

11. Локшина С. М. Краткий словарь иностранных слов. — 9-е изд. — М.: Русский язык, 1987. — 632 с.
12. Палмер Дж., Палмер Л. Секреты поведения Homo Sapiens: Эволюционная психология. — СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2007. — 384 с.
13. Современный русский язык / Под. ред. В. А. Белошапковой. — 2-е изд. — М.: Высшая школа, 1989. — 800 с.
14. Степанов Ю. С. Имена, предикаты, предложения: Семиологи-ческая грамматика. — М.: Наука, 1981. — 360 с.
15. Сучасна українська літературна мова: Синтаксис / За заг. ред. І. К. Білодіда. — К.: Наукова думка, 1972. — 516 с.
16. Сучасна українська літературна мова / За ред. М. Я. Плюш. — 4-е видання. — К.: Вища школа, 2003. — 430 с.
17. Тофтун М. Г. Логіка. — К.: Академія, 1999. — 336 с.
18. Якушин Б. В. Гипотезы о происхождении языка. — М.: Наука, 1985. — 137 с.

УДК:491.79+306.44+153.6+610.92

О. С. Шанина

СТРАТЕГІЇ І ТАКТИКИ МОВЛЕННЕВОЇ ПОВЕДІНКИ ЛІКАРЯ

Статтю присвячено визначенню понять стратегії і тактики, здійсненню аналізу способів реалізації тактик діагностуючої стратегії медичного дискурсу, виявлених у процесі дослідження.

Ключові слова: стратегія, тактика, дискурс, медичний дискурс.

The article deals with the devotion of determination of concepts of strategy and tactic, realization of analysis of methods of realization, tactician of diagnosing strategy of medical diskurs, discovered in the process of research.

Key words: strategy, tactic, diskurs, medical diskurs.

Лікар — лінгвоактивна професія [4]. Кращі лікарі у всі часи розуміли величезне значення спілкування лікаря з пацієнтом і свідомо впливали на пацієнта з лікувальною метою. Відомі психіатри ХІХ століття стверджували, що етична сила переконання є важливим складником лікувального процесу (І. Е. Дядьківський, Г. А. Захар'їн). У ХХ столітті над питаннями взаємодії лікаря і пацієнта працювали багато відомих клініцистів (Н. Н. Блохін, А. Р. Лурія, Т. С. Чадов), які вважали, що в складному і багатогранному процесі спілкування виникають нові відносини між лікарем і пацієнтом.

Від уміння лікаря володіти словом, від рівня його мовленнєвої культури залежить його професійна компетенція. У зв'язку з цим мова медиків (перш за все лікарів-професіоналів), їхня мовна поведінка є важливим об'єктом лінгвістичних досліджень (Іванчук 1998, Кочеткова 1998, Бейлінсон 2001). Вивчення медичного дискурсу дає можливість представити мовну особистість сучасного лікаря, виявити ефективні способи мовного впливу на пацієнта.

Проте, не зважаючи на важливу роль дослідження мовленнєвої поведінки лікаря, у сучасній комунікативістиці фактично немає робіт, в яких вивчаються стратегії і тактики медичного дискурсу, що дозволяє встановити правила професійного спілкування лікаря. Все сказане робить вивчення медичного дискурсу особливо актуальним.

Метою нашого дослідження є аналіз мовленнєвих стратегій і тактик медичного дискурсу та засобів їх реалізації.

Мета зумовила розв'язання таких завдань: 1) дати визначення понять стратегії і тактики; 2) здійснити аналіз способів реалізації тактик діагностуючої стратегії медичного дискурсу, виявлених у процесі дослідження.

Поняття *стратегія* і *тактика* у сучасному мовознавстві застосовують досить активно, однак витлумачують по-різному, залежно від мети та парадигми дослідження. Так, зокрема, комунікативну стратегію розуміють як “сукупність мовних дій” [2: 138], як “ланцюжок рішень мовця, його вибір певних комунікативних дій та мовних засобів” [3: 58], як умову та спосіб досягнення високого ступеня успішності висловлювання.

Будь-який комунікативний епізод може бути розглянутий з точки зору стратегій, які реалізуються за допомогою тактик (конкретних мовних ходів, послідовності мовленнєвих актів на певному етапі інтеракції) [4: 162]. Стратегічний задум визначає відбір засобів і прийомів його реалізації. Отже, можна стверджувати, що мовленнєва стратегія і мовленнєва тактика зв'язані як рід і вид.

