

Оригинальная статья
УДК 81'42:61
<http://doi.org/10.32603/2412-8562-2024-10-1-137-150>

Речеганровая характеристика экспресс-консультации как нового феномена медицинского дискурса

Анна Алексеевна Кисельникова

*Санкт-Петербургский государственный педиатрический
медицинский университет, Санкт-Петербург, Россия,
a.a.kiselnikova@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-7016-6872>*

Введение. Цель настоящей статьи заключается в анализе заочной экспресс-консультации как жанра устного медицинского дискурса. Новые технологии телемедицины расширяют формы общения, вследствие чего диалог врача и пациента трансформируется в условиях онлайн-коммуникации и требует лингвистического изучения.

Методология и источники. Статья базируется на основных положениях теории речевых жанров, сформулированных М. М. Бахтиным, Т. А. ван Дейком, О. Б. Сиротининой, Т. В. Шмелевой и др. Методологической основой проведенного в статье анализа стали научные труды, посвященные изучению речевых жанров устного медицинского дискурса, среди них работы В. В. Жура, Е. А. Пономаренко, М. И. Барсуковой и др. Для речеганровой характеристики экспресс-консультации используются методы лингвистического анализа записанных онлайн-консультаций.

Результаты и обсуждение. В статье дается характеристика экспресс-консультации, включающая следующие параметры: коммуникативная цель, диктумное содержание, речевые роли участников общения, языковое воплощение жанра. Особое внимание уделяется речевому поведению врача, которое оценивается с точки зрения достижения коммуникативного и, как результат, профессионального успеха. Описывается речеганровый сценарий медицинской онлайн-консультации и цепочка коммуникативных ходов, реализуемых в речи врача.

Заключение. В ходе исследования показано, что каждый речевой акт врача обусловлен сложной системой целевых коммуникативных установок, связанных в первую очередь с информативными (запрос информации у пациента и предоставление информации в форме объяснения и рекомендации) и терапевтическими целями, ориентированными на поддержание благополучного психоэмоционального состояния пациента. Речевое поведение участников коммуникации регулируется институциональными ролями «агента» и «клиента» института, имеющими в сознании носителей языка свои инварианты. Диктумное содержание обусловлено конкретной жалобой пациента и организовано в соответствии с этапами медицинской консультации. Делается вывод, что жанровая компетенция как часть коммуникативной компетенции в формате онлайн-общения является важнейшим профессиональным инструментом консультирующего специалиста.

Ключевые слова: устный медицинский дискурс, речевой жанр, экспресс-консультация, телемедицина

Для цитирования: Кисельникова А. А. Речеганровая характеристика экспресс-консультации как нового феномена медицинского дискурса // ДИСКУРС. 2024. Т. 10, № 1. С. 137–150. DOI: 10.32603/2412-8562-2024-10-1-137-150.

© Кисельникова А. А., 2024



Контент доступен по лицензии Creative Commons Attribution 4.0 License.
This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 License.

Original paper

Speech and Genre Characteristics of Express Consultation as a New Phenomenon of Medical Discourse

Anna A. Kiselnikova

*St. Petersburg State Pediatric Medical University, St Petersburg, Russia,
a.a.kiselnikova@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-7016-6872>*

Introduction. The aim of the article is to analyze an extramural express consultation as a genre of oral medical discourse. New telemedicine technologies expand the forms of communication, it results in transformation of the dialogue between a doctor and a patient when communicating online, which requires linguistic research.

Methodology and sources. The article is based on the main theses of the theory of speech genres formulated by M.M. Bakhtin, T.A. Van Dijk, O. B. Sirotinina, T.V. Shmeleva and others. The author has taken the scientific works on the study of speech genres of oral medical discourse as the methodological basis of the analysis. This includes the works of V.V. Zhura, E.A. Ponomarenko, M.I. Barsukova and others. The study applies methods of linguistic analysis of recorded online consultations for speech-genre characteristics of express consultations.

Results and discussion. The article gives a description of an express consultation, including the following parameters: communicative goal, utterance content, speech roles of communicators, linguistic embodiment of the genre. The author pays special attention to doctor's communicative style and gives its assessment in terms of achieving communicative and consequently professional success. The author also describes a speech-genre scenario of a medical online consultation and a chain of communicative moves in a doctor's speech.

Conclusion. The study shows that doctor's every speech act is specified by a complex system of communicative targets, primarily related to informative goals (requesting information from the patient and providing information in the form of an explanation and recommendation) and therapy goals to maintain a patient's psychological and emotional well-being. Communicators' speech behavior is regulated by the institutional roles of "an agent" and "a client" of an institution, native speakers having their own invariants. The utterance content is specified by a patient's specific complaint and is organized in accordance with the stages of a medical consultation. The study concludes that genre competence as a part of communicative competence in the form of online communication is the most important professional tool of a consulting specialist.

Keywords: oral medical discourse, speech genre, express consultation, telemedicine

For citation: Kiselnikova, A.A. (2024), "Speech and Genre Characteristics of Express Consultation as a New Phenomenon of Medical Discourse", *DISCOURSE*, vol. 10, no. 1, pp. 137–150. DOI: 10.32603/2412-8562-2024-10-1-137-150 (Russia).

