

情态视角下医患沟通话语主导权研究

刘一铭

黑龙江大学外国语言文学学院(区域国别学院), 黑龙江 哈尔滨

收稿日期: 2026年1月16日; 录用日期: 2026年2月12日; 发布日期: 2026年3月4日

摘要

为解析医患沟通话语主导权的动态分配, 本研究以10组心理沟通会话语料为对象, 基于韩礼德情态系统理论, 按开头、病情陈述、数据搜集(含病史询问与情绪检查)、结束四阶段, 结合福柯的隐性权力话语理论, 分析医患双方高、中、低情态值的使用特征及与话语权的关联。研究发现, 医患话语主导权并非固定分配, 而是由双方情态表达动态共建而成, 这一过程本质上是隐性权力话语的消解与重构。低情态值主导医患互动全过程, 有效弱化了传统医患会话中医生的强势引导, 保障了患者的自主表达权, 将责任进行一定的分摊; 中情态值灵活补充, 推动患者实现从被动回应者向主动诉求者的角色转变; 高情态值的完全缺失, 进一步凸显了非治疗性咨询“支持性、非强制性”的核心特征, 助力实现医患话语主导权的动态平衡。

关键词

医患沟通, 话语主导权, 情态系统, 隐性权力话语

A Study on Discourse Dominance in Doctor-Patient Communication from the Perspective of Modality

Yiming Liu

School of Foreign Languages and Literature (School of Region and Country Studies), Heilongjiang University, Harbin Heilongjiang

Received: January 16, 2026; accepted: February 12, 2026; published: March 4, 2026

Abstract

To analyze the dynamic distribution of discourse dominance in doctor-patient communication, this study takes 10 groups of real psychological communication conversation corpora as the research

object. Based on Halliday's Systemic Functional Linguistics Modal Theory, the study divides the conversation into four core stages of beginning, condition statement, data collection (including medical history inquiry and emotional examination), and end, which is combined with Foucault's analysis of the invisible mechanisms of power to analyze the usage characteristics of high, medium, and low modal values and their correlation with discourse dominance. The results show that discourse dominance is not fixed but dynamically constructed by both parties' modal expressions, essentially the dissolution and reconstruction of disciplinary power discourse. Low modal values dominate the interaction, weakening doctors' strong guidance and ensuring patients' independent expression; medium modal values promote patients' transformation from passive respondents to active claimants; the absence of high modal values highlights the "supportiveness and non-coerciveness" of non-therapeutic consultation, contributing to realize the dynamic balance of doctor-patient discourse dominance.

Keywords

Doctor-Patient Communication, Discourse Dominance, Modal System, Disciplinary Power Discourse

Copyright © 2026 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

医患关系的核心矛盾之一在于医患沟通话语主导权的失衡，这一问题直接影响医疗服务的针对性与患者的治疗依从性。医患沟通是诊疗决策的核心环节，其质量直接影响诊疗效果、患者满意度及医患关系。在当代医疗体系中，理解并优化医患互动模式已成为多学科共同关注的焦点。从语言学视角出发，医生与患者之间的会话不仅是信息交换的渠道，更是构建社会关系、协商权力和表达认知立场的关键场域[1]。现有研究多从社会学、伦理学视角探讨医患权力关系，却较少深入会话本身，挖掘语言情态与话语权分配的内在关联，未能充分揭示不同沟通阶段中情态表达的差异化作用。

因此，聚焦医患会话中的情态表达，解析其在不同沟通阶段的使用特征与主体差异，不仅能为理解医患话语主导权的动态分配提供全新的语言学视角，更能为优化医患沟通策略、平衡专业权威与患者诉求、构建互信共赢的医患关系提供实践启示，对提升医疗服务质量具有重要的现实意义。

