

Осипенко Татьяна Александровна

Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова,
Россия, 119991, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2
osipenko_t_a@staff.sechenov.ru

Инференциальная прагматика междометного слова *hm* 'гм' в стрессовой интеракции (на материале врачебно-консультативных бесед онколога и онкопациента)

Для цитирования: Осипенко Т. А. Инференциальная прагматика междометного слова *hm* 'гм' в стрессовой интеракции (на материале врачебно-консультативных бесед онколога и онкопациента). *Вестник Санкт-Петербургского университета. Язык и литература*. 2023, 20 (2): 312–333. <https://doi.org/10.21638/spbu09.2023.207>

Статья посвящена изучению устной коммуникации врача и пациента как части институционального медицинского дискурса. Объектом исследования выступают врачебно-консультативные беседы с онкологическими пациентами. Анализ проведен на материале 12 транскриптов немецкоязычных диалогов между врачами-онкологами и пациентками с диагностированным раком груди. Предметом настоящего исследования являются реплики пациенток с вокальным жестом, выраженным междометием *hm* 'гм'. Цель статьи заключается в определении коммуникативных функций указанных реплик в интенциональной структуре целостных диалогов с учетом следующих параметров: взаимодействия с ситуативным и социокультурным контекстом, соотносительности с репликами врача, синтаксической позиции *hm* в составе реплики. В статье представлен количественный анализ междометных реплик в рассмотренных диалогических текстах, проанализирован их лексический состав, установлена интенционально-смысловая взаимосвязь воспроизведения звукового сигнала *hm* с репликами врача, описаны коммуникативные функции реплик с *hm* в зависимости от их синтаксической структуры, лексического наполнения и включенности онколога и онкопациента в контекст интеракции. Выделено два основных вида реплик: *hm* в качестве самостоятельной реплики (воспроизводится как одновременно с репликами врача, так и без наложения реплик) и *hm* в составе фразы с другими междометиями и знаменательными словами (в начальной и/или финальной части реплики и в интерпозиции). Для данного типа реплик выявлены контекстно обусловленные функции: 1) эмотивная, 2) установления и поддержания контакта, 3) паузозаполнения, 4) сигнальная, 5) активации слушающего, 6) императивная, 7) (де)интенсификации. Распознавание имплицитной, контекстно обусловленной интенции реплик с *hm* облегчает установление эмоционального и интеллектуального контакта с пациентом и помогает врачу подготовить собеседника к осознанному участию в принятии решения по поводу метода терапии.

Ключевые слова: устная речь, разговорный анализ, инференциальная прагматика, прагматика междометий, медицинский онкодискурс.

Вводные замечания

Отличительной чертой устной диалогической спонтанной речи является ее насыщенность различными вокальными (звуковыми) жестами, под которыми понимаются безусловно-рефлекторные речевые проявления [Андреева 2012: 19]. Для письменной фиксации (транслитерации) неречевых звуковых сигналов используются междометия, которые, как правило, представляют собой очень короткие слова, в воспроизведении которых задействован конечный список фонем [Андреева 2012: 21]. Актуализация вокальных жестов в речи обусловлена ситуативным ментально-эмоциональным состоянием человека. В стрессовой ситуации, когда преобладают негативные эмоции, произвольные звуковые сигналы часто становятся индикатором «проблемной зоны» (недосказанности, недопонимания или конфликта участников общения) и единственным вербальным средством, которое может подсказать реципиенту, в каком направлении стоит развивать коммуникацию, чтобы помочь «пострадавшему» адаптироваться к стрессу. Речевое взаимодействие врача и онкопациента — один из примеров интеракции, в которой распознавание контекстуальных значений вокальных жестов может в буквальном смысле спасти человеку жизнь. После сообщения диагноза «рак» пациенты чаще всего переживают шок. По словам А. В. Гнездилова, председателя Ассоциации онкопсихологов России, пациенты могут чувствовать отчаяние, тоску, бесперспективность и даже ощущать вину перед родственниками [Гнездилов 2001: 6]. После озвучивания плохих новостей пациенты редко задают вопросы и ограничиваются односложными ответами. Порой только короткие звуковые сигналы указывают на их присутствие. Способность распознавать значения, которые пациент вкладывает в вокальные жесты, дает врачу возможность выстроить консультацию таким образом, чтобы пациент, несмотря на свое молчание, получил необходимую информацию о методах терапии и ответы на незадаваемые вопросы.

Особенность междометных репликовых шагов заключается в асимметрии сказанного (эксплицитного выражения) и подразумеваемого (имплицитного смысла). Эксплицитная сторона вокальных жестов кроется в их кодифицированном значении. В. В. Виноградов определяет междометия как субъективные речевые знаки, которые служат для демонстрации «эмоционально-волевых реакций субъекта на действительность, для непосредственного эмоционального выражения переживаний, ощущений, аффектов, волевых изъятий», при этом «выражая эмоции, настроения, волевые побуждения, междометия не обозначают и не называют их» [Виноградов 2001: 611]. Иными словами, наличие междометия в речи эксплицитно указывает на возникновение чувства или эмоции, а что это за чувства и эмоции, позволяет судить только контекст интеракции.

Изучением (поиском и распознаванием) имплицитных смыслов, которые **говорящий** вкладывает в свое сообщение, занимается инференциальная прагматика („Pragmatik als Theorie der Sprecher-Bedeutung“ [Rolf 2013: 22]), наука «о несказанном, но подразумеваемом»¹ (“the unsaid-but-meant” [Horn 1992: 175]). Одним из основателей этого направления считается американский философ Г. П. Грайс [Horn 2009: 3; Rolf 2013: 23], особой заслугой которого является выделение коммуника-

¹ Перевод автора настоящей статьи.

тивных импликатур, скрытых (имплицированных) смыслов, которые «выводятся на основе прагматических постулатов речевого общения» посредством когнитивных механизмов импликации и инференции [Одинцова 2016: 93]. Импликация позволяет выводить подразумеваемый смысл, опираясь на буквальное значение сообщения, в результате чего заданная в лингвистической форме пропозиция содержательно детализируется и расширяется. При инференции восстановление скрытого значения происходит благодаря «подвижности языкового значения и возможностей адресата извлечь смысл из изменчивого ситуативного контекста, интенций адресанта, его целей и предпочтений» [Одинцова 2016: 93–94]. Коммуникативное приращение к буквольному значению языковой единицы В. Е. Чернявская называет семантической пресуппозицией (сфера семантики), а контекстуально вариативное значение — прагматической пресуппозицией (сфера прагматики) [Чернявская 2021: 21] или в другой терминологии — пресуппозиция говорящего (Sprecher-Präsupposition) [Rolf 2013: 30].

Для установления прагматических пресуппозиций необходимо учитывать все виды контекста. В случае интеракции врача и пациента это непосредственное вербальное окружение (вербальный контекст), ситуативный контекст интеракции конкретного врача и конкретного пациента, социокультурный контекст медицинской профессиональной коммуникации и глобальный социокультурный контекст, включающий общие фоновые социокультурные знания (ср.: [Nefedov 2017: 188–190]).

В эмоционально нейтральной ситуации имплицитная сторона высказывания редко выносится на обсуждение, т. е. лицо, которому предназначено сообщение, не переспрашивает говорящего после каждой фразы, правильно ли он понял значение сообщения, поскольку для реципиента многие невербализованные смыслы очевидны и не нуждаются в дополнительных уточнениях. Стрессовая ситуация, на наш взгляд, является достаточным основанием для целенаправленного выявления реципиентом (врачом) подразумеваемого говорящим (пациентом) смысла. В некоторых случаях, например, когда пациент в силу своего подавленного эмоционального состояния в качестве обратной связи использует только минимальные междометные звуковые сигналы, врач должен быть готов перевести выявленные импликатуры в экспликации. Иначе говоря, сформулировать и произнести вслух неочевидные (скрытые) смыслы речевого высказывания.

