

УДК 81'42:61

ББК 81

DOI: 10.18500/2311-0740-2018-2-18-144-151

С. В. Майборода  
Симферополь, Россия

Svetlana V. Mayboroda  
Simferopol', Russia

ЛИНГВОПРАГМАТИЧЕСКИЕ  
И СТРУКТУРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ  
НАРРАТИВНЫХ ЖАНРОВ  
КОЛЛЕГИАЛЬНОЙ И АВТОРИТАРНОЙ  
МОДЕЛИ УСТНОГО МЕДИЦИНСКОГО  
ДИСКУРСА

LINGUOPRAGMATIC AND STRUCTURAL  
FEATURES OF NARRATIVE GENRES  
OF THE COLLEGIAL AND AUTHORITARIAN  
MODEL OF ORAL MEDICAL DISCOURSE

В статье представлены результаты анализа нарративных жанров устного медицинского дискурса и дифференциация их функциональных видов по лингвопрагматическим и структурным характеристикам. Нарративными жанрами, типичными для медицинского дискурса доктор – пациент, являются рассказ-повествование и собственно рассказ. Редуцированной формой собственно рассказа является компрессированный рассказ. Функциональными разновидностями собственно рассказа выступают информативные, интеракционные и фатические рассказы. Выявлены различия в использовании нарративных жанров в авторитарном и коллегиальном дискурсе.

**Ключевые слова:** устный медицинский дискурс, нарратив, нарративный жанр.

The article presents the results of analysis of narrative genres of oral medical discourse and differentiation of their functional types by linguopragmatic and structural characteristics.

The narrative genres typical of medical discourse «doctor – patient» are narrative and the story proper. A reduced form of story proper is a compressed story. It appears that the varieties of story from the point of view of intentional orientation are informative, interactional and phatic narratives. The functional differences of narrative genres in the authoritarian and collegial discourse are revealed.

**Key words:** oral medical discourse, narration, narrative genre.

**Сведения об авторе:** Майборода Светлана Витальевна, преподаватель кафедры русского языка. Место работы: Медицинская академия имени С. И. Георгиевского, Крымский федеральный университет имени В. И. Вернадского, Симферополь  
**E-mail:** ameli25@yandex.ru  
ORCID 0000-0002-0466-6964

**About the author:** Mayboroda Svetlana Vitalevna, Lecturer of the Department of Russian Language. Place of employment: Georgievsky Medical Academy of Vernadsky Crimean Federal University, Simferopol'.  
**E-mail:** ameli25@yandex.ru  
ORCID 0000-0002-0466-6964

## Введение

Исследования нарративности устного медицинского дискурса в России и за рубежом приобретают особую актуальность в связи с изменением используемых в учреждениях здравоохранения моделей взаимодействия между врачом и пациентом: принцип патернализма постепенно сменяется принципом сотрудничества. Появились понятия «нарративная медицина», «нарративная компетентность», популярность которых можно объяснить сопротивлением торжеству биомедицинской модели взаимоотношения врач – пациент с её характерным игнорированием экзистенциального контекста болезни [1]. Ссылаясь на идеи основоположницы названного понятия Р. Черон, В. В. Жура отмечает: «Нарративная медицина предлагает “дать слово” пациенту, чтобы он озвучил свой личный опыт в виде рассказа о нём» [2:73].

Между тем исследования отечественных медицинских дискурсивных практик показали неоднозначное отношение врачей к нарративам пациентов: от полного неприятия до готовности поощрять рассказы в процессе общения. Высказываются предположения, что неприятие нарративов связано с отношением к ним как к «отвлечённым» разговорам, не имеющим отношения к настоящей медицинской практике [1], в которой речь пациента представляет собой субъективный аспект клинической картины: «бледное отражение языка органов, тканей и их патологических изменений» [3:48].

С другой стороны, вербализированный в рассказах опыт пациента вызывает повышенное внимание специалистов тех областей медицины, в которых особенности речевого поведения пациента сами по себе являются объектом исследования, так как могут свидетельствовать о психологических, психо-

соматических и психических расстройствах [4; 5]. Данное противоречие, на наш взгляд, вызвано проблемами различного порядка. С одной стороны, наблюдается неоднозначность понимания нарратива в медицинском дискурсе; с другой – отмечается недостаточная изученность используемых нарративных жанров и их роли в организации эффективной коммуникации в сфере медицины.

