
УДК 811.161.2

Ніна Литвиненко (м. Київ)

АВТОКОМУНІКАЦІЯ В МЕДИЧНОМУ ДИСКУРСІ (на матеріалі діалогів лікар-пацієнт)

У статті проаналізовано такий вид мовленнєвої діяльності лікаря, як автокомунікація. На матеріалі діалогів «лікар — пацієнт» розглянуто лексико-граматичні особливості фахового медичного дискурсу.

Ключові слова: автокомунікація, дискурс, комунікативні стратегії і тактики, діалог, структурно-граматичний аналіз, фахова лексика.

Сучасні тенденції розвитку лінгвістичної науки зумовили актуальність таких підходів до вивчення мовних явищ, в основі яких лежать питання мовлення та мовленнєвої діяльності комунікантів. На тлі цих проблем особливого значення набуло дослідження різних типів дискурсу залежно від характеру суб'єктів спілкування: персональний (особистісно орієнтований) та інституційний (статусно орієнтований). До останнього належить медичний дискурс, що є об'єктом пропонованого дослідження.

Особливість інституційного дискурсу полягає в тому, що він відображає процес комунікації в межах сформованих у суспільстві соціальних інститутів з дотриманням певних формальних та неформальних правил, принципів, норм, настанов, що регулюють різні сфери людської діяльності та організують їх у систему соціальних ролей і статусів. Серед лінгвістично релевантних ознак інституційного дискурсу відзначають насамперед мету спілкування, представницьку комунікативну функцію його учасників та фіксовані типові обставини спілкування [7; 13]. Огляд досліджень, присвячених вивченню інституційного дискурсу, засвідчує, що він є неоднорідним [3; 4; 6; 9; 11; 13]. Відомі класичні типи дискурсу, де учасниками традиційних комунікативних діад «адресант — адресат» у статусно-рольовій функції «агент — клієнт» виступають повноправний представник інституту

© Н.П. ЛИТВИНЕНКО, 2009

ISSN 1682-3540. Українська мова, 2009, № 3

83

та особа, що опосередковано є об'єктом інституційного впливу (лікар — пацієнт, учитель — учень, політик — виборець тощо). Водночас наявні й такі типи дискурсу, для яких визначальним чинником є інституційна рівність (ділове спілкування професіоналів або науковий дискурс). Спілкування “агентів” інституційного дискурсу спостерігаємо в будь-якому його вияві, наявність “клієнтів” характерна лише для деяких із них, зокрема релігійного, педагогічного, медичного тощо.

Медичний дискурс конкретизується в різних формах спілкування: “лікар — пацієнт”, “лікар — лікар”, “лікар — медичний персонал”, “лікар — родичі пацієнта” тощо, тому очевидно, що він має поєднувати в собі ознаки різних типів інституційного дискурсу. Відкритим залишається питання про способи такого поєднання з огляду на специфіку лінгвістичних (лексичних, граматичних, синтаксичних) та прагматичних (стратегії, тактики, ходи) ознак. У межах цієї статті пропонуємо розглянути один із способів лінгвістичної реалізації лікарем його прагматичних намірів під час діалогу з пацієнтом на прикладі такого явища, як автокомунікація, що засвідчує мовний вияв аналітичної діяльності лікаря-фахівця.

Автокомунікацію розглядаємо як особливий вид мовленнєвої діяльності, коли адресатом повідомлення є сам адресант. Термін “автокомунікація” був уведений Ю.М.Лотманом [8] у межах бінарної опозиції комунікації та автокомунікації як двох можливих варіантів цілеспрямованого передавання повідомлюваного. Якщо комунікація реалізує себе в структурі **ви — я**, то автокомунікація — у структурі **я — я**. В обох цих процесах пріоритетним слід уважати передавання інформації, що відбувається по-різному: у першому випадку зміною суб'єкта (від вихідного носія інформації до адресата); у другому — зміною самої інформації, що досягається ситуативним введенням додаткового або нового коду. Цей код зумовлює зміщення контексту, коли вихідне повідомлення перекодовується в одиницях його структури. Таке якісне трансформування інформації спричиняє видозміну її носія, тобто своєрідну перебудову адресанта. Отже, передавання повідомлення каналом „я — я” не має іманентного характеру, оскільки зумовлене залученням іззовні деяких додаткових кодів та наявністю зовнішніх поштовхів, які зміщують конкретну ситуацію. Повідомлення, трансформоване контекстом діалогу, переорієнтовує спрямування самої інформації.

