

Научная статья  
УДК 81-85  
DOI: 10.20323/2499\_9679\_2023\_1\_32\_148  
EDN: ZUZAAN

**Лексическая контекстуализация коммуникативных действий врача-онколога в устном медицинском дискурсе (на материале немецкоязычных консультативных бесед)**

**Татьяна Александровна Осипенко**

Ассистент института лингвистики и межкультурной коммуникации, Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова. 123242, Москва, ул. Садовая-Кудринская, д. 3, стр. 1  
osipenko\_t\_a@staff.sechenov.ru, <https://orcid.org/0000-0003-0619-534X>

**Аннотация.** Статья посвящена изучению контекстуализующего потенциала лексических индикаторов консультативной беседы как части устного медицинского дискурса. Цель статьи заключается в определении лексических единиц, обеспечивающих контекстуализацию вербальной врачебно-консультативной деятельности врача. Лингвистический анализ проведен на материале десяти транскриптов аутентичных немецкоязычных диалогов врачей-онкологов и пациентов. На основании прагмасемантического метода анализа эмпирического материала выделено шесть основных коммуникативных блоков. Наиболее частотными лексическими индикаторами выявленных тематических частей являются типизированные формулы приветствия и прощания; глаголы, выражающие вежливость и гостеприимство, обозначающие мыслительные процессы, готовность обсуждения и получения обратной связи, проверку степени восприятия информации, а также указывающие на динамику распространения опухолевых клеток, перспективу наблюдения за эффективностью терапии. Для большинства коммуникативных блоков типично использование медицинских терминов общепотребительного характера и узкоспециализированной онкологической терминологии, существительных, указывающих на методы лечения, и временные промежутки, в течение которых необходимо осуществить предлагаемый комплекс лечебных мероприятий. Распространено использование имен, фамилий, специализаций и должностей врачей, проводивших первичную оценку состояния пациента, и круга лиц, принимающих решение относительно рекомендации терапии. Основная задача лексических контекстуализаторов в проанализированных диалогах заключается в предоставлении достоверной и исчерпывающей информации о заболевании, возможных методах терапии и рекомендации наиболее оптимального вида лечения. Кроме этого, использование большинства лексических единиц позволяет погрузить пациента сначала в общую медицинскую, а затем в онкологическую терминологию посредством создания в памяти ретроспективных связей с предыдущими консультациями и обследованиями.

**Ключевые слова** устная речь; лексическая контекстуализация; коммуникативный блок; медицинская коммуникация; онкологический дискурс; консультативная врачебная беседа; коммуникация «врач – пациент»

**Для цитирования:** Осипенко Т. А. Лексическая контекстуализация коммуникативных действий врача-онколога в устном медицинском дискурсе (на материале немецкоязычных консультативных бесед) // Верхневолжский филологический вестник. 2023. № 1 (32). С. 148–156.  
[http://dx.doi.org/10.20323/2499\\_9679\\_2023\\_1\\_32\\_148](http://dx.doi.org/10.20323/2499_9679_2023_1_32_148). <https://elibrary.ru/ZUZAAN>

Original article

**Lexical contextualization of an oncologist's communicative actions in oral medical discourse (doctor-patient consultations in german)**

**Tatiana A. Osipenko**

Lecturer, Institute of linguistics and intercultural communication, I. M. Sechenov First Moscow state medical university. 123242, Moscow, Sadovaya-Kudrinskaya st., 3, bld. 1  
osipenko\_t\_a@staff.sechenov.ru, <https://orcid.org/0000-0003-0619-534X>

**Abstract.** The article studies the contextualizing potential of lexical indicators in the doctor-patient consultations which are considered as a part of oral medical discourse. The article aims to determine the lexical items that provide contextualization of doctors' verbal activity during medical consultations. Ten transcripts of authentic dialogues be-

tween german-speaking oncologists and patients were used for the linguistic analysis. Six main communicative blocks have been identified by means of the pragmasemantic method. The most frequent lexical indicators are typified greeting and farewell formulas; verbs expressing politeness and hospitality, denoting thinking processes, willingness to discuss the information received and to get feedback, checking the degree of its perception, as well as indicating the cancer cell dynamics and the perspective of monitoring the effectiveness of the prescribed therapy. It is typical to use general medical terms as well as field-specific oncological terminology, nouns indicating methods of treatment and time intervals during which the proposed set of therapeutic measures must be implemented. Other common lexical indicators are the names, surnames, specializations and positions of doctors conducting the initial assessment of the patient's condition. The main task of lexical contextualizers in the analyzed dialogues is to provide the meaningful and comprehensive information about the disease and possible methods of therapy as well as to recommend the most optimal treatment option.

