

УДК 811.114

**ВНУТРИТЕЛЕСНАЯ ЛИНГВИСТИКА И РУССКОЯЗЫЧНЫЕ
ДИСКУРСИВНЫЕ ПРАКТИКИ**
**INTRACORPORAL LANGUAGE AND RUSSIAN LANGUAGE
DISCOURSE PRACTICES**

В.К. Харченко
V. K. Kharchenko

*Белгородский государственный национальный исследовательский университет,
Россия, 308015, г. Белгород, ул. Победы, 85*
Belgorod National Research University, 85, Pobeda St., Belgorod, 308015, Russia

E-mail: wera_kharchenko@mail.ru

Аннотация. Проблематика языка внутрителесных ощущений рассматривается на русскоязычном материале художественного, научно-популярного, разговорного, рекламного дискурсов, каждый из которых уникален в передаче сигналов тела. В центре внимания автора концепты «боль», «болезнь», «инвалидность», «беременность» и др. Вслед за разработчиком теории interoцепции на материале англоязычной художественной прозы А.В. Нагорной, отмечается некоторое отставание в использовании русского языка при передаче внутрителесных переживаний. Подчёркивается важность сбережения удачных метафор и необходимость теоретического и прикладного взаимообогащения русскоязычных дискурсов в рамках указанного направления лингвистических изысканий.

Abstract. The article deals with a problem of intracorporal feelings language, based on the texts of Russian-language fictional, popular scientific, colloquial, advertising discourses, each of which is unique with regards to body signals representation. Following A.V.Nagornaya, who has based her research on English literary texts, the author points to a certain Russian language retention in the field of expressing intracorporal feelings. The author focuses on the concepts of pain, illness, disability, pregnancy etc. The importance of preserving felicitous metaphors is stressed, as well as the necessity of discourses mutual enrichment.

Ключевые слова: interoцепция, дискурс, метафора, реплика, болезнь, тело.
Key words: interoception, discourse, metaphor, remark, illness, body.

Введение

В общей теории дискурсов неисследованной темой применительно к отечественной лингвистике до недавнего времени оставалась лингвистика interoцепции, то есть анализ языка внутрителесных ощущений.

Прорывной работой последних лет стала блестящая монография А.В. Нагорной «Дискурс невыразимого: Вербалика внутрителесных ощущений», открывающая целое направление всевозможных исследований [1]. Отметим здесь же докторскую диссертацию того же автора [2]. Заявленная проблематика исследуется А.В. Нагорной на основе критического изучения зарубежного опыта интерпретации и на основе собственных наблюдений над языком англоязычного художественного текста как классического, так и современного. На таком материале, как утверждает А.В. Нагорная, можно делать более объективные, а значит убедительные выводы в силу высокой степени соматичности англоязычной культуры. «Обладая преимущественно агентивной ориентацией, английский язык позволяет описывать значительную



часть interoceptивных состояний и ощущений как события, центр активности которых располагается в самом внутреннем органе» [1, с. 4]. Что актуально, автор устанавливает лакуны (в частности, в русском языке) при передаче внутрителесных событий.

Конкретные результаты, к которым приходит А.В. Нагорная в ходе многолетнего и тщательного исследования interoцепции, можно обобщить как раскрытие эвристического потенциала теории воплощённого значения, формулировку и обоснование принципов анализа внутрителесных событий. Автором описаны концептуальные структуры, фокусирующие interoцептивный опыт индивида, определена семантическая нагрузка модальной рамки соответствующих высказываний. Большой интерес представляет детально проанализированная в работе метафорика interoцепции. Методологически ценным является утверждение об ограниченной свободе в выборе языковых средств при передаче interoцептивных ощущений вопреки расхожему мнению будто бы об отсутствии таких ограничений.

Замечательно, что автор не ограничивается только лексическими пластами, но выявляет также подспудную роль синтаксиса при трансляции внутрителесных «неуловимостей».

На других исследованиях внутрителесной вербалики (термин А.В. Нагорной) остановимся несколько ниже.

Материал исследования

С точки зрения раскола дискурсов, в которых может быть представлен материал для исследования, «внутрителесная лингвистика» вправе обратиться к весьма широкому спектру возможных русскоязычных ниш, ячеек с залежами неисследованного материала. Условно разделим дискурсы на три группы.