У медичному дискурсі автокомунікація є виявом мисленнєвої діяльності лікаря, коли він, отримавши інформацію від пацієнта, не озвучує власні думки про почуте, а аналізує їх подумки на своїй «внутрішній мові». На думку Л.Виготського, «основною відмінністю внутрішньої мови від мови зовнішньої є відсутність вокалізації» [8: 232]. Тут, як відзначав М.Бахтін, досить важливим для кінцевого результату є вміння «перевести себе з внутрішньої мови на мову зовнішнього вираження» [2: 30]. У медичному дискурсі це стає очевидним саме в тому сенсі, що за всієї доцільності внутрішнього діалогу лікаря-

аналітика він не може нехтувати зовнішній процес спілкування з пацієнтом: не можна сказати пацієнтові, щоб той почекав, доки він подумає. Успішне поєднання цих двох моментів можливе за умови вдало обраних форм комунікативної взаємодії. У контексті сучасного вивчення лінгвістики тексту в межах двох взаємозалежних ознак — персональності та адресованості — ця теза безпосередньо пов'язана із такими поняттями, як мовні стратегії і тактики та способи їхньої мовної реалізації.

Попри те, що терміни «стратегія» і «тактика» сьогодні вживають досить широко, у лінгвістиці досі немає однозначної їх інтерпретації. Комунікативну стратегію визначають як «сукупність мовних дій» [9: 138], як «ланцюжок рішень мовця, його вибір певних комунікативних дій та мовних засобів» [11: 58], як умову та спосіб досягнення високого ступеня успішності висловлення [14], як «комплекс мовленнєвих дій, спрямованих на досягнення комунікативної мети, що охоплює планування процесу мовленнєвої комунікації залежно від конкретних умов спілкування та особистостей комунікантів, а також реалізацію цього плану» [6: 54].

Комунікативну стратегію ми визначаємо як різновид комунікативної поведінки або комунікативної взаємодії, під час якої мовець використовує різні вербальні та невербальні засоби для досягнення певної комунікативної мети. Стратегія — це спільна рамка, канва поведінки мовця, що характеризує комунікативний акт.

У витлумаченні поняття «комунікативна тактика» переважає теза, що це сукупність мовленнєвих прийомів, які допомагають мовцеві досягнути мети в кожній окремій ситуації [3]. Ми поділяємо таку думку з одним лише застереженням: вибір адресантом засобів мовлення обов'язково має бути прогнозованим. Ефективність тактики полягає насамперед у свідомому виборі учасниками діалогу мовленнєвих засобів з огляду на різні чинники: власний досвід, специфіку конкретної ситуації, статус та вік мовців тощо. З огляду на це вважаємо, що **комунікативна тактика** — це єдність практичних мовленнєвих ходів у реальному процесі комунікативної взаємодії, які програмують реалізацію стратегічно визначених намірів мовця.

Обрання лікарем стратегій і тактик значною мірою зумовлене специфікою етапів, на яких відбувається його спілкування з пацієнтом. Це етапи знайомства, опитування, об'єктивного обстеження та етап рекомендацій.

Автокомунікація є одним із способів вербалізації **стратегії оптимізації діалогу**, який досить активно використовує лікар на етапах опитування та об'єктивного обстеження. Це зумовлено спрямуванням згаданої стратегії саме на цих етапах спілкування: після отримання лікарем первинної інформації оптимізувати нормальний перебіг діалогу з пацієнтом таким чином, щоб виявити нові факти про його фізичний стан. Для цього лікар застосовує вже інші тактики, що мають відповідне мовне вираження. Якщо на етапі знайомства лікар, використо-

вуючи тактику налагодження контакту, вживає переважно загальнопитальні речення (**Що Вас турбує? На що Ви скаржитесь? Що Вас привело до мене?** тощо), то на етапі опитування він вдається до інших мовних ходів, які сприяють тому, щоб серед численних скарг, з якими до нього звертається пацієнт, виділити найвагоміші для встановлення попереднього діагнозу. Однією з таких тактик є **тактика перепитування**. Забезпечуючи підтримання контакту, вона сприяє переформатуванню діалогу внаслідок застосування такого виду мовленнєвої діяльності, як автокомунікація. Перепитуючи, лікар спонукає пацієнта повідомити додаткові факти і водночас створює можливості для себе осмислити почуте, заглибитися в самоаналіз, звертається до свого власного професійного досвіду для віднайдення в ньому аналогічних ситуацій чи фахових пояснень тих чи інших симптомів, станів, відчуттів пацієнта. Для підтримання діалогу з пацієнтом лікар вживає питальні речення:

Пацієнт (далі П): *У мене безсоння. І якась постійна тривога.*

Лікар (далі Л): **Безсоння? Тривога?**

“Безсоння?..Тривога?..” — перепитує лікар, подумки вибудовуючи віддалені прогнози щодо діагнозу. Такі ситуації спостерігаємо в багатьох діалогах на етапі опитування і вони виглядають як незапланований акт у мовленні лікаря, що постає спонтанно, як, можливо, не до кінця усвідомлена комунікативна потреба. Перепитуванню підлягає здебільшого елемент інформації, найбільш значущий для лікаря. Перепитуючи, він не так прагне підтвердити почуте, як переадресувати відповідь пацієнта собі як питання:

