

УДК 811.161.1: 378
ББК 81.2–5

А.Ю. Третьякова

**ОСОБЕННОСТИ РЕЧЕВОГО
ЖАНРА «ДИАЛОГ
ВРАЧА С БОЛЬНЫМ»
В КОНТЕКСТЕ
РУССКОЙ КУЛЬТУРЫ
(НА МАТЕРИАЛЕ
ПРОИЗВЕДИЙ
ПИСАТЕЛЕЙ-ВРАЧЕЙ)**

Анализируются первичные факультативные жанры, которые могут возникать в коммуникации «врач–пациент». Рассматриваются произведения писателей-врачей («Записки врача» В.В. Вересаева, «Записки юного врача» М.А. Булгакова, «Мысли и сердце» Н.М. Амосова) с точки зрения их лингводидактического потенциала, который может быть использован для формирования коммуникативных умений профессионального диалогического общения будущего врача с пациентом.

Ключевые слова: *речевой жанр, коммуникативная компетенция, адресант, адресат, фрейм, факультативные речевые жанры.*

Третьякова Анна Юрьевна – аспирант кафедры общего и сравнительного языкознания Института филологии, журналистики и межкультурной коммуникации Южного федерального университета
Тел.: +7–905–478–35–57
E-mail: eho.88@mail.ru

© Третьякова А.Ю., 2014.

В настоящее время в методике преподавания иностранных языков господствует идея личностного ориентированного обучения, целью которого становится формирование вторичной языковой личности, которая определяется как «совокупность способностей человека к иноязычному общению на межкультурном уровне, под которым понимается адекватное взаимодействие с представителями других культур» [Гальскова, с. 46]. Одной из задач обучения иностранному языку становится формирование коммуникативной компетенции, под которой понимается приобретенное в процессе естественной коммуникации или специально организованного обучения особое качество речевой личности, складывающееся из нескольких составляющих (языковая, предметная, лингвистическая, прагматическая компетенции).

При построении любой методической системы, направленной на формирование компетенции в сфере изучаемого языка, важным является учет задач и условий осуществления коммуникации. Одной из коммуникативных потребностей для иностранного студента-медика является умение вести диалог с больным. Для овладения профессиональной коммуникативной компетенцией иностранному студенту-медику необходимы знания о целях и этапах консультации, о типах диалога, стратегиях и тактиках, стилях общения с учетом гендерных и возрастных особенностей, средствах невербальной коммуникации и многое другое. Анализ существующих пособий по развитию речи для иностран-

ных студентов-медиков показывает, что они лишь отчасти решают эту методическую задачу. Например, в пособии В.Н. Дьяковой «Диалог врача с больным» представлены разнообразные, очень полезные с методической точки зрения коммуникативные задания, цель которых – помочь иностранному студенту, практикующему в больнице, научиться вести профессиональный диалог с пациентом [Дьякова]. Представленные в пособии задания развивают навык ведения профессиональной беседы по определенному сценарию, что, безусловно, облегчает задачи учащегося. Однако практика реального общения показывает, что этот сценарий может нарушаться. Например, неожиданная ответная реакция собеседника может поставить иностранного студента в тупик. Таким образом, владея языком на достаточном уровне, иностранные студенты чувствуют себя беспомощными в данной сфере профессионального общения именно потому, что не владеют практическими жанровыми формами данной сферы.

Чтобы предложить варианты решений поставленной проблемы, нам необходимо остановиться на самом термине «речевой жанр» и показать историю его формирования.

Теория речевых жанров: к истории вопроса

М.М. Бахтин понимал речевые жанры как относительно устойчивые типы высказываний, которые вырабатывает сфера использования языка. Выбор языковых средств и речевого жанра определяется прежде всего предметно-смысловыми заданиями (замыслом) речевого субъекта (или автора) [Бахтин, с. 187]. Речевой замысел говорящего приспособляется к избранному жанру. Даже в свободной беседе человек структурирует речь по определенным жанровым формам. Для речевых жанров характерно единство трех моментов: тематическое содержание, стиль, композиционное построение. Согласно М.М. Бахтину, формы языка и речевые жанры приходят в наше сознание вместе и в тесной связи друг с другом. Следовательно, говорящему даны не только формы языка (словарный состав, грамматический и синтаксический строй), но и речевые жанры. Когда человек слышит чужую речь, он с первых слов может угадать ее жанр, предугадать объем, композиционное построение, предвидеть конец, т.е. человек обладает с самого начала ощущением речевого целого. По мнению автора, научиться говорить – научиться строить высказывания, а значит владеть речевыми жанрами. Он отмечает, что многие люди, великолепно владеющие языком, чувствуют себя беспомощными в некоторых сферах общения именно потому, что не владеют жанровыми формами данных сфер [Бахтин].

