

УДК 811.161.2'42

Н. П. Литвиненко

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця (м. Київ)

КОМУНІКАТИВНІ СТРАТЕГІЇ І ТАКТИКИ У МЕДИЧНОМУ ДИСКУРСІ

Розглядаються особливості комунікативних стратегій і тактик у медичному дискурсі в контексті витлумачення цих понять у науковій літературі. Проаналізовано функціонування стратегії оптимізації діалогу та передбачуваних нею тактик на етапі знайомства лікаря з пацієнтом.

Рассматриваются особенности коммуникативных стратегий и тактик в медицинском дискурсе в контексте истолкования этих понятий в научной литературе. Проанализировано функционирование стратегии оптимизации диалога и предполагаемых ею тактик на этапе знакомства врача с больным.

In the article the question is about the features of communicative strategies and tactics in medical discourse in the context of interpretation of these concepts in scientific literature. Functioning of strategy of optimization of dialog is analysed and supposed by her tactics on the stage of acquaintance of doctor with to the patients.

У працях науковців дослідження комунікативних стратегій і тактик має досить широку варіативність, оскільки цими термінами послуговуються і в лінгвістиці, і в лінгводидактиці, і в соціолінгвістиці. Так, зокрема, американський вчений С. Робертс [11], розглядаючи проблему комунікативних стратегій як лінгводидактичну, основним її аспектом вважає наявність комунікативної компетенції, стверджуючи, що саме вона коригує розмову та впливає на її хід. Подібної думки дотримується американський дослідник Р. Тагоне [12], виокремлюючи такі ознаки комунікативної стратегії: прагнення мовця повідомити інформацію; пресуппозиція мовця про наявність або відсутність у слухача необхідних для сприйняття цієї інформації лінгвістичних або соціолінгвістичних структур; вибір мовцем одного із двох можливих варіантів мовленнєвої поведінки: або відмовитися від спроби передати інформацію слухачеві, або спробувати передати цю інформацію в інший спосіб.

Своєрідний підхід до витлумачення стратегій і тактик як невід'ємних елементів дискурсивної діяльності спостерігаємо у працях Т. А. Ван Дейка [1]. Вчений розглядає ці поняття у контексті аналізу ситуативних моделей дискурсу, виокремлюючи такі параметри, як індивідуальний досвід, установки та наміри, почуття та емоції комунікантів.

Аналізуючи комунікативну стратегію в контексті проблеми мовної особистості, М. Л. Макаров визначає це поняття як «ланцюжок рішень мовця, вибір ним комунікативних дій та мовних засобів» або «реалізацію набору цілей у структурі спілкування» [6, с. 138].

Деякі вчені співвідносять стратегії з прагматикою спілкування, тобто досягненням певних комунікативних цілей, а тактики – з мовним наповненням комунікативних ходів [3, с. 207]. Подібної думки дотримується також Є. В. Ключев, розглядаючи *комунікативну стратегію* як сукупність запланованих мовцем заздалегідь

та реалізованих у ході комунікативного акту тактичних ходів, спрямованих на досягнення комунікативної мети, а *комунікативну тактику* – як сукупність практичних ходів у реальному процесі мовленнєвої взаємодії. Комунікативну тактику, на відміну від комунікативної стратегії, науковець співвідносить не з комунікативною метою, а з набором комунікативних намірів [5, с. 11].

Аналізувати поняття стратегій і тактик у когнітивному аспекті пропонує Г. І. Приходько у статті «Текст і дискурс у світлі когнітивної науки», розглядаючи поняття «текст» як продукт мовлення, що є відображенням картини світу в іншій свідомості: «Застосування глобальних властивостей тексту, що співвідноситься з його статусом цілісного комунікативно-когнітивного інструменту, визначимо як стратегії тексту, а певні дії з елементами тексту, що з цього випливають, – тактиками» [8, с. 177]. Серед ознак стратегій тексту, які вирізняє Г. І. Приходько, є такі, що можна віднести й до характерних ознак стратегій дискурсу: динамізм, інформативність, активованість, перспектива.

У когнітивному аспекті розглядає поняття «стратегія» О. С. Іссерс, витлумачуючи його як комплекс мовленнєвих дій, спрямованих на досягнення певної мети. Відзначається, що стратегія, як різновид людської діяльності, має глибинний зв'язок з її мотивами та явний, видимий зв'язок з потребами та бажаннями [4, с. 57]. До найбільш суттєвих мотивів, що керують людською поведінкою, дослідниця відносить бажання бути ефективним (тобто вміти реалізувати інтенцію) та необхідність пристосуватися до ситуації.