**Целью** нашего исследования является выявление спектра используемых нарративных жанров медицинского дискурса; разграничение их функциональных видов по лингвопрагматическим и структурным характеристикам; анализ нарративных жанров с точки зрения влияния на эффективность организации дискурса авторитарной и коллегиальной моделей взаимодействия.

**Материалом** исследования послужили записи 55 аутентичных диалогов врачей и пациентов, что составляет более 700 минут звучащей речи. Условия сбора, использования и представления материалов исследования были одобрены комитетом по этике ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В. И. Разумовского» Минздрава РФ.

Рассмотрим некоторые основные понятия исследования. В широком понимании *нарратология* – учение о повествовании как об одном из базовых способов оформления, хранения и передачи человеческого опыта; соответственно, *нарративы* – не что иное, как механизм организации человеческого опыта, форма дискурса, через которую мы воссоздаём и репрезентируем прошлый опыт для себя и для других [6: 321]. Названная трактовка широко применяется в исследованиях по медицинской антропологии и социологии [3;7], в которых нарратив о болезни представляет собой социально и культурно обусловленное конструирование сюжетных линий, доминирующих в обществе (нарратив восстановления, хаотический нарратив).

В. В. Жура характеризует понятие нарративности устного медицинского дискурса как «совокупность речевых произведений, создаваемых в ходе коммуникации различными представителями социального института медицины и их клиентами (пациентами) в соотнесённости с различными экстралингвистическими факторами, определяющими их порождение» [2:73]. «Нарративы <...> рассматриваются как интегративная форма дискурса, включающая описания, отчеты, рассказы и другие формы повествования» [8: 61]. В итоге нарратив представляется своеобразным *наджанром* – нарративным дискурсом, реализуемым в ряде конкретных речевых жанров. Однако в этом случае, на наш взгляд, понятие наррати-

ва представляется размытым, что затрудняет определение и анализ данного явления.

В нашей работе под нарративом понимается монологическое высказывание о произошедшем событии, обладающее рядом лексико-грамматических, синтаксических, семантико-стилистических особенностей и построенное по определенной структурно-содержательной схеме, включающей следующие элементы (предложены Т. ван Дейком): экспозиция – возникновение проблемы – поиск пути решения проблемы – оценка – экспликация – развязка – заключение [9].

Нарратив в устном дискурсе включен в структуру коммуникативного взаимодействия, текстовая организация его самостоятельна, обладает параметрами цельности и связности, отличается тематическим единством; жанрообразующими признаками его являются обращённость в прошлое, а также двойная событийность, в которой объединяются ситуация события, переживаемого рассказчиком, и коммуникативная ситуация рассказывания [10].

Особым лексико-грамматическим признаком нарратива выступает темпоральная система, представленная глагольными формами прошедшего и настоящего нарративного времени. Синтаксическими особенностями являются сложные конструкции со значением времени или последовательности действий, а также прямая или несобственно-прямая речь. Семантико-стилистические критерии – конкретное указание на место, время действия, действующих лиц, при этом временная последовательность событий непременно ведёт к изменению собственного состояния субъекта и / или его окружения. Отличительным признаком нарратива также выступает оценочность, состоящая в «указании на культурную, социальную или личностную значимость событий для рассказчика» [8: 62].

Рассмотренные общие структурно-семантические критерии позволяют выделить нарратив как специфический тип изложения в дискурсивном пространстве коммуникации доктора и пациента.

Анализ литературы по проблеме позволил определить, что высказывания нарративного типа хотя и построены по типовой структурно-содержательной схеме, но неоднородны по способам языковой и речевой организации. Следовательно, имеет смысл говорить об отдельных нарративных жанрах дискурсивного общения. Представляется, что **нарративный жанр** выступает одной из возможных версий представления события, своего рода дискурсивной реализацией внутренней ментальной картины того события (или ряда событий), о котором рассказывается.

Нарративные жанры устной речи в самом общем виде рассматриваются в исследовании М. В. Китайгородской и Н. Н. Розановой «Речь москвичей: коммуникативно-культурологический аспект». Авторы называют рассказ ведущим жанром нарративного типа, внутри которого выделяются: собственно рассказ, рассказ-повествование, рассказ-пересказ, рассказ-пластинка [11: 43]. Дифференцирующим признаком нарративных жанров в классификации является типовая структурно-позиционная организация текста, или способ изложения. Среди компонентов этой типологии наибольший интерес для нас представляют жанры рассказа-повествования и собственно рассказа как нарративные жанры, характерные для медицинского дискурса *доктор – пациент*.