П: *У мене часто ниють руки. Не знаю, чому. Нічого важкого я не піднімаю, а вони болять і ниють.*

Л: **Болять і ниють?**

Питальна семантика репліки-перепитування зумовлена лише прагматикою намірів лікаря: створити умови для спілкування з власним «я», дати відповідь на власне питання: *Чому ж вони в нього болять і ниють?* Первинна комунікативна функція перепитування втрачається: воно набуває автокомунікативного змісту, перетворюючись на підґрунття розумового планування суб'єктом (лікарем) своїх дій.

Такий тип перепитування має автокомунікативний характер, оскільки відтворює різноманітні розумові процеси, що відбувається у свідомості лікаря. Саме вони стають основою для створення висловлень, орієнтованих на подальшу комунікативну взаємодію. Тут маємо начебто два мовленнєвих акти: один безпосередньо співвідноситься з об'єктом мовлення (лікар — пацієнт: **я — ти**), інший є непрямую мовленнєвою дією, вираженням внутрішньої мови лікаря (**я — я**). Те, що перепитування з'являється здебільшого на початку діалогу, в межах перших реплік, означає, що в такий спосіб лікар прагне визначити релевантні ознаки стану пацієнта. Упродовж діалогу перепитування може з'явитися вдруге:

- П: У мене гіркота в роті.
Л: **Гіркота в роті?**
П: Десь близько півроку.
Л: **Півроку?** А коли упродовж дня з'являються болі?
П: Мені здається, що більше зранку.
Л: **Зранку?**

Зосереджуючи увагу на певному симптомі, лікар перепитує і паралельно з перепитуванням здійснює мисленнєву операцію, визначаючи причину появи симптому. Виявлення цієї причини зумовлює напрямок подальшого опитування:

- Л: Коли з'являється відчуття гіркоти?
П: Частіше зранку.
Л: **Зранку?**
П: Так, найчастіше зранку.
Л: А ви ніколи не хворіли на гепатит?
П: Так, було, років десять тому.
Л: **Десять років?**

Репліки-перепитування можуть бути виражені різними синтаксичними моделями. Це неповні питальні речення, подібні до тих, які І.Р. Вихованець кваліфікує як “речення з частковою реалізацією їх структурних схем, тобто речення з пропущеними членами, необхідність яких зумовлюється семантико-синтаксичною валентністю окремих членів і зв'язком із наявними в реченні членами” [5: 103]. Виявлені в аналізованому матеріалі неповні речення-перепитування за співвідношенням формальних і семантичних ознак належать до виділеного ним типу формально і семантично неповних речень [5]. Як відомо, цей тип речень поділяють на ситуативні (усне мовлення) і контекстуальні (писемне мовлення), залежно від того, що сприяє відтворенню пропущених членів речення — ситуація чи контекст. За ознакою вживання в усному мовленні речення-перепитування можна кваліфікувати як ситуативні неповні. Водночас такі речення відзначаються своєрідністю, суть якої полягає в тому, що неповне речення побудоване, зважаючи на структуру попереднього речення, яке є основою для перепитування. Ця особливість характерна для контекстуальних неповних речень:

- П: Тут я відчуваю поколювання.
Л: **Поколювання?** (Тут Ви відчуваєте поколювання?)

Унаслідок поєднання цих ознак (уживання в усному мовленні, з одного боку, і побудова речення-перепитування, зважаючи на структуру попереднього речення співрозмовника, з іншого боку), можна вважати, що такі неповні речення-перепитування мають характеристики як ситуативно, так і контекстуально неповних речень.

Конситуативна зумовленість неповних речень-перепитувань визначає можливості відтворення пропущених членів. Таке відтворення в репліках-перепитуваннях лікаря має певні особливості, пов'язані з відсутністю експлікованого суб'єкта дії. У цих ситуаціях можливе неоднозначне тлумачення суб'єкта, який корелює з напрямом комунікативної настанови з боку лікаря. Суб'єктом дії може бути учасник

діалогу — пацієнт, якого у відтвореній повній репліці лікаря позначає займенник другої особи. У такому разі комунікативну спрямованість на пацієнта реалізує структура «**я — я**»:

П: *Тут я відчуваю різкий біль.*

Л: *Різкий? (Тут **Ви** відчуваєте різкий біль?)*

За такого тлумачення спостерігаємо відмінність у лексичному наповненні позиції суб'єкта в репліці пацієнта та у відтвореному повному реченні-перепитуванні, яке належить лікареві. Ця відмінність пов'язана з лексичним наповненням позиції суб'єкта особовими займенниками **я** і **Ви (ти)**, що позначають учасників комунікації у структурі неповного речення-перепитування, яка є відбитком структури попередньої репліки діалогу; наявний елемент дзеркального зміщення є наслідком зміни суб'єкта, що мотивовано ситуацією мовлення. У репліках пацієнта, який повідомляє про свої відчуття, суб'єктом є він сам, тому позиція суб'єкта вербалізована займенником першої особи однини **я**. Відповідно у відтворених репліках лікаря пацієнт є співрозмовником, а отже, об'єктом мовлення в діалозі, тому ця позиція вербалізована особовим займенником другої особи **Ви, ти**.