Введение. Теория речевых жанров активно разрабатывается в современной отечественной и зарубежной лингвистике. На сегодняшний день различные аспекты проблемы нашли свое отражение в статьях и монографиях, посвященных речевым и риторическим жанрам [1], их содержательным свойствам [2], психолингвистическим аспектам изучения [3], политическому и социальному дискурсу [4], воздействию социокультурных факторов на механизм употребления языка [5]. В ряде обобщающих работ была предпринята попытка сформулировать основные положения теории речевых жанров, определить место жанра в речевой

системности [6], дать оценку разным речевым концепциям и школам, с разной степенью подробности рассмотреть конкретные типы дискурса [6–8].

В контексте медицинского дискурса изучению подлежат такие вопросы, как специфика речевого жанра, характеристики медицинского дискурса [9], стратегии и тактики речевого поведения врача [10], дискурсивная компетенция врача [11], типологическая классификация и реализация жанров медицинского дискурса [12, 13].

В настоящее время усложняется не только понимание и система речевых жанров, появляются и новые жанры, требующие внимания и лингвистического описания. В первую очередь это связано с новыми технологиями, увеличивающими возможности реализации разного рода высказываний. Одной из новых форм коммуникации является трансформация диалога врача и пациента в условиях онлайн-общения.

Телемедицина, или дистанционная медицина, приобретает все большую популярность. Онлайн-консультации проводятся посредством видео и аудиозвонков или сообщений и не предполагают личного, реального знакомства пациента с врачом. О растущем спросе на такую услугу говорит увеличение числа сервисов, позволяющих получить медицинскую помощь в любое время и в любом месте. Пользуясь услугами одного из таких коммерческих сервисов, мы записали пять аудиозвонков пациентов, обратившихся к терапевтам для короткой (экспресс-) консультации. Подобный формат заочной консультации отличается от обычной (полной) онлайн-консультации тем, что имеет временное ограничение – 5 минут, за которые пациент может обсудить с врачом только одну конкретную проблему. При этом врач не собирает анамнез жизни и болезни пациента, а только дает профессиональный ответ на один заданный вопрос.

Методология и источники. Рассмотрим такую заочную экспресс-консультацию как новый коммуникативный жанр. К. Ф. Седов определяет речевые жанры как «сценарии, которые упорядочивают статусно-ролевые отношения между людьми» [14, с. 30]. Лишенные внешних экстралингвистических реалий коммуниканты ориентируются на жанровый сценарий при выборе коммуникативных тактик и речевых средств, организуя телефонный разговор в представлениях о реальной медицинской консультации. Для нашего исследования большой интерес представляет речь врача как причина успеха или неудачи онлайн-консультации и как единственно доступный в таком формате инструмент клинической помощи.

Основополагающими для жанроведения являются положения, сформулированные М. М. Бахтиным в статье «Проблема речевых жанров». Говоря о видах речевых жанров, ученый выделяет первичные (простые) жанры и вторичные (сложные), которые «вбирают в себя и перерабатывают различные первичные (простые) жанры» [15, с. 161]. Бахтин видит конститутивной особенностью высказывания, а следовательно, и речевого жанра, понимаемого им как особый тип высказывания, специфическую завершенность и смену речевых субъектов, таким образом исключая диалог как жанровую форму. Т. В. Шмелева, ставя в центр коммуникативную цель, выделяет 4 типа речевых жанров: информативный, императивный, этикетный, оценочный [16]. Развивая идеи Бахтина, М. Ю. Федосюк выделяет элементарные жанры, которые можно соотнести с первичными, по Бахтину, и комплексные речевые жанры, которые содержат отдельные компоненты, обладающие завершенностью и относящиеся к различным жанрам, но не обязательно ограничены сменой речевых субъек-

тов [17]. Таким образом М. Ю. Федосюк расширяет границы жанра, выделяя как монологические, так и диалогические комплексные речевые жанры. Согласно такой классификации, онлайн-консультация пациента относится к комплексным диалогическим речевым жанрам. Их исследование мы провели по модели, которая включает в себя следующие пункты: коммуникативная цель, диктумное содержание, речевые роли участников общения, языковое воплощение жанра.

Результаты и обсуждение. Раскроем содержание каждого признака для жанра заочной экспресс-консультации. В основе коммуникации врача и пациента глобальной является информативная цель. В речи пациента она реализуется в запросе информации по волнующей его проблеме и предоставлении врачу информации о состоянии здоровья, а в речи врача – в получении необходимой для постановки диагноза информации и медицинской рекомендации. Не всегда рекомендации врачей выполняются пациентами, выражение врачебного совета таким образом, чтобы пациент его выполнил, требует усилий, в том числе и речевых. Такое согласие между врачом и пациентом получило название комплаенса. Для его достижения недостаточно только информирования. Врачебная рекомендация имеет также императивные цели, побуждающие пациента к определенным действиям (*Первым делом да? Нужно проверить работу внутренних органов, печени да? Нет ли какой-то интоксикации да? Из-за чего могут появляться гиперпигментация / то есть проверить билирубины / нет ли повышения билирубинов / потому что они влияют на цветность кожи в том числе.*) или останавливающие его (*Препараты йода а-а принимать не нужно / а-а поэтому м-м если вы до сих пор при продолжаете прием этих препаратов / то стоит а-а их убрать из своего приема.*), и даже оценочные, когда врач одобряет или критикует ранее проводимое пациентом лечение или его представления о необходимом лечении (*Это не поможет.*). Этикетные жанры приветствия, прощания, благодарности обрамляют диалог, помогают превратить бытовой телефонный разговор в коммуникацию в рамках статусно-ролевой модели «врач – пациент». Нам представляется важным для врача, проводящего онлайн-консультации, устанавливать тон общения, подчеркивающий его институциональный характер, регламентирующий четкое положение коммуникантов «агент – клиент» института. На очном приеме сформировать у пациента уважительное отношение к врачу как к специалисту, профессионалу своего дела помогают внешние атрибуты (специальная одежда, кабинет, медицинское оборудование и др.), но в заочной консультации единственным инструментом является речь. Используя исключительно этот ресурс, врач должен настроить пациента на общение, подобное общению в поликлинике. Это является важным условием доверительного отношения к специалисту, а значит и достижения комплаенса.