Дослідниця вибудовує типологію комунікативних стратегій, вирізняючи найбільш значимі та допоміжні стратегії, що сприяють ефективному веденню діалогу. Основною стратегією виступає семантична (когнітивна), наприклад, дискредитація партнера третьої особи або підпорядкування партнера, допоміжними – прагматична (створення іміджу, формування емоційного настрою), діалогова (контроль над темою, контроль над ініціативою), риторична (залучення уваги, драматизація) [4, с. 108].

Отже, з огляду на теоретичний аспект проблеми очевидним є те, що узгоджений діалогічний дискурс вибудовується з урахуванням реалізації комплексу комунікативних стратегій, які, по-перше, безпосередньо пов'язані з мовленнєвою поведінкою кожного з учасників діалогічної інтеракції і поза ним не розглядаються співрозмовниками, а, по-друге, маркуються певним чином за допомогою відповідних лінгвістичних показників, які здатні відображати ієрархічну організацію діалогічного дискурсу, представленого у вигляді мовленнєвих тактик (ходів, кроків, реплік, висловлювань). Стратегія – це вміння керувати, зумовлене правильними прогнозами щодо мети спілкування, а тактика (точніше, тактики) – це прийоми, що сприяють досягненню цієї мети. Стратегія спілкування орієнтує на розвиток комунікативних тактик, дотримання тональності спілкування. Тому є підстави вважати стратегію у фаховому спілкуванні як своєрідний комунікативний план, що передбачає відповідну професійну компетентність. При цьому слід враховувати як спосіб корекції мовної взаємодії при передачі інформації, так і структуру та механізми впливу на партнера з метою вирішення професійно-практичних задач.

У цьому сенсі досить цікавою виглядає проблема формування комунікативних стратегій і тактик у площині інституційного дискурсу, зумовлених спрямуванням того соціального інституту, у сфері якого цей дискурс функціонує.

Яскравим прикладом такої зумовленості може бути функціонування комунікативних стратегій і тактик у структурі інституційного медичного дискурсу, призначенням якого є надання кваліфікованої допомоги хворій людині.

Медичний дискурс об'єктивно вирізняється в системі інституційного дискурсу з огляду на соціально-рольові ознаки, комунікативні та структурно-семантичні особливості. Ми вважаємо, що визначальним чинником застосування лікарем відповідних стратегій і тактик є етапи його комунікативної взаємодії з пацієнтом.

Початковою ланкою такої взаємодії є етап знайомства, впродовж якого лікар з'ясовує дані організаційного характеру, попередньо визначає особливості фізичного та психічного стану пацієнта, налаштовує його на відвертість та тривалі довірливі стосунки.

Особливість етапу знайомства полягає в тому, що лікар уважно вислуховує скарги пацієнта з метою відчутти суб'єктивний світ його переживань, зумовлених порушенням здоров'я. Під час знайомства лікар формує уявлення про пацієнта та його захворювання, співвідносить об'єктивні спостереження із суб'єктивним їх описом. З першої зустрічі, прагнучи відстежити всі особливості внутрішньої картини хвороби, лікар оптимізує розповідь пацієнта, заохочує до відвертості. Тому основною на цьому етапі ми вважаємо **стратегію оптимізації діалогу**, спрямовану на досягнення високоефективної комунікативної взаємодії. Названа стратегія реалізується у відповідних тактиках згідно з діалогічним, інтерактивним принципом комунікації. Це насамперед **організаційно-етикетна тактика**, до якої вдається лікар, прагнучи оптимізувати діалог, регламентувати стосунки з пацієнтом, отримати від нього інформацію довідкового характеру.

Застосовуючи цю тактику, лікар з'ясовує для себе необхідні відомості про пацієнта, його анкетні дані (прізвище, вік, стать, місце проживання) та статусно-рольові характеристики (професія, освіта, місце роботи), готуючи підґрунтя для подальшого процесу лікування. Така інформація хоч і не є визначальною для встановлення діагнозу, однак сприяє подальшому контакту лікаря з пацієнтом.

