческой жизни), символически наделяются рядом признаков. В связи с этим важными признаками медицинского дискурса, по наблюдению Л.С. Бейлинсон, являются: 1) сакральность профессии врача, обладающей особым характером служения; 2) наличие медицинской этики и специфических норм поведения; 3) существование специальной лексики (терминов, в том числе бытовых / народно-медицинских и терминоидов, приближающихся к статусу терминов), выделяющей врачей в отдельную социальную группу; 4) разработанная система ритуальных знаков (белые халаты, медицинские инструменты, личные печати врачей и т.д.); 5) наличие

определенных видов общения врачей (медицинских консилиумов и комиссий) [Бейлинсон 2001: 16]. Исходя из определения, данного В.Б. Куриленко и соавторами, важно добавить, что медицинский дискурс является результатом культуры специалистов-медиков, основанного на духовных ценностях и нормах профессионального сообщества, целях и задачах социально-культурных практик и профессиональной деятельности его членов [Куриленко, Макарова, Логинова 2012: www].

Ведущие направления в изучении медицинского дискурса в современной лингвистике С.В. Майборода подразделяет на две группы: 1) исследования медицинского дискурса с позиций когнитивно-коммуникативного подхода; 2) исследования специфики функционирования медицинского дискурса как институционального. Автор отмечает, что данные подходы не противоречат друг другу, а, напротив, дополняют, фокусируя внимание на отдельных аспектах медицинского дискурса и раскрывая сущность этого явления [Майборода 2021: 14].

В рамках когнитивно-коммуникативного подхода в фокусе изучения медицинского дискурса находятся система концептов и речемыслительная деятельность, которые сочетают специальные и обыденные знания, формирующиеся в процессе профессиональной медицинской деятельности [Алексеева, Мишланова 2002: 32–40; Богатикова, Мишланова, Филиппова 2014: 216]. Вербализация специальных знаний происходит через профессиональную медицинскую терминологию. В то же время наблюдается процесс перехода специальных знаний в обыденные посредством введения общеупотребительной лексики и образных языковых средств (особенно метафор и сравнений), предназначенных для объяснения специальных медицинских понятий [Дымова 2011; Зубкова 2008; Маджаева 2008, 2013]. В некоторых коммуникативных ситуациях специальные знания транслируются посредством медицинского сленга. Цель его использования заключается в экономии речевых усилий при общении между «своими», облегчении общения, ускорении передачи

информации и указании на принадлежность говорящего к определенной профессиональной группе [Елькин 2008: 78].

Трактовка медицинского дискурса как части социального института медицины подразумевает наличие неравностатусных и равностатусных участников медицинского дискурса. В первом случае речь идет об общении медицинских работников, владеющими специальными профессиональными знаниями и терминологией, с непрофессионалами; во втором — о коммуникантах, имеющих относительно равный тезаурусный уровень [Майборода 2021: 15].

Среди типов коммуникативного взаимодействия Н.Д. Голев и Н.Н. Шпильная выделяют профессиональный и обыденный медицинский дискурс [Голев, Шпильная 2012: 130]. К профессиональному дискурсу относятся такие жанры как научная конференция, консилиум, запись в карточке пациентов, ведение истории болезни, оформление больничных листов, справок, медицинская консультация и т.д. [Барсукова 2007: 21]. Обыденный дискурс подразделяется на дискурс, относящийся к профессиональному сообществу и дискурс, затрагивающий отношения врача и непрофессионала (пациента, его представителей, родственников, друзей и т.п.). Примерами жанров первого типа являются медицинские истории (байки), анекдоты, песни, приметы, поговорки, пословицы. Во втором случае речь идет о коммуникации с коллегами и пациентами в естественной среде [Голев, Шпильная 2012: 130–131]. В нашей работе акцент делается на устный медицинский дискурс, под которым понимается устойчивая, прагматически обусловленная, вербализуемая форма когнитивно-коммуникативной деятельности, сопровождающая типизированные события (обладающие высокой степенью повторяемости) в профессиональной сфере медицины [Жура 2008: 90], а именно на устное общение врача и пациента в рамках консультативной беседы.

Проведенный О.В. Блиновой обзор литературы, посвященной речевому и интеракционному содержанию медицинских консультаций, показывает, что количество исследовательских работ на эту тематику «необозримо велик»

[Блинова 2016: 29]. По этой причине в нашей работе мы ограничимся главным образом выделением основных структурных и языковых маркеров, формирующих устный медицинский дискурс в системе «врач — пациент». Выявлению особенностей, позволяющих дать характеристику устному медицинскому дискурсу неравностатусных субъектов в лингвистическом аспекте, предшествовало изучение научных работ в области вербальной интеракции врача и пациента, представленных в исследованиях российских и зарубежных ученых и основанных на русско-, англо- и немецкоязычном эмпирическом материале.

Перед описанием типизированных языковых маркеров необходимо отметить схожесть коммуникативной структуры консультативных диалогов врача и пациента независимо от языка общения (имеются в виду русский, английский и немецкий языки). Согласно результатам исследования Т.А. Осипенко, В.О. Федоровской и Д.В. Еникеева 1) коммуникативная структура консультации подчинена инструментальным (= терапевтическим/практическим/врачебным) целям; 2) имеется определенный набор структурных компонентов (смысловых/коммуникативных блоков), которые присутствуют почти в любой консультации и в большинстве случаев воспроизводятся в определенной последовательности; 3) во всех сценариях ведения диалога с пациентом присутствуют приветствие и прощание, установление контакта, сбор информации о заболевании и состоянии пациента, непосредственный осмотр с сопровождающими речевыми действиями, рекомендация и планирование терапии; 4) в реальной клинической практике указанный сценарий воспроизведения структурных компонентов может видоизменяться; 5) при выделении структурных компонентов отечественные лингвисты вносят в сценарий ведения консультации ожидаемые ответные реакции и инициативные вопросы пациента, в то время как в других моделях отражены только коммуникативные действия, инициируемые врачом [Осипенко, Федоровская, Еникеев 2022: 105].

К основным характеристикам устного медицинского дискурса в диаде «врач — пациент», выявленных на основе анализа результатов работ в сфере лингвистики, основанных на исследовании русскоязычных устных диалогах врача и пациента [Акаева 2007; Барсукова 2007; Гончаренко 2008; Жура 2007, 2008] и результатах направленных ассоциативных экспериментов с участием русскоязычных информантов [Алексеева 2002; Маджаева 2015], относятся следующие аспекты.

1) Модель взаимоотношений врача и пациента хотя и влияет на выбор языковых средств, все же не является решающим критерием вербального поведения врача. Запрос на изучение диалогического вербального взаимодействия врача и пациента связан с введением в практику принципов *пациент-центрированной медицины* [Львова 2020, Таратухин 2016]. Несмотря на мировые тенденции, коммуникация между врачом и пациентом в России в большинстве случаев традиционно строится на принципах патернализма. По словам О.А. Чеботаревой, «патернализм является имманентно присущим национальной модели медицины» [Чеботарева 2006: 4]. Проведенное цитируемым автором социологическое исследование показывает, что врачи, как правило, не склонны вступать в партнерский диалог с пациентом. Более того, врачи часто не хотят иметь дело с компетентными пациентами. Предполагается, что пациент должен неукоснительно выполнять предписания врача, а последний, в свою очередь, всегда занимать лидирующую позицию [Чеботарева 2006: 50–64]. Тем не менее, при изучении коммуникативных стратегий и тактик медицинского дискурса М.И. Барсуковой было установлено, что при вербализации просьб, советов, рекомендаций и т.д. врачи практически всегда используют различные этикетные формулы, подчеркивающие уважительное отношение к собеседнику. В задачи врача входит не только установить контакт, но и поддерживать вежливые отношения на всем протяжении общения с пациентом. Отмечается также, что нарушение норм речевого этикета может создать коммуникативные барьеры [Барсукова 2007: 117–120].

2) Медицинская терминология в устном медицинском дискурсе приобретает устойчивое эмоциогенное содержание [Алексеева, Мишланова 2002: 148–155], в то время как в письменной коммуникации эта же лексика воспринимается нейтрально. Результаты исследования, проведенного С.И. Маджаевой, показывают, что среди медицинских терминов, которые вызывают у респондентов эмоции, можно выделить такие семантические ряды, как наименования болезней, инструментов, лекарственных препаратов и обозначения хирургических вмешательств [Маджаева 2015: 96].

3) Применение метафор при общении с пациентами — не случайный подбор слов, а целая стратегия, которая заключается в том, что ситуация описывается в терминах, понятных пациенту. Согласно Э.В. Акаевой, метафоры позволяют более образно и доходчиво рассказать о заболевании и «подстроиться» под восприятие пациента, например, учитывая профессиональную сферу деятельности последнего. Так, при объяснении понятий *глюкоза*, *инсулин* и *сахарный диабет* работнику автодорожной службы врач выбирает следующее описание: *Глюкоза — энергетический материал. Инсулин — транспорт, который доставляет глюкозу в клетку. <...> Сахарный диабет — очень оживленная трасса* [Акаева 2007: 116]. Согласно О.С. Зубковой, применение способа метафоризации при общении с пациентами способствует улучшению восприятия новой информации, повышает эффективность лечебных программ и является одним из условий «компактной и эффективной профессиональной коммуникации, основанной на вербальной проекции социально-культурного опыта» [Зубкова 2008: 134]. Кроме этого, медицинская метафора помогает «сформировать общий эмоциональный центр коммуникантов, то есть их эмоциональную согласованность ...» [Шаховский 2008: 479], активизирует у человека яркие, эмоциональные впечатления и активизирует представление о необходимости вести борьбу настолько, что ее используют не только в медицинских, но и публицистических текстах (*Чума двадцатого века, эпидемия насилия, пандемия лоббизма*) [Балашова 2018: 12; Маджаева 2015: 102].

4) Эмоциогенность устной медицинской коммуникации является потенциальным источником коммуникативных помех и сбоев. Исследование В.В. Журы, направленное на выявление эмоционально заряженных тем, дискурсивных эмоций и способов эмоционального реагирования на них врачей, показало, что в коммуникации «врач — пациент» можно выделить четыре эмоционально заряженные темы, которые связаны с проведенным ранее обследованием и лечением, проблемами адаптации к заболеванию, вопросами личной жизни, «деликатными» темами [Жура 2007: 39].

К характерным эмоциональным проявлениям относятся возмущение, осуждение, неодобрение, отчаяние, страх, подавленность, депрессия, недовольство, стыд и смущение. На вербальном уровне перечисленные эмоции могут проявляться через некогерентные, односложные или малоинформативные ответы, междометия и экспликации (характерно для эмоций, выражающих грусть); незаконченные эллиптические конструкции, самокоррекцию, повторы, многочисленные вопросы (типично при вербализации страха, тревоги, беспокойства); восклицательные, инвертированные, эллиптические, вопросительно-апеллятивные, побудительные предложения, повторы (присуще гневу, возмущению, осуждению) [Жура 2007: 41–42].

К просодическим маркерам относятся медленный темп произнесения высказываний, длительные паузы, снижение громкости, интонационное или просодическое выделение важной информации (выражение эмоций страха, грусти); ускорения темпа произнесения высказывания, выделения логическим ударением смысловых компонентов, являющихся фокусом эмоции (выражение эмоций гнева, осуждения, неодобрения, раздражения) [Жура 2007: 40–43].

Для устранения негативных эмоций врачи используют принцип рационализации, выражают эмпатию и ободрение, дополнительно объясняют, поясняют, сообщают диагностическую и прогностическую информацию или игнорируют эмотивные реплики пациента [Жура 2007: 43].

5) В медицинском дискурсе реализуется суггестивное речевое воздействие (лат. *suggestio* ‘намёк, внушение’). На вербальном уровне оно проявляется через 1) (уверенную) интонацию; 2) клишированные выражения, термины и профессионализмы; 3) дискурсивные формулы прямого и косвенного внушения (команда, совет, рекомендация, инструкция, запрет) [Гончаренко 2008: 5]. Повышению степени внушаемости пациента служат разновидность заболевания, стресс, усталость, социальный статус врача, соответствие внушаемой информации потребностям и интересам пациента [Гончаренко 2008: 175].

Анализ работ, основанных на англоязычном эмпирическом материале [Агаджанян 2017; Byrne, Long 1976; Collins et al. 2005; Đorđević, Braš, Brajković 2012; Elwy et al. 2012; Palmieri, Stern 2009; Veatch 1972], позволяют выделить ряд особенностей устного медицинского дискурса в рамках вербального взаимодействия врача и пациента на английском языке.

1) Согласно Д. Роутер, коммуникация в диаде «врач — пациент» на английском языке претерпела значительные трансформации вследствие расширения возможностей пациента. На смену патерналистской/инженерской модели взаимоотношений пришла совещательная/коллегиальная модель [Roter 1998]. В первом случае пациент воспринимается как биологическая машина, безличный физиологический механизм. Врач выступает в роли беспристрастного эксперта, который опирается на факты (медицинские показания). Принципы данной модели представляют обезличенный подход к пациенту; страхи, пожелания и моральные ценности последнего не учитываются. Врач может без учета мнения пациента выбрать тактику лечения, которая кажется ему наиболее эффективной. Во втором случае действует принцип равноправия, при котором врач берет на себя роль коллеги, друга и соратника, предоставляющего правдивую информацию о диагнозе, возможных методах лечения и осложнениях, а пациент принимает окончательное решение. Такие взаимоотношения построены на доверии, уважении, конфиденциальности, стремлении к ликвидации болезни и отстаивании общих целей [Veatch 1972: 5–6].

2) Смена моделей взаимоотношений врача и пациента (патерналистская → совещательная) повлекла за собой активацию «стратегии честности и открытости по отношению к пациентам» [Агаджанян 2017: 14]. Так называемое информированное согласие, или англ. *informed consent*, подразумевает максимальную информированность пациента о состоянии своего здоровья. Всесторонняя информированность позволяет правильно следовать рекомендациям врача, не искажать их и не пренебрегать ими [Palmieri, Stern 2009: 166]. Получение достоверной информации о состоянии своего здоровья также позволяет пациенту участвовать в процессе принятия решения относительно выбора метода лечения (англ. *shared decision-making* [Ђорђевић, Браш, Брајковић 2012; Elwy et al. 2012]).

Такая значительная трансформация в плане содержания консультации привела к смене лексического и грамматического наполнения консультативных бесед. Некогда преобладающие императивные грамматические формы стали сменяться предикатами, выражающими рекомендацию, совет, предложение или волеизъявление с оттенком желательности. В лексическом «арсенале» диалогов наблюдается большое количество синонимичных единиц для обозначения одного и того же понятия, эвфемизмов и образных средств языка, которые позволяют врачу излагать информацию таким образом, чтобы она была понятна и правильно воспринята пациентом. Эвфемизация на английском языке затрагивает такие семантические поля как «смерть», «рак», «лечение рака», «лишний вес», «интимные части тела», «мочеиспускание», «дефекация» [Бирюк 2020: 186–187]. При изучении работ специалистов по коммуникации, связанных с анализом образных средств языка в медицинском дискурсе, С.А. Агаджанян делает вывод, что тропы, в первую очередь метафоры, являются самыми эффективными инструментами для объяснения значения медицинских терминов [Агаджанян 2017: 11–12]. При этом использование сленговых и жаргонных выражений для экспликации терминов видится исследователями крайне неуместным в ситуации медицинской консультации не только из этических соображений, но и по причине высокой вероятности неверной

трактовки пациентом отдельных жаргонных и связанных с этим неблагоприятных последствий [Агаджанян 2017: 13].

3) Несмотря на пополнение коммуникативного пространства «врач — пациент» эвфемизмами и образными средствами, вербальное взаимодействие на английском языке между врачом и пациентом отличается некоторой агрессивностью, которая, по мнению С.И. Филиппченковой, зарождается уже при выборе модели врачевания. В большинстве случаев выбор делается в пользу, например, кесарева сечения, агрессивной экспертизы или профилактической хирургии. Словарный запас, отражая агрессивную деятельность направленность медицины, пополняется экспрессивными словами (англ. *aggressive language* 'агрессивным языком'). Так, «слово "агрессивный" часто используется в отношении скрининга, постановки диагноза и лечения болезней» [Филиппченкова 2011: 133]. Агрессивную функцию могут также выполнять эвфемизмы в ситуации, когда врач стремится напугать пациента, чтобы заставить его серьезнее относиться к своему здоровью [Агаджанян 2017: 15].

Изучение работ, основанных на анализе устных диалогов врача и пациента в разных сферах на немецком языке [Белецкий 2010; Сидорова 2008; Günthner 2017; Imo 2017b; Petzold 2007], позволило выделить несколько аспектов, касающихся языковых маркеров.

1) В настоящее время коммуникация «врач — пациент» в немецкоязычном пространстве также претерпевает изменения и тендирует к пациент-центрированной модели. Результаты исследований показывают, что не все пациенты готовы брать на себя ответственность за принимаемое решение относительно методов терапии. По этой причине врачи стараются балансировать между двумя крайностями [Белецкий 2010: 50–68; Klempereger 2003: 28–29; Koerfer et al.: 39–45].

2) Для предотвращения эмоционального «всплеска» при озвучивании негативных характеристик заболевания врачи делают отсылки на предыдущие консультации, во время которых уже обсуждался предварительный диагноз или

затрагивался вопрос возможного ухудшения состояния. Коммуникативный прием реконструкции анамнеза (нем. *Rekonstruktion der Vorgeschichte* [Günthner 2017: 5–14]) позволяет врачу создать впечатление того, что о неблагоприятном диагнозе или ухудшении состояния было известно уже давно, поэтому в предоставляемой информации нет ничего неожиданного или удивительного [Günthner 2017: 39].

3) Экспрессивная функция языка медицинского общения проявляется на различных уровнях языка: на фонетическом (с помощью просодических средств), на лексическом (посредством слов с оценочными компонентами, усилительных частиц и междометий); на грамматическом (путем инверсии, эллиптических конструкций) [Сидорова 2008: 141, 145]. Также отмечается тенденция начинать высказывание с наиболее важной части. Согласно Н.Ю. Сидоровой, «относительная неподготовленность разговорной медицинской речи способствует словорасположению по принципу свободного ассоциативного присоединения частей высказывания по мере их необходимости» [Сидорова 2008: 109].

4) Вербальное утешение — одна из основных задач врача. Поскольку практически любое серьезное заболевание формирует для пациента новые (зачастую отрицательные) жизненные обстоятельства, диагноз приобретает личностную значимость и способствует проявлению эмоций (вплоть до слез). Различают нем. *ein spontanes Trösten* ‘спонтанное утешение’ и нем. *Trostarbeit* ‘заранее продуманное утешение’ [Imo 2017b; Petzold 2007]. Спонтанным называют такое утешение, которое возникает во время консультации и редко может быть спрогнозировано врачом заранее, поскольку инициируется, а иногда намеренно провоцируется, пациентом. Для поддержки пациента в этом случае используется вербальная демонстрация эмпатии или рекомендации стратегий преодоления эмоций (глубокий вдох, медленный выдох). Продуманным является такое утешение, которое врач может заранее подготовить или спрогнозировать. Примерами такого вида утешения служит рационализация информации, например, через прогорание положительных и

отрицательных характеристик заболевания, обсуждение продолжительности терапии, возможных побочных эффектов и шансов на выздоровление [Ito 2017b: 39].

Анализ лингвистических работ отечественных и зарубежных ученых, основанных на материале устных диалогов русского, английского и немецкого языков и направленных на изучение структурных и языковых маркеров вербальной коммуникации врача и пациента, показывает, что характеристики, присущие, например, англоязычному «миру медицины» в некоторых ситуациях могут проявляться и в другой языковой среде. Можно сделать следующие выводы.

1) Коммуникативная структура устного медицинского дискурса в диаде «врач — пациент» подчинена инструментальным целям. Имеется ряд структурных компонентов, которые озвучиваются практически во время любой консультации. Хотя структурные компоненты имеют довольно устойчивое положение в структуре диалога, на практике последовательность их воспроизведения может меняться.

2) Вербальное взаимодействие врача и пациента чаще всего строится на уважении, доверии и поддержке независимо от модели взаимоотношений, в рамках которой осуществляется коммуникация (патерналистская или совещательная). Модель взаимоотношений влияет на выбор языковых средств, но не является основополагающим критерием.

3) Медицинская терминология, обладающая, как правило, стилистической нейтральностью и функциональной закрепленностью, при вербализации в беседе с пациентом зачастую приобретает эмоциональную окраску.

4) Использование медицинской метафоры и других образных языковых средств повышает объяснительную силу высказывания. С помощью образных единиц языка опытные врачи могут выстроить объяснение путем использования понятной для пациента лексики, учитывающей его увлечения или профессиональную деятельность.

5) Коммуникация врача и пациента в большинстве случаев связана с негативными эмоциями (отчаяние, страх, подавленность, депрессия и т.д.).

6) Эмоциональный аспект коммуникации врача и пациента определяется внешним контекстом и проявляется на невербальном, паравербальном (просодическом) и вербальном уровнях (лексическом, синтаксическом). Примерами «негативно заряженных» тем являются темы, связанные с проведенными ранее обследованиями, проблемами адаптации к заболеванию, вопросами личной жизни, «деликатными» темами. Эмоции часто вызывает лексика, связанная с наименованием заболеваний и хирургических вмешательств, инструментов, лекарственных препаратов и т.д.

7) Эмоциогенность вербальной интеракции является потенциальным источником коммуникативных сбоев и помех.

8) Одним из основных средств устранения эмоций при общении с пациентом является утешение (имеется в виду вербальный уровень, например, посредством рационализации информации). Еще одним эффективным вербальным средством предотвращения «всплеска» эмоций является реконструкция (т.е. повторное проговаривание ранее упомянутых (например, на предыдущих консультациях) негативных характеристик заболевания).

9) Устный медицинский дискурс обладает высокой степенью суггестивности. При условии формирования доверительных отношений врач способен внушить/сформировать установки, которые приведут в итоге к выздоровлению пациента.

1.2 Применение метода конверсационного анализа при изучении устной коммуникации

Интерес к исследованию разговорной речи в области медицины с применением метода конверсационного анализа впервые возник не у лингвистов, а у самих медиков. Во второй половине 1970-х гг. врачей стал занимать вопрос вербального поведения пациентов, поскольку правильная

интерпретация речи пациента позволяет определять приверженность пациента к лечению, преодолевать возражения с его стороны, предотвращать конфликты и устанавливать долгосрочные доверительные отношения [Byrne, Long 1976; Gill, Roberts 2013]. К изучению устного медицинского дискурса методом разговорного анализа лингвисты приступили примерно в конце 1970-х гг. [Fox et al. 2013]. По нашему мнению, практически одновременное появление интереса к устной коммуникации врача и пациента у специалистов из разных сфер связано, прежде всего, с глобализацией рынка труда в области здравоохранения и необходимостью улучшения качества предоставляемых услуг в условиях возрастающей конкуренции, в том числе за счет эффективного вербального взаимодействия медицинского персонала и пациентов. Взаимопонимание, когда врач ясно и в деталях объясняет диагноз и методы лечения, а пациент понимает сложившуюся ситуацию со здоровьем, очень важно для обеих сторон. В настоящее время в рамках повышения квалификации медицинским работникам предлагаются разнообразные курсы, позволяющие отработать навыки вербального общения для установления эффективного первичного контакта с пациентом, усовершенствования навыков по сбору информации с помощью открытых вопросов и активного слушания, выяснения потребностей пациента, объяснения рисков, построения доверительных отношений и т.д. [ср.: Тренинг для врачей «Общение с пациентами» и Курс повышения квалификации «Психология эффективной коммуникации медицинских работников»]. Такой подход к вербальному взаимодействию с пациентом позволяет не только оказать квалифицированную помощь, опираясь на индивидуальный подход к пациенту, но и гарантирует медицинскому учреждению спрос на предоставляемые услуги в будущем.

Внимание к изучению разговорной речи в сфере медицины в наше время стимулировано дополнительными возможностями и результатами междисциплинарных направлений, объединяющих гуманитарные науки и различные сферы медицины. Примером такого междисциплинарного взаимодействия является международный межвузовский образовательный

проект *Medical Humanities: Doctor as a Humanist* («Врач как гуманист» или «Гуманизм в медицине»), демонстрирующий успешное применение научных и практических знаний гуманитарных и общественных наук в медицинском образовании [Марковина, Федоровская 2018; Wald, McFarland, Markovina 2019].

Значимым фактором повышения интереса к исследованиям диалогической речи в медицине, а именно в диаде «врач — пациент», стали успехи в разработке эффективных методик анализа разговорной речи. Конверсационный анализ является одним из методов, позволяющих устанавливать структурную организацию консультативной беседы, определять вклад коммуникантов в развитие динамики разговора и устанавливать речевые особенности каждого из них через призму контекста и деталей интеракции.

1.3 Конверсационный анализ. Основные понятия, цели и объяснительная сила

Стремление к изучению устной коммуникации в различных сферах профессиональной деятельности, т.е. профессиональных языков (нем. *Fachsprachen*), привело к необходимости междисциплинарных исследований с учетом достижений других гуманитарных наук, прежде всего социологии, психологии, когнитологии, антропологии. Для анализа устной речи в рамках интеракциональной модели коммуникации, в которой смыслы появляются и трансформируются во время непосредственного взаимодействия участников процесса, актуально использование лингвистически адаптированного конверсационного анализа. Традиционная функция применения конверсационного анализа, больше востребованная социологами, заключается в *описании социальных практик и ожиданий* с целью объяснения происхождения intersubjectивного действия [Исупова 2002: 36]. Использование конверсационного анализа в лингвистических целях позволяет выявлять и оценивать *языковые средства*, влияющие на воплощение действия.

При обзоре научной русскоязычной литературы было выявлено, что в отечественной лингвистике разговорный анализ довольно редко применяется для оценки устной речи в медицинском дискурсе. Зачастую данный вид анализа используется специалистами из области социологии и психологии при изучении параметров устности повседневного или научного общения [Исупова 2002; Колядов 2020; Корбут 2015; Турчик 2010; Улановский 2016].

В рамках разговорного анализа грамматические структуры рассматриваются в секвенциальном (последовательно развивающемся) контексте (нем. *sequentieller Kontext*). Непрестанно задается вопрос, почему слово, предложение, (языковое) действие и т.д. актуализировано именно в этом месте (анг. *Why that now?* [Sacks, Schegloff 1973: 299], нем. *Warum wird etwas an genau der Stelle geäußert, an der es geäußert wird?* [Imo, Lanwer 2019: 59]), как оно соотносится с предыдущими выражениями и какое интеракциональное воздействие оказывает на последующие высказывания и формулировки. Наблюдение за последовательностью воспроизведения языковых структур, согласно В. Имо и Й.Ф. Ланверу, обусловлено тем, что каждое новое языковое выражение опирается на предыдущее и в то же время проецирует ближайшее (языковое) действие [Imo, Lanwer 2019: 59]. Это объясняет наличие в устной речи большого числа коллаборативных секвенций / «совместных последовательностей» (в другой терминологии — *адъацентные*, или *соседствующие пары* [Исупова 2002: 41], *примыкающие пары* [Колядов 2020: 14], *смежные пары* [Корбут 2015: 135, Улановский 2016: 230], англ. *adjacency pairs*, нем. *kollaborative Sequenzen* [Imo, Lanwer 2019: 59], нем. *Nachbarschafts paar / Paarsequenzen* [Imo 2019, Lanwer: 177]), таких как приветствие — прощание, вопрос — ответ, предложение — согласие / отказ, информирование — подтверждение (так называемые нем. *Minisequenzen* ‘малые секвенции’), традиционные речевые формулы зачина и концовки народных сказок (нем. *Großsequenzen* ‘большие секвенции’) [Imo, Lanwer 2019: 35].

Любой ‘разговор-во-взаимодействии’ (англ. *talk-in-interaction*), несмотря на свою устность и кажущуюся на первый взгляд спонтанность, строго организован. В нем встречаются разного рода «случайные» последовательности / организации, без которых разговор не может протекать упорядоченным образом. Э.А. Щеглофф, один из основоположников разговорного анализа, пишет, что выявление закономерностей появления в разговоре этих последовательностей позволяет решить

— проблему передачи слова собеседнику, т.е. смены коммуникативных ролей (англ. *the “turn-taking” problem*): кто и когда будет говорить следующим? как это повлияет на структуру коммуникации и понимание сказанного;

— проблему формирования действия (англ. *the “action-formation” problem*): как с помощью ресурсов языка, тела и обстановки получатель распознает определенные действия, например, сожаление, радость, согласие, отказ, приглашение, обращение с просьбой и т.д.;

— проблему организации секвенций (англ. *the “sequence-organizational” problem*): как появляется каждая последующая очередь-конституирующая единица (англ. *TCU*²), чтобы быть «когерентной» с одной или несколькими предыдущими очередь-конституирующими единицами;

— проблему возникновения затруднений при коммуникации (англ. *the “trouble” problem*): как преодолевать сложности говорения, восприятия информации (слушания) или понимания так, чтобы разговор не «замерзал», не обрывался в момент возникновения трудностей, а естественным образом продвигался к своему логическому завершению;

— проблему выбора слов (англ. *the word-selection problem*): как слова были выбраны лексико-грамматические единицы, «продвигающие» разговор вперед; как этот выбор информирует говорящего о том, что собеседник понял сказанное;

² *TCU* – *turn constructional unit* имеет большое количество вариантов перевода на русский язык: «диалоговая единица» [Добрушина 2000: 136], «конструкционная единица реплики» [Гренобль 2008: 26], «очередь-конституирующая единица» [Турчик 2010: 45], «потенциально завершённое высказывание» [Колядов 2020:14].

— проблему общей структурной организации (англ. *the overall structural organization problem*): как структурируется общая композиция вербальной интеракции; что это за структуры, как их расположение в общей структуре диалога сигнализирует о наличии очередь-конституирующих единиц, влияющих на передачу слова собеседнику, на выбор последующего слова, на формирование действия и т.д. [Schegloff 2007: xiv].

Для анализа устной речи необходимо корректное членение диалога на секвенции [Auer 2010; Imo, Lanwer 2019: 171–189; Ploder, Mcelvenny 2022; Schegloff 2007]. Секвенция, от лат. *sequentia*, означает ‘последовательность, упорядоченность’. В лингвистике под этим термином понимается несколько содержательно и организационно связанных реплик. Э.А. Щеглофф различает секвенциальную организацию (англ. *sequential organisation*) и организацию секвенций (англ. *sequence organisation / organisation of sequences*). Первый термин более общий и касается любого вида организаций, затрагивающих порядок вступления собеседников в разговор, расположение очередь-конституирующих единиц (англ. *TCUs*) и различного рода высказываний. Так, перед принятием приглашения на ужин, вероятнее всего, следует само приглашение; прощанию предшествует приветствие; за обвинением следует оправдание или признание вины. Второе понятие, организация секвенций, используется для указания на сукцессивное (последовательное, пошаговое) построение действий с помощью языковых средств и является одним из видов секвенциальной организации. Очередность вербальных действий активируется через развитие интенциональной структуры разговора (англ. *turns-at-talk*). Например, можно спросить, как выглядит организация секвенций при выражении упрека или комплимента, выслушивании жалобы, записи на собеседование [Imo, Lanwer 2019: 171–174; Schegloff 2007: 1–3]³.

³Более подробно о параметрах секвенциальности [Imo, Lanwer 2019: 171–189], организации секвенций [Stivers 2013] и сегментации [Auer 2010] разговорной речи.

На основании многочисленных работ практикующих врачей, психологов, психотерапевтов, антропологов, этнометодологов и лингвистов, выполненных методом конверсационного анализа (англ. *medical conversation analysis*), социолог В. Гилл совместно со специалистом в области лингвистики Ф. Робертс определили три приоритетных направления исследований в области устной медицинской коммуникации [Gill, Roberts 2013: 574].

К первому направлению относится интеракция врача и пациента (его представителей или сопровождающих лиц), находящегося на амбулаторном приеме во время первичного осмотра и последующих повторных консультаций. Второе направление связано с изучением интеракции пациентов и среднего медицинского или административного персонала. Взаимодействие подобного рода может происходить не только в стенах медицинского учреждения, но и за его пределами, например, во время записи по телефону на прием к специалисту. К третьему направлению относится интеракция медицинского персонала (врачами, медсестрами, санитарями, медрегистраторами и т.д.) [Gill, Roberts 2013: 578–580].

Такое разграничение представляется весьма важным и для общего теоретического контекста настоящей диссертации, поскольку акцентирует различие между отдельными коммуникативными практиками употребления языка в рамках общего медицинского дискурса. Для нашего исследования актуально первое из указанных направлений, изучающее взаимодействие врачей, пациентов и сопровождающих их лиц. Коммуникативные действия врача практически всегда совпадают с его непосредственными терапевтическими манипуляциями (о схожести и различиях медицинского и терапевтического дискурсов см. [Бейлинсон 2001: 17]), поэтому изучение научных работ, посвященных вербальной организации приема и обследования пациентов (публикуемых медиками и специалистами различных гуманитарных направлений) имеет большое прикладное значение для проведения конверсационного анализа.

1.4 Основные характеристики устной диалогической речи

В отечественном языкознании проблемам устной речи посвящены труды таких выдающихся лингвистов, как М. М Бахтин (1986), Е. А. Земская (1979), М.Л. Макаров (2003), Л.В. Фадеева (2009), К.А. Филиппов (2016), Л. В. Щерба (1957), Л.П. Якубинский (1923). В своих исследованиях ученые особое внимание уделяли диалогической форме общения.

Идея *диалогических отношений* в языке принадлежит М.М. Бахтину, которую он озвучил в научном труде «Проблема речевых жанров», созданном в 1952-1953 гг. Диалогичность отношений ученый определяет как «особый тип смысловых отношений, членами которых могут быть только целые высказывания <...>, за которыми стоят (и в которых выражают себя) реальные или потенциальные речевые субъекты, авторы данных высказываний» [Бахтин 1986: 495]. М.М. Бахтин отмечает широту границ диалогических отношений и их несовпадение с репликами отдельно взятого диалога: «Два высказывания, отделенные друг от друга и во времени и в пространстве, ничего не знающие друг о друге, при смысловом сопоставлении обнаруживают диалогические отношения, если между ними есть хоть какая-нибудь смысловая конвергенция (хотя бы частичная общность темы, точки зрения и т. п.)» [Бахтин 1986: 496]. Многие европейские ученые признают влияние работ М.М. Бахтина на становление европейской лингвистической мысли в области теории и анализа диалога.