Есть дискурсы, удалённые от языка внутрителесных переживаний. Это политический, медийный, родословный, мемуарный дискурсы. Теоретически можно предположить, что тексты, например, семейного родословия в плане interoцептивного языкового материала могут содержать единичные описания сохранившихся в памяти болезненных проявлений, о которых некогда повествовал близкий человек, однако это не коррелирует с ключевыми требованиями жанра воспоминаний, поскольку заявленная тема внутрителесных описаний относится к так называемой Я-лингвистике. Для жанров родословия и мемуаристики сигналы тела описываемого персонажа весьма далеки.

Далеки они и от политического, и от медийного дискурсов, хотя, что интересно, при проведении социологических опросов о качествах, какими должен обладать лидер, руководитель, политик, большая часть респондентов за рубежом на первое место выносит здоровье. «Голландские исследователи выяснили, какие люди больше подходят на роль лидеров. Оценивали, насколько важны для руководителя такие параметры, как здоровье, интеллект и привлекательность. ... В 69 % случаев добровольцы выбирали здоровых, а не умных кандидатов» [3, с. 45]. Отечественные специалисты при разработке проблематики управленческого кадрового резерва в перечень неизменных условий также включают «состояние здоровья» [4]. Состояние тела «естественно» коррелирует с карьерным ростом, почему исследовать язык

внутри телесных сигналов и обучать этому языку актуально не только для лингвистики.

Вторую группу составляют дискурсы (медицинский, научно-популярный, фольклорный, рекламный), в которых внутри телесные сигналы весьма значимы, но значимы не по всему пространству того или иного дискурса, а в конкретной его части. В медицинском дискурсе это постановка диагноза. В научно-популярном (брошюрах, лекциях по медицине и валеологии) это просвещение населения с целью привития навыка своевременного (при недомоганиях) обращения к врачу. В таком же ракурсе можно рассматривать и спортивный дискурс, когда усталость может стать «аварийной». В рекламном дискурсе – это, прежде всего, реклама лекарств. В фольклорном – это группа пословиц на тему здоровья. Таким образом, вторую группу составляют дискурсы, непосредственно некоторыми своими фрагментами, сферами нацеливающие на interoception, но всё ещё далёкие от лингвистики.

Наконец, третью группу образуют художественный, разговорный и, как часть разговорного, – детский дискурс, в которых тематика телесных сигналов присутствует перманентно и которые на сегодняшний день накопили уже весьма выразительный материал для изучения. Эти дискурсы – как художественный, так и разговорный – весьма близки филологу, однако interoception и в них системно не изучается, при том что содержательно могла бы обогатить, например, медицинский дискурс в диагностических его проекциях.

Приходится признать, что для лингвиста-interoceptionолога (упрочим такое обозначение исследователя языка внутри телесных ощущений) ведущими дискурсами остаются художественный, разговорный дискурсы, разумеется, если разговорный дискурс рассматривать в самом общем ключе, обособленно от профессионального медицинского, о котором пойдёт речь несколько ниже.

Основная часть

Гипотеза нашего исследования формулируется следующим образом: русскоязычные дискурсивные практики могут дать во многом уникальный материал по переживанию боли, сердцебиения, повышения или понижения давления, по каким-либо внутри телесным сигналам ухудшения состояния вследствие болезни и/или стресса, но также и по внутри телесным ощущениям выздоровления, протекания беременности, родов, грудного вскармливания. В язык внутри телесных переживаний каждый дискурс вносит своеобразие, и в совокупности это срабатывает как весьма значимый и востребованный социумом каркас синдромов в системе самооощений языковой личности.

Проиллюстрируем и по возможности проинтерпретируем заявленную гипотезу в следующем порядке рассмотрения дискурсов: медицинский, научно-популярный, рекламный, фольклорный, художественный, разговорный, детский.