А.Д. Степанов в своей работе «Проблемы коммуникации у Чехова» переосмысливает теорию М.М. Бахтина, отмечая, что поставленная автором задача оказалась очень масштабна: речь идет об описании всех дискурсов, всего разнообразия форм коммуникации [Степанов, с. 24]. Последовательно анализируя черты речевых жанров по М.М. Бахтину, А.Д. Степанов приходит к выводу, что, по сути, строгим тематическим, композиционным и стилистическим единством может обладать только

часть вторичных речевых жанров, подчиненных канону или шаблону. [Степанов, с. 31]. О тематическом, композиционном и стилистическом единстве можно говорить только применительно к каждой индивидуальной реализации данного жанра. Возможное преодоление этих трудностей, «модернизацию» теории М.М. Бахтина автор видит в теории фреймов. Термин «фрейм» «как структура данных, предназначенная для представления стереотипной ситуации» закрепился в теории коммуникации благодаря работам основателя концепции искусственного интеллекта М. Минского [Минский, с. 250–338]. Подобно речевому жанру у Бахтина, фрейм – общая схема, которая наполняется индивидуальным содержанием в зависимости от конкретной ситуации. Фрейм представляет собой двухуровневую систему: верхние уровни – то, что бывает всегда в данной ситуации, нижние уровни – то, что необходимо заполнить. При таком подходе речевой жанр оказывается частью более широкой модели коммуникативной ситуации – фрейма. А.Д. Степанов отмечает, что применение теорий фреймов к изучению речевых жанров позволит упорядочить их, выделить в каждом жанре свою стилистику, композицию, тематику. Эти фреймы, как и речевые жанры, поделятся на первичные и вторичные, элементарные и комплексные [Степанов, с. 39]. При выделении параметров речевых жанров А.Д. Степанов предлагает ориентироваться на работы Т.В. Шмелевой, в которых представлена следующая модель речевого жанра: 1) коммуникативная цель, которая дает основания для различения классов речевых жанров; 2) концепция (или «образ») автора – та информация о нем как об участнике общения, которая «заложена» в типовой проект речевого жанра, обеспечивая ему успешное осуществление; 3) концепция (или «образ») адресата, который заложен в каждом высказывании данного жанра; 4) событийное содержание – признаки, важные для отбора диктумного содержания; 5) фактор (или «образ») коммуникативного прошлого – отношение высказывания данного жанра к уже сказанному в цепи речевого общения; 6) фактор (или «образ») коммуникативного будущего – отношение высказывания данного жанра к тому, что должно быть сказано в дальнейшем; 7) языковое воплощение – формальное выражение высказывания данного жанра с помощью языковых средств [Шмелева, с. 93]. Преимущество подобной модели, которая, безусловно, может быть дополнена, заключается в том, что она позволяет решить задачи, поставленные М.М. Бахтиным, – описание речевых жанров как единой системы.

Мы считаем, что теория фреймов применительно к речевому жанру позволит охарактеризовать его структуру с точки зрения обязательных и факультативных композиционных компонентов, а анкета Т.В. Шмелевой может служить практическим алгоритмом при анализе речевого жанра.

«Диалог врача с больным» как речевой жанр

Диалог врача с больным – вторичный речевой жанр, представленный в виде вопросно-ответных единств. Диалог врача с больным от-

носится к официальным жанрам, и поэтому он обладает значительной степенью устойчивости. Для него характерна реализация определенного сценария, который может быть представлен следующим образом:

1. Контактустанавливающий этап. Установление контакта с пациентом, создание благоприятной атмосферы. Начало консультации задает тональность общения;
2. Сбор информации (сбор анкетных данных);
3. Сбор жалоб – этап вербального исследования пациента, цель которого – выяснение причины обращения пациента к врачу;
4. Этап сбора анамнеза настоящего заболевания;
5. Этап сбора анамнеза жизни больного;
6. Этап осмотра пациента;
7. Этап сообщения диагноза;
8. Этап рекомендации.