Основная цель настоящей статьи заключается в выявлении коммуникативных функций реплик с междометием *hm* в речи пациента с учетом расположения данного звукового сигнала в реплике, возможных коммуникативных импликатур и соотносённости с вербальными действиями врача. В ходе анализа представляется уместным критически оценить необходимость вербализации имплицированных в вокальный жест контекстуальных значений. Материалом анализа послужили 12 транскриптов записей аутентичных консультативных бесед между врачами-онкологами и их пациентами на немецком языке.

Разработка проблематики коммуникативной роли вокальных жестов пациента в форме междометных реплик (состоящих исключительно из междометия/междометий или включающих одно или несколько междометий в свой состав) в рамках устного медицинского дискурса видится актуальной по двум причи-

нам. Во-первых, недостаточно раскрытым остается вопрос коммуникативной роли междометий как актуализаторов прагматических пресуппозиций, хотя изучению вокальных жестов посвящено немало научных работ. Так, анализируются проблемы возникновения и границы междометного слова [Мурясов 2018], структурно-семантические и морфолого-синтаксические особенности междометий [Вежбицкая 1999; Виноградов 2001: 613–625; Амека 1992; Wilkins 1992], их регулятивные функции [Максимова 2000]. Во-вторых, большинство социо- и психолингвистических исследований посвящено речевым действиям наиболее активных субъектов медицинского дискурса — врачей: алгоритмам, способам организации и контроля коммуникации, стратегиям общения с пациентами [Акаева 2007; Жура 2005; Byrne, Long 1976; Kurz 2002], языковым средствам воплощения основных принципов медицинской интеракции [Günthner 2015; 2017; Imo 2017; 2020]. Вербальное поведение пациентов остается предметом исследования гораздо меньшего круга исследователей спонтанной речи (см., напр.: [Широков 2020; Drew 2013; Egger 2012]). Перспективность исследования состоит, на наш взгляд, в возможности практического использования результатов исследования, например для развития навыков устной диалоговой речи при освоении иностранного языка в сфере профессиональной медицинской коммуникации (ср.: [Imo et al. 2020]). Научная новизна исследования заключается в выводах, сделанных на основании анализа немецкоязычного аутентичного языкового материала.

Материал и методы исследования

Исследование проводилось на материале 12 транскриптов аудиозаписей аутентичных консультативных бесед на немецком языке между тремя врачами и 12 пациентками с диагностированным раком груди. Общий объем текста составил 4264 транскрипционные строки (далее — трскр строки), включающих 15 785 слов. Одна трскр строка соответствует части реплики с одним фразовым (фокусным) акцентом, продолжительность которой варьируется от 0,5 до 6 с в зависимости от индивидуальных особенностей коммуникантов.

Анализируемые в настоящей статье диалоги были отобраны из 56 консультативных бесед, входящих в состав корпуса, сформированного в рамках проекта «От патологии к пациенту: повышение эффективности трансфера информации и обеспечение понимания с целью повышения безопасности онкологических пациентов» в четырех отделениях Городской клиники Карлсруэ в период с октября 2014 по апрель 2015 г. (подробнее о проекте см.: [Bentz et al. 2016]). Доступ к корпусу диалогов был предоставлен в рамках межинституционального сотрудничества Института лингвистики и межкультурной коммуникации Первого Московского государственного медицинского университета им. И. М. Сеченова и Института германистики Гамбургского университета в области немецкой филологии. Диалоги зафиксированы в формате базового транскрипта согласно правилам GAT-2 [Selting et al. 2009: 369–377].

При отборе диалогов из общего корпуса консультативных бесед уделялось внимание четырем факторам: 1) схожий диагноз — карцинома молочной железы инвазивного типа преимущественно неагрессивной формы; 2) вербальная

Таблица 1. Соотношение общего количества транскрипционных строк, приходящихся на долю пациенток, и количества транскрипционных строк с междометием *hm* 'гм'

Порядковый номер диалога	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Итого
Количество транскрипционных строк, приходящихся на долю пациенток	188	134	83	139	40	15	162	79	81	152	49	90	1212 (≈ 31%)*
Количество транскрипционных строк, содержащих междометие <i>hm</i>	55	18	14	12	18	4	37	38	32	55	5	3	291 (≈ 24%)**

* В скобках указан процент соотношения количества транскрипционных строк, приходящихся на долю пациенток, к общему количеству транскрипционных строк в диалоге (суммарное количество транскрипционных строк, включающих реплики врачей и пациенток, составляет 3917 транскрипционных строк).

** В скобках указан процент соотношения количества транскрипционных строк, приходящихся на долю пациенток, и количества транскрипционных строк, содержащих междометие *hm*.

активность пациенток — как минимум одна вербальная реакция на реплику врача максимальной продолжительностью 17 трскр строк; 3) отсутствие сопровождающих лиц (супругов, детей, друзей) или их минимальное вербальное участие в диалоге (так, в пяти диалогах пациентки пришли без сопровождения, в остальных семи случаях на третьих лиц в одном диалоге приходится не более 20 трскр строк); 4) возраст (преимущественно лица пожилого возраста, средний возраст — 62 года). В рамках исследования применялись такие общенаучные и лингвистические методы работы с языковым материалом, как наблюдение, обобщение и классификация, совмещение ручной и автоматизированной целевой выборки, метод логического сопоставления, описательно-аналитический и статистический методы в сочетании с лингвистически адаптированным конверсационным анализом. В ходе исследования эмпирического материала: 1) было произведено количественное исчисление трскр строк, приходящихся на реплики пациенток (ср.: [Федоровская, Осипенко 2020]); 2) из отобранных реплик были выделены трскр строки, содержащие междометие *hm* (табл. 1); 3) в зависимости от лексического наполнения реплик, содержащих анализируемый вокальный жест, трскр строки были распределены на две категории (табл. 2); 4) сформированные категории подверглись количественной, контекстуально-семантической и прагматической интерпретации. При определении коммуникативной роли реплик с междометием *hm* в вербальных реакциях пациенток особое внимание уделялось интонации и локальному контексту (непосредственному лексическому окружению междометия, предшествующим и последующим репликам врача). При анализе отрывков диалогов учитывались и другие типы контекста, составляющие необходимый фон для интерпретации речевого смысла диалогических высказываний (ср.: [Нефедов, Чернявская 2020; Чернявская 2021]). Проведенный прагматический контекстуально-интерпретативный анализ позволил раскрыть имплицитированные в вокальный жест коммуникативные значения.

Таблица 2. Особенности воспроизведения междометия *hm** в речи пациентов

Порядковый номер диалога	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Итого
<i>hm</i> в качестве самостоятельного репликового шага (с наложением реплик)	29	10	8	5	13	—	13	12	14	22	5	1	132 (45 %)
<i>hm</i> в качестве самостоятельного репликового шага (без наложения реплик)	18	4	6	6	4	3	7	23	13	26	—	2	112 (39 %)
<i>hm</i> в составе реплики, содержащей, помимо междометия <i>hm</i> , знаменательные слова**	6/1/1	4/-/-	-/-/-	-/1/-	1/-/-	1/-/-	10/-/7	2/-/1	2/2/1	3/1/3	-/-/-	-/-/-	47 (16 %)
Общее количество транскрипционных строк, содержащих междометие <i>hm</i>	55	18	14	12	18	4	37	38	32	55	5	3	291 (100 %)

* В текстах транскриптов *hm* может графически передаваться как *mh*. При этом *hm* обозначает восходящую/вопросительную интонацию (*das fragende*), а *mh* выражает согласие (*das zustimmende*).

** Очередность цифр «6/1/1» соответствует начальной части /середине / завершающей части реплики, «-» означает отсутствие компонента.

Частотность воспроизведения междометия *hm* в речи онкопациентов

Коммуникация в диаде «врач — пациент» отличается наличием асимметрии знаний [Maupard 1991]. Врач выступает в роли эксперта, обладающего информацией о заболевании (диагнозе, альтернативных вариантах лечения, побочных эффектах, методах контроля), и готов передать ее пациенту. В рамках современного пациент-центрированного подхода предполагается, что предоставленная врачом информация способствует укреплению чувства личностной автономии пациента, необходимой для разделения ответственности за выбранный метод терапии и его применение. В связи с необходимостью передачи большого объема информации вербальная активность врача во время консультации часто превышает активность пациента, т. е. в диалоге всегда преобладают реплики врача.