**Key words:** oral speech; lexical contextualization; communicative block; medical communication; oncological discourse; medical consultation; doctor-patient communication

**For citation:** Osipenko T. A. Lexical contextualization of an oncologist's communicative actions in oral medical discourse (doctor-patient consultations in German). *Verhnevolzhski philological bulletin*. 2023;(1):148–156. (In Russ.). [http://dx.doi.org/10.20323/2499\\_9679\\_2023\\_1\\_32\\_148](http://dx.doi.org/10.20323/2499_9679_2023_1_32_148). <https://elibrary.ru/ZUZAAN>

## Введение

Консультирование пациентов с диагностированным раком занимает особое место в медицинском дискурсе. Онколог часто выступает не только в роли специалиста, устанавливающего диагноз и назначающего комплекс терапевтических мероприятий, но и в качестве мастера вербальной коммуникации, способного объяснить, настоять, подбодрить и т. д. Отсутствие доверительных отношений между врачом и пациентом, которые, как правило, устанавливаются посредством коммуникации, может спровоцировать отказ от лечения, тревогу и депрессию [ср. Гнездилов, 2001, с. 5].

Настоящая статья является продолжением ряда исследований на тему вербальной интеракции врача и онкологического пациента на немецком языке с лингвистической точки зрения. Предшествующие работы раскрывают спектр вопросов, связанных в основном с языковыми особенностями вербальных действий врача: преодоление недоверия [Imo, 2016], утешение пациента [Imo, 2017], объявление диагноза [Günthner, 2017], аккомодация [Imo, 2019], использование имен собственных [Günthner, 2019], объяснение причин появления заболевания и распределение сфер ответственности [Imo, 2020]. Часть работ посвящена коммуникативной роли лиц, сопровождающих пациента [Wiemer, 2017], описанию возможностей практического применения транскриптов диалогов для обучения студентов и повышения квалификации медицинских работников [Coussios, Imo, Korte, 2019; Imo, Fedorovskaya, Sekacheva, 2020], выявлению структурных компонентов, включающих языковые средства вербализации пациент-

центрированного подхода [Осипенко, Федоровская, Еникеев, 2022].

Целью настоящего исследования является выявление лексических индикаторов и их контекстуализирующего потенциала в рамках основных коммуникативных блоков (далее – КБ) консультативной беседы врача и онкологического пациента. В задачи входит проследить динамику вербализации КБ в целом и определить лексические единицы, способствующие актуализации каждого из них.

По определению Е. М. Крижановской, КБ является результатом языковой материализации одного или нескольких коммуникативно-познавательных действий. Он представляет собой функционально-смысловую единицу, функционирует в роли структурного элемента содержания и направлен на выражение актуальной для автора и читателя информации [Крижановская, 2006, с. 163–167]. В другой терминологии КБ также называют «коммуникативно-прагматический сегмент» [Чернявская, 2006, с. 70–71], «коммуникативно-смысловой элемент» [Нефедов, 2013, с. 199], «структурный компонент» [Осипенко, Федоровская, Еникеев, 2022]. В рамках настоящей статьи под КБ подразумевается совокупность реплик коммуникантов (врача и пациента), объединенных типовым семантическим содержанием и характерными лексическими и грамматическими маркерами.

Любое использование языка, как отмечает С. Т. Нефедов, носит ярко выраженный селективный характер. Отбор языковых средств часто зависит от ситуации общения и задач коммуникантов. Установлена устойчивая взаимосвязь между коммуникативными практиками и использованием определенных лексических и грамматических единиц. Коммуникативно пред-

почтительные языковые средства отбираются с учетом их функционального потенциала и выступают в качестве контекстуализаторов (вербализаторов) коммуникативной практики [Нефедов, 2022, с. 83]. Выделение лексических контекстуализаторов в транскриптах консультативных бесед связано с выявлением частотных компонентов, которыми в зависимости от «глубины погружения» в текст являются КБ, реплики коммуникантов, характерные лингвистические явления.

### Методы исследования

Материалом для представленного в публикации лингвистического анализа послужили десять транскриптов консультативных бесед с онкологическими пациентами на немецком языке. Диалоги были отобраны из корпуса, составленного в рамках проекта «От патологии к пациенту» (подробнее о проекте и корпусе см. [Von der Pathologie zum Patienten, 2016]). В результате к анализу были привлечены транскрипты консультаций, проведенные разными врачами (всего десять специалистов) с пациентами, у которых диагностирован рак разного типа, объемом не менее 900 слов. Общий объем текста составил 18087 слов.

Каждый диалог был проанализирован с точки зрения коммуникативно-тематического содержания и лексического наполнения. Для настоящего исследования особый интерес представляют реплики врачей, поскольку от последовательности их воспроизведения и содержания зависит эффективность консультации. В рамках статьи термин «эффективность» связан с сохранением стабильного психоэмоционального состоянием пациента, проявляющемся на вербальном («видимом») уровне. Иными словами ожидается, что после объявления диагноза о наличии раковой опухоли, пациент останется вербально активен и будет готов обсуждать план дальнейших терапевтических шагов.