Медицинская консультация определяется обязательным наличием терапевтических целей, которые ставят перед врачом задачи по формированию благоприятного психоэмоционального состояния пациента, поддержанию его психического здоровья [11]. Далее, анализируя языковое воплощение жанра, рассмотрим речевое поведение врача с точки зрения достижения или недостижения коммуникативных целей, как следствие, успеха или неудачи консультации в целом.

Следующий релевантный, на наш взгляд, признак для характеристики онлайн-консультации – это речевые роли коммуникантов. Медицинская консультация представляет собой

диалог, что подразумевает смену речевых субъектов, речевое поведение которых регулируется институциональными ролями «агента» института (в данном случае – врача) и «клиента» института (пациента). Обратимся к образу «агента» института. Медицинская консультация предполагает превосходство «агента» в специальных знаниях и заинтересованность в помощи «клиенту». Каковы основные черты его речевого поведения? Главным признаком, на наш взгляд, будет коммуникативная инициатива и контроль над развитием беседы. Врач – носитель специального знания, за которым к нему приходит пациент. Неравноправие коммуникантов, заложенное в структуре институционально организованного общения, должно сохраняться. Это важно и для врача, и для пациента. Такую беседу можно сравнить с танцем, где один партнер ведет, а другой за ним следует. Если первый перестанет вести, движение прервется, а второй партнер окажется в неловкой ситуации. Но это не значит, что второй партнер может быть пассивным. Он не зритель, а активно действующий участник события. Данный пример иллюстрирует неудачное речевое поведение специалиста:

П. *Угу. То есть попить кальций это ничего не поможет?*

В. *А-а-а ну скорее всего да // Это не поможет.*

П. *Угу // Угу.*

ПАУЗА.

П. *Ясно.*

ПАУЗА.

П. *То есть только если там какая-то проблема / ее можно будет решить // Но если этой проблемы нет / то ничего сделать вообще не получится?*

В этом фрагменте беседы врач не проявляет коммуникативной инициативы, а пациент не знает, как заполнить паузы и как оживить диалог.

Важным для образа врача – «агента» института является навык внимательного и активного слушания. В формате заочной консультации такое слушание должно сопровождаться использованием вербальных реакций на речь пациента (междометий, повторений и обобщений слов пациента, уточняющих вопросов и др.).

«Клиент» института в этом случае является особого рода пострадавшим (жанровое ядро его речи – жалоба), респондентом медицинского опроса и исполнителем, принимающим рекомендацию «агента». Его речь подчинена и жанровому сценарию, и речевому поведению «агента». Но «клиент» тоже может обладать коммуникативной инициативой. Ее передача организуется «агентом» (*А каких-то жалоб нет вообще? Есть еще какие-то вопросы у вас?*) или захватывается самим «клиентом» института (*И еще можно вопрос?*). Такое делегирование коммуникативной инициативы является элементом грамотного речевого поведения врача и необходимо для успеха консультации. Как мы уже упоминали, если врач отказывается от коммуникативной инициативы, пациент не может перенять ее полностью.

Диктумное (событийное) содержание обусловлено конкретной жалобой каждого пациента. В жанре жалобы, как и в ответах на вопросы врача, преобладают событийные пропозиции существования (*у меня температура / боль в горле*), действия (*стали появляться пигментные пятна на лице*) и состояния (*просто это мне мешает / ну мне как-то неудобно*). Для ответа на вопрос пациента и жанра врачебной рекомендации основными являются логические пропозиции (*если уже там какие-то изменения будут / то конечно нужно обсуж-*

дать с травматологом-ортопедом; чтобы понять каким препаратом человека лечить / когда в биопсии обнаружилось подобное / а-а производят посев / то есть выращивают эти грибы / определяют к какому препарату они чувствительны; то есть какие у вас анализы / а-а такую дозировку и эутирокса или левотироксина назначает эндокринолог), событийные пропозиции действия (Я тогда вам напишу а-а / подробненько в заключении / какие обычно анализы рекомендуют сдать общие) и существования (Смотрите а-а растительные препараты / валериана пустырник / а-а на самом деле / как правило никаких противопоказаний не имеют).

Заочная экспресс-консультация организована в соответствии со сценарием медицинской консультации и включает следующие этапы: контактоустанавливающий этап, этап жалоб больного, этап истории настоящего заболевания, этап объяснения проблемы и рекомендаций, этап завершения консультации. Свое языковое воплощение в речи врача выделенные этапы получают в цепочке речевых ходов: приветствие → общие вопросы → конкретные вопросы → объяснение проблемы → ответы на вопросы пациента → совет → прощание.