Досліджуваний матеріал засвідчує, що в дискурсі лікарів наявні певні комунікативні напрацювання, пов'язані з мовленнєвим вираженням поведінки комунікантів. Ними є насамперед стилістично нейтральні, невимушені форми вітання (*Здрастуйте! Доброго дня! Доброго здоров'я! Вітаю Вас!*). Такі форми отримують мовне вираження в етикетних формулах ввічливості, за якими закріплені відповідні синтаксичні конструкції, типове лексичне наповнення та інтонація, яка може супроводжуватися відповідними жестами, що виражають запрошення, уважним поглядом тощо. Володіння лікарем етикетними правилами та нормами поведінки згідно з його статусно-рольовими характеристиками сприяє обранню ним оптимальних мовних засобів, що забезпечують встановлення, підтримання та зміцнення індивідуального контакту.

Мовні засоби, що зосереджують у собі етикетний зміст, зокрема вітання, можуть варіюватися. Таке варіювання здебільшого зумовлене особистісними рисами пацієнта, на які орієнтується лікар, добираючи доцільну форму вітання. Так, вітаючи людей старшого віку, жінок, лікар застосовує більш нейтральні мовні формули, на зразок: *Доброго дня! Здрастуйте!* Вітання дітей, підлітків може бути більш розкутим: *Привіт!* Меншою мірою варіювання формул вітання залежить від особистісних рис лікаря, хоч певна закономірність тут також є. Лікарі старшого віку більш консервативні у вітанні різних категорій пацієнтів, тому ряд мовних формул в них більш одноманітний: *Доброго дня! Здрастуйте! Доброго здоров'я!*

Отже, форми вітання на етапі знайомства лікаря з пацієнтом можуть коливатися від нейтральних до емоційно виражених залежно від комунікативної ситуації, в контексті якої реалізується організаційно-етикетна тактика.

Для реалізації стратегії оптимізації діалогу актуальною для комунікації лікаря та пацієнта є також **пропозиційно-волюнтативна тактика**, коли лікар ставить

за мету організувати своє спілкування з пацієнтом, пропонуючи йому виконати певні дії або відповісти на ряд питань. Ці питання і дії є певним ритуалом, оскільки поведінка лікаря на етапі знайомства має також організаційно-етикетне спрямування: він запрошує пацієнта до кабінету, пропонує назватися та викласти свої скарги, однак при цьому наявні стереотипні формули волевиявлення, в основі яких лежать речення відповідної синтаксичної будови: *Увійдіть. Будь ласка, заходьте. Підійдіть ближче.* Запрошуючи пацієнта до спілкування, лікар пропонує йому виконати певні дії і водночас спонукає його до такої діяльності.

Мовними засобами пропозиційно-волюнтативної тактики є спонукальні речення з дієслівним присудком у формі наказового способу другої особи множини чи, рідше, однини на кшталт: *Дайте картку! Повторіть адресу, будь ласка!* За змістом та лексичним наповненням такі речення досить однотипні і стандартизовані відповідно до процедури лікарського прийому, що має свою традицію і виробничу доцільність. За будовою такі речення є односкладними означено-особовими: *Сідайте, будь ласка! Проходьте! Назвіться, будь ласка!* За цих обставин можливе вживання слова-кваліфікатора *прошу*, етикетних сполук *будь ласка, будьте ласкаві* тощо, наявність чи можливість уживання яких визначають основні контекстуальні показники цього типу спонукування: *(Прошу) Сідайте. Назвіться.– (Будь ласка), розкажіть про Ваші проблеми.* Як бачимо, головний член односкладного означено-особового речення в обох випадках виражений дієсловом у формі другої особи множини наказового способу, що засвідчує нейтральний характер волевиявлення лікаря у процесі реалізації ним **пропозиційно-волюнтативної тактики** на етапі знайомства.

Спонукальність у названих реченнях пов'язана з волею лікаря до здійснення пацієнтом певних дій у момент спілкування. Такі речення можуть бути односкладними неповними з пропущеним головним членом та наявними другорядними членами: *Ваше прізвище! Рік народження! (Назвіть ваше прізвище! Назвіть ваш рік народження!)* Оскільки пропущений член речення можна відтворити із ситуації спілкування, такі речення кваліфікують як ситуативні неповні. У контексті медичного дискурсу під час знайомства лікаря з пацієнтом такі спонукальні речення містять переважно пропозиційний зміст.