Междометие *hm* относится к одному из самых часто воспроизводимых звуковых сигналов в устной спонтанной коммуникации в целом (ср.: [Максимова 2000: 62]). Не являются исключением и консультативные беседы в рамках онкодискурса. Подсчет количества трскр строк (табл. 1), приходящихся на долю врача и пациента, в анализируемом языковом материале показал степень вовлеченности каждого коммуниканта в диалог. На долю врача приходится большее количество трскр строк ($\approx 69\%$). Такой процентный показатель подтверждает общую статистику: по объему воспроизводимой информации врач занимает лидирующее положение в диалоге. В то же время $\approx 31\%$ трскр строк, приходящихся на долю пациенток, подтверждает факт наличия обратной связи и говорит об их коммуникативной вовлеченности.

Результаты количественных исчислений дают возможность констатировать, что примерно четвертая часть всех трскр строк (24%, табл. 1) приходится на долю реплик с междометием *hm*. Из этого количества реплик 84% приходится на трскр строки, в состав которых входит исключительно анализируемый звуковой сигнал (табл. 2). Такой высокий процентный показатель делает *hm* самым распространенным междометием в речи пациенток, воспроизводимым в качестве самостоятельной реплики (т. е. реплики, не содержащей других междометий, знаменательных и служебных слов).

Междометные реплики, содержащие звуковой сигнал *hm*, неоднородны. В рассматриваемых диалогах встречается две категории (табл. 2) реплик с указанным междометием. Самая многочисленная категория включает 84% от общего количества трскр строк, содержащих анализируемый вокальный жест. В состав трскр строк данной категории входит исключительно междометие *hm*. При этом возможно многократное повторение этого звукового сигнала — от одного *hm* до четырех *hm_hm_hm_hm* с минимальными интервалами 0,5–0,8 с. Особенность данной категории заключается в том, что воспроизведение звукового сигнала *hm* может осуществляться одновременно с объяснениями врача или между его репликами. В обоих случаях актуализация междометия не является помехой для речи врача. В 45% случаев происходит наложение реплик говорящего и слушающего (см. табл. 2, диалог 1), в 39% наложение реплик не наблюдается (табл. 2, диалог 2). Во втором случае отмечено наличие пауз 0,2–0,8 с до и после воспроизведения пациентками междометия *hm*.

На вторую категорию приходится 16% от общего количества трскр строк с междометием *hm* (табл. 2, диалог 3). Помимо указанного вокального жеста описываемая категория содержит знаменательные слова. Из 47 трскр строк с анализируемым звуковым сигналом 29 трскр строк приходится на реплики, в которых междометие *hm* воспроизведено в начале реплики. В 13 случаях *hm* актуализировано в завершающей части реплики, и только в пяти трскр строках вокальный жест можно встретить в середине реплики.

На примере фрагментов из диалогов врачебных консультаций (примеры (1)–(3)) рассмотрим коммуникативную роль реплик, состоящих только из междометия *hm* и включающих наряду с данным междометием также и другие вокальные жесты и/или знаменательные слова. Изначально выявлению подлежит наличие зависимости между воспроизведением пациентками такого рода реплик и репликами врача. Интерес представляет также определение коммуникативной функции реплик в зависимости от расположения *hm* в реплике (в начале, середине или завершающей части высказывания).

Коммуникативные функции реплик с междометием *hm* в качестве самостоятельного репликового шага (при наложении реплик говорящего и слушающего)

Для определения и наглядной демонстрации коммуникативной роли реплики, состоящей из междометия *hm*, рассмотрим фрагмент диалога (пример (1)), в котором врач сообщает ключевую информацию о диагнозе, локализации и агрессивности раковых клеток. В качестве ответных вербальных реакций пациентка использует вокальный жест, выраженный междометием *hm* или его дуплетной звуковой вариацией *hm_hm*, таким образом, что происходит наложение реплик инициатора общения (врача) и реципиента (пациентки).

Отметим, что трскр строки во всех примерах пронумерованы согласно последовательности их воспроизведения в диалоге. Сохранение нумерации помогает точнее определить временной отрезок актуализации фрагмента (начало, середина или завершающая часть консультации). Средняя продолжительность одного диалог а составляет 326 трскр строк².

² В примерах использованы следующие условные обозначения:

A. — Arzt / Ärztin ‘врач’;

P. — Patientin ‘пациентка’;

ALso — слово с фразовым ударением;

°h — вдох длительностью 0,2–0,5 с;

? — высоковосходящая интонация;

, — средневосходящая интонация;

; — среднепадающая интонация;

. — глубоко падающая интонация;

[hm hm,] — наложение реплик;

[dass es]

(--) — пауза средней продолжительности (от 0,5 до 0,8 с);

(...) — пара- и внеязыковые явления/события и комментарии.

- (1) 02 A.: ALso; (--)
итак
- 03
 ich WEI:ß? (--)
я знаю
- 04
 dass es was BÖSartiges ist.
что это кое-что злокачественное
- 05 P.: [hm hm,]
эм эм
- 06 A.: [dass es] BRUSTkrebs ist.
что это рак груди
- 07
 [ja,]
да
- 08 P.: [hm hm;]
эм эм
- 09 A.: ich WEIß auch dass es in den lymphknoten is,
я также знаю, что это ((раковые клетки)) в лимфоузлах
- 10 P.: [hm,]
эм
- 11 A.: [°h] a:ber was ich NICHT weiß ist,
((вдох)) но (что) я не знаю
- 12
 wie aggressIV der tumor [wächst;]
насколько агрессивно опухоль растет
- 13 P.: [hm hm,]
эм эм

Для обозначения («открытия») нового тематического отрезка диалога врач использует разговорную частицу *also* ‘итак’ (02)³ (ср.: [Deppermann, Helmer 2013: 8]). Следующая реплика начинается с конструкции *ich weiß* ‘я знаю’ (03), в которой фразовое ударение приходится на последнее слово. Фонетическое выделение глагола *wissen* ‘знать’, являющего маркером когнитивной установки знания говорящего и эпистемической модальности [Нефедов 2017: 603–604], свидетельствует об уверенности врача в истинности предоставляемой информации и призывает слушающего к особому вниманию. Усилить апелляцию к вниманию помогает пауза средней продолжительности (0,5–0,8 с), после которой врач сообщает информацию о диагнозе. Для наименования диагноза используется субстантивированное прилагательное, воспроизведенное в составе конструкции *was BöSartiges* ‘кое-что злокачественное’ (04). Семантика слова «злокачественный» сигнализирует об опасности, а в рамках настоящего контекста — даже о смертельной угрозе. Информационная (сообщение диагноза) и эмоциональная (получение негативной информации) насыщенность первой реплики врача приводит к вербальной активации пациентки. Воспроизведение вокального жеста, выраженного двукратным повторением междометия *hm* (05), совпадает с началом следующей реплики врача (06). Этот звуковой сигнал в сочетании со средневосходящей интонацией подтверждает получение информации, озвученной врачом в строках 02–04, сообщает о намерении пациентки оставаться в роли реципиента и не становится помехой для продолжения акта говорения врача.

³ При анализе диалогов в скобках указан номер строки в транскрипте.

Следующая реплика врача по своему словарному составу практически идентична предыдущей. Отличие состоит в замене субстантивированного прилагательного *Bösartiges* синонимичным специализированным медицинским термином *Brustkrebs* ‘рак груди’ (ср.: строки 04 и 06: *dass es + was Bösartiges / Brustkrebs + ist*). В завершающей части сообщения диагноза врач употребляет разговорную частицу *ja* ‘да’ со средневосходящей интонацией, которая по своему семантическому значению соответствует запросу информации: «Вы меня слышите? Понимаете, что я говорю?» — а также указывает на подведение итогов, свидетельствует о предстоящей смене микротемы в рамках высказывания и в то же время побуждает собеседника к ответу. В качестве вербальной реакции пациентка использует минимальное звуковое подтверждение (*hm_hm*) со среднепадающей интонацией, означающее вовлеченность в диалог, понимание сказанного и согласие на сам факт взаимодействия.