Водночас можливе й інше тлумачення: напрям комунікації можна розглядати як такий, що реалізує себе в структурі «**я — я**», тобто в автокомунікації, коли внутрішнє мовлення лікаря спрямоване на самого себе. У цьому фрагменті спілкування пацієнт виступає як особа, що не бере участі в діалозі, тому у відтвореному повному реченні-перепитуванні суб'єкт дії позначений займенником третьої особи однини **він (вона)**:

П: *Тут **я** відчуваю різкий біль.*

Л: *Різкий? (Тут **він (вона)** відчуває різкий біль?)*

Як бачимо, проаналізовані репліки-перепитування не мають чітко визначеного комунікативного спрямування. Їх можна тлумачити як такі, що спрямовані на пацієнта (комунікація реалізує себе в структурі «**я — ви**»), і як такі, що спрямовані лікарем на самого себе (це автокомунікація, яка реалізує себе в структурі «**я — я**»). Тому є підстави вважати ці репліки своєрідним виявом автокомунікації, який належить до периферійних засобів вираження зазначеного мовного явища.

Структурно-граматичний аналіз неповних речень-перепитувань пов'язаний із виявленням формальних ознак попередніх реплік діалогу, за якими можна відтворити пропущені члени речення. Зазвичай синтаксична структура попереднього речення відображена в неповному реченні-перепитуванні. Ми зафіксували неповні речення-перепитування, які після відтворення пропущених членів формують конструкції двоскладної будови:

П: *З лівого боку я відчуваю оніміння.*

Л: *З лівого? (З лівого боку **ви** відчуваєте оніміння?)*

Якщо попередня репліка пацієнта є неповним двоскладним реченням, зазвичай еліптичним, то після відтворення пропущених членів репліка-перепитування лікаря має аналогічну будову:

П: *У мене набряки на ногах.*

Л: *Набряки на ногах? (У вас набряки на ногах?)*

Зафіксовано також неповні речення-перепитування, які після відтворення пропущених членів набувають форми односкладного речення:

П: *Мене постійно лихоманить.*

Л: *Лихоманить? (Вас постійно лихоманить?)*

Неповних односкладних речень-перепитувань не виявлено, що пояснюється специфікою мовленнєвої діяльності лікаря, яка потребує ґрунтовного пояснення його реплік.

У вживаних лікарем неповних реченнях-перепитуваннях може бути різне співвідношення наявних і пропущених членів речення. Трапляються двоскладні речення-перепитування з пропущеним підметом і наявним присудком:

П: *Я не пам'ятаю кількості абортів.*

Л: *Не пам'ятаєте? (Ви не пам'ятаєте кількості абортів?)*

Ці речення-перепитування в мовленні лікаря представлені незначними вкрапленнями унаслідок того, що названа пацієнтом дія рідко потребує поглибленого осмислення лікарем, результатом якого і є акт автокомунікації.

Виявлено також двоскладні речення-перепитування з пропущеними підметом і присудком та наявними другорядними членами:

П: *У мене зранку з'являється похмільний синдром.*

Л: *Зранку? (У вас зранку похмільний синдром?)*

Зафіксовано також односкладні речення-перепитування з пропущеним головним членом та наявними другорядними членами та односкладні речення-перепитування з пропущеними другорядними членами та наявним головним членом:

П: *Мене ще вчора нудило.*

Л: *Звечора? (Вас ще вчора нудило?)*

П: *У мене болить шостий верхній зуб.*

Л: *Верхній шостий? (У Вас болить верхній шостий зуб?)*

Цей своєрідний за структурою та семантикою різновид неповних речень є досить активним засобом реалізації **стратегії оптимізації діалогу**, коли мовний контакт підтримують завдяки перекодуванню вихідного повідомлення, трансформованого контекстом діалогу. Це і є виявом автокомунікації, наявної у мовленні лікаря під час опитування пацієнта.

Автокомунікація виявляє себе також у процесі реалізації лікарем **тактики повторювання**, яка вербалізується повторенням деяких елементів розповіді пацієнта, що є досить поширеними в дискретному медичному дискурсі:

Л: *Набряки бувають?*

П: *Не буває.*

Л: **Так, не буває.** А судоми?