На одном из первых этапов анализа были отобраны реплики врача и отсортированы в зависимости от их содержания. При распределении реплик по группам учитывалась последовательность и частотность их появления в диалоге (ср. «языковой контекст» [Нефедов, 2017, с. 188] и «ближайший контекст» [Чернявская, 2021, с. 79]). Здесь применялись в большей степени общенаучные методы работы с лингвистическим материалом: наблюдение, обобщение и классификация. С помощью метода логического сопос-

тавления были выявлены 6 основных КБ: 1) установление контакта (далее – КБ-1), 2) актуализация истории болезни (КБ-2), 3) объявление диагноза (КБ-3), 4) характеристика показателей опухоли (КБ-4), 5) изложение плана терапевтических мероприятий (КБ-5), 6) завершение консультации (КБ-6) [ср. Осипенко, Федоровская, Еникеев, 2022, с. 103–105; Coussios, Imo, Korte, 2019, s. 12–17]. Одновременное применение ручной и автоматизированной выборки, а также принципов описательно-аналитического метода позволило выявить лексические особенности КБ-1–КБ-6.

### Результаты исследования

К первому, открывающему консультацию, коммуникативно-смысловому элементу «Установление контакта» относится обмен формулами приветствия, самопрезентация врача, верификация персональных данных пациента, запрос информации о состоянии его здоровья [ср. Travaline, Ruchinskas, D'Alon, 2005]. При этом врач может актуализовать как все перечисленные речевые действия, так и ограничиться только одним.

К лексическим компонентам КБ-1 относятся такие формулы приветствия, как *Hallo Frau / Herr ...!* ‘Здравствуйте, ...’, *Guten Morgen!* ‘Доброе утро!’, *Guten Tag!* ‘Добрый день!’, *Ich grüße Sie!* ‘Приветствую вас!’. Для создания благоприятной атмосферы и демонстрации гостеприимства используется глагол *reinkommen* ‘входить’ и сочетание *Platz nehmen* ‘занимать место, садиться’ в форме повелительного наклонения с использованием смягчающей частицы *bitte* ‘пожалуйста’. Установление контакта может происходить за счет формального озвучивания персональных данных пациента *Aufklärungsgespräch von Herrn ...* ‘консультативная беседа господина ...’, *geboren am ...* ‘родился ...’ или самопрезентации врача с озвучиванием имени, фамилии и должности: *Sie kennen mich noch nicht. Mein Name ist ... Ich bin hier (Position) ...* ‘Вы меня еще не знаете. Меня зовут ... Я являюсь (должность) ...’.

Лексическое наполнение КБ-1, с одной стороны, указывает на официальность обстановки, с другой стороны, служит для создания доверительной атмосферы и подготовки пациента к восприятию плохих новостей («плохими новостями» в медицине называют раковый диагноз [Günthner, 2017; Lutfey, Maynard, 1998; Maynard, 2003].)

Следующий коммуникативно-прагматический сегмент «Актуализация истории болезни» предполагает перечисление врачом *уже известных пациенту из предыдущих консультаций* фактов и параметров, указывающих на наличие в организме дисфункции (ср. *retrospektive / prospektive Expansion* [Auer, 2006, s. 285]). Введение данного КБ, согласно С. Гюнтнер, позволяет сделать ссылку на предварительный диагноз, косвенно «спроектировать» подтверждение этого диагноза и напомнить пациенту, что присутствие раковых клеток в его организме – не новая информация, не нечто неожиданное, а давно предполагаемое и известное [Günthner, 2017].

В плане лексического наполнения описываемый композиционный элемент характеризуется частым использованием существительных медицинской тематики, служащих для наименования жалоб (*Kopfschmerzen* ‘головные боли’, *Magenbeschwerden* ‘расстройство желудка’), сопутствующих заболеваний (*Hepatitis C* ‘гепатит С’, *Leberzirrhose* ‘цирроз печени’), видов лабораторных, аппаратных и мануальных методов диагностики (*Blutabnahme* ‘забор крови’, *Spiegelung* ‘эндоскопия’, *Tastuntersuchung* ‘пальпация’), обследованных органов или их частей (*Bronchialbaum* ‘бронхиальное дерево’, *Lunge* ‘легкое’, *Lymphknote* ‘лимфоузел’), взятых биологических образцов (*Blut* ‘кровь’, *Gewebe* ‘ткань’), выявленных патологических новообразований (*Polyp* ‘полип’, *Zyste* ‘киста’). Названия пораженных участков могут заменяться именами существительными с обобщенной семантикой (*Bereich* ‘область’, *Fleck* ‘пятно’, *Körper* ‘тело’). Они часто используются с прилагательными или причастиями, конкретизирующими внешние характеристики, положение и параметры распространения опухолевого очага или поврежденного органа: *blau* ‘синий’, *ganz* ‘весь, целый’, *recht / link* ‘правый / левый’, *vergrößert* ‘увеличенный’ (*blauer Fleck* ‘синяк’, *im rechten / linken Bereich* ‘в правой / левой части’, *im ganzen Körper* ‘во всем теле’, *vergrößerte Milz* ‘увеличенная селезенка’).