В статье «Речевое поведение врача в режиме телемедицины» мы проследили, как реализуется каждый элемент жанрового сценария в речи консультирующего онлайн специалиста с точки зрения успеха коммуникации [18]. Сравнивая стандартную заочную консультацию с экспресс-консультацией, мы видим, что речевые акты врача не являются усеченными. Приветствие: *Здравствуйте // Терапевт Светлана Александровна // Чем могу вам помочь?* и: *Здравствуйте // я Любовь Михайловна / врач-терапевт / чем могу вам помочь?* Уточняющие вопросы врача: *А после чего вот это началось не припомните? Может быть переболели какой-нибудь вирусной инфекцией / какой-нибудь простудой?* и: *Ну это может быть э-м-м следствием того / что долго на солнце э-э находились?* Или: *Эти места как бы под прямыми солнечными лучами не находились?*, рекомендации: *В общем / смотрите / нужно вам переходить с этих капель / то есть изначально нужно начать с промывания носа // морским солевым раствором // Вот // Затем рекомендуется переходить на гормональные / значит / капли // Они / я напишу в заключении // Вот // Они помогают / а // так сказать // э-м-м / освободить нос от зависимости // Э-м-м / либо если а еще также будет отечная слизистая / что вполне может быть / рекомендуется прием курсом антигистаминных противоаллергических препаратов лорете // а лоратадин либо цетеризин // Вот для чего нужно / чтобы снять очеч... отечность в носе... в носу и Смотрите // А-а я согласна с тем доктором / который э-м-м последний раз вас консультировал и сказал / что препараты йода при а-а вашем заболевании не нужны и не должны приниматься // А нужно принимать только препараты а-а гормоны / то есть это левотироксин или эутирокса // В дозировке / которую по-по-подбирает вам эндокринолог / в зависимости от уровня а-а ваших гормонов // То есть какие у вас анализы / а-а такую дозировку и эутирокса или левотироксина назначает эндокринолог // Препараты йода а-а принимать не нужно / а-а поэтому м-м если вы до сих пор продолжаете прием этих препаратов / то стоит а их убрать из своего приема.*

Что делает консультацию более короткой? Во-первых, в записанных нами экспресс-консультациях врачи задавали только несколько (1–5) уточняющих вопросов, быстро переходя к рекомендации. Самое большое количество заданных пациенту вопросов – 10 (на стандартной консультации – 21), но, задавая их, врач нарушил сценарную цепочку, вернувшись от

рекомендации к сбору анамнеза. Во-вторых, большей компактностью отличается речь пациентов. Сравним две жалобы. Первая: *Подскажите пожалуйста / у меня уже довольно долго мучает хронический насморк / но-о он проявляется только по утрам // После того как я проснусь / примерно там 30–40 минут / да / вот // Начал что-то переживать // Мне просто друзья посоветовали / что вот воспользуйся таким приложением // Возможно / проконсультируйте / мне подскажите / может какая-то дополнительная информация нужна. И вторая: Хотела проконсультироваться // А-а стали появляться пигментные пятна на лице / причем не летом / а вот где-то еще в феврале // Как-то не могу понять / с чем это может быть связано // И как-то они так бессистемно появляются. Или ответы пациентов: Нет / такого нет // Хотя на шее есть момент / делаю упражнение на йоге / там высоко задираю очень голову / ну и немножко шея начинает то ли мышечная боль / то ли что-то такое и М-м-м да по-разному было на самом деле и под прямыми находилась. В первых примерах в каждой паре пациенты дают более развернутые ответы, из которых врач может получить больше информации и яснее понять проблему. Пациенты могут делиться не только важной с медицинской точки зрения информацией, но и, казалось бы, лишними деталями (в приведенном примере: *Мне просто друзья посоветовали / что вот воспользуйся таким приложением*). Сообщая такую информацию, пациент стремится установить контакт с незнакомым ему лицом, специалист должен уметь слушать, принимать и даже реагировать на нее, ведь этот контакт поможет врачу и при сборе анамнеза, и в достижении комплаенса.*

Проследим, как языковые выражения каждого звена речежанрового сценария соотносятся с коммуникативными целями. Проанализируем один из записанных нами аудиозвонков, который является примером неудачи консультирующего специалиста.

П. Здравствуйте.

В. М-м Здравствуйте, Дарья // Чем могу вам помочь?

П. А-а смотрите / я приехала в другой регион в отпуск и у меня очень сильно начала шелушиться кожа на лице и там где шелушение / там покраснение // Вот // Именно на лице только // С чем это может быть связано? Почему так происходит?

В. На солнце находились?

П. Да / на солнце много находилась // На речке купалась.

В. Ну это может быть э-м-м следствием того / что долго на солнце э-э находились? Или вы эти места как бы под прямыми солнечными лучами не находились?

П. М-м-м да по-разному было на самом деле / и под прямыми находилась.

В. Фотографии можете этого места отправить?

П. Нет-нет // (ПАУЗА) Извините.

ПАУЗА.

В. Мне сложно как-то что-то вам порекомендовать / если я не вижу.

П. Ага // Ага.

БОЛЬШАЯ ПАУЗА.

П. Ладно // Хорошо // Спасибо большое // Я поняла вас.

В. Всего доброго // Не болейте.

П. Спасибо большое // До свидания.

Приведенная онлайн-консультация является неполной, она не включает в себя такие части, как ответ на вопрос пациента, объяснение и совет, т. е. лишена обязательных для речи врача речевых ходов, составляющих центр всей коммуникации. Исключая ядерные жанры медицинской консультации, врач разрушает интуитивно ощущаемый каждым коммуникантом порядок. Отсюда и неловкость, выраженная в больших паузах диалога. Смена речевых субъектов неестественна для данной коммуникативной ситуации, нарушен жанровый сценарий. Следствие этого – коммуникативная и профессиональная неудача врача. Речежанровая компетенция должна помогать специалисту так словесно оформить консультацию, чтобы даже в случае, если врач не может точно установить проблему, пациент остался доволен своим обращением к нему.