Для каждого этапа медицинской консультации характерно использование определенного первичного речевого жанра: *жанр жалобы, просьбы, мольбы, постановки диагноза, отказа от лечения, утешения, убеждения, обвинения, рекомендации, благодарности.*

Медицина – это та область профессионального взаимодействия, в которой реализуются формы сложных межличностных отношений. Она непосредственно связана с деонтологией, под которой понимается наука о долге, моральной обязанности, профессиональной этике. В диалоге с больным врач должен выступать не только как клиницист, но и как тонкий психолог. В этом заключается концепция («образ») автора, которая обеспечивает успешную реализацию речевого жанра. Слово врача может быть важнейшим фактором лечения. Известно, что успешность лечения в значительной степени зависит от умения врача выслушать больного, понять проблему, с которой пациент обратился к нему, а также умение давать четкие, понятные рекомендации.

Таким образом, в данном речевом жанре определяющую роль играет концепция адресата. Согласно М.М. Бахтину, каждый речевой жанр имеет свою определяющую его как жанр концепцию адресата: «Говоря, я всегда учитываю апперцептивный фон восприятия моей речи адресатом: насколько он осведомлен в ситуации». Адресованность – определяющая особенность, без которой не может быть высказывания. Во время диалога врач и пациент постоянно меняются коммуникативными ролями «говорящего» и «слушающего». Важную роль в данном речевом жанре играет обратная связь – реакция пациента на поведение врача. Обратная связь помогает врачу установить, правильно ли воспринята больным информация, как он ее оценивает. Врач по возможности должен недвусмысленно реагировать на слова и поведение пациента, давать простые, четкие ответы, оценивать, насколько адекватно воспринята пациентом информация. Анализ апперцептивного фона со стороны врача позволяет избегать коммуникативных барьеров, которые могут быть вызваны различными причинами: защитной реакцией пациента в ответ на «нежелательный» диагноз, неправильным пониманием информации

(смысловой барьер), вызванным использованием профессиональной лексики.

Данный речевой жанр характеризуется высокой степенью устойчивости, однако именно в нем возможна переакцентуация – переход из официальной сферы общения в неофициальную. В этом проявляются стилистические особенности данного жанра. Например, первичный жанр *просьбы* в диалоге врача с больным может варьироваться от *нейтральной просьбы* до *мольбы* и даже *угрозы*.

Используя термины теории фреймов применительно к жанру *диалог врача с больным*, можно представить следующую его структурную модель: 1) верхний уровень (то, что бывает в данной ситуации): *жалоба – диагноз – рекомендация – благодарность*; 2) нижний уровень (факультативные компоненты, которые могут возникнуть в коммуникации): *мольба, отказ от лечения, угроза, утешение, убеждение* и т.д.

Лингводидактический потенциал теории речевых жанров

Как представляется автору, знакомство студентов медицинского вуза с жанром *диалог врача с больным* является важной дидактической задачей курса русского языка. Мы считаем, что дидактическим материалом для формирования навыка умения вести профессиональный диалог с больным могут стать произведения писателей-врачей (В.В. Вересаев «Записки врача», М.А. Булгаков «Записки юного врача», Н.М. Амосов «Мысли и сердце»). Произведения выбраны не случайно – с учетом их жанровой специфики записок, предполагающей подробное описание всех этапов медицинской консультации.

При рассмотрении речевого жанра *диалог врача с больным* на материале произведений писателей-врачей наше внимание будет сосредоточено именно на анализе факультативных первичных речевых жанров, которые могут возникнуть в коммуникации в связи с рядом экстралингвистических причин.