К характерным лексическим показателям КБ-2 также относятся предикаты, обозначающие мыслительные процессы (*denken* ‘думать’, *sich erinnern* ‘помнить, вспоминать’, *wissen* ‘знать’), озвучивание (*besprechen* ‘обсуждать’, *erklären, erläutern* ‘объяснять’, *sagen* ‘говорить, сказать’), повторение (*wiedergeben* ‘воспроизводить (еще раз)’, *wiederholen* ‘повторять’), восприятие (*verstehen* ‘понимать’) или самостоятельный поиск информации (*recherchieren* ‘производить по-

иски, собирать информацию’). Отсылка к предыдущим консультациям становится более очевидной за счет частого использования наречия *schon* ‘уже’, обозначающего завершенность какого-либо процесса.

Основная функция лексики КБ-2 состоит в воссоздании ассоциативно-ретроспективных связей с предыдущими консультациями за счет напоминания их содержания и «погружения» пациента в медицинскую терминологию. На данном этапе врач имплицитно предоставляет пациенту возможность уточнить, скорректировать или дополнить данные осмотра.

Следующий структурный компонент «Объявление диагноза» является одним из самых напряженных моментов консультации, поскольку здесь речь идет не просто о временной дисфункции организма, а о патологии, которая (с большой вероятностью) может привести к изменению привычного ритма жизни пациента [Lutfey, Maynard, 1998; Maynard, 2003]. Лексическое оформление КБ-3 отличается избытком слов с отрицательной семантикой. Сюда входят лексемы, обозначающие наличие злокачественного новообразования (*Karzinom* ‘карцинома’, *Krebs* ‘рак’, *Tumor* ‘опухоль’), и узкоспециализированные медицинские термины (*Haarzelleukämie* ‘волосатоклеточный лейкоз’, *Lymphom* ‘лимфома’). Существительные с нейтральной окраской (*Befund* ‘результаты обследования’, *Bereich* ‘область’, *Zelle* ‘клетка’) в сочетании с негативно окрашенными прилагательными (*bösartig, maligne* ‘злокачественный’) обычно указывают на пораженную область.

Глаголы *befürchten*, ‘бояться’, *erwarten* ‘ожидать’, *vermuten* ‘предполагать’ (как и глаголы *besprechen, erklären, erläutern* и *sagen* в сочетании с наречием *schon* в КБ-2) в сочетаниях типа *wie man befürchtet / erwartet / vermutet hat* ‘как и опасались / ожидалось / предполагалось’ выполняют функцию отсылки к предыдущим консультациям. Для смягчения негативного воздействия плохих новостей врачи используют наречие *leider* ‘к сожалению’.

Лексическое наполнение блока «Объявление диагноза» служит для создания ассоциативных связей с предыдущими консультациями, непосредственного оглашения диагноза, погружения пациента в раковую терминологию, выражения сопереживания и поддержки.

Структурный компонент «Характеристика показателей опухоли» служит для объяснения пациенту степени тяжести заболевания и восста-

новления его психоэмоционального состояния за счет перечисления положительных свойств опухоли. Благоприятными критериями считаются, к примеру, отсутствие метастазов, медленное распространение раковых клеток, хорошая переносимость гормональных препаратов, которые (в отличие от химиотерапии) не вызывают прямого повреждения всех органов и тканей организма. Зачином к перечислению «хорошего» в плохом диагнозе („das Gute im Schlechten“ – Strategie [Imo, 2017, s. 21]) можно считать предложения, содержащие определительные словосочетания, в состав которых входят прилагательные *gut* ‘хороший’, *günstig* ‘удачный, благоприятный’ и *positiv* ‘позитивный, положительный’ и существительные *Eigenschaft* ‘свойство, характеристика’, *Kriterium* ‘критерий’, *Zeichen* ‘знак’. Для усиления положительного эффекта возможно интонационное выделение наречия *nur* ‘только, исключительно’ (*Ihr Tumor hat NUR positive Eigenschaften* ‘У вашей опухоли ТОЛЬКО положительные характеристики’).

Набор лексических средств этого КБ отличается обилием прилагательных, часто вербализуемых в виде антонимических пар. К основным семантическим категориям относятся лексемы, выражающие оценку (*gut* ‘хороший’ – *schlecht* ‘плохой’); размер опухоли (*klein* ‘маленький’ – *groß* ‘большой’); агрессивность рака (*aggressiv* ‘агрессивный’, *wild* ‘бурный’ – *harmlos* ‘безопасный’); скорость роста вредоносных клеток (*langsam* ‘медленный’ – *schnell* ‘быстрый’).

Для усиления положительного значения слова или высказывания используется наречие *wirklich* ‘по-настоящему, вправду’: *wirklich gut* ‘на самом деле хорошо’. Хеджирование иллокутивной силы отрицательных оценочных прилагательных и наречий происходит за счет наречий *eher* ‘скорее, вероятнее’, *gar* ‘совсем, совершенно’: *eher langsam wächst* ‘растет скорее медленно’, *gar nicht so schlecht* ‘совсем не так плохо’. Кроме этого, градация по шкале «хорошо – плохо» у прилагательных выражается через сравнительную степень (*aggressiver* ‘агрессивнее’, *größer* ‘больше’, *schlechter* ‘хуже’).