Повторення елементів зазвичай з'являються тоді, коли лікар, прагнучи точності й адекватності у визначенні діагнозу, створює для себе певний часовий простір для обмірковування почутого. Так починається ніби внутрішній діалог лікаря із самим собою у прагненні знайти причини названих пацієнтом симптомів захворювання. Відбувається це в різний спосіб. У разі використання повторів лікар спілкується з пацієнтом, повторюючи останні сказані ним слова, і водночас подумки звертається до самого себе.

П: *Після стаціонару мені стало легше. Набагато. Але останнім часом знову інколи з'являється відчуття нудоти.*

Л: **Ага, нудоти...**

П: *Буває зовсім несподівано.*

Л: **Так, несподівано...**

П: *А вчора раптом нудота змінилася запамороченням.*

Л: **Значить, запамороченням...**

З боку формально-граматичної організації такі репліки лікаря можна розглядати як неповні двоскладні або односкладні речення, у яких пропущені члени відтворюються з попередніх реплік діалогу:

П: *У мене з'явилися висипи на тілі.*

Л: **Так, висипи...** (У вас з'явилися висипи на тілі)

Трапляються також репліки-повторення, які є неповними двоскладними реченнями з наявним присудком і пропущеним підметом:

П: *У мене весь лівий бік німіє.*

Л: **Значить, німіє...** (Значить, у Вас увесь лівий бік німіє)

Виявлено й репліки-повторення, що є неповними двоскладними реченнями з наявним другорядним членом і пропущеною граматичною основою:

П: *Після вживання їжі я відчуваю важкість у шлунку.*

Л: **Важкість...** (Після їжі Ви відчуваєте важкість у шлунку)

Зрідка трапляються односкладні неповні речення зазвичай із наявним другорядним пропущеним головним членом речення:

П: *У мене взяли гістологію...*

Л: **Так, взяли...** (У Вас взяли гістологію)

Уживання повторень відбиває притаманне лікарям-фахівцям прагнення до точності й адекватності сприйняття інформації, яку їм повідомляє пацієнт:

Л: *Що Ви відчуваєте після вживання їжі?*

П: *Біль у шлунку, нудоту. Буває навіть блювота.*

Л: **Так, нудота... І блювота буває...**

Такі повторення є фрагментарними виявами внутрішнього монологу лікаря-аналітика, у свідомості якого відбувається складна внутрішня робота, пов'язана з декодуванням інформації, наданої пацієнтом:

Л: А вчора яка була температура?
П: Висока, доходила до сорока градусів.
Л: Так, **до сорока градусів...**
П: Спочатку я її парацетомолом збивав, а потім анальгін з аспірином випив два рази. Після цього наче полегшало. Швидку не міг викликати, бо дача далеко за містом. Сьогодні сину додзвонився, то він мене забрав і до вас привіз.
Л: Зрозуміло, **парацетомолом... Анальгін, аспірин... і полегшало.**

Повторення лікарем елементів почутого — це фіксація інформації, джерелом якої є суб'єктивні відчуття пацієнта. До себе лікар ніяких тактик не застосовує, але наявні мовні засоби, у яких виявляє себе його друга статусна роль — роль аналітика. Саме для виконання цієї ролі і залучає лікар **тактику повторення** окремих елементів розповіді пацієнта під час опитування:

Л: На що скаржитесь?
П: Нудота, головний біль, слабкість...
Л: Загальна **слабкість**, так... А ще на що Ви скаржитесь?

Після повторень лікар здебільшого продовжує опитування:

Л: Кашель буває?
П: Ні. Не буває.
Л: **Не буває...** А сухість у горлі відчуваєте?

Повторення елементів почутого — це своєрідна словесна фіксація стану хворого, наявності/відсутності певної ознаки, релевантної для визначення діагнозу. Вони можуть мати різну структуру, що співвідноситься з модифікаціями елемента розповіді пацієнта, які робить лікар. Так, він може повторювати елемент розповіді пацієнта без змін:

Л: Де локалізується біль?
П: У правому підребер'ї.
Л: **У правому підребер'ї...**

Лікар може змінювати структуру простого речення, яке повторюється:

Л: Нудота буває?
П: Ні.
Л: **Не буває...**

У такий же спосіб можуть змінюватися і структурні ознаки складного речення:

Л: Головний біль з'являється коли?
П: Коли хоче, коли його не просять.
Л: **Коли його не просять, тоді й з'являється.**

У згаданих ситуаціях пацієнт вживає підрядну частину складнопідрядного речення, ніби завершуючи попереднє питання лікаря. А лікар, повторюючи думку пацієнта, продовжує висловлену пацієнтом підрядну частину, вибудовуючи повноцінне складнопідрядне речення.