С точки зрения функционирования речевые жанры, в том числе и нарративные, могут реализоваться в двух типах общения, называемых нефатическим (целеориентированным) и фатическим общением. Традиционно считается, что нарративные жанры наиболее тесно связаны со сферой фатического общения, их реализация предполагает некую «паузу» в естественном течении повседневной жизни, установку на праздноречевое общение [11]. Действительно, повествование о жизни или яркий рассказ об интересном случае служат способом развлечения и чаще всего встречаются в ситуации неофициального, личностно ориентированного общения. Одним из отличий институционального дискурса (к которому относят и медицинский) от личностно ориентированного является фиксированная тема. В рамках устного медицинского дискурса это глобальная тема – «болезнь», что соответствует целям коммуникации, социокультурной ситуации и среде функционирования данного дискурса. Наблюдаемое тематическое единство, безусловно, характеризует медицинский дискурс как институциональный, однако особенности языкового и речевого оформления нарративов не позволяют считать медицинский дискурс строго ритуализированным, это, скорее, синтез институционального и личностно ориентированного типов общения. Отсюда следует, что нарративы устного медицинского дискурса допускают одновременно информационную и фатическую направленность. Доля информационной и фатической составляющих нарратива и, как следствие, выбор того или иного жанра изложения зависят от коммуникативной цели высказывания, ожидаемого иллюкутивного / перлокутивного эффекта, нарративной компетенции говорящего, а также от текущей модели взаимодействия: авторитарной или коллегиальной.

Рассмотрим ряд отличительных особенностей *рассказа-повествования*. Для данного

жанра характерна упорядоченность и линейность изложения. Одной из структурных единиц рассказа-повествования выступает эпизод, имеющий собственную композиционную организацию. Отдельные эпизоды, следуя друг за другом, образуют единое текстовое целое, сигналами чего служат различные средства текстовой когезии: *и вот..., ну и..., ну дальше..., ну потом...* и т. п. [11]. Нарративы-повествования привязаны к определённому этапу расспроса (сбор анамнеза заболевания и анамнеза жизни) и встречаются в речевой партии пациента. Следует отметить, что нарративный жанр повествования в речи доктора – явление достаточно редкое, что объясняется жесткими временными рамками консультации, а также детерминированными коммуникативными заданиями речевых жанров доктора (получение информации, совет, рекомендация). В качестве иллюстрации жанра повествования представим отрывок монолога пациента, записанный нами в ходе беседы с доктором в стационаре неврологического отделения:

*Д. – А что случилось с вами? Расскажите.*

*П. – Ну, что... после обеда лёг отдохнуть, потом пошёл в сарай, хотел мешок приподнять поставить, и меня хватает спазм, и рука замлела. Потом отпустило вроде бы, ну, а дом у меня такой закрытый, никто не зайдёт, я решил выйти на улицу, сказать, что меня парализовало, потом решил, зайду в дом и позвоню знакомым и в «скорую». Так, потом товарищи пришли, а у меня уже нога отказала. Когда лежал в больнице, то снимали там [кардиограмму], да вроде нормально. А потом ещё дома, когда меня, как щенка, за ворота выкинули, пробоину залатали и выкинули. Перед тем, как выгнать, меня подняли: вот я встал на ногу, да? Сел, посидел. Приехали мои родственники, вот и всё. На этом всё мое лечение закончилось. Шесть недель я пролежал. Здесь я хоть спать стал нормально, кушать стал, а то я вообще... такое состояние, как будто я за бортом корабля. И главное, терапевтов там наших пригласили. Ну как, пришла пенсионерка, посоветовала принимать пьрей, отваривать и пить. Другая пришла – надо вам купить, это самое, из тибетской медицины. И вот эта вот тибетская медицина... меня потрясло... что ехать надо куда-то, иначе – всё.*

Анализ представленного нарратива позволяет определить его жанр как рассказ-повествование по нескольким основаниям: 1) изложение не отличается динамикой; 2) оно содержит несколько тематически и композиционно законченных эпизодов, формально связанных и выстроенных в хронологической последовательности: «Начало болезни», «Лечение в больнице», «Лечение дома»; 3) речь содержит множественные дескриптивные, экспланаторные и аналитические включения, метафоры: *пробоину залатали и выкинули*; сравнения: *как щенка, за ворота выкинули* и др., оценочные характеристики (*спать*