Что было бы эффективнее сказать в такой непростой для специалиста ситуации, когда из видов обследования доступно только субъективное, т. е. опрос больного? Во-первых, врачу не следовало игнорировать вопросы пациента: *С чем это может быть связано? Почему так происходит?* В данном случае специалист мог выдвинуть предположения: *Может быть, вы обветрили кожу или получили солнечный ожог. Также такие симптомы похожи на аллергическую реакцию.*

Во-вторых, каждое возможное объяснение проблемы следовало разъяснить пациенту и задать конкретные вопросы. Например: *Аллергическая реакция может быть как на продукты или лекарства, так и на косметику, кремы, воду и так далее. Вспомните свой аллергический анамнез. Может быть, вы употребляли в пищу что-то новое? Новые фрукты, которые раньше не пробовали? Или принимали какие-нибудь новые лекарства? Или это может быть реакция кожи на смену воды?*

И заключить эти рассуждения советом: *Можно пользоваться увлажняющими кремами. Если проблема усугубляется, следует обратиться к дерматологу.* Восполнение жанрового сценария помогло бы специалисту сделать консультацию гораздо эффективнее и комфортнее для пациента, избежать дисгармонии в общении.

Обратимся к каждому звену речежанрового сценария в отдельности. Первый контакто-устанавливающий этап анализируемых консультаций реализуется в приветствии. Форма: *Здравствуйте / Дарья // Чем могу вам помочь?* – соответствует цели установить контакт, врач называет пациента по имени, которое ему известно из анкеты каждого клиента в сервисе, что позволяет сократить дистанцию между незнакомыми людьми. Но врач не представляет себя, не называет ни имя, ни должность. Нам кажется, что даже такая элементарная самопрезентация может служить способом поддержания формального статуса общения и формирования имиджа медицинского работника. Другая форма выражения приветствия: *Здравствуйте! Терапевт Светлана Александровна* – наоборот, лишена обращения к пациенту. А инициальная реплика: *Да / здравствуйте!* – отвечает только потребности начать общение.

Инициальный общий вопрос врача является открытым и чаще всего выражается в формуле: *Чем могу вам помочь?* Или: *Что вас беспокоит?* Такое традиционное начало консультации обеспечивает смену коммуникативных ролей, врач дает возможность пациенту рассказать о волнующей проблеме, и эта формула, хотя и клишированная, помогает создать комфортную ситуацию для ответа. В отличие от фразы: *Какой у вас вопрос?*, которая не располагает к доверительному общению, предполагает, что в следующей реплике будет

только вопрос, а не развернутая жалоба. Если в очной консультации у врача есть большой арсенал внеречевых средств, чтобы сгладить резкость вопроса и расположить пациента к объемному ответу (поза, взгляд, кивок, мимика и жесты), то в заочной консультации следует осторожнее относиться к выбору речевых средств.

Во время экспресс-консультации врачи задают очень мало уточняющих вопросов или вовсе пропускают это сценарное звено. В то же время, по наблюдениям М. И. Барсуковой и Т. В. Кочетковой, три четверти всего времени очного приема расходуется врачом именно на реализацию диагностирующей стратегии [19, с. 159]. В записанных консультациях диагностирующая стратегия осуществляется преимущественно с помощью закрытых вопросов, которые позволяют специалисту собрать минимальный анамнез, достаточный для ответа на информационный запрос пациента. Это закрытые вопросы, предполагающие очень короткий ответ пациента: *После операции сколько времени прошло? Температура какая?* Закрытые «да/нет вопросы»: *Тяжести после еды в правом / левом боку? Боли в горле есть?* Альтернативные вопросы: *А какие-то боли / либо изменения / отечность данного сустава у вас имеется?; А-а смотрите вам доктор сказал / что нельзя а-а отдельно принимать валерьянку или а-а нельзя принимать с теми препаратами / которые вы принимаете другие успокаивающие?* Некоторые из уточняющих вопросов отвечают коммуникативной цели поддержать пациента, направляют его, помогают рассказать все, что тот планировал: *Сейчас какие жалобы беспокоят кроме того / что лимфоузлы увеличены? А так никаких жалоб / болей? А каких-то жалоб нет вообще? Только пятнышки вот беспокоят?* Подобные вопросы также обобщают уже полученную информацию и таким образом могут продемонстрировать внимание, интерес и эмпатию.

В силу того, что специалисту не хватает привычных диагностических методов, на заочных консультациях жанр постановки диагноза сильно редуцирован. На онлайн-консультациях специалист не должен ставить окончательный диагноз, часто врач озвучивает несколько предполагаемых проблем. В экспресс-консультациях постановка диагноза отсутствует. При этом возможно объяснение проблемы, если она несерьезная с медицинской точки зрения и не требует дополнительной диагностики. Мы уже приводили пример, когда врач отказывается от объяснения проблемы: *Мне сложно как-то что-то вам порекомендовать / если я не вижу.* Но и в том случае, когда врач дает объяснение, его речь очень аккуратна, некатегорична: *Если дополнительных никаких симптомов нет / то есть нет боли / нет отечности // то скорее всего / это просто физиологический вариант вашей нормы.* В этом примере выражение субъективной модальности (*скорее всего*) включает в себе высокую оценку вероятности, не исключая при этом возможность справедливости другой причины симптомов пациента. Так врач дает пациенту необходимую информацию в понятной для неспециалиста форме, однако не оказывает в полной мере информационную поддержку, опуская в своем объяснении варианты, возможные в меньшей степени. Пациент, обратившийся к врачу с симптомами, которые причиняют ему дискомфорт, хочет получить решение своей проблемы, ему недостаточно услышать, что это может быть нормальным состоянием, с которым ничего нельзя сделать.