Можлива й зміна лікарем обсягу інформації, яку надає пацієнт. Це здебільшого звуження обсягу інформації для її уточнення:

Л: У підлітковому віці у Вас були хвороби горла?

П: Ну як, постійно, абсцеси...тонзиллярні.

Л: **Паратонзиллярні абсцеси.**

Усі проаналізовані види повторень засвідчують здійснену лікарем внутрішню аналітичну роботу. За структурою і семантикою такий тип повторень збігається із значною частиною описаних Н.Ю.Шведовою власне повторів, мета яких уповільнити темп діалогу та виграти час для обмірковування репліки співрозмовника та відповіді на неї [12].

Вияви автокомунікації в мові лікаря з'являються також на етапі об'єктивного обстеження, зокрема під час аналізу інформації, зібраної з об'єктивних джерел як номінація ознаки. Джерелом об'єктивної інформації може бути: огляд (візуальний, прослуховування, тактильний, пальпація, перкусія, нюхання); читання результатів аналізів (крові, сечі, калу, мокротиння); розгляд рентгенівських знімків; вимірювання температури, тиску тощо; розшифрування ЕКГ, ехограм, сонограм; ультразвукове дослідження, гастроскопія, бронхоскопія і под.

Аналіз об'єктивної інформації супроводжується в мові лікаря називанням спостережуваної ознаки:

Л: У Вас є аналіз сечі?

П: Ось.

Л: Ага, **аксалати...**

З отриманої об'єктивної інформації лікар вибирає ознаки, що вирізняються певним відхиленням від норми, і номінує їх. Речення з такою інформацією мають своєрідну семантику, яка в згорнутому вигляді містить коментар до об'єктивно зібраних показників:

Л: Дайте аналіз сечі.

П: Ось.

Л: **О, білок...** А де аналіз крові?

П: Десь у вас, я вже приносив.

Л: Ага, ось він лежить, подивимось...Так, так... **І лейкоцити...**

Розгортання такого коментаря може вилитися в значний за обсягом текст, що подає ідентифікацію об'єктивної ознаки, протиставлення норми та аномалії, оцінку ознаки, фіксацію причиново-наслідкового зв'язку між нею та змінами, що відбулися в організмі пацієнта. У розгорнутій формі репліка лікаря, що складається формально з одного речення, може відповідати приблизно такому текстові: *Усі показники відповідають нормі, за винятком показника наявності білка в сечі. Цей показник є релевантним, оскільки свідчить про фізіологічну зміну.* Трапляються діалоги, у яких такі коментарі лікаря є досить поширеними: *Так, аналіз сечі... Усе нормально, правда, є білок і значно перевищує норму кількість лейкоцитів. Отже, десь запалення...* Зафіксовано репліки, у яких констатують тільки наявність ознаки, але не характеризують її: *Поверніться спиною. Дихайте. Шуми.* Наявні також репліки, у яких ознака отримує характеристику, що вказує на якесь відхилення від норми: *Поверніться спиною. Дихайте. Шуми глухі.* Такий коментар сприяє тому, що певна ознака набуває статусу симптому.

Отже, наведені репліки — це своєрідний **коментар-міркування**, який допомагає лікареві зосередитися на спостережуваних ознаках, осмислити їх у процесі спілкування з пацієнтом. У такий спосіб відбувається мисленнева операція, яка і є виявом автокомунікації. Наявність перепитувань, повторень та номінування ознаки дає підстави вважати, що автокомунікація належить до тих мовних явищ, які дослідники кваліфікують як діалогічну цитацію. Так, на думку Н.Д. Арутюнової, «явище діалогічної цитації різномірне і не має чітких контурів. Цитація межує з такими явищами, як цитування, пряма, непряма і невластна пряма мова, повтори, перепитування, літературні ремінісценції тощо» [1: 50].

Автокомунікація як вияв мовленнєвої діяльності реалізується і тоді, коли лікар у контексті **стратегії оптимізації діалогу** використовує **тактику позитивного оцінювання**, що властива етапам опитування та об'єктивного обстеження. На етапі опитування ця тактика виявляє себе в конструкціях, де вербалізованим є один член речення, позиція якого заповнена лексею позитивно-оцінної семантики **добре, чудово, гаразд, прекрасно**:

- 1) Л: Скільки часу вас турбує гіркота?
П: Десь біля півроку.
Л: **Добре**. А в який період дня?
2) Л: У вас є якісь соматичні захворювання? Нирки? Печінка?
П: Ні, немає.
Л: **Прекрасно**. А туберкульозом не хворіли?
3) Л: Краплі у вас при собі є які-небудь?
П: Так, "Максітрол".
Л: **Чудово**. А «Офтодент» не пробували?
4) П: Після операції я почуваю себе значно краще.
Л: **Чудово**. А повторні аналізи робили?

