



Осипенко Т. А. 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. — DOI: 10.24224/2227-1295-2022-11-7-99-117.

Osipenko, T. A., Fedorovskaya, V. O., Enikeev, D. V. (2022). Verbalization of Patient-Centered Approach (Based on Medical Consultations with Cancer Patients). *Nauchnyi dialog*, 11(7): 99-117. DOI: 10.24224/2227-1295-2022-11-7-99-117. (In Russ.).



Журнал включен в Перечень ВАК

DOI: 10.24224/2227-1295-2022-11-7-99-117

Вербализация пациент-центрированного подхода (на материале консультативных бесед с онкологическими пациентами)

Осипенко Татьяна Александровна

orcid.org/0000-0003-0619-534X

Институт лингвистики
и межкультурной коммуникации
osipenko_t_a@staff.sechenov.ru

Федоровская Виктория Олеговна

orcid.org/0000-0002-3255-1750

кандидат филологических наук, доцент
Институт лингвистики
и межкультурной коммуникации
fedorovskaya_v_o@staff.sechenov.ru

Еникеев Дмитрий Викторович

orcid.org/0000-0001-7169-2209

доктор медицинский наук, профессор,
Институт урологии и
репродуктивного здоровья человека
enikeev_d_v@staff.sechenov.ru

Первый Московский государственный
медицинский университет
имени И. М. Сеченова
Министерства здравоохранения РФ
(Москва, Россия)

Verbalization of Patient- Centered Approach (Based on Medical Consultations with Cancer Patients)

Tatiana A. Osipenko

orcid.org/0000-0003-0619-534X

Institute of Linguistics
and Intercultural Communication
osipenko_t_a@staff.sechenov.ru

Victoria O. Fedorovskaya

orcid.org/0000-0002-3255-1750

PhD in Philology, Associate Professor,
Institute of Linguistics
and Intercultural Communication
fedorovskaya_v_o@staff.sechenov.ru

Dmitry V. Enikeev

orcid.org/0000-0001-7169-2209

Doctor of Medicine, Professor,
Institute of Urology
and Human Reproductive Health
enikeev_d_v@staff.sechenov.ru

I. M. Sechenov First Moscow
State Medical University
of the Ministry of Healthcare
of the Russian Federation
(Moscow, Russia)

Осипенко Т. А., Федоровская В. О., Еникеев Д. В., 2022



ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

Аннотация:

Статья посвящена изучению вербальной интеракции врача и пациента, осуществляемой в русле пациент-центрированного подхода. Актуальность исследования обусловлена необходимостью выявления средств организации вербального взаимодействия в диаде «врач — пациент», направленного на формирование осознанной вовлеченности пациента в процесс лечения. Предоставление пациенту большей автономии в вопросе принятия решения относительно методов терапии требует от врача коммуникативного умения структурировать текст беседы и предоставлять информацию в удобной для восприятия последовательности. Объектом исследования выступают врачебно-консультативные беседы с онкологическими пациентами. Цель исследования заключается в выявлении в диалогах структурных компонентов, включающих языковые средства вербализации пациент-центрированного подхода. Эмпирическим материалом послужили аутентичные русскоязычные консультативные беседы с пациентами, у которых диагностирован рак простаты низкого онкологического риска. В статье представлена сравнительная характеристика подходов к структурированию консультаций на материале русского, английского и немецкого языков. Выявлены структурные компоненты, направленные на информирование пациента в русле пациент-центрированного подхода, приведены примеры их вербального воплощения. Делаются выводы о смысловом и языковом содержании структурных компонентов, способствующих привлечению пациента к осознанному участию в коммуникации и лечению.

Ключевые слова:

вербальная интеракция врача и пациента; пациент-центрированная коммуникация; консультативная беседа; лингвистически адаптированный разговорный анализ.

ORIGINAL ARTICLES

Abstract:

The article is devoted to the study of doctor-patient verbal interaction, carried out in line with the patient-centered approach. The relevance of the study is determined by the need to identify the linguistic means used to organize the doctor-patient verbal interaction and to develop in the patient conscious desire to be involved in the treatment process. It is noted that giving the patient greater autonomy in the decision-making process regarding medical treatment methods, the doctor is expected to have the communication skills to structure the text of the conversation and to provide the information in a perception-friendly sequence. The object of the study is medical consultations with cancer patients. The purpose of the study is to identify structural components of the dialogues that include linguistic means aimed to verbalize the patient-centered approach. Authentic Russian-language medical consultations with low-risk prostate cancer patients served as the empirical material. The article presents a comparative analysis of approaches to structuring medical consultations based on Russian, English and German languages; identified structural components aimed to inform the patient in accordance with the patient-centered approach, and the examples of their verbal design. The paper draws conclusions about the semantic and linguistic content of the structural components that help to attract the patient to conscious participation in communication and treatment.

Key words:

doctor-patient verbal interaction; patient-centered communication; medical consultation; linguistically adapted conversation analysis.



УДК 811.112.2'42::614.254.3

Вербализация пациент-центрированного подхода (на материале консультативных бесед с онкологическими пациентами)

© Осипенко Т. А., Федоровская В. О., Еникеев Д. В., 2022

1. Введение = Introduction

Коммуникативная компетентность является профессионально значимой характеристикой врача. Эффективная коммуникация медицинского персонала с пациентами обеспечивает приверженность пациентов необходимому лечению, помогает успешно бороться с болезнью, способствует улучшению эмоционального состояния и повышению качества жизни пациентов [Сирота и др., 2014, с. 6]. Особая роль речевой интеракции врачей и пациентов в процессе терапии привлекает к этой области внимание представителей различных научных дисциплин.

В лингвистике широкий спектр исследований проводится с использованием аутентичного языкового материала — корпусов данных, включающих транскрипты врачебно-консультативных бесед. На их основе выявляются и анализируются интенциональные, структурные и языковые характеристики вербального взаимодействия врача и пациента [Bührig et al., 2000; Lalouschek, 2002; Spranz-Fogasy, 2005; Nowak et al., 2008], осуществляется эмпирическое описание различных аспектов вербальной коммуникации [Maunard et al., 2005; Park, 2011; Gülich et al., 2010; Imo, 2017, 2019], изучаются коммуникативные стратегии и тактики, реализуемые в рамках институционального дискурса медицины [Акаева, 2007; Барсукова, 2007; Жура, 2008; Федоровская и др., 2020]. Прикладные исследования разрабатывают на основе анализа корпусных данных рекомендации для тренингов врачебного персонала, направленных на повышение эффективности коммуникации с пациентами [Coussios et al., 2019], а также учебные модули по иностранному (немецкому) языку как языку специальности для студентов-медиков, ориентированных на глобальный рынок труда [Imo et al., 2020].