Формулируя ответ на поставленный пациентом вопрос, специалист должен стремиться к ясности речи, добиваться не только информирования, но и суггестивного воздействия,

чтобы ответ на волнующий вопрос имел успокаивающий эффект. Разберем удачный, на наш взгляд, пример. Пациент, принимавший валериану, переживает по причине того, что его лечащий врач запретил ему пить этот препарат, и спрашивает специалиста сервиса, почему же ему нельзя принимать валериану. Консультирующий специалист начинает ответ с тезиса: *Смотрите а-а растительные препараты / валериана / пустырник / а-а на самом деле / как правило никаких противопоказаний не имеют.* Затем этот тезис объясняется более подробно: *А-а только определенные например индивидуальная непереносимость а-а этих препаратов // И бывает эти препараты несовместимы а-а с какими-то другими м-м препаратами.* Дополняется примерами: *Успокоительными например // А-а которые именно такого лекарственного эффекта / не растительные / а-а и-и фармкомпания разработаны.* И, завершая ответ, врач адаптирует заявленный в начале тезис под конкретный запрос пациента: *А-а если вы не принимаете другие успокаивающие препараты и у вас нет аллергической реакции на валериану / то в целом э-м а заболевание щитовидной железы не является противопоказанием к приему валерианы и пустырника.* Специалист, оказывая информационную поддержку, выбирает общеупотребительную лексику (*успокоительные препараты вместо седативных, аллергическая реакция вместо гиперчувствительности замедленного и немедленного типов, лекарственный эффект вместо фармакологического*), но заменяет разговорное *валерьянка*, которое использует пациент, на *валериана*; избегает сложных конструкций; дает однозначный ответ.

Рассмотрим следующий пример. Пациент сообщает, что один врач посоветовал принимать препараты йода, а другой категорически их запрещает. Какой вопрос может задать пациент? Кажется, что он хочет спросить, почему возможны такие разные назначения. Но пациент спрашивает: *Как быть мне? // Как быть?* В таком вопросе нет запроса на информацию, но запрашивается совет. Пациенту не так важно знать причину расхождения в рекомендациях, но нужно понимать, что ему делать, какие лекарства принимать. Поэтому врач не стремится объяснить фармакологические свойства препаратов, а дает совет: *Смотрите // А-а я согласна с тем доктором / который э-м-м последний раз вас консультировал и сказал / что препараты йода при а-а вашем заболевании не нужны и не должны приниматься // А нужно принимать только препараты а-а гормоны / то есть это левотироксин или эутирокс // В дозировке / которую по-по-подбирает вам эндокринолог / в зависимости от уровня а-а ваших гормонов // То есть какие у вас анализы / а-а такую дозировку и эутирокса или левотироксина назначает эндокринолог // Препараты йода а-а принимать не нужно / а-а поэтому м-м если вы до сих пор продолжаете прием этих препаратов / то стоит а их убрать из своего приема.*

На протяжении всей консультации врач не должен забывать о переживаниях клиента и должен уметь с ними работать. Ни объяснение проблемы, ни ответ на вопрос пациента, ни совет не должны звучать пугающе. Рассмотрим сначала удачный пример речевого поведения врача. Формулируя рекомендацию, специалист должен сообщить, что пациенту необходимо сделать анализы, чтобы исключить онкологическое заболевание: *Ну сначала это должен а-а осмотреть да? кожу дерматолог и сказать / что это доброкачественное все и можно пользоваться косметическими такими услугами <...> дерматолог посмотрит дерматоскоп и скажет / что пятнышки доброкачественные.* Модальность долженствования

исключает возможность негативного развития этой ситуации. Пациенту необходимо сдать такой анализ, но врач старается исключить лишние переживания пациента по этому поводу. Речь этого консультирующего специалиста в целом отличается большой мягкостью, это достигается за счет использования диминутивов (*процессики, бипантенчиком, ножичком, моментики, вопросики; легонько, аккуратненько, подробненько; немножечко; чистенькая*) и слов с позитивным значением или положительной коннотацией (*замечательно, хорошо, спокойно, чистая*), частом употреблении междометия *да* с вопросительной интонацией, которое выступает в функции частицы-обращения, такой вопрос не предполагает ответ пациента, а только включает его в коммуникативное событие (*Проверить работу внутренних органов / печени да? Нет ли какой-то интоксикации да? Сдать нужно / общеклинический посмотреть / нет ли состояния анемии да?*).

