

УДК 81'276

## РАЗГОВОР ДОКТОРА И ПАЦИЕНТА КАК ЛИНГВИСТИЧЕСКИЙ ОБЪЕКТ<sup>1</sup>

**Ольга Владимировна Блинова**

**к. филол. н., доцент кафедры общего языкознания**

**Санкт-Петербургский государственный университет**

199034, г. Санкт-Петербург, Университетская наб., 7/9. o.blinova@spbu.ru

Статья содержит обзор литературы, посвященной коммуникативному взаимодействию докторов и пациентов в ходе медицинских консультаций. Исследования условно разделены на «медицинскую литературу» и «дискурсивную литературу». Первая охарактеризована кратко, основное внимание уделено моделям консультации, выделению стандартных стадий (или фаз) врачебного приема. Во второй, дискурсивной части отражается дискуссия относительно жанра консультации (повседневный разговор или интервью?) и рассматриваются особенности консультаций с применением подходов разговорного анализа. Обсуждаются характеристики институционального дискурса, асимметрия статусов институциональной пары «доктор – пациент» и некоторые конкретные методические подходы (анализ очередности говорения, вопросов, продолжительности чередов и их размеров в словах, перебивов и наложений речи).

**Ключевые слова:** обзор литературы; устный медицинский дискурс; коммуникация доктора и пациента; медицинские консультации; институциональное общение; разговорный анализ.

### **Введение**

Настоящая статья имеет обзорный характер, в ней обсуждаются подходы к изучению коммуникации врачей и пациентов. В разделе 1 описаны два основных направления исследований данной сферы коммуникации; в разделе 2 представлены «медицинские» работы; в разделе 3 изложено содержание исследований, направленных на анализ дискурса и выполненных преимущественно на материале медицинских консультаций (устной институциональной коммуникации «доктор – пациент»).

### **1. Подходы к исследованию речевого и интеракционного содержания медицинских консультаций**

Литература, посвященная врачебным консультациям, необозримо велика. Так, библиография, составленная два года назад и относящаяся только к «медицинскому» направлению ЕСА (ethnomethodology and conversation analysis ‘этно-методология и разговорный анализ’), насчитывает около 700 наименований [Have ten: электр. ресурс]. Н. Эйнсворт-Вун указывает, что уже к 1995 г. общее число работ, посвященных медицинским консультациям, составляло около семи тысяч [Ainsworth-Vaughn 2001: 453]. Широта этого исследовательского поля обусловлена важностью медицины для общества и экономики, разнообразием форм и мест реализации практиче-

ской медицины (приемные врачей общей практики, специализированные клиники, скорая помощь, операционные, больницы, хосписы и др.) и разнообразием заболеваний [Heritage, Clayman 2010: 103]. Все работы можно условно разделить на «медицинские» и «социолингвистические» [Wynn 1995], или же относящиеся к “praxis literature” (литературе, посвященной описанию медицинской практики) в отличие от “discourse literature” (литературы, посвященной собственно медицинскому дискурсу) [Ainsworth-Vaughn 2001: 453].

### **2. «Медицинские» работы**

Для работ первой категории анализ дискурса per se не является целью. Они рассматривают взаимодействие «доктор – пациент» с точки зрения его эффективности при уточнении симптомов болезни, постановке диагноза, выяснении действенности лечения и др. Существуют представления об эффективных медицинских консультациях, приняты методики анализа консультаций, к примеру: “Bales’ Interaction Process Analysis” (BIPA), “Burne & Long’s System of Analysis”, а также еще около десятка моделей взаимодействия (подробно см.: [Pawlikowska et al. 2007]).

Одним из достижений “praxis literature” является моделирование общей структуры консультации. Например, в классической работе П. Бирна и Б. Лонга [Burne, Long 1976], выполненной на материале аудиозаписей примерно

2,5 тысяч первичных медицинских осмотров, выделены следующие стадии консультации: 1) установление контакта с пациентом; 2) выяснение причины визита; 3) осуществление вербального опроса и/или телесного осмотра; 4) оценка состояния пациента; 5) лечение или дальнейшее обследование; 6) завершение приема [Pawlikowska et al. 2007: 182].