Типичными являются смысловые глаголы, указывающие на скорость роста клеток (*sich entwickeln* ‘развиваться’, *wachsen* ‘расти’), обнаружение опухоли (*finden* ‘находить’, *sich entdecken* ‘обнаруживаться’, *sich zeigen* ‘показываться’, *vorkommen* ‘проявляться’) и перспективу выздоровления (*behandeln* ‘лечить’).

Лексический состав КБ-4 указывает на стремление врача акцентировать внимание на положительных сторонах диагноза, убедить пациента в возможности поддержания стабильного состояния.

Основная цель блока «Изложение плана терапевтических мероприятий» состоит в подробном объяснении пациенту дальнейших терапевтических шагов. В анализируемых транскриптах актуализация пациент-центрированной политики осуществляется посредством глаголов *empfehlen* ‘рекомендовать’, *vorschlagen* ‘предлагать’, их производных *Empfehlung* ‘рекомендация’, *Vorschlag* ‘предложение’, а также глаголов, обозначающих личную или совместную мыслительную деятельность *besprechen* ‘обсуждать’, *(nach)denken* ‘(по)думать’, *überlegen* ‘размышлять’. Таким образом, врач дает понять, что пациент может обсудить полученную информацию с семьей, запросить *second opinion* ‘второе мнение’ и даже отказаться от предложенного варианта лечения (о понятии пациент-центрированности см. [Klemperer, 2003; Olesen, 2004]).

Несмотря на то, что врачи стремятся к пациент-центрированной коммуникации, рекомендация терапии может иметь и патерналистские черты [Белецкий, Куликова, 2011]. Патернализм проявляется в том, что врач представляет пациенту одну единственную стратегию лечения, с которой в большинстве случаев пациент соглашается. Для повышения доверия к предлагаемому варианту лечения врач предоставляет информацию о том, кто принимал решение относительно озвученной стратегии лечения. Обычно ссылка делается на онкологический консилиум (*Tumorboard* ‘онкологический консилиум’). В качестве контекстных синонимов используются существительные *Besprechung* ‘обсуждение’, *Kollegienkreis* ‘группа коллег’, *Sitzung* ‘заседание’, специализации врачей, их должности, имена и фамилии: *Brustkorbchirurg* ‘торакальный хирург’, *Frau Doktor ...* ‘доктор ... (имя)’, *Oberarzt* ‘заведующий отделением’. При введении в аргументацию существительных, указывающих круг лиц, задействованных в обсуждении вопроса здоровья пациента, врач не только повышает статус предлагаемого метода лечения, но и частично снимает с себя ответственность за предлагаемый вариант.

Данный КБ также содержит информацию о непосредственных методах лечения (*Bauchspritzenkur* ‘лечение уколами в живот’, *Bestrahlung*

‘облучение’, *Chemotherapie* ‘химиотерапия’, *Operation* ‘операция’, *Kombination von Therapien* ‘комбинированная терапия’) и лекарственных формах препаратов (*Infusionen* ‘внутривенные вливания’, *Tabletten* ‘таблетки’). Указание на проведение терапевтических мероприятий осуществляется также посредством использования предикатов, означающих медицинские манипуляции: *einspritzen* ‘вкалывать (препарат)’, *entfernen* ‘удалять’, *operieren* ‘оперировать’, *rausmachen / rausnehmen / rausoperieren* ‘извлекать (опухоль)’. Глаголы *gucken* ‘смотреть’, *kontrollieren* ‘контролировать’, *nachsorgen* ‘осуществлять последующее наблюдение’, *überwachen* ‘следить’ выражают необходимость мониторинга рецидива болезни после терапии или операции.

В КБ-5 можно встретить существительные, обозначающие единицы измерения времени в сочетании с количественными числительными. С их помощью врач озвучивает дату и время следующего приема, период проведения лечебных процедур и восстановления, продолжительность наблюдения после осуществления основных терапевтических мероприятий. Временные промежутки измеряются часами (*zwei Stunden* ‘два часа’), днями (*den ganzen Tag* ‘целый день’), неделями (*nächste Woche* ‘на следующей неделе’), месяцами (*in drei Monaten* ‘через три месяца’), годами (*nach einem Jahr* ‘через год’) или знаменательными событиями (*nach Ostern* ‘после Пасхи’, *nach dem Urlaub* ‘после отпуска’, *nach Winterferien* ‘после зимних каникул’, *bis die Wundheilung* ‘до заживления раны’).

Основная функция лексики КБ-5 состоит, прежде всего, в озвучивании основного метода лечения и планирования временных рамок терапии. Рекомендательная форма высказываний, используемых при обсуждении возможных лечебных мероприятий, говорит о проявлении черт пациент-центрированной политики.

Текстовый блок «Завершение консультации» включает такие типичные формулы прощания как *alles Gute!* ‘всего хорошего’, *auf Wiedersehen!* ‘до свидания’, *bis gleich!* ‘до скорого!’. Кроме этого, описываемый коммуникативно-смысловой компонент содержит вопросы врача, направленные на получение у пациента обратной связи относительно ясности изложенной им информации *Fällt ihnen noch was ein, was sie wissen wollen?* ‘Приходит ли вам в голову что-то, что вы хотите знать?’, *Haben Sie momentan zu dem Vorgehen noch irgendwelche Fragen?* ‘Имеются ли у вас в настоящий момент какие-нибудь вопросы к по-

рядку (терапевтических) действий?’. Задача предикатов мыслительной деятельности (*einfallen* ‘приходить на ум’, *wissen* ‘знать’) в подобных случаях активизировать у пациента воспоминания о содержании консультации.