После проверки наличия контакта с пациенткой врач сообщает дополнительные сведения о заболевании, связанные с расположением раковых клеток в организме. Лексический и интонационный повтор конструкции *ich weiß* ‘я знаю’ в начале реплики (09) можно расценить как вербальный сигнал привлечения внимания перед сообщением новой информации. Стоит отметить, что при озвучивании диагноза с использованием композита *Brustkrebs* ‘рак груди’ врач уже указал на пораженный орган (*Brust* ‘грудь’). Поэтому медицинский термин в строке 09 *Lymphknoten* ‘лимфоузлы’ используется в качестве дополнения к ранее предоставленной информации о локализации раковых клеток и избавляет врача от необходимости отдельно акцентировать внимание на наличии нескольких опухолевых очагов, что расценивается как отрицательный фактор протекания заболевания. В этот момент пациентка еще раз воспроизводит вокальный жест *hm* со средневосходящей интонацией (10), который, хотя и совпадает с началом следующей реплики врача (11), свидетельствует скорее о подтверждении получения предыдущей информации (09).

Третье использование конструкции *ich weiß* ‘я знаю’ отличается наличием противительного союза *aber* ‘но’ в начале репликового шага (о противительной конструкции *zwar ..., aber ...* см.: [Günthner 2015; 2017]), выделенного фонетически за счет растягивания первого гласного звука, и отрицательной частицы между личным местоимением *ich* ‘я’ и глаголом *wissen* ‘знать’ (11). Противительно-сопоставительный характер союза *aber* ‘но’ в сочетании с отрицанием, несущим фразовое ударение (*ich nicht weiß* ‘я не знаю’), позволяет откорректировать информационные ожидания пациентки — подчеркнуть отсутствие информации на предмет скорости роста (агрессивности) раковых клеток. Завершение реплики врача совпадает с вокальным жестом пациентки *hm_hm* (13), свидетельствующим о внимании к получаемой информации. Средневосходящая интонация указывает на понимание полученной информации и намерении оставаться в роли слушателя.

Таким образом, описываемый фрагмент диалога можно условно разделить на три микротемы (семантические/информационные части). В первой части врач сообщает диагноз, во второй предоставляет информацию о расположении раковых клеток, в третьей указывает на отсутствие знаний по поводу агрессивности опухоли. Для презентации каждой части используется конструкция *ich (nicht) weiß* ‘я (не) знаю’. Информационная насыщенность реплик, введенных этой конструкцией, мотивирует пациентку к воспроизведению коротких вербальных реакций (05, 10, 13).

Только в одном случае (08) вокальный жест *hm* является ответной реакцией на разговорную частицу *ja* 'да' (07), произнесенную врачом с вопросительной интонацией.

Отсутствие длительных пауз в репликах врача доказывает, что своими вербальными действиями пациентка не перебивает говорящего, а скорее мотивирует к дальнейшей передаче информации. Анализируемые реплики в форме вокального жеста не свидетельствуют о претензии слушающего на смену коммуникативных ролей, а уведомляют инициатора речевого действия (врача) об активном восприятии информации и готовности при необходимости вступить в диалог. В то же время минимальные звуковые сигналы, воспроизведенные одновременно с репликами врача, не дают возможность оценить отношения пациентки к получаемой информации.

Коммуникативные функции реплик с междометием *hm* в качестве самостоятельного репликового шага (без наложения реплик говорящего и слушающего)

В диалогах, исследуемых в рамках статьи, пациентки не всегда воспроизводят междометие *hm*, одновременно с репликами врача (как в примере (1)). Представленный ниже фрагмент диалога (пример (2)) отражает ситуацию предоставления пациентке информации о последовательности предстоящих терапевтических мероприятий. Анализу подлежат главным образом трскр строки 42–49, содержащие звуковые сигналы *hm/mh*, вербализованные между репликами врача.

- (2) 32 A.: A:ber man muss dazu sagen,
но к этому нужно сказать
33 die spezielle untersuchung von dem Tumor zeigt,
специальное исследование опухоли показывает
34 dass es ein sehr HARMloser tumor is,
что это очень безобидная опухоль
35 ja?
да
36 P.: [hm_hm;]
гм_гм
37 A.: [also] [keine] chemotheraPIE,
итак, никакой химиотерапии
38 P.: [hm_hm,]
гм_гм
39 A.: oder sonst [irgendwas] [gePLANT,]
или еще чего-то подобного не запланировано
40 P.: [achSO,]
ах, вот как
41 [JA mh_mh,]
да, гм_гм
42 A.: sondern wir würden das operIERen, (-)
но мы бы ее ((опухоль)) прооперировали ((удалили))
43 P.: mh_mh;
гм_гм

- 44 A.: mit dem WÄCHterlymphknoten, (-)
вместе с сигнальными лимфоузлами
- 45 P.: **mh_mh**;
эм эм
- 46 A.: dann muss es hinterher beSTRAHLT werden,
затем это нужно облучить
- 47 °h und sie kriegen noch ne taBLETte für fünf jahre,
((вдох)) и еще вы будете принимать таблетки пять лет
- 48 und das wird dann ALles sein;
и потом на этом всё
- 49 P.: **mh_mh**,
эм эм

Анализируемому отрывку (42–49) предшествует вербализация оценки результатов анализов, на основе которых врач делает вывод, что ‘опухоль очень безобидная’ (34). Этот тематический отрезок врач завершает запросом информации с помощью разделительного вопроса (tag question, также Vergewisserungssignal ‘сигнал-подтверждение’), выраженного разговорной частицей *ja?* ‘да?’ (35). Данный тип вопроса указывает на то, что говорящий ожидает реакции слушающего, которая подтвердила бы прием информации [Imo 2013: 191]. Ответный междометный вокальный жест (36), воспроизведенный одновременно со следующей репликой врача, с одной стороны, подтверждает получение и понимание пациенткой информации о степени вредности опухоли. С другой стороны, свидетельствует о том, что врач фактически не намерен передавать пациентке коммуникативную инициативу, а вопрос «да?» (35) носит скорее риторический характер.

Разговорная частица *also* ‘итак’ (37) указывает на введение новой микротемы (ср. с примером (1), строка 02). Заявление врача об отсутствии необходимости проведения химиотерапии (37) или ‘еще чего-то подобного’ (*oder sonst irgendwas*, 39) имплицитно его уверенность в стабильности состояния пациентки. Примечательно, что озвучивание лечебных мероприятий врач начинает не с перечисления действий, которые планируется осуществить в первую очередь (строки 42–49), а с введения термина «химиотерапия», которую пока не собираются применять. Такая последовательность сообщения о терапевтических мероприятиях нацелена на снятие напряжения. Врач, зная, что химиотерапия назначается только в крайних случаях (например, при большом объеме поражения органов и тканей, прогрессировании заболевания или выявлении метастазов), с помощью репликового шага *keine Chemotherapie* ‘никакой химиотерапии’ еще раз подчеркивает, что опухоль «безобидная». Воспроизведенный пациенткой одновременно с этой репликой вокальный жест *hm hm* (38) сообщает о внимании (активном слушании) со стороны пациентки, но не раскрывает степень понимания предоставленной информации. Междометное сочетание *ach so* ‘вот как’, разговорная частица *ja* ‘да’ и междометие *mh* ‘гм’ (40–41), следующие друг за другом без пауз и воспроизведенные вместе с речью врача (39), имплицитно удивление, подчеркивают высокую степень эмоциональности (ср. понятие «интенсификация эмоции» в работе [Баженова 2011: 140]) и дают основание полагать, что только в этот момент пациентка осознает «хорошее» положение вещей (в сравнении с тем, что могло бы быть).

После получения от пациентки вербальной реакции, указывающей на увенчавшуюся успехом попытку снятия напряжения, врач озвучивает актуальные в ее случае этапы лечения: операция, облучение и прием медикаментов в течение пяти лет. Врач несколько раз замедляет процесс передачи информации, используя короткие паузы (0,2–0,5 с), достаточные для перехвата инициативы слушающим при необходимости уточнить какую-либо информацию (42, 44). Пациентка не задает дополнительные вопросы, но пользуется паузой для воспроизведения междометия *mh* (43, 45). Этот минимальный звуковой сигнал в сочетании со среднепадающей интонацией показывает наличие контакта, демонстрирует отказ от перехвата коммуникативной инициативы и отсутствие готовности задавать вопросы. Последний вокальный жест (49) пациентка произносит со средневосходящей интонацией после перечисления врачом всех терапевтических мероприятий, выражая как минимум факт получения информации, как максимум — согласие с предложенным лечением.