Как уже отмечалось выше, обязательными композиционными элементами (или компонентами верхнего уровня) *диалога врача с больным* будут первичные жанры *жалобы, постановки диагноза, рекомендации, благодарности*. Именно после этапа постановки диагноза могут возникнуть факультативные речевые жанры, что может быть связано с психологическими особенностями личности пациента. Например, страх перед поставленным диагнозом, перед оперативным вмешательством может стать причиной возникновения жанра *отказа от лечения* и *мольбы* о замене операции лекарством. В «Пропащем глазе» М.А. Булгаков описывает эпизод, когда мать категорически отказывается врачу в том, чтобы прорезать образование на глазу ребенка: «– *Что резать? – спросила баба, бледная. – На глазу резать? Нету моего согласия. – И она в ужасе стала заворачивать младенца в тряпки. – Никакого глаза у него нету, – категорически ответил я, – ты гляди, где ж ему быть. У твоего младенца странная опухоль. – Капелек дайте, – говорила баба в ужасе. <...> – Резать в городе? – спросила баба в ужасе. – Не дам*» (М. Булгаков «За-

писки юного врача»). Такая же в точности ситуация возникает и в другом рассказе цикла: « – *Дай ей капель, – сказала она и стукнулась лбом в пол, – удавлюсь я, если она помрет*» («Стальное горло»). Примечательно, что в двух приведенных эпизодах возникает так называемый «мотив капелек», который М.А. Булгаков, в свою очередь, наследует у В.В. Вересаева: «*Нет, ты уж будь милостив, дай каких капелек, ослобони грудь*» (В.В. Вересаев «Записки врача»). Справедливым может оказаться вопрос о том, являются ли данные стереотипы актуальными для человека современной формации с его безоговорочной верой в силу медицины и стоит ли знакомить иностранных студентов-медиков с подобными ситуациями. Ответ мы можем найти, обратившись к произведению «Мысли о сердце» Н.М. Амосова. Автор описывает сложный разговор с женой тяжелобольного пациента: «*В газетах пишут о новых лекарствах против ревматизма, может быть, они помогут? А вдруг он останется на столе? Что тогда будет?*» (Н.М. Амосов «Мысли и сердце»). Таким образом, мы видим, что данные представления оказываются очень устойчивыми в сознании пациентов и их родственников. Например, страх перед оперативным вмешательством, беспрекословная вера в силу лекарств, суеверное представление, которое можно условно обозначить как «само пройдет»: «*Не нужно было соглашаться... может быть, прошло бы...*» (Н.М. Амосов «Мысли и сердце»).

Мольба как разновидность жанра *просьбы* может возникать после этапа постановки диагноза. Адресат и адресант находятся в неравных условиях. Тот, кто просит, находится в зависимом положении от адресата. Адресат же обладает определенной властью, которая позволяет ему осуществить просьбу. *Мольба* должна быть выражена в таких формах, которые принижают говорящего, а адресата, наоборот, ставят выше. В рассмотренных произведениях инициаторами жанра *мольбы* являются родители больных детей, т.е. это просьба за другого, она двусубъектна. Проситель, как правило, старается предложить что-то взамен, потому что *просьба/мольба* всегда подчиняется законам вежливости, в ней реализуется следующая формула: минимизировать затраты для адресата, максимализировать выгоду для адресата; минимизировать выгоду для себя, максимализировать затраты для себя [Степанов, с. 192]. Это может быть обещание материального вознаграждения или любой другой «платы», усиленной для просящего: «*Батюшка, спасите мне его!... Последний он у меня остался. Растила его, кормильца, на старость... Сколько могу, заплачу вам, век на вас даром стирать буду!*» (В.В. Вересаев «Записки врача»).

Возникновение жанра *мольбы* в диалоге с врачом свидетельствует о существовании довольно устойчивых представлений в сознании пациентов или тех, кто за них просит, связанных с безоговорочной верой в возможности медицины, врача. Врач оказывается в очень сложной ситуации: он должен успокоить пациента или его родственника, внушить уверенность, но в то же время не давать ложных надежд. В рассматрива-

емых произведениях реакция врача на *мольбу*, как правило, очень сдержанная.