стал нормально); 4) специфическим жанрообразующим признаком является преобладание глаголов в «традиционном нарративном» прошедшем времени. Формальной причиной возникновения рассказа-повествования выступает просьба доктора: – *А что случилось с вами? Расскажите*, что позволяет определить данный нарратив как вынужденный. Вопрос, предваряющий просьбу, задаёт тему повествования, а перформативный глагол «*расскажите*» указывает на то, в какой форме может быть предъявлена информация, иными словами, пациент получает «разрешение» на высказывание в определённом жанре.

Интересной представляется проблема объёма высказывания. Представленный отрывок из расспроса неврологического больного является скорее исключением, чем правилом: жёсткие временные рамки общения врачей и пациентов ограничивают их в выборе формы и объёма выражения. Тем не менее в рассматриваемом примере врач не ограничивает пациента в выражении мыслей и эмоций, из чего можно сделать вывод, что целью доктора является проявление эмпатии. Также отметим, что ключевыми словами в речи пациента выступают лексемы с семантикой беспомощности (*как щенка*), изгнания и пассивности (*выкинули, выгнали, будто я за бортом корабля*), безысходности (*на этом всё мое лечение закончилось, вот и всё*), реализующих тактическую задачу – привлечь внимание к своему состоянию, обратиться за помощью и получить психологическую поддержку. Факт, что доктор позволяет пациенту выговориться, внимательно выслушивает его жалобы на равнодушие, говорит о том, что цель рассказчика была достигнута. Отметим такую особенность данного рассказа-повествования, как стремление к тщательной вербализации, большая степень подробности. На наш взгляд, отмеченные характеристики изложения демонстрируют не только определённую степень нарративной компетенции рассказчика, но и то, что повествование о событиях ранее многократно им проговаривалось, что свидетельствует о фиксации на прошедшем и постоянном поиске социальной и психологической поддержки окружающих. Информация такого рода важна для врача, поскольку позволяет определить психотип пациента и в дальнейшем использовать наиболее эффективную модель взаимоотношений.

К сожалению, желание врача выслушать повествование пациента о заболевании – большая редкость. Чаще всего избыточность в речевой партии пациента является причиной коммуникативных неудач. Так, нами были отмечены случаи, когда пациент неверно интерпретировал реплику-стимул врача

«*Рассказывайте*» и, вопреки ожиданиям врача, предъявлял жалобы не в форме перечисления или их краткой характеристики, а в виде рассказа-повествования. Результатом обманутого ожидания относительно жанра высказывания стал запрет на предъявляемую форму изложения.

Экспликативные запреты на рассказ-повествование являются яркими индикаторами авторитарности взаимоотношений доктора и пациента. Так, для авторитарного дискурса характерны: резкое прерывание речи собеседника (*Нет! Подождите!*), категоричные высказывания (*Ближе к делу!*), инструктивно-нормативный компонент (*Отвечайте на мой вопрос; Давайте так: я спрашиваю – вы отвечаете!*), высокая степень парцелляции (*Еще раз. Что. Вас. Конкретно беспокоит?*), тактика давления в виде упрёка и/или апелляции к занятости, нехватке времени (*Стоп, стоп, давайте по существу, а то мы так до вечера будем сидеть*); резкое перебивание и смена темы; высказывания «*Ясно*», «*Понятно*» как сигнал нежелания слушать собеседника и стремление сменить тему. Подобная реакция может расцениваться как невнимание, дистанцирование и холодность в общении, игнорирование больного как личности.

В свою очередь, в основе коллегиального типа общения лежит принцип равноправия, в том числе и коммуникативного, следовательно, управление дискурсом имплицитно. Так, в дружеской беседе коммуникант, стремясь не обидеть собеседника нежеланием слушать длинный рассказ, пользуется удобным случаем и тактично переводит тему в другое русло. Для этого используются различные манипулятивные приёмы (вопросы-ретроспекторы, подхваты, завершающие чужой коммуникативный ход и др.). Результатом скрытого управления дискурсом является успешная реализация стратегии поддержания контакта. Равноправие в общении даёт больному ощущение собственной значимости, ценности, он реализует своё право на автономность речевого поведения и свободу выбора.