Типичными лексемами здесь являются *Arztbrief* ‘медицинское заключение’, *Krankmeldung* ‘больничный лист’, *Zettel* ‘записка, листок (бумага)’, письменно подтверждающие посещение врача. Первые два медицинских термина предназначены для указания на официальную регистрацию пациента в медицинском учреждении (стандартная больничная отчетность) и для обозначения законных оснований на получение выплат по болезни работодателем. Третий термин, не имеющий отношения к медицинской лексике, врач использует для успокоения пациента. Предполагается, что на этом листочке будет зафиксирована важная информация, например, время, дата, номер кабинета, последовательность сдачи анализов, перечень продуктов, от которых стоит отказаться на время лабораторных исследований и т. д. Чаще всего это существительное используется в глагольно-именном сочетании *Zettel mitkriegen / bekommen* ‘получить листок («напоминалку»’). Другими словами, врач проявляет всестороннюю заботу о пациенте: как на уровне «врач – пациент», так и на уровне «человек – человек», что является проявлением черт пациент-центрированной политики.

### Заключение

На основании проанализированного эмпирического материала можно сделать вывод о том, что идеальная текстотипологическая модель консультативной беседы врача и онкологического пациента должна включать как минимум шесть КБ (КБ-1–КБ-6).

К основным лексическим средствам контекстуализации КБ-1 относятся типизированные формулы приветствия; фамилия, имя, должность врача; глаголы *grüßen* и *reinkommen*; местоимение 3-его л. мн. ч. *Sie*; частица *bitte*. Для верификации данных в некоторых случаях озвучивается фамилия, имя и дата рождения пациента.

Существительные медицинской тематики, указывающие на жалобы, сопутствующие заболевания, обследованные органы, патологические новообразования, взятые биологические образцы характерны преимущественно для КБ-2. Здесь также распространены глаголы, выражающие озвучивание, обсуждение, повтор, поиск, степень понимания информации, которые часто воспро-

изводятся в сочетании с наречием *schon*. Помимо этого, лексическими маркерами КБ-2 являются имена собственные, должности и специализации врачей, проводившие предварительный осмотр.

Для вербализации КБ-3 используется узкоспециализированная медицинская терминология, композиты и словосочетания с компонентами *Karzinom, Krebs, Tumor*, прилагательные *bösartig* и *maligne*, наречие *leider*, а также глаголы, выражающие озабоченность, ожидание и предположение.

Контекстуализация КБ-4 происходит за счет существительных *Eigenschaften, Kriterien, Zeichen*; оценочных прилагательных и наречий с положительной и отрицательной семантикой, описывающих характеристики опухоли; усилительных (*nur, wirklich*) и смягчающих (*eher, gar*) наречий; глаголов, описывающих динамику роста опухоли.

Основными лексическими маркерами КБ-5 являются существительные, обозначающие методы лечения и лекарственные формы, специализации и должности врачей, принимающих решение по поводу метода лечения. В данном блоке озвучиваются разные временные промежутки и конкретные даты, перечисляются обследования, результаты которых потребуются после прохождения курса терапии. Сюда относятся также глаголы, выражающие рекомендацию, обсуждение и переосмысление.

Лексическими средствами актуализации КБ-6 являются типизированные формулы прощания, существительные *Arztbrief, Krankmeldung, Zettel*, глаголы, передающие мыслительную деятельность и запрос обратной связи.

На последовательность, частотность и длительность воспроизведения одного КБ во многом влияет вербальное поведение пациента: инициативные вопросы, паузы, молчание или беспричинный смех; а также реплики, содержание которых подсказывает врачу, что его неподпечный неправильно проинтерпретировал изложенные им ранее объяснения.

В проанализированных диалогах обнаружена повторная вербализация некоторых тематикосмысловых частей. Так, КБ-4 и КБ-5 могут встречаться до пяти раз в одном диалоге. Оба блока отличаются своей эмоциональной и информационной насыщенностью, поэтому требуют многократного воспроизведения. Помимо повтора предметно-денотативного содержания наблюдаются дублирование лексических маркеров внутри разных КБ. К примеру, существительные,

указывающие на временные отрезки, и сопровождающие их числительные, типичные для КБ-5, врач может ввести в диалог и в завершающей части консультации, чтобы еще раз напомнить пациенту дату и время следующей встречи. Реплики с именами существительными, обозначающие названия обследований и клинических анализов, из КБ-2 практически дословно повторяются в КБ-5. Это обусловлено тем, что для оценки успешности проведенных процедур необходимо сравнение текущих и предыдущих показателей.