2. 文献综述

2.1. 医患会话

国外语言学视角下的医患会话研究主要围绕医生、患者、会话策略视角等展开。Byrne & Long 是该领域研究的先驱，其基于对 2000 次医患会话的分析，发现医生控制着话轮的转换，患者的作用主要被限制在协商的结束阶段[2]。Shuy 也观察到医患会话中，医生明显偏好运用的控制手段是提问、引入话题以及回避平衡的参与[3]。Coupland 等人观察到医生经常采用三分式的提问序列，即发起话题、患者应答、医生表达第三方评估，这种结构进一步强化了医生的主导地位[4]。Begum 发现患者的满意度受医生职业意识和交谈策略的影响很大，这进一步说明了情态策略在医患互动中的重要性[5]。

国内学者主要是运用国外语言学理论对医患会话中的语言现象和会话策略进行分析，其中占有较大比重的是运用语用学理论和话语分析理论，会话分析构成了该领域实证研究的核心方法论基础。于国栋

的工作从理论上夯实并推广了这一方法[6][7],而马文等人的研究则是该方法在具体医患互动现象和特殊群体研究中的成功应用典范[8][9]。它们共同证明了会话分析在揭示医患互动微观秩序、理解交际障碍机制方面的强大解释力。张丽和何丽的综述从更广阔的“语言学视域”出发,指出了包括话语分析、语用学、系统功能语言学等多流派在医患沟通研究中的应用,这与会话分析这一具体路径形成了点与面的关系[1]。而陈娟的叙事医学则从理念和实践层面,为以信息传递和问题解决为导向的传统医患会话模式注入了叙事与关系的维度,与精细的结构分析形成了有益的视角互补[10]。

2.2. 现存空白与当前研究

尽管已有显著进展,该领域仍存在一些研究空白。首先,如张丽和何丽所指出的,虽然相关文献在增加,但从语言学角度进行的医患沟通研究在深度和广度上仍有不足,许多潜在的语言现象和互动模式有待挖掘[1]。其次,现有实证研究多集中于线下、面对面的门诊场景,对于日益普及的在线医疗咨询、电话问诊等新型媒介下的医患会话研究相对匮乏。

在临床沟通中,语言作为传递的载体,其情态表达不仅反映说话者的态度与意愿,更隐含着话语主导权的分配倾向。韩礼德系统功能语言学中的情态理论为解析语言背后的权力系统提供了有效工具,而米歇尔·福柯的权力话语理论则为理解医患话语权的动态变化过程提供了理论视角。福柯认为一切对人们思想行为形成控制力与支配力的东西都是一种权力,如教育思想、文化传统、道德观念、政治制度等等。它们形成一个庞大的网络,制约着人们的思想和行为[11]。进一步讲,这种权力话语会作用于说话者的头脑中,形成对说话者实际话语表达的内在控制机制。这种机制在无形之中对说话者的话语选择和表达方式施加影响,这就是隐性权力话语的作用。

现有研究多从社会学或医学伦理学角度探讨医患话语权分配,较少从语言学情态视角结合核心会话阶段与主体差异进行实证分析。基于此,本文以10组线上医患会话语料为研究对象,按核心会话阶段聚焦医患双方的情态值使用差异,结合社会语言学隐性权力的探讨,揭示各阶段情态表达与决策话语权分配的内在关联,为构建和谐医患关系提供新的研究思路。

3. 研究设计

3.1. 研究对象

笔者自南加州大学创新技术研究所构建的多模态临床访谈数据集 DAIC-WOZ 中选取 10 组医患会话转录文本,会话场景涵盖病情陈述、信息搜集等核心环节,总时长超 180 分钟,有效语料字数约 2.3 万字。DAIC-WOZ 是半结构化的临床访谈语料库,以 Wizard-of-Oz 访谈形式进行,由一个名为 Ellie 的动画虚拟采访者与参与者交流, Ellie 实际上是由另一个房间的人类采访者控制的,因此笔者认为可选用该语料库来进行分析,揭示医患关系中的话语权动态。在本研究中, DAIC-WOZ 语料库中存在部分粗俗语言,为避免对读者造成不适,笔者已对这些词汇进行了预处理,将其替换为中性符号。