П. Бирн и Б. Лонг занимались изучением «диагностических стилей». Они выделили семь таких стилей, используя два основных критерия: 1) объявил ли врач диагноз, объяснил ли он пациенту диагноз и процесс лечения; 2) построил ли врач свои объяснения так, чтобы «пригласить» пациента задавать вопросы, обсуждать лечение или договариваться относительно него [Heritage, Clayman 2010]<sup>2</sup>. В результате были определены «доктороцентричные» и «пациентоцентричные» (фокусирующиеся на интересах пациента) стили и с этой точки зрения характеризовалось поведение докторов на каждой из пяти стадий осмотра. Важно отметить, что модели взаимодействия «доктор – пациент» в целом могут основываться как на поведении и речи докторов (как в случае методики П. Бирна и Б. Лонга), так и на поведении и речи пациентов (в частности, в исследовании К. Хита [Heath 1992] рассматривается реакция пациента на диагноз). Однако второй подход более свойствен «дискурсивным», а не «медицинским» исследованиям [Ainsworth-Vaughn 2001: 455]<sup>3</sup>.

### 3. «Дискурсивные» работы

#### 3.1. Речевая реализация стадий медицинской консультации

Выделение стадий консультации существенно и с точки зрения описания дискурса. Ясно, в частности, что для каждой стадии свойственны свои виды речевой активности (например, рассказ, задавание вопросов или обсуждение), а речевая инициатива принадлежит то пациенту, то врачу.

Так, Дж. Эритэйдж и С. Клайман называют следующие стадии первичного врачебного приема в отделении скорой помощи:

- [вступление],
- презентация проблемы,
- сбор данных (установление анамнеза, физический осмотр),
- диагноз,
- лечение,
- [завершение].

При этом только фаза презентации предоставляет пациенту возможность описать ситуацию с его точки зрения, поскольку далее врач переходит к вопросам и пациент теряет контроль над содержанием и направлением разговора. Соответ-

ственно, имеет смысл измерить длительность фазы презентации, рассмотреть ее содержание, установить моменты, когда доктор решает, что уже услышал достаточно и прерывает рассказ о проблеме, а также рассмотреть средства удержания речевой инициативы, которыми располагает пациент [Heritage, Clayman 2010: 104–118]. Пациент может продемонстрировать, что проблема не так проста, и попросить подробного ее изложить, используя *well* в начале презентации (*well* показывает, что рассказ не будет односложным) или постепенно увеличивая детализацию информации. Доктор использует *mm hm* или *uh huh*, приглашая пациента продолжать говорить, или *okay* и *right*, приглашая завершить рассказ о проблеме [там же]. Таким образом, существуют различные средства продления текущей фазы (в том числе фазы презентации), а также средства, призванные навязать собеседнику ее завершение. Разумеется, в реализации стадий (фаз) консультаций существует вариативность. Именно поэтому П. тен Хев [Have ten 1989] вводит понятие «ideal sequence» (идеальной последовательности) и учитывает комплекс трех измерений: «фазу», «жанр» и формы речевой активности.

#### 3.2. Медицинская консультация как жанр

Вопрос, на что более похожи медицинские консультации – на повседневный разговор или на интервью – не имеет однозначного решения (см.: [Ainsworth-Vaughn 2001: 456–458]). Так, Р. Френкель подчеркивает различия с разговорным дискурсом, так как в ходе консультаций работает принципиально иная система передачи очередности говорения от участника к участнику, что особенно заметно в случае с вопросами (полномочиями задавать вопросы обладает прежде всего врач). П. тен Хев утверждает, что во время врачебной консультации актуализируется несколько форматов взаимодействия. Д. Эритэйдж, подчеркивая, что институциональный дискурс отличается ограничениями, накладываемыми на некоторые виды речевой активности, тем не менее считает, что медицинский дискурс по своей природе – дискурс разговорный. Д. Мейнард также находит много точек пересечения между разговором и консультацией. Н. Эйнсворт-Вун суммирует, что различные консультации могут быть размещены на шкале, крайними точками которой являются допрос (*interrogation*) и дружеская беседа (*friendly conversation*).

#### 3.3. Медицинская консультация с точки зрения методологии конверсационного анализа

Медицинский дискурс, точнее, его разновидность, обсуждаемая в настоящей статье (устная консультация с участием врача и пациента), ис-

следуется с помощью разнообразного, часто весьма изощренного инструментария. Наиболее употребимым является набор инструментов разговорного анализа (conversation analysis – CA). Так, существенное количество цитированных выше работ принадлежит ученым, работающим в русле именно этого направления.