Общим для всех КБ является обилие специфической онкологической медицинской терминологии, необходимой для спецификации болезни, обозначения обследований и анализов, указания на круг специалистов, участвующих в принятии решения при разработке плана терапии. Насыщенность отдельных частей диалога оценочными прилагательными с положительной семантикой свидетельствует о намерении врачей поддерживать стабильное эмоциональное состояние пациента и действовать в рамках пациент-центрированной медицины.

#### Библиографический список

1. Белецкий С. Б., Куликова Л. В. Патернализм в институциональной коммуникации : монография. Москва : Флинта : Наука, 2011. 184 с.
2. Гнездилов А. В. Психические изменения у онкологических больных // Практическая онкология. 2001. № 1 (5). С. 5–13.
3. Крижановская Е. М. Коммуникативный блок // Стилистический энциклопедический словарь русского языка / под ред. М. Н. Кожинной. 2-ое изд., испр. и доп. Москва : Флинта : Наука, 2006. С. 163–167.
4. Нефедов С. Т. Zur Typologie von 'Kontext' // Германистика в современном научном пространстве: материалы V Междунар. науч.-практ. конф. Краснодар : Кубанский гос. ун-т, 2017. С. 184–191.
5. Нефедов С. Т. Лексическая контекстуализация научного дискурса // Материалы XLVI Международной науч. филолог. конф. Санкт-Петербург : Изд-во СПбГУ, 2022. С. 83–85.
6. Нефедов С. Т. Прототипическая модель текста как основа текстотипологического знания (на примере авторского предисловия к научной монографии) // Вестник СПбГУ. 2013. Сер. 9. Вып. 3. С. 198–203.
7. Осипенко Т. А., Федоровская В. О., Еникеев Д. В. Вербализация пациент-центрированного подхода (на материале консультативных бесед с онкологическими пациентами) // Научный диалог. 2022. Т. 11, № 7. С. 99–117.
8. Чернянская В. Е. Интерпретация научного текста : учеб. пособие. 3-е изд., стереотипное. Москва : КомКнига, 2006. С. 63–99.

9. Чернявская В. Е. Текст и социальный контекст: социолингвистический и дискурсивный анализ смыслопорождения. Москва : Ленинград, 2021. С. 76–87.

10. Auer P. Increments and more. Anmerkungen zur augenblicklichen Diskussion über die Erweiterbarkeit von Turnkonstruktionseinheiten // Grammatik und Interaktion. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung, 2006. S. 279–294.

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

12. Günthner S. Namentliche Anreden in onkologischen Aufklärungsgesprächen: eine interaktional ausgerichtete Studie zu Formen und Funktionen onymischer Anreden. SpIn, 2019. № 82. 30 s.

13. Günthner S. Sprachliche Verfahren bei der Übermittlung schlechter Nachrichten – sedimentierte Praktiken im Kontext onkologischer Aufklärungsgespräche. SpIn, 2017. № 73. 46 s.

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

15. Imo W. Das Problem der zweiten Meinung: Vom Umgang mit Vertrauen und Misstrauen in onkologischen Therapieplanungsgesprächen. SpIn, 2016. № 62. 28 s.

16. Imo W. Krebs und persönliche Kontrolle: Ursachen und Verantwortlichkeiten. SpIn, 2020. № 83. 39 s.

17. Imo W. Sprachliche Akkomodation in onkologischen Therapieplanungsgesprächen // Zeitschrift für Angewandte Linguistik. 2019. № 71. S. 269–298.

18. Imo W. Trösten: eine sprachliche Praktik in der Medizin. Aufklärungsgespräch. SpIn, 2017. № 71. 31 S.

19. Klemperer D. Wie Ärzte und Patienten Entscheidungen treffen. Konzepte der Arzt-Patient-Kommunikation. Berlin, 2003. 50 S.

20. Lutfey K., Maynard D.W. Bad news in oncology: How physicians and patients talk about death and dying without using those words // SPQ, 1998. Vol. 61 (4). P. 321–341.

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

22. Olesen F. Striking the balance: from patient-centered to dialogue-centered medicine // Scand J Prim Health Care. 2004. № 22. P. 193–94.

23. Von der Pathologie zum Patienten: Optimierung von Wissenstransfer und Verstehenssicherung in der medizinischen Kommunikation / Bentz M., Binnenhei M., Coussios G., Gruden J., Imo W., Korte L, et al. // SpIn, 2016. № 72. 46 s.

24. Travaline J.M., Ruchinskas R., D'Alonzo G. Patient-physician communication: why and how // JAOA. Clinical Practice. 2005. № 1 (105). P. 13–18.

25. Wiemer P. Die kommunikative Rolle dritter Personen und ihre sprachlichen Beteiligungsverfahren im onkologischen Aufklärungsgespräch. SpIn, 2017. № 28. 94 s.

#### Reference list

1. Beleckij S. B., Kulikova L. V. Paternalizm v institucional'noj kommunikacii = Paternalism in institutional communication: monografija. Moskva : Flinta : Nauka, 2011. 184 s.