Медицинский дискурс, что ожидаемо, теоретически содержит основную массу материала по языку внутри телесных ощущений. Другое дело, что трудно вообразить лингвиста, присутствующего в кабинете врача в качестве наблюдателя и записывающего реплики пациента на приёме у терапевта ли, проктолога, окулиста и далее со всеми остановками. Больной



формулирует тревожащие его сигналы тела, и эти описания врач пытается уложить в диагностические штампы. Медицинский дискурс пересекается с разговорным, например, при общении специалистов-медиков, что исследовано в аспекте профессиональных метафор в диссертации О.С. Зубковой на материале русского, английского и французского языков [5]. В этом материале представлен и язык тела. В профессиональном общении медиков тематика телесных сигналов занимает видное место.

Приведём ряд примеров из указанной работы. *При осмотре я заметила усиление болей только в эпигастральной области, другие отделы живота спокойно спали, симптомов раздражения брюшины не было* [5, с. 314]. – *Ой, и не говорите, я сегодня сам как развалина. Голова трещит, давление нерабочее – 140/90, а работать надо* [5, с. 341]. *Нет-нет, сознание сохранено, просто оглушённость, апатия* [5, с. 346]. *И не забудьте проинформировать пациента о неоднозначности подобной терапии – бывают пациентки, которым одна только эта информация здорово помогла справиться с «приливами» без ГЗТ* [5, с. 350].

Отсутствие сведений по interoцепции в научно-популярной литературе по медицине и валеологии может быть обусловлено научным характером и тематикой самого издания, как, например, в книге В.П. Празникова «Закаливание детей дошкольного возраста». Внутрителесная событийность при том или ином заболевании в виде диагностических маркеров находит своё отражение в научно-популярном дискурсе. Разумеется, речь пойдёт о сугубо медицинской тематике научно-популярных изданий, так же, как далее, в представлении рекламного дискурса, мы будем брать рекламу только лекарств. **Научно-популярный дискурс** по определению даёт весьма рельефную симптоматику, значимую для постановки диагноза, с которой полезно знакомить читателя. Другое дело, что этот материал пока ещё далёк от лингвистики, как, впрочем, и от большинства потенциальных читателей. Впрочем, когда филолог или культуролог осмысливает, например, проблематику родин, повитух, младенчества, то помимо эмоций, не может не фиксировать и язык внутрителесных ощущений [6, с. 236-265].

В последние десятилетия научно-популярный дискурс потеснён **рекламным дискурсом**, особенно по части рекламы лекарственных средств. В аспекте interoцепции рекламный дискурс даёт уникальный материал, поскольку текст рекламы лекарственного средства строится по формуле сжатого нарратива: 1) было плохо (как правило, указываются болевые или неприятные симптомы), 2) стали применять лекарство, 3) стало хорошо. *С филастум форте кишечнику комфортно. Раз! – и голова не болит. – Встречайте день с лёгкостью* (о слабительных таблетках). *Мезим. Здорово желудку с ним! ...Уменьшает ощущение раздражительности кожи. Ноем? Быструм гель успокоит! Боль в желудке, жжение в пищеводе могут быть признаками гастрита и язвы. Маалокс. Две таблетки маалокса могут предотвратить наступление язвы.* Реклама напоминает о возможном позитиве внутрителесных переживаний, что обычно не проговаривается и потому не замечается носителями языка.

Кстати, и в разговорном дискурсе позитив внутрителесных ощущений озвучивается подчас в виде своеобразной рекламы использованного средства: [Женщина-моржиха лет 60 об отваре хмеля:] **Кишечнику хорошо. Такая**

лёгкость... *Чистится!* (11.04.2015). Здесь, как и в рекламе соблюдается определённая недоговорённость по условиям эвфемии.

Акустическая, изузстная культура, в частности **культура фольклора** не могла пройти мимо закрытости языка узнавания тревожных симптомов, о чём свидетельствует предостерегающая поговорка: *Дитя не плачет – мать не понимает*. В известном и авторитетном словаре В.И. Даля концепт БОЛЬ представлен, в частности, следующими поговорками, приведём лишь малую часть. *У кого что болит, тот о том и говорит. Где мило, там глаза, где больно, там рука. Нога и не больно болит, а не даёт ступить. Рот болит, а брюхо есть велит. Не велика болячка, да сесть не даёт. Чужая болька никому не болит* и др. [7, с. 11-112].