На другой консультации пациент получил неутешающий совет: *Ну / честно / впервые вообще слышу / то есть нужно смотреть заключение // <...> А-а-а обычно что делают // Чтобы понять каким препаратом человека лечить / когда в биопсии обнаружилось подобное / а-а производят посев / то есть выращивают эти грибы / определяют к какому препарату они чувствительны // Вот это будет более э-э точная рекомендация по лечению <...> То есть вам по сути найти этот результат биопсии и посмотреть вот чисто что там написано // Если это черная плесень / вопросов на самом деле много // Черная плесень впервые. Врач несколько раз повторяет, что впервые слышит о таком результате биопсии шейных лимфоузлов, это только усиливает напряжение пациента.*

Последним в сценарной цепочке является жанр прощания. Врач может использовать этот речевой акт как инструмент суггестивного воздействия. Для этого будет недостаточно нейтральной формулы *До свидания*, более удачными с точки зрения соответствия коммуникативным целям были следующие записанные нами завершающие фразы: *Тогда рада была вам помочь // Всего доброго / До свидания; Всего вам доброго // Не болейте // Минут через десять я напишу а-а свою рекомендацию и отправлю вам // До свидания; Хорошо // Спасибо вам за обращение и за а-а ожидание // Всего доброго // До свидания.*

Онлайн-формат общения требует словесного выражения всех моментов, в том числе и пресуппозитивных. Если на очной консультации врач выражает свое внимание, понимание, одобрение через позу, кивок, мимику, то в заочной консультации для этого требуются дополнительные речевые усилия. Поэтому речь специалистов в записанных аудиозвонках изобилует междометиями *да, угу, ага, так*; частотное употребление наречия *хорошо*. Избегая пауз, неловкой тишины в телефонном разговоре в момент формулирования высказывания, консультирующие специалисты заполняют это время растянутым *а-а*.

Заключение. Таким образом, для заочной медицинской экспресс-консультации как комплексного диалогического речевого жанра характерен синтез информативных, императивных, этикетных и оценочных жанров. Каждый речевой ход врача обусловлен коммуникативными целями, в зависимости от успеха их достижения речевое поведение специалиста можно оценивать как удачное или неудачное. Последовательность таких ходов составляет сценарную цепочку, которая организует все общение. Речевые роли коммуникантов регламентированы представлениями о стереотипическом речевом поведении «агента» и «клиента» института в медицинском дискурсе, а диктумное содержание обусловлено конкретной

жалобой пациента. Заочная экспресс-консультация отличается большей лаконичностью речи пациента, меньшим количеством уточняющих вопросов врача, отсутствием жанра постановки диагноза.

Общение с врачом является эмоционально насыщенным для пациента, речевое поведение специалиста может усугубить эмоциональное состояние больного или, наоборот, облегчить его. Овладевая жанровой компетенцией как частью коммуникативной компетенции, врач не просто повышает уровень своей речевой культуры, но формирует важный профессиональный навык, крайне необходимый для оказания медицинской помощи, особенно при заочном общении с пациентом.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Сиротинина О. Б. Некоторые размышления по поводу терминов «речевой жанр» и «риторический жанр» // *Жанры речи*. 1999. № 2. С. 26–31.
2. Алефиренко Н. Ф. Речевой жанр, дискурс, культура // *Жанры речи*. 2007. № 5. С. 44–55.
3. Седов К. Ф. Психолингвистический аспект изучения речевых жанров // *Антология речевых жанров: повседневная коммуникация* / под общ. ред. К. Ф. Седова. М.: Лабиринт, 2007. С. 124–136.
4. Филипс Л. Дж., Йоргенсен М. В. Дискурс-анализ. Теория и метод / пер. с англ. А. А. Киселевой. Харьков: Изд-во «Гуманитарный центр», 2004.
5. Ван Дейк Т. А. Язык. Познание. Коммуникация / пер. с англ. Благовещенск: БГК им. И. А. Бодуэна де Куртенэ, 2000.
6. Дементьев В. В. Теория речевых жанров. М.: Знак, 2010.
7. Карасик В. И. Язык социального статуса. М.: ИЯЗ: Перемена, 1992.
8. Swales J. M. *Genre Analysis: English in academic and research settings*. Cambridge: Cambridge Univ. Press, 1990.
9. Бейлинсон Л. С. Характеристики медико-педагогического дискурса: На материале логопедических рекомендаций: автореф. дис. ... канд. филол. наук / ВГПУ. Волгоград, 2001.
10. Барсукова М. И. Медицинский дискурс: стратегии и тактики речевого поведения врача: автореф. дис. ... канд. филол. наук / СГУ. Саратов, 2007.
11. Жура В. В. Дискурсивная компетенция врача в устном медицинском общении: дис. ... д-ра филол. наук / ВГПУ. Волгоград, 2008.
12. Пономаренко Е. А. Классификация речевых жанров институционального (медицинского) дискурса (на материале произведений русских писателей-врачей) // *Жанры речи*. 2015. № 1 (11). С. 117–121.
13. Пономаренко Е. А., Чуреева О. А. Речевые жанры обвинения и упрека в речевом поведении врача // *Жанры речи*. 2022. Т. 17, № 1 (33). С. 21–27. DOI: 10.18500/2311-0740-2022-17-1-33-21-27.
14. Седов К. Ф. Речезанровая идентичность как компонент коммуникативной компетенции личности // *Жанры речи*. 2011. № 7. С. 25–46.
15. Бахтин М. М. *Собр. соч.: в 7 т. Т. 5. М.: Русские словари*, 1997.
16. Шмелева Т. В. Модель речевого жанра // *Жанры речи*. 1997. № 1. С. 88–98.
17. Федосюк М. Ю. Нерешенные вопросы теории речевых жанров // *Вопросы языкознания*. 1997. № 5. С. 102–120.
18. Кисельникова А. А. Речевое поведение врача в режиме телемедицины // *Эффективность коммуникации: влияние сфер общения на факторы ее достижения* / под ред. О. Б. Сиротининой. Саратов: Наука, 2021. С. 103–112.
19. Барсукова М. И., Кочеткова Т. В. Слово в работе врача (Культура речи врача) // *Чтобы вас понимали: культура русской речи и речевая культура человека*. М.: ЛЕНАНД, 2017. С. 155–165.