Основной вопрос, на который стремится ответить CA, определяя свой предмет – разговор, понимаемый как взаимодействие (совместное действие участников коммуникации) – *Why that now?* ‘Почему это сейчас (происходит)?’. Этот общий вопрос можно представить в виде ряда частных: как организован разговор? почему один участник сменяет другого именно в этот момент? какие сигналы в предыдущей порции речи обозначили эту смену? какие сигналы указывают на смену в будущем? чем взаимообусловлены реплики и последовательности реплик? и т. п. CA предлагает инструменты системного рассмотрения разговора, учета длины и словесного воплощения реплик, размера пауз между репликами, моментов одновременного говорения, перебивов, средств подготовки собеседника к восприятию новой информации, средств передачи или продления своей очереди говорить, сигналов типа «продолжай, я слушаю» и многого другого. При этом CA исходит из идеи, что участники коммуникации обладают социально обусловленным знанием, которое позволяет им взаимодействовать, интерпретируя подаваемые друг другу сигналы.

Внутри CA существует две основных исследовательских традиции: одна занимается повседневным общением, другая – общением институциональным. Институциональное общение обладает тремя свойствами:

- 1) участники взаимодействия ориентированы на достижение целей, которые навязаны им институционально обусловленными идентичностями (такими как «учитель» и «ученик», «доктор» и «пациент»);
- 2) взаимодействие подразумевает особые ограничения на допустимые формы участия (например, «доктора» не рассказывают «пациентам» о собственных болезнях);
- 3) взаимодействие связано с нормами и процедурами, специфическими для конкретных институциональных контекстов [Heritage, Clayman 2010: 34–35].

В исследовании П. Дрю и Дж. Эритэйджа особо подчеркивается, что институциональные разговоры могут происходить всюду, а не только в специально отведенных местах (больницах, учебных классах и офисах), так же как и повседневный разговор может иметь место в любых,

даже «самых институциональных» условиях [Drew, Heritage 1992].

Хотя институциональные разговоры заимствуют многие приемы повседневного общения, они все же отличаются от бытовых бесед по следующим характеристикам (см.: [Drew, Heritage 1992; Heritage, Clayman 2010]).

1. **Организация очередности говорения** (turn-taking organization) – как участники сменяют друг друга, говоря по очереди (в институциональном общении существуют неписанные правила, кому и когда говорить, например, во время врачебной консультации вопросы задает в основном доктор).

2. **Общая структура коммуникативного взаимодействия** – каковы стандартные фазы взаимодействия (см. о стадиях медицинской консультации выше, в разделе 2).

3. **Секвенциальная организация** (sequence organization) – как расположены и скомбинированы реплики и комплексы реплик участников (в самом простом случае – пары реплик типа «вопрос – ответ»).

4. **Построение очереди** (turn design)<sup>4</sup> – какие языковые (лексические, фонетические, просодические, грамматические), а также паралингвистические (смех, жесты, положение тела и мн. др.) средства выбираются говорящим при вербализации реплик. Говорящий совершает выбор в зависимости от секвенциального контекста, желая совершить определенное речевое действие, ориентируясь на определенного слушающего.

5. **Словоупотребление** (lexical or word choice) – какие слова и выражения выбирают участники (в том числе имеется в виду использование профессиональных жаргонов и специальной терминологии).

6. **Асимметрия** (epistemological and other forms of asymmetry) – как реализуется различный статус участников, описываемый с помощью понятий «власть» (power), «доминирование» (dominance) и др. (имеется в виду, что один из участников обладает большей властью и/или специальными знаниями).

Медицинские консультации обладают признаками, свойственными институциональному общению, и могут анализироваться по шести перечисленным параметрам.

### 3.4. Асимметрия статусов и власть в медицинском дискурсе

Асимметрия в медицинском дискурсе – традиционная тема исследований. Например, Д. Таннен и С. Валлат обсуждают серию работ, посвященных «асимметричности коммуникации» докторов и пациентов [Tannen, Wallat

1986]. В книге Дж. Эритэйджа и С. Клаймана [Heritage, Clayman 2010: 49] также рассматриваются подобные работы<sup>5</sup>.

Считается, в частности, что асимметричность обуславливается существенно большей частотностью запросов информации, инициированных докторами; использованием профессионального жаргона, непонятного пациентам; неуверенностью пациентов относительно того, какая информация требуется от них, в каких количествах и в какой форме ее изложить; неуверенностью пациентов при использовании медицинских терминов и др.