2. Gnezdilov A. V. Psihicheskie izmenenija u onkologicheskikh bol'nyh = Mental changes in cancer patients // Prakticheskaja onkologija. 2001. № 1 (5). S. 5–13.

3. Krizhanovskaja E. M. Kommunikativnyj blok = Communication block // Stilisticheskij jenciklopedicheskij slovar' russkogo jazyka / pod red. M. N. Kozhinoj. 2-oe izd., ispr. i dop. Moskva : Flinta : Nauka, 2006. S. 163–167.

4. Nefedov S. T. Zur Typologie von 'Kontext' // Germanistika v sovremennom nauchnom prostranstve: materialy V Mezhdunar. nauch.-prakt. konf. Krasnodar : Kubanskij gos. un-t, 2017. S. 184–191.

5. Nefedov S. T. Leksicheskaja kontekstualizacija nauchnogo diskursa = Lexical contextualization in scientific discourse // Materialy XLVI Mezhdunarodnoj nauch. filolog. konf. Sankt-Peterburg : Izd-vo SPbGU, 2022. S. 83–85.

6. Nefedov S. T. Prototipicheskaja model' teksta kak osnova tekstotipologicheskogo znanija (na primere avtorskogo predislovija k nauchnoj monografii) = The prototypical text model as the basis for text-typological knowledge (on the example of an author's preface to a scientific monograph) // Vestnik SPbGU. 2013. Ser. 9. Vyp. 3. S. 198–203.

7. Osipenko T. A., Fedorovskaja V. O., Enikeev D. V. Verbalizacija pacient-centrirovannogo podhoda (na materiale konsul'tativnyh besed s onkologicheskimi pacientami) = Verbalization of the patient-centered approach (based on doctors' consultations with cancer patients) // Nauchnyj dialog. 2022. T. 11, № 7. S. 99–117.

8. Chernjavskaja V. E. Interpretacija nauchnogo teksta = Scientific text interpretation : ucheb. posobie. 3-e izd., stereotipnoe. Moskva : KomKniga, 2006. S. 63–99.

9. Chernjavskaja V. E. Tekst i social'nyj kontekst: sociolingvisticheskij i diskursivnyj analiz smysloporozhdenija = Text and social context: a sociolinguistic and discursive analysis of meaning-making. Moskva : Leningrad, 2021. S. 76–87.

10. Auer P. Increments and more. Anmerkungen zur augenblicklichen Diskussion über die Erweiterbarkeit von Turnkonstruktionseinheiten // Grammatik und Interaktion. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung, 2006. S. 279–294.

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

12. Günthner S. Namentliche Anreden in onkologischen Aufklärungsgesprächen: eine interaktional



ausgerichtete Studie zu Formen und Funktionen onymischer Anreden. SpIn, 2019. № 82. 30 s.

13. Günthner S. Sprachliche Verfahren bei der Übermittlung schlechter Nachrichten – sedimentierte Praktiken im Kontext onkologischer Aufklärungsgespräche. SpIn, 2017. № 73. 46 s.

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

15. Imo W. Das Problem der zweiten Meinung: Vom Umgang mit Vertrauen und Misstrauen in onkologischen Therapieplanungsgesprächen. SpIn, 2016. № 62. 28 s.

16. Imo W. Krebs und persönliche Kontrolle: Ursachen und Verantwortlichkeiten. SpIn, 2020. № 83. 39 s.

17. Imo W. Sprachliche Akkomodation in onkologischen Therapieplanungsgesprächen // Zeitschrift für Angewandte Linguistik. 2019. №71. S. 269–298.

18. Imo W. Trösten: eine sprachliche Praktik in der Medizin. Aufklärungsgespräch. SpIn, 2017. № 71. 31 S.

19. Klemperer D. Wie Ärzte und Patienten Entscheidungen treffen. Konzepte der Arzt-Patient-Kommunikation. Berlin, 2003. 50 s.

20. Lutfey K., Maynard D.W. Bad news in oncology: How physicians and patients talk about death and dying without using those words // SPQ, 1998. Vol. 61 (4). P. 321–341.

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

22. Olesen F. Striking the balance: from patient-centered to dialogue-centered medicine // Scand J Prim Health Care. 2004. № 22. P. 193–94.

23. Von der Pathologie zum Patienten: Optimierung von Wissenstransfer und Verstehenssicherung in der medizinischen Kommunikation / Bentz M., Binnenhei M., Coussios G., Gruden J., Imo W., Korte L, et al. // SpIn, 2016. № 72. 46 s.

24. Travaline J.M., Ruchinskas R., D’Alonzo G. Patient-physician communication: why and how // JAOA. Clinical Practice. 2005. №1 (105). P. 13–18.

25. Wiemer P. Die kommunikative Rolle dritter Personen und ihre sprachlichen Beteiligungsverfahren im onkologischen Aufklärungsgespräch. SpIn, 2017. № 28. 94 s.

Статья поступила в редакцию 14.12.2022; одобрена после рецензирования 27.01.2023; принята к публикации 16.02.2023.

The article was submitted on 14.12.2022; approved after reviewing 27.01.2023; accepted for publication on 16.02.2023.