Для настоящего исследования важно разграничение понятий устной и разговорной речи. Е.А. Земская отмечает, что не всякую речь, протекающую в устной форме, можно отнести к разговорной. Так, вся сфера массовой коммуникации (радио, телевидение) и вся область публичной ораторской речи проходят на кодифицированном языке [Земская 1979: 9]. Такое уточнение имеет ценность в той связи, что в кабинете врача встречаются две формы устности: подверженная многим «фильтрам» нормированная речь врача и менее загнанная в рамки институциональных правил речь пациента.

Для разговорной речи характерны устность, неподготовленность, неофициальность, обеспечивающая непринужденность общения, непосредственное участие говорящих в акте коммуникации, и «сильная опора на внеязыковую ситуацию, приводящую к тому, что внеязыковая ситуация становится составной частью акта коммуникации, "вплавляется" в речь» [Земская 1979: 11]. Такой перечень отличительных черт должен был натолкнуть на идею абсолютной спонтанности разговорной речи. Однако и здесь есть свои особенности. Л.В. Щерба указывает на «громадный ассортимент готовых шаблонов, готовых фраз и даже готовых мыслей» и называет это естественным, поскольку «человеку в процессе повседневного общения нет времени для особого языкотворчества, и он в громадном большинстве случаев пользуется готовыми фразами» [Щерба 1957: 131]. В работах Л.П. Якубинского также можно встретить идеи о шаблонности, «окаменелости» разговорной речи, связанной с определенной стандартностью быта [Якубинский 1923: 174–175].

Шаблонность разговорной речи обеспечивает возможность ее анализа. Перспективность и эффективность практического применения результатов лингвистических исследований устной речи доказывается «методом экспериментирования» в синтаксисе, лексикографии и стилистике, важность которого впервые в отечественном языкознании подчеркнул Л.В. Щерба почти 50 лет назад [Щерба 1974: 32]. Необходимость верификации выводов лингвистических исследований, сделанных на основе транскриптов устных текстов, остается актуальной задачей лингвистов и сегодня [Фадеева 2009: 314].

Еще одной немаловажной характеристикой устной диалогической речи является ее близость к реальной жизни, а в связи с этим — возможность практического применения результатов исследований. В разделе «Некоторые итоги анализа экспериментального диалога» К.А. Филиппов продемонстрировал, что «речевое поведение говорящих в экспериментальной ситуации обнаруживает много сходных черт с поведением говорящих в

естественной ситуации общения», дал рекомендации, выполнение которых целесообразно при проведении занятий по развитию навыков устной иноязычной речи [Филиппов 2016: 184]. Таким образом, результаты лингвистических исследований, выполненных на эмпирической базе иностранной (в том числе институциональной) разговорной речи, приобретают особую практическую значимость, поскольку после переосмысления могут быть применены в качестве основы для диалогового метода обучения языку.

Массовое появление работ в области устной речи (нем. *Gesprochene-Sprache-Forschungen*) в немецком гуманитарном пространстве, направленных на изучение спонтанной речи, датируется 60/70-ми гг. XX века. Исследования были посвящены истории развития разговорного немецкого языка [Weithase 1961], формам, типологиям и границам спонтанной речи [Moser 1960, Steger 1967, Zimmermann 1965], описанию и сравнению синтаксиса письменного и разговорного вариантов немецкого языка [Höhne-Leska 1975, Rupp 1965], а также сопоставлению диалектной и разговорной речи [Engel 1962]. В целом лингвистический анализ спонтанной разговорной речи был направлен на первом этапе на выявление экстралингвистически обусловленной специфики этих двух базовых форм коммуникации и языковой вариативности применяемых здесь лексических, грамматических, стилистических, фонетических средств.

В дальнейшей исследовательской перспективе центральные социокоммуникативные отличия письменной и устной форм речи (нем. *Schriftlichkeit* и *Mündlichkeit*) были обобщены в немецкой лингвистике в образных понятиях нем. *Sprache der kommunikativen Nähe* ‘язык коммуникативной близости’ и *Sprache der kommunikativen Distanz* ‘языка коммуникативной дистанции’ с выделением их сущностных отличий (в терминологии Г. Хенне и Г. Ребокка — нем. *Nah- und Fernkommunikation* [Henne, Rehbock 2001]). «Язык близости» (*концептуально устная речь*), по П. Коху и В. Остерайхеру, предусматривает приватный характер общения, знакомого собеседника, высокий уровень эмоциональности, пространственно-

временную близость (англ. *face-to-face*), ситуативную и деятельностную включенность, интерактивность, диалогичность, свободную смену коммуникативных ролей, спонтанность, тематическую неограниченность. «Язык дистанции» (*концептуально письменная речь*) предполагает публичный характер, незнакомую аудиторию, слабую эмоциональную включенность, пространственно-временную отдаленность, ситуативную и деятельностную непредставленность, минимальное проявление интерактивности, монологичность, подготовленность, возможность рефлексии, наличие фиксированной темы [Koch, Oesterreicher 2008: 201]. Концептуально устная речь и письменная речь представляют собой полярные точки континуума, в котором развиваются коммуникативные формы, обладающие в разной мере свойствами как устной, так и письменной речи. Ввиду того, что на близость к одному из полюсов влияет целый ряд различных параметров, континуум представляется не линейным, а многомерным (нем. *mehrdimensionaler Raum*) [Koch, Oesterreicher 1985: 21].

Одним из основных понятий концептуально устной речи является ключевое для настоящей работы понятие *диалогичности* (данный термин уже был упомянут в трактовке отечественного ученого М.М. Бахтина [Бахтин 1986]). В отличие от понятия *диалог*, которое зарубежные лингвисты определяют как «продукт» интеракционного использования языка (например, телефонный разговор или обмен сообщениями в мессенджерах) [Imo, Lanwer 2019: 36], диалогичностью называют фундаментальное осмысление языка с точки зрения фактического или возможного потенциала его диалогического эффекта (нем. *dialogische Wirkung*) [Imo 2016a: 338]. Речь идет об анализе высказываний и отдельных оборотов, объединенных как обратными связями (англ. *backwards links*) с предшествующими ситуациями и предыдущим вкладом в развитие дискурса, так и возможными будущими речевыми действиями и ситуациями. Это не отдельные речевые шаги, вербализированные говорящим как бесконтекстные автономные реплики, а «интер-акты» с ретроспективными и проспективными аспектами (англ. *retrospective and prospective aspects* или

responsive and projective properties) [Linell 2009: 296]. Речевые конструкции берут свое начало в разговорных практиках, отличающихся рутинизированностью, конвенциональностью, а иногда даже ритуализированностью лексико-грамматического наполнения [Linell 2009: 302]. Такой подход, по мнению В. Имо и Й.Ф. Ланвера, приближает понятия диалогичности (нем. *Dialogizität*) и интеракциональности (нем. *Interaktionalität*) [Imo, Lanwer 2019: 37].

Идея о схожести понятий диалогичности и интеракциональности в контексте устного вербального взаимодействия врача и онкопациента становится более обоснованной после рассмотрения коммуникативно-прагматических категорий Г. Хенне и Г. Ребокка, предназначенных для конкретизации «типа разговорности» (нем. *Gesprächstyp*) при участии определенной общественной практике. Опираясь на данные категории [Henne, Rehbock 2001: 26–32], можно сказать, что по виду разговорной речи консультативная беседа врача и пациента представляет собой сочетание естественной спонтанной (речь пациента) и фиктивной (речь врача), предназначенной для определенных целей, разговорной речи (нем. *I Gesprächsgattung*). Пространственно-временные отношения характеризуются совпадением по времени и близостью в пространстве (нем. *II Raum-Zeit-Verhältnis: situationeller Kontext*). Количество партнеров по коммуникации может варьироваться от двух (межличностный разговор: врач и пациент) до количества, зависящего от представителей со стороны врача и пациента (групповая беседа в малой группе) (нем. *III Konstellation der Gesprächspartner*). Степень официальности может быть полуофициальной, когда к беседе в качестве слушателей допускаются заинтересованные лица, или официальной (нем. *IV Grad der Öffentlichkeit*). Наблюдается асимметрия социальных взаимоотношений, связанная разницей профессиональных знаний (нем. *V soziales Verhältnis der Gesprächspartner*), преобладание директивных видов разговорных актов инструктирующего характера (нем. *VI Handlungsdimensionen des Gesprächs*). Врач и пациент обычно не знакомы или знакомы поверхностно, если речь идет о повторных

консультациях (нем. *VII Bekanntheitsgrad*). Уровень подготовленности коммуникантов варьируется от «не подготовлены» или «подготовлены обычным образом» (пациент и сопровождающие его лица) до «подготовлены специально» (медицинский персонал) (нем. *VIII Grad der Vorbereitetheit*). Тема консультации обычно фиксирована, но в полной мере известна только врачу (нем. *IX Themafixiertheit des Gesprächs*). Такое сочетание характеристик дает основание согласиться с представленной В. Имо и Й.Ф. Ланвером идеей синонимичности понятий диалогичности и интеракциональности в рамках данного типа устного вербального общения [Imo, Lanwer 2019: 37].

1.5 Особенности консультативных диалогов врача и пациента

Анализируемые в рамках настоящего исследования диалоги зарождаются и развиваются в условиях *институциональной профессиональной медицинской обстановки*. Институциональность предполагает общение на увеличенной социальной дистанции (в терминологии В.И. Карасика — суперстандартное общение). Такой вид вербального взаимодействия устанавливается в случае отсутствия знакомства коммуникантов, при нарушении статусной индикации или когда «обстоятельства общения диктуют клишированную форму обмена репликами, форму начала, продолжения и завершения коммуникации» [Карасик 1991: 300]. Вербальное взаимодействие врача и пациента представляет собой встречу, а порой даже столкновение, двух устоявшихся форм общения: регламентированной / частично подготовленной и спонтанной. При общении с пациентом врач действует в соответствии с правилами, (гласно или негласно) функционирующими в рамках медицинского учреждения. В «арсенале» пациента имеются преимущественно инстинктивные шаблоны речевого поведения, заимствованные в основном из повседневных ситуаций общения.

Процесс институционализации неизбежно ограничивает коммуникантов в плане вербального изложения своих мыслей. Можно выделить ряд барьеров,

препятствующих спонтанному речевому взаимодействию врача и пациента. К ним, по нашему мнению, можно отнести регламентированность речевого поведения, степень персонифицированности (индивидуализированности) общения, асимметрию знаний и социальных ролей, приверженность к определенной модели взаимоотношений.

1.5.1 Регламентированность речевого поведения

Процесс институционализации базируется на седиментации, означающей, что, получаемые в ходе жизнедеятельности теоретические и практические знания закрепляются в сознании индивида и передаются другим поколениям с помощью языка. Это ведет к образованию устойчивых поведенческих и языковых привычек, а также стандартизации процессов на уровне сознания. Поведение партнера по коммуникации становится ожидаемым. Благодаря этому снимается психологическое напряжение и возникает чувство стабильности, защищенности [Knoblauch 1995: 25–26]. Это означает, что врач и пациент примерно представляют последовательность своих (речевых) действий. При этом регламентированность (речевого) поведения врача обуславливается не только *негласными правилами*, которые могут варьироваться в зависимости от культурной принадлежности взаимодействующих лиц и статуса медицинского учреждения, но и наличием письменных предписаний, закрепленных в кодексе профессиональной этики врача. Кроме того, правила ведения консультации прописаны в статьях и практических руководствах по коммуникации с (онкологическими) пациентами, а также в учебных пособиях для студентов, обучающихся в медицинских учреждениях, и практикующих врачей, проходящих курсы повышения квалификации [Baile et al. 2014; Coussios, Imo, Korte 2019; Gilligan et al. 2017; Kurz 2002; Kurz, Silverman 1996; Kurz, Silvermann, Draper 2004].

Факт наличия и высокий статус подобных работ говорит не только о тенденции к целенаправленному, осознанному освоению медицинскими работниками

коммуникативных навыков для более эффективного взаимодействия с пациентами, но и о наличии строгих коммуникативных ограничений и, как следствие, о невозможности абсолютной спонтанности, характерной скорее для бытового диалога в непринужденной обстановке. В то же время содержание этих работ указывает на стремление *персонафицировать общение*, приблизиться к пациенту. Об этом говорит набирающий популярность пациент-центрированный подход отвечающей за реализацию идеи активного вовлечения пациента в терапевтический процесс [Таратухин 2016; Davis, Schoenbaum, Audet 2005; Olesen 2004]. Таким образом, при характеристике вербального поведения врача и пациента уместно говорить об условной спонтанности.

Условно-спонтанным общением мы будем называть общение между неравностатусными субъектами, один из которых обладает специальными знаниями и шаблонами речевого поведения в линейно разворачивающейся ситуации общения (врач), а второй (пациент) действует согласно общим правилам ведения коммуникации, усвоенных в процессе социализации. Возможность спонтанности обеспечивается стремлением врача персонафицировать коммуникацию, найти индивидуальный подход в соответствии психоэмоциональным состоянием пациента. Условность возникает в силу действия институциональных правил.

Особенность вербальной интеракции врача и пациента заключается в более строгой приверженности консультирующего врача к прописанным стандартам. Важно, чтобы пациент понимал, что одно и то же заболевание у каждого человека проявляется по-разному и даже серьезный диагноз не всегда означает смертный приговор. Тем не менее, после объявления диагноза (особенно ракового) у пациентов часто «возникает целая серия психогенных реакций, в которых надежда и отчаяние сменяют друг друга, порождая то депрессию, то апатию, то тревогу, то эйфорию» [Гнездилов 2001]. По этой причине при общении с пациентами значение имеют даже на первый взгляд незначительные вербальные проявления. Например, затяжные паузы при описании характеристик заболевания могут навести пациента на мысль, что врач хочет что-то от него скрыть.

1.5.2 Персонализация общения

Персонализация создает пространство для проявления спонтанности. Она дает возможность пациенту чувствовать себя более уверенно, не бояться задавать вопросы, вносить в диалог избыточную для медицинской диагностики информацию о личной жизни.

В исследуемом нами корпусе диалогов врачей и пациентов персонализация проявляется на лексико-грамматическом уровне. Так, избыток придаточных причины, условных придаточных, конструкций с конъюнктивом II на этапах уточнения диагноза, обоснования и рекомендации терапии доказывает, врач стремится обеспечить пациента необходимой информацией. Персонализация заключается в том, что врач не ограничивается стандартным объявлением диагноза, но уточняет и поясняет его, озвучивает причинно-следственные связи между диагнозом, предлагаемой терапией и возможными побочными эффектами.

Для индивидуализации общения используются такие слова и выражения как *(immer) unterschiedlich* ‘(всегда) по-разному’, *(nicht) genau sagen können* ‘(не) могу точно сказать’, *(nicht) genau wissen* ‘не знать точно’, *höchstwahrscheinlich* ‘вероятнее всего’, *vielleicht* ‘возможно’, *wahrscheinlich* ‘вероятно’. С помощью эпистемической модальности врач может снижать и увеличивать степень категоричности своих высказываний, демонстрировать разную степень уверенности, мягко указывать на серьезность заболевания и в то же время давать надежду на выздоровление (ср.: «допущение альтернативных точек зрения» [Нефёдов 2017: 604]; англ. *uncertainty of diagnosis* ‘неопределенность диагноза’ [Peräkylä 2006: 228–229]). Своевременно подобранные высказывания с модальностью (не)уверенности обеспечивают стабильное психоэмоциональное состояние пациента.

Разговорные частицы *ja?* ‘да?’ и *okay?* ‘окей?’ и вопросы открытого типа *Haben Sie (noch) Fragen?* ‘Есть ли у вас (еще) вопросы?’ служат в качестве средств «проверки контакта» (нем. *Vergewisserungssignal* [Imo 2013: 191;

Weinrich 2005: 833], нем. *Rückversicherungssignal* [Duden 2009: 595]). Персонафицированность проявляется в том, что с помощью таких речевых действий врач отслеживает понимание пациентом предоставленной ему информации, проверяет его вовлеченность в диалог, открыто предоставляет слово (передает инициативу), демонстрирует свое внимание, выстраивает доверительные отношения.

Вопросы об увлечениях, семье, планах на будущее позволяют врачу отвлечь пациента от неприятного диагноза, напомнить, что жизнь продолжается, хотя и придется немного изменить привычный распорядок. Персонафицированность в данном случае заключается в стремлении врача проявить эмпатию, поддержать и приободрить пациента.

Употребление личного местоимения *wir* ‘мы’ в инклюзивном значении выполняет функцию поддержки и распределения ответственности. Например, в предложении *Deshalb müssen wir jetzt in drei Monaten auch nochmal eine Rektoskopie machen* ‘Поэтому мы сейчас должны через три месяца еще раз сделать ректоскопию’ местоимение *wir* указывает как на пациента, так и на медицинский персонал. Врач имплицитно дает указание пациенту через три месяца прийти на дополнительное обследование. Происходит разделение сфер ответственности (пациент должен выполнять предписания врача, а медперсонал следить за проведением процедур) и подчеркивается, что только вместе, сообща можно справиться с заболеванием (ср.: [Mostovaia, Fedorovskaya, Imo 2023]). Персонафицированность здесь раскрывается в виде сближения с пациентом за счет имплицитированного в местоимение *wir* сообщения: «Вы не один, мы (медработники) рядом».

1.5.3 Асимметрия знаний и социальных ролей

Наличие большого числа (не)гласных правил поведения и стремление к стандартизации речевых действий приводят к статусному маркированию ситуаций и увеличивают степень формальности отношений. Про формальность

психолог Н.И. Козлов пишет, что «это официально, гласно, письменно, <...> это про букву, в отличие от духа, <...> про мертвое, в отличие от живого». Сами формальные отношения он определяет как «отношения, строго и автоматически следующие из формально установленных правил и норм» [Козлов 2016: www].

Формальность может усиливаться вследствие ситуативного и социального неравенства коммуникантов. *Ситуативное неравенство* врача и пациента начинается, когда пациент признает свой физический и / или психологический недуг и готов обратиться за помощью к компетентному лицу. Решаясь на консультацию со специалистом, пациент негласно признает ситуативно обусловленное первенство врача [Изуткин 2012; Козлов 2010]. *Социальное неравенство* во взаимоотношениях врача и пациента стоит рассматривать, по нашему мнению, с точки зрения наличия у врачей специальных знаний. При этом неравенство может усиливаться при появлении у врача ученой степени и звания. Такой вывод сформировался при анализе параллельно исследуемого нами корпуса русскоязычных диалогов с онкопациентами, которые эксплицитно выражали свою признательность, радость и даже некоторый восторг от того, что «попали к специалисту *такого* уровня» (ср.: [Осипенко, Федоровская, Еникеев 2022]). В анализируемом в настоящей работе немецкоязычном корпусе пациенты не проявляли интерес к занимаемой должности своего лечащего врача и не высказывали восхищения или любого другого мнения по поводу его статуса.

Ситуативное и социальное неравенство являются одними из компонентов *коммуникативной асимметрии*. Асимметрия заложена уже в самой интеракциональной модели коммуникации. В связи с тем, что порождение смыслов и их интерпретация отличаются, как отмечает М.Л. Макаров, «как по способам осуществления этих операций, так и по типам участвующих в них форм когниции, перцепции и даже аффекта», передача смыслов один к одному может быть затруднительна. Чаще можно столкнуться с ситуациями, когда получатель сообщения выводит смыслы, отличные от передаваемых адресатом

[Макаров 2003: 39]. Проследить и оценить такой вид асимметрии (когда дисфункция интеракции происходит на моменте декодирования информации и формирования выводного смысла) возможно только в том случае, если врач / пациент вербально выражает свое непонимание или несогласие и просит повторно разъяснить предоставленную информацию.

Менее проблематично выглядит ситуация с распознаением *функциональной и дисфункциональной асимметрии*, выделенных А. Кёрфером при изучении коммуникативной компетенции врачей. В первом случае речь идет о том, что любое вербальное взаимодействие само по себе предполагает наличие говорящего и слушающего. Если врач и пациент будут одновременно спрашивать и отвечать, информировать и переспрашивать, предлагать и соглашаться, то коммуникация вряд ли состоится. Второй вариант асимметрии возникает в тот момент, когда один из партнеров начинает перебивать, менять тему, осаждать, занижать значимость слов собеседника, давать указания и т.д. [Koerfer et al. 2008: 42]. С.Б. Белецкий называет этот процесс «злоупотреблением» высказываниями, имеющими подчинительный характер. Дисфункциональную асимметрию он рассматривает как привнесенную асимметрию, подчеркивающую ролевое неравенство [Белецкий 2010: 19]. Если при взаимодействии с пациентом врач осознанно отдает предпочтение указательной, а не рекомендательной манере ведения диалога, то, используя терминологию А. Кёрфера и соавторов, можно говорить о *стратегическом использовании языка*⁴, а не просто о воплощении нейтральных коммуникативных действий [Koerfer et al. 2008: 43].

Л. Хайдэн и Е.Г. Мишлер выделяют три альтернативных *источника возникновения асимметрии* во взаимоотношениях врача и пациента.

В первом подходе подчеркивается разная степень власти, основанная на социально-классовой структуре общества. Принято считать, что врачи, с их высоким уровнем образования и дохода, занимают более высокую ступень в

⁴Вопросу стратегического использования языка в рамках устной медицинской коммуникации посвящены преимущественно работы отечественных ученых. Результаты исследований о функционировании коммуникативных стратегий и тактик подробно изложены у Э.В. Акаевой (2007), М.И. Барсуковой (2007), Л.С. Бейлинсон (2001), В.В. Журы (2008), Н.Ю. Сидоровой (2008), В.О. Федоровской и Т.А. Осипенко (2020).

иерархии социальных ценностей и статусов, нежели пациенты [Hydén, Mishler 1999: 178].

Второй источник связан с конфликтом между практически перенесенным пациентом опытом заболевания (англ. *lived experiences*) и теоретическими знаниями врачей о заболевании (англ. *medical conceptions of illness*). Происходит столкновение взглядов врача и пациента. Первые пытаются контролировать тему, задавать направление консультации, выяснять информацию, релевантную непосредственно для постановки диагноза и ориентироваться на обобщенное медицинское знание. Вторые, в свою очередь, стараются рассказать о своем опыте борьбы с болезнью, сообщить личные страхи и тревоги, описать повседневные заботы [Hydén, Mishler 1999: 178]. Е.Г. Мишлер противопоставляет «голос медицины» (англ. *voice of medicine*) и «голос жизненного мира» (англ. *voice of lifeworld*). Изучение медицинской коммуникации привело его к выводу, что «голос медицины» имеет приоритет перед «голосом жизненного мира», может заглушать и прерывать его [Mishler 1984: 14]. Правомерность этого утверждения объясняется тем, что врач «подтверждает состояние болезни, контролирует пациента, чтобы тот не злоупотребил своими привилегиями, и несет ответственность за возвращение его к выполнению нормальных социальных функций» [Баженов 2019: 81].

Третья причина асимметрии — ожидание определенного поведения в рамках института медицины, закрепленное в культурных ожиданиях (англ. *culturally shared expectations*) в отношении поведения экспертов (врачей) и непрофессионалов (пациентов). Предполагается, что к проблемам пациентов врачи отнесутся с пониманием, а пациенты не будут вмешиваться в процесс определения методов терапии [Hydén, Mishler 1999: 179]. В большинстве случаев обе стороны понимают и принимают эти ожидания. Именно поэтому асимметрия не является продуктом односторонних действий врача, а совместно создается обоими коммуникантами [ten Have 1991, Maynard 1992].

Степень асимметрии в отношениях врача и пациента можно проследить на примере трех моделей, предложенных Т. Сасом и М. Холлендером, основанных

на состоянии пациента и характере заболевания. Первая модель «Активность — пассивность» отражает отношения, в которых пациент является пассивным реципиентом, поскольку в силу своего беспомощного физического состояния (шок, кома, потеря сознания) не способен к осознанному диалогу и принятию решений. Такая модель является прототипом отношений родителя и младенца. Вторая модель «Руководство и кооперация» основана на том, что врач диктует правила поведения, а пациент выполняет все предписания. Модель этого вида применяется при работе с острой формой заболевания (большинство инфекционных болезней). В качестве прототипа этого вида отношений выступают отношения родителя и несовершеннолетнего ребенка. Третью модель авторы называют «Партнерство», в которой врач выступает в качестве помощника и советчика, а пациент берет на себя ответственность отслеживать и иногда осуществлять лечебные мероприятия. Эта модель применима при хронических заболеваниях (диабет, астма, разного рода аллергии и т.д.) и отражает отношение двух взрослых [Szasz, Hollender 1956: 586].

В анализируемом корпусе транскриптов в зависимости от 1) личностных особенностей пациента и сопровождающих его лиц и 2) этапа консультации диалог становится более симметричным (доля участия в диалоге пациента и сопровождающих его лиц увеличивается) или более ассиметричным (увеличивается доля реплик врача).

В первом пункте мы говорим про личностные особенности *именно пациента и сопровождающих его лиц*, поскольку во всех диалогах врачи проявляли сдержанность и не выходили за рамки профессиональной этики, действуя в рамках алгоритма ведения консультации. Пациенты и сопровождающие лица, напротив, могли начать рассказывать об увлечениях, ближайших планах, сложностях в личной жизни, возмущаться, жаловаться на загруженность и нехватку времени.

Зависимость симметрии от этапа консультации видится в следующем. Разбор логико-прагматической организации диалогов показал наличие в них до 14

коммуникативных блоков⁵ [Coussios, Imo, Korte 2019: 12–17]. К наиболее частотным структурным компонентам можно отнести шесть: установление контакта, актуализацию истории болезни, объявление диагноза, характеристику показателей опухоли, изложение плана лечения и завершение консультации [Осипенко, Федоровская, Еникеев 2022: 103–105]. Если врач стремится изложить только основную информацию, то, вероятнее всего, он будет придерживаться именно такой последовательности речевых действий и участие пациента будет минимально. Если во время консультации врач постоянно производит запрос обратной связи от пациента, то последний с помощью разного типа вопросов может привносить незапланированные врачом коммуникативные блоки. Благодаря этому наблюдается повышение вербальной активности пациента и, как следствие, уменьшение асимметрии.

В диалогах врача и онкопациента стадия развития заболевания не всегда становится причиной усиления или ослабления симметрии. Из предложенных Т. Сасом и М. Холлендером моделей можно было ожидать, что при объявлении диагноза, связанного с операцией, стремление пациента участвовать в диалоге будет возрастать (возможность операции означает хорошее или удовлетворительное состояние), а при упоминании о химиотерапии или облучении снижаться (указывает на тяжелое состояние). Тем не менее, в половине диалогов наблюдалась противоположная тенденция. При объявлении необходимости химиотерапии пациенты становились вербально более активными. Задали уточняющие вопросы о самой процедуре, интересовались, как быстро отрастут волосы, как долго нужно будет наблюдаться после процедуры, получится ли полностью излечиться. Благодаря активным речевым действиям диалог тендировал в сторону симметрии. Сообщение о предстоящей операции могло, напротив, расстроить пациента и превратить его в молчаливого слушателя. Коммуникация становилась еще более асимметричной.

⁵О понятии коммуникативного блока см. подробнее [Крижановская 2006: 163–167]. Альтернативные названия — коммуникативно-прагматический сегмент [Чернявская 2006: 70–71], коммуникативно-смысловой элемент [Нефёдов 2013: 199], структурный компонент [Осипенко, Федоровская, Еникеев 2022].

Ф. Менц подчеркивает, что если врач описывает алгоритм процесса лечения в виде рекомендаций терапевтических действий, а не в виде строгих предписаний, то он предоставляет пациенту больше возможностей принять участие в обсуждении и принятии решения [Menz 2015: 78], т.е. сократить степень асимметрии. В анализируемых диалогах лексико-грамматические маркеры указывают на рекомендательный стиль изложения информации (например, предложения с *empfehlen* ‘рекомендовать’ и *vorschlagen* ‘предлагать’), но вербальная активность пациентов от этого не увеличивается.

1.5.4 Модель взаимоотношений врача и пациента

Рассмотрение моделей взаимоотношений врача и пациента важно не только для ознакомления с существующими коммуникативными основами медицинской деятельности в целом. С лингвистической точки зрения от выбора определенной модели взаимоотношений зависит набор и последовательность коммуникативных блоков, лексическо-грамматических средств и интенсивность вовлечения пациента в коммуникацию.

В настоящее время популярностью пользуется концепция, предложенная в 90-х гг. XX века И. и Л. Эмануэль [Emanuel, Emanuel 1992]. Разработанные ими модели взаимоотношений базируются моделях Р. Витча, представленных еще в 70-х гг. XX века [Veatch 1972]. Преимущество моделей И. и Л. Эмануэль заключается в том, что они развили и дополнили идеи Р. Витча в соответствии с современными тенденциями в медицине.

Ученые выделяют 1) патерналистскую модель (англ. *the paternalistic model*), 2) информирующую / информативную модель (англ. *the informative model*), 3) интерпретативную модель (англ. *the interpretative model*) и 4) совещательную модель (англ. *the deliberative model*).

В современных условиях ситуация общения в рамках *патерналистской модели* выглядит следующим образом: врач, которому отведена роль стража и защитника, предоставляет пациенту правдивую информацию о заболевании,

иногда описывает полный перечень возможных методов лечения, но выстраивает коммуникацию таким образом, чтобы пациент согласился на запланированное врачом лечение. Даже если пациент не согласен с некоторыми методами, восстановление его физического состояния будет всегда иметь приоритет. Выздоровление «любой ценой» и благополучие пациента имеет бóльшую ценность, нежели предоставление пациенту возможности самостоятельно принимать решение. При актуализации *информирующей модели* в задачи врача (эксперта) входит предоставление всеобъемлющей информации о заболевании, методах лечения, осложнениях или побочных эффектах. Пациент выбирает вид медицинского вмешательства по своему усмотрению, после чего врач обязан осуществить лечение, даже если ему кажется, что выбор пациента необъективен и может навредить его здоровью. *Интерпретативная модель* основана на активной речевой деятельности врача, выступающего в роли ментора, советника и наставника. Принципы данной модели обязуют его полно и подробно информировать пациента о преимуществах и недостатках возможных вмешательств. Врач помогает пациенту осознать свои жизненные приоритеты и на основе этого указывает на разумное решение, разъясняет и аргументирует причины, по которым тот или иной вид лечения наиболее полно удовлетворяет запросы пациента, но не навязывает свою точку зрения. *В совещательной модели* врач выступает в роли друга или учителя. В его задачи входит описание, объяснение и рекомендация только наиболее предпочтительных методов лечения, которые могут быть реализованы в текущей клинической ситуации. Принятие решения осуществляется совместно после всестороннего обсуждения вопроса [Emanuel, Emanuel 1992; Белецкий 2010: 12–22; Ушаков 2017: 53–59].

Анализ эмпирического материала показывает, что для консультирования онкопациентов характерно использование «усовершенствованной» патерналистской модели. Патернализм проявляется в том, что врач (или совет врачей) чаще всего принимает решение за пациента на основе его анализов и предлагает только один вариант развития терапии. «Модернизация»

патернализма, на наш взгляд, проявляется в том, что 1) врачи используют в речи фразы рекомендательного характера. Рекомендация может быть настоятельной или сдержанной в зависимости от состояния здоровья пациента и личности врача. 2) Врачи склонны вступать в партнерский диалог с пациентом. Эксплицитное проявление вежливости и демонстрация соучастия необходимы, чтобы расположить пациента к диалогу и склонить в пользу предлагаемого ими варианта. 3) У пациента всегда сохраняется потенциальная возможность отказаться от предлагаемой терапии, запросить второе мнение или выбрать для наблюдения другое лечебное учреждение. Тем не менее, эти варианты обсуждаются только при выражении явного несогласия со стороны пациента. Озвучивание одного варианта лечения не связано с проявлением власти и не говорит о готовности врача полностью взять на себя ответственность за принимаемое решение. Рекомендация только одного подхода к лечению основывается на специфике заболевания: здесь в принципе имеется ограниченный перечень методов. При разборе лексико-грамматического состава диалогов мы более подробно рассмотрим проявления патерналистских и делиберативных тенденций при вербальном взаимодействии врача и онкопациента.

1.6 Интеракциональная модель описания коммуникации

Одним из основополагающих критериев восприятия и интерпретации языковой деятельности является *толкование получаемой информации*. Это понятие приобретает разное теоретическое содержание в зависимости от модели коммуникации, в рамках которой оно рассматривается. В связи с переходом от механической к деятельностной парадигме развились *информационно-кодовая, инференционная и интеракциональная* теоретические модели коммуникации [Кашкин 2000, 2012; Коноваленко, Коноваленко 2016; Краснянский 2009; Макаров 2003].

Для *информационно-кодовой модели коммуникации* (другие названия: линейная / механическая / трансляционная модель / математическая модель Шеннона — Уивера) характерно наличие 1) источника (отправителя), 2) кодирующего устройства, 3) сообщения (идеи, мысли), передаваемого говорящим *намеренно*, 4) канала связи, 5) декодирующего устройства и 6) приемника (получателя). Обязательными условиями успешности коммуникации при этом являются владение кодом (знаковой системой языка) для соотнесения акустических сигналов и семантического значения (кодирования и декодирования информации) и наличие общего коллективного опыта. Таким образом, кодовая модель служит только для трансляции информации = мыслей говорящего [Макаров 2003: 33, Кашкин 2000: 12].

Достоинство данной модели, по наблюдению В.Б. Кашкина, заключается в том, что она способствовала развитию многих наук, связанных с обменом информации [Кашкин 2000: 11], а Д.Е. Краснянский подчеркивает, что модель помогла сформировать представление о скорости и количестве передаваемой информации [Краснянский 2009: 61].

Недостаток данной модели М.Л. Макаров видит в том, что с ее помощью невозможно «адекватно описывать реальные процессы коммуникации», проходящие на естественном языке, поскольку в рамках данной модели сообщение ограничивается «коммуникативным материалом» (мыслями, излагаемыми намеренно), а «информативный материал» (смыслы, которые могут появиться независимо от намерений говорящего) во внимание не принимаются [Макаров 2003: 35]. Согласно Д.Е. Краснянскому данная модель не отражает факт наличия обратной связи. Иначе говоря, коммуникативный процесс носит линейный, однонаправленный характер [Краснянский 2009: 61].

В *инференционной модели*, основоположником которой является Г.П. Грайс, основная задача отправителя — сделать свое сообщение понятным для адресата. Инференция означает выводное значение (результат) или дедуктивное умозаключение, которое делает получатель, воспринимающий (не)вербальный сигнал в результате извлечения и обработки полученного кода.

Сообщение в данном случае понимается не просто как «мысль» (как в кодовой модели), но как демонстрация интенций, намерений говорящего.