В отличие от рассказа-повествования, **собственно рассказ** достаточно часто встречается в дискурсе доктора и пациента. Нарративный жанр рассказа посвящён *одному* событию и может содержать как упорядоченное, так и «сумбурное» изложение: композиция не задана объективным ходом событий, а выстраивается в зависимости от произвольного желания рассказчика. Сигналами начала и завершения рассказа выступают типичные зачины: «*Да, кстати...Я ещё вот о чём хотел рассказать...однажды, как-то раз ...* и типичные концовки: *вот так вот, такие вот дела и т. п.*» [10]. Причиной использования

рассказа может выступать как стимул (вынужденный рассказ), так и самостоятельное динамическое развитие некоторой темы (спонтанный рассказ) [5]. Особенностью семантики рассказа является то, что в нём повествуется о событиях, отклоняющихся от обычного, рутинного хода жизни, о ситуациях, характеризующихся, по мнению рассказчика, некоторым отклонением от нормы и тем самым способных заинтересовать слушателя.

С точки зрения содержания и интенциональной направленности рассказы в медицинском дискурсе можно условно разделить на информативные (цель – информировать), интерактивные (цель – воздействовать) и фатические (цель – развлечь), а также рассказы, сочетающие разные компоненты и цели. Рассмотрим некоторые из них.

Рассказы, в которых сочетаются информативная и интерактивная составляющие, активно используются и врачами, и пациентами. Это связано с тем, что нарратив служит способом не просто донести некую информацию до собеседника, но и сделать процесс восприятия намного более действенным. Рассказ значительно легче воспринимается собеседником, нежели сложные логические доводы, поскольку обращён к ассоциативному мышлению. Таким образом, аргументация и воздействие становятся эффективнее, а информация – более запоминающейся. Поэтому очень часто рассказы сопровождают речевые акты просьбы, отказа и оправдания с целью усиления иллюкативной силы этих речевых актов. Рассмотрим фрагмент диалога доктора и пациента, в котором рассказ пациентки предвзвешивает просьбу:

*П. – Иногда как ток прошёл по сердцу и – боль. И сидела я как-то, а ко мне пришла навестить меня соседка. Я ей рассказала, а она: «Ой! Я тебе конкор принесу!». И достала пол-таблеточки. Я выпила – оно помогло. Может, вы тоже мне что-нибудь такое выписите?»*

Представленный рассказ отличается динамикой, отсутствием излишней детализации, но при этом имеются необходимые жанрообразующие признаки: единство времени, места и персонажа, примитивный сюжет, прямая речь второго персонажа. Экспрессивность рассказу придаёт композиционная компрессия: пропозиции следуют одна за другой в особой последовательности. Статическое состояние персонажа (*сидела я так – пришла соседка – я рассказала*) сменяется динамическим (*конкор принесу – достала – я выпила – помогло*), что создаёт впечатление быстрого развития событий после ключевого момента – приёма таблетки. Краткий, но образный рассказ нацелен на то, чтобы обосновать просьбу, убедив

доктора в необычайной эффективности лекарства.

Отметим, что данный рассказ отличается предельно малым объёмом: такого рода нарративы называют *компрессированным рассказом* – отдельной диалогической репликой, не прерываемой вмешательством второго коммуниканта. Соотношение фатики и информатики в компрессированном рассказе смещается в сторону преобладания информатики [12], однако часто информационная составляющая компрессированного рассказа может дополняться интерактивными задачами (убедить, воздействовать и др.). Таким образом, в институциональном дискурсе рассказ является специфической тактикой, реализующей определённую коммуникативную стратегию. Например, в ходе общения с пациенткой доктор прибегает к рассказу как к последнему весоному аргументу, после того как ряд логических доводов не убедил её в необходимости обследоваться:

*Д. – Говорю открытым текстом: пришла женщина к нам на ирригоскопию, сказали, что не держит клизму, не проконтрастировали, а у неё рак – попала в реанимацию.*

История о негативном опыте другой пациентки явилась не просто эффективной коммуникативной тактикой, но вербальным силовым приёмом воздействия, типичным для авторитарного дискурса. Реплика-зачин (*говорю открытым текстом*) выявляет намерение сообщить неожиданную и неприятную для слушающего информацию. Отрицательные конструкции (*не держит – не проконтрастировали*) выполняют функцию обозначения причины, которая быстро сменяется следствием, выраженным лексемами, ассоциирующимися с понятием «смерть» (*рак, реанимация*). Авторитарность дискурса проявляется в ожидании немедленного иллюкативного (беспокойство, страх) и перлюкативного эффектов (согласие, подчинение). В некоторых случаях рассказ сопровождается директивными речевыми актами, выходящими в роли обоснования: таким образом достигается цель смягчения авторитарности высказывания.