Особливість пропозиційно-волюнтативної тактики полягає зокрема і в тому, що спонукування до знайомства може бути виражене лікарем у непрямий спосіб через питальні речення: *Яке Ваше прізвище? У якому році Ви народились?* Така форма в порівнянні з будь-яким різновидом спонукальних речень є менш категоричною і сприяє налагодженню контакту між лікарем та пацієнтом.

В аналізованих реченнях, як бачимо, дієслівні присудки можуть бути у формі однини й множини: *Заходьте (заходь), будь ласка! Назвіть (назви) своє прізвище! Присядьте (присядь) на кушетку.* Однак форма однини можлива лише в тих випадках, коли лікар спілкується з пацієнтом, значно молодшим за віком, переважно з дитиною чи підлітком: *Хлопче, підійди ближче!* Форма множини вживається значно частіше, бо основним для лікаря є звертання до пацієнта на Ви, так зване «Ви ввічливості»: *Присядьте на кушетку.* Саме ця форма здебільшого зумовлює тональність спілкування лікаря з пацієнтом, диктує вживання відповідних синтаксичних конструкцій.

Стратегія оптимізації діалогу знаходить своє вираження також у **тактиці налагодження контакту**, яка акумулює в собі аналогічну функцію мовленнєвого етикету, можливу лише за умови контактного спілкування. У ситуації діалогу

«лікар – пацієнт» комунікативна настанова лікаря налаштована на відбір мовних засобів для встановлення, підтримання та зміцнення індивідуального контакту.

Тактика налагодження контакту передбачає використання певних висловлень, що сприяють початку розмови, її підтримувannya, фокусуванню уваги на конкретному елементі ситуації:

Пацієнт: *Можна увійти?*

Лікар: **Так, так, прошу.**

У перші хвилини зустрічі з пацієнтом зміст таких висловлень, які добирає лікар, найчастіше визначається ситуативними чинниками, на які він звертає увагу, вербалізуючи свої емоції: здивування, схвалення, несхвалення, співчуття тощо. Це можуть бути розповідні та питальні емоційно забарвлені речення на зразок: 1. *Боже мій, дідуся, чого ж Ви лікаря додому не викликали?!* (до пацієнта значно старшого віку з важкою ходою). 2. *Заходьте, але з таким кашлем прикривайтеся хустинкою* (до пацієнта із сильним нежитем).

Лаконічне за формою чи розгорнуте, знайомство лікаря з пацієнтом має бути діловим і водночас сприятливим для встановлення контакту. У нашому матеріалі є зразки як лаконічних мовленнєвих формул, емоційно стриманих, так і поширених висловлень, що органічно включають стандартні етикетні фрази:

Пацієнт: *Можна увійти?*

Лікар: **А чому ж ні. Прошу, заходьте!**

Пацієнт: *Здрастуйте! Мене до Вас направили на консультацію.*

Лікар: **Слухаю Вас! Уважайте, що консультація почалася.**

Лікар немовби відштовхується від репліки пацієнта і використовує її у своїй відповіді, ініціюючи у такий спосіб початок розмови. При цьому актуальними залишаються традиційні етикетні формули (*Прошу, заходьте! Слухаю Вас!* тощо).

Подібні висловлення виконують роль своєрідних інформаційних сигналів, покликаних привернути увагу співрозмовника, збудити його мовленнєву активність, залучити до комунікації. Такі сигнали можуть бути кваліфіковані як елементи фатичного спілкування, які є сприятливими у тому випадку, коли реалізація тактики налагодження контакту ускладнюється у зв'язку з наявністю психологічного бар'єру між комунікантами або особистісними рисами пацієнта, наприклад, його некомунікабельністю чи тяжким психоемоційним станом.

Фатична комунікація, як відомо, є насамперед виявом потреби адресанта в соціальному контакті як необхідної умови ефективного обміну інформацією. Саме з цією метою адресант, зважаючи на обставини, може вдатися до різних мовленнєвих дій, що виходять за межі запланованих теми й змісту розмови. У такий спосіб відбувається регуляція мовленнєвої поведінки партнера в рамках нормативно-культурної взаємодії відповідно до мети основної розмови. Особливо це важливо в комунікації лікаря з пацієнтом, зважаючи на специфічність їхньої мовленнєвої взаємодії. З першої хвилини спілкування лікар має створити для пацієнта комфортну атмосферу для розмови, адже значну частину інформації про його стан лікар отримує саме на етапі знайомства.