Существует два подхода к инференционной модели. С одной стороны, она представляет собой принципиально новый подход к информации и коммуникации. Принципиальное отличие от предыдущей модели заключается в том, что коммуникация становится возможной при наличии практически любого способа распознать *намерение говорящего*. Это свидетельствует об отсутствии явной необходимости в (де)кодировании сообщения и о непосредственном вербальном сопровождении действий, поэтому демонстрация интенций может происходить не только через вербальное воспроизведение информации, но, например, и через молчание. В этом случае код трактуется как общий набор конвенций для говорящих и слушающих, а сообщение выводится из «*знания конвенций, сигнала и контекста*» [Макаров 2003: 37]. Такой радикальный подход, с точки зрения М.Л. Макарова, хорошо подходит для анализа условных символов, но не живого языка, поскольку «языковые репрезентации не всегда концептуальны, а отношения между ними не всегда основаны на выводимости» [Макаров 2003: 37].

С другой стороны, инференционная модель рассматривается как дополненная версия кодовой модели с тем лишь отличием, что распознаванию подлежат не только вербальные сигналы, а интенции говорящего, которые благодаря языковому воплощению должны быть поняты определенным образом. Дж. Сёрл, один из приверженцев такой трактовки описываемой модели, не исключает возможности использования только инференционной формы коммуникации, но настаивает на том, что такие случаи скорее исключение, чем правило. Американский философ замечает, что иллокутивные акты, как правило, воплощаются внутри языка в силу существования определенных правил. Если бы язык не допускал возможности представить прагматический компонент смысла без вербального сопровождения, то коммуникативная цель говорящего была бы не ясна. Поэтому передача

иллокутивных актов без использования речи возможна, но эта возможность обусловлена как раз существованием языка [Searle 1969: 38]⁶.

Интеракциональная модель коммуникации (также интеракционная, диалогическая, деятельностьная) предполагает, что трансформация смыслов во время общения происходит благодаря взаимодействию коммуникантов под воздействием социально-культурных условий. Получается, что на уровне «идеализированной языковой системы» возникают коммуникативные процессы, а на уровне общества создаются контексты, локальные социальные структуры, которые отражаются в коммуникативных действиях [Knoblauch 1991: 447]. Наличие жизненного опыта и знание социально-культурных конвенций облегчает распознавание намерений, а любая форма поведения при определенных условиях может получить дополнительное ситуативное значение. В интеракциональной модели, согласно М.Л. Макарову, значение имеет *демонстрация смыслов* (ср.: в кодовой модели — трансляция информации, в инференционной модели — манифестация намерения), которые человек демонстрирует, «хочет он того или нет». Большую значимость приобретает *активность слушающего*. Учитывая тот факт, что говорящий и реципиент постоянно меняются местами, интерпретация смыслов происходит обоюдно. Благодаря такой совместной «коммуникативной работе» происходит постоянное движение смыслов и одновременное «переживание общности интересов и действий» [Макаров 2003: 39].

Для описания консультативной беседы врача и онкопациента ввиду ее дискурсивно-коммуникативной специфики (асимметрии социальных ролей, потенциальной асимметрии при интерпретации коммуницируемых смыслов вследствие различия уровня медицинских знаний, экстраординарности ситуации общения и т.д.) для настоящего исследования особую ценность представляют теоретические идеи интеракциональной модели коммуникации.

⁶ “The Fact that one can perform some illocutionary acts while standing outside a natural language, or any other system of constitutive rules, should not obscure the fact that in general illocutionary acts are performed within the language in virtue of certain rules, and indeed could not be performed unless language allowed the possibility of performance” [Searle 1969: 38].

Во-первых, данная модель позволяет учитывать экстралингвистические условия порождения коммуникации. В рамках данной работы при анализе эмпирического материала учитывались, например, общие правила консультирования онкопациентов, стадия заболевания (от этого зависит психоэмоциональное состояние пациента), наличие или отсутствие сопровождающих лиц (этот фактор может объяснить вербальную активность или пассивность пациента).

Во-вторых, выбранная модель предусматривает возможность (даже необходимость) получения обратной связи от адресата (пациента) для динамичного конструирования дальнейшего общения, прогнозирования возможных коммуникативных сложностей и при необходимости корректировки предоставляемой информации. Следовательно, (адекватная) вербальная активность и заинтересованность пациента содействуют продуктивной коммуникативной работе. Например, если пациент задает вопросы или открыто заявляет, что объяснения врача требуют другой формулировки, то участники коммуникации быстрее находят взаимопонимание.

В-третьих, интеракционная модель в итоге предназначена для координации действий, а не просто для порождения последующего речевого акта. Это важно в той связи, что вербальная деятельность врача должна быть выстроена таким образом, чтобы с ее помощью можно было организовать контроль и мониторинг действий пациента (выполняет ли он предписания врача, сообщает ли все значимые сведения о текущем заболевании, правильно ли интерпретирует предоставляемую информацию, в каком эмоциональном состоянии находится).

1.7 Характеристика исследовательского корпуса

В настоящем исследовании мы различаем понятия *диалог* и *макродialog*. Под *диалогом* мы понимаем непосредственное устное общение (англ. *face-to-face*) врача и пациента (а также сопровождающих его лиц) во время

консультативной беседы. Целью такого диалога является вербализация предварительного / окончательного диагноза и выработка соответствующего плана терапии (проговаривание и обсуждение всех этапов лечения).

Для анализа устной речи важно учитывать не только соотнесенность речевых действий собеседников, но и понимать символический смысл их высказываний, принимать во внимание «место в координатах культуры, институтов, норм общения и деятельности, ценностей, ритуалов, конвенций» и т. д. [Макаров 2003: 187]. По этой причине актуально рассматривать интеракцию не только на микроуровне, т.е. на уровне отдельно взятого диалога, но и на макроуровне, объединяющего неопределенное множество построенных по одному принципу диалогов схожей тематики.

Для определения понятия макродиалога в профессиональной медицинской интеракции рассмотрим термин *макротекст*. Н.В. Данилевская трактует это понятие как «совокупность высказываний или текстов, объединенных содержательно или ситуативно, а также связанных на основе структурно-композиционного и культурного единства» [Данилевская 2011: 216]. Существует два основных подхода к макротексту. С одной стороны, он рассматривается в аспекте культуроцентрического подхода, с другой стороны, как единица текстоцентрического порядка.

Культуроцентричность связана с идеей М.М. Бахтина о принципиальной *диалогичности*, незамкнутости текста. В этой концепции диалогичность трактуется как «переключки идей во времени». Текст же «приобретает значение интертекста со статусом историко-культурной парадигмы». С этой точки зрения макротекст — это своеобразная модель текста вообще. Каждый фрагмент такого текста вбирает в себя «опыт» предыдущих текстов, иными словами, охватывает безграничное множество более мелких, частных микротекстов, сумму общих (культурных) кодов и смысловых систем [Данилевская 2011: 217].

В аспекте *текстоцентрического* подхода макротекст представляется как модель отдельного текста, «включающего в свою смысловую структуру

некоторый набор иерархически упорядоченных и взаимосвязанных микротекстов». Существует более «широкая» и более «узкая» трактовка макротекста. В первом случае макротекст связывают с функционально-смысловым подходом к анализу текста, во втором — со структурно-семантическим. В рамках функционально-смыслового подхода макротекст рассматривается как содержательная целостность, которая складывается из микротекстов на основе смыслового взаимодействия, логико-семантической взаимообусловленности и структурно-композиционного единства. В этом случае в качестве микротекстов называют субтекст, развернутый вариативный повтор, коммуникативный блок, типовые комплексы коммуникативно-познавательных действий [Данилевская 2011: 217–218]. В контексте структурно-семантического подхода любой текст понимается как отдельное произведение, представленное в виде макроструктуры, которая возникает благодаря логико-семантическим отношениям между суперсинтаксическими единицами (например, синтаксическое целое, прозаическая строфа, сверхфразовое единство, абзац, сегмент и т.д.) [Данилевская 2011: 219].

Исходя из представленных концепций, под макродиалогом мы понимаем серию однотипных (т.е. развивающихся по определенной, подчиненной институциональным правилам, схеме, выработанной на основе культурного, социального и профессионального опыта врача) консультативных бесед с одним или разными пациентами в устной форме. Примером макродиалога может быть множество диалогов одной тематики: профилактические, предварительные, периодические, предрейсовые, послесменные осмотры; или серия диалогов с одним пациентом, начиная от первичной консультации, заканчивая последним посещением врача.

Для более точных результатов исследования видится обоснованным желание исследователя иметь для анализа, с одной стороны, макродиалог с одним пациентом, чтобы в динамике проследить, как развивалось речевое взаимодействие врача и пациента от первого до последнего приема. С другой стороны, несколько серий макродиалогов одного врача с разными пациентами,

чтобы сравнить, как на практике реализуется «идеальная» схема ведения консультации (— алгоритм действий, который предлагается в тренинговых пособиях по развитию коммуникативных навыков врачей) и как изменяются речевые шаблоны при общении с разными типами пациентов.

В связи со сложностью сбора эмпирического материала (необходимость получения одобрения локального этического комитета медицинского учреждения и согласия пациентов на сбор данных) и ограниченными сроками проведения проекта, в рамках настоящего исследования для анализа вербального взаимодействия врача и онкопациента использовались диалоги с разными пациентами одной тематики. Так называемые *Therapieplanungsgespräche* ‘консультативные беседы, нацеленные на выработку плана терапии’.

Материалом настоящего исследования является немецкоязычные транскрипты, составленные на основе 51 аудиозаписи консультативных бесед с онкологическими пациентами по правилам *базовой* транскрипции системы GAT-2 [Selting et al. 2009], общим объемом 644 печатные страницы. Продолжительность одной аудиозаписи составляла в среднем 20 минут. С целью предотвращения идентификации личности пациента и врача в процессе транскрибирования аудиозаписей производилась анонимизация данных посредством удаления имен / фамилий, должностей, дат и другой информации, способствующей раскрытию личности кого-либо из участвующих лиц. После составления транскрипта аудиозаписи удалялись. В связи с этим диалоги доступны только в виде текстовых файлов.

Аудиозаписи были собраны в рамках проекта «От патологии к пациенту: повышение эффективности трансфера информации и обеспечение понимания с целью повышения безопасности онкологических пациентов»⁷, реализованного проф. В. Имо совместно с проф. д-ром М. Бенцем и проф. д-ром Т. Рюдигером при поддержке немецкой некоммерческой организации по оказанию помощи

⁷ Оригинальное название проекта „Von der Pathologie zum Patienten: Optimierung von Wissenstransfer und Verstehenssicherung in der Onkologie zur Verbesserung der Patientensicherheit“, номер проекта 111172.

онкопациентам *Deutsche Krebshilfe* в период с октября 2014 года по март 2015. Запись консультаций проходила в четырех отделениях городской больницы Карлсруэ: медицинская клиника №1 (специализация: терапия внутренних болезней, нефрология, ревматология и пульмонология), медицинская клиника №3 (специализация: гематология, онкология, инфекциология, паллиативная медицина), клиника общей и висцеральной хирургии, женская консультация (с более подробным описанием процесса и условиями сбора аудиоматериала можно ознакомиться в [Bentz et al. 2017: 3–5, Imo 2017b: 2–4]).

Основной задачей врача во время консультирования являлось 1) сообщение подтвержденного ракового диагноза и 2) описание / обсуждение последующих лечебных мероприятий. Помимо ведущего врача и пациента (с согласия пациента) в кабинете могли находиться родственники пациента, врачи соответствующего отделения больницы, студенты-практиканты. В большинстве случаев сотрудники клиники связывались с пациентом по телефону в максимально короткое время после получения подтверждения патологического диагноза с целью приглашения на консультацию.

Транскрипты предоставлены автору исследования в рамках проекта *GIP (Germanistische Institutspartnerschaften)* — сотрудничества в области германистики между Институтом лингвистики и межкультурной коммуникации Сеченовского университета и Институтом германистики Гамбургского университета.

1.8 Алгоритм анализа и лингвистические задачи описания консультативных бесед врача и пациента

Для выявления характерных лингвистических и экстралингвистических характеристик медицинских консультативных бесед был проведен многоуровневый анализ их речевой структуры и ситуативного контекста. При анализе речевой структуры в центре рассмотрения находилось лексическое наполнение и грамматическое оформление диалогических текстов, за счет

которых происходит семантизация и актуализация основных (наиболее частотных) этапов консультации при вербальном взаимодействии врача и пациента. Прагматический анализ ситуативного и локального контекстов был направлен на выявление типичной коммуникативной структуры анализируемых диалогов. Элементами проведенного многоуровневого лингвопрагматического анализа являлись следующие научно-исследовательские процедуры (ср.: [Ito, Lanwer 2019: 132–137]).

1) *Оценка внешней организации диалогов.* Данный этап анализа производится на основе подсчета транскрипционных строк и слов, приходящихся на долю врача, пациента и сопровождающих его лиц. Для количественной оценки интерес также представляют слова определенной семантики (профессиональные термины, эвфемизмы, экспрессивно-оценочная лексика и т.д.). Результаты анализа позволяют судить о доли участия врача, пациента и сопровождающих его лиц в диалоге, об общем эмоциональном фоне консультации, о степени статусно-ролевой асимметрии и в целом о выбранной модели речевого взаимодействия.

2) *Определение внутренней организации диалогов.* Основная цель данного этапа — выявление характерных коммуникативно-структурных компонентов и их систематизация. Коммуникативно-структурный компонент (также обозначается как «коммуникативный блок» [Крижановская 2006: 163–167], «коммуникативно-прагматический сегмент» [Чернявская 2006: 70–71], «коммуникативно-смысловой элемент» [Нефёдов 2013: 199]) имеет специфическую функцию, подчиненную, типовое предметно-денотативное содержание и систему повторяющихся лексических и морфосинтаксических показателей (ср.: [Нефёдов 2013: 199, 202]). В качестве критериев для систематизации выбраны параметр частотности воспроизведения и параметр «коммуникативной инициативности». Под частотностью понимается, во-первых, встречаемость анализируемого коммуникативно-структурного компонента в рамках одного диалога и, во-вторых, наличие этого же структурного компонента в других диалогах. Использование критерия

«коммуникативной инициативности» подразумевает двоякую исследовательскую направленность: на контекстное выявление целевой коммуникативной установки фрагмента диалога и на объяснение причин порождения структурного компонента: кто инициирует его воспроизведение, происходит ли речевая активация за счет вопроса пациента или «траекторию» задает врач.

3) *Отбор коммуникативно-структурных компонентов для анализа.* Поскольку при анализе было выявлено довольно обширное количество коммуникативно-структурных компонентов и в связи с ограниченностью объема диссертационного исследования представлялось необходимым сосредоточить внимание только на некоторых категориях. Изначально выбор стоял между анализом наиболее частотных категорий и анализом «уникальных», редко встречающихся, категорий. Автором исследования был сделан выбор в пользу первого. Второй аспект видится перспективным направлением исследовательской деятельности для углубления знаний об устной коммуникации врача и пациента.

4) *Секвенциальный анализ выбранных коммуникативно-структурных компонентов.* На данном этапе исследования рассматривается, как в рамках одного структурного компонента происходит «движение» диалога (смена коммуникативных ролей), возникают ли при этом сложности понимания или интерпретации.

5) *Выявление лексических средств и грамматических конструкций, за счет которых происходит вербализация каждого коммуникативно-структурного компонента.* На этом этапе анализа, во-первых, выявляются функции выбранной для анализа лексической единицы или грамматической структуры в высказывании с учетом пауз, фразового ударения и интонационных особенностей реплики. Во-вторых, в расчет принимаются интеракционные особенности анализируемого речевого средства, а именно: для кого характерно воспроизведение этого слова / словосочетания / грамматической структуры, есть ли зависимость между этапом консультации и частотностью появления

анализируемого языкового средства, влияет ли оно на передачу слова собеседнику, возникают ли при этом паузы, замешательство, смех, слезы и т.д. В-третьих, оценивается влияние локального контекста: имеет ли слово/словосочетание / грамматическая структура связь с предыдущим высказыванием, исправляет / уточняет ли говорящий уже произнесенное(-ую) слово / словосочетание / грамматическую структуру, имеет ли оно/она влияние на связность текста. В-четвертых, проводится сопоставление передачи и восприятия анализируемой языковой единицы: служит ли она для маркирования определенного сигнала (согласия, недоверия, переспроса, репаратуры (= самокоррекции), вопроса), выражения эмоций, уменьшения или увеличения коммуникативной дистанции, для ориентировки на определенное действие.

Применение этапов описанного алгоритма проведения интеракционного анализа разговорной речи видится возможным не только при оценке вербального взаимодействия врача и пациента, но и других видов устных диалогов, имеющих отношение к коммуникативному поведению неравностатусных субъектов институционального дискурса.

ВЫВОДЫ К ГЛАВЕ 1

Для изучения языковых особенностей устных диалогов врача и пациента целесообразно использование конверсационного анализа. Лингвистически адаптированный конверсационный анализ позволяет оценивать влияние используемых языковых средств на (вербальное) поведение коммуникантов и развитие диалога в целом, расширяет возможности лингвистического инструментария и позволяет более глубоко и всесторонне описывать вербальное взаимодействие компетентных экспертов-профессионалов и неспециалистов-потребителей.

Вербальное поведение врача и пациента в рамках консультативной беседы имеет *условно-спонтанный характер*. *Условность* возникает как за счет

устойчивых поведенческих, языковых и социокультурных привычек, так и в силу наличия коммуникативных ограничений, закрепленных в кодексе профессиональной этики врача. К «ограничителям» спонтанности также относится *ситуативное неравенство, асимметрия знаний и социальных ролей*. Врач следит за структурой, содержанием и временем консультации, обладает специальными знаниями в области онкологии, может иметь ученую степень и звание. Кроме того, в процессе общения может возникать *коммуникативная и функциональная асимметрия*. В первом случае речь идет о декодировании смыслов, заложенных в сообщении отправителем, во втором — об обязательном наличии говорящего и слушающего. На проявление спонтанности также влияет *степень асимметрии*, которая в анализируемых диалогах уменьшается или увеличивается за счет личностных особенностей пациента и этапа консультации.

Спонтанность, а вместе с ней и языковая вариативность, развивается в диалоге благодаря стремлению врача индивидуализировать общение и действовать в соответствии с психоэмоциональным состоянием пациента. Общение с онкопациентами требует от врача особой деликатности, поскольку он должен сообщить информацию о приближающейся смерти таким образом, чтобы у пациента появилось желание бороться с болезнью. Для этого врач должен не только назвать диагноз и сделать акцент на положительных характеристиках заболевания, но и объяснить понятным для пациента языком стадии борьбы с ним.

Коммуникативная структура консультации, набор лексико-грамматических средств и вовлеченность пациента в диалог во многом зависят от *модели взаимоотношений врача и пациента*. В случае общения с онкопациентами речь часто идет об усовершенствованной патерналистской модели. Изменение видится в употреблении врачом фраз рекомендательного характера; эксплицитном выражении вежливости, соучастия и поддержки; предоставлении пациенту возможности получить второе мнение и даже отказаться от услуг данной медицинской организации.

Для интерпретации устных диалогов особое значение имеет толкование получаемой информации. В рамках вербального взаимодействия врача и пациента применение *интеракционной модели коммуникации* видится наиболее обоснованным, поскольку трансформация смыслов здесь зависит от активности слушающего, социально-культурных и ситуативных условий. При анализе диалогов данная модель позволяет учитывать экстралингвистические условия порождения коммуникации, получать обратную связь от пациента, прогнозировать коммуникативные сложности и корректировать структуру консультации.

Алгоритм анализа устных диалогов врача и пациента включает пять основных пунктов: 1) определение внутренней организации диалогов; 2) выделение коммуникативно-структурных компонентов для анализа; 3) проведение секвенциального анализа выбранных категорий; 4) выявление языковых маркеров в рамках каждого коммуникативно-структурного компонента; 5) осуществление количественно-качественной оценки структурной организации диалогов.

В заключение стоит подчеркнуть, общую линию междисциплинарных лингвистических исследований устной диалогической речи врача и пациента можно представить как поступательное движение от изучения общих правил функционирования разговорного языка в бытовой сфере до выявления особенностей его актуализации в институциональной обстановке.

ГЛАВА 2. ИНТЕНЦИОНАЛЬНАЯ СТРУКТУРА КОНСУЛЬТАТИВНЫХ ДИАЛОГОВ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА

2.1 Основные единицы интеракционного анализа консультативных диалогов

Для корректного анализа языковых структур устной речи в рамках интеракционной модели коммуникации используется социальное видение реальности (сфера социолингвистики), которое определяет границы лингвистического исследования. *Социокультурная реальность* понимается как «поток неповторимых, уникальных событий и ситуаций», которые конструируются и принимают окончательное значение в ходе речевой коммуникации под воздействием «лично-индивидуальных особенностей её участников» [Большая российская энциклопедия: 494].

В нашей работе мы будем использовать узкое понимание коммуникации, предложенное Д. Гумперцем, идейным отцом интеракционной социолингвистики, которое сводится к (языковым) действиям, способным вызвать ответную реакцию собеседника (англ. *Only when a move has elicited a response can we say communication is taking place* ‘Только когда действие вызывает реакцию, мы можем сказать, что коммуникация имеет место’) [Gumperz 1982: 1]. Это определение приравнивает понятие коммуникации к понятию *интеракции* (ср.: нем. *interaktionistischer* [Imo, Lanwer 2019: 10] / *interaktiver* [Knoblauch 1991: 457] *Kommunikationsbegriff*). В самом общем понимании задачей интеракции, по определению А. Шмидта, является координация образа и способа действий, взаимоотношения и взаимовлияния двух элементов, аппаратов, веществ, переменных, людей и т.д. (нем. *Koordination von Verhalten, Wechselbeziehung, Wechselwirkung*) [Schmidt 2018: 17–18].

Для нашей работы важно социальное понимание *контекста*, поскольку мы рассматриваем языковые феномены не как заданные величины, но как структуры,

погруженные в реальные жизненные условия, в зависимости от которых одинаковые по форме языковые явления могут приобретать разное значение.

В социолингвистических дисциплинах существует несколько подходов к контексту. В традиционном понимании контекст определяется как «*статическое множество*» внеязыковых факторов и имеющихся константных сведений о социальной действительности (ср.: [Habacher 2013: 25; Schmitt 1993: 332]). Такое классическое понимание контекста П. Ауэр называет «агрегатом» (совокупностью элементов) заданных категорий и объектов (нем. *ein Aggregat material gegebener Entitäten*), которые присутствуют в окружающей нас реальности независимо от протекающей в ней интеракции [Auer 1986: 23]. Во втором подходе контекст рассматривается как «*динамическая реальность*», поскольку «создается совместными усилиями участников непосредственно в ходе интеракции» [Habacher 2013: 25]. Это означает, что контекст представляет собой не просто собрание материальных социальных факторов (например, место и время действия), а определенное количество когнитивных моделей о том, что является релевантным для интеракции в конкретный момент времени [Auer 1992: 22].

В этой связи становится актуальным не наблюдение за статическими заранее заданными параметрами, а «динамическое проявление (вступление в действие) социальной идентичности говорящего» (англ. *speakers` dynamic enactment of social identity*) [Jedema, Wodak 2005: 1608; Habacher 2013: 25]. При создании динамической реальности отмечается присутствие одновременно двух контекстов: контекста отправителя сообщения (контекста порождения высказывания) и контекста адресата (контекста восприятия высказывания). Процесс порождения социального значения при диалогическом взаимодействии коммуникантов Д. Гумперц обозначил как *контекстуализация*. В.Е. Чернявская конкретизировала это определение и придала ему лингвистическую направленность: «Под контекстуализацией понимается *речемыслительный процесс* выдвижения говорящим и процесс понимания адресатом некоторых экстралингвистических составляющих как основных и существенных смысловых опор, задающих рамки и перспективу для интерпретации выражаемого *в форме*

речевых структур содержания» [Чернявская 2021б: 83]. В результате контекст становится «конструируемой категорией» [Нефёдов, Чернявская 2020: 88]. Аналогичную идею М.Л. Макаров озвучил в следующей формулировке: «<...> участники коммуникации не могут заранее предопределить развитие диалога, но строят его, меняя свои коммуникативные позиции по ходу в зависимости от ежесекундно меняющихся обстоятельств» [Макаров 2003:6]. Это приводит к тому, что «в конкретной коммуникативной ситуации происходит распознавание и выдвижение некоторых составляющих социальной практики как сильнодействующих и основных для *интерпретации семантики языковых единиц*» [Нефёдов, Чернявская 2020: 88].

В рамках конкретной ситуации общения контекст сужается до *локального контекста*, который О.Г. Исупова интерпретирует как конфигурацию (речевых) действий, следующую непосредственно *до* интерпретируемой реплики. Знание содержания предшествующих высказываний в сочетании с культурным, социальным и языковым опытом дает возможность конструировать вероятностные модели поведения, предугадывать цели и мотивы участников разговора (ср.: [Исупова 2002: 36]).

В естественных условиях коммуникации знание (локального) контекста и наличие высокой дискурсивной компетенции не может гарантировать возможности однозначного прогнозирования процесса интеракции. Деятельностное понимание языка, «речи-во-взаимодействии» (*talk-in-interaction* [Schegloff 1987]), предполагает, что воспроизведенный речевой акт не может в точности определить тип и свойства последующего акта, однако он задает условия, «размытые вероятностные зависимости», для порождения более или менее ожидаемого и уместного ответного речевого действия [Макаров 2003: 19].

Понимание контекста важно для интерпретатора (автора настоящей работы) диалогов врача и пациента ввиду того, что условия порождения смыслов и главным образом условия их интерпретации являются причиной проявления большей или меньшей степени асимметрии, влияют на степень персонификации общения и выбор модели взаимоотношений.

2.2 Секвенциальная организация консультативных диалогов

Анализ устной коммуникации всегда начинается с *наблюдения*, которое выступает в качестве основы для теоретизации исследуемых феноменов. Первостепенность этого метода Х. Сакс объясняет тем, что он позволяет находить в высказываниях даже то, что невозможно представить с помощью воображения. Это происходит поскольку многие слова и фразы не представляются значимыми или необычными в момент речи, не могут быть воспроизведены дословно с использованием первоначальных интонаций и ударений, ускользают, трансформируются и стираются из нашей памяти [Sacks 1984: 25]. Используемые для анализа устной речи транскрипты, видео- и аудиозаписи позволяют многократно воспроизводить диалоги, благодаря чему у исследователя появляется возможность обратить внимание даже на самые незначительные (на первый взгляд) фрагменты реплик.

При использовании метода наблюдения невозможно составить полный и достоверный перечень аспектов, на которые стоит обращать внимание при прослушивании аудиозаписей или при прочтении транскриптов, ведь это бы противоречило цели наблюдения, заключающейся как раз в обнаружении особенностей организации взаимодействия, о которых исследователь еще не знает. По словам Х. Сакса, очевидно лишь то, что разговор, сопровождающий любое взаимодействие, обладает изначальной «организованностью во всех частях», поскольку участники коммуникации закладывают в свои реплики некие смыслы, которые создают и определяют упорядоченность, которую можно проследить при аналитическом исследовании [Sacks 1995: 484].

Е.А. Щеглофф высказывает идею о немотивированном исследовании аутентичной речи (англ. *“unmotivated examination of naturally occurring interactional materials”*), которое происходит не по заранее заданным траекториям, а в результате того, что исследователь «замечает» на первый взгляд ничем не примечательные особенности разговора или поведения [Schegloff 1996: 172]. Многие наблюдения сводятся к формулировке «Я уже видел это раньше»

(англ. *“I’ve seen that before”*). Повторяющиеся детали разговора и рутинизированные конструкции создают основу для поиска идентичных или похожих явлений [Schegloff 1997: 501].

Для выявления характерных слов, грамматических структур, реплик и т.д., на наш взгляд, необходимо производить членение текстов диалогов на более мелкие элементы. Для анализа многих отрывков диалогов в настоящей работе особое внимание уделялось смысловому значению языковых единиц и смене коммуникативных ролей. На нескольких примерах мы продемонстрируем, как на основе этих параметров может происходить членение диалога.

2.3 Последовательность коммуникативно-речевых действий как отражение поступательной динамики консультативных диалогов

Одним из преимуществ (лингвистически адаптированного) разговорного анализа состоит в том, что исследование отдельных (частных) случаев, которые в настоящей работе представлены в виде транскриптов, позволяет делать теоретическое обобщение материала (ср.: [Ploder, Mcelvenny 2022]). В процессе анализа было установлено, что некоторые слова, словосочетания и грамматические конструкции повторяются. Поскольку речь идет об условно спонтанной устной речи, редко можно встретить полное совпадение реплик. По этой причине иллюстративные примеры в некоторых разделах представляют собой адаптированные фрагменты транскриптов. Если фрагмент диалога адаптирован, он представлен не в виде транскрипта, а в виде текста, выделенного курсивом. Адаптация заключалась в исключении просодических средств (фразового ударения, пауз, вдохов и выдохов, удлинённых гласных и согласных звуков), случаев самокоррекции (репаратур), повторов, некоторых служебных частей речи и междометий, не влияющих на организацию смыслового наполнения диалога. В некоторых случаях был восстановлен характерный для письменной речи порядок слов, а знаки препинания расставлены согласно норме немецкого языка. Исключение из транскриптов просодических средств обусловлено тем, что

они не являются главным предметом нашего анализа, хотя при интерпретации фрагментов диалогов, представленных в виде транскриптов, просодические особенности учитывались.

Для демонстрации развития динамики диалога мы предлагаем разобрать отрывок, в котором врач объясняет пациенту причину появления рака легкого (Пример 1, Таблица 1).

Пример 1*

- 60 AM: °h[h] und ((Pathologe)) **hat festgestellt** dass der KREBS,
и (патолог) установил, что этот рак
- 61 PM: [ja:]
да
- 62 AM: (1.1) **NICHT** (.) von der lunge kommt?
происходит не от легкого
- 63 °hh **sondern** dass der krebs eine ABSiedlung ist-
но этот рак является вторичным опухолевым очагом
- 64 (1.0) von dem beKANNTen kre:bs den sie schon HATten.
известного рака, который у вас уже был
- 65 (-) **[er sch]reibt** ganz KLAR= in dem ZWEIten kritischen bericht?
он ((патолог)) ясно пишет во втором гистологическом отчете
- 66 PM: [hm;]
гм
- 67 AM: °hhh das es eine ABSiedlung ist?
что это вторичный опухолевый очаг
- 68 (.) aus der VORherigen-
от прежнего
- 69 (0.5) in der diagNOSTik schon [bekannten-]
уже известного в диагностике
- 70 PM: [h°]
- 71 AM: (.) REKTOkarzinom;
колоректального рака
- 72 **ALso**,
точнее
- 73 (0.8) dem (.) UNteren darmkrebs= dem ENNdarmkrebs.
рака нижней части прямой кишки
- 74 PM: ja:.
да
- 75 AM: (.) **also** es ist eine ABSiedlung,
в общем, это вторичный опухолевый очаг
- 76 des vorbekannten enddarmKREbses.
известного рака нижней части прямой кишки

77 PM: ((räuspert sich))
 ((откашливается))

78 AM: °hhh **das heißt** es ist eine so genannte metastase,
 это называется, это так называемая «метастаза»

***Комментарий к транскриптам:**

Для обозначения лиц, участвующих в диалоге, используются следующие сокращения:

AM / AW = Arzt (männlich / weiblich) — врач (мужчина / женщина)

PM / PW = Patient (männlich / weiblich) — пациент (мужчина / женщина)

Условные обозначения для чтения условных обозначений в транскриптах:

KREBS — слово/слог с фразовым ударением;

°h — вдох длительностью 0,2–0,5 сек.;

°hh — вдох длительностью 0,5–0,8 сек.;

°hhh — вдох длительностью 0,8–1,0 сек.;

? — высоковосходящая интонация;

, — средневосходящая интонация;

— — отсутствие изменений;

; — среднепадающая интонация;

. — глубокопадающая интонация;

[er sch]reibt ganz...

[hm;]

} — наложение реплик;

(.) — микропауза (до 0,2 сек.);

(-) — короткая пауза (от 0,2 до 0,5 сек.);

(--) — пауза средней продолжительности (от 0,5 до 0,8 сек.);

(---) — продолжительная пауза (от 0,8 до 1,0 сек.);

(2.5) — измеренная пауза (продолжительность указывается в скобках);

((Pathologe)) — комментарии, пара- и внеязыковые явления/события.

Таблица 1. Отражение поступательной динамики консультативных диалогов

60 AM: °h[h] und ((Pathologe)) hat festgestellt dass der KREBS, 61 PM: [ja:]]	Глагол <i>feststellen</i> в <i>Perfekt</i> говорит о том, что далее врач скажет, что было выявлено.
62 AM: (1.1) NICHT (.) von der lunge kommt? 63 °hh sondern dass der krebs eine Absiedlung ist- 64 (1.0) von DEM bekANNten kre:bs= den sie schon HATTen.	Двойной союз <i>nicht ... , sondern ...</i> демонстрирует наличие отрицания с уточнением.
65 (-) [er sch]reibt ganz KLAR= in dem ZWEIten kritischen bericht? 66 PM: [hm;] 67 AM: °hhh das es eine Absiedlung ist? 68 (.) aus der VORherigen- 69 (0.5) in der diagNOSTik schon [bekanntent-] 70 PM: [h°] 71 AM: (.) REKTOkarzinom;	Глагол <i>schreiben</i> в <i>Präsens</i> указывает на наличие экспертного заключения (второго гистологического отчета патолога) и предвзвешивает озвучивание содержания этого заключения.
72 Also , 73 (0.8) dem (.) UNteren darmkrebs= dem ENDDarmkrebs 74 PM: ja:.	Разговорная частица <i>also</i> ‘то есть’ вводит терминологический синоним к медицинскому термину, произнесенному перед частицей (<i>Rektokarzinom</i>), уточняя его.
75 AM: (.) also es ist eine Absiedlung, 76 des vorbekanntten enddarmKREbses. 77 PM: ((räuspert sich))	Разговорная частица <i>also</i> ‘итак, таким образом’ вводит новое понятие <i>Absiedlung</i> и резюмирует информацию о предыдущем диагнозе.
78 AM: °hhh das heißt es ist eine so genannte metastase,	Конструкция <i>das heißt</i> вводит медицинский термин <i>Metastase</i> .