Институциональность медицинского дискурса ограничивает спектр речевых жанров, и сочленение информатики и фатики типично для данной социостилистической сферы в неравных долях. Жанр *фатического* рассказа в процессе общения доктора и пациента, являясь показателем непринужденного общения, в большей степени присущ коллегиальной модели взаимоотношений. Отметим, что общая для фатических жанров цель – развлечь – не является ведущей для фатических нарративов медицинского дискурса, поскольку сама

ситуация врачебного приема жёстко целеориентирована и регламентирована. Однако, по нашим наблюдениям, рассказы с фатической составляющей разнообразны, частотны, они характеризуются спонтанностью, но так или иначе связаны с общей темой беседы. Ведущей функцией фатических рассказов как доктора, так и пациента выступает самопрезентация и создание имиджа. В речевой партии доктора фатические рассказы также могут быть нацелены на эмоциональное переключение, сокращение дистанции. Фатические рассказы, нерелевантные теме разговора, являются заполнителями пауз в диалоге. Степень живости исполнения рассказа (жестикуляция, звуковые эффекты) положительно коррелирует со степенью приемлемости темы для собеседников, свидетельствует о создании непринуждённой атмосферы общения. Однако предельное сокращение дистанции в социально асимметричном общении может привести к неожиданным результатам. Рассмотрим фрагмент беседы женщины-врача и пациентки:

*Д. – У нас по-другому. Дети, спрашиваю, что вы будете есть? Яичко будете с мясом? Да, буду! Один говорит: «Я буду жареное», а другой: «Я буду вареное». Идем домой, пельмени будете? Я буду! А я борщ!*

*П. – Гастроэнтеролог предлагает пельмени детям? Я читала, что это неправильно сбалансированное питание: пельмени, колбасы. У меня сын говорит: «Нам что-то выдали в школе, что-то круглое и так воняло чем-то». Спрашиваю учителя: «А что там дают детям?», говорит: «Колбасу». А! так это колбаса была! А ему говорят: «Ты что, колбасы никогда не ел?» «Нет».*

Перед нами коммуникация участников, сходных по социальной роли: типичный разговор между семейными женщинами о детях, домашних делах. Обмен небольшими рассказами в лицах подразумевает ослабление формальности общения, акцент на общих интересах, взаимно одобряемое сокращение дистанции – иными словами, общение в формате непринуждённой беседы. Возможность подобной коммуникации в медицинском дискурсе свидетельствует о попытке реализации коллегиальной модели. Общей ситуативной задачей представленных рассказов является тенденция к установлению паритетных отношений и ослаблению социальной субординации. Однако при этом отмечается расхождение между содержанием рассказа о необычном случае в школе и его истинной коммуникативной целью – выражением социального превосходства путём создания имиджа эксперта и заботливой матери. Наблюдаемое злоупотребление сокращением дистанции позволило пациентке выразить сомнения в компетентности врача

и вербально оспорить авторитет профессионала, что может привести к конфликту. Анализ нарратива пациентки позволяет врачу сделать вывод о её психотипе и в дальнейшем скорректировать своё речевое поведение, так как при общении с определённой категорией пациентов коллегиальная модель взаимодействия воспринимается последними как проявление слабости, некомпетентности и может привести к разрушению сотрудничества.

Анализ массива собранных нами данных показал, что коммуникативные неудачи при использовании нарративов в дискурсе доктора и пациента могут быть обусловлены рядом причин. Во-первых, несовпадением лингвокультурных моделей участников общения, в том числе моделей коммуникативного поведения. Например, неуместное использование фатических рассказов одним участником, в то время как другой настроен на серьёзное и целенаправленное общение. Во-вторых, нерелевантностью нарративного жанра иницирующему вопросу или просьбе. Например, на вопрос об актуальных жалобах следует повествование об истории заболевания. В-третьих, несовпадением ожиданий коммуникантов относительно функциональной направленности и объёма рассказа. Например, на вопрос о том, были ли операции, следует рассказ о смешном случае на тему операций.