3.2. 研究方法

本研究依据韩礼德情态系统理论,将会话中的情态表达划分为高、中、低三类情态值。低情态值指事实性表达、中性询问、简单应答等无强烈主观倾向的表达;中情态值指通过“would love”、“i think”、“i guess”等传递温和和意愿、推测或判断的表达;高情态值指通过“must”、“should”、“certainly”等传递强烈义务、必然或确定含义的表达。Byrnes & Long 认为,医患会话的整体结构可分为六个阶段:开头、病情陈述、数据搜集(病史询问、身体检查)、诊断、治疗建议和结束[2]。因本研究选取语料为心理沟通,一般不涉及诊断和治疗建议,因此按会话逻辑将语料划分为开头、病情陈述、数据搜集、结束四个

核心阶段。

4. 医患沟通分析示例

医患会话整体结构从医生的询问开始，之后由患者陈述疾病问题。病情陈述是医患互动事件进行的前提。随后，医生根据陈述的症状部位进行相关的数据搜集。数据搜集的方式有很多种，如医生可通过自己设计的问题对患者进行详细询问或利用医疗器械对相关身体部位进行科学、细致的体格检查。然后，医生根据获得的信息对患者疾病进行开解，并给出相应建议，最后结束来访。可能出现有一些医患的会话结构与该结构相背离的情况，这也是极其正常的。因为，医患双方在会话的过程中有合作也有冲突，这是一个有协作也有博弈的过程。

因结束阶段并未涉及情态值，在此略过并未进行过多阐述。

4.1. 开头

例 1

01 Ellie hi i'm ellie thanks for coming in today"

02 Ellie i was created to talk to people in a safe and secure environment"

03 Ellie i'm not a therapist but i'm here to learn about people and would love to learn about you"

04 Ellie i'll ask a few questions to get us started"

05 Participant <laughter>"

06 Ellie and please feel free to tell me anything your answers are totally confidential"

07 Ellie are you okay with this"

08 Participant <laughter> yeah <laughter>"

09 Ellie okay" (309_TRANSCRIPT, 位置 2-10)

米歇尔·福柯的隐性权力话语理论认为，权力通过无形的话语机制作用于主体，制约其话语选择与表达。结合该理论分析会话可见，Ellie 未构建支配性话语权力，而是通过情态值的层级化运用，主动消解自身权力优势，让渡话语权，构建平等安全的互动场域。

Ellie 高频使用低情态值语言完成隐性权力让渡，赋予患者充分自主选择权。话轮 06 “please feel free to tell me anything” 中，“please” 作为低情态标记，弱化引导者角色，消除强制意味，结合 “your answers are totally confidential” 的补充，强化患者在分享与否、分享内容上的主导权；话轮 07 “are you okay with this” 以疑问式表达，将会话规则确认权交予患者，体现对自身话语权力的主动约束，也在表达中实现了一定程度的责任分摊。同时，Ellie 以中情态值语言适度引导会话，平衡会话进程控制权。话轮 04 “I'll ask a few questions to get us started” 中，“will” 陈述既定计划而非强制安排，“a few” 弱化引导强势性，既明确会话起始方式，又不限制患者回应，实现了引导与权力让渡的平衡，充分体现隐性权力话语在会话中的反向运作。

4.2. 病情陈述

01 Participant um probably yeah i was that was considered a possibility i had an employment lawsuit several years ago and and uh actually litigated it and won the settlement um something about whistleblower thing implications [im] implications of that and um and i was kind of harrassed about it and so i found when i got out of it i couldn't find work right away in my own field so i had to go into a different field go back to u_c_l_a and get a new uh professional direction and"

02 Participant i found myself fearful sometimes that it's gonna happen again you know and you think that would never happen again you know"