В интерпретации внутрителесных ощущений, как справедливо подчёркивает А.В. Нагорная, **художественный дискурс** является и остаётся наиболее выразительным и насыщенным, и с этим нельзя не согласиться. Во-первых, потому, что сам материал уже зафиксирован, его нужно всего лишь найти (разглядеть в тексте!), собрать, классифицировать и обобщить. На материале классических текстов это выполнено, например, в весьма насыщенной проекции на художественный текст монографии К.А. Богданова [8]. Современная художественная литература в этом отношении остаётся пока ещё за пределами лингвистических изысканий, хотя писатели по определению способны помочь носителю языка более точно обозначить то или иное внутрителесное ощущение, прежде всего болевое.

Интероцепция находит художественное отражение при репрезентации таких концептов, как БОЛЕЗНЬ, ОНКОЛОГИЯ, ИНВАЛИДНОСТЬ, БОЛЬНИЦА, РОДДОМ, а также СТРЕСС.

В современных русскоязычных художественных текстах отражены подчас весьма серьёзные диагнозы: дифтерия (С. Есин. Затмение Марса), врождённый поликистоз, приводящий к пожизненному гемодиализу (В. Иванова. Болезнь), отравление ребёнка (М. Палей. Хутор). В переведённом с эстонского языка романе Ааду Хинта «Быть самим собой» в центре описания стоит проказа и жизнь в лепрозории.

Отдельно можно исследовать концепт ОНКОЛОГИЯ. Открыл эту тему для советского читателя В. Солоухин своим романом «Приговор» (см. также: М. Ганина «Созвездие близнецов»). Наивысшее художественное развитие онкологический дискурс (именно как дискурс!) получил в классическом романе А.И. Солженицына «Раковый корпус», в котором политическое и социальное разрабатываются на пронзительной драме сугубо медицинского, онкологического дискурса, и тема интероцепции представлена разнообразно и широко. Приведём три из многих «интероцептивных» фрагментов романа.

*Только тут, на крыльчке противоракового диспансера, больные часами слушали его и сочувствовали. Они понимали, что это значит, когда **окостенел подвижный треугольник «дужки»** и сгустились рентгеновские рубцы по всем местам облучения (с. 56). Была ли это **ясно ощущаемая боль в области желудка у неё самой? Некоторые дни она не чувствовала её, некоторые дни слабей, сегодня – сильней**. Если б она не была онкологом, она бы не придавала значения этой боли или, напротив, бесстрашно пошла бы на исследования. Но слишком хорошо она знала эту ниточку, чтобы отмотать первый виток: сказать родным, сказать товарищам по работе. Сама-то для себя она пробавлялась русским*



авосем: а может обойдётся? а может только нервное ощущение? (с. 64). ...*Это он уже гнался наперегонки с будущей опухолью, но втёмную гнался, не видя, где враг, – а она всё видела, кинулась и **вонзилась в самую горячую пору!** Не болезнь – змея. И имя её змеиное – меланобластома. / Когда она началась – Вадим не заметил. Это было в экспедиции у Алтайского хребта. Началось затвердение, **потом боль, потом прорвало и полегчало, потом опять затвердение, и так натуралось от одежды, что почти невыносимо стало ходить*** (с. 174).

В отечественной прозе последнего периода онкологический дискурс представлен повестью Дины Рубиной «Высокая вода венецианцев», повестью Елены Михайловой «Пожар», повестью Татьяны Янковской «Мара & Марик». В этих текстах «изнутри» описывается угасание человека с диагнозом «рак». Из зарубежных произведений, переведённых на русский язык и тем самым обогащающих язык внутрителесных переживаний онкобольного, назовём роман Абеля Поссе «Страсти по Эвите», роман Розмари и Виктора Зорза «Я умираю счастливой», роман Джона Бенвилла «Море». Сама болезнь может восприниматься заболевшим, и художественные тексты отражают это, как метафорический знак наказания, расплаты, что недопустимо, но достаточно часто имеет место, особенно это касается онкобольных [9, с. 256].

Можно сосредоточить исследовательское наблюдение не на концепте болезни, а на смежном концепте БОЛЬНИЦА (А. Солженицын «Раковый корпус», В. Иванова «Болезнь»).