Целый ряд авторов приходит к выводу, что пациенты испытывают сложности с вопросами во время медицинских консультаций. Так, например, Н. Эйнсворт-Вун назвала один из разделов своей обзорной статьи «Вопросы и власть» [Ainsworth-Vaughn 2001]. Этот факт вполне отражает сконцентрированность исследователей коммуникации «доктор – пациент» на вопросах и, шире, запросах информации как проявлении статусной асимметрии. Действительно, считается, что в разговорах так называемых институциональных пар («преподаватель – студент», «врач – пациент») распределение вопросов является крайне несбалансированным. Согласно данным Р. Френкеля, менее чем 1% от общего числа вопросов в коммуникации «доктор – пациент» был инициирован пациентами [Frankel 1979]. Важное уточнение состоит в том, что не любая реплика, являющаяся по языковой форме вопросом и произнесенная пациентом, является «вопросом, инициированным пациентом». По Р. Френкелю, чтобы считаться «инициированной пациентом», вопросительная реплика должна располагаться в начале «очереди»/«череды» (turn)<sup>6</sup> и вводить новую информацию. Н. Эйнсворт-Вун ссылается и на данные К. Вест, которая указывает, что в ее материале только 9% вопросов были заданы пациентами<sup>7</sup>.

В одной из работ о медицинском дискурсе Р. Уинна, оказавшей заметное влияние на методологию исследований, предлагается рассматривать прежде всего

- 1) вопросы;
- 2) время говорения отдельных участников, продолжительность «очереди», «чередов» (turn time) и их «многословие» (verbosity), т. е. их размеры в словах;
- 3) перебивы и наложения речи, т. е. моменты одновременного говорения обоих участников (overlaps) [Wynn 1995].

Итак, простейший квантитативный анализ медицинских консультаций, да и материалов любого парного институционального дискурса, мо-

жет производиться по приблизительно следующей схеме.

- **Вопросы**
  - Общее количество вопросов.
  - Количество вопросов участника 1 (доктора).
  - Количество вопросов участника 2 (пациента).
- **«Очереди»**
  - Общее количество «очереди» («чередов»).
  - Количество «очереди» участника 1 (доктора).
  - Количество «очереди» участника 2 (пациента).
  - Средняя длина «очереди» (в словах, в секундах).
- **Наложения речи**
  - Общее количество наложений речи.
  - Количество наложений, инициированных участником 1 (врачом).
  - Количество наложений, инициированных участником 2 (пациентом).
  - Длительность одновременного говорения по отношению к общей длительности разговора (в словах, в секундах).
- **Перебивы**
  - Общее количество перебивов.
  - Количество перебивов, инициированных участником 1 (врачом).
  - Количество перебивов, инициированных участником 2 (пациентом).
  - Среднее количество времени, прошедшее от начала очереди до момента перебива.

Таким образом, наряду с вопросами, «проявлениями доминирования», «устройствами речевого контроля» являются перебивы (interruptions). Их количество тоже можно посчитать. К примеру, было выяснено, что врачи перебивают своих пациентов в среднем через 18 секунд после того, как пациенты начинают отвечать на заданный врачом вопрос [Fleischman 2001: 472]<sup>8</sup>. Эти данные приводятся как свидетельство высокой степени контролируемости дискурса докторами. Наконец, коммуникативная асимметрия исследуется через выяснение того, кто из участников больше говорит или больше слушает, т. е. путем подсчета времени говорения и количества произнесенных слов [Wynn 1997].

### Заключение

Представленный в настоящей статье обзор не является исчерпывающим. Направления лингвистических исследований медицинских консультаций гораздо разнообразнее. В частности, в обзор не были включены работы, ориентированные

на выявление лексической и грамматической специфики жанра консультации, например, так называемые «hedging devices» (инструменты хеджирования), т. е. лексические и другие средства хеджирования, смягчения высказываний; эвфемизмы, в том числе употребление элементов научной номенклатуры в функции эвфемизмов; «наивная» медицинская номенклатура; конструкции, используемые пациентами в рассказах о болезнях (ср.: *I am a diabetic; I have diabetes; I suffer from diabetes*) и мн. др. (см.: [Fleischman 2001]). Также не охвачена русскоязычная лингвистическая литература, впрочем, не столь разнообразная по подходам и посвященная почти исключительно речи врачей, а не пациентов (см., например: [Барсукова 2007; Бейлинсон 2001; Жура 2008]). Думается, что более активное применение авторитетных и эффективных методик дискурсивного анализа (в частности, методик конверсационного анализа) к русскому речевому материалу даст возможность посмотреть на него новыми глазами и будет интересно не только социологам, но и лингвистам<sup>9</sup>.