Показателем эффективности рассказа в диалогическом взаимодействии выступает коммуникативный тонус, то есть уровень вовлечённости слушателя в процесс рассказывания: положительный, отрицательный, нулевой. По шкале коммуникативного тонуса можно судить о степени успешности нарратива. Положительный уровень свидетельствует об успешности нарратива и характеризуется активным реплицированием, невербальными сигналами внимания к речи собеседника. Нулевой уровень понимается как индифферентное отношение к повествованию, выраженное отсутствием реплицирования и невербальных знаков внимания. Отрицательный уровень вовлечённости представлен как запрет на речь с привлечением провоцирующих вопросов, речевых актов запрета, невербальных сигналов.

### Заключение

Представленные результаты анализа позволяют сделать ряд выводов. Институционально-личностный характер медицинского дискурса определяет спектр используемых нарративных жанров. По содержательно-композиционным признакам и объёму нарративы подразделяются на рассказ-повествование и собственно рассказ. Сокращённой формой

собственно рассказа выступает компрессируемый рассказ. Различают три разновидности собственно рассказа по их функциональной направленности: информативный, интеракционный и фатический. Информативные и интеракционные рассказы встречаются при реализации авторитарной и коллегиальной моделей общения, отличаются небольшим объемом, редуцированным сюжетом и часто выполняют комплексные функции, связанные с информированием и воздействием на собеседника. Для коллегиальной модели характерны рассказы с целью аргументации; для авторитарной модели типичны рассказы с целью психологического давления. Частое использование фатических рассказов типично для коллегиальной модели, тогда как их использование в авторитарной модели общения приводит к коммуникативной неудаче. Критерием успешности конкретного жанра в медицинском дискурсе является уровень коммуникативного тона. Учёт языковых и прагматических особенностей нарративных жанров коммуникации *доктор – пациент* позволяет оптимизировать общение, адаптироваться к ожиданиям собеседника и предупредить возможные коммуникативные сбои.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Готлиб А. С. Нарративная медицина глазами российских врачей: попытка эмпирического анализа // Вестн. Самар. ун-та. История, педагогика, филология. 2010. № 5(79). 2010. С. 64–70.
2. Жура В. В. Нарратологические исследования устного медицинского дискурса // Междунар. журн. исследований культуры. 2013. № 1 (10). С. 72–78.
3. Hyden L.-C. Illness and Narrative // *Sociology of Health & Illness*. 1997. Vol. 19, № 1. P. 48–69.
4. Слоева Е. А., Смирнова Д. А., Кувшинова Н. Ю. Речевое поведение пациентов с невротическими депрессиями // Общество ремиссии: на пути к нарративной медицине / под общ. ред. В. Л. Лехциера. Самара: Самар. гос. ун-т, 2012. С. 203–216.
5. Бергельсон М. Б., Драгой О. В., Акинина Ю. С., Шитова Н. М. Нарративные стратегии: норма и патология // Язык. Константы. Переменные: Памяти Александра Евгеньевича Кибрика / под ред. М. А. Даниэль, Е. А. Лютикова, В. А. Плунгян. СПб.: Алетейя, 2014. С. 76–87.
6. Schiffrin D. In Other Words: Variation in reference and narrative. Cambridge: Cambridge University Press, 2006. 373 p.
7. Brody H. Stories of sickness. N.Y.: Oxford University Press, 2003. 295 p.
8. Жура В. В. Взаимодействие картин мира врача и пациента в ходе медицинской коммуникации и способы их экспликации // Общество ремиссии: на пути к нарративной медицине / под общ. ред. В. Л. Лехциера. Самара: Самар. гос. ун-т, 2012. С. 54–65.
9. Дейк Т. А. ван Язык. Познание. Коммуникация: пер. с англ. М.: Прогресс, 1989. 312 с.
10. Labov W. The Transformation of Experience in Narrative Syntax // *Language in the Inner City*. Studies in the Black English Vernacular, Philadelphia, 1972. P. 354–396.
11. Кутаigorodская М. В., Розанова Н. Н. Речь москвичей: Коммуникативно-культурологический аспект. М.: Русские словари, 1999. 396 с.
12. Борисова И. Н. Нарратив как диалогический жанр // Жанры речи: сб. науч. ст. Саратов: ГосУНЦ «Колледж», 2002. Вып. 3. С. 245–262.