Репліка лікаря фактично означає: те, що пацієнт після операції почуває себе значно краще, є чудово. Лексема оцінної семантики вербалізує присудок головної частини займенниково-співвідносного складнопідрядного речення. Можна припустити, що позицію підмета займає головне слово **те** і підрядна частина, яка цього слова стосується. Пропущений підмет називає ситуацію, про яку повідомляє пацієнт у попередній репліці: **Те є прекрасно**. Вербалізований лікарем компонент оцінної семантики можна кваліфікувати як наявний у реченні присудок. За структурними ознаками конструкції на зразок **Добре. Чудово. Прекрасно** уподібнюються до двоскладних неповних речень з пропущеним підметом, у яких лексема оцінної семантики заповнює позицію іменної частини складеного присудка з нульовою зв'язкою. Оцінку дають усій ситуації, про яку повідомляє пацієнт:

- Л: Лікувальну гімнастику робите?
П: Так, роблю.
Л: **Чудово**. А масаж спини?

В усіх проаналізованих репліках лікаря нульова форма зв'язки передає значення теперішнього часу. Семантика лексеми в позиції

предикатива визначає зміст цих речень як наявність оцінки. Позитивний характер оцінки простежуємо в усіх реченнях з предикативами зазначеного лексичного вираження, тоді як негативної оцінки в зазначених контекстах не виявлено. Це зумовлено характерною для фаху лікаря налаштованістю на позитивне розв'язання проблем, намаганням створити і підтримувати оптимістичний настрій у пацієнта.

Позитивний зміст оцінки чітко виявляє себе в лексемах **добре, прекрасно, чудово**, які завжди вживає лікар як реакцію на ситуацію, що може викликати у нього схвалення:

1) Л: *Які трави ви вживаєте?*

П: *Кукурудзяні рильця, безсмертник: ці трави знімають біль.*

Л: **Прекрасно.** *А як швидко біль зникає?*

2) Л: *Цукор не підвищений у вас?*

П: *Ні.*

Л: **Чудово.** *А білок в нормі?*

Що стосується лексеми **добре**, то вона може вживатися в різних контекстах. Це насамперед контекст, який прогнозує схвальну реакцію лікаря:

Л: *Скільки було у вас вагітностей?*

П: *Три.*

Л: **Добре.** *А пологів?*

Лексему **добре** лікар уживає і в контексті, що містить інформацію, яку не можна не оцінити позитивно:

Л: *Біль у вас постійний чи тимчасовий?*

П: *Тимчасовий, найчастіше з'являється, коли довго не їм.*

Л: **Добре.** *А в якій частині живота з'являється біль?*

Тоді, коли лексему **добре** вжито в контекстах з негативно оцінюваною інформацією, вона втрачає свій позитивний оцінний зміст, зазнає десемантизації і використовується в діалозі як своєрідний знак, що засвідчує увагу лікаря до інформації, яку надає пацієнт:

Л: *У вас з якого боку пішла біла пелена? Чи просто туман з'явився перед очима?*

П: *Відразу перед очима біла пляма.*

Л: **Добре.** *А не сльозились очі?*

Уживаючи речення з лексемою **добре**, лікар здебільшого не оцінює інформацію, а фіксує для себе актуальні елементи повідомлюваного. Це означає, що повідомлюване сприйняте й зафіксоване лікарем, уведене до системи його міркувань, пов'язаних з діагностуванням чи вибором тактики лікування.

Таку ж функцію виконує лексема **гаразд**, що є своєрідним сигналом закінчення певної теми в бесіді лікаря з пацієнтом:

Л: *Чим ви хворіли за все своє життя?*

П: *На кір, вітряною та вірусними захворюваннями.*

Л: **Гаразд.** *А чи буває у вас печія чи нудота?*

Як спосіб фіксації уваги вживається і предикатна лексема **зрозуміло**. Ця лексема також десемантизується і слугує лише знаком того,

що лікар сприймає те, що говорить пацієнт, зосереджує на цій інформації свою увагу і заохочує пацієнта до подальшого спілкування:

Л: *Давно у вас руки болять?*

П: *Уже три місяці.*

Л: *Болять саме у фалангах?*

П: *Так, особливо у фалангах.*

Л: **Зрозуміло.** *Раніше лікувалися з цього приводу?*

Десемантизовані лексеми **добре, гаразд, зрозуміло** здебільшого можуть взаємозамінюватися, що підтверджує їх функціонально-семантичну співвіднесеність:

Л: *Ви вночі, як спите, нітнієте?*

П: *Під ранок вся постіль мокра, особливо шия, груди, голова.*

Л: **Добре (зрозуміло, гаразд).** *А температура протягом дня тримається постійна?*