Выделенные жирным шрифтом лексемы обеспечивают поступательное развитие диалога и создают динамику продвижения мысли говорящего. Движение создается за счет семантической, лексической и грамматической валентности [Reichardt 2013]. Так, употребление глагола *feststellen* ‘устанавливать, констатировать’ указывает на введение изъяснительного придаточного с поясняющей или уточняющей функцией [Helbig, Schenkel: 346]. Сложносоставной союз *nicht ..., sondern ...* ‘не ..., а ...’ предполагает наличие в предложении двух противопоставляемых смыслов и / или появление неожиданного сравнения [Mattmüller 2021: 377, 481]. Глагол *schreiben* ‘писать’, подобно глаголу *feststellen* ‘устанавливать, определять’, требует использования изъяснительного предложения с конкретизирующей информацией [Helbig, Schenkel; 395]. Разговорная частица *also* ‘то есть, так что, итак’ является инструментом организации диалога. При первом появлении в нашем примере она указывает на подведение итогов, при втором — на начало нового тематического блока [Deppermann, Helmer 2013; Dittmar 2002, 2010; Günthner 2019]. Конструкция *das heißt* ‘это значит’ предваряет объяснение [Buck 2022: 141].

В Таблице 1 фрагмент диалога представлен в виде шести частей. Каждая часть имеет главный языковой элемент, который задает направление речи врача. Иначе говоря, если бы у нас была возможность поставить диалог на паузу после озвучивания выделенного слова / сочетания слов, то пациент смог бы предположить, о чем врач собирается ему сказать. В правом столбике даны пояснения к выделенным полужирным начертанием языковым маркерам, выполняющих роль «прожектора» (нем. *Projektorkonstruktion* [Günthner 2008, 2017]), который как бы «проливают свет» на ближайшие / последующие реплики.

Рассмотрим выделенные лексические единицы более подробно. Глагол *feststellen* ‘устанавливать’, использованный в перфектном времени *hat festgestellt* ‘установил’ (60)⁸, указывает на патологоанатома, который брал образец тканей

⁸ Здесь и далее при разборе/описании диалогов в круглых скобках даны цифры, соответствующие номерам строк в транскриптах.

легкого, содержащих раковые клетки, и говорит о готовности объявить окончательный диагноз, основанный на лабораторном исследовании.

Первая часть сложного союза *nicht ..., sondern ...* ‘не ..., а ...’ (62–64) вводит информацию о ложности высказанного ранее (т.е. до проведения гистологической экспертизы) предположения о том, что имеющийся рак является первичным очагом (= начальной опухолью). Интонационное выделение частицы *NICHT* ‘НЕ’ в сочетании с микропаузой усиливает значение передаваемых в этой части фразы сведений. Во второй части сложного союза с *sondern* происходит уточнение диагноза. С помощью существительного *Absiedlung* ‘вторичный опухолевый очаг’ и словосочетания *bekanntter Krebs* ‘известный рак’ имплицитно предположение о происхождении опухоли.

Затем онколог снова обращается ко второму гистологическому отчету (= патологоанатомическому заключению) и с помощью интонационно выделенного прилагательного *KLAR* ‘ЯСНО’ (65) подчеркивает однозначность диагноза. Объяснение происхождения диагноза уточняется с помощью медицинской терминологии: *Absiedlung* (67), *Diagnostik* (69), *Rektokarzinom* (71). Узкоспециализированный медицинский термин *Rektokarzinom* ‘колоректальный рак’ (80), который с высокой долей вероятности неизвестен пациенту, заменятся двумя синонимичными и более употребительными среди неспециалистов медицинскими обозначениями *unterer Darmkrebs* и *Enddarmkrebs*.

Использование дискурсивных маркеров *also* (72, 75) и *das heißt* (78) в данном случае необходимо для подведения итогов и введения новых формулировок (о функциях дискурсивных маркеров подробнее см. [Blühdorn 2017; Dittmar 2002; Gülich, Kotschi 1995; Günthner, Auer 2005; Imo 2012, 2017a]). Сначала врач снова повторяет термин *Absiedlung* (75), который по своему происхождению восходит к существительному *Siedlung* ‘поселение’ (*Absiedlung* = новое поселение, отделившееся от старого) и должен быть более понятен пациенту. Сочетание прилагательного *vorbekannt* ‘ранее известный’ и существительного *Enddarmkrebses* ‘рак нижней части прямой кишки’ (76) является парафразом

предыдущих высказываний (68–73). По завершении анализируемого отрывка диалога с помощью дискурсивного маркера *das heißt* онколог заменяет слова *Absiedlung* (75) / *Enddarmkrebses* (76) термином латинского происхождения *Metastase* ‘метастаз’ (о конструкции *das heißt* см. [Buck 2022: 141; Imo 2017a]).

Вербализованная в такой последовательности информация сообщает пациенту о подозрении на рак легкого и необходимости отказаться от этого подозрения в связи с заключением патологоанатома, а также об окончательном диагнозе, который озвучивается с использованием медицинских терминов, так и с помощью переформулированных выражений, предназначенных для неспециалистов. Подобный тип разбора диалога демонстрирует, что последовательность коммуникативно-речевых действий и их динамика обеспечивается за счет отдельных слов и словосочетаний.

2.4 Смена коммуникативных ролей и ее маркирование в структуре консультативных диалогов

Анализ устной речи может происходить на основе членения диалога в зависимости от смены коммуникативных ролей. При разборе следующего фрагмента диалога (Пример 2), в котором пациент выясняет, имеет ли уже диагностированная опухоль мочевого пузыря отношение к недавно выявленной плоскоклеточной карциноме, мы продемонстрируем процесс передачи слова собеседнику.

Пример 2

68 PM: **HÄNGT** (-) dieser tumor (-) **zusammen** mit diesem blasentumor,
 имеет ли эта опухоль отношение к опухоли мочевого пузыря?

69 AM: (1.1) ne_NE,
 70 **[NEIN,]**
 не-не, нет

71 PM: **[ALso]** dass der BLAsentumor gestreut hat?
 то есть к тому, что отделилось от опухоли мочевого пузыря?

- 72 AM: ne DA sieht man gar nix,
там совсем ничего не нашли
- 73 PM: **DA: :SCH,**
это
- 74 AM: ne,
75 ne und **das WÄre** auch was anderes;
это кое-что другое
- 76 PM: **das WÄre=**
кое-что другое
- 77 AM: =uroTHELzellen nennen die sich,
они называются клетки уротелий
- 78 und **das sind** PLATten die empithelzellen haben;
это пластинки, которые содержатся эпителиальных клетках
- 79 PM: **hängt also NICHT zusammen;**
то есть, не имеют отношения друг к другу
- 80 AM: [NE ne ne;]
не-не-не
- 81 PM: [<aHA,>]
ага
- 82 na GUT, (--)
ну хорошо
- 83 [und-]
и
- 84 AM: [u::nd,]
и ((протяжно))
- 85 jetzt MUSS man natürlich überlegen,
сейчас конечно нужно поразмышлять
- 86 welche therapie MACHT man?
какую делать терапию

Тематику этой части диалога задает пациент с помощью уточняющего вопроса со средневосходящей интонацией (68) (ср.: нем. *explizite displays von Nichtwissen* ‘эксплицитное выражение незнания’ [Buck 2022: 106]; [Birkner, Burbaum 2016]). Глагол *zusammenhängen* ‘зависеть’ указывает на попытку выявить зависимость текущего диагноза с уже известной опухолью мочевого пузыря и ликвидировать пробел в знаниях (нем. *die Beseitigung einer Wissensasymmetrie* ‘устранение асимметрии знаний’ [Buck 2022: 109]; ср.: [Imo 2009; Kerpler, Luckmann 1991: 158]). Наложение реплик коммуникантов (70, 71) может свидетельствовать о неудовлетворенности пациента малоинформативным ответом врача в форме отрицания *ne-ne* (69) и его желании расширить свой вопрос. С другой стороны,

наложение реплик и содержание ответа врача *ne-ne, nein* (69, 70) указывает на полное понимание последним вопроса пациента и отсутствие необходимости уточнять его (*The primary function of “no” is to treat the content of the prior speaker’s turn as already known or self-evident* [Weidner 2018: 225]).

Следующая реплика *also dass der Blasentumor gestreut hat* ‘то есть к тому, что отделилось от опухоли мочевого пузыря?’ (дословно ‘что разбросала опухоль’) указывает на осведомленность пациента о возможности формирования отдалённых вторичных очагов патологического процесса (метастазов) и объясняет причину его беспокойства. Наличие языкового маркера *also* в начале реплики говорит о привнесении дополнительно смысла к предыдущему высказыванию (нем. *Reformulierungsmarker* [Blühdorn, Foolen, Loureda 2017: 24]) и создает «цепочку формулировок» (нем. *Formulierungskette* [Mondada 2002: 344]), в которой каждое новое высказывание детализирует предыдущие.

Следующая реплика врача *ne da sieht man gar nix* ‘там совсем ничего не нашли’ (72) также не раскрывает причину, по которой врач отрицает взаимосвязь старой и новой опухолей. Диалектальное *DA::SCH = das ist* ‘это’ (73) сигнализирует о намерении пациента взять на себя роль говорящего и начать еще одну реплику уточняющего характера. Врач улавливает это желание и опережает пациента с объяснениями. На перехват коммуникативной инициативы указывает то, что врач включает указательное местоимение *das* в начало своего комментария *und das wäre auch was anderes* ‘это кое-что другое’ (75), как бы продолжая фразу пациента. Формулировка *was anderes* ‘кое-что другое’, по-видимому, снова не радует пациента своей точностью. Он воспроизводит часть предыдущей фразы врача в виде эхо-повтора *das wäre*, пытаясь высказать какую-то мысль (76) (ср.: нем. *Rezipientenecho* [Günthner 1993: 189], англ. *repetition* [Greer et al. 2009; Norrick 1987; Svennevig 2003, 2004]). Очень быстрая смена реплик (76–77) свидетельствует о том, что врач не намерен уступать роль говорящего. Используя медицинскую терминологию (*Urothelzellen, Epithelzellen*), он повторяет идею

отсутствия зависимости одного заболевания от другого (77–78). Подтверждением того, что пациент понял предоставленную информацию, является фраза-вывод *hängt also nicht zusammen* ‘то есть не имеют отношения друг к другу’ (79). Помимо разговорной частицы *also* ‘то есть, итак’ (ср.: нем. *Konklusive Konnektor* [Dittmar 2010: 118]), указывающей на подведение итогов, фраза содержит глагол *zusammenhängen* ‘быть взаимосвязанным’, с которого пациент начал этот тематический блок (ср.: 68 и 79). Для убедительности и завершения микротемы многократным отрицанием *ne-ne-ne* ‘не-не-не’ врач подтверждает правильность высказанной пациентом мысли. Фраза пациента *aha, na gut, und* ‘ага, ну хорошо, и’ (81–83) является сигналом достижения взаимопонимания (ср.: англ. *acknowledgement token* [Jefferson 1984] и англ. *continuer* [Schegloff 1982: 81]). Для получения роли говорящего врач используют союз *und*, который пациент произнес последним. Врач протяжно повторяет этот союз *u::nd* (ср.: 83 и 84) и переходит к следующему тематическому блоку (к обсуждению терапии). Анализ показывает, что смена коммуникативных ролей, которая обеспечивает развитие диалога, осуществляется благодаря демонстрации пациентом (не)удовлетворенности ответами врача, способностью врача улавливать эти сигналы и быстро реагировать на них.

В Таблице 2 даны краткие комментарии по каждой реплике коммуникантов.

Таким образом, предварительное секвенцирование текста транскрипта позволяет сравнивать позиционирование отдельных частей диалога и входящих в их состав реплик, изучать особенности речевого оформления отдельных фрагментов диалога, т.е. производить отбор и интерпретацию характерных лексических единиц и грамматических структур, рассматривать реплики в контексте их влияния на адресата, смену коммуникативных ролей и структуру диалога в целом.

Таблица 2. Смена коммуникативных ролей

068 PM: HÄNGT (-) dieser tumor (-) zusammen mit diesem blasentumor_4	Вопрос закрытого типа от пациента активирует речевую деятельность врача.
069 AM: (1.1) ne_NE, 070 [NEIN,]	Врач отвечает односложно, без введения дополнительной информации.
071 PM: [Also] dass der BLAsentumor gestreut hat? 072 AM: ne DA sieht man gar nix,	Краткий ответ врача побуждает пациента уточнить / переформулировать вопрос. По сравнению с предыдущей репликой врач отвечает более развернуто, но по-прежнему не дает разъяснений.
073 PM: DA::SCH , 074 AM: ne, 075 ne und das wäre auch was anderes;	Пациент (скорее всего) не удовлетворен ответом врача и делает первую попытку взять роль говорящего. Врач перехватывает речевую инициативу и начинает объяснения.
076 PM: das wäre = 077 AM: =uroTHELZellen nennen die sich, 078 und das sind PLÄTten die empithelzellen haben;	Пациент пытается второй раз взять роль говорящего. Врач снова перехватывает речевую инициативу и продолжает свои объяснения.
079 PM: hängt also NICHT zusammen ; 080 AM: [NE ne ne ;]	Пациент резюмирует объяснения врача. Врач подтверждает, что пациент все понял верно.
081 PM: [<aha, >] 082 na GUT , 083 (-) [und-] 084 AM: [U::ND ,] 085 jetzt MUSS man natürlich überlegen, 086 welche therapie MACHT man?	Пациент демонстрирует удовлетворенность ответом, в то же время проявляет желание добавить какую-то информацию. Врач перехватывает речевую инициативу и сменяет тему (переходит к вопросу подбора терапии).

2.5 Внешняя речевая структура консультативных диалогов как отражение поведенческой стратегии коммуникантов

Описывая особенности функционирования всевозможных институциональных речевых моделей в различных личностно-ориентированных дискурсах, И.В. Тубалова рассматривает вопрос организации порядка в *повседневных* (привычных, многократно отработанных, рутинных, регулярно воспроизводимых) и *неповседневных* (непривычных, развивающихся по незнакомым и неотработанным сценариям) ситуациях общения. В то время как повседневная речевая деятельность близка в восприятии индивида к автоматической, неповседневные языковые шаблоны могут вызывать психологический дискомфорт. По этой причине, попадая в неповседневную ситуацию общения, «обыденный человек» (в терминологии И.В. Тубаловой это человек, чья функциональная социально-ролевая позиция противопоставляется институционально заданной [Тубалова 2014: 40]) стремится к *восстановлению порядка*. При этом *порядок* в понимании индивида приравнивается к знакомой, стабильной (в собственном представлении) модели поведения (в том числе языковой) и зачастую не соответствует институциональному шаблону [Тубалова 2014: 45]. Стремление к восстановлению порядка может приводить к недосказанности и непониманию, а в некоторых случаях к конфликтам.

В профессиональной медицинской коммуникации ситуация приема пациента (под *приемом* мы понимаем не столько врачебные манипуляции, а сколько *вербальное общение* и непосредственное консультирование, которое происходит до, во время и после обследования) для врача является повседневной, а значит, воспроизводится практически автоматически. Автоматизм в профессиональной медицинской сфере видится нам более обдуманым и «отшлифованным», чем при бытовом общении. Это связано с тем, что предписания для деятельности врача (в том числе вербальной) формируются на нескольких уровнях. Первичное становление происходит на государственном уровне. Затем утвержденные государством правила уточняются в инструкциях и руководствах конкретного

медицинского учреждения и только потом реализуются в непосредственной коммуникативной ситуации.

Для пациента ситуация приема у врача, напротив, является неповседневной. Привыкание к неповседневной обстановке увеличивается вместе с частотностью взаимодействия с врачом. Часто посещающие лечебные заведения пациенты более активны и имеют тенденцию вносить изменения в коммуникативную модель. Это выражается в развернутом описании своей проблемы, постановке вопросов (независимо от того, предоставляет врач возможность или нет), проговаривании своей точки зрения и жизненного опыта.

Оценка внешней структуры диалогов видится необходимой для выявления вовлеченности каждого действующего лица (онколога, пациента и сопровождающих его лиц) в ход диалога и дальнейшего сравнения внешней и внутренней структур. Анализ внешней речевой структуры диалогов осуществлялся, с одной стороны, с помощью визуальной оценки построчного объема речевых фрагментов (наполненности каждой транскрипционной строки / реплики), с другой стороны, методом количественного исчисления транскрипционных строк и слов, приходящихся на долю лиц, задействованных в коммуникации, без выявления поверхностных и / или глубинных смыслов.

Изначально мы считали достаточным определить количество транскрипционных строк, приходящихся на долю каждого коммуниканта. Анализ объема транскрипционных строк позволил сделать следующие выводы (ср. Рисунок 1 и 2):

1) если пациента сопровождают третьи лица, то они также принимают участие в коммуникации, но пациент в вербальном плане остается активнее в два раза;

2) при отсутствии сопровождающих лиц пациент становится активнее по сравнению со своим вербальным поведением при наличии третьих лиц, но незначительно, всего на 7%;

3) доля участия врача в диалоге в среднем составляет 66,5 % (64% при наличии третьих лиц и 69% при отсутствии).

Рисунок 1 — Соотношение количества транскрипционных строк, приходящихся на долю врача, пациента и третьих лиц со стороны пациента (общее количество диалогов — 39)

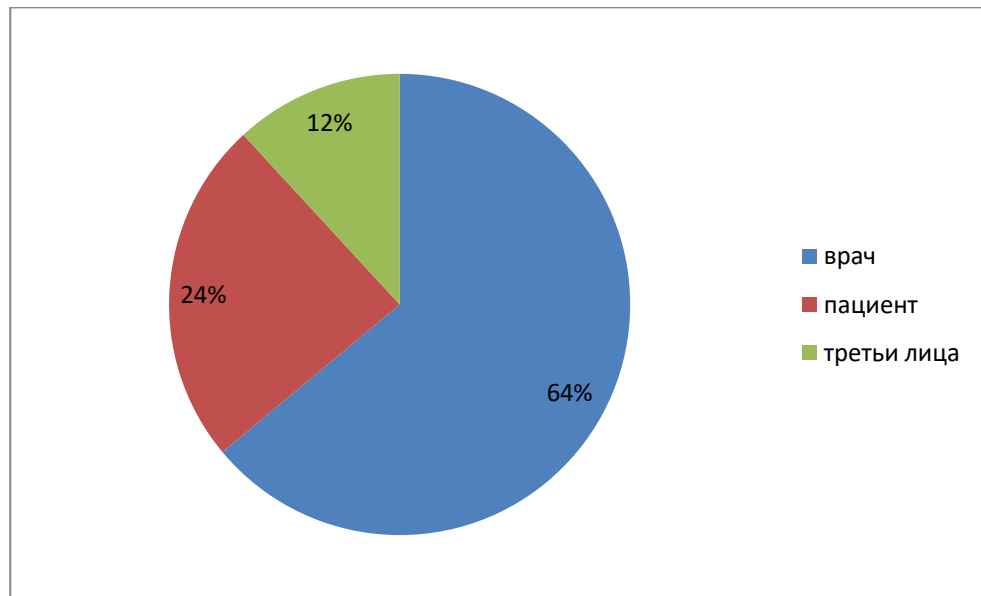
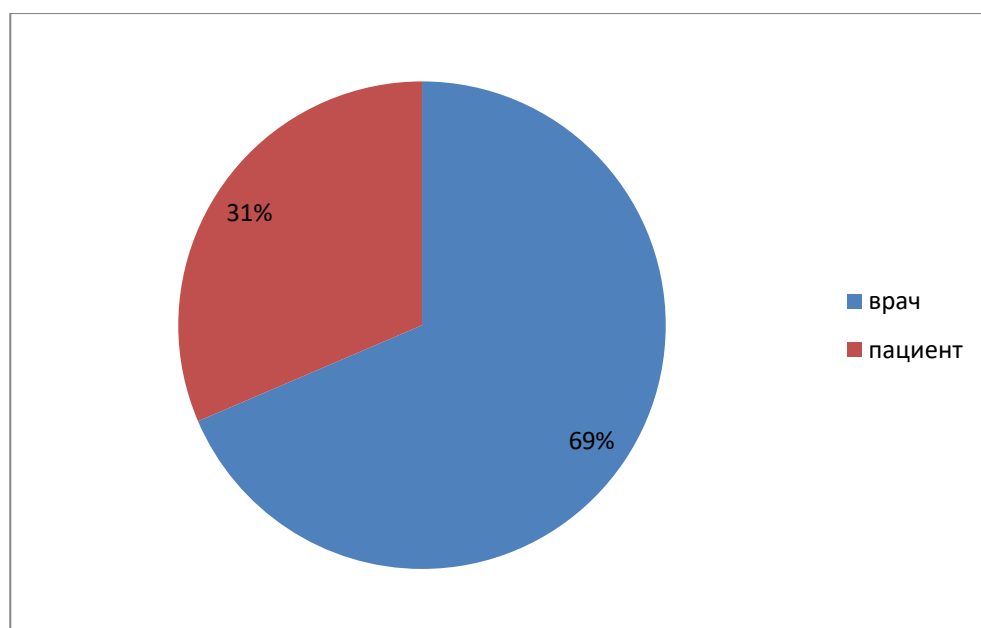


Рисунок 2 — Соотношение количества транскрипционных строк, приходящихся на долю врача и пациента (общее количество диалогов — 12)



Данные выводы показались нам сомнительными, поскольку как минимум первый и второй пункт противоречил визуальному восприятию объема речевых фрагментов. Чтобы оценить выводы, сделанные на основе исчисления транскрипционных строк, отчетливее продемонстрировать «рисунок» наполненности реплик и частотность вступления в диалог каждого из действующих лиц, было принято решение представить реплики каждого участника коммуникации отдельно. На рисунках 3–6 изображены фрагменты речи врача (Рисунки 3а, 3б), фрагменты речи пациента при наличии сопровождающих лиц (Рисунок 4), фрагменты речи сопровождающих лиц (Рисунок 5) и фрагменты речи пациента при отсутствии сопровождающих лиц (Рисунок 6).

Опираясь на анализ объема графически фиксированного текста в каждой транскрипционной строке, мы пришли к выводам, несколько отличающихся от ранее озвученных.

1) Независимо от присутствия сопровождающих лиц со стороны пациента, врач всегда остается вербально активным с первых минут диалога (Рисунки 3а, 3б). Таким образом, оценка объема речевых фрагментов с репликами врача не противоречит количественным исчислениям: реплики врача по объему превышают реплики пациента и сопровождающих его лиц. Результаты похожих исследований показывают, что доля участия врача при консультировании пациентов может варьироваться от 40% до 80%. Одним из основных критериев повышения процентных показателей является наличие информирующего компонента в речи врача [Bußmann 2008: 75; Frey 2017: 52; Fritzsche 2016: 306]. В оцениваемом нами корпусе процент вербального участия превышает границу в 60%. Такой высокий процентный показатель свидетельствует об информативной насыщенности реплик онкологов. Высказанное предположение подтвердилось при оценке внутренней структуры рассматриваемых диалогов.

Рисунок 3 — Фрагменты речи врача

а) при наличии сопровождающих лиц со стороны пациента

```

002   so:,
003   (-- ) ALso,
004   wir HAben jetzt alle befunde zusammen.
006   (.) befunde sowohl BILder,
007   als AUCh (.) den (-) feingeblichen befund.
008   (-- )
010   (-- ) von GEstern von der bronchoskopie;
011   (-- ) ja?=als wir uns Oben gerad gesprochen haben,
012   da hatten wir ihn VORläufig,
013   und jetzt ham wa sogar den (.) ENDgültigen befund,
014   und es sind TUmorzellen drin,
015   also es sind (.) BÖSartige zellen,
016   in dieser gebS_oder in DEM gebSprobe die wir entnommen haben,
019   [von dem FLECK] und von den LYMPH[knoten,]

```

умеренная
наполненность
транскрипционных
строк

б) при отсутствии сопровождающих лиц со стороны пациента

```

001   Ahja,
002   (1.9) genau das kann ich ja auch HIER rüber legen,
003   es isch interessant weil_s was SELtenes is;
004   [< SEHR selten.> ]
006   (-- ) das is jetzt WEder gut noch schlecht [dass es selten is,]
008   esm_es IS einfach so,
009   °hhh man DACHT ja sie ham ja (-- ) da IM raum zwischen den
lungen [isch ja bei ihnen- ]
011   (-- ) ich glaub MEHR als zufallsbefund isch das [ja aufgefallen
was da,]
014   ä::hm,
015   (-- ) wie wir das so schön ein RAUMvordrung,
017   [das heißt dass] da was IS was eigentlich net hingehört,
018   °h und da dachten wa erst am HÄUfigsten sind es ja so (1.4) ä::hm-
019   (1.5) tuMOrn die vom (.) von lymphknoten [herkommen; ]
022   (schnalzt) bei ihnen is [ANders;]

```

максимальная
наполненность
транскрипционных
строк

2) При наличии сопровождающих лиц пациент становится вербально пассивным и не проявляет инициативы для налаживания вербального контакта с врачом (Рисунок 4). В связи с этим инициатива по вербальному взаимодействию с медицинским работником практически по всех случаях переходит сопровождающему лицу (Рисунок 5). При этом сопровождающее лицо часто

«включается» в диалог на первых минутах консультации и остается вербально активным на протяжении почти всей консультации.

Рисунок 4 — Фрагмент речи пациента при наличии сопровождающих лиц

010	ja:,	}	минимальная наполненность транскрипционных строк
016	ja,		
055	[(hustet)]		
120	mir wurde aber DAMals nicht [aufgeklärt].		
133	hier,		
137	ja,		
241	HAB ich,		
284	[hm,]		
359	ja,		
430	hm,		
434	GUT.=ja,		
436	ja,		
437	(1.0)		
355	ja,		
356	(---)		



Рисунок 5 — Фрагмент речи сопровождающего лица

003	<<p> ja:>	}	умеренная наполненность транскрипционных строк
062	ja,		
063	(---) und das war BISHer ganz anders,		
064	das WAR,		
065	der festgeschwulstig opeRIERT worden war,		
066	alles gut,		
067	alles äh PRIma,		
068	°h nich BÖSartig,=		
069	=nach VIER woche kam a brief,		
070	°h es wäre aber eine (.) BÖSartige zelle gefunde,		
071	wir wurde !NICHT! aufgefordert nochmal ins krnankenhaus zu kommen,		
072	wir waren in der VORbereitung an november,		
073	nach teneRIFfa zu gehen,		
074	und haben ALles verschwitzt,		
075	und des halt des resultat.		
078	ja?		
118	[ja,]		
121	[ich denk IMmer] der patient is der laie,		
122	°h und der doktor is der FACHmann,		
123	normal hät er zu uns schreibe müsse wir soll_n uns VORstelle;		
124	°h und das hat NIEmand getan,		

3) При отсутствии сопровождающих лиц пациент становится более открытым к коммуникации только со второй половины диалога. На Рисунке 6 запечатлен момент перехода вербальной активности пациента из пассивной фазы в активную. Короткие вербальные звуковые сигналы сменяются на предложения, продолжительность каждой реплики увеличивается, количество пауз сокращается.

Уверенность в обоснованности сделанных нами выводов, основанных на визуальной оценке наполненности реплик задействованных в диалоге лиц, подкрепляется результатами исследований в области вербального взаимодействия врача и пациента. Так, С. Дункельберг, при анализе коммуникативных процессов между семейным врачом и пациентом, заметила следующую закономерность: доля участия в диалоге пациента зависит от длительности консультации. Чем дольше продолжается общение с врачом, тем вербально активнее становится пациент [Dunkelberg 2000: 59].

Рисунок 6 — Фрагмент речи пациента при отсутствии сопровождающих лиц (фаза перехода от пассивных вербальных действий к активным)

<pre> 187 [ja,] 197 hm hm hm hm, 206 [hm hm,] 207 [hm hm,] 209 [hm hm,] 217 [hm hm,] 218 [hm hm hm;] 220 ja_JA, 221 RAUS isch raus; 224 [ja,] 226 [°hh]also SCHON, 227 aber < des drumherUM dann net,> 228 ha ha, 229 (---) ich MUSS äh- 230 (---) jetzt geh_n wa ma nach (anonymisiert) der soll mal SPREche, 231 °h weil ich muss PLAnE, 232 ich HAB jetzt äh der (.) doktor (anonymisiert), 233 GIBT_S das bei ihnen, 234 der mal [der bei MIR mal bei,] 236 HAH ich soll mir mal gedanken machen, 237 weil ich hab meinen VAtEr zu versorge, 238 und ich hab noch nen ONkel zu versorgen also, 239 °hh ja der vater Eher, </pre>	 <p>минимальная наполненность транскрипционных строк</p>	 <p>появление объема речевых фрагментов (активация речевой деятельности)</p>
---	---	---

Для подтверждения результатов, сделанных на основе построчного визуального анализа речевых фрагментов, было принято решение произвести исчисление слов, воспроизведенных каждым участником диалога (Рисунки 7 и 8; Таблица 3, строки II, IV, VI). Данные результаты стали также полезны для понимания расхождений, связанных со сравнением наполненности реплик и результатами, основанными на подсчете транскрипционных строк.

Рисунок 7 — Соотношение количества слов, приходящихся на долю врача, пациента и третьих лиц со стороны пациента (общее количество диалогов — 39)

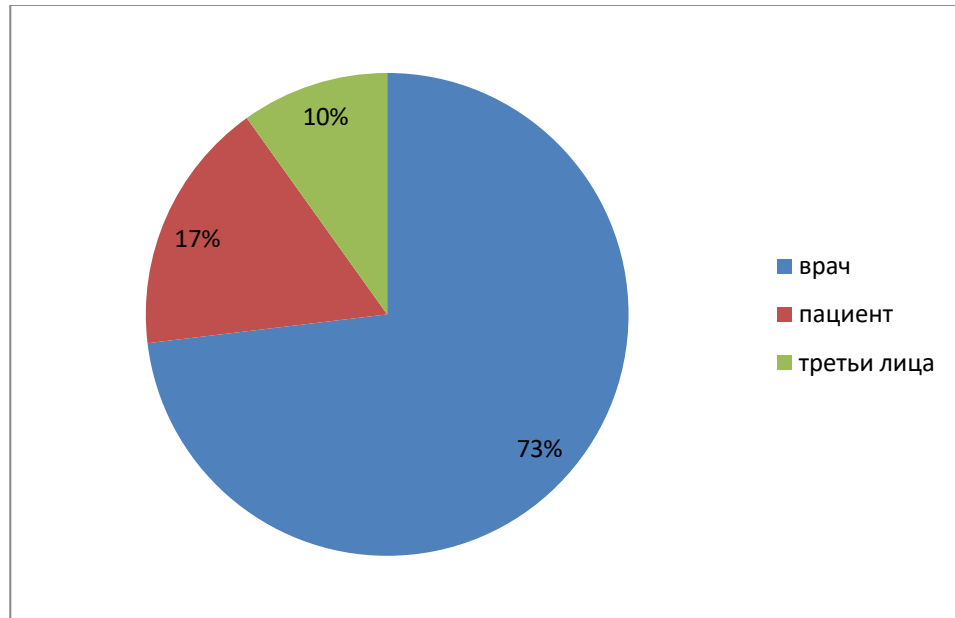


Рисунок 8 — Соотношение количества слов, приходящихся на долю врача и пациента (общее количество диалогов — 12)

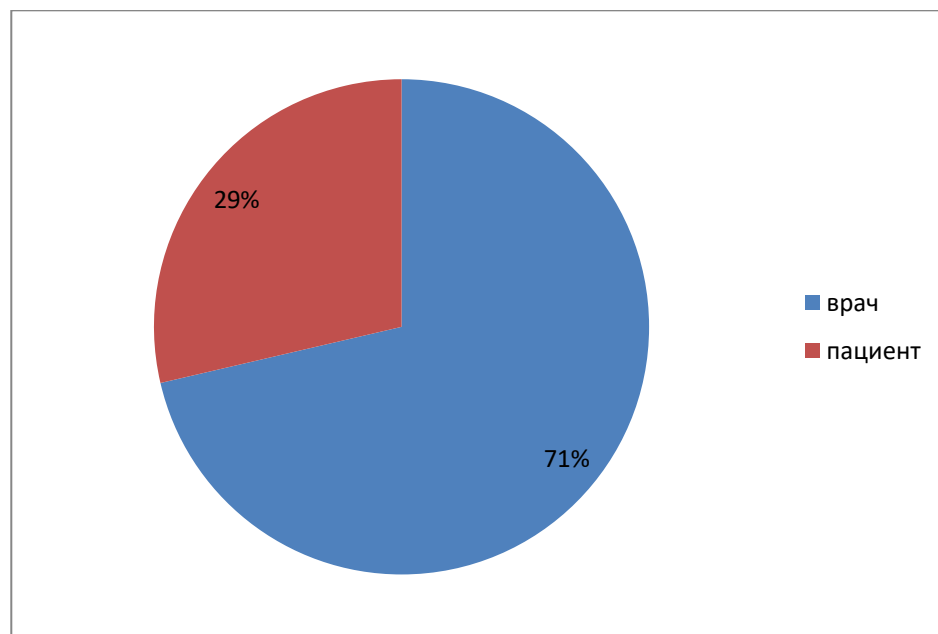


Таблица 3. Количество транскрипционных строк и слов, приходящихся на долю одного коммуниканта*

№	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
I	397	279	18	456	370	268	474	360	315	17	354	223	288	223	313	524	390	525	15	393	479
II	210	177	94	149	237	174	240	150	210	78	152	119	150	111	157	244	189	297	64	192	272
III	194	15	84	228	180	69	140	161	80	25	188	54	112	153	141	102	58	246	61	113	51
IV	748	25	15	499	630	195	417	425	246	56	922	238	372	178	479	338	169	799	16	297	156
V	93	118	62	32	60	4	78	47	5	54	5	89	91	17	23	38	190	145	14	115	80
VI	269	461	21	45	218	16	279	84	5	18	5	357	275	75	67	70	750	750	30	430	305

№	Σ с учетом третьих лиц																			Слов / транскр. строк.
	39	38	37	36	35	34	33	32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22		
I	485	399	344	832	568	980	436	307	744	366	397	148	216	689	260	657	203	514	4,872	
II	2245	1493	1339	4318	2583	4343	1554	1264	2603	2055	2186	741	863	3966	1410	3792	871	2075	4,872	
III	5937	69	102	351	346	452	159	205	209	149	195	40	140	137	52	226	133	318	2,999	
IV	17808	125	298	898	948	1304	423	386	530	576	671	112	459	505	125	814	465	920	2,999	
V	2908	266	103	41	66	48	80	103	137	66	94	29	10	99	87	207	19	25	3,554	
VI	10334	528	245	105	200	112	231	284	463	329	377	84	28	612	391	890	34	57	3,554	

№	Σ без учета третьих лиц																			Слов на одно лицо	Общая Σ
	51	50	49	48	47	46	45	44	43	42	41	40	39	38	37	36	35	34	33		
I	455	305	193	98	475	249	605	252	249	475	249	249	605	691	254	171	371	371	4,343	15694	
II	1550	1268	832	377	1368	1007	2590	1548	1007	1368	1007	2590	3083	1433	828	1433	2006	2006	4,343	76455	
III	1889	81	91	20	101	135	358	175	135	101	135	358	178	171	42	283	283	283	3,801	5937	
IV	944	230	417	47	518	498	1253	803	498	518	498	1253	685	502	110	1173	1173	1173	3,801	17808	
V	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2908	
VI	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10334	

*Условные обозначения в Таблице 3:

№ — порядковый номер диалога

I — кол-во транскрипционных строк, приходящихся на долю врача

II — кол-во слов, приходящихся на долю врача

III — кол-во транскрипционных строк, приходящихся на долю пациента

IV — кол-во слов, приходящихся на долю пациента

V — кол-во транскрипционных строк, приходящихся на долю сопровождающих пациента лиц

VI — кол-во слов, приходящихся на долю сопровождающих пациента лиц

1) Самым активным лицом в диалогах, независимо от наличия или отсутствия сопровождающих лиц, является врач, речь которого занимает примерно три четверти от общего количества воспроизводимых слов. Данный вывод подчеркивает асимметрию во взаимоотношениях врача и пациента. На это указывают также визуальная оценка наполненности речевых фрагментов и количество транскрипционных строк, приходящихся на долю врача.