#### Примечания

<sup>1</sup> Работа выполнена при поддержке гранта РНФ, проект № 14-18-02070 «Русский язык повседневного общения: особенности функционирования в разных социальных группах».

<sup>2</sup> Например, стиль 1: диагноз не назван, ход лечения не объяснен; стиль 2: диагноз назван, но не объяснен, ход лечения не объяснен, не обсуждался и не является принятым совместно; стиль 4: диагноз объявлен и объяснен, возможное лечение изложено наиболее ясно и осторожно [Heritage, Clayman 2010].

<sup>3</sup> Отдельного упоминания, по-видимому, заслуживают работы, посвященные психотерапевтическим практикам, в рамках которых говорение выполняет лечебную функцию. Интерпретация языкового содержания процедур психотерапии может происходить методами дискурс-анализа, конверсационного анализа или нарративного анализа; такая интерпретация, основанная на языковых фактах, имеет в профессиональной среде терапевтов своих сторонников и критиков (см. об этом, например: [Avdi, Georgaca 2007; Madill 2006; Madill, Widdicombe, Barkham 2001]).

<sup>4</sup> В работе Дж. Эритэйджа и С. Клаймана приводится такой пример: патронажная сестра при осмотре младенца на дому, увидев, что он что-то жует, говорит: *He's enjoying that isn't he*. Отец младенца отвечает: *Yes, he certainly is* [соглашается]. Мать младенца говорит: *He's not hungry 'cuz (h)he's ju(h)st (h)had 'iz bo:t(t)le .hhh* [подразу-

мевая, что ребенок наслаждается жеванием не потому, что голоден, а потому, что его только что кормили]. Таким образом, отец просто соглашается с замечанием, а мать видит в реплике сестры скрытую критику и реагирует на нее. Мать и отец совершают два разных действия. Это и есть «turn design», еще одно воплощение которого заключается в том, что одно и то же действие в разговоре может быть оформлено по-разному [Heritage, Clayman 2010: 46].

<sup>5</sup> Об этом см. также: [Have ten 1991].

<sup>6</sup> Turn «очередь» – «черед», в течение которого говорит один участник коммуникации. Разговор – последовательность чередов, когда говорящие сменяют друг друга. Одновременное говорение свидетельствует о каком-либо коммуникативном сбое.

<sup>7</sup> Данные К. Вест получены в клинике для бедных. Доказано, что число вопросов коррелирует с социальным статусом, диагнозом, полом участников коммуникации, а также тем, является ли прием первичным или повторным (см.: [Ainsworth-Vaughn 2001: 464]).

<sup>8</sup> В то же время прямолинейная интерпретация перебивов как показателей речевого доминирования того, кто перебивает, недопустима. Необходим учет условий коммуникации и социального контекста [Fleischman 2001]. Кроме того, существуют различные виды перебивов (см.: [Wynn 1995: 3]).

<sup>9</sup> О СА по-русски пока что пишут в основном социологи, в частности, О. Исупова, А. Корбут, А. Турчик; работы лингвистов, среди которых М. Пиккарайнен, П. Пауккери и др., немногочисленны (библиографию по этой теме см. в [Корбут 2015]).

#### Список литературы

Барсукова М.И. Медицинский дискурс: стратегии и тактики речевого поведения врача: дис. ... канд. филол. наук. Саратов, 2007. 141 с.

Бейлинсон Л.С. Характеристики медико-педагогического дискурса (на материале логопедических рекомендаций): дис. ... канд. филол. наук. Волгоград, 2001. 180 с.

Жура В.В. Дискурсивная компетенция врача в устном медицинском общении: автореф. дис. ... д-ра филол. наук. Волгоград, 2008. 40 с.

Корбут А. Говорите по очереди: нетехническое введение в конверсационный анализ // Социологическое обозрение. 2015. Т. 14. № 1. С. 120–141.