Увага до пацієнта з першої миті спілкування є важливим сигналом з боку лікаря. Посилаючи цей сигнал, лікар повідомляє пацієнтові, що той перебуває в полі уваги та сприймання лікаря, формує в пацієнта усвідомлення того, що лікар готовий йому допомогти. Ефект від такого сигналу аналогічний тому, який отримує співрозмовник у результаті сприймання етикетних формул. Як справедливо зазначає Н. І. Формановська, фатичне спілкування – це досить широке поняття, до складу якого входять також стереотипні висловлення ввічливості. «Вітаю вас! – це означає: я зараз, у місці нашої зустрічі, вам посылаю сигнал доброзичливості в по-

чатковий момент контакту; «Дякую вам! – це означає: я тут і зараз, посилаю вам знак доброзичливості за послугу; і т. д.» [9, с. 77]. Доброзичливе, інколи по-приятельськи іронічне, ставлення лікаря допомагає пацієнтові почуватися більш розкуто, подолати невпевненість, страх, проїнятися атмосферою довіри. Така модель фатичного спілкування може бути виражена в різний спосіб. В аналізованому матеріалі це дуже часто речення, які частково повторюють репліку пацієнта:

Пацієнт: *Добрий день!*

Лікар: *Добрий, хоч і дуже жаркий.*

Трапляються речення, в яких фіксування уваги здійснюється шляхом асоціативного способу спілкування. Лікар продовжує розпочату пацієнтом тему, яка за змістом не пов'язана з метою комунікації. Зазвичай це обмін репліками винятково з метою підтримання самого процесу спілкування:

Пацієнт: *Можна ввійти?*

Лікар: *Можна, якщо не жартуєте, правда, жарти корисні для здоров'я.*

З метою полегшення початку розмови лікар може вжити комплімент:

Пацієнт: *Доброго дня.*

Лікар: *О, молодий чоловіче!* (до пацієнта-підлітка).

Комплімент у спілкуванні лікаря з пацієнтом – це досить поширений мовний засіб, оскільки він сприяє підвищенню настрою, знімає психоемоційне напруження. Дослідники відзначають, що інколи лікарі вдаються до використання так званого «дедуктивного» компліменту [10, с. 188]. У цьому випадку лікар виражає своє ставлення до пацієнта через позитивну оцінку соціальної групи, до якої належить пацієнт:

Лікар: *А хто ви за фахом?*

Пацієнт: *Учитель історії.*

Лікар: *Я помітив, що **вчителі** завжди пунктуальні пацієнти.*

Комплімент, який робить лікар, може містити лексеми з позитивною оцінкою зовнішнього вигляду або фізичної форми:

О, *нарешті* *мужчина!* (попередні пацієнти до лікаря-стоматолога були жінки);

Боже, така спортивна статура і так зігнуло! (до стрункого хлопця з ознаками радикуліту).

Модель оптимістичного прогнозу містить висловлення із загальною семантикою навіювання оптимізму, досить часто подібні висловлення нагадують відомі афоризми й будуються за їх моделями:

Пацієнт: *Ну, як у мене справи? Результати аналізів Вам уже передали?*

Лікар: *Та передали, передали. Справи досить непогані, **жити будете довго й щасливо.***

Семантику оптимістичного прогнозу можуть передавати складносурядні речення з протиставними сполучниками *але, однак*. Нерідко після такого речення вживається висловлення, що передає позитивний оцінний зміст:

Пацієнт: *Мені здається, що справи мої не дуже добрі...*

Лікар: *Фактори ризику у Вас є, і артеріальна гіпертензія є, і спадкова схильність є, **але холестерин в нормі. Це обнадійливо.***

Тому наголошування на семантичній спустошеності фатичної комунікації, про що пише у своїй праці Т. Д. Чхетіані, дещо применшує її роль у діалогічному спілкуванні: «Метакомунікативні сигнали є інформаційно послабленими (десемантизованими, позбавленими денотативного та поняттєвого значень), найвищою мірою конвенційними засобами мови, що легко веде до заміни їх паралінгвістичними

засобами мови» [10, с. 12]. Досліджений нами матеріал показує, що поряд із десемантизованими висловленнями, до яких належить фіксування уваги, заохочення до спілкування, комплімент, схвалення тощо, в діалогах наявні фатичні висловлення із значним семантичним потенціалом.