Лингвистически адаптированный разговорный анализ отрывка диалога (пример (2)) позволяет сделать вывод, что воспроизведение вокального жеста *hm* между репликами врача становится возможным благодаря наличию пауз в речи последнего. Коммуникативная роль междометия *hm* (при условии отсутствия наложения вокального жеста на речь врача) может расцениваться как: 1) сигнал, подтверждающий получение сообщения; 2) отсутствие необходимости уточнять информацию; 3) демонстрация согласия или сомнения; 4) отказ от взятия коммуникативной инициативы. Отсутствие длительных пауз в речи врача свидетельствует о том, что врач распознает скрытые коммуникативные намерения пациентки и не настаивает на ее активном вербальном участии в диалоге.

Коммуникативные функции реплик, состоящих из междометия *hm* и знаменательных слов (с наложением или без наложения реплик говорящего и слушающего)

Реплики пациенток, состоящие исключительно из междометия *hm* (озвученного как одновременно с речью врача, так и между его репликами), встречаются в анализируемых диалогах примерно в пять раз чаще (табл. 2), чем реплики, включающие другие междометия и знаменательные слова. На примере следующего отрезка диалога (пример (3)) рассмотрим, какую коммуникативную роль приобретают такого рода реплики в зависимости от синтаксической позиции междометия *hm*. Поскольку некоторые ученые рассматривают *hä, ähm, öhm, äh, eh* как фонологические варианты *hm* [Максимова 2000: 59], было принято решение описать отрывок, содержащий некоторые из них (*ähm, äh*). Данная часть диалога интересна тем, что за небольшой промежуток времени междометие *hm* и его варианты были воспроизведены в начальной и завершающей части реплики (195), а также в интерпозиции (197, 202). Кроме того, междометия *ähm* и *äh* в описываемом отрывке выполняют схожие функции с *hm* в этой же позиции. Анализируемый отрывок диалога между онкологом и пациенткой происходит примерно в середине консультации после озвучивания диагноза и перечисления терапевтических мероприятий. Речевой фрагмент начинается с успокаивающей фразы врача, в которой он делает заявление о высоких шансах пациентки на выздоровление (190).

- (3) 190 A.: wo sie wirklich ne GROße chance haben hinterher
gesund zu sein.
*у вас действительно большие шансы выздороветь после этого
(лечения)*
- 191 P.: **hm hm**,
гм гм
- 192 hm hm, (---)⁴
гм гм
- 193 oKAY,
окей
- 194 A.: ja? (3.9)⁵
да?
- 195 P.: °h **ähm** das hört sich vll bisschen BLÖD [an aber **äh**,]
((вдох)) эм, это, наверное, звучит немного глупо, но э
- 196 A.: [ja?]
да?
- 197 P.: bei der **ä:h** SCREEning,
во время э ((протяжно)) скрининга
- 198 mammograPHIEscreening,
маммографического скрининга
- 199 °h das ist ja so dass da gibt_s ja auch diese
kritIken,
*((вдох)) это же так, что на этот счет имеются также эти
критические отзывы*
- 200 dass man sagt es gibt SO viel frauen,
говорят, есть так много женщин
- 201 die (-) wo man so_n ganz KLEInes,
которые... у которых такая маленькая
- 202 und **ä:hm hm** so GRAU [sag ich mal so,]
и эм ((протяжно)) гм ... такая серая, я бы так сказала
- 203 A.: [hm hm,]
гм гм
- 204 P.: son GRAU was man dann hält [net behandelt,]
такая серая, что (потом) просто не лечат
- 205 A.: [GRAUzone;=hm hm,]
серая зона, гм гм
- 206 P.: frauen sind verÄNGStigt und, (--)
женщины запуганы и
- 207 Übertherapiert,
перелечены

Ответная вербальная реакция пациентки (191–193) включает четырехкратное повторение междометия *hm*, продолжительную паузу (0,8–1 с) и разговорную частицу *окау* ‘окей’, указывающую на согласие с мнением врача. Однократное

⁴ (---) — продолжительная пауза (от 0,8 до 1,0 с).

⁵ (3.9) — измеренная пауза длительностью 3,9 с.

воспроизведение звукового сигнала *hm* в большинстве случаев обозначает нейтральную реакцию на высказывание говорящего. Четырехкратная актуализация вокального жеста со средневосходящей интонацией говорит о замешательстве, возможно, даже сомнениях в словах врача. Последующая продолжительная пауза (192) свидетельствует о запросе пациентки на смену коммуникативных ролей. Врач, скорее всего, ожидая положительной реакции пациентки на свои слова, вместо того чтобы взять коммуникативную инициативу и продолжить диалог, молчит, предоставляя пациентке возможность изложить свои мысли. Она, в свою очередь, ограничивается кратким «окей» (193). Врач, вероятно, сталкивается с несоответствием своей интерпретации звукового сигнала *hm*, выражающего замешательство, и частицы, предполагающей согласие. По этой причине следующая реплика врача, состоящая из частицы *ja* 'да', произнесенной с высоковосходящей интонацией и сопровождающейся затяжной паузой в 3,9 с, выражает неудовлетворенность ответом или сомнение в его искренности, указывает на ожидание более полного ответа.

Последующее высказывание (197 и далее) демонстрирует недоверие пациентки к сделанному врачом предположению о высокой вероятности ее выздоровления после лечения. Скорее всего, длительная пауза (191–193) вызвана тем, что пациентка не хочет показывать свои сомнения, но молчание врача (194) буквально заставляет ее говорить. По всей видимости, пациентка чувствует неловкость и, прежде чем высказать свои опасения, воспроизводит реплику, начинающуюся с достаточно громкого вдоха и междометия *ähm* 'эм' (195), которые указывают на готовность взять роль говорящего. Благодаря введению наречия *vll* (= *vielleicht*) 'возможно', выражающего неуверенность, наречия *bisschen* 'немного', смягчающего использованное в качестве обстоятельства прилагательное *blöd* 'глупый', пациентка как будто просит прощения за высказываемые далее мысли о скрининге, серой зоне и негативном опыте других пациенток. Вокализация звука *äh* 'э' в конце интонационной фразы сигнализирует о незавершенности мысли и намерении сохранять роль говорящего.

Следующая реплика врача (196) говорит об удивлении и готовности выслушать объяснения. По семантике и расположению в диалоге значение частицы *ja?* 'да?' соответствует вопросу «действительно? / правда? / неужели?». Чувствуя недосказанность, пациентка сразу пытается прокомментировать свою позицию. Основная идея, которую она намерена выразить, заключается в том, что женщин, чьи показатели находятся в так называемой серой зоне, или точке порогового риска, когда полученные результаты нельзя трактовать в ту или иную сторону, не нужно лечить, но на практике медики запугивают пациенток и назначают чрезмерно большой курс терапии.