В области медицины внимание к проблемам коммуникации с пациентами возрастает в контексте развития «4П-медицины», предполагающей акцент на выявлении предрасположенности к развитию заболеваний; на подборе индивидуального подхода с учетом генетических маркеров, психологического состояния и финансовых возможностей пациента; на предотвращении появления заболеваний; на осознанной вовлеченности пациента в процесс обсуждения вопросов своего здоровья, его мотивирован-



ном участия в профилактике и лечении заболеваний [Hood, 2009; Пальцев и др., 2015]. Эти принципы составляют ядро пациент-центрированной медицины. Их воплощение зависит во многом от коммуникативной компетенции врача, ориентирующего пациента на продуктивную совместную (речевую) деятельность, в процессе которой вырабатывается единое мнение относительно методов терапии. Доверительные отношения между врачом и пациентом, возникающие в результате вербальной интеракции, способствуют повышению осведомленности и заинтересованности последнего в точном выполнении рекомендаций врача [Patientenorientierung ..., 2011; Willich, 2009].

В частности, правильно выстроенная вербальная интеракция врача и пациента может способствовать более широкому применению новых методов терапии. В области онкологии к таковым относится тактика активного наблюдения (далее — ТАН) — тщательный мониторинг развития медленнорастущего рака предстательной железы без какого-либо лечения. Согласно выводам исследовательского коллектива врачей-урологов Первого Московского государственного медицинского университета им. И. М. Сеченова, эта тактика, несмотря на доказанные положительные стороны, в России пока не получила достаточного распространения [Активное наблюдение ..., 2019, с. 38]. Основное преимущество ТАН — сохранение качества жизни пациента. К недостаткам относят вероятность развития тревожных состояний, связанных с диагностированным раком [Long term ..., 2018], и сложности при проведении терапии в случае выявления прогрессии заболевания [Активное наблюдение ..., 2019]. Нивелировать проблемы, связанные с просвещением пациентов, представляется возможным уже на этапе подбора методов терапии за счет правильно организованного вербального взаимодействия. Его основой выступает исчерпывающее информирование пациента о диагнозе и различных терапевтических подходах, позволяющее принять осознанное решение относительно выбора приоритетной терапевтической методики и, следовательно, способствующее мотивированному участию пациента в процессе лечения.

Вышесказанное определяет актуальность данного исследования, целью которого является определение в структуре врачебно-консультативных бесед семантических элементов, вербализирующих пациент-центрированный подход, то есть направленных на вовлечение пациента в процесс лечения заболевания путем детального информирования о диагнозе и различных терапевтических методиках. Объектом исследования выступают консультативные беседы с пациентами, у которых диагностирован рак предстательной железы низкого онкологического риска и которым, как следствие, показана ТАН. Научная новизна исследования заключается



в выводах, сделанных на основании анализа русскоязычного аутентичного языкового материала.

2. Материал, методы, обзор = **Material, Methods, Review**

Исследование проводилось на материале корпуса русскоязычных консультативных бесед, который был сформирован в рамках межинституционального сотрудничества в области немецкой филологии, реализуемого Институтом лингвистики и межкультурной коммуникации Первого МГМУ им. И. М. Сеченова совместно с Институтом германистики Гамбургского университета. Корпус включает 25 консультативных бесед со средней продолжительностью диалога 8 минут. Критерием включения бесед в исследование послужило окончательное решение пациента в пользу ТАН, принятое во время консультации либо после нее. Исследование получило одобрение Локального этического комитета ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова (Протокол № 1.0 от 01.07.2019).

Аудиозапись бесед проходила на базе Института урологии и репродуктивного здоровья человека Сеченовского университета в период с октября 2019 года по март 2021 года с участием 4 врачей-урологов и 25 пациентов. Критериями включения в исследование являлись подтвержденный у пациента диагноз (рак предстательной железы низкого онкологического риска), а также подписание пациентом и врачом информированного согласия на участие в исследовании. Аудиозаписи были анонимизированы, переведены в текстовый формат и оформлены по правилам базовой транскрипции GAT-2, адаптированной для русского языка.

В исследовании использовались традиционные общенаучные методы, такие как описание и классификация языкового материала, обобщение и наблюдение, целевая выборка, статистический метод, а также лингвистические методы: описательно-аналитический, контекстуальный, семантический анализ текста, лингвистически адаптированный разговорный анализ в сочетании с методом корпусного анализа. В ходе анализа эмпирического материала 1) было произведено количественное исчисление транскрипционных строк (далее — трскр. строк), приходящихся на реплики врача; 2) из выявленных реплик врача были отобраны трскр. строки, содержащие элементы информирования [Федоровская и др., 2020], то есть фрагменты фраз, предоставляющие информацию о диагнозе, подходах к лечению рака низкого онкологического риска, временны х рамках терапии и т. п., 3) фрагменты фраз с элементами информирования были разбиты на группы согласно сферам информирования пациента, на основе которых были сформулированы названия структурных компонентов (далее — СК) беседы, 4) отобранный материал подвергся интерпретативной



и прагматической оценке с учетом критического рассмотрения особенностей, ограничений и потенциала локального и институционального контекста [Нефедов и др., 2020].

Анализу коммуникативной структуры бесед, представленных в корпусе, предшествовало изучение подходов к структурированию консультативных бесед на материале русского, английского и немецкого языков, представленных в исследованиях российских и зарубежных ученых.