03 Ellie mhm"

04 Ellie i'm sorry to hear that" (306_TRANSCRIPT, 位置 132-135)

分析该会话片段可见,病情陈述阶段患者掌握绝对话语权,其话语表达摆脱了隐性权力话语的制约,呈现出鲜明的权力自主性特征。Ellie 未主动设计特指问句引导陈述,而是患者在前期互动基础上,自发开启病情陈述(01),打破了传统医患会话中“医生提问—患者回应”的常规启动模式。整个陈述过程由患者自主掌控内容选择、结构安排与长度控制, Ellie 的互动行为进一步强化了患者的话语权主导地位,其未通过提问、引导等方式构建自身话语权力,也未借助隐性权力话语机制干预患者表达,仅以回应标记(03)和情感反馈(04)参与互动,未插入任何限制性提问或话题干预,充分体现了病情陈述阶段“患者主导”的话语权特征。

4.3. 数据搜集

(一) 病史询问

例 3

01 Ellie have you been diagnosed with depression"

02 Participant yes"

03 Ellie how long ago were you diagnosed"

04 Participant mm"

05 Participant about three years ago"

06 Participant four years ago"

07 Participant couple years ago"

08 Ellie what got you to seek help"

09 Participant my mood was just not right"

10 Participant i was always feeling down and depressed and <sniffle> lack of energy always wanting to sleep"

11 Participant um lack of interest"

12 Ellie do you feel like therapy is useful"

13 Participant i've gone to therapy it has been useful for me in the past"

14 Participant is it useful for me now i don't know i don't have health insurance"

15 Participant um"

16 Participant i would love to talk to someone i just feel like i don't have anyone"

17 Participant so i don't depend on anyone"

18 Ellie yeah i'm sorry" (308_TRANSCRIPT, 位置 115-132)

整个病史询问阶段以低情态值语言形式为主, Ellie 通过弱化自身主导性,消解隐性权力话语对患者表达的潜在制约,赋予患者充分的话语权与表达自由,降低患者抵触心理。Ellie 的所有提问均未使用高、中情态动词,而是以开放式或确认式问句呈现,隐含低情态值的“许可”意味,未借助隐性权力话语对患者的回应施加强制约束。如话轮 01 “have you been diagnosed with depression”、话轮 03 “how long ago were you diagnosed”、话轮 12 “do you feel like therapy is useful”均为无情态动词的疑问句式,仅为获取信息而发起询问,是否回应、如何回应的权力完全归属于患者,摆脱了隐性权力对其话语选择的内在控

制。患者的中情态值表达成为医患话语权平衡的重要补充，既传递个人意愿，又不打破互动的平等性，进一步消解了隐性权力的支配性。话轮 16 “i would love to talk to someone” 中，“would” 作为中情态值，表达患者的主观需求与愿望，而非强制诉求，既清晰传递了渴望倾诉的核心意图，又未对 Ellie 施加必须提供帮助的压力，实现了表达需求与尊重对方话语权的平衡。中情态值的使用，使患者从被动回应者转变为主动诉求者，在不改变 Ellie 引导地位的前提下，适度掌握了会话内容的延伸话语权，让互动从单向询问转向双向沟通，弱化了隐性权力话语的制约作用。