В процессе вербализации этой мысли (197–207) становится понятно, почему пациентка сначала согласилась с врачом (193) и только после его настоящего молчания решила выразить свою истинную точку зрения. Такая последовательность речевых действий мотивирована неуверенностью в том, что пациентке удастся четко и понятно объяснить свои опасения. Это предположение подтверждается, во-первых, отсутствием логической последовательности в расположении информации и наличием репаратур (актов самокоррекции). Практически каждая интонационная фраза выражает новую идею. Сначала речь идет о маммографи-

ческом скрининге (197–198) и упоминается наличие критических медицинских отзывов (198), затем сообщается о большом количестве женщин, у которых есть нечто маленькое и серое (200–202), и подчеркивается, что это серое не нужно лечить (204). Наконец, выражается идея о страхе женщин быть перечисленными (206–207). Во-вторых, в речи пациентки присутствуют паузы (201, 206) или междометия (197, 202), свидетельствующие о мыслительных процессах, проходящих непосредственно в момент озвучивания информации. В-третьих, лексический состав реплик показывает отсутствие в памяти достоверных фактов и медицинских терминов. Так, в строке 200 в качестве подлежащего используется неопределенно-личное местоимение *man*, позволяющее скрыть информатора. Для обозначения количества подобных случаев применяется неопределенное числительное *viel* ‘много’, которое в сочетании с усилительной частицей *so* ‘так’ хотя и указывает на показатель выше среднего, но не называет конкретное число или ссылку на источник. Озвучивание прилагательного *klein* ‘маленький’ (201) и двукратная попытка использовать прилагательное *grau* ‘серый’ (202, 204) в качестве синонима к *klein* мотивирует врача уточнить, имеет ли пациентка в виду термин *Grauzone* ‘серая зона’. В приведенном примере врач как лицо более компетентное помогает пациентке вспомнить термин. Распознавание имплицитных прагматических целей пациентки (скрытой просьбы помочь найти подходящее слово) позволяет врачу убедиться, что он понимает ее правильно, а пациентке — завершить свою реплику, не возвращаясь к слову *grau*.

Отрывок диалога (195–207) является примером «потенциально противоречащей информации» (*potentially discrepant information*) (см.: [Lehtinen 2007]). В реплике пациентки имплицитно прочитываются смыслы, которые отличаются или даже противоречат ожиданиям реципиента на фоне информации, сообщенной врачом. Для устранения противоречия врач (далее в процессе консультации) объясняет термин «серая зона» и называет причины, по которым показатели пациентки не входят в этот диапазон, тем самым снижая эмоциональную напряженность относительно уместности назначенных им терапевтических мероприятий.

Проанализированный фрагмент диалога показывает, что реплики с междометием *hm* в сочетании со знаменательными словами, предназначены главным образом для выражения мыслительного процесса, взятия или удержания роли говорящего. Звуковой сигнал *hm* может выполнять функцию паузозаполнения и рассматриваться как вербальное средство активации слушающего, а также использоваться врачом для выявления и устранения «проблемных зон» в случае наличия у пациента невысказанных опасений.

Выводы

Количественный анализ реплик пациенток, содержащих междометие *hm*, показывает, что этот вокальный жест — наиболее распространенный звуковой сигнал, воспроизводимый в качестве самостоятельного репликового шага. Контекстуальный анализ фрагментов диалогов доказывает наличие взаимосвязи между репликами врача и вербализацией междометия *hm* пациентками. К актуализации звукового сигнала пациенток мотивируют:

- информационная и эмоциональная насыщенность реплик врача;

- лексический повтор конструкций, которые вводят важную или новую информацию и демонстрируют уверенность инициатора общения в предоставляемой им информации (*ich weiß* 'я знаю');
- постановка фразового ударения на информационно значимых словах;
- короткие паузы (0,2–0,5 с) или паузы средней продолжительности (0,5–0,8 с) непосредственно в момент передачи сообщения или долгие (0,8–1 с) и затяжные паузы (несколько секунд) после завершения передачи сообщения;
- разговорная частица *ja* 'да' с восходящей (вопросительной) интонацией, эксплицитно выражающая запрос на подтверждение информации.

Анализ диалогов подтверждает наличие связи между позицией вокального жеста в реплике и его функциями в интенционально-коммуникативной структуре диалога или его фрагмента. Установлено, что все выявленные функции сугубо контекстуальные (прагматические), поскольку установить их без контекста невозможно. При определении функций особое внимание стоит уделять **локальному контексту и интонации**, которые имеют решающее значение при интерпретации. Позиция междометного слова в реплике может говорить лишь о большей или меньшей вероятности (но не о гарантии) проявления той или иной функции. Одна и та же функция может проявляться в любых позициях, иногда функции активируются симультанно.

Независимо от позиции в реплике междометие *hm* в стрессовой ситуации может выполнять:

- эмотивную функцию (указывает на смену настроения и связана с интонационными изменениями в голосе);
- функцию установления и поддержания контакта (выражает вовлеченность в диалог, показывает степень внимания);
- функцию паузозаполнения (демонстрирует незавершенность мысли и готовность оставаться в роли слушающего/говорящего);
- сигнальную функцию (извещает о получении сообщения, согласии, отказе, замешательстве или удовлетворенности);
- функцию активации слушающего (выражает просьбу подсказать слово или фразу без смены коммуникативных ролей);
- императивную функцию (в сочетании с длительными паузами имплицитно просит продолжить объяснения, побуждает к дальнейшему речевому действию);
- функцию (де)интенсификации (информирует об усилении/ослаблении значения, выраженного другими междометиями или знаменательными словами).

Из анализа диалогов также следует, что врачи практически всегда распознают скрытые коммуникативные интенции пациенток, закодированные в репликах с вокальным жестом. Если врач замечает несоответствие своей интерпретации реплики пациентки (как в примере (3)) и ее фактического вербального поведения (например, когда знаменательное слово выражает согласие, а четырехкратное повторение междометия и долгая пауза указывают на замешательство), он «приостанавливает» коммуникацию до момента выхода из проблемной зоны. Индикатором того, что врач не распознал импликацию, является наличие затяжных пауз и выражение удивления с помощью частицы *ja?* 'да?' (= неужели! / правда?). Это мотиви-

вирует собеседника переформулировать или уточнить свое высказывание. Таким образом, вербализация имплицитированных в вокальный жест значений не является обязательной для достижения взаимопонимания. Однако в случае выявления проблемной зоны врач дает понять (часто интуитивно), что хочет услышать более подробные комментарии собеседника.

Представленный в статье анализ является одним из этапов комплексного исследования коммуникативной роли языковых средств в речи пациента на материале немецкоязычного корпуса. Умение врача распознавать актуальный прагматический смысл диалогических реплик в форме или с включением междометных вокальных жестов способствует выявлению пробелов в знаниях пациента относительно заболевания и распознаванию его эмоционального состояния. Дальнейшие перспективы исследования видятся в изучении коммуникативной роли реплик с другими вокальными жестами. Интерес представляют также разговорные диалогические частицы, запускающие процесс инференции и позволяющие восстановить скрытые, но коммуникативно важные элементы информации, в частности, выявить затруднения в восприятии информации пациентом, что критически необходимо в стрессовой ситуации общения онколога и онкопациента.

Словари и справочники

Баженова 2011 — Баженова Е. А. Категория оценки. *Стилистический энциклопедический словарь русского языка*. Кожина М. Н., Баженова Е. А., Котюрова М. П., Сквородников А. П. (ред.). М.: Флинта: Наука, 2011. С. 143–146.

Литература

- Акаева 2007 — Акаева Э. В. *Коммуникативные стратегии профессионального медицинского дискурса*: дис. ... канд. филол. наук. Омск, 2007.
- Андреева 2012 — Андреева С. В. Звуковые жесты в устной коммуникации. *Известия Саратовского университета. Сер.: Филология. Журналистика*. 2012, 12 (2): 19–23.
- Вежбицкая 1999 — Вежбицкая А. *Семантические универсалии и описание языков*. Булыгина Т. В. (ред.). М.: Языки русской культуры, 1999. С. 611–647.
- Виноградов 2001 — Виноградов В. В. *Русский язык (грамматическое учение о слове)*. Золотова Г. А. (ред.). 4-е изд. М.: Русский язык, 2001. С. 611–627.
- Гнездилов 2001 — Гнездилов А. В. Психические изменения у онкологических больных. *Практическая онкология*. 2001, 1 (5): 5–13.
- Жура 2005 — Жура В. В. Принципы организации «Медицинского интервью». *Вестник ВолгГМУ*. 2005, 4 (16): 60–62.
- Максимова 2000 — Максимова С. Э. *Регулятивная функция междометной реплики в диалоге: На материале немецкого и русского языков*: дис. ... канд. филол. наук. Тверь, 2000. С. 46–78.
- Мурясов 2018 — Мурясов Р. З. Фонетическая, морфологическая и синтаксическая структура междометий. *Вестник Башкирского университета. Филология и искусствоведение*. 2018, 23 (3): 936–944.
- Нефедов 2017 — Нефедов С. Т. Рестриктивная аргументация: модальные слова сомнения и общезначимости (на материале немецкоязычных лингвистических статей). *Вестник Санкт-Петербургского университета. Язык и литература*. 2017, 14 (4): 599–610.
- Нефедов, Чернявская 2020 — Нефедов С. Т., Чернявская В. Е. Контекст в лингвистическом анализе: прагматическая и дискурсивно-аналитическая перспектива. *Вестник Томского государственного университета. Филология*. 2020, (63): 83–95.