Информация об авторе.

Кисельникова Анна Алексеевна – старший преподаватель кафедры русского языка Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета, ул. Литовская, д. 2, Санкт-Петербург, 194100, Россия; соискатель ученой степени кандидата филологических наук Саратовского национального исследовательского государственного университета им. Н. Г. Чернышевского. Автор 5 научных публикаций. Сфера научных интересов: речевые жанры медицинского дискурса, коммуникация между врачом и пациентом.

*О конфликте интересов, связанном с данной публикацией, не сообщалось.
Поступила 24.03.2023; принята после рецензирования 04.05.2023; опубликована онлайн 21.02.2024.*

REFERENCES

1. Sirotinina, O.B. (1999), "Some reflections on the terms "speech genre" and "rhetorical genre"", *Speech Genres*, no. 2, pp. 26–31.
2. Alefirenko, N.F. (2007), "Speech genre, discourse and culture", *Speech Genres*, no. 5, pp. 44–55.
3. Sedov, K.F. (2007), "Psycholinguistic aspect of the study of speech genres", *Antologiya rechevykh zhanrov: povsednevnyaya kommunikatsiya* [Anthology of speech genres: everyday communication], in Sedov, K.F. (ed.), Labirint, Moscow, RUS, pp. 124–136.
4. Filips, L.Dzh. and Iorgensen, M.V. (2004), *Discourse Analysis as Theory and Method*, Transl. by Kiseleva, A.A., Izd-vo "Gumanitarnyi Tsentr", Khar'kov, UKR.
5. Dijk, van T.A. (2000), *Yazyk. Poznanie. Kommunikatsiya* [Language. Cognition. Communication], Transl., BGK im. I.A. Boduehna de Kurteneh, Blagoveshchensk, RUS.
6. Dement'ev, V.V. (2010), *Teoriya rechevykh zhanrov* [The theory of speech genres], Znak, Moscow, RUS.
7. Karasik, V.I. (1992), *Yazyk sotsial'nogo statusa* [The language of social status], IYAZ, Peremena, Moscow, RUS.
8. Swales, J.M. (1990), *Genre Analysis: English in academic and research settings*, Cambridge, Cambridge Univ. Press, UK.
9. Beilinson, L.S. (2001), "Characteristics of medical and biological discourse (on the material of logopedic recommendations)", Abstract of Can. Sci. (Philology) dissertation, VSPU, Volgograd, RUS.
10. Barsukova, M.I. (2007), "Meditsinskii diskurs: strategii i taktiki rechevogo povedeniya vracha", Abstract of Can. Sci. (Philology) dissertation, SSU, Saratov, RUS.
11. Zhura, V.V. (2008), "Diskursivnaya kompetentsiya vracha v ustnom meditsinskom obshchenii", Dr. Sci. (Philology) Thesis, VSPU, Volgograd, RUS.
12. Ponomarenko, E.A. (2015), "The classification of speech genres used in the sphere of institutional (medical) discourse (based on works by Russian writers-doctors)", *Speech Genres*, no. 1 (11), pp. 117–121.
13. Ponomarenko, E.A. and Chureeva, O.A. (2022), "Speech genres of accusation and reproach in the doctor's speech behavior", *Speech Genres*, vol. 17, no. 1 (33), pp. 21–27. DOI: 10.18500/2311-0740-2022-17-1-33-21-27.
14. Sedov, K.F. (2011), "Speech genre identity as a component of the communicative competence of the individual", *Speech Genres*, no. 7, pp. 25–46.
15. Bakhtin, M.M. (1997), *Sobranie sochinenii* [Complete Works], in 7 vol., vol. 5, Russkie slovari, Moscow, RUS.
16. Shmeleva, T.V. (1997), "Model of speech genre", *Speech Genres*, no. 1, pp. 88–98.
17. Fedosyuk, M.Yu. (1997), "Unresolved issues in the theory of speech genres", *Voprosy yazykoznaviya*, no. 5, pp. 102–120.
18. Kisel'nikova, A.A. (2021), "Speech behavior of a doctor in telemedicine mode", *Effektivnost' kommunikatsii: vliyaniye sfer obshcheniya na faktory ee dostizheniya* [Communication effectiveness: the

influence of communication spheres on the factors of its achievement], in Sirotinina, O.B. (ed.), Nauka, Saratov, RUS, pp. 103–112.

19. Barsukova, M.I. and Kochetkova, T.V. (2017), "The word in the work of a doctor (Culture of doctor's speech)", *Chtoby Vas ponimali: Kul'tura russkoi rechi i rechevaya kul'tura cheloveka* [To be understood: The culture of Russian speech and human speech culture], LENAND, Moscow, RUS, pp. 155–165.

Information about the author.

Anna A. Kiselnikova – Senior Lecturer at the Department of the Russian Language, St. Petersburg State Pediatric Medical University, 2 Litovskaya str., St. Petersburg 194100, Russia; applicant for the degree of Can. Sci. (Philology), Saratov State University. The author of 5 scientific publications. Area of expertise: speech genres of medical discourse, communication between doctor and patient.

*No conflicts of interest related to this publication were reported.
Received 24.03.2023; adopted after review 04.05.2023; published online 21.02.2024.*