В. Жура, чье исследование проводилось в большей степени на основе анализа русскоязычных консультативных бесед, различает жанры первичной и повторной консультации, которые состоят из 6-ти идентичных СК и отличаются инструментальными (= терапевтическими / практическими / врачебными) целями. Консультация начинается с установления контакта (1-ый СК). В коммуникативном плане этот СК строго формализован. Характерными являются стандартные формулы приветствия и прощания, различные императивы, запрос информации об имени, возрасте, профессии и т. д. Выявление жалоб пациента и вербализация истории заболевания (2-ой и 3-ий СК) реализуются путем совместного построения врачом и пациентом вопросно-ответных единств и имеют больше вариаций в языковом выражении. Во время осмотра пациента (4-ый СК) врач озвучивает диагностическую гипотезу, рекомендует дальнейшее обследование и лечение (5-ый СК). На этапе завершения консультации (6-ой СК) врач уточняет детали медицинского ухода, осуществляет контроль понимания пациентом своих рекомендаций и намечает планы на будущие контакты [Жура, 2008, с. 201—282].

Л. Бейлинсон при изучении СК консультативной беседы учитывает непосредственные (врачебные) манипуляции врача как создающие основу для его речевых действий. К СК русскоязычных консультативных бесед, помимо речевых действий врача, Л. Бейлинсон относит ответы пациента и его инициативные вопросы [Бейлинсон, 2001, с. 39—40]. Принятие во внимание речевых действий пациента свидетельствует о том, что уже на этапе планирования консультации пациент может рассматриваться как равноправный партнер по коммуникации.

П. Бирн и Б. Лонг, исследовавшие особенности коммуникации врача и пациента на материале более 2000 англоязычных консультаций, выделили шесть СК терапевтических и речевых действий: 1) установление контакта с пациентом, 2) выявление причин обращения к специалисту, 3) сбор анамнеза и физикальное обследование, 4) оценка проблемы и состояния пациента, 5) объяснение и планирование терапии, 6) завершение консультации [Denness, 2013, p. 593]. Похожую последовательность СК имеет популярная Калгари-Кембриджская модель медицинской консультации, разрабо-



танная для помощи в освоении и отработке навыков общения в условиях клиники [Kurzt et al., 2004, pp. 40—41].

Т. Шпранц-Фогаси представил пять основных СК консультации на материале немецкоязычного эмпирического материала: 1) приветствие и начало консультации, 2) выявление и детализация жалоб, 3) постановка диагноза, 4) разработка плана терапии, 5) подведение итогов и прощание [Spranz-Fogasy, 2005, S. 21]. Шпранц-Фогаси отмечает, что такая последовательность речевых действий «не является идеальной», но отражает наиболее частый способ проведения консультации [Ibid., S. 22].

Описанные компоненты консультаций, основанные на анализе русско-, англо- и немецкоязычного материала, позволяют сделать следующие выводы: 1) коммуникативная структура консультации подчинена инструментальным целям; 2) перечисленные СК являются неотъемлемой частью почти любой медицинской консультации и в большинстве случаев воспроизводятся именно в указанной последовательности; 3) во всех сценариях ведения консультации (независимо от языкового материала) присутствуют приветствие и прощание, установление контакта, сбор информации о заболевании и состоянии пациента, непосредственный осмотр с сопровождающими речевыми действиями, рекомендация и планирование терапии; 4) содержательная схожесть СК дает основания полагать, что при разработке прототипа ведения консультации во внимание могут приниматься СК, выявленные на основе как русско-, так и англо- или немецкоязычного материала; при необходимости они могут дополняться, заменяться или исключаться из консультации; 5) в состав СК, выделенных российскими учеными, входят ожидаемые ответные реакции и инициативные вопросы пациента, в то время как в других моделях отражены только коммуникативные действия, инициируемые врачом. Кроме того, большинство исследователей указывают на видоизменение указанных сценариев в реальной клинической практике. В зависимости от медицинской сферы структура расширяется и конкретизируется.

3. Результаты и обсуждение = Results and Discussion

3.1. Структурные компоненты консультативной беседы как отражение пациент-центрированного подхода

На основании изученных концепций структурирования консультативной беседы в ходе анализа эмпирического материала было определено 10 СК, направленных на информирование пациента в русле пациент-центрированного подхода. Данные компоненты составляют 62,16 % от общего числа реплик врача и включают широкий спектр сведений, тематика которых отражена в таблице 1.



Основанием для отнесения реплики информирующего характера к сфере пациент-центрированного подхода послужил критерий «полезности» информации для пациента. В идеологии пациент-центрированной медицины полезными речевыми действиями можно считать, во-первых, реплики, стимулирующие вербальную активность пациента, когда он вовлекается в диалог, задает вопросы, высказывает свои страхи, опасения и сомнения, выражает (не)готовность к сотрудничеству. Во-вторых, к полезной мы относим информацию, выполняющую просветительскую функцию. Основная цель такого типа информации — предоставить новые сведения или углубить уже имеющиеся знания о диагнозе, методах лечениях и побочных эффектах. Это необходимо для повышения компетентности пациента в процессе его подготовки к совместному принятию решения и осознанию собственной ответственности за реализацию лечебных мероприятий.

Данные таблицы 1 демонстрируют наличие СК в диалоге и отражают продолжительность их воспроизведения. В контексте настоящего исследования под «продолжительностью воспроизведения» понимается количество трскр. строк, соответствующих одному СК, из расчета, что одна трскр. строка состоит в среднем из 5—7 слов, время воспроизведения которых составляет 3—5 сек.

Таблица 1

Структурные компоненты консультативной беседы
с онкологическими пациентами, содержащие элементы
информирования в русле пациент-центрированного подхода*

1	2	3	4 (%)
1. Презентация ТАН	25	21	9,67
2. Объявление и объяснение диагноза	25	18	8,6
3. Снятие напряжения	24	27	12,17
4. Рекомендация ТАН	22	22	2,15
5. Представление возможных методик лечения рака простаты низкого онкологического риска (за исключением ТАН)	21	15	8,62
6. Информирование о подходах лечения рака низкого онкологического риска в России и за рубежом	21	11	4,21
7. Определение зоны ответственности пациента	21	5	4,67
8. Актуализация истории болезни	20	9	3,44
9. Демонстрация готовности оказания поддержки со стороны медицинского персонала	19	15	5,25
10. Описание побочных эффектов лечения	13	14	3,38
Суммарные показатели			62,16

* Комментарий к таблице: общее кол-во трскр. стрк., приходящихся на долю врача: 5348; 1 — название СК, 2 — кол-во бесед, в которых встречается указанный СК, 3 — кол-во трскр. строк, в среднем приходящихся на один СК, 4 — % от общего кол-ва трскр. строк.