- Одинцова 2016 — Одинцова И. В. Импликация и инференция в лингводидактике. *Мир русского слова*. 2016, (4): 91–96.
- Федоровская, Осипенко 2020 — Федоровская В. О., Осипенко Т. А. Вербализация информирующей коммуникативной стратегии в консультативной беседе с онкологическими пациентами. *Научный диалог*. 2020, (10): 194–211.
- Чернявская 2021 — Чернявская В. Е. *Текст и социальный контекст: Социолингвистический и дискурсивный анализ смыслопорождения*. М.: Ленанд, 2021.
- Широков 2020 — Широков А. Сопротивляясь асимметрии во взаимодействии с врачом: как пациенты легитимируют и защищают свои эпистемические претензии. *Социология и наука технологий*. 2020, 11 (3): 139–157.
- Ameka 1992 — Ameka F. Interjections: The universal yet neglected part of speech. *Journal of Pragmatics*. 1992, (18): 101–118.
- Bentz et al. 2016 — Bentz M., Binnenhei M., Coussios G., Gruden J. et al. Von der Pathologie zum Patienten: Optimierung von Wissenstransfer und Verstehenssicherung in der medizinischen Kommunikation. *SpIn*. 2016, (72): 1–46.
- Byrne, Long 1976 — Byrne P. S., Long B. E. *Doctors talking to patients: A study of verbal behaviors of doctors in the consultation*. London: H.M.S.O, 1976.
- Deppermann, Helmer 2013 — Deppermann A., Helmer H. Zur Grammatik des Verstehens im Gespräch: Inferenzen anzeigen und Handlungskonsequenzen ziehen mit *also* und *dann*. *Zeitschrift für Sprachwissenschaft*. 2013, 32 (1): 1–39.
- Drew 2013 — Drew P. The voice of the patient: Non-alignment between patients and doctors in the consultation. In: *Handbook of patient-provider relationships: Raising and responding to primary concerns about health, illness, and disease*. Beach W. A. (ed.). New York: Hampton Press, 2013. P. 299–306.
- Egger 2012 — Egger J. W. Arzt-Patienten-Kommunikation. „Jeder vierte Patient versteht seinen Arzt nicht“. Kommentar zur aktuellen LBI-Studie. In: *Psychologische Medizin*. 2012, (3): 2–3.
- Günthner 2015 — Günthner S. Zwar... aber-Konstruktionen im gesprochenen Deutsch: Die dialogische Realisierung komplexer Konnektoren im Gespräch. In: *Deutsche Sprache*. 2015, (43): 193–219.
- Günthner 2017 — Günthner S. Sprachliche Verfahren bei der Übermittlung schlechter Nachrichten — sedimentierte Praktiken im Kontext onkologischer Aufklärungsgespräche. In: *SpIn*. 2017, (73): 1–46.
- Horn 1992 — Horn L. The said and the unsaid. In: *SALT II: Proceedings of the Second Conference on Semantics and Linguistic Theory*. Barker Ch., Dowty D. R. (eds). Columbus: Ohio State University, Department of Linguistics, 1992. P. 163–202.
- Horn 2009 — Horn L. WJ-40: Implicature, truth, and meaning. In: *International Review of Pragmatics*. 2009, (1): 3–34.
- Imo 2013 — Imo W. *Sprache in Interaktion. Analysemethoden und Untersuchungsfelder (Linguistik — Impulse & Tendenzen 49)*. Berlin, Boston: De Gruyter. S. 191–193.
- Imo 2017 — Imo W. Trösten: eine sprachliche Praktik in der Medizin. Aufklärungsgespräch. In: *SpIn*. 2017, (71): 1–31.
- Imo 2020 — Imo W. Krebs und persönliche Kontrolle: Ursachen und Verantwortlichkeiten. In: *SpIn*. 2020, (83): 1–39.
- Imo et al. 2020 — Imo W., Fedorovskaya V., Sekacheva M. I. Nutzung authentischer Arzt-Patienten-Kommunikation im Kommunikationstraining für Medizinstudierende im fachbezogenen DaF-Unterricht. In: *Fachsprache Journal of Professional and Scientific Communication*. 2020, 42 (1–2): 46–65.
- Kurz 2002 — Kurz S. Doctor-Patient communication: principles and practices. *Canadian Journal of Neurological Sciences*. 2002, 29 (2): 23–29.
- Lehtinen 2007 — Lehtinen E. Merging doctor and client knowledge: On doctors' ways of dealing with clients' potentially discrepant information in genetic counseling. In: *Journal of Pragmatics*. 2007, 39 (2): 389–427.
- Maynard 1991 — Maynard D. W. Interaction and asymmetry in clinical discourse. In: *American Journal of Sociology*. 1991, 97 (2): 448–495.
- Nefedov 2017 — Nefedov S. Zur Typologie von 'Kontext'. В сб.: *Германистика в современном научном пространстве: м-лы V Междунар. науч.-практ. конф.* Краснодар: Кубанский гос. ун-т, 2017. С. 184–191.

- Rolf 2013 — Rolf E. Pragmatik als Theorie der Sprecher-Bedeutung. In: *Inferentielle Pragmatik. Zur Theorie der Sprecher Bedeutung*. Berlin: Erich Schmidt Verlag, 2013. S. 22–31.
- Selting et al. 2009 — Selting M., Auer P., Barth-Weingarten D. et al. Gesprächsanalytisches Transkriptionssystem 2 (GAT 2). In: *Gesprächsforschung — Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion*. 2009, (10): 353–402.
- Wilkins 1992 — Wilkins D. P. Interjections as deictics. In: *Journal of Pragmatics*. 1992, (18): 119–158.

Статья поступила в редакцию 3 августа 2022 г.
Статья рекомендована к печати 3 февраля 2023 г.

Tatiana A. Osipenko

First Moscow State Medical University (Sechenov University),
8-2, Trubetskaya ul., Moscow, 119991, Russia
osipenko_t_a@staff.sechenov.ru

Inference pragmatics of the interjection *hm* in stress interaction (based on the medical consultations of an oncologist and a cancer patient)

For citation: Osipenko T. A. Inference pragmatics of the interjection *hm* in stress interaction (based on the medical consultations of an oncologist and a cancer patient). *Vestnik of Saint Petersburg University. Language and Literature*. 2023, 20 (2): 312–333. <https://doi.org/10.21638/spbu09.2023.207> (In Russian)

The article is dedicated to the study of verbal communication of a physician and a patient as part of institutional medical discourse. The analysis was conducted based on the material of 12 transcripts of the dialogues in German language between oncologists and female patients diagnosed with breast cancer. Utterances of patients with a vocal gesture expressed by the interjection *hm* are the subject of this study. The purpose of the article is to determine the communicative functions in the intentional structure of the analyzed dialogues, taking the situational, social and cultural context into account, as well as the correlation with the physician's remarks, and syntactic position *hm* in the utterance. The article presents quantitative analysis, analyses their lexical composition, determines intentional and semantic relationship of the generation of the sound signal *hm* and the physician's remarks. Two main types of utterances were distinguished: *hm* as a separate utterance step, as well as *hm* as part of the phrase including other interjections and content words (in the initial and/or the final and interposition part of the utterance). Context-specific functions were identified for this type of utterances: 1) emotive; 2) establishing and maintaining contact; 3) pause filling; 4) signal; 5) listener activation; 6) imperative; 7) (de)intensification. Recognition of implicit, context-specific intention of *hm*-containing utterances facilitates the establishment of emotional and intellectual contact with the patient, and helps the physician to prepare the dialogue partner for the conscious participation in the decision-making process regarding medical treatment.