Тематику отдельного исследования может составить язык переживания ИНВАЛИДНОСТИ. Из классических текстов это «Слепой музыкант» В.Г. Короленко. Из современной литературы – потрясший многих текст Рубена Давида Гонсалеса Гальего «Чёрным по белому». Жанр произведения не обозначен, произведение трактуется как документальная проза.

Концепт РОДДОМ тоже заслуживает внимания своими лингвистическими аспектами художественного дискурса. Это рассказ Натальи Сухановой «Делос». Смежные концепты БЕРЕМЕННОСТЬ, РОДЫ, КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ получают своё освещение в современной литературе, однако вершиной художественного отражения указанных концептов остаются классические романы Л.Н. Толстого «Анна Каренина» и «Война и мир». Выкидыши, не вынашивание плода – тема «поэмы» (так обозначен жанр) С.Н. Сергеева-Ценского «Печаль полей»: *Так велика была внезапная радость Анны оттого, что **застучал в первый раз её седьмой ребёнок** (и сейчас стучал с небольшими обдуманньми промежутками)...(с. 105). **Была только тяжесть, – не та, радостная, а новая, больная тяжесть, и страшное сознание, что он умирает... не умер ещё, жив ещё, но умирает, умирает, – умрёт** (с. 144). <...> **Охватили, не отпуская, боли рождения и тянулись долго. К вечеру Анна родила мальчика. Ребёнок был мёртв, как прежние шесть...** (с. 147).*

В отличие от художественного **в разговорном дискурсе** исследование interoцепции осложняется «отсутствием» (точнее, не собираемостью!) материала. Внутрителесная тематика высказываний разговорного дискурса обнаруживает себя в диалоговых репликах окружающих, когда они повествуют своим близким о болевых симптомах и о «событиях» собственного тела.

[Методист 52 г. студентке:] *Да помолчи, тарахтуля! У меня к вечеру голова вот такая...* (30.01.2012). [Пенсионерка 57 л о поездке на дальнюю дачу:] *Бабу Аню на себе тащить, выслушивать, что у неё в голове кипит-шумит!* (21.05.2012). [Женщина лет 40 мужу на улице:] *Она ест маленькими порциями простую пищу пять раз в день. А то я **накидаю в желудок, и он у меня болит*** (08.08.2012). [Инженер 63 г.:] *Когда мы вернулись из Москвы, **рука болела уже так сильно**, что я не знала, как мне лежать, и ночью мне было уже так плохо, **рука болит и ноги сводит**, и, в общем, не поймёшь, что <...> **Вот он пришёл, говорит: буду колоть сам. Уколот. Говорит: ну как? Сейчас должно обезболиться, такое будет ощущение. Ничего так вроде. У меня рука никак.** Он просил, чтобы я по стенке (перебирая пальцами) руку поднимала, а я никак* (12.10.2012). [Делопроизводитель 36 л.:] *Я глаз травмировала. Покраснел, **резь такая, опух полностью. Такое ощущение, что под веком какой-то рубец.** Знаете, когда ранка – и кожа затягивается, и такой рубец <...> А то была эрозия роговицы. **Боли, рези не было, но несколько натянуто – такое ощущение*** (22.04.2015).

Разумеется, и в разговорном дискурсе внутрителесные переживания-ощущения не ограничиваются концептами БОЛЬ, БОЛЕЗНЬ. Они значительно шире:

– потрясение: [Женщина с коляской о расстреле шестерых белгородцев 22-го апреля:] *Ой, да это не приведи, Господь! **У меня мурашки на голове от этого, мурашки!*** (25.04.2013).

– ослабление либидо: [Профессор-методист:] *Я в поликлинике услышала, как мужчина рассказывает: «У меня **нижний этаж отмер, теперь верхний этаж болит!** Как вам нравится: нижний этаж! (смеётся)* (26.11.2013).

– возрастная гормональная недостаточность: [Доцент 55 л. о старости:] *Серотонин перестает вырабатываться, гормонов нет. **Человек внутри пустой! Я начала это ощущать...*** (07.04.2015).

– последствия перенапряжения: [Мужчина лет 55 по сотовому в троллейбусе:] *Давай на завтра! А то я вчера покопался – что-то **руки у меня, суставы болят** – давно, что ли, не работал?* (15.04.2015).