Зазвичай зазначені речення з десемантизованими лексемами не вживають як окрему репліку лікаря. Після такого речення репліку продовжують, але відбувається зміна напрямку опитування або зміна об'єкта опитування. Десемантизована лексема якраз і сигналізує про таку зміну. Аналогічну роль виконує і слово-речення **так**, використання якого також свідчить про те, що мовець фіксує свою увагу на певних елементах повідомлюваного. Здебільшого можлива взаємозаміна згаданих десемантизованих лексем словом **так**:

Л: *У Вас ноги не набрякають?*

П: *Буває, особливо наприкінці дня.*

Л: **Так (добре, зрозуміло, гаразд).** *А як Ви знімаєте набряки? Чи нічого не робите?*

У межах однієї репліки слово **так** може поєднуватися з однією із десемантизованих лексем:

Л: *Що вас непокоїть?*

П: *Швидко втомлююсь, постійна слабкість.*

Л: **Так, добре...** *А як спите?*

Поєднання таких лексем створює ефект підсиленої фіксації уваги лікаря на певних симптомах, а також увиразнює знак завершення однієї мікротеми в опитуванні і переходу до іншої. Водночас аналізуючи інформацію, надану пацієнтом, лікар реалізує процес внутрішнього мовлення, яке фрагментарно втілюється в спонтанних висловленнях, що мають різну форму, а також оцінно-емоційне забарвлення різної мотивації. Ці спонтанні висловлення, що є виявом внутрішнього мовлення лікаря, не спрямовані на співрозмовника, але забезпечують комунікативний контакт із ним, завдяки чому лікар-мовець оптимізує свою аналітичну діяльність.

Отже, автокомунікація — це такий різновид мовленнєвої діяльності лікаря, у якому реалізується його внутрішня робота, пов'язана з декодуванням інформації, наданої пацієнтом. Автокомунікація реалізується на етапах опитування та об'єктивного обстеження у **стратегії оптимізації діалогу**, що виявляє себе в **тактиках перепитування**, по-

вторювання та позитивного оцінювання. Основними мовними засобами, що сприяють вербалізації прагматичних намірів лікаря, є власне повторення, перепитування, номінація ознаки, лексеми позитивно-оцінної семантики.

1. *Арутюнова Н.Д.* Диалогическая цитация (К проблеме чужой речи) // Вопросы языкознания. — 1986 — №1. — С. 51—64.
2. *Бахтин М.М.* Эстетика словесного творчества. — М., 1979. — 445 с.
3. *Барсукова М.И.* Медицинский дискурс: к постановке проблемы // Античный мир и мы: Материалы докл. и сообщ. науч. конф. — Саратов, 2002. — С. 127 — 132.
4. *Бейлис Л.С.* Медицинский дискурс // Языковая личность: институциональный и персональный дискурс. — Волгоград, 2000. — С. 103 — 107.
5. *Вихованець І.Р.* Граматика української мови: Синтаксис. — К., 1993. — 368 с.
6. *Иссерс О.С.* Коммуникативные стратегии и тактики русской речи. — М., 2002. — 253 с.
7. *Карасик В.И.* О социолингвистическом анализе дискурса // Основное высшее и дополнительное образование: проблемы дидактики и лингвистики. — Волгоград, 2000. — Вып.1. — С. 135 — 148.
8. *Лотман Ю.М.* О двух моделях коммуникации в системе культуры // Труды по знаковым системам. — Тарту, 1973. — Вып. VI. — С. 232 — 270.
9. *Макаров М.Л.* Интерпретационный анализ дискурса в малой группе. — Тверь, 1998. — 247 с.
10. *Матвеева Г.Г.* Ньюансы смысла в скрытой прагмалингвистике. — Ростов-на-Дону, 2002 — Вып 1. — С. 152 — 167.
11. *Труханова И.В.* О разграничении понятий: речевой акт, речевой жанр, речевая стратегия, речевая тактика // Филологические науки. — 2001. — №3. — С. 55 — 61.
12. *Шведова Н.Ю.* К изучению русской диалогической речи // Очерки по синтаксису русской разговорной речи. Реплики-повторы // Вопросы языкознания. — 1965. — №2. — С. 53—64.
13. *Шейгал Е.И.* Семиотика политического дискурса. — Волгоград, 2000.— 230 с.
14. *Haverkate H.* Speech Acts, Speakers and Hearers. — Amsterdam & Philadelphia, 1984. — 216 p.

Nina Lytvynenko

AUTOCOMMUNICATION IN THE PROFESSIONAL MEDICAL DISCOURSES (ON THE DIALOGS «DOCTOR — PATIENT»)

Some types of doctor's speak activity as an autocommunication are analysed. Using the dialogs «doctor — patient» the leksiko-gramatical features of the professional medical discourses are considered.

Keywords: autocommunication, diskurs, communicative strategies and tactics