2) С помощью данных из Таблицы 3 представляется возможным вычислить среднее количество слов, воспроизводимых каждым участником диалога за одну интонационную фразу (= количество слов в одной транскрипционной строке). Так, при наличии сопровождающего лица среднее количество слов в одной строке для врача составляет около пяти слов (4,87), для пациента — три (2,99), для сопровождающих лиц — четыре (3,55). При этом из анализа построчного визуального объема речевых фрагментов (Рисунок 2) становится понятно, что слова, приходящиеся на долю пациента, — это звуки, выражающие эмоции (в основном междометия *ah*, *aha*, *hah*, *hm*, *oh* и смех). Следовательно, практически всю коммуникацию с врачом берет на себя сопровождающее его лицо.

При отсутствии сопровождающих лиц количество транскрипционных строк, приходящихся на долю пациента, сокращается, а количество слов в каждой строке увеличивается. Это указывает на усиление интенсивности вербального поведения пациента и уменьшение эмоциональности. Получается, что врач и пациент в среднем воспроизводят по четыре слова в одной транскрипционной

строке (врач — 4,34; пациент — 3,8). Если сравнивать наполненность транскрипционных строк в первой части консультации и во второй трети (после озвучивания диагноза) (Рисунок 3), в речи пациента можно заметить значительное сокращение междометных реплик, и связанное с этим уменьшение эмоциональности речи, и увеличение количества знаменательных частей речи. Таким образом, при отсутствии сопровождающих лиц пациент с вербальной точки зрения выглядит более спокойным. Судя по количеству воспроизведенных слов (Рисунки 7 и 8), пациент «включается» в коммуникацию с гораздо большей интенсивностью, нежели третьи лица (вербально на 12% активнее сопровождающих лиц).

Анализ реплик пациента из исследуемого корпуса показал, что пациент чаще всего не склонен к активной речевой деятельности, ограничивается односложными утвердительными или отрицательными репликами и не стремится нарушить предлагаемый врачом ход развития диалога. При консультировании онкопациентов вербальная интеракция может осложняться не только вследствие «новизны» ситуации, но и за счет угнетающего влияния самого диагноза. В рассмотренных диалогах врач нередко сталкивается с минимальными вербальными проявлениями. К ним относятся главным образом откашливания, нейтральные или эмоциональные вдохи и выдохи ($^{\circ}h / h^{\circ}$). Неотъемлемой чертой речи пациента является избыток частиц *ja / nein*, междометий *ah, aha, hah, hm, oh*, протяжных вдохов и выдохов, которые влияют на интонационную структуру диалога, для формального обозначения которой используются транскрипционные строки.

Визуальная оценка объема речевых фрагментов (построчной наполненности реплик), подсчет транскрипционных строк и слов позволяют сделать ряд выводов. Во-первых, асимметрия речи врача и пациента (и сопровождающих лиц при наличии) проявляется уже во внешней структуре транскрипта: на долю врача приходится три четверти всех реплик. Во-вторых, в присутствии сопровождающих лиц пациент склонен к вербальной демонстрации своей эмоциональной нестабильности и не склонен к активным вербальным

действиям. В-третьих, сопровождающие лица часто принимают на себя роль «родителя» и частично или полностью ведут диалог с лечащим врачом. В-четвертых, отсутствие сопровождающих лиц стимулирует пациента к активным вербальным действиям. Его речь приобретает более ровный интонационный фон, количество междометных звуковых сигналов, придающих речи эмоциональность, уменьшается.

2.6 Внутренняя членимость консультативных диалогов

Изучение внутренней членимости диалогов врача и пациента обусловлено необходимостью определения *алгоритма ведения консультативной беседы* и его языкового оформления. Последовательность воспроизведения речевых шаблонов во многих случаях основана на практическом опыте врача. Положительным аспектом таких, выработанных на практике, языковых формулировок является максимальный автоматизм их воспроизведения. В большинстве случаев это помогает сократить время приема. Негативная сторона раскрывается в том, что врач не всегда способен самостоятельно оценить эффективность выработанных им речевых шаблонов и ошибочно полагает, что его вербальное поведение является оптимальным, в то время как пациент испытывает трудности с восприятием информации. Подтверждением этому являются результаты исследования, показывающего, что каждый четвертый пациент не понимает своего лечащего врача [Egger 2012: 2].

Наличие *алгоритма ведения консультативной беседы* является причиной *условной* спонтанности и говорит о наличии *организованности*, которая необходима для сознания единого пространства беседы. Социальная компетентность позволяет участникам процесса создавать непосредственно во время вербального взаимодействия особый *порядок*, который понимается всеми участниками процесса без предварительного или последующего объяснения (ср.: [Исупова 2002: 36]). План проведения консультативной беседы сопряжен с различными факторами, создающими условия для контекстуализации,

например, место и время проведения приема, степень знакомства врача и пациента (первичный или повторный прием), возраст, пол, тяжесть заболевания, психоэмоциональное состояние пациента и т.д.

В рамках настоящей работы мы рассмотрели два способа внутреннего членения диалогов. Первый способ заключается в членении диалога на коммуникативно-структурные компоненты. Второй способ подразумевает секвенцирование диалогов в зависимости от находящихся в центре исследования речевых конфигураций.

2.6.1 Типовая интенционально-прагматическая организация консультативного диалога

Интенционально-прагматическая организация диалога подчинена инструментальным (терапевтическим, врачебным) целям, поэтому названия вербальных этапов (коммуникативно-структурных компонентов) диалога нередко дублируют последовательность терапевтических действий. Так, Т. Шпранц-Фогáси выделяет пять основных этапов врачебно-консультативного диалога, выявленных на основе немецкоязычного материала. К первому относится приветствие и установление контакта с пациентом (нем. *Begrüßung und Gesprächseröffnung*). На втором этапе врач уточняет историю заболевания и производит детализацию жалоб (нем. *Beschwerdenschilderung und Beschwerdenexploration*). Далее он озвучивает предварительный или окончательный диагноз (нем. *Diagnosestellung*). На четвертом этапе проговариваются возможные сценарии развития заболевания и связанные с ними варианты терапевтических мероприятий (нем. *Therapieplanung und -entwicklung*). На последнем этапе врач подводит итоги консультации и завершает диалог (нем. *Gesprächsbeendigung und Verabschiedung*) [Spranz-Fogasy 2005: 21]. К похожим результатам пришла группа отечественных лингвистов. Результаты исследования, посвященного изучению структурных компонентов консультативных бесед на материале русского, английского и

немецкого языков показывают, что независимо от языкового материала в структуре консультации присутствуют приветствие и прощание, установление контакта, сбор информации о заболевании и состоянии пациента, непосредственный осмотр с сопровождающими речевыми действиями, рекомендация и планирование терапии [Осипенко, Федоровская, Еникеев 2022: 105]. Интенционально-прагматическая организация диалога неизбежно преобразуется и расширяется при реализации в конкретной консультативной беседе.

При работе с транскриптами диалогов врачей с онкопациентами Г. Куссиус, В. Имо, Л. Корте выявили 14 коммуникативно-структурных компонентов [Coussios, Imo, Korte 2019: 11-17]⁹. Представленная классификация предназначена для обучения студентов медицинских учреждений и действующих врачей основам ведения коммуникации с онкопациентами. Выделенные компоненты рассмотрены с прагматической точки зрения, внимание уделяется по большей мере проблемным участкам коммуникации. В наши задачи входит дополнение, классификация и лингвистическая характеристика некоторых из выделенных категорий.

Нами было замечено, что компоненты можно разделить на три группы. К первой, наиболее многочисленной, целесообразно отнести компоненты, актуализацию которых инициирует врач. Их воспроизведение продиктовано институциональными правилами. Отличительной чертой этих компонентов является частотность их воспроизведения — они встречаются практически во всех диалогах: 1) сообщение окончательного диагноза; 2) оценка параметров опухоли; 3) объяснение / уточнение диагноза; 4) рекомендация терапии;

⁹ Г. Куссиус, В. Имо и Л. Корте провели анализ того же корпуса диалогов, с которым ведется работа в настоящем исследовании, т.е. с корпусом, сформированным в рамках проекта „*Von der Pathologie zum Patienten* <...>“. Цель их исследовательской работы заключалась в создании учебного пособия, предназначенного для повышения качества профессиональной медицинской коммуникации между врачом-онкологом и пациентом, которая бы в равной степени удовлетворяла институциональные требования, предъявляемые к врачу, и психоэмоциональные потребности пациента. Учебное пособие может быть полезно для действующих врачей, проходящих курсы повышения квалификации или занимающихся самообразованием, а также для студентов медицинских учебных заведений и практикантов.

5) объяснение терапии (обоснование выбора терапии); 6) принятие решения по поводу метода лечения; 7) планирование временных рамок терапии.

Ко второй группе мы причислили категории, которые воспроизводятся врачом нерегулярно (в каждой четвертой беседе и реже). Их актуализация в основном является ответной реакцией врача на речевые действия пациента (но может быть инициирована врачом). 1) Обсуждение получения второго мнения. При актуализации данной категории врач озвучивает возможность получения *second opinion* — ‘второго мнения’ по поводу результатов анализов для уточнения диагноза или плана лечения. Категория часто воспроизводится при имплицитной или эксплицитной демонстрации пациентом недоверия, а также при желании врача «снять с себя ответственность» за результаты лабораторных исследований. 2) Озвучивание необходимости дополнительных обследований или сдачи анализов. Категория предназначена для описания действий, которые необходимо выполнить вовремя или после лечебных манипуляций. Она также появляется, если необходимо уточнить тяжесть заболевания. Чаще всего врач перечисляет необходимые терапевтические действия, а пациент соглашается с ними. 3) Предоставление рекомендаций по способам «обхождения» с болезнью в повседневной жизни. 4) Стабилизация эмоционального состояния / сообщение хороших новостей / утешение. Категория нередко воспроизводится как ответная реакция врача на *fishing* ‘фишинг’ со стороны пациента. К *fishing* ‘фишингу’ относят вербальные (например, «ай-ай-ай») или невербальные проявления (плач, увеличение длительности пауз или молчание на вопросы врача, необоснованный смех), которые сигнализируют о подавленном состоянии пациента и необходимости оказания врачом эмоциональной поддержки [Imo 2017b: 11].

К третьей группе были отнесены наиболее «нестабильные» компоненты (т.е. которые появляются в каждой шестой беседе и реже). Их появление обусловлено речевыми действиями пациента, а содержание — его личностными качествами. 1) *Small talk* ‘смол ток’. При воспроизведении данной категории пациент часто рассказывает о важных для него событиях

личной жизни (планирование отпуска, посещение музыкальных классов). 2) Описание пациентом своего текущего физического и психологического состояния. 3) Упоминание опыта борьбы с заболеванием. Актуализация данного этапа характерна при общении с пациентами, у которых рак диагностирован повторно, или же в случае, если пациент мог наблюдать, как с раком борется или боролся кто-то из родственников или друзей.

Анализ диалогов показал, что актуализация перечисленных коммуникативно-структурных компонентов может осуществляться в разной последовательности. Один и тот же компонент нередко воспроизводится несколько раз в рамках одной консультации. Причинами повторного озвучивания может быть 1) эксплицитный или имплицитный запрос со стороны пациента, вызванный непониманием или несогласием, 2) намеренное резюмирование врачом ранее предоставленной информации.

Кроме обозначенных 14 коммуникативно-структурных компонентов в анализируемых консультативных беседах целесообразно выделить 1) этап начала консультации (установления контакта) и 2) завершение консультации, включающие типизированные формулы приветствия и прощания. Еще три коммуникативных блока, вербализация которых, как правило, инициируется врачом, можно рассматривать как «переходные элементы» между более крупными (с точки зрения количества транскрипционных строк) структурными компонентами. 3) Актуализация истории болезни. Данный компонент актуализуется *врачом* при необходимости сделать отсылку к предыдущей консультации или вернуться к какому-либо вопросу, обсуждаемому в рамках текущего диалога («Помните, мы это в прошлый раз / сейчас обсуждали?»). Чаще всего этот блок служит подготовительным этапом к воспроизведению плохих новостей, т.е. предшествует структурному компоненту «Сообщение окончательного диагноза». 4) Разделение или снятие ответственности. Разделение ответственности в данном случае происходит не с пациентом, когда врач налагает на него обязательство сдавать анализы каждые три месяца после операции, а с *другими медицинскими работниками*, членами онкологического

консилиума, на котором утверждается план лечения. 5) Проверка контакта с пациентом. Здесь понимаются речевые действия врача, направленные на получение информации от пациента, когда врач хочет убедиться, что пациент его слушает, правильно понимает сказанное и не нуждается в дополнительной информации.

2.6.2 Основные коммуникативно-структурные компоненты и их языковое маркирование

Выделенные категории интенционально-прагматической организации консультативных бесед будут использованы при анализе лексического наполнения и грамматического оформления диалогов врача и онкопациента. В связи с ограниченным объемом диссертационной работы анализу подлежат первые семь структурных компонентов (1–7). Выбор связан с высокой частотностью воспроизведения этих структурных компонентов в диалогах. Остальные коммуникативные блоки видятся не менее перспективными для исследования, поэтому рассматриваются автором работы как эмпирический материал для будущих лингвистических исследований.

2.6.2.1 Сообщение окончательного диагноза

Сообщение ракового диагноза (или «сообщение плохих новостей» [Maupard 2003]) чаще всего происходит на первых минутах диалога и занимает не более трех транскрипционных строк. В зависимости от лексического состава фразы, в которой содержится сведения о врачебном заключении, можно выделить два способа выражения информации о диагнозе: 1) с использованием существительных *Karzinom* ‘карцинома’ (18 / 10)¹⁰, *Krebs* ‘рак’ (204 / 36), *Tumor* ‘опухоль’ (419 / 42) и их производных; 2) с помощью введения прилагательного

¹⁰ Первая цифра в скобках указывает на количество повторений лексической единицы в текстах транскриптов, вторая цифра — на количество диалогов, в которых данная лексическая единица встречается.

bösartig ‘злокачественный’ (60 / 22) (ср.: [Осипенко 2023а: 151]). Статистические данные показывают, что указанные лексические единицы применяются не только на этапе сообщения диагноза, но и в других частях диалога (преимущественно при оценке параметров опухоли, объяснении диагноза и рекомендации терапии).

Существительное *Karzinom* на этапе объявления диагноза в большинстве случаев используется в составе композитов, узкоспециализированных медицинских терминов, обозначающих диагноз, например, *Adenokarzinom* ‘аденокарцинома’, *Mammakarzinom* ‘карцинома молочной железы’, *Plattenepithelkarzinom* ‘плоскоклеточная карцинома’, *Rektumkarzinom* ‘рак прямой кишки’, *Thymuskarzinom* ‘карцинома тимуса’. Подобная терминология часто озвучиваются в сочетании со словами и выражениями, демонстрирующими намерение врача разъяснить значение новой для пациента лексики. Пример 3 иллюстрирует один из вариантов сообщения диагноза с использованием узкоспециализированного медицинского термина *Plattenepithelkarzinom*. Прилагательное *sogenannt* ‘так называемый’, предваряющее озвучивание самого термина, имплицитно демонстрирует вероятность того, что понятие может быть незнакомо пациенту. Фраза *das SAGT Ihnen jetzt nichts* ‘сейчас вам это ни о чем не говорит’, воспроизведенная сразу после озвучивания термина, уже эксплицитно демонстрирует уверенность врача в том, что термин непонятен пациенту и нуждается в объяснении. Наречие *jetzt* сигнализирует о ближайшем «тематическом прогрессе» [Buck 2022: 143] (ср. нем. *Thematisierungsformel* [Zifonun et al. 1997: 524]) и является индикатором перехода от сообщения диагноза к его объяснению. Как мы видим, использование прилагательного *sogenannt* до и наречия *jetzt* после озвучивания медицинского термина указывают на временную отнесенность происходящего (ср.: нем. *temporaldeiktisch auf den aktuellen Zeitpunkt verweist* [Buck 2022: 193]), определяют структуру (ср.: нем. *diskursstrukturierende Funktion* [Imo 2010]) и тематику диалога (ср.: нем. *die Bearbeitung einer neuen Thematik* [Dittmar 2002: 161]).

- 28 AM: das is ein **SO**genanntes **plattene**pithelkarzinom,
 это так называемая плоскоклеточная карцинома
- 29 das **SAGT** ihnen **jetzt nichts**,
 сейчас вам это ни о чем не говорит

Для стабилизации эмоционального состояния пациента при сообщении диагноза врачи нередко используют частицу *einfach* ‘просто’ (214 / 43). Она придает фактам оттенок тривиальности, имеет функцию смягчения или отвлечения внимания от негативной информации (ср. [Helbig 1994: 131–134; Thurmair 1989: 131; Weydt, Hentschel 1983: 11]). Пример 4 демонстрирует появление частицы *einfach* непосредственно перед сообщением диагноза (52). В данном случае частица снижает значимость негативного по значению медицинского термина *Mammakarzinom* ‘карцинома молочной железы’, как бы приравнивая ситуацию выявления карциномы к некоторому обыденному случаю. Кроме этого, отрицательное влияние термина снижается здесь за счет того, что до объявления диагноза врач делает отсылку на предыдущую консультацию. Сочетание наречия *schon* ‘уже’, выражающего окончательное завершение чего-либо [Féry 2010; König 1977; Klein 2018], с глаголом, обозначающего мыслительный процесс и актуализированного в перфектном времени *schon gedacht hat* ‘уже думали’ (50–51) напоминает, что вопрос наличия у пациентки опухоли уже обсуждался (ср.: [Klein 2000]). В этой связи раковый диагноз кажется чем-то давно ожидаемым и предопределенным (нем. *Die Übermittlung der Krebsdiagnose wird als etwas behandelt, das keineswegs unerwartet kommt, sondern bereits im „Raum stand“* [Günthner 2017: 8]). Данный пример еще раз подтверждает значимость оценки ближайшего контекста.

- 50 AW es is **SCHON** was,
 это уже то
- 51 was ma **schon geDACHT hat**;=gell?
 то, что уже думали. Верно?
- 52 dass da **einfach n_MAM**karzinom da ist,
 что там просто карцинома молочной железы

В задачи узкоспециализированной лексики на этапе сообщения диагноза также входит противопоставление текущего и потенциально возможного состояния пациента. Так, в Примере 5 врач использует термины *Thymom* ‘тимома’ и *Thymuskarzinom* ‘карцинома тимуса’ для демонстрации градации опасности, в которой *тимома* не предполагает чего-то по-настоящему серьезного (412), в то время как *карцинома тимуса* — нечто, стоящее серьезного беспокойства. Противопоставление терминов в данном случае имплементирует формулировку «Могло бы быть хуже» (ср.: *Das Gute im Schlechten* [Coussios 2019: 47]; *Glück im Unglück / Es hätte noch weitaus schlimmer sein können* [Günthner 2017: 25]; *good news exists from the bad news* [Maynard 2003: 177]). Таким образом, используя термины, обозначающие разную степень агрессивности новообразования, врач сообщает пациенту: «Если бы у вас была не тимома, а карцинома тимуса, было бы гораздо хуже».

Пример 5

- 407 AM also das **thymOM**, (--)
 итак, тимома
- 408 sie MERken ja das heißt ja net, (--)
 вы же заметили, что она не называется
- 409 **THYmuskarzinom**,
 «карцинома тимуса»
- 410 es heißt [**thymOM** bei ihnen,]
 она называется «тимома»
- 411 PM [hm_hm hm_hm,]
 гм_гм, гм_гм
- 412 °hh des is auch **nix richtig BÖSartiges**.
 ничего по-настоящему злокачественного

Лексическая единица *Krebs* ‘рак’ (204 / 36) по сравнению с существительным *Karzinom* ‘карцинома’ (18 / 10) используется в текстах транскриптов в 18 раз чаще. Увеличение частотности употребления термина *Krebs* связано, вероятно, с его большей распространенностью среди неспециалистов, хотя по степени отрицательного воздействия на пациента не уступает термину *Karzinom* (ср.: [Жура 2007]). Интересно заметить, что лексема *Krebs* встречается всего в 36 диалогах, в семи из которых воспроизводится всего один раз. Можно предположить, что врачи намеренно избегают использования терминологии,

которая ассоциируется со смертным приговором (ср.: «Среди населения бытует мнение о фатальности рака и сам диагноз является нередко в ореоле приговора смерти без оговоренного срока» [Гнездилов 2001: 6]).

При озвучивании диагноза компонент *Krebs* чаще всего используется в составе композитов, например, *Brustkrebs* ‘рак груди’, *Eierstockkrebs* ‘рак яичников’, *Enddarmkrebs / Rektumkrebs* ‘рак прямой кишки’, *Hautkrebs* ‘меланома, рак кожи’, *Hodenkrebs* ‘рак яичек’, *Knochenmarkkrebs* ‘рак костного мозга’, *Lungenkrebs* ‘рак легких’. Бинарная структура детерминативных композитов позволяет без дополнительных объяснений конкретизировать локализацию раковых клеток, которую сообщает левый компонент слова.

В других частях диалога лексема *Krebs* используется либо без видоизменений, либо в составе композитов, но уже не в роли главного компонента, а второстепенного, обладающего функцией уточнения: *Krebsarten / Krebsformen* ‘виды / формы рака’, *Krebskrankung* ‘раковое заболевание’, *Krebszellen* ‘раковые клетки’, *Krebsstation* ‘отделение по уходу за раковыми пациентами’, *Krebskrankte / Krebspatient* ‘раковый пациент’, *Krebsregister* ‘онкологический регистр’, *Krebsspezialist* ‘специалист по раковым заболеваниям / онколог’.

Термин *Tumor* ‘опухоль’ (419 / 42) является самым частотным (по сравнению с *Karzinom* и *Krebs*). Его появление возможно в любом коммуникативном блоке. Выявлены лишь единичные случаи употребления данного существительного в составе композита, при этом существительное *Tumor* используется в роли определительного компонента. Такие композиты имеют как узкоспециализированную направленность (*Tumorbiologie* ‘биология опухолей’, *Tumorboard* ‘онкологический консилиум’, *Tumormanifestationen* ‘опухолевые проявления’, *Tumormarker* ‘опухолевый маркер’, *Tumormasse* ‘опухолевая масса’), так и более обиходную (*Tumorkrankung* ‘раковое заболевание’, *Tumorzellen* ‘раковые клетки’).

Важную роль при сообщении диагноза играет прилагательное *bösartig* ‘злокачественный’ (60 / 22) и его субстантивированная форма *Bösartiges*. Появление слов зафиксировано в репликах без узкоспециализированной

онкологической терминологии (т.е. без медицинского обозначения диагноза): *Also das ist ein **bösartiger** Tumor* ‘Ну что ж, это злокачественная опухоль’, *Es sieht schon so aus, dass dort **bösartige** Zellen drin sind* ‘Выглядит уже так, что там есть злокачественные клетки’, *Man hat tatsächlich eine **bösartige** Geschwulst in der Lunge gefunden* ‘В легком действительно нашли злокачественное новообразование’, *Man hat was **Bösartiges** gefunden* ‘Нашли кое-что злокачественное’.

Ситуация сообщения ракового диагноза является стрессовой и пациент не всегда готов сразу принять факт наличия у себя злокачественной опухоли. По этой причине формулировки *Sie haben ein Tumor* ‘У вас опухоль’ может быть недостаточно для осознания пациентом серьезности положения (т.к. *ein Tumor* может указывать на доброкачественную опухоль). Появление описываемого прилагательного (*Sie haben ein **bösartiger** Tumor*) привносит элемент уточнения (ср. с Beispiel 2 из статьи [Imo, Fedorovskaya, Sekacheva 2020: 59–60]) и позволяет избежать дальнейших вопросов со стороны пациента. Пример 6 иллюстрирует ситуацию, в которой врач формулирует диагноз с использованием слова *Tumorzellen* ‘опухолевые клетки’, которое показывает наличие опухоли, но не указывает на ее вредоносность. Для уточнения типа опухоли врач заменяет компонент *Tumor* на прилагательное *bösartig*, отражающее негативную сторону диагноза.

Пример 6

- 13 AM: und jetzt ham wa sogar den (.) **ENDgültigen befund**,
и сейчас у нас есть даже окончательный диагноз
- 14 und es sind **TUmorzellen** drin,
и там опухолевые клетки
- 15 also es sind (.) **BÖSartige zellen**,
то есть злокачественные клетки

«Формула» сообщения диагноза часто состоит из двух компонентов: вводного выражения и указания на наличие злокачественного новообразования. Под «вводным выражением» понимается формулировка, сообщающая о факте наличия окончательного диагноза, но не называющая его. В Примере 6 такой формулировкой является выражение *entgültigen Befund haben* (13) (ср.: Осипенко

2023а: 151). Указание на злокачественное новообразование может быть выражено в виде точного диагноза (Примеры 3–5) или сообщения о наличии раковых/злокачественных клетках (Пример 6).

Лексический состав структурного компонента «Сообщение диагноза» показывает высокую частотность употребления существительных *Karzinom*, *Krebs* и *Tumor*, используемых во многих случаях в составе двухкомпонентных детерминативных композитов, выражающих (узкоспециализированную) медицинскую терминологию. В состав реплик о раковом диагнозе также может входить прилагательное *bösartig*, выполняющее функцию замещения узкоспециализированной онкологической терминологии, обозначающей диагноз.

2.6.2.2 Оценка параметров опухоли и объяснение диагноза

Элементы оценки параметров опухоли в диалогах чаще всего прослеживаются в непосредственной «близости» к структурному компоненту «Сообщение диагноза» (ср.: *troubles-telling* [Buck 2022: 232, Jefferson 1988]), т.е. до его объявления (как подготовительная фаза к плохим новостям) или сразу после (для снятия эмоционального напряжения). Для оценки новообразования онкологи используют узкоспециализированные буквенно-числовые показатели или дают характеристику значимым показателям опухоли.

Особенности выражения оценки с помощью использования узкоспециализированных буквенно-числовых показателей. В качестве буквенно-числовых показателей используются данные из широко распространенной среди онкологов международной TNM-классификации стадий злокачественных новообразований, в которой показатель T (лат. *tumor* ‘опухоль’) отражает размер опухоли и может иметь значение от 1 до 4, N (лат. *nudus* ‘узел’) указывает на степень поражения лимфатических узлов и приобретает значения от 1 до 3, M (греч. *μετάστας* ‘перемещение’) сигнализирует о наличии (M1) или отсутствии (M0) отдаленных метастазов. Гистологическая степень злокачественности опухоли обозначается буквами от

G1 до G4 (англ. *grade* ‘степень, уровень’), где G1 — высокодифференцированная; G2 — умеренно, G3 — низко, G4 — недифференцированная опухоль [Блинов 2003: 1–18].

Использование указанных буквенно-числовых данных вносит ясность в объяснение и повышает доверие к специалисту, но требуют дополнительных разъяснений. В Примере 7 врач объясняет пациенту значение буквенно-числового показателя G3, описывает его отрицательные и положительные стороны.

Пример 7

- 155 PW: isch das_n SCHNELL wachsender tumor,
это быстрорастущая опухоль?
- 156 AW: des schon **ge DREI**,
уже G3
- 157 also **ge DREI heißt** schon das was ich ihnen vorhin gesagt hab,
в общем, G3 означает то, что я вам уже сказал
- 158 dass der schon (.) n_bissl **schneller wächst** als ANdere jetzt;
что она уже немного быстрее растет, чем другие
- 159 ja?
да
- 160 °h **schneller WÄCHST**,
быстрее растет
- 161 u::nd,
и ((протяжно))
- 162 **Aber**,
но
- 163 DANN auch wieder **auf chemo besser anspricht**,
затем также лучше реагирует на химиотерапию

На вопрос закрытого типа ‘Это быстрорастущая опухоль?’, подразумевающий утвердительный или отрицательный ответ, врач реагирует фразой *des schon ge DREI* ‘уже G3’ (156), которая заменяет утвердительный ответ. Сразу после введения буквенно-числового обозначения врач объясняет его. Переходом к объяснению является конструкция *G3 heißt* ‘G3 означает’. Само объяснение в данном случае носит оценочный характер и выражается через прилагательное в сравнительной степени *schneller* ‘быстрее’, используемое в рамках сравнительной конструкции с *als* ‘чем’ (*bisschen schneller wächst als andere* ‘немного быстрее растет, чем другие’ (158)). Отрицательная семантическая

коннотация сочетания *schneller wachsen* ‘быстрее расти’ смягчается наречием *bisschen* ‘немного’ и предложением с противительным союзом *aber* ‘но’, раскрывающим положительные стороны диагноза (163).

Возвращаясь к теме узкоспециализированных показателей, стоит еще раз упомянуть, что введение буквенно-числовых обозначений чаще всего сопровождается пояснительными конструкциями с использованием оценочных прилагательных и наречий.

Числовые обозначения, применяемые при характеристике диагноза, могут приобретать вид процентов или единиц измерения, представленных в миллиметрах или сантиметрах: *Wachstumsfunktion ist von 10 Prozent. Das sind Tumoren, die nicht schnell wachsen* ‘Скорость роста составляет 10 %. Это опухоли, которые растут медленно’, *Der größere Tumorherd ist 2,7 Zentimeter groß* ‘Размер более крупного опухолевого очага составляет 2,7 сантиметра’. Как видно из примеров, числовые обозначения позволяют дать точное представление о параметрах опухоли.

Особенности выражения оценки через характеристику значимых показателей опухоли. В большинстве случаев врачи избегают использовать профессиональные буквенно-числовые обозначения для характеристики опухоли. Вместо этого оценивается динамика развития заболевания через такие показатели, как активность раковых клеток, иными словами, скорость роста опухоли, ее актуальный размер, количество вредоносных опухолевых очагов, стадия развития заболевания (ср.: [Осипенко 2023а: 151–152]).

Перечисленные показатели, как правило, вводятся в диалог для отражения положительных критериев опухоли и озвучиваются после актуализации второй части concessивной конструкции *zwar / schon ..., aber...* ‘хотя ..., но...’ [Осипенко 2023б]. Данная конструкция может также обозначаться как: „*zwar...aber*“-*Strategie = konzessive Strategie = zweiteilige Strategie* ‘стратегия «хотя ... но»’, по С. Гюнтнер [Günthner 2015, 2017]; *X aber Y* ‘X но Y’, *das Schlechte ist X, aber das Gute ist Y* ‘плохое состоит в X, но / а хорошее заключается в Y’, по В. Имо [Imo 2017b: 21; Imo 2016b: 20].

Первая часть данной конструкции содержит негативные сведения о заболевании и симптомах. Вторая часть конструкции с противительным союзом *aber* ‘но’ передает информацию благоприятного содержания, связанную с позитивными характеристиками опухоли. Основная цель этой грамматической структуры — отвлечь внимание от плохого диагноза и сконцентрироваться на положительных параметрах опухоли. В Примере 8 представлен случай объявления диагноза и его пошагового разъяснения путем указания на положительные характеристики опухоли.

Пример 8

- 82 AW: [ja: des]is_n BÖSartiger tumor?
да, это злокачественная опухоль
- 83 PW: ja::,
да
- 84 AW: **A::ber** (.) er hat eigentlich **nur gute eigenschaften**.
но она имеет только хорошие характеристики
- 85 PW: oh;
Да
- 86 AW: **in bezug auf** er WÄCHST nicht schnell,
в том плане, что она растет не быстро
- 87 PW: mh_MH*,
гм_гм
- 88 AW: e::r sie brauchen keine CHEmotherapie,
вам не нужна химиотерапия

*В текстах транскриптов *hm* может графически передаваться как *mh*. При этом *hm* обозначает восходящую / вопросительную интонацию (*das fragende*), а *mh* выражает согласие (*das zustimmende*).

Данный отрывок диалога можно секвенцировать на три части.

Первая часть (82–83) — сообщение диагноза. Врач информирует пациента о наличии опухоли. В качестве определения к слову *Tumor* используется прилагательное *bösartig*, передающее негативную сторону диагноза.

Вторая часть (84–85) — характеристика опухоли. Введение concessive союза *aber* ‘но’ и прилагательного *gute* (*Eigenschaften*) ‘хорошие (характеристики)’, положительное значение которого усиливается наречием *nur* ‘только’, позволяет перефокусировать внимание на хорошие параметры

новообразования (ср. англ. *optimistic projection* [Jefferson 1988: 431; Maynard 2003: 180f]).

Третья часть (86–88) — конкретизация положительных характеристик опухоли. Указание на медленный темп роста опухоли (*er wächst nicht schnell*) и отсутствие необходимости в химиотерапии (*Sie brauchen keine Chemotherapie*) аргументирует формулировку *er hat eigentlich nur gute Eigenschaften*.