Мовленнєві стратегії медичного дискурсу пов'язані із загальним задумом кінцевої мети спілкування. Основна мета медичного дискурсу полягає, безперечно, у наданні кваліфікованої допомоги хворій людині, тобто у визначенні захворювання, призначенні необхідного курсу лікування і проведенні лікування, а також у рекомендації певної лінії поведінки. Тому слідом за іншими дослідниками (Карасик 2000, 2001, 2002; Бейлінсон 2001) ми виділяємо три основні стратегії медичного дискурсу: діагностуючу, лікувальну та рекомендуєчу.

Слід зауважити, що серед усього набору мовленнєвих тактик різних стратегій медичного дискурсу виділяють спеціалізовані тактики, тобто тактики, які використовуються для реалізації однієї конкретної стратегії, і неспеціалізовані тактики, загальні для всіх стратегій.

Для діагностуючої стратегії спеціалізованими тактиками є тактика знайомства, тактика підтримки емоційної рівноваги і тактика звинувачення. Спеціалізованою тактикою лікувальної стратегії є тактика психологічного регулювання стану, тактика втіхи, тактика загрози, рекомендованої — тактика орієнтації на матеріальні можливості пацієнта.

До неспеціалізованих тактик медичного дискурсу відносяться тактики загальні. Так, загальними тактиками діагностуючої і лікувальної стратегій є тактики зближення, запиту конкретної інформації, комплімента, тактика “честь мундира”. Тактика презентації є загальною для діагностуючої і рекомендованої стратегії, а тактики обов’язкової співпраці і обов’язкового успіху — загальними для лікувальної і рекомендованої стратегії. Інші виявлені у ході дослідження: тактики переконання, створення довготривалих планів, самопрезентації, пояснення, формування ходу думок, умовчання, оцінки, — є загальними для всіх стратегій медичного дискурсу.

Отже, можемо стверджувати, що чітке і однозначне виділення конкретної мовленнєвої стратегії у професійному спілкуванні не завжди можливо. Злиття і взаємопроникнення мовленнєвих стратегій є характерною особливістю медичного дискурсу. Не можна забувати про те, що людський організм є складною системою: захворювання одного органу часто супроводжуються дисфункцією інших органів. Тому, аби уникнути помилок, вже у ході лікування (лікувальна стратегія) лікареві, з одного боку, необхідно отримати додаткову інформацію, результати додаткових досліджень (діагностуюча стратегія), а з іншого боку, лікар може, призначивши лікування, рекомендувати пацієнту лінію поведінки для максимально успішного результату проведеного лікування (рекомендована стратегія).

У ході дослідження ми розглянули низку певних мовленнєвих тактик, на вибір яких впливають і тип особи лікаря, і типи пацієнтів, і певні типи хвороб, і ситуації, в яких проходить спілкування лікаря, і регламент, відведений на прийом пацієнта.

Отже, найбільш поширеною тактикою діагностуючої стратегії медичного огляду є **тактика запиту конкретної інформації**. Мета цієї тактики — виявити можливі “проблемні ділянки”. В описуваній ситуації

вона реалізується за допомогою питальних висловів, що характеризуються певною типізованістю. Ставлячи стандартні клішовані питання, лікар прагне отримати конкретну інформацію для постановки діагнозу. Ланцюжок питань з боку лікаря передбачає послідовно збудовану розповідь пацієнта з акцентом на вказаних моментах, як-от: *Біль у Вас колючий чи різучий? Судоми бувають зрідка чи постійно?*

Питально-відповідні інформативні мікродіалоги характеризуються швидкою зміною реплік. Неповні пропозиції, непоширені синтаксичні конструкції відрізняються наявністю смислового наголосу, який виконує понятійну функцію. Правильно обрана інтонація не передбачає можливої подвійності відповіді, тим самим не допускається альтернативності у відповідь реакції пацієнта. Якщо пацієнт позитивно відповів на запитання про наявність захворювання, то, вірогідніше за все, лікарю буде потрібна конкретна інформація, яка потягне за собою питання або низку питань, що стосуються саме цієї ситуації:

Л.: Хронічні захворювання які-небудь є?//

П.: Тільки щитовидна залоза у мене збільшена//

Л.: Ви йод приймаєте?//

П.: Так//

З перших хвилин розмови для лікаря важливо, щоб пацієнт проникся до нього довірою. В арсеналі лікаря як вербальні, так і невербальні засоби встановлення контакту з пацієнтом. Характерним елементом тактики зближення, яку використовує лікар у цій ситуації, є звернення до пацієнта на ім’я (використовуються навіть зменшувальні, пестливі імена). Використання цієї тактики характерне для всього ходу діалогу з пацієнтом.

Тактика **переконання** використовується лікарем при реалізації не лише діагностуючої стратегії, але і у всіх інших мовних стратегіях, тобто вона відноситься до неспеціалізованих тактик. Характерним елементом цієї тактики є аргументаційна частина, що робить її (тактику) результативною.