Возникновение факультативных речевых жанров в диалоге врача с больным требует от первого ответной реакции, которая будет зависеть в каждой конкретной ситуации от пациента. Врач здесь должен выступать как тонкий психолог и понимать, где нужно прибегнуть к утешению, а где – к упреку и даже угрозе, чтобы внушить больному необходимость выполнения медицинского предписания. Капризную, сложную пациентку Вересаев пытается утешить: « – Полноте, сударыня, ну можно ли так падать духом! – сказал я. – Тут никакой и речи быть не может о смерти, – скоро вы будете совершенно здоровы » (В.В. Вересаев «Записки врача»). Отчаявшихся родителей тяжелобольного мальчика, потерявших надежду и отказывающихся от лечения, он обвиняет: « – Чего его мучить! – сердито проговорила вошедшая мать. – Уж оставьте его в покое! – Как вам не стыдно! – прикрикнул я на нее. – Чуть немножко хуже стало – и руки уже опустили: помирай, дескать! Да ему вовсе не так уж плохо » (В.В. Вересаев «Записки врача»). Иногда врач имеет право прибегнуть к угрозе, чтобы внушить пациенту страх перед смертью, больший, чем страх перед оперативным вмешательством, спасая тем самым его жизнь. Как правило, жанр угрозы возникает в экстренных ситуациях, когда счет идет на минуты, и необходимо добиться согласия пациента или его родственника: « – Вот что, – сказал я, удивляясь собственному спокойствию, – дело такое. Поздно. Девочка умирает. И ничто ей не поможет, кроме одного – операции » (М.А. Булгаков «Стальное горло»).

В диалоге с пациентом или его родственниками на этапе рекомендации врач должен быть особенно внимательным, следить за невербальной реакцией собеседника, чтобы увидеть, правильно ли он был понят, пресечь возможные сомнения пациента и быть уверенным, что его рекомендации будут выполнены. Реакция на сомнение пациента – приказ, который, по мнению В.В. Вересаева, врач должен делать «самым докторальным и безапелляционным тоном».

Для *приказа* как речевого жанра характерна определенная концепция адресанта: отдающий приказ человек обладает властью, которая понимается как общепризнанная, необходимая в данной ситуации. В отличие от *просьбы*, которая всегда обоснована личным желанием, *приказ* обладает внешней, объективной необходимостью, которая связана с представлением о благе (в данном случае благо понимается как успешное лечение). Тональность приказа может варьироваться (он может быть высказан в очень вежливой форме), но всегда сохраняется его назначение: приказ должен быть выполнен. Форма выражения приказа зависит от каждой конкретной ситуации.

Смотрю. Вся картина декомпенсации. Оперировать, но не сейчас. Подготовить. Парень какой – то безразличный. Не понимает.

– Когда родители будут?

– Не знаю. Дома делов много.

– *Лежать. Ходить нельзя. Понял? Ни в коем случае, иначе хуже будет.* (Н.М. Амосов «Мысли и сердце»).

В данной ситуации приказ выражен в довольно жесткой форме – инфинитивными предложениями, которые не имеют указания на лицо и тем самым передают приказу особое модальное значение категоричности [Виноградов, 2001, с. 326]. Сравнив высказывания «*Вам нужно лежать. Вам нельзя ходить*» и «*Лежать. Ходить нельзя*», мы можем увидеть, насколько экспрессивнее выражен приказ во втором случае. Причина, по которой врач говорит именно в такой форме, становится ясна из его авторской ремарки: «*Парень какой-то безразличный. Не понимает*».

Анализ трёх произведений писателей-врачей позволил нам выявить структуру *диалога врача с больным* как вторичного речевого жанра профессионального общения. Она представлена в виде взаимосвязанных первичных речевых жанров с определенными целями, темами, задачами, учетом коммуникативного прошлого и будущего. Отнесение данного жанра к официальной сфере коммуникации определяет его устойчивость, но, с другой стороны, его реализация в сфере сложных межличностных отношений обуславливает возможную переакцентуацию и изменение в структуре – возникновения факультативных жанров. Факультативные жанры возникают как реакция слушающего на предшествующее высказывание (учет коммуникативного прошлого). Их возникновение в контексте коммуникации врача и пациента (врача и родственника пациента) связано с рядом экстралингвистических причин. Заполненная структура речевого жанра *диалог врача с больным* с учетом всех возможных факультативных жанров может выглядеть следующим образом:

Жалоба – постановка диагноза – рекомендация – отказ от лечения – мольба – утешение, упрек/обвинение, угроза, приказание (выбор жанра и тональности будет зависеть от каждой конкретной ситуации, состояния больного, типа пациента и т.д.).