В анализируемых диалогах первая часть конструкции (*zwar*) ... *aber* ‘(хотя) ..., но...’ особенно часто содержит прилагательное *bösartig* ‘злокачественный’: *Es ist jetzt DOCH ein bösartiger Tumor* ‘Это все-таки злокачественная опухоль’, *Also Sie haben jetzt in dem Polyp einen kleinen bösartigen Krebs* ‘Итак, у вас сейчас в полипе небольшой злокачественный рак’, *Da gibt es bösartige Zellen* ‘Там имеются злокачественные клетки’. Для первой части конструкции также характерно сочетание *nicht* (*nichts*) и (субстантивированного) прилагательного с положительной оценкой: *Das Ergebnis ist halt nicht super* ‘Результат не такой уж суперский’; *Und dieser untere Bereich des Bauchs... da ist das PET-CT NICHT so gut* ‘А в этой нижней части живота... тут результаты ПЭТ-КТ не такие хорошие’; *Also, es ist leider nichts Gutes* ‘Итак, к сожалению, ничего хорошего’. В отличие от использования прилагательных с негативной оценкой, реплики с позитивно окрашенными прилагательными, по нашему мнению, смягчают воздействие плохих новостей на эмоциональное состояние пациента. Употребление прилагательных с явной негативной коннотацией *schlecht / schlimm* ‘плохой’ замечено в высказываниях, передающих условно положительные тенденции: *Der ((Tumor)) hat aber keine so besonders schlimmen Eigenschaften* ‘У нее ((у опухоли)) не особенно плохие характеристики’, *Sie ((die Lunge)) ist gar nicht SO schlecht* ‘Оно ((легкое)) не так уж и плохо / С ним не все ТАК плохо’.

Во второй части concessивной конструкции (*zwar*) ..., *aber*... ‘хотя ..., но...’ часто используются фразы с оценочными прилагательными *gut* ‘хороший’ и / или *günstig* ‘благоприятный’, предназначенные для эксплицитного выражения положительной оценки параметров опухоли. Эти прилагательные иногда

выделяется интонационно *Das sind GUTE Zusatzkriterien* ‘Это хорошие дополнительные характеристики’, *Das ist eher was GÜNStiges* ‘Это скорее нечто благоприятное’, что позволяет подчеркнуть положительную сторону плохого диагноза.

Оценочные прилагательные часто употребляются в сочетании с такими частицами и наречиями как *eher* ‘скорее, довольно, вероятнее’, *eigentlich* ‘собственно, в сущности, в принципе’, *ganz* ‘вполне, довольно’, *nur* ‘только’, *super* ‘супер’: *Er ((der Tumor)) hat eigentlich ganz/nur günstige Tumorkriterien* ‘У опухоли, в сущности, довольно/только благоприятные критерии’; *Aber man muss dazu sagen, er ((der Tumor)) hat super gute Eigenschaften* ‘Но нужно добавить, что у нее ((у опухоли)) супер хорошие характеристики’. Подобные частицы и наречия позволяют усилить или хеджировать (ослабить/смягчить) иллокутивную силу прилагательного (ср.: [Терентьева 2014; DUDEN 2009: 588–596; Pittner 1999]).

Вслед за репликами, в которых говорится о факте наличия положительных характеристик опухоли, врачи актуализуют фразы типа: *Es könnte viel schlechter / schlimmer sein* ‘Могло бы быть хуже’, которые могут модифицироваться в шутливо-ироничную форму *Bei dem Schlechten <...> haben Sie sich noch das Beste ausgesucht* ‘Из всего плохого <...> вы подыскали для себя самое лучшее’. Подобные реплики предназначены для скрытого сравнения имеющихся и потенциально возможных показателей, а также для подбадривания пациента.

Предложения с конструкцией *gute Eigenschaften / günstige Kriterien* ‘хорошие характеристики / благоприятные критерии’ ознаменовывают переход от диагноза (от реплик с отрицательной оценкой) к описанию параметров опухоли (к репликам с положительной оценкой). Отсутствие такого предложения может говорить о том, что у опухоли сложно выделить положительные характеристики. В этом случае вместо конструкций с положительной оценкой врач уточняет имеющийся диагноз (продолжает использовать лексико-грамматические конструкции с отрицательной оценкой).

Для выражения положительной оценки скорости роста опухоли в анализируемых транскриптах используется два синонима: (отрицание) *kein/nicht*

(so) + *schnell wachsen* ‘расти не (так) быстро’ и *langsam wachsen* ‘расти медленно’: *Er ((der Tumor)) wächst nicht schnell* ‘Она ((опухоль)) медленно растёт’; *Wir haben keine Eigenschaften, dass der ((Tumor)) irgendwie aggressiv oder schnell wächst* ‘У нас нет показателей, указывающих на то, что она ((опухоль)) как-то агрессивно или быстро растёт’; *Aber ihr Tumor der wächst SO langsam, dass...* ‘Но ваша опухоль растёт ТАК медленно, что ...’.

Примечательно, что для выражения отрицательной оценки скорости роста опухоли в анализируемых текстах можно редко встретить выражения типа *Der Tumor wächst schnell* ‘Опухоль растёт быстро’, т.е. сочетание *schnell wachsen* ‘расти быстро’ по аналогии с передачей положительной контекстуальной оценки. Предпочтительной конструкцией для передачи отрицательной оценки является способ выражения «от обратного», через сочетание *nicht (so) langsam wachsen* ‘расти не (так) медленно’.

Динамика роста опухоли ранжируется посредством использования прилагательных *schnell* и *langsam* в сравнительной степени (*schneller* ‘быстрее’, *langsamer* ‘медленнее’), усилительного наречия *sehr* ‘очень’ и частицы *so* ‘такой’.

Отдельно стоит отметить прилагательное *aggressiv* ‘агрессивный’, которое является контекстным синонимом к прилагательным *bösartig* и *schnell*; и в зависимости от контекста может передавать как положительную и нейтральную, так и отрицательную оценку состояния опухоли: *Also, es ist kein aggressiver Tumor* ‘В общем это не агрессивная опухоль’, *Sie ((die Werte)) sind an der Grenze zum aggressiven Wachstum* ‘Они ((показатели)) находятся на границе к агрессивному росту’, *Es ist nicht ganz schwach aggressiv* ‘Это не слабо агрессивная опухоль’, *Das ist wirklich schon eine aggressive Art von einem Tumor* ‘Это правда агрессивный вид опухоли’. Описываемое прилагательное может использоваться в субстантивированной форме: *Prognosefaktor für was Aggressives hat das nicht* ‘Оснований полагать, что опухоль будет вести себя агрессивно, нет’.

Следующий критерий, помогающий охарактеризовать опухоль, — актуальный размер новообразования. Небольшой размер означает начальную стадию заболевания или указывает на низкие темпы деления раковых клеток, поэтому

оценивается специалистами как положительный критерий и выражается через синонимичный ряд *mini* ‘мини’, *klein* ‘маленький’, *nicht groß* ‘небольшой’: *Das eine ist ja ganz mini, klein. Das andere ist ja jetzt auch nicht groß* ‘Одна ((карцинома)) совсем маленькая. Другая сейчас тоже не такая уж большая’, *Also, das ist ein kleiner Brustkrebs*. ‘Итак, это маленький рак молочной железы’.

Увеличение размера опухоли указывает на прогрессирующую стадию заболевания. В рассматриваемых диалогах специалисты редко используют прилагательное *groß* ‘большой’ для обозначения увеличенного размера карциномы. Если данное прилагательное используется врачами в качестве индикатора отрицательной оценки опухоли, то в комбинации с прилагательным *klein* ‘маленький’. В результате сочетания в одном предложении прилагательных с положительной и отрицательной оценкой высказывание приобретает нейтральное смысловое значение: *Die ((die Krebsherden)) sehen einfach in ihren Zellbildern unterschiedlich aus. Die einen haben kleine Zellen, die anderen große Zellen*. ‘Они ((опухолевые очаги)) просто выглядят по-разному на вашей цитологической картине. Одни состоят из маленьких клеток, другие — из больших’.

Для обозначения увеличенного размера карциномы более частотным является сочетание *nicht (ganz) klein* ‘не (такой) маленький’: *Der Tumor ja nicht ganz... so GANZ klein ist, nun schon etwas größer*. ‘Опухоль не такая уж... не такая и маленькая, теперь уже немного больше’. Лексический повтор прилагательного *ganz* и его интонационное выделение подчеркивает, что размер опухоли вышел за пределы нормы.

Немаловажным фактором при объяснении диагноза является указание на количество вредоносных опухолевых очагов. Чем больше поврежденных участков, тем сложнее удаление опухоли с помощью оперативного вмешательства и тем опаснее состояние пациента: *Er ((Tumor)) ist an einer Stelle. Also nicht an mehreren!* ‘Она ((опухоль)) в одном месте. Не во многих!’, *Es gibt insgesamt drei Tumorherde*. ‘В общей сложности имеется три опухолевых очага’, *Dieser Tumor ist eben NICHT nur an einer Stelle, sondern an mehreren Stellen*. ‘Эта опухоль НЕ в одном месте, а в нескольких’, *Das Problem bei Ihrem Fall ist, dass das einfach*

mehrere Tumoren sind. ‘Проблема в вашем случае в том, что у вас просто несколько опухолей’. Для смягчения плохих новостей вместо *der Tumorherd* ‘опухолевый очаг’ могут использоваться существительные *der Bereich / der Bezirk / die Stelle* ‘область’; *ein (kleines/rotes) Pünktchen* ‘одна (маленькая/красненькая) точка’; *der Knubbel* разг. ‘опухоль’.

Критерием, позволяющим произвести оценку опухоли, является стадия развития заболевания. Ранняя стадия (в отличие от терминальной) говорит о возможности борьбы с заболеванием как таковой и о перспективе восстановления функций поврежденного органа. Для выражения стадии заболевания используются сочетания *im (nicht so) frühen Stadium* ‘(не) на ранней стадии’, *(nicht) im Anfangsstadium* ‘(не) на начальной стадии’, *(nicht) lange im Körper* ‘(не)долго в организме’: *Man hat was Böses gefunden, im ganz frühen Stadium* ‘Нашли кое-что злокачественное на довольно ранней стадии’; *Ich kann es Ihnen nicht sagen, wie schnell das ging, aber es ist noch nicht so lange da.* ‘Я не могу вам сказать, как быстро развивалась опухоль, но она тут ((в организме)) не так давно; *Der Befund passt zu einem Lungenkrebs, der allerdings nicht im Anfangsstadium ist, sondern der schon eine Weile im Körper ist.* ‘Данные обследования указывают на рак легких, который при этом не в начальной стадии, а находится в организме уже продолжительное время’. Грамматическим указателем на то, что опухоль в теле пациента развивается длительное время, является определённый артикль: *Diese Erkrankung, wie ich schon sagte, ist leider nicht heilbar in dem Stadium.* ‘Это заболевание, как я уже сказал, к сожалению, неизлечимо на этой стадии’. Акцентировать внимание на артикле возможно благодаря фразовому ударению: *Aber den Tumor an sich kriegen wir in DEM Stadium jetzt nicht mehr weg.* ‘Но опухоль, на ЭТОЙ стадии, мы уже не сможем удалить’. Несмотря на то, что врач не называет стадию заболевания (и данная информация в беседе ранее не упоминается), из контекста становится понятно, что речь идет не о начальной стадии.

Наличие в диалоге информации о метастазировании указывает на увеличение количества вредоносных очагов и продолжительное присутствие раковых клеток в организме. Другими словами, наличие метастазов — один из самых неблагоприятных сценариев развития заболевания.

В Примере 9 речь идет о дочерней опухоли (аденокарциноме легкого), образованной отсевом из первичного (родительского) очага, локализованного в прямой кишке. Посредством проведенного ранее секвенциального анализа данного отрывка (см. Таблица 1) мы выявили языковые средства, обеспечивающие динамику развития диалога. В текущем разборе мы рассмотрим языковые средства, отвечающие за создание объяснительной силы реплик врача.

Пример 9

- 60 AM: °h[h] und ((Pathologe)) hat festgestellt dass der **KREBS**,
 ((вдох)) и ((патолог)) установил, что этот рак
- 61 PM: [ja:]
 да
- 62 AM: (1.1) NICHT (.) von der lunge kommt?
 происходит не от легкого
- 63 °hh sondern dass der krebs eine **ABsiedlung** ist-
 ((вдох)) но этот рак является вторичным опухолевым очагом
- 64 (1.0) von dem **beKANNten kre:bs** den sie schon HATten.
 уже известного рака, который у вас уже был
- 65 (-)[er sch]reibt ganz KLAR= in dem ZWEIten kritischen bericht?
 он (патолог) ясно пишет во втором гистологическом отчете
- 66 PM: [hm;]
 гм
- 67 AM: °hhh das es eine **ABsiedlung** ist?
 ((вдох)) это вторичный опухолевый очаг
- 68 (.) aus der **VORherigen-**
 от прежнего
- 69 (0.5) **in der diagNOSTik schon [bekannten-]**
 уже известного в диагностике
- 70 PM: [h°]
- 71 AM: (.) **REKTOkarzinom;**
 колоректального рака
- 72 Also,
 точнее

- 73 (0.8) dem (.) **UN**teren darmkrebs= dem **END**darmkrebs.
рака нижней части прямой кишки
- 74 PM: ja:.
да
- 75 AM: (.) also es ist eine **AB**siedlung,
в общем, это вторичный опухолевый очаг
- 76 des vorbekannten **end**darm**KRE**bses.
известного рака нижней части прямой кишки
- 77 PM: ((räuspert sich))
 ((откашливается))
- 78 AM: °hhh das heißt es ist eine so genannte **meta**stase,
 ((вдох)) *это называется, это так называемая «метастаза»*

Несмотря на то, что пациент уже имеет опыт борьбы с раком и, должно быть, знаком с онкологической терминологией, понятие ‘метастаз’ врач вводит не сразу. Последовательность *Krebs — Absiedlung — bekannter Krebs — Absiedlung — aus der vorigen, in der Diagnostik schon bekannten Rektokarzinom — unterer Darmkrebs — Enddarmkrebs — Absiedlung — Enddarmkrebs — Metastase* состоит из повторов, уточнений и синонимов. Выделенные слова постепенно раскрывают причину происхождения рака легкого. Благодаря отсутствию лексики с эксплицитной отрицательной оценкой заболевания или прямой оценки состояния пациента объяснение приобретает информирующий характер.

Таким образом, оценка параметров опухоли и объяснение диагноза на лексическом уровне проявляется через использование буквенно-числовых показателей, числовых обозначений, прилагательных, определяющих значимые параметры опухоли (активность/рост клеток, количество опухолевых очагов, стадия заболевания). Грамматическим маркером данного этапа является конструкция *zwar / schon ..., aber...*. Фрагменты диалогов, содержащие оценку параметров опухоли, показывают, что при объявлении ракового диагноза врачи стремятся акцентировать внимание на положительных характеристиках заболевания. Такой способ изложения информации, на наш взгляд, позволяет контролировать психоэмоциональное состояние пациента.

2.6.2.3 Обоснование выбора терапии

Структурный компонент «Обоснование выбора терапии» может следовать за непосредственной рекомендацией терапии или предшествовать ей. Описываемый блок включает общую информацию о возможных побочных эффектах, формах, эффективности и переносимости терапии. Здесь также объясняется, почему рекомендуемая методика лечения является предпочтительной в данном конкретном случае.

Лексико-грамматическими маркерами данного этапа консультации выступают придаточные причины/следствия с союзами *da* ‘поскольку’, *weil* ‘потому что’ и союзным наречием *deshalb* ‘поэтому’; условные придаточные с союзом *denn* ‘так как’ и сложносоставным союзом *wenn ... , dann ...* ‘если ..., то ...’; конструкция *das heißt* ‘это значит’ и конъюнктив II.

В Примере 10 продемонстрирована ситуация, в которой врач обосновывает причину выбора химиотерапии.

Пример 10

- 083 AM: [u::nd,]
и ((протяжно))
- 084 jetzt MUSS man natürlich überlegen,
сейчас конечно нужно поразмышлять
- 085 welche therapie MACHT man?
какую делать терапию
- 086 ähm da gibt_s einmal die drei GROßen,
есть сразу три варианта
- 087 operaTION,
операция
- 088 STRAHlenthalapie,
лучевая терапия
- 089 oder CHEmotherapie,
или химиотерапия
- 090 oder eine kombinaTION der verschiedenen therapiearten,
или комбинация разных терапий
- 091 PM: hm_hm,
зм_зм
- 092 AM: und (-) **wenn** der tumor (.) im körper an
verSCHIEDenen stellen zu finden ist,

если опухоль в теле можно найти в разных местах

- 093 beREITS zu finden ist muss man ja sagen,
должен сказать, что сейчас как раз можно найти
- 094 **DANN**,
- 095 ist das n_HINweis darauf,
то это указание на то
- 096 dass eben man das nicht nur indem man EIne stelle
rausschneidet,
- 097 behandeln KANN.
что это невозможно вылечить именно путём удаления одной области (одного очага)
- 098 das wäre die [indi]kation für ne Operation;
было бы показанием к операции
- 099 PM: [hm_Hm,]
гм_гм
- 100 AM: [ja?]
да
- 101 PM: [<hm_hm, >]
гм_гм
- 102 AM: eine STELle,
одно место ((опухолевый очаг))
- 103 (--) MESser,
нож
- 104 (-) diese stelle WEG,
эту место удаляем
- 105 **dann** is der tumor AUCh weg.
тогда и опухоль уходит
- 106 **wenn** WIR aber jetzt den (-) TUmor da rechts unten
in der lunge wegschneiden,
но если мы сейчас вырежем опухоль, там справа внизу в легком
- 107 aber die lymphknoten ja drin LASSen [**dann**] im
bauch zum beispiel;
а лимфоузлы оставим там, то в животе, например
- 108 AM: **dann** sind sie ja die TUmorerkrankung
durch das rausschneiden nich los.
то онкозаболевание через вырезание не уйдет
- 109 PM: net LOS,
не уйдет
- 110 AM: ja:?=**das heißt** wir müssen etwas FINDen,
это означает, мы должны что-то найти
- 111 was (.) an den verschiedenen stellen WIRKT,
что действует на разные места
- 112 (--) und das kann EIgentlich nur die chemotherapie sein;
а это может быть только химиотерапия

Фразой *Jetzt muss man natürlich überlegen, welche Therapie macht man* ‘Сейчас конечно нужно поразмышлять, какую делать терапию’ (84–85) врач переходит к объяснению выбора лечения и перечисляет возможные варианты: *Operation, Strahlentherapie, Chemotherapie oder Kombination verschiedener Therapien* ‘операция, лучевая терапия, химиотерапия или сочетание разных способов (терапий)’ (86–90) (ср.: англ. *viable solution* [Pudlinski 2009: 448]). Окончательное предложение относительно лечения (112) врач делает не сразу. Используя конструкцию *wenn ..., dann ...* ‘если ..., то ...’ и глагол *sein* в конъюнктиве II, врач сначала «рисует картину» возможных действий медицинских работников при наличии у пациента одного опухолевого очага (92–105) (ср.: англ. *accounting* [Buttny, Morris 2001: 290]; *accountability* [Robinson 2016: 15f]). В рамках объяснения на данном этапе диалога в качестве подлежащего во всех репликах врач использует неопределенно-личное местоимение *man*, выполняющее генерализирующую функцию (ср.: нем. *eine generische* [Malamud 2012: 5; Zifonun 2000] / *eine generalisierende Funktion* [Eggs 2017: 68ff]) и показывающее, что в похожих случаях установлен именно такой порядок действий (один опухолевый очаг → операция). При повторном использовании конструкции *wenn ..., dann ...* врач сообщает, что раковые клетки расположены в нескольких органах. При этом он заменяет неопределенно-личное местоимение *man* на личное местоимение *wir* ‘мы’ (106), знаменующее переход от теоретических объяснений к частному случаю. С помощью конструкции *das heißt* врач делает вывод о невозможности проведения операции и необходимости применения химиотерапии в качестве основного метода лечения, поскольку ее действие распространяется на отдаленные раковые клетки. Таким образом, в начале диалога врач знакомит пациента с возможными вариантами лечения, но в процессе объяснения и аргументации сужает выбор до химиотерапии.

Заметим, что в рамках указанного фрагмента диалога пациент не принимает активное вербальное участие в беседе. Тем не менее, обратная связь присутствует. Звуковой сигнал *hm* (91, 99, 101), свидетельствуют о восприятии пациентом информации и мотивируют врача к дальнейшей передаче информации.

Для этапа обоснования выбора терапии характерны союзы *da, denn, weil, wenn ..., dann ...*, союзное наречие *deshalb*, конструкция *das heißt* и конъюнктив II. Указанные языковые маркеры необходимы для введения аргументации в пользу выбранной врачом терапии.

2.6.2.4 Рекомендация терапии и принятие решения по поводу метода лечения

При анализе диалогов были выявлены фрагменты, в которых врач использует фразы рекомендательного содержания. Рекомендация чаще всего встречается при обсуждении вариантов и времени терапии (ср.: [Федоровская, Осипенко 2020: 204]), выражается эксплицитно с помощью предикатов *empfehlen* ‘рекомендовать’ (37 / 16) или *vorschlagen* ‘предлагать’ (15 / 8) иногда в сочетании с конъюнктивом II.

В качестве подлежащего в предложениях с глаголами *empfehlen* и *vorschlagen* выступают личные местоимения *ich / wir* или неопределенно-личное местоимение *man*. Например, *Aber **ich** würde Ihnen **nicht empfehlen**, noch länger zu warten wie ein zwei Monate* ‘Но я бы вам не рекомендовал ждать дольше одного-двух месяцев’ (имеется в виду откладывать проведение операции). *Das werden wir Ihnen am Montag sagen, was **wir** Ihnen da **empfehlen*** ‘Мы сообщим вам в понедельник, что **мы рекомендуем** в этом случае’ (предполагается, что до понедельника пройдет онкологический консилиум, на котором врачи разных специализаций обсудят целесообразность выбранного метода лечения или осуществят его коррекцию). ***Man** würde Ihnen trotz alledem, auch wenn es nur so schwach auf Hormone anspricht, eine Antihormontherapie auf jeden Fall **vorschlagen*** ‘В любом случае, даже если опухоль имеет такую слабую чувствительность к гормонам, **можно было бы предложить** антигормональную терапию’.

Рекомендация может быть представлена без использования реплик с предикатами *empfehlen* и *vorschlagen*, но через выражение личного мнения врача: *Also es muss nicht heute oder morgen sein. Das muss auch nicht nächste Woche sein.*

Aber so im nächsten Monat würde ich es machen ‘Не обязательно делать это ((оперировать)) сегодня или завтра. Даже не на следующей неделе. Но в течение следующего месяца **я бы сделал**’; *Ich würde das auf keinen Fall nicht operieren* ‘**Я бы** ни в коем случае **не отказывался бы** от операции’.

Наличие фраз рекомендательного характера могло бы свидетельствовать о том, что и онкологи стремятся придерживаться принципов совещательной модели взаимоотношений, действовать в русле современных мировых тенденций в отношении вербального взаимодействия с пациентом и стремиться к диалогической симметрии. Тем не менее, если рассматривать фразы не только в локальном контексте, а с учетом временного разворачивания предложений с самого начала диалога, можно заметить явные патерналистские тенденции. В разговоре с онкопациентами рекомендация используется не с целью посоветовать, обсудить и вместе принять решение, а для смягчения директивных указаний, более деликатного представления заранее продуманного плана лечения и психологического комфорта пациента. Не ожидается, что пациент будет отказываться от предлагаемого врачом плана лечения. Если же пациент начинает сомневаться, проявлять беспокойство или молчать, то врач подкрепляет свое предложение аргументами.

В Примере 11 до и после рекомендации облучения (148) врач использует фразы, подкрепляющие логичность своего предложения (обосновывающие выбор терапии).

Пример 11

- 146 AM: in DEN situationen (-) wo (.) die erkrankung
behandlungsbedürftig ist -
в тех ситуациях, где заболевание требует лечения
- 147 und eher an EINER stelle ist (1.6) -
и скорее находится в одном месте
- 148 **empfiehlt man** zumeist eine beSTRahlung in dem bereich.
рекомендуют чаще всего облучение этой области
- 149 PM: hm_hm-
гм_гм
- 150 AM: dort hat man eine lokale auswirkung (-) auf den beZIRK
aber nicht auf den ganzen körper
там получают локальное воздействие на конкретную область, а не на все тело

В первой реплике фразовое ударение расположено на определенном артикле *in DEN situationen* ‘в ТЕХ ситуациях’ (146), который приравнивает ситуацию пациента к множеству других похожих случаев, в которых опухоль еще поддается лечению (*behandlungsbedürftig*) и локализована в одном месте (*an einer Stelle ist* (147)). Называя эти два фактора, врач использует частые паузы различной протяженности (0,5; 0,2; 0,5 и 1,6 сек.), которые говорят о неспешности темпа речи врача и его намерении дать возможность пациенту обдумать смысл озвученных фраз. Безличное предложение с неопределенно-личным местоимением *man* (*empfiehlt man* ‘рекомендуют’ (148)) указывает на генерализацию похожих случаев: во всех подобных ситуациях рекомендуют именно такую методику лечения. Наречие *zumeist* ‘чаще всего’ указывает на высокую частотность использования именно такой терапии в похожих случаях. Наличие определенного артикля в словосочетании *in dem Bereich* ‘в этой области’ (148) указывает на единственность такого злокачественного участка и на то, что его локализация четко определена. Оба критерия считаются в онкологии «положительными» параметрами опухоли и действуют как аргументы, способные повысить эмоциональное состояние пациента.

После получения ответной реакции от пациента в виде короткого звукового сигнала (149) врач более подробно раскрывает преимущества облучения. Во-первых, оно имеет *eine lokale Auswirkung* ‘локальное воздействие’ (150). Заметим, что врач сразу разъясняет данное понятие, используя уточнение *nicht auf den ganzen Körper* ‘не на все тело’. Во-вторых, онколог имплицитно сравнивает облучение с химиотерапией, действие которой распространяется на все тело и применяется только в крайних случаях, и предлагает оставить ее в качестве запасного варианта при распространении раковых клеток из первичного очага. Таким образом, рекомендация состоит всего из одного варианта лечения (облучения), но изложена не в директивной, а более мягкой манере. Уместно говорить о рекомендательном

тоне, который, тем не менее, не предполагает отказа или других вариантов. Такая мягкая, аргументированная рекомендация встречается в семи беседах.

Во всех остальных диалогах мы столкнулись с более интенсивной формой рекомендации. Под «интенсивной формой рекомендации» мы понимаем озвучивание метода терапии в настоятельной манере без возможности предоставления альтернатив. Она может вводиться в диалог с помощью слов *empfehlen/Empfehlung* и *vorschlagen/Vorschlag* или без них (как в Примере 10 (113)).

В Примере 12 врач настаивает на проведении операции в уговаривательно-убежденческой манере.

Пример 12

- 116 AW: (-) **Definitiv** die **empfehlung**,
определенно рекомендация
- 117 **EINdeutig wirklich**,
однозначно, правда,
- 118 und d_d das muss ich ihnen **SEHR sehr ans herz legen**,
я должен вас очень-очень настоятельно просить
- 119 son_mach ich sonst mach ich mir **wirklich GROße sorgen um sie**,
иначе я правда начну сильно переживать за вас
- 120 °h WENN sie operiert werden,
когда вас прооперируют
- 121 dass der tumor RAUS kommt,
чтобы опухоль ушла
- 122 dann sind sie hinterher mit **so einem guten tumor geSUND**,
с такой хорошей опухолью после этого вы снова будете здоровы

Уговаривание, по И.А. Стернину, основано на эмоциональном побуждении собеседника принять точку зрения адресата посредством многократного повторения просьбы или предложения [Стернин 2012: 49]. Использование наречий *definitiv* ‘определенно’ и *eindeutig* ‘однозначно’ указывают на бескомпромиссность решения врача. В то же время императивность смягчается благодаря использованию другого наречия *wirklich* ‘правда’ (117), которое не несет аргументативной функции, но усиливает эмоциональность и показывает равнодушие врача. В последующей интонационной фразе демонстрация сопереживания нарастает *das muss ich Ihnen SEHR sehr ans Herz legen* ‘я должен

вас очень-очень настоятельно просить / (вам) горячо рекомендовать' (118) за счет использования личного местоимения *ich* в сочетании с модальным глаголом *müssen* и фразеологическим единством *j-m ans Herz legen*. Личное местоимение указывает на лицо, от которого исходит просьба, т.е. лично врач, от своего имени, просит пациента согласиться на операцию. Модальность, выраженная через *müssen*, обозначает острую необходимость совершения действия. При этом врач вместо нейтральных глаголов *anraten*, *empfehlen* или *nahelegen* использует фразеологическое единство, в составе которого присутствует слово *Herz* 'сердце', которым обозначатся не просто центральный орган кровеносной системы, но также место, где живут переживания, чувства и настроения. Значение «сердечности» этого устойчивого сочетания усиливается в три раза за счет 1) семантики наречия *sehr*, употребляемого как раз для обозначения усиления проявления какого-либо качества, 2) двукратного лексического повтора этого же наречия *SEHR sehr*, 3) фразового ударения на *SEHR*. После высказывания настоятельной рекомендации в эмоциональной форме врач продолжает наращивать эмоциональный фон через описание своего внутреннего состояния в случае, если он не порекомендует операцию *sonst mach ich mir wirklich GROÙe Sorgen um sie* 'иначе я правда начну сильно переживать за вас'. Эмоциональность в этом случае также складывается из нескольких компонентов. Противительное наречие *sonst* служит для введения некоего имплицитного условия: «Если не порекомендую, буду переживать». Само состояние переживания выражается во фразеологическом сочетании *sich um j-n Sorgen machen*, которое усиливается благодаря наречию *wirklich* 'правда' и прилагательному *GROÙe* 'большой' (контекстное значение — 'сильно').

После фазы уговаривания врач переходит к убеждению, которое, так же, как и уговаривание, имеет элемент эмоциональности, но базируется на обращении к рациональной стороне личности. Ключевую роль здесь играет логичность, доказательность и обоснованность [Погребняк 2018: 132; Стернин 2012: 49]. Убеждение заключается в том, что операция считается лучшим исходом для пациента, поскольку удаление опухоли из организма ведет к тому, что риск

распространения раковых клеток снижается или пропадает совсем. Кроме того, по сравнению с агрессивными формами лечения (облучение, химиотерапия) операция наносит наименьший вред организму (только постоперационное восстановление). Показанием к операции считается наличие «хороших» критериев опухоли, например, заболевание выявлено на ранней стадии, точно определена локализация опухоли, имеется один очаг поражения, раковые клетки медленно растут, метастазы отсутствуют. Эту идею врач передает с помощью сложноподчиненного предложения с придаточным условия. Главная (120) и придаточная (122) части этого предложения разделены изъяснительным предложением с функцией пояснения (121). После вербализации условия *wenn Sie operiert werden* ‘когда вас прооперируют’ врач не сразу переходит к следствию *dann sind Sie hinterher mit so einem guten Tumor gesund* ‘с такой хорошей опухолью после этого ((после операции)) вы снова будете здоровы’. Пояснение *dass der Tumor rauskommt* ‘чтобы опухоль ушла’, озвученное между частями сложноподчиненного предложения, призвано объяснить конечную цель операции: извлечение опухоли из организма. Это предложение можно считать не просто пояснением, а дублированием идеи придаточной части ‘когда вас прооперируют’ = ‘когда опухоль уйдет’.

Олицетворение опухоли указывает на отношение врача к новообразованию. Она представляется как нечто живое, что может *rauskommen* ‘выйти’ из организма и больше не наносить вред. Выбор такой формы выражения отношения к опухоли может также говорить о том, что у врача все-таки остается некоторая доля сомнения по поводу стопроцентной возможности избавления от заболевания (как известно, после операции за пациентами продолжают несколько лет активно наблюдать, чтобы контролировать процесс выздоровления). Даже если у врача имеются какие-то сомнения относительно стабилизации состояния пациента, он высказывает только позитивную сторону вопроса *dann sind Sie gesund*. Причиной такой уверенности является наличие «хороших» критериев опухоли *mit so einem guten Tumor*. Усилительная частица *so* придает высказыванию эмоциональность и

еще большую уверенность. Выраженную таким образом рекомендацию можно также отнести к проявлению «мягкого» патернализма.

В 9 случаях из 51 врач производит «рекомендацию» терапии в два этапа. На первом этапе врач, как правило, представляет возможные варианты лечения, но делает акцент только на одном. Далее сообщает, что решение по поводу метода лечения будет обсуждаться на онкологическом консилиуме (*Tumorboard*) с участием врачей различных специализаций (узкоспециализированный врач в зависимости от заболевания, онколог, радиолог, хирург, патолог). Часто на консилиуме вопрос решается в пользу предложения, которое врач уже озвучил как самое вероятное. Таким образом, окончательный план терапии пациенту представляют только на следующей консультации (на втором этапе). За это время у пациента есть возможность обдумать предоставленную ему информацию, обсудить ее с членами семьи, зафиксировать вопросы, свыкнутся с мыслью о предстоящем лечении и убедиться, что именно это решение самое верное (ведь решение принимает не один врач, а целое собрание!).

Данный этап можно отнести к структурному компоненту «Разделение или снятие ответственности», поскольку врач часто не просто упоминает онкологический консилиум, а намеренно акцентирует внимание на его важности и масштабности. Вместо понятия *Tumorboard* могут использоваться существительные *Besprechung* ‘обсуждение’, *Kollegienkreis* ‘группа коллег’ и *Sitzung* ‘заседание’. Иногда врач называет должность (*Oberarzt* ‘заведующий отделением’), специализацию (*Chirurg* ‘хирург’, *Pathologe* ‘патологоанатом’) имена и фамилии лиц (*Herr Doktor ...* ‘доктор ... (ФИО врача)'), которые будут принимать решение. В качестве поддержки высказываемой врачом стратегии лечения используются существительные, обозначающие письменные руководства ведения (онкологических) пациентов (*Behandlungsstandard* ‘стандарт лечения’, *Leitfaden* ‘рекомендации, инструкции’). Лексические средства, указывающие на специалистов, причастных к обсуждению вопроса здоровья пациента, позволяют продемонстрировать статус предлагаемого метода лечения, а также распределить ответственность за принятое решение между всеми участниками процесса.

Таким образом, на этапе рекомендации терапии врач озвучивает наиболее подходящий вариант лечения. Использование языковых средств, эксплицитно обозначающих рекомендацию (в первую очередь *empfehlen/vorschlagen*), не говорит о намерении врача менять свое мнение относительно предложенного варианта, даже если у пациента возникают вопросы или сомнения. Основная цель использования таких средств — смягчить директивные указания. Принятие решения по поводу метода лечения при этом происходит «автоматически», т.е. пациент соглашается на предложение врача.