Використання клішованих, тобто витягуваних з пам’яті, відтворених, а не створюваних у момент мови висловів — характерна особливість мовних тактик діагностуючої стратегії. Для них придатна швидка й чітка зміна ролей “той, що говорить — той, що слухає”, використання коротких синтаксичних конструкцій, неповних пропозицій, що обумовлено стереотипністю самої ситуації спілкування.

У ситуації медичного огляду пацієнт часто формально відповідає на питання лікаря, прагнучи уникнути відвертої розмови за тих або ін-

ших причин. При такій поведінці пацієнта лікар або відмовиться від лідируючої позиції в комунікації, або повинен буде застосувати нові тактичні ходи, наприклад, ставити питання-“провокатори” і формулювати їх так, щоб пацієнт був вимушений відповідати не лише відверто, але й повно.

Проаналізовані діалоги лікаря з пацієнтом у межах медичного огляду показали, що пацієнт не завжди може дати відповідь на поставлене запитання. У такій ситуації лікар, як правило, ставить запитання-“підказку”, аби допомогти пацієнтові з відповіддю:

Л.: Щеплення від дифтерії робили?

П.: Не знаю.

Л.: У плече чи під лопатку?

П.: Робили під лопатку щось.

Цієї інформації для лікаря виявляється досить, він знає, що саме роблять “під лопатку” у такому віці.

У подібних комунікативних ситуаціях спостерігається зміна діагностуючої стратегії на рекомендовану. Проте межа стратегічних ліній не завжди чітко простежується. Домінуючою залишається діагностуюча стратегія (медичний огляд у першу чергу передбачає виявлення можливих “проблемних ділянок” у стані здоров’я людини), а використання тактик аргументації і переконання, характерних і для діагностуючої, і для лікувальної, і для рекомендованої стратегій, дає можливість лікареві сформулювати лінію поведінки пацієнта після медичного огляду.

Слід зазначити, що в ситуації медичного огляду час, як правило, розподілений таким чином, що спочатку лікар реалізує діагностуючу стратегію, а потім, за декілька хвилин, що залишилися, — рекомендовану.

Злиття діагностуючої і рекомендованої стратегій характерне не лише для ситуації медичного огляду, оскільки послідовна реалізація цих стратегічних ліній здійснюється лікарем в ході різних мовних ситуацій.

Діагностика полягає не лише у накопиченні даних про стан здоров’я, але і в зовнішньому огляді пацієнта. У цій ситуації лікар використовує **тактику спонукання**, яка має яскраво виражений директивний характер. Лікар застосовує імперативні мовні акти. **Форми їх вираження** найчастіше — дієслово у формі наказового способу однини (*роздягайся; одяг складай на стільчик; лягай/ подивлюся/ на кушеточку/ на спинку; ти сядь спочатку/ сядь;*) і неповні пропозиції (*п’яточки ось*

сюди; пелюшечку сюди; руки в сторони; на кушетку/ ніжки до себе;). Безапеляційність вимог лікаря пом’якшується використанням іменників із зменшувальним суфіксом (*кушеточка, пелюшечка, стільчик, п’яточки, ніжки*). Їхнє вживання демонструє розташованість, симпатію, сприяє встановленню доброзичливих стосунків. Залежно від особи пацієнта і мовних звичок лікаря можна наголосити на використанні непрямих спонукальних конструкцій, як-от: *Ви можете тепер одягатись*, що позбавляє вислів лікаря категоричності і є позначником ввічливості.

У процесі діагностування важливо пояснити пацієнтові, що ще необхідно зробити і як це відбуватиметься, аби не було ані страху, ані болю, а був досягнутий максимальний результат (**тактика роз’яснення, пояснення**). Якщо лікар пояснює свої дії, то пацієнт почувається вільніше і природніше, що дуже важливо. Інколи лікар відразу повідомляє пацієнтові про те, що він бачить (*На шийці у тебе ерозія; Маточка спокійна, хороша*) і пояснює, чим це може бути викликано, що потрібно буде ще обстежити, аби картина була повною.

Тактика формування ходу думок пацієнта виконує функцію емоційного стабілізатора. Нами зафіксовано спілкування з пацієнтом, що різко негативно оцінює всі попередні спроби спілкування з лікарями. Психологічний настрій пацієнтки, безумовно, пошкодить спілкуванню, комунікація може не відбутися, якщо лікар не знайде потрібних способів дії. Лікар застосовує низку тактичних кроків, мета яких — “дистанціювати негатив”:

П.: Я була у лікаря Х, і вона сказала...