Ainsworth-Vaughn N. The discourse of medical encounters // D. Schiffrin, D. Tannen, H. Hamilton (eds.). The handbook of discourse analysis. Malden, MA: Blackwell, 2001. P. 453–469.

- Aydi E., Georgaca E.* Discourse analysis and psychotherapy: A critical review // *European Journal of Psychotherapy and Counselling*. 2007. № 9(2). P. 157–176.
- Byrne P., Long B.* *Doctors Talking to Patients: A Study of the Verbal Behaviour of General Practitioners Consulting in Their Surgeries*: H. M. Stationery Office, 1976. 194 p.
- Drew P., Heritage J.* Analyzing talk at work: an introduction // P. Drew, J. Heritage (eds.). *Talk at work*. Cambridge: Cambridge University Press, 1992. P. 3–65.
- Fleischman S.* Language and Medicine // D. Schiffrin, D. Tannen, H. Hamilton (eds.). *The handbook of discourse analysis*. Malden, MA: Blackwell, 2001. P. 470–502.
- Frankel R.* Talking in interviews: a dispreference for patient-initiated questions in physician–patient encounters // G. Psathas (ed.). *Everyday Language: Studies in Ethnomethodology*. New York: Irvington, 1979. P. 231–262.
- Have P. ten* Bibliography Ethnomethodology and Conversation Analysis in the field of medicine, psychotherapy, and related topics like impaired communication. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.paultenhave.nl/Med-Bib.pdf> (дата обращения: 30.09.2016).
- Have P. ten* Talk and institution: a reconsideration of the “asymmetry” of doctor-patient interaction // D. Boden, D. Zimmerman (eds.). *Talk and Social Structure*. Cambridge: Polity Press, 1991. P. 138–163.
- Have P. ten* The consultation as a genre. // B. Torode (ed.). *Text and Talk as Social Practice*. Dordrecht/Providence, R.I.: Foris Publications, 1989. P. 115–35.
- Heath C.* The delivery and reception of diagnosis in the general-practice consultation // P. Drew, J. Heritage (eds.). *Talk at work*. Cambridge: Cambridge University Press, 1992. P. 235–267.
- Heritage J., Clayman S.* *Talk in Action. Interactions, Identities, and Institutions*. Wiley-Blackwell, 2010. 320 p.
- Madill A.* Exploring psychotherapy with discourse analysis: chipping away at the mortar // C.T. Fisher (ed.). *Qualitative Research Methods Psychologists: Introduction through Empirical Case Studies*. San Diego: CA, Academic Press, 2006. P. 24–56.
- Madill A., Widdicombe S., Barkham M.* The potential of Conversation Analysis for psychotherapy research // *The Counselling Psychologist*. 2001. № 29. P. 413–34.
- Pawlikowska T. et al.* Consultation models / T. Pawlikowska, J. Leach, P. Lavalley, R. Charlton, J. Piercy // R. Charlton (ed.). *Learning to consult*. Oxford: Radcliffe, 2007. P. 178–215.
- Tannen D., Wallat C.* Medical professionals and parents: A linguistic analysis of communication across contexts // *Language in Society*. 1986. Vol. 15. Iss. 03. P. 295–311.
- Wynn R.* *The Linguistics of Doctor-Patient Communication*. Oslo: Novus Press, 1995. 128 p.
- Wynn R.* The number of words spoken by male doctors and male and female patients in a sample of British general practitioner-patient consultations // *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 1997. № 15(4). P. 184–187.

## DOCTOR-PATIENT DISCOURSE AS AN OBJECT OF LINGUISTIC ANALYSIS

**Olga V. Blinova**

Assistant Professor, General Linguistics Department  
Saint Petersburg State University

The paper reviews the literature on doctor-patient communicative interaction while medical consultations. Two main approaches of research are distinguished: “medical approach”, and “discourse approach”. The first part of the paper is focused on basic steps (sequential phases, stages) of medical consultation. The second part briefly discusses the genre problem (whether medical consultation is closer to a conversation or an interview), and considers some peculiar features of medical consultation using the conversational analysis approach. Some characteristic features of institutional discourse, asymmetric status of the doctor-patient interaction, and particular methodological approaches (analysis of speech sequence, questions, duration and verbosity of turns, interruptions, overlaps etc.) are discussed.

**Key words:** review; doctor-patient discourse; medical consultations; institutional talk; conversation analysis.