Фатичне спілкування в дискурсі лікаря може бути представлене моделями заохочення до спілкування, які мають на меті викликати у співрозмовника бажання висловитися. З цією метою лікарі вдаються до відбору тем, досить далеких від предмету розмови, але знайомих та актуальних для пацієнта. Використовувати такий підхід, особливо у спілкуванні з уразливими категоріями пацієнтів, рекомендують і посібники з деонтології та медичної етики. До таких категорій належать, наприклад, підлітки: «Треба пам'ятати, що підлітки схильні до відвертості тоді, коли опитування стосується їх самих, а не їхніх проблем. Опитування підлітків краще всього починати з неформальної, невимушеної тематики про їхніх друзів, про школу, про сім'ю тощо» [7, с. 180]. У дослідженому матеріалі аналізований різновид фатичного спілкування представлений питальними реченнями, які в науковій літературі традиційно кваліфікуються як загальнопитальні за ознакою типу питання та передбачуваної відповіді. Такі питальні речення «орієнтовані або на ствердну відповідь (*Так*), або на заперечну відповідь (*Ні*), або на інші модифікації цих відповідей» [2, с. 146]. Здебільшого вони мають яскраво виражене іронічне забарвлення:

Пацієнт: *Можна?*

Лікар: *Заходь, заходь. Що, знову група підтримки за дверима чекає?*

Подібні висловлення зазвичай передають семантику припущення, тому в них активно використовуються елементи відповідного суб'єктивно-модального змісту, зокрема вставні слова, частки:

Пацієнт: *Можна?*

Лікар: *Можна. Мабуть, з футболу? А що, хіба й досі канікули?*

Особливу роль на етапі знайомства відіграє діалог з таким нестандартним мовним вкрапленням, який ми номінуємо як компонент позатематичного змісту, або **позатематичний компонент**, і кваліфікуємо його як різновид фатичної комунікації. Позатематичний компонент – це включена в загальний хід розмови тема, на перший погляд, дуже далека від головної мети комунікації. Здатність лікаря знайти таку тему на початку розмови – показник його високої мовленнєвої майстерності. Фрагменти комунікації із включенням позатематичного компонента у досліджуваному матеріалі трапляються нечасто. Однак вони є, отже, потребують опису та визначення їх місця в системі медичного дискурсу. Позатематичний компонент є доцільним у тих випадках, коли обговорення проблеми, пов'язаної із здоров'ям пацієнта, потребує його попередньої психологічної підготовки. Розглянемо такий приклад:

Пацієнт: *Здрастуйте!*

Лікар: *Здрастуйте! Представтесь, будь ласка.*

Пацієнт: *Надія Бортко.*

Лікар: *Дуже приємно. Так, ось мені вже передали з терапії Вашу картку.*

Надія Бортко, 20 років, студентка. А де Ви вчитеся?

Пацієнт: *У медичному училищі, на медсестринській справі.*

Лікар: *Боже! Як нам не вистачає кваліфікованих медсестер. Ви знаєте, це зараз ціла проблема. Так що скоріш закінчуйте і приходьте. Я навіть можу поговорити з головним лікарем. Який у Вас курс?*

Пацієнт: *Останній, ще півроку залишилося. Але я хочу далі вчитися, мрію вступити до медуніверситету.*

Лікар: *І це добре також. Я, до речі, спочатку також закінчила медучилище, а потім попрацювала два роки – і гайда до медінституту. Так що, можливо, зустрінемося з Вами як колеги. А поки що поговоримо про Ваше здоров'я. Значить так, Надійко, ось дивіться...*

Діалог відбиває ситуацію, коли лікареві, який попередньо ознайомився з історією хвороби пацієнтки, належить розібратися із досить складним випадком розладу в ендокринній та нервовій системах. У ході подальшого опитування ймовірно слід буде торкатися досить делікатних питань. Саме тому для лікаря вкрай важливо встановити максимально довірливі стосунки із пацієнткою, налаштувати її на відверту розмову. Зважаючи на складність питання та юний вік пацієнтки, лікар з перших фраз намагається стерти межу офіційності, демонструючи, що в них багато спільного. Важливим є й те, що початок розмови побудований із урахуванням індивідуальних особливостей пацієнтки, зокрема її освітнього рівня. У такий спосіб лікар знаходить підґрунтя для введення такого різновиду фатичного спілкування, як позатематичний компонент (у даному випадку – розмова про навчання на стоматологічному факультеті), що, не будучи інформативним для подальшого діагностування, виконує функцію налагодження контакту із пацієнтом.