Л.: І вона сказала/ що ваша залоза не у повному порядку// Правильно я зрозуміла?//

Аби не дати пацієнтці виголосити слова засудження на адресу іншого лікаря (мабуть, тут відбувається накладання тактики, яку ми умовно назвали “честь мундира”), лікар перебиває репліку пацієнта і закінчує фразу. Безконфліктність, нейтральне забарвлення фрази досягається використанням літоти (*не у повному порядку*) і питанням-провокатором, логічний наголос в якому падає на слово *правильно*. Тим самим інше формулювання немов не допускається, пацієнт погоджується. З точки зору мовного втілення для реалізації цієї тактики характерне використання перерваних синтаксичних конструкцій, вставних слів, інверсії, різкої зміни теми нової репліки. Цікаво, що деякі фрази пацієнтки виявляються без вербально вираженої відповіді лікаря.

Відзначимо, що в лікарській практиці винесення остаточного діагнозу часто неможливе без широкого спектру додаткових досліджень і висновку фахівців інших галузей. Складні випадки, викликані збоєм у роботі різних систем організму, вимагають від лікаря високого професіоналізму і необхідності працювати разом з іншими лікарями. Для цього використовується **тактика презентації**:

Л.: Вам не пропонували проконсультуватися у лікаря Х.? // Вона гінеколог-ендокринолог з багаторічним досвідом/ і ми з нею працюємо у контакті //.

Цю тактику можна розглядати, на наш погляд, як м'яку ненав'язливу пораду звернутися за додатковою консультацією до провідного фахівця. Непряма форма вираження поради не відносить її до обов'язкових рекомендацій. Тактика презентації частіше використовується для реалізації рекомендованої стратегії.

Отже, комплекс комунікативних стратегій, по-перше, безпосередньо пов'язаний з мовленнєвою поведінкою кожного з учасників діалогічної інтеракції і поза ним не розглядається співрозмовниками, а по-друге, маркується певним чином за допомогою відповідних лінгвістичних показників, які здатні відобразити ієрархічну організацію діалогічного дискурсу, представленого у вигляді мовленнєвих тактик.

Засоби реалізації однієї і тієї ж тактики можуть бути різні в різних стратегіях медичного дискурсу, що пояснюється різною метою спілкування. Кожна тактика реалізується вербальними і невербальними засобами і виражається комплексом мовних засобів. У реальному спілкуванні часто спостерігається взаємопроникнення декількох тактик, що підсилює дію на пацієнта.

1. Карасик В. И. Языковой круг: личность, концепты, дискурс. — М.: Гнозис, 2004. — С. 226–289.

2. Макаров М. Л. Интерпретационный анализ дискурса в малой группе. — Тверь: Изд-во Тверского гос. ун-та, 1998. — 199 с.

3. Труханова И. В. О разграничении понятий: речевой акт, речевой жанр, речевая стратегия, речевая тактика // Филологические науки. — 2001. — № 3. — С. 58.

4. Формановская Н. И. Культура общения и речевой этикет. — М.: Икар, 2002. — 234 с.

**СПЕЦИФІКА АНТРОПОНІМІКОНУ РОМАНУ ЮРІЯ ЩЕРБАКА
“ПРИЧИНИ І НАСЛІДКИ”**

У статті розглядаються функціонально-семантичні особливості антропонімів у романі Ю. Щербака “Причини і наслідки”. Висвітлюється роль цього розряду онімів у створенні характерів, сюжетному розгортанні, розкритті авторського задуму.

Ключові слова: антропонім, онім, прізвище, контрастне протиставлення, художній текст, ідіостиль.

This article discusses functional-semantic features of anthroponyms in the novel “Causes and Consequences” by Y. Scherbak. Their role in creating of characters and story line and in revealing of author’s intention is elucidated.

Key words: anthroponym, onym, last name, the contrast opposition, artistic text, idiostyle.

Власна назва у художньому тексті є не тільки номінативною одиницею, а й напрямком до більш об’єктивного розуміння як окремого художнього образу, так і художнього твору в цілому. Онім у художньому творі — це мовний знак, що здатний поєднувати в собі і відбивати різні площини реальної та ірреальної дійсності. Як зазначає Т. Немировська, ономасторчість як прикмета ідіостилі визначається ступенем навантаження номінаційного поля в художньому тексті і стає найважливішою ознакою авторського письма [2: 18].

Сучасна українська ономастика поповнилася значною кількістю праць, присвячених питанням термінології літературно-художньої ономастики, проблемі класифікації літературно-художніх онімів, лінгвальним та екстралінгвальним факторам впливу на процеси творення та функціонування онімів у художньому тексті (дослідження Л. Белея, В. Калінкіна, О. Карпенко, Ю. Карпенка, Л. Масенко, М. Торчинського та ін.). Однак ономастикон Юрія Щербака ще не був предметом наукових студій вітчизняних дослідників, хоча ми-