2.6.2.5 Планирование временных рамок терапии

Если этап рекомендации терапии проходит в довольно патерналистском формате (врач предлагает концепцию лечения, а пациент соглашается), то во время планирования временных рамок терапии проявляются элементы совещательной модели взаимоотношений, в рамках которой актуализуется принцип *shared decision making* ‘совместного принятия решения’ [Ђорђевић, Браш, Брајковић 2012; Elwy et al. 2012]. Врач рассказывает о времени и месте проведения операции, о ее продолжительности, о времени пребывания в больнице и примерных временных рамках реабилитации (ср.: [Осипенко 2023а: 152]).

Совместность принятия решения на данном этапе консультации заключается в возможности обсуждения и подбора оптимальной даты проведения лечебных мероприятий, готовности врача корректировать запись согласно расписанию пациента. Условные придаточные с модальными глаголами, обозначающими возможность или способность к чему-либо (*können*), (твердое) желание или намерение (*mögen* (в форме *möchten*) *wollen*), часто являются маркерами учета мнения пациента, предоставления выбора и вежливости: *Wenn Sie können / möchten / wollen* ‘Если вы можете / хотите’, *Wenn es Ihnen (zeitlich) passt* ‘Если вам это подходит (по времени)’, *Wenn es Ihnen bequem ist* ‘Если вам это удобно’ и т.д.

В Примере 13 введение придаточных условия (132, 134) указывает на возможность выбора и подготавливает основу для создания доверительных отношений.

Пример 13

- 132 AW: **wenn** sie WOllEn: (-)
если вы хотите
- 133 kann ich für sie schon mal termine AUSmachen,
я могу для вас записать на прием
- 134 **wenn** sie sagen OKAY ich hab jetzt noch was vor
если вы скажете «Окей», у меня сейчас есть еще кое-какие дела
- 135 **dann** sagen sie mir ab wann sie KÖNnen?
то скажите, когда вы можете
- 136 und ich guck ab wann ((lacht ca. 1.1 Sek.))
<dann was HA:be (.) ja?>
и я посмотрю, когда ((смеется)) что у меня на это время, да?

Личное местоимение *ich* ‘я’ демонстрирует готовность врача лично помочь пациенту с записью на следующий прием и избавиться от необходимости самому решать этот вопрос. Фраза *Wenn Sie sagen „Okay“, ich habe jetzt noch was vor, dann sagen Sie mir, ab wann Sie können* ‘Если вы скажете «Окей», у меня есть еще кое-какие дела, то скажите, когда вы можете’ (134–135) показывает, что на первое место врач ставит личную жизнь пациента, а время приема старается подобрать таким образом, чтобы не нарушить планы пациента. Кроме этого, с помощью данной реплики врач имплицитно сообщает: «Не волнуйтесь, у нас есть достаточно времени, болезнь не прогрессирует». Положительный эмоциональный фон консультации доказывает смех в конце реплики (136).

Этап планирования временных рамок терапии позволяет напомнить пациенту о предстоящих лечебных мероприятиях, обсудить временные рамки лечения, еще раз убедиться в отсутствии вопросов у пациента. Принцип совместного принятия решения увеличивает степень доверия со стороны пациента, снижает его тревожность и обеспечивает выполнение требований врача, направленных на поддержание здоровья пациента.

ВЫВОДЫ К ГЛАВЕ 2

Разработанные этапы лингвопрагматического анализа диалогов врача и онкопациента включают оценку внешней речевой структуры и внутренней членимости консультативных бесед врач и онкопациента.

Анализ *внешней речевой структуры*, основанный на количественно-качественной оценке реплик и лексических единиц, входящих в их состав, показал наличие асимметрии уже на уровне визуальной оценки объема речевых фрагментов, которая свидетельствует о невысокой вербальной активности пациента и сопровождающих его лиц по сравнению с врачом. Кроме этого, выявлено наличие взаимосвязи между вербальной вовлеченностью пациента в диалог и присутствием сопровождающих лиц. Так, наличие третьих лиц побуждает пациента к молчанию и одновременному проявлению эмоциональности, которая на вербальном уровне выражается посредством большого количества междометий, слышимых вдохов и выдохов, немотивированного смеха или палача. Отсутствие сопровождающих лиц, напротив, побуждает пациента быть внимательным, вести активный диалог с врачом, задавать вопросы и уточнять информацию.

Внутренняя членимость диалогов связана с выделением частотных компонентов в коммуникативной структуре диалога. В зависимости от «глубины погружения» в текст этими компонентами являются коммуникативно-структурные компоненты (коммуникативные блоки), отдельные реплики и лингвистические явления. Актуализация того или иного языкового элемента связана с алгоритмом ведения консультации, которого придерживается врач на основе своего профессионального опыта и вербальных реакций пациента.

В анализируемом эмпирическом материале выявлено 19 коммуникативно-смысловых блоков. Семь компонентов встречаются практически в каждой консультации и инициируются в основном врачом. К этим компонентам относятся «Сообщение диагноза», «Оценка параметров опухоли», «Объяснение /

уточнение диагноза», «Рекомендация терапии», «Объяснение / обоснование терапии»; «Принятие решения по поводу метода лечения», «Планирование временных рамок терапии». Компоненты «Получение второго мнения», «Необходимость дополнительных обследований», «Обхождение с болезнью в повседневной жизни», «Стабилизация эмоционального состояния» встречаются реже. Их вербализация может быть в равной мере связана как с вербальным поведением врача, так и пациента. Актуализация структурных компонентов «*Small talk*», «Описание текущего состояния пациента», «Опыт борьбы с заболеванием» чаще всего обусловлена инициативой пациента. Для всех консультаций характерны следующие этапы: «Начало консультации» / «Установление контакта» и «Завершение консультации». Немаловажное значение имеют «Актуализация истории болезни», «Разделение или снятие ответственности», «Проверка контакта».

В рамках второй главы были рассмотрены первые семь коммуникативных блоков. Выбор связан с большим количеством повторений указанных коммуникативно-структурных компонентов в анализируемых диалогах.

Коммуникативный блок «Сообщение окончательного диагноза» чаще всего актуализуется в самом начале консультации. Лексическое наполнение данного коммуникативного компонента отличается высокой частотностью появления существительных *Karzinom*, *Krebs*, *Tumor* и их производных. Кроме этого, зафиксировано использование прилагательного *bösartig*, позволяющего избежать использования узкоспециализированной медицинской терминологии. Цель введения этого блока заключается в озвучивании ракового диагноза и погружении пациента в (специализированную) медицинскую терминологию.

Структурные компоненты «Оценка параметров опухоли» и «Объяснение диагноза» обычно озвучиваются после объявления диагноза. Описание характеристик опухоли и объяснение появления заболевания происходит посредством использования в речи узкоспециализированных буквенно-числовых показателей TNM-классификации (T1–T4, N1–N3, M0 и M1) и гистологической степени злокачественности опухоли (G1–G4), противительной конструкции

(*zwar*) ..., *aber* ..., существительных *Eigenschaft* и *Kriterium*, пар антонимических прилагательных и наречий со значением оценки скорости роста и размера опухоли. В данном блоке также обсуждаются критерии, касающиеся распространенности раковых клеток в теле (тканях, органах), стадии развития заболевания, наличия вторичных опухолевых очагов.

Коммуникативно-прагматический сегмент «Обоснование выбора терапии» озвучивается до или после коммуникативного блока «Рекомендация терапии», может воспроизводиться повторно в случае проявления у пациента сомнений или недовольства. Основными лексико-грамматическими средствами контекстуализации описываемого блока выступают придаточные причины, условные придаточные, конструкция *das heißt* ‘это значит’, конъюнктив II. Использование в речи указанных языковых маркеров помогает сосредоточить внимание пациента на аргументации, которую врач вводит с целью более быстрой адаптации пациента к заболеванию с помощью объяснения преимуществ и недостатков основных методов лечения.

Этапы «Рекомендация терапии» и «Принятие решения по поводу метода лечения» обычно располагаются в непосредственной близости (т.е. один этап следует за другим). Характерными лексическими маркерами здесь являются предикаты *empfehlen/vorschlagen* сочетания с *würde*-формой Конъюнктив II. Особенность данных этапов заключается в том, что, несмотря на использование фраз рекомендательного характера, врачи фактически предлагают только одну стратегию лечения. Таким образом, на вербальном уровне данные этапы приближены к совещательной модели взаимодействия врача и пациента, а по смысловому содержанию являются структурными компонентами усовершенствованной патерналистской модели. Рекомендация служит в данном случае для смягчения директивных указаний, деликатного представления плана лечения и психологического комфорта пациента.

Смысловой компонент «Планирование временных рамок терапии» отличается обилием языковых элементов, характерных для принципа *shared decision-making* ‘совместного принятия решения’. Используя условные придаточные с

модальными глаголами *können/mögen/ wollen*, врач напоминает пациенту о предстоящих лечебных мероприятиях, проговаривает временные рамки лечения, алгоритм действий пациента при сдаче анализов или проведении диагностических обследований. Предоставление пациенту выбора времени проведения необходимых лечебных мероприятий увеличивает степень доверия между участниками коммуникации и снижает тревожность пациента.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты исследования показывают, что алгоритм описания медицинского диалогического (устного) дискурса включает пять основных научно-исследовательских процедур.

1) Описание внешней коммуникативной структуры диалога. Возможные исследовательские действия: исчисление транскрипционных строк и слов, приходящихся на долю каждого коммуниканта; визуальная оценка построчного объема речевых фрагментов.

2) Описание внутренней организации диалога. Возможные исследовательские действия: секвенцирование диалога в зависимости от смены коммуникативных ролей / языковых маркеров, за счет которых происходит передача коммуникативной инициативы; первичный отбор коммуникативно-структурных компонентов (выделение всех значимых для коммуникации прагматических / смысловых сегментов).

3) Отбор коммуникативно-структурных компонентов для дальнейшего анализа. Исследовательские действия: определение принципов отбора структурных компонентов в зависимости от цели исследования (распространенные/ малораспространенные компоненты в рамках одного диалога или в рамках группы диалогов; «короткие» / «длинные» структурные компоненты (длина компонента может определяться количеством минут, транскрипционных строк, слов, сменой коммуникативных ролей и т.д.)); установление причин порождения и выявление целей выделенных компонентов.

4) Секвенциальный анализ отобранных коммуникативно-структурных компонентов. Возможные исследовательские действия: определение причин смены коммуникативных ролей; установление отрывков диалогов, в которых возникли трудности общения / понимания, рассмотрение способов преодоления коммуникативных проблем.

5) Выделение языковых маркеров, характерных для выбранных коммуникативно-структурных компонентов. Возможные исследовательские

действия: установление лингвистических средств, за счет которых происходит «движение» и вербализация каждого коммуникативно-структурного компонента; выборка транскрипционных строк и слов «однородной» семантики (медицинские термины, образные языковые средства и т.д.); установление функций выбранных языковых единиц с учетом контекста; установление лица, для которого свойственно использование анализируемой языковой единицы; определение связи между языковой единицей и проявляемыми (на вербальном уровне) эмоциями, уменьшением / увеличением коммуникативной дистанции.

Более подробной контекстуальной оценке языковых средств способствует лингвистически адаптированный конверсационный анализ, который позволяет объяснять вербализацию языковых элементов с учетом предыдущих высказываний; выявлять языковые средства, влияющие на смену коммуникативных ролей; интерпретировать лексический состав высказываний и используемые грамматические структуры, опираясь на последовательно (линейно) развивающийся контекст; определять интеракционное воздействие, которое языковые средства оказывают на последующие высказывания и формулировки. Объяснительная сила (лингвистически адаптированного) конверсационного анализа заключается, с одной стороны, в необходимости рассматривать / интерпретировать эмпирические данные последовательно, шаг за шагом. Следуя такой логике, каждая последовательность реплик становится уникальной, поскольку даже минимальное лексическое, грамматическое или фонетическое явление может привести в высказывание дополнительные оттенки значения. Анализ сфокусирован на «микродинамике» разговора, основан на подробном рассмотрении каждого языкового явления, т.е. работает с деталями в обширных массивах данных. С другой стороны, конверсационный анализ обладает генерализующей силой. По этой причине частотные случаи употребления языковых конструкций могут быть представлены в общем виде.

Анализ внешней структуры диалогов врача и онкопациента показал: 1) вербальное участие врача в диалоге превышает вербальное участие пациента и сопровождающих его лиц (при наличии); 2) сопровождающие лица нередко ведут

коммуникацию от лица пациента; 3) наличие сопровождающих лиц может приводить к снижению вербальной активности пациента и увеличению его эмоциональности; 4) отсутствие третьих лиц, напротив, может стимулировать пациента к активным вербальным действиям. Итак, внешняя структура диалога позволяет дать оценку степени вербального участия каждого участника диалога (близость к симметричной или ассиметричной коммуникации) и определить влияние сопровождающих лиц на вербальную активность пациента.

Определение внутренней организации диалога предполагает членение диалогов на коммуникативно-структурные компоненты. В коммуникации врача и пациента структура диалога подчинена терапевтическим / практическим целям консультации. В настоящей работе подробно проанализировано семь структурных компонентов: «Сообщение диагноза», «Оценка параметров опухоли», «Объяснение диагноза», «Обоснование терапии», «Рекомендация терапии», «Принятие решения по поводу метода лечения», «Планирование временных рамок терапии». В качестве критерия отбора данных категорий для анализа послужила высокая частотность их актуализации, а также тот факт, что их воспроизведение практически всегда осуществлялось по инициативе врача.

Наибольший вклад с точки зрения достижения эффективности коммуникации (т.е. когда пациента понимает все объяснения врача, а после завершения приема готов исполнять его рекомендации), по нашему мнению, на лексическом уровне вносят антонимические пары, а на грамматическом — конструкции, содержащие противопоставление. В обоих случаях речь идет о введении негативной информации (диагнозе, его отрицательном воздействии, ограничениях, врачебных процедурах, долговременности лечения и т.д.) и о «безотлагательном аннулировании» этой негативной информации за счет акцентирования внимания на имеющихся положительных аспектах заболевания.

Сопоставительный анализ лексических и грамматических единиц разных этапов консультации показал, что основная функция использования описанных языковых средств — подробное *объяснение* всех процессов связанных с

заболеванием и поддержание стабильного психоэмоционального состояния пациента.

Установлено, что спонтанный характер вербального взаимодействия врача и пациента ограничен наличием (гласных и негласных) правил, действующих в рамках медицинского учреждения, регламентированностью вербального поведения врача, степенью индивидуализированности общения, асимметрией знаний и социальных ролей коммуникантов, а также приверженностью к определенной модели взаимоотношений.

Дальнейшие перспективы исследования вербального поведения врача и пациента видятся в изучении языковых маркеров, актуализующих «уникальные» (редко встречающиеся) структурные компоненты; определении зависимости между тяжестью заболевания и используемыми врачом языковыми средствами; создании корпуса, содержащего консультации с одним пациентом, для анализа динамики и эффективности коммуникации на протяжении всего лечения. Отдельного исследования требуют просодические средства (фразовое ударение, движение тона, паузы), позволяющие дать представление о невысказанных переживаниях или сомнениях пациента.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. **Агаджанян С.А.** Вербальная коммуникация «врач — пациент» в функционально-стилистическом аспекте: на материале английского языка: диссертация ... канд. филол. наук: 10.02.04 / С.А. Агаджанян. — Москва, 2017. — 177 с.
2. **Агаджанян С.А.** Синтаксические особенности коммуникации «врач — пациент» на английском языке / С.А. Агаджанян // Международный научно-исследовательский журнал. — 2016. — Т. 12. — № 54. — С. 9–11.
3. **Агаджанян С.А.** Эвфемизмы в системе средств речевого воздействия в коммуникационном пространстве «врач — пациент» (на материале английского языка) / С.А. Агаджанян // Казанский педагогический журнал. — 2015. — № 6, ч. 2. — С. 478–482.
4. **Акаева Э.В.** Коммуникативные стратегии профессионального медицинского дискурса: диссертация ... кандидата филологических наук: 10.02.01 / Э.В. Акаева. — Омск, 2007. — 149 с.
5. **Алексеева Л.М., Мишланова С.Л.** Медицинский дискурс: теоретические основы и принципы анализа / Л. М. Алексеева, С. Л. Мишланова. — Пермь: Изд-во Перм. ун-та, 2002. — 200 с.
6. **Баженов А.М.** Социология здравоохранения: учебник и практикум для бакалавриата и магистратуры / А. М. Баженов. — 2-е изд., испр. и доп. — Москва: Издательство Юрайт, 2019. — 266 с.
7. **Балашова Л.В.** Медицинская концептуальная метафора в политическом медиадискурсе XX–XXI вв. (динамический аспект) / Л.В. Балашова // Политическая лингвистика. — 2018. — № 2 (68). — С. 10–17.
8. **Барсукова М.И.** Медицинский дискурс: стратегии и тактики речевого поведения врача: диссертация ... кандидата филологических наук: 10.02.01 / М.И. Барсукова. — Саратов, 2007. — 141 с.

9. **Бахтин М.М.** Проблема текста в лингвистике, филологии и других гуманитарных науках. Опыт философского анализа / М.М. Бахтин // Литературно-критические статьи / сост. С.Г. Бочаров и В.В. Кожинов. — Москва, 1986. — С. 473–500.

10. **Бейлинсон Л.С.** Характеристик медико-педагогического дискурса: На материале логопедических рекомендаций: диссертация ... кандидата филологических наук: 10.02.19 / Л.С. Бейлинсон. — Волгоград, 2001. — 187 с.

11. **Белецкий С.Б.** Патернализм в институциональной коммуникации : дискурсивные практики, стратегии и жанры: диссертация ... кандидата филологических наук: 10.02.19 / С.Б. Белецкий. — Красноярск, 2010. — 176 с.

12. **Бирюк И.** Эвфемизмы в англоязычном медицинском дискурсе / И. Бирюк // Сучасні тенденції розвитку освіти і науки: проблеми та перспективи. Збірник наукових праць. — 2020. — Вып. 7 — С. 184–188.

13. **Блинов Н.Н.** TNM. Классификация злокачественных опухолей. 6-е издание. / Н. Н. Блинов. — Самара: Эскулап, 2003. — С. 1–18.

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

15. **Васильева Е.Ю.** Телевизионная передача о здоровье на немецком языке: речевые жанры и их классификация / Е.Ю. Васильева // Мир науки, культуры, образования. — 2018. — № 3 (70). — С. 445–448.

16. **Гнездилов А.В.** Психические изменения у онкологических больных / А.В. Гнездилов // Практическая онкология. — 2001. — № 1 (5). — С. 5–13.

17. **Голев Н.Д., Шпильная Н.Н.** Обыденная медицинская коммуникация (виды дискурсивных практик) / Н.Д. Голев, Н.Н. Шпильная // Вестник Кемеровского государственного университета. — 2012. — №1. — С.128–137.

18. **Гончаренко Н.В.** Суггестивные характеристики медицинского дискурса: диссертация ... кандидата филологических наук: 10.02.19 / Н.В. Гончаренко. — Волгоград, 2008. — 205 с.

19. **Гренобль Л.А.** Синтаксис и совместное построение реплики в русском диалоге / Л.А. Гренобль // Вопросы языкознания. — 2008. — № 1. — С. 25–36.

20. **Данилевская Н.В.** Макротекст / Н.В. Данилевская // Стилистический энциклопедический словарь русского языка / Под ред. М.Н. Кожиной. 2-ое изд., испр. и доп. — Москва: Флинта; Наука, 2011. — С. 216–221.

21. **Добрушина Н.Р.** Исследования средств выражения обратной связи в американской лингвистике / Н.Р. Добродушина. — Вопросы языкознания. — 2000. — № 1. — С. 135–140.

22. **Дымова Е.А.** Социолектная и обиходно-просторечная медицинская лексика / Е.А. Дымова // Формирование языковой компетенции в процессе профессиональной подготовки специалистов: традиции, новации, опыт внедрения современных технологий обучения: материалы Междунар. науч.-метод. конф. — Минск, 2011. — Ч. 1. — С. 74–77.

23. **Елькин И.О.** Влияние профессионального юмора и профессионального сленга на деловое общение в медицине / И.О. Елькин // Системная интеграция в здравоохранении. — 2008. — № 1. — С. 76–80.

24. **Жура В.В.** Принципы организации «медицинского интервью» / В. В. Жура // Вестник Волгоград. гос. мед. ун-та. — 2005. — № 4. — С. 60–62.

25. **Жура В.В.** Эмоциогенность общения «врач — пациент» как коммуникативная проблема устного медицинского дискурса / Жура В.В. // Известия Российского государственного педагогического университета имени А.И. Герцена. — 2007. — № 9 (50). — С. 38–44.

26. **Жура В.В.** Дискурсивная компетенция врача в устном медицинском общении: монография / В.В. Жура // Федеральное агентство по здравоохранению, Волгоградский гос. мед. ун-т, каф. иностранных яз. с курсом латинского языка. — Волгоград: Изд-во ВолГМУ, 2008. — 408 с.

27. **Земская Е.А.** Русская разговорная речь: лингвистический анализ и проблемы обучения / Е.А. Земская. — Москва: Русский язык, 1979. — 240 с.
28. **Зубкова О.С.** Медицинская метафора как результат культурной фиксации в медицинской терминологии / О.С. Зубкова // Вестник Ленинградского государственного университета им. А.С. Пушкина. — 2008. — № 5 (19). — С. 127–135.
29. **Изуткин Д.А.** Этика взаимодействия врача и пациента в различных моделях их отношений / А.Д. Изуткин // Медицинский Альманах. — 2012. — № 5 (24). — С. 214–216.
30. **Исупова О.Г.** Конверсационный анализ: представление метода / О.Г. Исупова // Социология: 4М. — 2002. — № 15. — С. 33–52.
31. **Карасик В.И.** Язык социального статуса / В.И. Карасик. — Москва: Институт языкознания АН СССР, Волгоградский педагогический институт, 1991. — 495 с.
32. **Карымшакова Т.Г.** Стратегия сближения и ее нарушения в речевом взаимодействии врача и пациента / Т.Г. Карымшакова // Вестник БГУ. Серия ром.-герм. филологии. — Улан-Удэ: изд-во БГУ, 2012. — С.81–85.
33. **Кашкин В.Б.** Введение в теорию коммуникации: Учеб. Пособие / В.Б. Кашкин. — Воронеж: изд-во ВГТУ, 2000. — 175 с.
34. **Кашкин В.Б.** Трансляционная или интеракционная модель коммуникации: что лучше? / В.Б. Кашкин // Журнал Сибирского федерального университета. Гуманитарные науки. — 2012. — № 12 (5). — С. 1733–1743.
35. **Колядов Д.М.** Обращение как дискурсивный маркер/ Д.М. Колядов // Вопросы языкознания. — 2020. — № 6. — С. 7–30.
36. **Коноваленко М.Ю., Коноваленко В.А.** Теория коммуникации: учебник для бакалавров. Серия: Бакалавр. Углубленный курс / М.Ю. Коноваленко, В.А. Коноваленко. — 2-е изд., перераб. и доп. — Москва: Издательство Юрайт, 2016. — 415 с.

37. **Корбут А.М.** Говорите по очереди: нетехническое введение в разговорный анализ / А.М. Корбут // Социологическое обозрение. — 2015. — Т. 14. — № 1. — С. 120–141.

38. **Краснянский Д.Е.** Основы теории коммуникации. Пособие по изучению дисциплины / Д.Е. Краснянский. — Москва: МГТУ ГА, 2009. — 154 с.

39. **Крижановская Е.М.** Коммуникативный блок // Стилистический энциклопедический словарь русского языка / Под ред. М.Н. Кожинной. 2-ое изд., испр. и доп. — Москва: Флинта; Наука, 2011. — С. 163–167.

40. **Львова Д.П.** Интегрированные маркетинговые коммуникации в сфере общественного здоровья и управления деятельностью медицинских учреждений: диссертация ... кандидата медицинских наук: 14.02.03 / Д.П. Львова. — Москва, 2020. — 231 с.

41. **Маджаева С.И.** К проблеме эмоциогенности медицинского термина / С.И. Маджаева // Вестник Российского Университета дружбы народов. Серия: лингвистика. — 2015. — № 1. — С. 94–104.

42. **Маджаева С.И.** Медицинские терминосистемы: становление, развитие, функционирование: дис. ... д-ра филол. наук: 10.02.19 / Маджаева С.И. — Волгоград, 2013. — 356 с.

43. **Маджаева С.И.** Некоторые закономерности общения врача и пациента, больного сахарным диабетом / С.И. Маджаева // Вестник Челябинского государственного университета. — 2008. — № 37. — С. 120–125.

44. **Майборода С.В.** Диалоговые стратегии коллегиального дискурса доктора и пациента / С.В. Майборода // Медицинский дискурс: вопросы теории и практики. Материалы 8-й международной научно-практической и образовательной конференции. — Тверь, 2020. — С. 30–35.

45. **Майборода С.В.** Лингвопрагматические и структурные особенности нарративных жанров коллегиальной и авторитарной модели устного медицинского дискурса / С.В. Майборода // Жанры речи. — 2018. — № 2 (18). — С. 144–151.

46. **Майборода С.В.** Речевые стратегии врача в условиях коллегиальной и авторитарной модели коммуникации доктора и пациента: схождения и противоречия: диссертация ... кандидата филологических наук: 10.02.19 / С.В. Майборода. — Саратов, 2021. — 254 с.

47. **Макаров М.Л.** Основы теории дискурса / М.Л. Макаров. — Москва: ИТДГК «Гнозис», 2003. — 280 с.

48. **Марковина И.Ю., Федоровская В.О.** Институт лингвистики и межкультурной коммуникации – новый проект Сеченовского университета / И.Ю. Марковина, В.О. Федоровская // Медицинское образование и вузовская наука. — 2018. — № 2 (12) — С. 77–81.

49. **Невзорова М.С.** Коммуникативное поведение врачей: обучающая стратегия и тактики ее реализации / М.С. Невзорова // Фундаментальные и прикладные исследования в современном мире: материалы VIII Межд. науч.-практ. конф. — Санкт-Петербург, 2015. — Т. 3 — С. 158–162.

50. **Невзорова М.С.** Коммуникативная ситуация устного профессионального общения в рамках англоязычного медицинского дискурса / М.С. Невзорова // Научный диалог. — 2017. — № 3. — С. 68–80.

51. **Нефёдов С.Т.** Прототипическая модель текста как основа текстотипологического знания (на примере авторского предисловия к научной монографии) / С.Т. Нефёдов // Вестник СПбГУ. — 2013. — Сер. 9. Вып. 3. — С. 198–203.

52. **Нефёдов С.Т.** Рестриктивная аргументация: модальные слова сомнения и общезначимости (на материале немецкоязычных лингвистических статей) // Вестник СПбГУ. Язык и литература. — 2017. — Т. 14. Вып. 4. — С. 599–610.

53. **Нефёдов С.Т., Чернявская В.Е.** Контекст в лингвистическом анализе: прагматическая и дискурсивно-аналитическая перспектива / С.Т. Нефёдов, В.Е. Чернявская // Вестник Томского государственного университета. Филология. — 2020. — № 63. — С. 83–95.

54. **Осипенко Т.А.** Лексическая контекстуализация коммуникативных действий врача-онколога в устном медицинском дискурсе (на материале немецкоязычных консультативных бесед) / Т.А. Осипенко // Верхневолжский филологический вестник. — 2023а. — № 1 (32). — С. 148–156.

55. **Осипенко Т.А.** Реализация concessивной конструкции *zwar ... , aber ...* в устной коммуникации врача и пациента / Т.А. Осипенко // Филологические науки. Вопросы теории и практики. — 2023б. — Том 16. — Выпуск 4. — С. 1181–1186.

56. **Осипенко Т.А., Федоровская В.О., Еникеев Д.В.** Вербализация пациент-центрированного подхода (на материале консультативных бесед с онкологическими пациентами) / Т.А. Осипенко, В.О. Федоровская, Д.В. Еникеев // Научный диалог. — 2022. — Т. 11. — № 7. — С. 99–117.

57. **Погребняк Н.В.** Убеждение и внушение как способы речевого воздействия, функционирующие в политическом медиадискурсе / Н.В. Погребняк // Филологический аспект. — 2018. — № 12 (44). — С. 131–143.

58. **Сидорова Н.Ю.** Коммуникативное поведение неравностатусных субъектов медицинского дискурса: на материале немецкого языка: диссертация ... кандидата филологических наук: 10.02.04 / Н.Ю. Сидорова. — Волгоград, 2008. — 177 с.

59. **Стернин И.А.** Основы речевого воздействия. Учебное издание / И.А. Стернин. — Воронеж: «Истоки», 2012. — 178 с.

60. **Таратухин Е.О.** Пациент-центрированная медицина. Новая реальность / Е.О. Таратухин // Российский кардиологический журнал. — 2016. — № 9 (137). — С. 79–83.

61. Терентьева Е.В. Семантическое содержание прилагательных в функции собственно интенсификаторов / Е.В. Терентьева // Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского. — 2014. — № 5. — С. 134–139.

62. **Тубалова И.В.** Институциональные речевые модели в личностно-ориентированных дискурсах различного типа / И.В. Тубалова // Вестник

Томского государственного университета. Филология. — 2014. — № 5 (31). — С. 38–52.

63. **Турчик А.В.** Конверсационный анализ речевого взаимодействия в ситуации исследовательского интервью: диссертация ... кандидата социологических наук: 22.00.01 / А.В. Турчик. — Москва, 2010. — 173 с.

64. **Улановский А.М.** Феноменология разговора: метод конверсационного анализа / А.М. Улановский // Вопросы психолингвистики. — 2016. — № 1 (27). — С. 218–238.

65. **Ушаков Е.В.** Биоэтика: учебник и практикум для вузов / Е.В. Ушаков. — Москва: Издательство Юрайт, 2017. — 306 с.

66. **Фадеева Л.В.** Исследования устной речи в германской лингвистике / Л.В. Фадеева // Преподаватель XXI век. — Москва: «Прометей» МПГУ. — 2009. — № 2. — С. 313–321.

67. **Федоровская В.О., Осипенко Т.А.** Вербализация информирующей коммуникативной стратегии в консультативной беседе с онкологическими пациентами / В.О. Федоровская, Т.А. Осипенко // Научный диалог. — 2020. — № 10. — С. 194–211.

68. **Филиппов К.А.** Лингвистика текста и современный анализ устной речи: учеб. пособие / К. А. Филиппов. — СПб.: Изд-во С.-Петербур. ун-та, 2016. — 228 с.

69. **Филиппченкова С.И.** Построение модели врачевания: психологические исследования поведенческих факторов: монография / С.И. Филиппченкова. — Тверь: СФК-офис, 2011. — 336 с.

70. **Чеботарева О.А.** Патернализм в отечественной медицине: диссертация ... кандидата социологических наук: 14.00.52 / О.А. Чеботарева. — Волгоград, 2006. — 132 с.

71. **Чернявская В.Е.** Интерпретация научного текста: учеб. пособие. 3-е изд., стереотипное / В.Е. Чернявская. — Москва: КомКнига, 2006. — С. 63–99.

72. **Чернявская В.Е.** Лингвистика текста. Лингвистика дискурса: Учебное пособие / В.Е. Чернявская. — Москва: Ленинград, 2021а. — С. 61–118.

73. **Чернявская В.Е.** Текст и социальный контекст: социолингвистический и дискурсивный анализ смыслопорождения / В.Е. Чернявская. — Москва: Ленинград, 2021б. — С. 76–87.

74. **Шаховский В.И.** Эмоциональный тьюнинг в речевом общении / В.И. Шаховский // Язык — Сознание — Культура — Социум: сб. докладов и сообщений Междунар. науч. конф. памяти проф. И.Н. Горелова. — Саратов: Издат. центр «Наука», 2008. — С. 478–482.

75. **Щерба Л.В.** Современный русский литературный язык / Л.В. Щерба // Избранные работы по русскому языку. — Москва, 1957. — 188 с.

76. **Этнометодология** // Большая российская энциклопедия. Том 35. — Москва, 2017. — С. 494.

77. **Якубинский Л.П.** О диалогической речи / Л.П. Якубинский // Русская речь. Сборники статей под ред. Л.В. Щербы. — 1923. — № 1. — С. 96–194.

78. **Anderson H.** Das therapeutische Gespräch. Der gleichberechtigte Dialog als Perspektive der Veränderung / H. Anderson. — Stuttgart: Klett-Cotta, 1999. — 313 S.

79. **Ariss S.M.** Asymmetrical Knowledge Claims in General Practice Consultations with Frequently Attending Patients: Limitations and Opportunities for Patient Participation / S.M. Ariss // Social Science & Medicine. — 2009. — № 69 (6). — P. 908–919.

80. **Auer P.** John Gumperz' Approach to Contextualization / P. Auer // The Contextualization of Language. — Amsterdam: John Benjamins Publishing Company, 1992. — P. 1–38.

81. **Auer P.** Kontextualisierung / P. Auer // Studium Linguistik. — 1986. — № 19. — S. 22–47.

82. **Auer P.** Zum Segmentierungsproblem in der Gesprochenen Sprache / P. Auer. — InLiST. — 2010. — № 49. — S. 1–19.

83. **Baile W.F. et al.** The Complete Guide to Communication Skills in Clinical Practice / W.F. Baile, R.F. Buckman, A. Surbone, D. Epner, R. Walters // MD Anderson Cancer Center, 2014. — 45 p.

84. **Beach W.A. et al.** Disclosing and Responding to Cancer Fears During Oncology Interviews / W.A. Beach, D.W. Easter, J.S. Good, E. Pigeron // *Social Science & Medicine*. — 2005. — № 60 (4). — P. 893–910.

85. **Bentz M. et al.** Von der Pathologie zum Patienten: Optimierung von Wissenstransfer und Verstehenssicherung in der medizinischen Kommunikation / M. Bentz, M. Binnenhei, G. Coussios, J. Gruden, W. Imo, L. Korte, Th. Rüdiger, A. Ruf-Dördelmann, M.R. Schön, S. Stier // *InSp*. — 2017. — № 72. — 46 S.

86. **Birkner K., Burbaum Ch.** Nichtwissen als interaktive Ressource in Therapiegesprächen / K. Birkner, Ch. Burbaum // *Wissen in institutioneller Interaktion*. — Frankfurt am Main u. a.: Lang, 2016. — S. 83–112.

87. **Blühdorn H.** Diskursmarker: Pragmatische Funktion und syntaktischer Status / H. Blühdorn // *Diskursmarker im Deutschen Reflexionen und Analysen*. — Göttingen: Verlag für Gesprächsforschung, 2017. — S. 311–336.