– «температурные» привычки, например, при приёме пищи: [Доцент 63 л., смеясь, о чае:] *Я люблю, чтоб горячий. **Чтоб во рту всё облезло! Два-три дня потом ходишь...** Но научный руководитель не отпускал без чая. Всё удивлялся: какой сильный характер!* (07.04.2015).

– ощущение «второго дыхания»: [Бегуны у пляжа рано утром. Женщина лет 55 и мужчина лет 50:] *Ты бежал – **усталость чувствовалась?** – Ты знаешь, вот четвёртый круг я, когда бежал, уже думаю: **дыхание включится? Второе дыхание? Включилось!*** (26.04.2015).

Язык описания сигналов, поступающих «изнутри», характеризуется собственными тропами. Здесь и гиперболы (*голова раскаляется*), и олицетворения (*кишки мари играют*), и метафоры (*нижний этаж отмер*), и метонимия (*накидаю в желудок – и он болит*), и эпитеты (*рука стала ватной*), в том числе условные эпитеты (*голова вот такая*). Встречаются биномы (*в голове кипит-шумит*), фразеологизмы, В силу своей привычности фразеологизмы подчас ускользают от наблюдения и фиксации именно как



внутричелюстные (*слюньки потекли, семь потов сойдёт, кровь из носу, шло в одном месте*), но на смену привычным приходят свежие, подчёркивающие внутричелюстные, прежде всего, болевые ощущения, как, например: [Работник канцелярии вспоминает нострификацию диплома:] **Там больше геморроя! Столько бумаг надо было собрать!** (12.05.2012).

Казалось бы, налицо богатство языка внутричелюстных переживаний, но богатство (применим оксюморон!) крайне недостаточное в ситуациях, когда тело заявляет о своих правах.

Разговорный ракурс языка внутричелюстной событийности можно исследовать в онтогенезе речи. В репликах детей можно зафиксировать передачу внутричелюстных сигналов, неудобств, прежде всего, боли, но не только. *Ну почему у меня глаза хотят спать?* (4 г. 5 м.). *А иногда бывает: ноги на износ работали, а спать не хочется* (5 л. 4 м.).

Ну, коленка уже мало болит, совсем проходит! (3 г. 3 м.). – **Болит пузо.** – Ты растянул, когда лазил. Завтра пройдёт. – *Вот завтра проснусь и даже забуду!* (3 г. 4 м.). – *А уж укусит – ничего! Рука больно поболит – и всё!* (4 г. 3 м.). **Когда болит голова – это болит череп!** – Это мозг болит, а не череп! – **Сначала мозг, потом забаливает череп, а после черепа забаливает голова** (4 г. 3 м.). – *Я не могу спать на подстилке, у меня тогда всё болит. У меня всё такое напухлое! А сидеть я могу на подстилке* (4 г. 5 м.). – *Баб, что-то у меня здесь болит внутри. Может, это какой-то газ в руку попал?* (5 л. 3 м.). *Я там всё съел. Там даже болит живот от ягодков* (3 г. 2 м.). *У меня болит ножка.* – Уже проходит: там кожица. – *У меня болит кожица* (корочка) (6 л. 3 м.). – *А щёчка болит? – Болит! А коготь уже выжил* (поджил)! *Я согрЫз там раночку, и коготь не стал болеть!* (6 л. 11 м.). (Бьёт по коленке) *Не боли!* *Когда-то что-то болит, я ударяю кулаком. Тогда не болит, а чешется* (7 л. 2 м.).

В пятилетнем возрасте ребёнка начинает интересовать анатомия, устройство тела. Такой благодатный период для фиксации детской внутричелюстной интероцепции мы обычно пропускаем, а именно в это время в сознании ребёнка через каскады вопросов выстраивается образ тела.

Баб, а в языке есть кровь? – Есть. – *А почему она не течёт, когда я говорю?* (Разговор о быстрой реакции на ожог) *У меня сразу к мозгу подступило, и рука отдёргнулась? Это мозг приказал отдёргнуться? Баб, а почему я держу свой вес? Все держат свой вес? Мозг приказал вот так вот: отдёргнись! А кто ему это сказал? Рука ему сказала: болит. А мозг сказал: отдёргнись!* (5 л. 4 м.).