Далее представлена подробная характеристика пяти наиболее распространенных СК. Распространенность СК определялась на основе сочетания двух критериев: 1) количества бесед, в которых упоминается СК, и 2) процентного соотношения количества трскр. строк, приходящихся на данный СК, к общему количеству трскр. строк, содержащих элементы информирования в русле пациент-центрированного подхода.

Иллюстративные примеры в текущем разделе (за исключением подраздела 3.4) представляют собой адаптированные к тексту статьи фрагменты транскриптов. Адаптация состояла в исключении из транскрипта просодических средств (фразового ударения, пауз, вдохов и выдохов, удлинённых гласных и согласных звуков), случаев самокоррекции, некоторых частиц и междометий, не влияющих на организацию смыслового наполнения диалога, а также в расставлении знаков препинания согласно нормам русского языка. Исключение из транскриптов просодических средств обусловлено тем, что они не являются предметом нашего анализа, направленного на выявление семантического содержания СК, типичных знаменательных слов, словосочетаний и грамматических структур, способствующих воплощению пациент-центрированного подхода.

3.2. Объявление и объяснение диагноза

СК «Объявление и объяснение диагноза» является наряду с СК «Презентация ТАН» самым распространенным (выявлен в 25 диалогах). По процентному соотношению количества трскр. строк он несколько уступает СК-1 (9,67 %). Однако в связи с тем, что в исследуемых диалогах обсуждение диагноза неизменно предваряет презентацию ТАН, рассмотрение СК-2 в статье предшествует описанию СК-1.

При объявлении диагноза врачи не используют предположительно малопонятный пациенту термин *рак простаты низкого онкологического риска* и прибегают к более распространенной терминологии (*рак, онкология*), в том числе в словосочетаниях с подчинительной связью (*раковые клетки, онкологический процесс*). В ряде случаев прилагательное *раковые* заменяется оценочным прилагательным *плохие*, что приводит к образованию эвфемизма *плохие клетки*. В исследуемом материале упомянутые словосочетания актуализуются в следующих предложениях: *В материале нашли раковые клетки / плохие клетки; На этот раз пришла онкология; Пришел диагноз рак предстательной железы / рак простаты.*

Объяснение диагноза сопряжено в основном с перечислением положительных свойств опухоли. Языковое оформление включает словосочетания, указывающие на начальную степень развития рака, например: *онкология начальная, низкая злокачественность*. Врачи прибегают как к медицинской терминологии в виде буквенно-числовых медицинских



показателей, позволяющих осуществить дифференциацию рака простаты (*ПСА меньше 10, шесть баллов по Глиссону*), так и к средствам образности — *добрый рак, рак не агрессивный* (олицетворение). Упоминание о положительных свойствах опухоли может рассматриваться как элемент СК «Снятие напряжения» (см. 3.4).

СК-2 воспроизводится преимущественно после актуализации истории болезни, создает динамику и настроение всей беседы, формирует первое представление пациента о раке низкого онкологического риска.

3.3. Презентация ТАН

СК «Презентация ТАН» также встречается во всех анализируемых диалогах. На него приходится 9,67 % от общего количества трскр. строк, содержащих элементы информирования в русле пациент-центрированного подхода. Типичными средствами презентации ТАН являются конструкции *просто наблюдаем, внимательно наблюдаем, смотрим*. Наречия *просто, внимательно* в сочетании с семантикой глаголов *наблюдать, смотреть* имплицитно подразумевают необременительность данной методики для пациента. Аналогичную функцию выполняет модальный глагол *мочь* в сочетании с отрицанием, выражающий отсутствие необходимости принимать серьезные меры: *можем не оперировать, можем ничего не делать*.

Специфику активного наблюдения отражает следующее высказывание: *Наблюдение это такое как бы, так сказать, непростое, потому что нужно каждые три месяца сдавать ПСА, каждые полгода надо делать МРТ, раз в год делать биопсию*. На особый характер наблюдения указывает первая часть высказывания, содержащая оценочное прилагательное *непростое*, значение которого смягчается разговорно-обиходной частицей *как бы* и вводным сочетанием *так сказать*. Во второй части высказывания суть ТАН раскрывается путем перечисления необходимых процедур (анализов и обследований). В такой последовательности предоставления информации прослеживается стремление врача снять психоэмоциональное напряжение посредством демонстрации малой вредности данного вида рака (он настолько неагрессивный, что его можно не оперировать), а затем распределить зоны ответственности (несмотря на малую агрессивность рака, необходим постоянный мониторинг некоторых медицинских показателей). Данный СК может воспроизводиться в одном диалоге до 3—4 раз.

3.4. Снятие напряжения

СК «Снятие напряжения» встречается в 24 беседах, занимает в среднем 27 трскр. строк в одном диалоге, или 12,17 % от общего количества трскр. строк. По времени воспроизведения это самый продолжительный СК из 10-ти представленных. Он включает короткие фразы успокаивающего характера. Схожее лексическо-семантическое наполнение фраз и (более



или менее) фиксированная последовательность их воспроизведения могут свидетельствовать о заранее продуманном намерении снять напряжение, когда врач осознанно выстраивает речевые действия таким образом, что утешение, успокоение, подбадривание, поощрение, одобрение и т. д. становятся индикатором намерения постоянной поддержки с его стороны на пути к преодолению стресса и негативных эмоций (ср. ein spontanes Trösten — «спонтанное утешение» и Trostarbeit — «заранее продуманное утешение») [Imo, 2017; Osipenko, 2021; Petzold, 2007]). Особенно часто СК-3 используется непосредственно перед сообщением диагноза: *Этот мой разговор будет успокаивающий такой, знаете, наоборот, не напрягающий вас, а успокаивающий. Объясню, почему.* Используя действительные причастия *успокаивающий* и *не напрягающий*, врач дает понять, что повод для беспокойства есть, но ситуация не критическая. Формулировка «объясню, почему» (и др. фразы подобного содержания) является ключевой для пациент-центрированного подхода, поскольку врач не просто призывает к спокойствию, но аргументирует свою позицию. Введение СК-3 в диалог может осуществляться с помощью вопросно-ответных единств. Предугадывая возможные негативные эмоциональные реакции пациента, врач вербализует их в виде вопроса *«Нашли опухолевые клетки. Страшно это?»* и сразу отвечает на сформулированный вопрос в виде аргументированного отрицания наличия опасности для жизни: *Нет, не страшно. Рассказываю по порядку, почему не страшно.* Аргументация может заключаться, например, в представлении процессов, которые наблюдают морфологи при оценке вредности рака: *Обнаружили рак не на уровне клеток. На уровне биохимических реакций в этих клетках. То есть они ещё даже не являются как таковыми раковыми.*