Keywords: oral speech analysis, conversational analysis, inference pragmatics, interjection pragmatics, medical oncological discourse.

References

- Акаева 2007 — *Communication strategies of professional medical discourse*. Thesis for PhD in Philological Sciences. Omsk, 2007. (In Russian)
- Андреева 2012 — Andreeva S. V. Sound gestures in oral communication. *Izvestiia Saratovskogo universiteta. Ser.: Filologiya. Zhurnalistika*. 2012, 12 (2): 19–23. (In Russian)
- Вежбицкая 1999 — Vezhbitskaia A. *Semantic universals and description of languages*. Bulygina T. V. (ed). Moscow: Iazyki russkoi kultury Publ., 1999. P. 611–647. (In Russian)

- Виноградов 2001 — Vinogradov V. V. *Russian language (Grammatical study of the word)*. Zolotova G. A. (ed.). 4th ed. Moscow: Russkii iazyk Publ., 2001. P. 611–627. (In Russian)
- Гнездилов 2001 — Gnezdilov A. V. Mental changes in cancer patients. *Prakticheskaiia onkologiia*. 2001, 1 (5): 5–13. (In Russian)
- Жура 2005 — Zhura V. V. Principles of the “Medical interview” organization. *Vestnik Volgogradskogo gosudarstvennogo meditsinskogo universiteta*. 2005, 4 (16): 60–62. (In Russian)
- Максимова 2000 — Maksimova S. E. *The regulatory function of interjectional utterance in dialogue: On the material of German and Russian languages*. Thesis for PhD in Philological Sciences. Tver, 2000. P. 46–78. (In Russian)
- Мурясов 2018 — Muriasov R. Z. Phonetic, morphological and syntactic structure of interjections. *Vestnik Bashkirskogo universiteta. Filologiiia i iskusstvovedenie*. 2018, 23 (3): 936–944. (In Russian)
- Нефедов 2017 — Nefedov S. T. Recursive argumentation: Modal words of doubt and shared knowledge in academic linguistic writings. *Vestnik of Saint Petersburg University. Language and Literature*. 2017, 14 (4): 599–610. (In Russian)
- Нефедов, Чернявская 2020 — Nefedov S. T., Cherniavskaiia V. E. Context in linguistics: Pragmatic and discourse analytical dimensions. *Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo universiteta. Filologiiia*. 2020, (63): 83–95. (In Russian)
- Одинцова 2016 — Odinstova I. V. Implication and inference in linguodidactics. *Mir russkogo slova*. 2016, (4): 91–96. (In Russian)
- Федоровская, Осипенко 2020 — Fedorovskaiia V. O., Osipenko T. A. Verbalization of an informing communication strategy in consulting cancer patients. *Nauchnyi dialog*. 2020, (10): 194–211. (In Russian)
- Чернявская 2021 — Cherniavskaiia V. E. *Text and social context: Sociolinguistic and discursive analysis of meaning generation*. Moscow: Lenand Publ., 2021. (In Russian)
- Широков 2020 — Shirokov A. Resisting asymmetry in interaction with doctor: How patients legitimize and defend their knowledge claims. *Sostitologiiia i nauka technologii*. 2020, 11 (3): 139–157. (In Russian)
- Амека 1992 — Ameka F. Interjections: The universal yet neglected part of speech. *Journal of Pragmatics*. 1992, (18): 101–118.
- Bentz et al. 2016 — Bentz M., Binnenhei M., Coussios G., Gruden J. et al. Von der Pathologie zum Patienten: Optimierung von Wissenstransfer und Verstehenssicherung in der medizinischen Kommunikation. *SpIn*. 2016, (72): 1–46.
- Byrne, Long 1976 — Byrne P. S., Long B. E. *Doctors talking to patients: A study of verbal behaviors of doctors in the consultation*. London: H. M. S. O, 1976.
- Deppermann, Helmer 2013 — Deppermann A., Helmer H. Zur Grammatik des Verstehens im Gespräch: Inferenzen anzeigen und Handlungskonsequenzen ziehen mit *also* und *dann*. *Zeitschrift für Sprachwissenschaft*. 2013, 32 (1): 1–39.
- Drew 2013 — Drew P. The voice of the patient: Non-alignment between patients and doctors in the consultation. In: *Handbook of patient-provider relationships: Raising and responding to primary concerns about health, illness, and disease*. Beach W. A. (ed.). New York: Hampton Press, 2013. P. 299–306.
- Egger 2012 — Egger J. W. Arzt-Patienten-Kommunikation. „Jeder vierte Patient versteht seinen Arzt nicht“. Kommentar zur aktuellen LBI-Studie. In: *Psychologische Medizin*. 2012, (3): 2–3.
- Günthner 2015 — Günthner S. Zwar... aber-Konstruktionen im gesprochenen Deutsch: Die dialogische Realisierung komplexer Konnektoren im Gespräch. In: *Deutsche Sprache*. 2015, (43): 193–219.
- Günthner 2017 — Günthner S. Sprachliche Verfahren bei der Übermittlung schlechter Nachrichten — sedimentierte Praktiken im Kontext onkologischer Aufklärungsgespräche. In: *SpIn*. 2017, (73): 1–46.
- Horn 1992 — Horn L. The said and the unsaid. In: *SALT II: Proceedings of the Second Conference on Semantics and Linguistic Theory*. Barker Ch., Dowty D. R. (eds). Columbus: Ohio State University, Department of Linguistics, 1992. P. 163–202.
- Horn 2009 — Horn L. WJ-40: Implicature, truth, and meaning. In: *International Review of Pragmatics*. 2009, (1): 3–34.
- Imo 2013 — Imo W. *Sprache in Interaktion. Analysemethoden und Untersuchungsfelder (Linguistik — Impulse & Tendenzen 49)*. Berlin, Boston: De Gruyter. S. 191–193.

- Imo 2017 — Imo W. Trösten: eine sprachliche Praktik in der Medizin. Aufklärungsgespräch. In: *SpIn*. 2017, (71): 1–31.
- Imo 2020 — Imo W. Krebs und persönliche Kontrolle: Ursachen und Verantwortlichkeiten. In: *SpIn*. 2020, (83): 1–39.
- Imo et al. 2020 — Imo W., Fedorovskaya V., Sekacheva M. I. Nutzung authentischer Arzt-Patienten-Kommunikation im Kommunikationstraining für Medizinstudierende im fachbezogenen DaF-Unterricht. In: *Fachsprache Journal of Professional and Scientific Communication*. 2020, 42 (1–2): 46–65.
- Kurz 2002 — Kurz S. Doctor-Patient communication: principles and practices. *Canadian Journal of Neurological Sciences*. 2002, 29 (2): 23–29.
- Lehtinen 2007 — Lehtinen E. Merging doctor and client knowledge: On doctors' ways of dealing with clients' potentially discrepant information in genetic counseling. In: *Journal of Pragmatics*. 2007, 39 (2): 389–427.
- Maynard 1991 — Maynard D. W. Interaction and asymmetry in clinical discourse. In: *American Journal of Sociology*. 1991, 97 (2): 448–495.
- Nefedov 2017 — Nefedov S. Zur Typologie von 'Kontext'. In: *Germanistika v sovremennom nauchnom prostranstve: materialy V mezhdunarodnoi nauchno-prakticheskoi konferentsii*. Krasnodar: Kubanskii gosudarstvennyi universitet Publ., 2017. P. 184–191.
- Rolf 2013 — Rolf E. Pragmatik als Theorie der Sprecher-Bedeutung. In: *Inferentielle Pragmatik. Zur Theorie der Sprecher Bedeutung*. Berlin: Erich Schmidt Verlag, 2013. P. 22–31.
- Selting et al. 2009 — Selting M., Auer P., Barth-Weingarten D. et al. Gesprächsanalytisches Transkriptionssystem 2 (GAT 2). In: *Gesprächsforschung — Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion*. 2009, (10): 353–402.
- Wilkins 1992 — Wilkins D. P. Interjections as deictics. In: *Journal of Pragmatics*. 1992, (18): 119–158.

Received: August 3, 2022

Accepted: February 3, 2023