88. **Blühdorn H., Foolen A., Loureda Ó.** Diskursmarker: Begriffsgeschichte — Theorie — Beschreibung. Ein bibliographischer Überblick / H. Blühdorn, A. Foolen, Ó. Loureda // *Diskursmarker im Deutschen. Reflexionen und Analysen*. — Göttingen: Verlag für Gesprächsforschung, 2017. — S. 7–47.

89. **Boothe B.** Der Patient als Erzähler in der Psychotherapie / B. Boothe. — Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 1994. — 224 S.

90. **Bub B.** Communication Skills that Heal: A Practical Approach to a New Professionalism in Medicine / B. Bub. — Abingdon: Radcliffe Publishing, 1998. — 104 p.

91. **Buck I.** Pflegerische und ärztliche Interaktionen mit PatientInnen und Angehörigen auf der Palliativstation. Eine vergleichende gesprächsanalytische Untersuchung. Empirische Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen (EKiG). Band 9 / I. Buck. — Göttingen: Verlag für Gesprächsforschung, 2022. — 471 S.

92. **Bußmann U.J.** Die Klinik als pädagogisierter Raum. Der ratsuchende Patient im Spannungsfeld zwischen naturwissenschaftlicher Medizin und subjektiver

Gesundheitsvorstellung: Diplomarbeit Sozial- und Kulturwissenschaften / U.J. Bußmann — Grünberg, 2008. — 183 S.

93. **Buttny R., Morris G.H.** Accounting / R. Buttny, G.H. Morris // The New Handbook of Language and Social Psychology. — Chichester: Wiley & Sons, 2001. — P. 285–301.

94. **Byrne P., Long B.** Doctors Talking to Patients: A study of the Verbal Behavior of General Practitioners Consulting in their Surgeries / P. Byrne, B. Long. — London: Her Majesty's Stationery Office [HMSO], 1976. — 195 p.

95. **Collins S. et al.** 'Unilateral' and 'Bilateral' Practitioner Approaches in Decision-Making about Treatment / S. Collins, P. Drew, I. Watt, V. Entwistle // Social Science & Medicine. — 2005. — № 61 (12). — P. 2611–2627.

96. **Coussios G., Imo W., Korte L.** Sprechen mit Krebspatienten: Ein gesprächsanalytisch fundiertes Trainingshandbuch für die medizinische Aus- und Weiterbildung / G. Coussios, W. Imo, L. Korte. — Göttingen: Verlag für Gesprächsforschung, 2019. — 296 S.

97. **Davis K.A., Schoenbaum S., Audet A.-M.** A 2020 Vision of Patient-Centered Primary Care / K. Davis, S. Schoenbaum, A.-M. Audet // J Gen Intern Med. — 2005. — № 20 (10). — P. 953–957.

98. **Deppermann A.** Wenn Semantik zum praktischen Problem wird: Divergierende Schmerzkonzepte von Ärztin und Patientin in der psychosomatischen Exploration / A. Deppermann // Psychotherapie und Sozialwissenschaft. — 2003. — № 5. — S. 164–180.

99. **Deppermann A., Helmer H.** Zur Grammatik des Verstehens im Gespräch: Inferenzen anzeigen und Handlungskonsequenzen ziehen mit *also* und *dann* / A. Deppermann, H. Helmer // Zeitschrift für Sprachwissenschaft: de Gruyter Mouton. — 2013. — № 32 (1). — S. 1–39.

100. **Dittmar N.** Lakmustest für funktionale Beschreibungen am Beispiel von auch (Fokuspartikel, FP), eigentlich (Modalpartikel, MP) und also (Diskursmarker, DM) / N. Dittmar // Modus, Modalverben, Modalpartikel. — Trier: Wissenschaftlicher Verlag Trier, 2002. — 142–177.

101. **Dittmar N.** Zum Verhältnis von Form und (kommunikativer) Funktion in der mündlichen Rede am Beispiel des Konnektors *also* / N. Ditter // Beschreibungen für gesprochenes Deutsch auf dem Prüfstand. Analysen und Perspektiven. — Frankfurt am Main/New York: Lang, 2010. — S. 99–135.

102. **Dorđević V., Braš M., Brajković L.** Person-centered medical interview / V. Dorđević, M. Braš, L. Brajković // Croatian Medical Journal. — 2012. — № 53 (4). — P. 310–313.

103. **Dunkelberg S.** Abschlussbericht zum Projekt „Kommunikationsprozesse in der Sprechstunde des integriert arbeitenden Hausarztes“/ S. Dunkelberg. — Hamburg: 2000. — 169 S.

104. **Egger J. W.** Arzt-Patienten-Kommunikation. „Jeder vierte Patient versteht seinen Arzt nicht“. Kommentar zur aktuellen LBI-Studie / J. W. Egger // Psychologische Medizin. — 2012. — № 3. — S. 2–3.

105. **Eggs F.** „Darf man fragen, wie alt Sie sind?“ — Zu einigen ungewöhnlichen Formen der Selbst- und Fremdreferenz und ihren Funktionen / F. Eggs // Grammatik und Variation. Festschrift für Ludger Hoffmann zum 65. Geburtstag. — Heidelberg: Synchron. 2017. — P. 67–81.

106. **Elwy G. et al.** Shared Decision Making / G. Elwy, D. Frosch, R. Thomson, N. Joseph-Williams, A. Lloyd, P. Kinnersley, E. Cording, D. Tomson et al. // A Model for Clinical Practice Journal of General Internal Medicine. — 2012. — № 27 (10). — P. 1361–1367.

107. **Emanuel E., Emanuel L.L.** Four models of the physician-patient relationship / E. Emanuel, L. L. Emanuel // The Journal of the American Medicine (JAMA). — 1992. — № 267 (16). — P. 2221–2226.

108. **Engel U.** Schwäbische Mundart und Umgangssprache / U. Engel // Muttersprache. — 1962. — № 72. — S. 257–261.

109. **Féry C.** Information Structure of *schon* / C. Féry // Language and Logos. A Festschrift for Peter Staudacher. — Berlin: Akademie Verlag, 2010. — P. 160–175.

110. **Flader D., Koerfer A.** Die diskursanalytische Erforschung von Therapiegesprächen / D. Flader, A. Koerfer // Osnabrücker Beiträge zur Sprachtheorie, 24. — Duisburg, 1983. — S. 57–90.

111. **Fox B. et al.** Conversation analysis and linguistics / B. Fox, S. Thompson, C. Ford, E. Couper-Kuhlen // The handbook of conversation analysis. — Chichester: Wiley Blackwell, 2013. — P. 726–741.

112. **Frey N. M.** Untersuchung der Wahrnehmung und Bewertung eines Modells der Patientenzentrierten Gesprächsführung durch chronisch kranke Patienten: Dissertation zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin / N. Frey. — Düsseldorf, 2017. — 113 S.

113. **Fritzsche K. et al.** Psychosomatische Grundversorgung / K. Fritzsche, W. Geigges, D. Richter, M. Wirsching. — Berlin / Heidelberg: Springer-Verlag, 2016. — S. 303–311.

114. **Gill V.T., Maynard D.W.** Explaining Illness: Patient`s Proposals and Physician`s Responses / V.T Gill, D.W. Maynard // Communication in Medical Care: Interaction between Primary Care Physicians and Patients. — Cambridge: Cambridge University Press, 2006. — P. 115–150.

115. **Gill V.T., Pomerantz M.A., Denvir P.** Preemptive Resistance: Patient`s Participation in Diagnostic Sense-Making Activities / V.T Gill, A.M. Pomerantz, P. Denvir // Sociology of Health & Illness. — 2010. — № 32 (1). — P. 1–20.

116. **Gill V.T., Roberts F.** Conversation Analysis in Medicine / V.T. Gill, F. Roberts // The handbook of conversation analysis. — Chichester: Wiley Blackwell, 2013. — P. 575–593.

117. **Gilligan T. et al.** Patient-Clinician Communication: American Society of Clinical Oncology Consensus Guideline / T. Gilligan, N. Coyle, R.M. Frankel, D. Berry, K. Bohlke, R. Epstein, E. Finlay et al. // Journal of clinical oncology. — 2017. — № 31 (35). — P. 3618–3634.

118. **Greer T. et al.** Receipt through Repetition / T. Greer, V. Bussinguer, J. Butterfield, A. Mischinger // JALT Journal. — 2009. — № 31(1). — P. 5–34.

119. **Gülich E., Kotschi Th.** Discourse production in oral communication / E. Gülich, Th. Kotschi // Aspects of oral communication. — Berlin/New York: de Gruyter, 1995. — S. 30–66.
120. **Gumperz J.** Discourse Strategies. Studies in Interactional Sociolinguistics / J. Gumperz. — Cambridge: Cambridge University Press, 1982. — P. 1–8.
121. **Günthner S.** Diskursstrategien in der interkulturellen Kommunikation. Analysen deutsch-chinesischer Gespräche / S. Günthner. — Tübingen: Niemeyer, 1993. — S. 172–203.
122. **Günthner S.** Projektorkonstruktionen im Gespräch: Pseudoclefts, *die Sache ist*-Konstruktionen und Extrapositionen mit *es* / S. Günthner // Gesprächsforschung. Online Zeitschrift zur verbalen Interaktion. — 2008. — № 9. — S. 86–114.
123. **Günthner S.** *Zwar...aber*-Konstruktionen im gesprochenen Deutsch: Die dialogische Realisierung komplexer Konnektoren im Gespräch / S. Günthner // Deutsche Sprache. — 2015. — № 43. — S. 193–219.
124. **Günthner S.** Sprachliche Verfahren bei der Übermittlung schlechter Nachrichten — sedimentierte Praktiken im Kontext onkologischer Aufklärungsgespräche / S. Günthner // InSp. — 2017. — № 73 — 46 S.
125. **Günthner S.** Namentliche Anreden in onkologischen Aufklärungsgesprächen: eine interaktional ausgerichtete Studie zu Formen und Funktionen onymischer Anreden / S. Günthner // InSp. — 2019. — № 82. — 30 S.
126. **Günthner S., Auer P.** Die Entstehung von Diskursmarkern im Deutschen — ein Fall von Grammatikalisierung? / S. Günthner, P. Auer // Grammatikalisierung im Deutschen. — Berlin/New York: de Gruyter, 2005. — S. 335–362.
127. **Haakana M.** Laughter as a Patient's Resource: Dealing with Delicate Aspects of Medical Interaction / M. Haakana // Text. — 2001. — № 21 (1/2). — P. 187–219.

128. **Habacher A.** Nonstandard-Lexik in den österreichischen ‘Qualitätszeitungen’. Die Presse und Der Standard. Eine soziolinguistisch fundierte pragmatische Analyse / A. Habacher. — Wien, 2013. — 132 S.
129. **Helbig G.** Lexikon deutscher Partikeln. 3., durchgesehene Aufl. — Leipzig/Berlin/ München: Langenscheidt, 1994. — 258 S.
130. **Henne H., Rehbock H.** Einführung in die Gesprächsanalyse / H. Henne, H. Rehbock. — 4. Aufl. — Berlin / New York: Walter de Gruyter, 2001. — 336 S.
131. **Höhne-Leska Ch.** Statistische Untersuchungen zur Syntax gesprochener und geschriebener deutscher Gegenwartssprache / Ch. Höhne-Leska. — Berlin: Akademie-Verlag, 1975. — 164 S.
132. **Hydén L.-Ch., Mishler G.** Language and Medicine / L.-Ch. Hydén, G. Mishler // Annual Review of Applied Linguistics. — 1999. — № 19. — P. 174–192.
133. **Imo W.** Konstruktion oder Funktion? Erkenntnisprozessmarker („change-of-state token“) im Deutschen / W. Imo // Grammatik im Gespräch. Konstruktionen der Selbst- und Fremdpositionierung. — Berlin/New York: de Gruyter, 2009. — S. 57–86.
134. **Imo W.** Das Adverb *jetzt* zwischen Zeit- und Gesprächsdeixis / W. Imo // Zeitschrift für Germanistische Linguistik. — 2010. — № 38 (1). — S. 25–58.
135. **Imo W.** Wortart Diskursmarker? / W. Imo // Nicht-flektierende Wortarten. — Berlin/New York: de Gruyter, 2012. — S. 48–88.
136. **Imo W.** Sprache in Interaktion. Analysemethoden und Untersuchungsfelder (Linguistik – Impulse & Tendenzen 49) / W. Imo. — Berlin, Boston: De Gruyter, 2013. — 355 S.
137. **Imo W.** Dialogizität — eine Einführung / W. Imo // Zeitschrift für germanistische Linguistik. — 2016a. — Vol. 44, N 3. — S. 337–356.
138. **Imo W.** Das Problem der zweiten Meinung: Vom Umgang mit Vertrauen und Misstrauen in onkologischen Therapieplanungsgesprächen / W. Imo // InSp. — 2016b. — № 62. — 28 S.

139. **Imo W.** Diskursmarker im gesprochenen und geschriebenen Deutsch / W. Imo // Diskursmarker im Deutschen Reflexionen und Analysen. — Göttingen: Verlag für Gesprächsforschung, 2017a. — S. 49–71.

140. **Imo W.** Trösten. Eine sprachliche Praktik in der Medizin / W. Imo // Muttersprache, 127. Jahrgang. — 2017b. — Heft 3. — S. 197–225.

141. **Imo W., Fedorovskaya V.O., Sekacheva M.I.** Nutzung authentischer Arzt-Patienten-Kommunikation im Kommunikationstraining für Medizinstudierende im fachbezogenen DaF-Unterricht / W. Imo, V.O. Fedorovskaya, M.I. Sekacheva // Fachsprache Journal of Professional and Scientific Communication. — 2020. — № 42.1-2. — S. 46–65.

142. **Imo W., Lanwer J.Ph.** Interaktionale Linguistik. Eine Einführung / W. Imo, J.Ph. Lanwer. — Berlin: J. B. Metzler Verlag, 2019. — 339 S.

143. **Jedema R., Wodak R.** Kommunikation in Institutionen / R. Jedema, R. Wodak // Soziolinguistik. Ein internationales Handbuch zur Wissenschaft von Sprache und Gesellschaft. — Berlin / New York: de Gruyter, 2005. — S. 1602–1615.

144. **Jefferson G.** Notes on a Systematic Deployment of the Acknowledgement Tokens “Yeah” and “Mm hm” / G. Jefferson // Papers in Linguistics. — 1984. — № 17(2). — P. 197–216.

145. **Jefferson G.** On the Sequential Organization of Troubles-Talk in Ordinary Conversation / G. Jefferson // Social Problems. — 1988. — № 35 (4). — P. 418–441.

146. **Kampits P.** Das dialogische Prinzip in der Arzt-Patienten-Beziehung / P. Kampits. — Passau: Wissenschaftsverlag Rothe, 1996. — 40 S.

147. **Keppler A., Luckmann Th.** ‘Teaching’: Conversational Transmission of Knowledge / A. Keppler, Th. Luckmann // Asymmetries in Dialogue. — Savage: Barnes & Noble Books, 1991. — 143–165.

148. **Klein W.** An Analysis of the German Perfekt / W. Klein // Language. — 2000. — № 76. — S. 358–382.

149. **Klein W.** About the German particles *schon* and *noch* / W. Klein // Looking at Language. — Berlin/Munich/Boston: Walter de Gruyter GmbH, 2018. — P. 283–323.

150. **Klemperer D.** Wie Ärzte und Patienten Entscheidungen treffen. Konzepte der Arzt-Patient-Kommunikation / D. Klemperer. — Berlin: WZB, 2003. — 50 S.

151. **Knoblauch H.** Kommunikation im Kontext: John J. Gumperz und die Interaktionale Soziolinguistik / H. Knoblauch // Zeitschrift für Soziologie. — 1991. — № 20 (6). — S. 446–462.

152. **Knoblauch H.** Kommunikationskultur: Die kommunikative Konstruktion kultureller Kontexte / H. Knoblauch. — Berlin / New York: de Gruyter, 1995. — 348 S.

153. **Koch P., Oesterreicher W.** Sprache der Nähe — Sprache der Distanz. Mündlichkeit und Schriftlichkeit im Spannungsfeld von Sprachtheorie und Sprachgeschichte / P. Koch, W. Oesterreicher // Romanistisches Jahrbuch, 36. Berlin. — New York: Walter de Gruyter, 1985. — P. 15–43.

154. **Koch P., Oesterreicher W.** Mündlichkeit und Schriftlichkeit von Texten / P. Koch, W. Oesterreicher // Textlinguistik. 15 Einführungen. — Tübingen: Narr, 2008. — S. 199–215.

155. **Koerfer A. et al.** Training und Prüfung kommunikativer Kompetenz. Aus- und Fortbildungskonzepte zur ärztlichen Gesprächsführung / A. Koerfer, K. Köhle, R. Obliers, B. Sonntag, W. Thomas, Ch. Albus // Gesprächsforschung. — 2008. — № 9. — S. 34–78.

156. **Koerfer A., Obliers R., Köhle K.** Entscheidungsdialo g zwischen Arzt und Patient / A. Koerfer, R. Obliers, K. Köhle // Psychosomatische Gesprächs-führung in der Frauenheilkunde. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2005. — S. 137–157.

157. **König E.** “Temporal and non-temporal uses of ‘*noch*’ and ‘*schon*’ in German” / E. König // Linguistics and Philosophy. — N 1.2. — 1977. — P. 173–198.

158. **Kurtz S., Silverman J.** The Calgary-Cambridge Observation Guides: An Aid to Defining the Curriculum and Organizing the Teaching in Communication Training Programs / S. Kurtz, J. Silverman // *Medical Education*. — 1996. — № 30. — P. 83–89.

159. **Kurz S.** Doctor-Patient Communication: Principles and Practices / S. Kurz // *Canadian Journal of Neurological Sciences*. — 2002. — № 29 (2). — P. 23–29.

160. **Kurz S. Silvermann J., Draper J.** Teaching and Learning Communication Skills in Medicine / S. Kurz, J. Silvermann, J. Draper. — Boca Raton: CRC Press, 2004. — 389 p.

161. **Labov W., Fanshel W.** Therapeutic Discourse. Psychotherapy as Conversation / W. Labov, D. Fanshel. — New York: Academic Press, 1977. — 392 p.

162. **Lalouschek J.** Ärztliche Gesprächsausbildung. Eine diskursanalytische Studie zu Formen des ärztlichen Gesprächs / J. Lalouschek. — Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung, 2002. — 222 S.

163. **Linell P.** Rethinking Language, Mind, and World Dialogically. Interactional and Contextual Theories of Human Sense-Making / P. Linell. — Charlotte, N.C.: Information Age Publishers, 2009. — 482 p.

164. **Lloyd M., Bor R.** Communication skills in medicine (2nd Edition) / M. Lloyd, R. Bor. — London: Churchill Livingstone, 2004. — 212 p.

165. **Lutfey K., Maynard D.W.** Bad News in Oncology: How Physicians and Patients Talk about Death and Dying without Using those Words / K. Lutfey, D.W. Maynard. — *Social Psychology Quarterly*. — 1998. — № 61 (4). — P. 321–341.

166. **Malamud S.** Impersonal indexicals: one, you, man, and du/ S. Malamud // *The Journal of Comparative Germanic Linguistics*. — 2012. — № 15 (1). — P. 1–48.

167. **Maynard D.W.** On Clinicians Co-implicating Recipients` Perspective in the Delivery of Diagnostic News / D.W. Maynard // *Talk at Work. Interaction in Institutional Settings*. — Cambridge: Cambridge University Press, 1992. — P. 331–358.

168. **Maynard D.W.** Bad News, Good News: Conversational Order in Everyday Talk and Clinical Settings / D.W. Maynard. — Chicago: The University of Chicago Press, 2003. — 327 p.

169. **Maynard D.W., Heritage J.** Conversation analysis, doctor-patient interaction and medical communication / D.W. Maynard, J. Heritage // Medical Education. — 2005. — № 39 (4). — P. 428–435.

170. **Mattmüller U.C.** Deutsche Grammatik 2.0. Lernergrammatik für Deutsch als Fremdsprache. 3. überarbeitete und erweiterte Fassung / U.C. Mattmüller. — Bondorf, 2021. — S. 1–560.

171. **Meerwein F.** Das ärztliche Gespräch: Grundlagen und Anwendungen / F. Meerwein. — Bern: Huber, 1986. — 232 S.

172. **Menz F.** Handlungsstrukturen ärztlicher Gespräche und ihre Beeinflussung durch institutionelle und soziale Rahmenbedingungen / F. Menz // Handbuch. Sprache in der Medizin. Band 11. — Berlin / Boston: Walter de Gruyter GmbH, 2015. — S. 75–92.

173. **Mishler E.G.** The Discourse of Medicine: Dialectics of Medical Interviews / E.G. Mishler. — New Jersey: Greenwood Publishing Group, 1984. — 211 p.

174. **Mondada L.** Die interaktive Formulierung der medizinischen Beschreibung / L. Mondada // Psychotherapie & Sozialwissenschaft. — 2002. — № 4(4). — S. 341–353.

175. **Moser H.** Umgangssprache. Überlegungen zu ihren Formen und ihrer Stellung im Sprachganzen / H. Moser // Zeitschrift für Mundartforschung. — 1960. — № 27. — S. 215–232.

176. **Mostovaia I., Fedorovskaya V., Imo W.** *Wir beide* und *мы с вами* (‘wir mit Ihnen’): Strategien zur Vagheitsreduktion im Gebrauch des Personalpronomens der 1. Person Plural in deutschen und russischen Diagnosemitteilungs- und Therapieplanungsgesprächen / I. Mostovaia, V. Fedorovskaya, W. Imo // Zeitschrift für germanistische Linguistik. — 2023. — Vol. 51, № 1. — S. 88–123.

177. **Norrick N.R.** Functions of repetition in conversation / N.R. Norrick // Text. — 1987. — № 7(3). — P. 245–264.

178. **Nowak P., Wimmer-Puchinger B.** Die Umsetzung linguistischer Analyseergebnisse in ein Kommunikationstraining mit Ärzten — ein Modellversuch / P. Nowak, B. Wimmer-Puchinger // Medizinische und therapeutische Kommunikation: Diskursanalytische Untersuchungen. — Opladen: Springer Verlag, 1990. — S. 137–142.

179. **Olesen F.** Striking the Balance: From Patient-Centered to Dialogue-Centered Medicine / F. Olesen // Scand J Prim Health Care. — 2004. — № 22. — P. 193–194.

180. **Palmieri J.J., Stern A.** Lies in the Doctor-Patient Relationship / J.J. Palmieri, A. Stern // Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry. — 2009. — № 11(4). — P.163–168.

181. **Peräkylä A.** Communicating and Responding to Diagnosis / A. Peräkylä // Communication in Medical Care. Interaction between Primary Care Physicians and Patients. — Cambridge: Cambridge University Press, 2006. — P. 214–247.

182. **Petzold H.** Trost / Trostarbeit und Trauer / Trauerarbeit — Konzepte, Modelle, Kontexte – Materialien aus der Integrativen Therapie / H. Petzold // Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit. Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“ — 2007. — 9 S.

183. **Pittner K.** Adverbiale im Deutschen. Untersuchungen zu ihrer Stellung und Interpretation (Studien zur deutschen Grammatik) / K. Pittner. — Tübingen: Stauffenburg, 1999. — 400 S.

184. **Ploder A., Mcelvenny J.** Sequence Analysis in Linguistics and Social Theory. Introduction to the Thematic Issue / A. Ploder, J. Mcelvenny // Gesprächsforschung — Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion. — 2022. — Ausgabe 23. — S. 289–306.

185. **Prayer L.** Medicine and Culture: Varieties of Treatment in the US, England, West Germany and France / L. Prayer. — New York: Henry Holt and Company, 1996. — 144 p.

186. **Reichardt R.** Valency Sentence Patterns and Meaning Interpretation. Case Study of the Verb CONSIDER / R. Reichardt. — Birmingham: The University of Birmingham, 2013. — P. 71–121.

187. **Roberts F.** Talking about the Treatment: Recommendations for Breast Cancer Adjuvant Therapy / F. Roberts. — New York: Oxford University Press, 1999. — 144 p.

188. **Robinson J.D.** Accountability in Social Interaction / J.D. Robinson // Accountability in Social Interaction. — Oxford: Oxford University Press, 2016. — P. 1–44.

189. **Roter D.L.** Why Physician Gender Matter in Shaping the Physician-Patient Relationship / D.L. Roter // Journal of Women's Health. — 1998. — № 7 (9). — P. 1093–1097.

190. **Rupp H.** Gesprochenes und geschriebenes Deutsch / H. Rupp // Wirkendes Wort. — 1965. — № 15. — P. 19–29.

191. **Sacks H.** Notes on methodology / H. Sacks // Structures of Social Action: Studies in Conversation Analysis. — Cambridge: Cambridge University Press, 1984. — P. 21–27.

192. **Sacks H.** On Sampling and Subjectivity. Lecture 33 / H. Sacks // Lectures on Conversation, 2 Vols. — Oxford: Blackwell, 1995. — P. 483–489.

193. **Sacks H., Schegloff E.A.** Opening up Closings / H. Sacks, E.A. Schegloff // Semiotica 8. — 1973. — S. 289–327.

194. **Schegloff E.A.** Confirming Illusions: Toward an Empirical Account of Action / E.A. Schegloff // American journal of Sociology. — 1996. — № 102 (1). — P. 161–216.

195. **Schegloff E.A.** Between Micro and Macro: Contexts and other connections / E.A. Schegloff // The Micro-Macro Link. — Berkeley / Los Angeles: University of California Press, 1987. — P. 207–234.

196. **Schegloff E.** Discourse as an Interactional Achievement: Some Uses of “Uh Huh” And Other Things That Come Between Sentences / E. Schegloff //

Georgetown University Round Table on Languages and Linguistics (GURT) 1981: Analyzing Discourse: Text and Talk. — Washington, D.C.: Georgetown University Press, 1982. — P. 71–93.

197. **Schegloff E.A.** Practices and Actions: Boundary Cases of Other-Initiated Repair / E.A. Schegloff // Discourse Processes. — 1997. — № 23 (3). — P. 499–545.

198. **Schegloff E.A.** Sequence organization in interaction / E.A. Schegloff // Cambridge: Cambridge University Press, 2007. — 299 p.

199. **Schmidt A.** Interaktion und Kommunikation / A. Schmidt // Mediensoziologie. Handbuch für Wissenschaft und Studium. — Baden-Baden: Nomos, 2018. — S. 15–38.

200. **Schmitt R.** Kontextualisierung und Konversationsanalyse / R. Schmitt // Deutsche Sprache: Zeitschrift für Theorie, Praxis, Dokumentation. — 1993. — № 21. — P. 326–354.

201. **Searle J.** Expressions, Meaning and Speech Acts / J. Searle // Speech Acts: An Essay in the Philosophy of Language. — Cambridge: Cambridge University Press, 1969. — P. 22–53.

202. **Selting M. et al.** Gesprächsanalytische Transkriptionssystem 2 (GAT 2) / M. Selting, P. Auer, D. Barth-Weingarten, J. Bergmann, P. Bergmann, K. Birkner, E. Couper-Kuhlen, A. Deppermann et. al. // Gesprächsforschung — Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion. — 2009. — № 10. — S. 353–402.

203. **Silvermann J., Kurz S., Draper J.** Skills for Communicating with Patients (3rd Edition) / J. Silvermann, S. Kurz, J. Draper. — Boca Raton: CRC Press, 2013. — 328 p.

204. **Spranz-Fogasy Th.** Ärztliche Gesprächsführung — Inhalte und Erfahrungen gesprächsanalytisch fundierter Weiterbildung / Th. Spranz-Fogasy // Kommunikationsberatung und Kommunikationstraining. — Opladen: Westdeutscher Verlag GmbH, 1992. — S. 68–78.

205. **Spranz-Fogasy Th.** Kommunikatives Handeln in ärztlichen Gesprächen – Gesprächseröffnung und Beschwerdenexploration / Th. Spranz-Fogasy //

Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Ein interdisziplinärer Ansatz zur verbalen Interaktion. — Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 2005. — S. 17–47.

206. **Spranz-Fogasy Th.** Medikamente im Gespräch zwischen Arzt und Patient – Gesprächsanalysen für die Praxis / Th. Spranz-Fogasy // Deutsche Sprache. Zeitschrift für Theorie, Praxis, Dokumentation. — Hildesheim: Erich Schmidt Verlag, 1988. — S. 240–258.

207. **Steger H.** Gesprochene Sprache. Zu ihrer Typik und Terminologie / H. Steger// Satz und Wort im heutigen Deutsch. — Düsseldorf, 1967. — S. 259–291.

208. **Stivers T.** Sequence Organization / T. Stivers // The handbook of conversation analysis. — Chichester: Wiley Blackwell, 2013. — P. 191–209.

209. **Szasz Th.S., Hollender M.H.** A Contribution to the Philosophy of Medicine; the Basic Models of the Doctor-Patient Relationship / Th.S. Szasz, M.H. Hollender // A. M. A. Archives of Internal Medicine. — 1956. — № 97 (5). — P. 585–592.

210. **Svennevig J.** Echo Answers in Native/Non-Native Interaction / J. Svennevig // Pragmatics. — 2003. — № 13(2). — P. 285–309.

211. **Svennevig J.** Other-repetition as display of hearing, understanding and emotional stance / J. Svennevig // Discourse Studies. — 2004. — № 6(4). — P. 489–516.

212. **ten Have P.** Talk and Institution: A Reconsideration of the "Asymmetry" of Doctor-Patient Interaction / P. ten Have // Talk and Social Structure. Studies in Ethnomethodology and Conversation Analysis. — Cambridge: Polity Press, 1991. — P. 138–163.

213. **Thurmair M.** Modalpartikeln und ihre Kombinationen / M. Thurmair. — Tübingen: Niemeyer, 1989. — 315 S.

214. **Veatch R.M.** Models for Ethical Medicine in a Revolutionary Age / R.M. Veatch // The Hastings Center Report. — 1972. — № 2 (3). — P. 5–7.

215. **Wald H.S., McFarland J., Markovina I.** Medical Humanities in Medical Education and Practice / H. S. Wald, J. McFarland, I. Markovina // Medical Teacher. — 2019. — № 41/5. — P. 492–496.

216. **Weidner M.** Treating something as self-evident. No-prefaced turns in Polish / M. Weidner // Between Turn and Sequence. Turn-initial Particles across Languages. — Amsterdam/Philadelphia: Benjamins, 2018. — P. 225–250.

217. **Weinrich H.** Syntax des Dialogs / H. Weinrich // Textgrammatik der deutschen Sprache —Hildesheim: Olms, 2005. — S. 819–912.

218. **Weithase I.** Zur Geschichte der gesprochenen deutschen Sprache / I. Weithase. —Tübingen: Max Niemeyer Verlag, 1961. — 218 S.

219. **Weydt H., Hentschel E.** Kleines Abtönungswörterbuch / H. Weydt, E. Hentschel // Partikeln und Interaktion. — Tübingen: Niemeyer, 1983. — Reihe germanistische Linguistik 44. — S. 3–24.

220. **Zifonun G.** „Man lebt nur einmal.“ Morphosyntax und Semantik des Pronomens *man* / G. Zifonun // Deutsche Sprache. — 2000. — № 28 (3). — S. 232–253.

221. **Zifonun G. et al.** Grammatik der deutschen Sprache / G. Zifonun, L. Hoffmann, B. Strecker, J. Ballweg, U. Brauße, E. Breindl, U. Engel, H. Frosch, U. Hoberg, K. Vorderwülbecke. — Berlin/New York: de Gruyter, 1997. — S. 21–911.

222. **Zimmermann H.** Zu einer Typologie des spontanen Gesprächs. Syntaktische Studien zur baseldeutschen Umgangssprache / H. Zimmermann. — Bern: Francke Vlg., 1965. — 100 S.

Словари и справочники

223. **Большая российская энциклопедия.** Том 35. — Москва, 2017. — 799 с.

224. **Стилистический энциклопедический словарь русского языка** / под ред. М.Н. Кожинной; члены редколлегии: Е.А. Баженова, М.П. Котюрова, А.П.

Сковородников. — 2-е изд., стереотип. — Москва: Флинта: Наука, 2011. — 696 с.

225. **Duden:** Die Grammatik, 8. Auflage. Mannheim: Dudenverlag, 2009. — 1352 S.

226. **Helbig G., Schenkel W.** Wörterbuch zur Valenz und Distribution deutscher Verben / G. Helbig, W. Schenkel. — Tübingen: Max Niemeyer Verlag, 1983. — 460 S.

Электронные ресурсы

227. **Козлов Н.И.** Консультация и Консультирование / Н.И. Козлов // Психоголос. — Энциклопедия практической психологии, 2010. // [Электронный ресурс]. URL: <https://www.psychologos.ru/articles/view/konsultaciya-i-konsultirovanie.-vypusk-2010-06-28> [Дата обращения: 23.07.2021].

228. **Козлов Н.И.** Формальные и не формальные отношения / Н.И. Козлов // Психоголос. Энциклопедия практической психологии, 2016. // [Электронный ресурс]. URL: <https://www.psychologos.ru/articles/view/formalnye-i-ne-formalnye-otnosheniya> [Дата обращения: 25.07.2021].

229. **Куриленко В.Б., Макарова М.А., Логинова Л.Д.** Лингвотерапевтическая направленность как базовая категория медицинского дискурса / В.Б. Куриленко, М.А. Макарова, Л.Д. Логинова // Современные научные исследования и инновации. — 2012. — N 1. — [Электронный ресурс]. URL: <http://web.snauka.ru/issues/2012/01/6431>. [Дата обращения: 06.04.2023].

230. **Курс повышения квалификации «Психология эффективной коммуникации медицинских работников» / Медицинский университет инновация и развития // [Электронный ресурс]. URL: <https://xn--b1adccapc0al7alnbe.xn--p1ai/remote-program/psikhologiya-effektivnoy-kommunikatsii-meditsinskikh-rabotnikov/>. [Дата обращения: 01.04.2023].**

231. **Приказ об утверждении федерального государственного общеобразовательного стандарта высшего образования — специалитет по**

специальности 31.05.01 Лечебное дело от 12.08.2020// [Электронный ресурс]. URL:https://fgosvo.ru/uploadfiles/FGOS%20VO%203++/Spec/310501_C_3_01092020.pdf. [Дата обращения: 09.09.2021].

232. **Тренинг для врачей «Общение с пациентами»** / Бизнес-школа ITC Group // [Электронный ресурс]. URL: <https://www.itctraining.ru/kalendar/prodazhi-peregovory/3700/>. [Дата обращения: 01.04.2023].