Отличительной чертой СК-3 является возможность его интеграции с другими СК. Чаще всего он сочетается с объявлением и объяснением диагноза, что демонстрирует следующий фрагмент:

Диалог 1

- 1 Врач: причём первонаЧально,
- 2 это звучит очень СТРАШно;
- 3 нашли РАковые клетки.
- 4 я сразу хочу вас успоКОить;
- 5 чтобы не было в никаких пережиВАний. (-)
- 6 почеМУ? (.)
- 7 потому что рак раку РОЗНЬ. (-)
- 8 и: моя задача как врача вам собственно объясНИТЬ,
- 9 в чём разница эта состоИТ. (-)
- 10 когда мы говорим о раке просТАть, (.)



- 11 *он бывает РАЗный по своей степени агрессии; (--)*
- 12 *она оценивается в специальных баллах ГЛИсона;*
- 13 *это неСЛОЖно. (-)*
- 14 *он бывает от шести до десяти; (-)*
- 15 *шесть это ДОБрый рак, (-)*
- 16 *десять ЗЛОЙ. (.)*
- 17 *у вас ШЕСТЬ. (.)*
- 18 *самая наЧАЛЬная стадия.*

Отрывок транскрипта (диалог 1) отражает фрагмент консультации, следующий за актуализацией истории болезни и объявлением диагноза. В примере представлен фрагмент объяснения диагноза. Непосредственное объяснение осуществляется в строках 10—19 (здесь и далее в скобках указаны цифры, соответствующие номерам реплик из диалога). При объяснении врач затрагивает параметр агрессивности рака (10—11) и рассказывает о шкале Глисона (12—16). Высказывание «*это неСЛОЖно*» имплицитно легкость восприятия информации и является предпосылкой к уточнению параметров шкалы. Цифровые показатели (14, 17) указывают на объективность оценки и апеллируют к рациональному, в то время как противопоставление в виде олицетворения «*ДОБрый — ЗЛОЙ*» (15—16) передает информацию на уровне чувственного восприятия. Высказывание «*у вас ШЕСТЬ*» (17) и последующий комментарий (18) создают логическую цепочку: *Глисон шесть — добрый рак — начальная стадия — не страшно*.

Объяснение специфики заболевания (10—19) врач предваряет речевыми структурами, оказывающими успокаивающее действие (1—7). Прежде всего он вербализирует потенциальный страх пациента, связанный с неопределенностью ситуации, и демонстрирует понимание напряженного эмоционального состояния пациента. С этой целью используются следующие языковые элементы: а) наречие *СТРАШно*, предметно-логическое значение которого усиливается с помощью наречия *очень* (2); б) неопределенно-личное предложение *нашли РАковые клетки* (3); в) наименование *РАковые клетки*, содержащее в структуре значения негативный коннотативный элемент (3). Введение наречия *первоначАльно* имплицитно вторую стадию восприятия информации (= некое *потом*), когда эта же информация может быть воспринята менее негативно (это подтверждается в 17-й строке, где врач называет цифровой параметр *ШЕСТЬ*). Затем врач декларирует желание успокоить пациента (модальный глагол *хочу* + инфинитив *успоКОить*) и обосновывает это желание (5). Вопросно-ответная форма представления информации (6—7) отражает готовность врача принять перспективу пациента. Врач задает вопрос *почЕМУ?* (6) и сам дает на него ответ, моделируя ситуацию, в которой пациент мог бы задать по-



добный вопрос. Ответ включает конструкцию *рак раку РОЗНЬ (7)*, образованную по аналогии с существующей фразеологической серией — рядом пословиц со словом «рознь», указывающих на различие предметов одного и того же рода и имеющих синтаксическую структуру *X [сущ. в именит. пад.] + X [сущ. в дат. пад.] + рознь*. Фразеологическая конструкция со значением антитезы содержит эмоционально-оценочный компонент, так как позволяет противопоставить разные степени вредоносности раковых клеток. Использование структуры пословиц, выражающих народную мудрость, усиливает персуазивный эффект высказывания. В строках 8—9 врач декларирует свои профессиональные функции, которые на данном этапе заключаются в объяснении разницы раковых опухолей.

3.5. Рекомендация ТАН

СК «Рекомендация ТАН» встречается в 22 диалогах из 25 и используется на разных этапах консультации. Данный СК довольно компактен — его средняя продолжительность воспроизведения составляет 5 трскр. строк. Основное содержание СК заключается в эксплицитной или имплицитной рекомендации врача придерживаться ТАН (по крайней мере, на протяжении определенного периода времени). При эксплицитной рекомендации ТАН врачи используют глаголы *предлагать* или *рекомендовать*: *Я вам предлагаю / рекомендую тактику активного наблюдения*. Термин тактика активного наблюдения употребляется не всегда. Чаще врач замещает термин описанием основного принципа этого подхода: *Я вам предложу сейчас основную тактику: ничего с этим не делать; Если ПСА 6—7, даже 8, то мы этим пациентам рекомендуем операцию не выполнять, а просто наблюдать*.

Имплицитность рекомендации ТАН заключается в указании 1) на передовой характер методики: *Вот эта тактика активного наблюдения, она сейчас вышла на первый план*, 2) на ее оптимальность для пациента: *Тактика вот такого активного наблюдения — это то, что вам наиболее на сегодняшний день оптимально*.

Наряду с осторожной, сдержанной формой рекомендации встречаются рекомендации в патерналистском стиле. В подобных случаях врач не останавливается на распространенности ТАН в России / в мире, не информирует пациента об альтернативных методиках лечения рака, а сразу переходит к изложению стратегии дальнейших действий: *Мы становимся на наблюдение. Наблюдаемся, смотрим. Если мы видим, что процесс как-то прогрессирует, обсуждаем лечение. Не прогрессирует — ничего не делаем*. Врач практически делает выбор в пользу ТАН без учета мнения пациента. Настойчивость рекомендации выражается: 1) в употреблении местоимения *мы*, имплицитно указывающего совместность действия, а соответственно, и со-



гласие пациента с предлагаемой тактикой; 2) в использовании формы настоящего времени, имплицитной констатации факта — переход к ТАН в ближайшем будущем.