Похоже, языку и положительных внутричелюстных ощущений надо обучать ребёнка, как, впрочем, и взрослого (посчитаем это одним из направлений прикладной филологии!).

Вернёмся к «интероцептивной» речи взрослых. Если не брать развёрнутых контекстов (о меланобластоме, о замирании ребёнка в утробе), а также развёрнутых высказываний (о боли в руке, травме глаз, эрозии роговицы), то и художественный, и разговорный дискурсы характеризуются некоторой схематичностью в трансляции болезненного ощущения, и дети наследуют фиксацию боли без описания особенностей её протекания. Контексты с репрезентантами концепта БОЛЬ ограничиваются указанием на локализацию (где болит) и интенсивность (болит сильно или слабо), тогда как «тембр», сам характер боли отмечается значительно реже, и расколосье

характеристик здесь невелико: в пределах двадцати номинаций (*режущая, колющая, ноющая...*), тогда как в английском языке число обозначений боли переваливает за сотню.

Итак, изучение interoцепции обнажает трудности, вызванные следующими двумя группами причин.

Как практически при любом исследовательском соприкосновении с языком, здесь также обнаруживаются, обнажаются свойства фрактала. Где кончается перцепция и начинается interoцепция? Насколько комментарии больного зависимы от диагностических штампов?

Итак, изучение interoцепции обнажает трудности, вызванные следующими двумя группами причин.

Во-первых, как практически при любом исследовательском соприкосновении с языком, здесь также обнаруживаются, наглядно обнажаются свойства фрактала. Где кончается перцепция и начинается interoцепция? Насколько комментарии больного зависимы от известных ему или предлагаемых врачом диагностических штампов?

Во-вторых, отметим следующее, поначалу ускользнувшее от нашего внимания. На противоположном от «неinteroцептивных» полюсе находится интериоризованный дискурс с направленностью высказывания субъекта на самого субъекта.

Этот дискурс сводят, как правило, к духовному и эмоциональному звену личности, но не к телесному и исследуют по выкладкам художественного текста [10], в котором представлена модель внутренней речи (несобственно-прямая речь, поток сознания) как промежуточный язык между языком и мышлением. Этот язык обладает такими характеристиками, пишет автор, как универсальность, анизотропность, образность, непроизносимость, сжатость.

К лексико-грамматическим характеристикам такого языка Ю.В. Погребняк относит обрывающиеся фразы, повторы, смешение стилей, звукоподражания и др. Постулируется, что на уровне интериоризованного дискурса воплощаются самые тонкие смысловые элементы, важные для психолингвистики, когнитивистики, литературоведения [10]. Конечно же, любой сигнал тела изнутри человек переживает в рамках, прежде всего, закрытого для нас интериоризованного дискурса, однако, в отличие от тех признаков, которые перечисляет Ю.В. Погребняк, ни в цитатах из художественных произведений, ни в репликах разговорной речи подобных особенностей мы не наблюдаем. Наоборот, наблюдается парадокс: при отмеченной в целом бедности языка сигналов тела эти сигналы, особенно по концептам БОЛЬ, БОЛЕЗНЬ, передаются отнюдь не двусмысленно.

Выводы

1. Русскоязычные дискурсивные практики дают разнообразный материал, уступающий, однако, англоязычным дискурсивным практикам по части исследованного А.В. Нагорной языка представления внутрителесных ощущений, что обязывает лингвиста в перспективе более заинтересованно отнестись и к сбору материала, и, учитывая зарубежный опыт, к его трактовкам.

2. Различные типы дискурсов: художественный, разговорный, родословный, научно-популярный, рекламный специфичны в передаче внутрителесных ощущений. Лидерство держит художественный дискурс.



Большого лингвистического внимания заслуживает научно-популярный дискурс. Сбережения спонтанного интерцептивного материала требует разговорный дискурс. Свою специфическую лепту в исследование проблемы, особенно по части вербализации позитивных внутрителесных ощущений, вносит рекламный дискурс.

3. В отличие от интериоризированного дискурса, который обычно концентрируют на передаче эмоциональных сигналов с их подчас сбивчивостью, амбигуэнтностью, противоречивостью, интероцептивный дискурс своими проявлениями стремится к точности и определённости, хотя для таких установок говорящему подчас не хватает языка (запаса слов и образов), что делает внутрителесную лингвистику весьма актуальной. Триада: когниция – эмоция – перцепция может быть дополнена четвёртым звеном интероцепцией, образуя своеобразный тетраэдр.