(二) 情绪检查

例 4

01 Ellie what are some things that make you really mad"

02 Participant <sigh>"

03 Participant the situation with my life right now um"

04 Participant i can't find a f* job"

05 Ellie it can be tough to find a good job these days"

06 Participant i don't even care about a good job i just need a job"

07 Participant anything that pays"

08 Participant um"

09 Participant just gets gets"

10 Participant just gets hard after awhile"

11 Ellie yeah"

12 Ellie can you tell me about that"

13 Participant i don't"

14 Participant i applied from a anywhere and everywhere"

15 Participant from entry level to management"

16 Participant to anywhere in between and um"

17 Participant i can't find a job i can't get a job so"

18 Participant i'm trying i'm trying i'm trying i'm trying i'm trying i'm trying i'm trying"

19 Ellie yeah"

20 Ellie i'm sorry" (308_TRANSCRIPT, 位置 69-88)

患者的情绪表达强度与话语权呈现正向关联，而 Ellie 的低情态互动消解了隐性权力话语对患者情绪表达的潜在制约，为这种正向关联提供了有力支撑，契合福柯权力网络可通过主体调控实现消解与平衡的核心观点。患者的强烈情绪表达本质上是其摆脱隐性权力话语控制，充分掌握话语权的直接体现。如话轮 04 “f* job” 的愤怒宣泄、话轮 18 “I’m trying” 的反复强调，均未通过情态动词强化，仅以直白陈述传递核心情绪与生存困境，进一步巩固了其主体地位，打破了隐性权力对情绪表达的内在桎梏。Ellie 的低情态提问与共情回应，未对患者的强烈情绪表达进行限制或干预，反而通过话轮 12 “can you tell me about that” 等低情态邀请，为其情绪延伸表达提供空间，使患者能够根据自身情绪状态自主决定表达的深度与广度，实现了情绪表达与决策权的良性互动，构建了平等包容的情绪表达语域。

5. 结语

本研究的研究结果表明，结合福柯隐性权力话语理论来看，医患会话作为特殊的机构性谈话，其话语主导权的分配并非固定不变，而是通过医患双方的情态表达动态共建而成，这一过程本质也是隐性权

力话语消解与重构的过程。不同情态值的运用直接影响话语权的归属与互动效果，更深刻作用于隐性权力网络的运作。低情态值的主导使用弱化了传统医患会话中的医生强势引导，消解了隐性权力对患者表达的内在制约，凸显了患者的主体地位，实现了一定程度的责任分摊，为安全、平等的互动氛围奠定基础；中情态值的补充使用实现了患者从“被动回应者”到“主动诉求者”的角色转变，让话语权分配更具灵活性，进一步平衡了医患双方的话语权；高情态值的完全缺失则彻底摒弃了强制控制，打破了隐性权力的支配性，使医患互动呈现出非治疗性咨询场景“支持性、非强制性”的核心特征。希望本研究能为医患沟通实践提供有益启示，未来研究可进一步拓展语料范围，纳入线下门诊、在线问诊等多元场景，探究不同医疗场景下情态值与话语权分配的差异化规律，深入剖析隐性权力话语在不同场景中的运作机制，为医患沟通的精准优化提供更全面的实证支持。

基金项目

对话中人物指称构式链及其话轮驱动作用英汉比较研究(22YYB253)。

参考文献

- [1] 张丽, 何丽. 基于语言学视域的医患会话研究述评[J]. 医学与哲学, 2021, 42(12): 54-58.
- [2] Byrne, P.S. and Long, B.E. (1976) Doctors Talking to Patients: A Study of the Verbal Behaviours of Doctors in the Consultation. HMSO.
- [3] Shuy, R. (1983) Three Types of Interferences to an Effective Exchange of Information in the Medical Interview. In: Fisher, S. and Todd, A.D., *The Social Organization of Doctor-Patient Communication*, Center for Applied Linguistics Press, 17-30.
- [4] Coupland, J., Robinson, J.D. and Coupland, N. (1994) Frame Negotiation in Doctor-Elderly Patient Consultations. *Discourse & Society*, 5, 89-124. <https://doi.org/10.1177/0957926594005001005>
- [5] Begum, T. (2014) Doctor Patient Communication: A Review. *Journal of Bangladesh College of Physicians and Surgeons*, 32, 84-88. <https://doi.org/10.3329/jbcps.v32i2.26036>
- [6] 于国栋. 会话分析的方法论与实证研究[J]. 汉语学报, 2025(4): 2-14.
- [7] 于国栋, 闫晋玮. 再论会话分析的方法论路径[J]. 山西大学学报(哲学社会科学版), 2025, 48(3): 66-72.
- [8] 马文, 高迎. 汉语医患会话中同话轮内自我修正研究[J]. 外国语, 2018, 41(3): 42-54.
- [9] 马文, 杨信信. 汉语失语症患者互动的会话分析研究[J]. 山东外语教学, 2025, 46(1): 19-30.
- [10] 陈娟, 高静文. 在线医患会话信任机制研究[J]. 现代传播, 2018, 40(12): 136-142.
- [11] 吕俊, 侯向群. 翻译学——一个建构主义的视角[M]. 上海: 上海外语教育出版社, 2006.