3.6. Представление возможных методик лечения рака низкого онкологического риска (за исключением ТАН)

В 21 диалоге, помимо ТАН, представлены другие возможные терапевтические методики. СК «Представление возможных методик лечения рака низкого онкологического риска» охватывает в среднем 22 трскр. строки и занимает по продолжительности воспроизведения 2-е место после СК «Снятие напряжения».

Развернутое описание терапевтических подходов к лечению рака проиставаты может свидетельствовать о намерении врача предоставить пациенту полную информацию о методах лечения и придерживаться совместного принятия решения во время выбора терапии. Выявлены две основные стратегии представления информации. Первая — перечислить положительные характеристики ТАН с акцентированием внимания на ее безвредности и только в случае выявления сомнения у пациента назвать альтернативы: *Если заболевание начинает прогрессировать, тогда можно предпринимать лечение*. Упоминание о возможности лечения помогает снять напряжение, поскольку появляется перспектива применения инвазивных методик в случае ухудшения анализов или возникновения психологического дискомфорта. Вторая стратегия — перечислить все имеющиеся подходы и описать их плюсы и минусы. Воспроизведение СК-5 начинается с предложений типа: *Первый вариант — наблюдать и ничего не делать, второй вариант — это лечиться. Давайте мы с вами определимся, какие методы лечения существуют* (далее следует подробная характеристика вариантов).

Таким образом, анализ текстов диалогов показал, что вербализация пациент-центрированного подхода осуществляется за счет комплексного использования СК (в рамках одного диалога врач воспроизводит в среднем около 7 СК). Поскольку тщательный мониторинг развития опухоли является предпочтительной методикой для пациентов с раком низкого онкологического риска, задача врача — продемонстрировать как можно больше преимуществ ТАН по сравнению с лечением. По меньшей мере в 13-ти диалогах для реализации пациент-центрированного подхода используются также СК «Информирование о подходах лечения рака низкого онкологического риска в России и за рубежом», «Определение зоны ответственности пациента», «Актуализация истории болезни», «Демонстрация готовности оказания поддержки со стороны медицинского персонала» и «Описание побочных эффектов лечения», на воспроизведение которых приходится от 5 до 15 трскр. строк.



4. Заключение = Conclusions

Проведенное исследование позволило сделать ряд наблюдений относительно практики ведения консультативной беседы с пациентами, имеющими диагноз «рак предстательной железы низкого онкологического риска». Исследуемые беседы представляют собой особый вид коммуникативного взаимодействия в системе «врач — пациент», сложность которого обусловлена необходимостью обсуждения вопросов, связанных с продолжительностью и качеством жизни больного. Пациент-центрированный подход предполагает вовлечение пациента в процесс принятия решения относительно выбора терапии, что становится для врача одной из основных задач. Она реализуется путем особого структурирования беседы, направленной на донесение до пациента максимально понятной и доступной информации о заболевании и ТАН как о наиболее оптимальном терапевтическом решении.

В ходе анализа эмпирического материала было выявлено 10 СК консультативных бесед, реализующих пациент-центрированный подход. Наиболее распространёнными из них являются «Объявление и объяснение диагноза», «Презентация ТАН», «Снятие напряжения», «Рекомендация ТАН», «Представление возможных методик лечения рака простаты низкого онкологического риска». Данные СК охватывают широкий спектр информации, необходимой для принятия совместного решения относительно выбора оптимальной терапевтической методики.

Для всех проанализированных диалогов характерно комплексное использование СК — то есть включение в беседу целого ряда СК в определенной логической последовательности. На один диалог в среднем приходится около 7 СК. Само по себе наличие того или иного СК в диалоге, на наш взгляд, не гарантирует его «эффективности», то есть не ведет к принятию решения относительно выбора ТАН, поскольку мотивом к окончательному принятию решения в пользу ТАН в одинаковой степени могут быть страх перед проявлением побочных эффектов, высокая стоимость лечения, авторитетное мнение врача или членов семьи. Решающую роль играют индивидуальные психологические особенности пациента и его социальный статус, которые не могут быть оценены в рамках настоящего исследования. Продолжительность воспроизведения реплик также не гарантирует быстрого согласия пациента на ТАН, а лишь показывает, насколько подробно врач раскрывает содержание того или иного вопроса. Таким образом, только комплексное использование СК может повысить частотность выбора ТАН пациентами, поскольку практически все выявленные СК в той или иной мере содержат сведения о ТАН или информацию, которая может быть полезна при сравнении методик лечения рака простаты.



Благодаря вербализации как можно большего количества СК, отражающих принципы ТАН, пациент получает достаточно сведений для осознанного принятия решения относительно метода терапии, что обеспечивает основной принцип воплощения пациент-центрированного подхода.

Представленный в статье анализ является одним из этапов комплексного исследования средств вербализации пациент-центрированного подхода на материале русскоязычного корпуса. Дальнейшие перспективы видятся в проведении сопоставительного анализа на материале различных языков.