4. Актуальным процессом можно считать взаимопроникновение дискурсов в аспекте более точной передачи вербалики внутрителесных событий. Это важно по целому ряду причин:

а) для более быстрого и более точного установления диагноза (*рука стала ватной*);

б) для укрепления через озвучивание во внутренней речи носителя языка положительных, позитивных, приятных внутрителесных переживаний;

в) для обогащения русского языка дополнительным набором устойчивых сравнений, фразеологизмов, метафорических терминов и соответственно для развития русского языка в указанном направлении.

Список литературы

1. Нагорная А.В. Дискурс невыразимого: Вербалика внутрителесных ощущений. – М.: ЛЕНАНД, 2014. – 320 с.
2. Нагорная А.В. Вербальная репрезентация интероцептивных ощущений в современном английском языке: Автореф. дис. ...д-ра филологических наук. – М., 2015. – 44 с.
3. Надо быть здоровым // Знание – сила. – 2015. – № 3. – С. 45.
4. Астахов Ю.В., Патрушев В.И. Муниципальная кадровая политика: теория, методология, технология. – Белгород – Москва: Изд-во Белгородск. обл. типогр. – 340 с.
5. Зубкова О.С. Лингвосемиотика профессиональной метафоры: Дис. ...д-ра филологических наук. – Курск, 2011. – 460 с.
6. Щепанская Т.Л. К культуре эмоций (эмоциональная саморегуляция в культуре материнства) // Родины, дети, повитухи в традициях народной культуры / Сост. Е.А. Белоусова. – М.: Российский гуманитарный ун-т, 2001. – С. 236-265.
7. Даль В.И. Толковый словарь живого великорусского языка: в 4 тт. – Т.1. – М.: Государственное изд-во иностранных и национальных словарей, 1955. – 700 с.
8. Богданов К.А. Врачи, пациенты, читатели: Патографические тексты русской культуры XVIII – XIX веков. – М.: ОГИ, 2005. – 504 с.
9. Сонтаг С. Болезнь как метафора // Иностранная литература. – 2003. – № 8. – С. 8-23.
10. Погребняк Ю.В. Характеристики интериоризированного дискурса. – Волгоград: «Перемена», 2013. – 262 с.

Список источников:

1. Бэнвилл Джон. Море. Роман // Иностранная литература. – 2006. – № 1. – С. 3-93.
2. Гальего Рубен Давид Гонсалес. Чёрным по белому // Иностранная литература. – 2002. – № 1. – С. 166-232.
3. Ганина М. Созвездие близнецов // Октябрь. – 1974. – № 10.
4. Есин С.Н. Затмение Марса: Роман. – М., 2005!
5. Зорза Розмари и Виктор. «Я умираю счастливой...» – Октябрь. – 1990. – № 10-11.
6. Иванова В. Болезнь // Новый мир. – 1998. – № 11. – С. 154-179.



7. Михайлова Елена. Пожар. Повесть // Звезда. – 2007. – № 10. – С.100-127.
8. Палей М. Хутор: Повесть // Новый мир, 2004, № 9.
9. Поссе Абель. Страсти по Эвите: Роман // Иностранная литература. – 2005. – № 1-3.
10. Празников В.П. Закаливание детей дошкольного возраста. Изд. 2-е. – М.: Изд-во «Медицина», 1988. – 223 с.
11. Рубина Дина. Высокая вода венецианцев: Маленькая повесть // Знамя. – 2002. – № 2. – С. 98-128.
12. Сергеев-Ценский С.Н. Повести, рассказы. – М.: Изд-во «Правда», 1987. – 512 с.
13. Солоухин В. Приговор // Москва. – 1975. – № 1.
14. Суханова Н. Делос // Чистенькая жизнь. Повести и рассказы. – М.: Молодая гвардия, 1990.
15. Хинг А. Быть самим собой. Роман. Пер. с эст. – М: Советский писатель, 1974.
16. Янковская Татьяна. Мара & Марик. Повесть // Нева. – 2007. – № 12. – С. 59-104.