Врач как участник данного диалогического общения должен обладать следующими умениями: умение следовать алгоритму обследования, умение налаживать контакт с пациентом, адекватно реагировать на нестандартные реакции, умение формулировать рекомендации с учетом индивидуальных особенностей пациента, соблюдение этико-деонтологических норм при общении с пациентом или его родственником. Мы считаем, что иностранному студенту–медику для успешной реализации своей будущей профессиональной деятельности необходимо быть знакомым с данным речевым жанром. Овладение данным жанром речевого общения может осуществляться на материале послетекстовых упражнений следующего типа:

- 1) восстановите вопросы врача по репликам-ответам больного;
- 2) поставьте диагноз больному на основе жалоб;
- 3) сформулируйте рекомендацию для пациента на основе поставленного диагноза;

4) передайте одну и ту же информацию (на этапе рекомендации) разными способами;

5) обратитесь к эпизодам, в которых пациенты отказываются от лечения. Проанализируйте их и попытайтесь ответить на вопрос: в чем была ошибка врача?

6) обратитесь к эпизодам, где больные отказываются от лечения. Инсценируйте диалог. Измените реплики врача таким образом, чтобы они подействовали на больного, и он согласился на лечение.

Литература

- Амосов Н.М.* Мысли и сердце. М., 1976.
Бахтин М.М. Проблема речевых жанров // *Бахтин М.М.* Собр. соч. Т. 5. М., 1997.
Булгаков М.А. Записки юного врача. М., 2005.
Вересаев В.В. Собр. соч.: в 5 т. Т. 1: Повести и рассказы. Записки врача. М., 1961.
Виноградов В.В. Русский язык. М., 2001.
Гальскова Н.Д. Современная методика обучения иностранным языкам: пособие для учителя. М., 2003.
Дьякова В.Н. Диалог врача с больным: пособие по развитию речи для иностранных студентов-медиков. СПб., 2002.
Минский М. Структура для представления знания // Психология машинного зрения. М., 1978.
 Литературная энциклопедия терминов и понятий. М., 2001.
Степанов А.Д. Проблемы коммуникации у Чехова. М., 2005.
Шмелева Т.В. Модель речевого жанра // Жанры речи. Вып. 1. Саратов, 1997.

References

- Amosov N.M.* Mysli i serdtse. M., 1976.
Bakhtin M.M. Problema rechevykh zhanrov // *Sobr. soch.* T. 5. M.
Bulgakov M.A. Zapiski yunogo vracha. M., 2005.
Gal'skova N.D. Sovremennaya metodika obucheniya inostrannym yazykam. Posobie dlya uchitelya. M., 2003.
D'yakova V.N. Dialog vracha s bol'nym. Posobie po razvitiyu rechi dlya inostrannykh studentov-medikov. SPb., 2002.
Minskii M. Struktura dlya predstavleniya znaniya // *Psikhologiya mashinnogo zreniya.* M., 1978.
 Literaturnaya entsiklopediya terminov i ponyatii. M., 2001.
Stepanov A.D. Problemy kommunikatsii u Chekhova. M., 2005.
Shmeleva T.V. Model' rechevogo zhanra // *Zhanry rechi.* Vyp. 1. Saratov, 1997.
Veresaev V.V. *Sobr. soch.:* v 5 t. T. 1: Povesti i rasskazy. Zapiski vracha. M., 1961.
 Vinogradov V.V. Russkii yazyk. M., 2001.

**Tretyakova A.Y. (Rostov-on-Don, Russian Federation)
Features of the speech genres “dialogue between doctor and patient” within the context of Russian culture (on the material of works by writers–doctors)**

This article discusses the basics of the theory of speech genres. The paper describes the features of the speech genre of “Dialogue between a doctor and a sick” in terms of composition, style and concept of the addressee. The main attention is paid to the analysis of primary facultative genres that may arise in the communication “doctor–patient”, as well as extralinguistic causes of them. It is postulated that the concept of dialogue as a sequential exchange of remarks between the two partners, participants of the dialogue does not reflect the complexity and nature of the feature of this type of communication. The paper substantiates the importance of mastering the genre of speech data for the success of the communication in the professional dialogic communication of foreign medical students. Works of writers–doctors (“Notes doctor” by V.V. Veresaeva, “A Young Doctor’s Notebook” Bulgakov, “Thoughts and Heart” Amosov) are considered from the point of view of their *lingua didacti* potential that can be used for formation of communicative abilities.

Key words: *speech genre, communicative competence, sender, addressee, frame, optional speech genres.*

Tretyakova Anna Yurievna – post-graduate student of common and comparative linguistics dpt. Institute of philology, journalism and cross-cultural communication, Southern federal university.

E–mail: eho.88@mail.ru. Phone: +7-905-478-35-57.