Литература

1. *Акаева Э. В.* Коммуникативные стратегии профессионального медицинского дискурса : диссертация ... кандидата филологических наук : 10.02.01 / Э. В. Акаева. — Омск, 2007. — 149 с.
2. *Активное наблюдение* при раке простаты : кому, когда и как / М. С. Тараткин, Е. А. Лаухтина, К. И. Адельман, Ю. Г. Аляев, Л. М. Рапопорт, Т. М. Алексеева, Д. В. Еникеев, П. В. Глыбочко // Сеченовский вестник. — 2019. — № 10 (3). — С. 37—44. — DOI: 10.26442/22187332.2019.3.37-44.
3. *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.
4. *Бейлинсон Л. С.* Характеристики медико-педагогического дискурса : На материале логопедических рекомендаций : диссертация ... кандидата филологических наук : 10.02.19 / Л. С. Бейлинсон. — Волгоград, 2001. — 187 с.
5. *Жура В. В.* Дискурсивная компетенция врача в устном медицинском общении : диссертация ... кандидата филологических наук : 10.02.19 / В. В. Жура. — Волгоград, 2008. — 408 с.
6. *Нефёдов С. Т.* 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. — DOI: 10.17223/19986645/63/5.
7. *Пальцев М. А.* 4П-медицина как новая модель здравоохранения в Российской Федерации / М. А. Пальцев, Н. Н. Белушкина, Е. А. Чабан // ОРГЗДРАВ : новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. — 2015. — № 2. — С. 48—54.
8. *Сирота Н. А.* Роль эффективных коммуникаций врача и пациента как фактор успешного психологического преодоления болезни / Н. А. Сирота, В. М. Ялтонский, Д. В. Московченко // Ремедиум. — 2014. — № 10. — С. 6—8.
9. *Федоровская В. О.* Вербализация информирующей коммуникативной стратегии в консультативной беседе с онкологическими пациентами / В. О. Федоровская, Т. А. Осипенко // Научный диалог. — 2020. — № 10. — С. 194—211. — DOI: 10.24224/2227-1295-2020-10-194-211.
10. *Bührig K.* Arzt-Patienten-Kommunikation im Krankenhaus — konstitutive Handlungseinheiten, institutionelle Handlungslinien / K. Bührig, L. Durlanik, B. Meyer // Arbeiten zur Mehrsprachigkeit 2. — Hamburg : Univ. Hamburg, 2000. — S. 1—32.
11. *Coussios G.* 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.



12. *Denness C.* What are consultation models for? / C. Denness // *InnovAiT : Education and inspiration for general practice.* — 2013. — № 6 (9). — Pp. 592—599. — DOI: 10.1177/1755738013475436.

13. *Gülich E.* Interaktive Formulierung von Angsterlebnissen im Arzt-Patient-Gespräch Gespräch / E. Gülich, K. Lindemann, M. Schöndienst // *Wissen in (Inter-)Aktion : Verfahren der Wissensgenerierung in unterschiedlichen Praxisfeldern. Linguistik — Impulse & Tendenzen*, 39. — Berlin : De Gruyter, 2010. — S. 135—160.

14. *Hood L.* A doctor's vision of the future of medicine [Electronic resource] / L. Hood // *Newsweek.* — 2009. — Access mode : <https://www.newsweek.com/doctors-vision-future-medicine-80793> (accessed 21.05.2022).

15. *Imo W.* Nutzung authentischer Arzt-Patienten-Kommunikation im Kommunikations-training für Medizinstudierende im fachbezogenen DaF-Unterricht / W. Imo, V. Fedorovskaya, M. Sekacheva // *Fachsprache Journal of Professional and Scientific Communication.* — 2020. — № 42 (1—2). — S. 46—65. — DOI: 10.24989/fs.v42i1-2.1796.

16. *Imo W.* Sprachliche Akkomodation in onkologischen Therapieplanungsgesprächen / W. Imo // *Zeitschrift für Angewandte Linguistik.* — 2019. — №71. — S. 269—298. — DOI: 10.1515/zfal-2019-2016.

17. *Imo W.* Trösten: eine sprachliche Praktik in der Medizin / W. Imo // *Muttersprache.* — 2017. — № 3 (17). — S. 197—225.

18. *Kurz S. M.* Teaching and learning communication skills in medicine / S. M. Kurz, J. D. Silvermann, J. Draper. — Boca Raton : CRC Press, 2004. — 389 p.

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

20. *Long term* cancer-specific anxiety in men undergoing active surveillance for prostate cancer : findings from a large prospective cohort / K. Marzouk, M. Assel, B. Ehdäie, A. Vickers // *Journal of Urology.* — 2018. — № 200 (6). — Pp. 1250—1255. — DOI: 10.1016/j.juro.2018.06.013.

21. *Maynard D. W.* Conversation analysis, doctor—patient interaction and medical communication / D. W. Maynard, J. Heritage // *Medical Education.* — 2005. — № 39. — Pp. 428—435. — DOI: 10.1111/j.1365-2929.2005.02111.x.

22. *Nowak P.* Medizinische Kommunikation — Arzt und Patient im Gespräch / P. Nowak, Th. Spranz-Fogasy // *Jahrbuch Deutsch als Fremdsprache* 34. Hrsg. — München : Iudicium, 2008. — S. 80—96.

23. *Osipenko T.* Trostarbeit während der Therapieplanungsgespräche mit Brustkrebspatientinnen / T. Osipenko // *Германистика в современном научном пространстве : материалы VII Межд. научно-практической конференции.* — Краснодар : Кубанский государственный университет, 2021. — С. 193—201. — ISBN 978-5-8209-1896-4.

24. *Park Y.* The use of reversed polarity repetitional questions during history taking / Y. Park // *Journal of Pragmatics.* — 2011. — № 43. — Pp. 1929—1945. — DOI: 10.1016/j.pragma.2011.01.004.

25. *Patientenorientierung* in der Onkologie. Konzepte und Perspektiven im Nationalen Krebsplan / J. Weis, M. Härter, H. Schulte, D. Klemperer // *Der Onkologe.* — 2011. — № 11. — Pp. 1115—1136. — DOI: 10.1007/s00761-011-214.

26. *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.



27. *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.

28. *Willich S. N.* Dialogforum Pluralismus in der Medizin. Individualmedizin — Utopie oder Chance? / S. N. Willich // Deutsches Ärzteblatt. — 2009. — № 106 (10). — Pp. 450—452.