## REFERENCES

1. Gotlib A. S. Narrativnaja medicina glazami rossijskih vrachej: popytka jempiricheskogo analiza [Narrative medicine through the eyes of Russian doctors: an attempt of empirical analysis]. *Vestn. Samar. un-ta. Istorija, pedagogika, filologija* [Vestnik of Samara University. History, pedagogics, philology], 2010, no. 5 (79), pp. 64–70 (in Russian).
2. Zhura V. V. Narratologicheskie issledovanija ustnogo medicinskogo diskursa [Narratological Studies of Spoken Medical Discourse]. *Mezhdunar. zhurn. issledovanij kul'tury* [International Journal of Cultural Research], 2013, no. 1 (10), pp. 72–78 (in Russian).
3. Hyden L.-C. Illness and Narrative, *Sociology of Health & Illness*, 1997, vol. 19, no. 1. pp. 48–69.
4. Sloeva E. A., Smirnova D. A., Kuvshinova N. Ju. Rechevoe povedenie pacientov s nevroticheskimi depressijami [Verbal behaviour of patients with neurotic depression]. In: *Obshhestvo remissii: na puti k narrativnoj medicine sb. statej* [Society of remission: towards a narrative medicine: call of works]. Samara, Samar. gos. un-t, 2012, pp. 203–216 (in Russian).
5. Bergelson M. B., Dragoy O. V., Akinina Ju. S., Shitova N. M. Narrativnye strategii: norma i patologija [Narrative strategies: the norm and pathology]. In: *Jazyk. Konstanty. Peremennye: Pamjati Aleksandra Evgen'evicha Kibrika: sb. st.* [Language. Constants. Variables. The Memory Of Aleksandr E. Kibrik: coll. of works]. St. Petersburg, Aleteya Publ., 2014, pp. 76–87 (in Russian).
6. Schiffrin D. *In Other Words: Variation in reference and narrative*. Cambridge, Cambridge University Press, 2006. 373 p.
7. Brody H. *Stories of sickness*. New York, Oxford University Press, 2003. 295 p.
8. Zhura V. V. Vzaimodejstvie kartin mira vracha i pacienta v hode medicinskoj kommunikacii i sposoby ih jeksplicacii [Interaction patterns of the world of the doctor and the patient in medical communication and their explication]. In: *Obshhestvo remissii: na puti k narrativnoj medicine: sb. st.* [Society of remission: towards a narrative medicine: coll. of works]. Samara, Samar. gos. un-t, 2012, pp. 54–65 (in Russian).
9. Van Dijk T. A. *Language, Knowledge, Communication*. (Russ. ed: Van Dijk T. A. *Jazyk. Poznanie. Kommunikatsiya*. Moscow, Progress Publ., 1989. 312 p.).
10. Labov W. *The Transformation of Experience in Narrative Syntax*. *Language in the Inner City*. Philadelphia, Studies in the Black English Vernacular, 1972, pp. 354–396.
11. Kitaigorodskaya M. V., Rozanova N. N. *Rech' moskvichej: Kommunikativno-kul'turologicheskij aspekt* [The speech of the Muscovites: Communicative and cultural aspect]. Moscow, Russkiye slovari Publ., 1999. 396 p. (in Russian).
12. Borisova I. N. *Narrativ kak dialogicheskij zhanr* [Narrative as Dialogic genre]. *Zhanry rechi: sb. nauch. tr.* [Speech Genres: coll. of sci. works]. 2002, iss. 3, Saratov, GosUNTs "Kolledzh", pp. 245–262 (in Russian).

*Статья поступила в редакцию 19.11.2017*

**БИБЛИОГРАФИЧЕСКОЕ ОПИСАНИЕ СТАТЬИ**

Майборода С. В. Лингвопрагматические и структурные особенности нарративных жанров коллегиальной и авторитарной модели устного медицинского дискурса // Жанры речи. 2018. № 2 (18). С. 144–151. DOI: 10.18500/2311-0740-2018-2-18-144-151

**For citation**

Mayboroda S. V. Linguopragmatic and Structural Features of Narrative Genres of the Collegial and Authoritarian Model of Oral Medical Discourse. *Speech Genres*, 2018, no. 2 (18), pp. 144–151. DOI: 10.18500/2311-0740-2018-2-18-144-151