Наявність фатичного мовлення, його обсяг у дискурсі лікаря залежить від того, якою в часі є його зустріч із пацієнтом – першою чи повторною. Під час повторних відвідувань з-поміж мовних засобів, у яких реалізується тактика фатичного спілкування на етапі знайомства, найчастіше зустрічаємо питальні речення на зразок: *Ну як наші справи? І що ми тепер скажемо? Ну як ми тепер себе почуваємо?* тощо. Вони також сприяють створенню атмосфери невимушеності й довіри між лікарем і пацієнтом, що є важливим чинником на всіх етапах їхньої взаємодії.

Отже, у медичному дискурсі мета спілкування визначає **стратегію** лікаря-мовця, а його конкретні мовленнєві дії, що впливають на хід комунікації, – це визначальні чинники **тактики** ведення діалогу. Тому ми вважаємо застосування лікарем комунікативних стратегій і тактик, які є доцільними для реалізації конкретних професійних завдань, – надзвичайно важливим і відповідальним процесом. У налагодженні цього процесу значну роль відіграють етапи спілкування, які є орієнтиром для лікаря щодо характеру ведення діалогу. Кожен етап має свої завдання, які зумовлюють дії лікаря. На прикладі етапу знайомства ми продемонстрували ті закономірності, які формують установку лікаря на досягнення кінцевої мети – одужання хворої людини, що звернулась до нього за допомогою. Для досягнення цієї мети лікар застосовує при першій зустрічі з пацієнтом стратегію, спрямовану на досягнення високоефективної комунікативної взаємодії. Це **стратегія оптимізації діалогу**, реалізації якої сприяють такі комунікативні тактики: **організаційно-етикетна, пропозиційно-волюнтативна, тактика налагодження контакту**. Всі вони знаходять своє вираження в різних конструкціях мовленнєвого етикету та фатичного спілкування.

Бібліографічні посилання

1. **Ван Дейк Т. А.** Язык. Познание. Коммуникация / Т. А. ван Дейк / [пер. с англ.]. – М. : Прогресс, 1989. – 312 с.
2. **Вихованець І. Р.** Граматика української мови. Синтаксис : підручник / І. Р. Вихованець. – К. : Либідь, 1993. – 368 с.
3. **Гойхман О. Я.** Речевая коммуникация : учебник / О. Я. Гойхман, Т. М. Надеина. – М. : ИНФРА, 2001. – 272 с.
4. **Иссерс О. С.** Коммуникативные стратегии и тактики русской речи / О. С. Иссерс. – Омск : Изд-во Омск. гос. ун-та, 1999. – 285 с.

5. **Клюев Е. В.** Речевая коммуникация : учеб. пособие для ун-тов и ин-тов / Е. В. Клюев. – М. : РИПОЛ КЛАССИК, 2002. – 320 с.
6. **Макаров М. Л.** Интерпретативный анализ дискурса в малой группе / М. Л. Макаров. – Тверь : Изд-во Тверск. ун-та, 1998. – 200 с.
7. **Назар П. С.** Основи медичної етики / П. С. Назар, Ю. Г. Віленський, О. А. Грандо. – К. : Здоров'я, 2002. – 344 с.
8. **Приходько Г. І.** Текст і дискурс у світлі когнітивної науки / Г. І. Приходько. – Черкаси : ЧДТУ, 2002. – 245 с.
9. **Формановская Н. И.** Вы сказали: «Здравствуйте!» : Речевой этикет в нашем общении / Н. И. Формановская. – [2-е изд.]. – М. : Рус. яз., 1987. – 158 с.
10. **Чхетиани Т. Д.** Лингвистические аспекты фатической метакоммуникации : автореф. дис. ... канд. филол. наук / Т. Д. Чхетиани. – К., 1987. – 22 с.
11. **Roberts C. A.** The Art of Circumlocution Teaching strategic competence / C. A. Roberts // Forum. – 1990. – Vol. 28, №4. – P. 338–359.
12. **Tarone R.** Communication Strategies in East–West Interactions / R. Tarone, G. Yule // Discourse Across Cultures: Strategies in World Englishes. – N. Y. London, 1987. – P. 187–205.

Надійшла до редколегії 15.04.09