References

- Active observation in prostate cancer: to whom, when and how. (2019). *Sechenovsky Bulletin*, 10 (3): 37—44. DOI: 10.26442/22187332.2019.3.37-44. (In Russ.).
- Akaeva, E. V. (2007). *Communicative strategies of professional medical discourse*. PhD Diss. Omsk. 149 p. (In Russ.).
- Barsukova, M. I. (2007). *Medical discourse: strategies and tactics of speech behavior of a doctor*. PhD Diss. Saratov. 141 p. (In Russ.).
- Beilinson, L. S. (2001). *Characteristics of medical and pedagogical discourse: Based on the material of speech therapy recommendations*. PhD Diss. Volgograd. 187 p. (In Russ.).
- Bührig, K., Durlanik, L., Meyer, B. (2000). Arzt-Patienten-Kommunikation im Krankenhaus — konstitutive Handlungseinheiten, institutionelle Handlungslinien. In: *Arbeiten zur Mehrsprachigkeit 2*. Hamburg: Univ. Hamburg. 1—32. (In Germ.).
- Coussios, G. (2019). *Sprechen mit Krebspatienten: Ein gesprächsanalytisch fundiertes Trainingshandbuch für die medizinische Aus- und Weiterbildung*. Göttingen: Verlag für Gesprächsforschung. 296 S. (In Germ.).
- Denness, C. (2013). What are consultation models for? *InnovAiT: Education and inspiration for general practice*, 6 (9): 592—599. DOI: 10.1177/1755738013475436. (In Germ.).
- Fedorovskaya, V. O., Osipenko, T. A. (2020). Verbalization of an Informing Communication Strategy in Consulting Cancer Patients. *Nauchnyi dialog*, 1 (10): 194—211. <https://doi.org/10.24224/2227-1295-2020-10-194-211>. (In Russ.).
- Fingers, M. A., Belushkina, N. N., Chaban, E. A. (2015). 4P-medicine as a new model of healthcare in the Russian Federation. *ORGZDRAV: news, opinions, training. Bulletin of the VSHOUZ*, 2: 48—54. (In Russ.).
- Gülich, E., Lindemann, K., Schöndienst, M. (2010). Interaktive Formulierung von Angsterlebnissen im Arzt-Patient-Gespräch. In: *Wissen in (Inter-)Aktion: Verfahren der Wissensgenerierung in unterschiedlichen Praxisfeldern. Linguistik — Impulse & Tendenzen*, 39. Berlin: De Gruyter. 135—160. (In Germ.).
- Hood, L. (2009). *A doctor's vision of the future of medicine*. Available at: <https://www.newsweek.com/doctors-vision-future-medicine-80793> (accessed 21.05.2022). (In Germ.).
- Imo, W. (2017). Trösten: eine sprachliche Praktik in der Medizin. *Muttersprache*, 3 (17): 197—225. (In Germ.).
- Imo, W. (2019). Sprachliche Akkomodation in onkologischen Therapieplanungsgesprächen. *Zeitschrift für Angewandte Linguistik*, 71: 269—298. DOI: 10.1515/zfal-2019-2016. (In Germ.).
- Imo, W., Fedorovskaya, M., Sekacheva, M. (2020). Nutzung authentischer Arzt-Patienten-Kommunikation im Kommunikationstraining für Medizinstudierende im fachbezogenen DaF-Unterricht. *Fachsprache Journal of Professional and Scientific Communication*, 42 (1—2): 46—65. DOI: 10.24989/fs.v42i1-2.1796. (In Germ.).



- Kurz, S. M., Silvermann, J. D., Draper, J. (2004). *Teaching and learning communication skills in medicine*. Boca Raton: CRC Press. 389 p. (In Germ.).
- Lalouschek, J. (2002). *Ärztliche Gesprächsausbildung. Eine diskursanalytische Studie zu Formen des ärztlichen Gesprächs*. Mannheim: Verlag für Gesprächsforschung. 222 S. (In Germ.).
- Long term cancer-specific anxiety in men undergoing active surveillance for prostate cancer: findings from a large prospective cohort. (2018). *Journal of Urology*, 200 (6): 1250—1255. DOI: 10.1016/j.juro.2018.06.013.
- Maynard, D. W., Heritage, J. (2005). Conversation analysis, doctor—patient interaction and medical communication. *Medical Education*, 39: 428—435. DOI: 10.1111/j.1365-2929.2005.02111.x. (In Germ.).
- Nefedov, S. T., Chernyavskaya, V. S. (2020). Context in linguistic analysis: pragmatic and discursive-analytical perspective. *Bulletin of Tomsk State University. Philology*, 63: 83—95. DOI: 10.17223/19986645/63/5. (In Russ.).
- Nowak, P., Spranz-Fogasy, Th. (2008). Medizinische Kommunikation — Arzt und Patient im Gespräch. In: *Jahrbuch Deutsch als Fremdsprache 34. Hrsg.* München: Iudicium. 80—96. (In Germ.).
- Osipenko, T. (2021). Trostarbeit während der Therapieplanungsgespräche mit Brustkrebspatientinnen. In: *Germanistics in the modern scientific space: materials of the VII International Scientific and Practical Conference*. Krasnodar: Kuban State University. 193—201. ISBN 978-5-8209-1896-4. (In Germ.).
- Park, Y. (2011). The use of reversed polarity repetitional questions during history taking. *Journal of Pragmatics*, 43: 1929—1945. DOI: 10.1016/j.pragma.2011.01.004. (In Germ.).
- Patientenorientierung in der Onkologie. Konzepte und Perspektiven im Nationalen Krebsplan. (2011). *Der Onkologe*, 11: 1115—1136. DOI: 10.1007/s00761-011-214. (In Germ.).
- Petzold, H. (2007). Trost / Trostarbeit und Trauer / Trauerarbeit — Konzepte, Modelle, Kontexte — Materialien aus der Integrativen Therapie. In: *Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit. Eine Internetzeitschrift für "Integrative Therapie"*. 9 S. (In Germ.).
- Sirota, N. A., Yaltonsky, V. M., Moskovchenko, D. V. (2014). The role of effective communication between a doctor and a patient as a factor of successful psychological overcoming of the disease. *Remedium*, 10: 6—8. (In Russ.).
- Spranz-Fogasy, Th. (2005). Kommunikatives Handeln in ärztlichen Gesprächen — Gesprächseröffnung und Beschwerdenexploration. In: *Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Ein interdisziplinärer Ansatz zur verbalen Interaktion*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. 17—47. (In Germ.).
- Willich, S. N. (2009). Dialogforum Pluralismus in der Medizin. Individualmedizin — Utopie oder Chance? *Deutsches Ärzteblatt*, 106 (10): 450—452. (In Germ.).
- Zhura, V. V. (2008). *Discursive competence of a doctor in oral medical communication*. PhD Diss. Volgograd. 408 p. (In Russ.).

Статья поступила в редакцию 11.06.2022,
одобрена после рецензирования 31.08.2022,
подготовлена к публикации 21.09.2022.