

**Горнініч Т. І.,**  
Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

## СУЧАСНІ ПАРАДИГМИ ФОРМУВАННЯ ДИСКУРСИВНОЇ КОМПЕТЕНЦІЇ МЕДИКА

*У статті здійснено огляд останніх вітчизняних та зарубіжних досліджень медичного дискурсу, описано основні напрями вивчення медичної комунікації, визначено місце медичного дискурсу у системі інституційної комунікації, обґрунтовано роль дискурсивної компетенції медика у процесі професійного спілкування. Окреслено перспективні напрямки дослідження даної проблеми.*

**Ключові слова:** дискурс, медичний дискурс, дискурсивна компетенція.

*В статье сделан обзор последних отечественных и зарубежных исследований медицинского дискурса, описаны основные направления изучения медицинской коммуникации, определено место медицинского дискурса в системе институциональной коммуникации, обоснована роль дискурсивной компетенции медика в процессе профессионального общения. Очерчены перспективные направления исследования данной проблемы.*

**Ключевые слова:** дискурс, медицинский дискурс, дискурсивная компетенция.

*The article presents an overview of recent investigations devoted to medical discourse, describes the main aspects of study of medical communication, defines the place of medical discourse in the system of institutional communication, and grounds the role of discursive competence in medical professional communication. Perspective areas of research are outlined.*

**Key words:** discourse, medical discourse, discursive competence.

**Постановка наукової проблеми та її значення.** Мова медицини, одна з найбільш древніх і соціально значущих сфер людської діяльності, завжди привертала увагу лінгвістів, тому в області дослідження окремих аспектів медичного дискурсу накопичений великий досвід. Досить глибоко вивчені процеси становлення медичної термінології, досліджено лексико-семантичні особливості медичних термінів, описані функціональні особливості медичного тексту, запропонована типологія терміносистем медицини, визначені методичні підходи до навчання медичної термінології [2, с. 157-158].

Оскільки дискурс відіграє важливу роль в медицині, медичний дискурс у широкому сенсі цього слова має глибоке антропологічне значення. Попри значну кількість публікацій, присвячених вирішенню зазначених вище проблем, існує недостатньо спеціальної літератури, в якій були б представлені найбільш необхідні в медичній практиці прийоми мовленнєвого впливу та описані типові моделі спілкування з пацієнтами. Зазначені лінгвометодичні “лакуни” пояснюються відсутністю цілісного системного опису медичного дискурсу з точки зору реалізації у ньому специфічних комунікативних цілей, що визначають діяльність лікаря. Це зумовлює актуальність нашого дослідження.

У навчанні іноземної (англійської) мови майбутніх медсестер у сучасному мультикультурному світі важливо, щоб викладач усвідомлював елементи професійної реальності, на тлі якої розвивається медичний дискурс.

Як відомо, у медичному дискурсі (типі статусно-фіксованого спілкування) виділяються три основні комунікативні стратегії: діагностична, лікувальна та рекомендаційна. Аналіз діалогів, включених до розділів підручників для медичних вузів минулих років і нових видань, свідчить про те, що автори практично не приділяють уваги лікувальним та рекомендаційним стратегіям в медичному дискурсі, зводячи зміст діалогів переважно до питань, заданих хворому (наприклад, Taking a Past History and Family History) і етапу терапевтичного огляду (наприклад, Performing the Physical Examination).

Таким чином, медичний дискурс як складне комунікативне утворення не знаходить свого повного відображення у сучасній мовознавчій літературі. На наш погляд, необхідна насамперед чітка розробка методології навчання медичного дискурсу, орієнтація на автентичні діалогічні єдності, в яких немає спрощень, зроблених в навчальних цілях. Особливу цінність має мовленнєвий акт “директив”, що виражається як порада, рекомендація, заборона, наказ, все те, що відноситься до лікувальних та рекомендаційних стратегій медичного дискурсу.

**Формулювання мети та завдань статті.** Метою статті є проаналізувати поняття “дискурсивна компетенція”, визначити ключові ознаки та структурні компоненти досліджуваного феномену.

**Аналіз останніх досліджень із цієї проблеми.** В останнє десятиліття все більшу увагу дослідників привертують комунікативні аспекти спілкування в медичній сфері (Л. П. Зосимова [5], Л. С. Бейлінсон [4], М. І. Барсукова [3], С. А. Мішланова [2], А. А. Панова [7], І. А. Іванчук [6], Б. Фрімон [10]). Зокрема, Л. П. Зосимова розглядає комунікативне спілкування між медиком і пацієнтом з точки зору теорії діалогу. Л. С. Бейлінсон виділяє стратегії такого спілкування відповідно з різними етапами їх взаємодії.

Концепцію Л. С. Бейлінсон розвиває М. І. Барсукова, на думку якої комунікація в системі “медик-пацієнт”, яка відбувається переважно у формі діалогу, виконує сполучну, формулюючу і підтверджувальну функції. Особлива увага приділяється психологічним і когнітивним аспектам взаємодії. Спілкування лікаря і пацієнта має представляти не просту передачу інформації, а вироблення загального сенсу, взаєморозуміння, побудови діагностичної і лікувально-реабілітаційної бесіди, єдиної точки зору і злагоди з приводу лікування [3, с. 83]. У діалозі з пацієнтом лікар виступає в ролі комунікативного лідера, вибудовуючи методику спілкування з пацієнтом від першої до останньої зустрічі. Володіння стратегіями і тактиками входить в прагматичну компетенцію лікаря: від рівня його мовної компетентності залежить різноманіття і гнучкість обраних ним мовних стратегій і тактик, що допомагає успішніше досягати своїх цілей (визначити захворювання, призначити і провести лікування, пояснити пацієнтові лінію його поведінки для збереження здоров'я). Використання тактики обов'язкового успіху, за зауваженням дослідника, найімовірніше, виявиться частиною будь-якого медичного дискурсу. Для пацієнта важливим є той факт, що лікар справді надасть йому допомогу. Тактика обов'язкового успіху може реалізуватися також в різних формах невербального спілкування [3, с. 85-86].

Дослідник А. А. Панова розглядає медичний дискурс з точки зору культури спілкування медичних працівників. Звернення до даної теми зумовлено недостатньою увагою філологів до професійного мовлення лікаря. Аналіз особливостей мовної поведінки медичних працівників у різних ситуаціях ділового спілкування свідчить про те, що не всі медики дотримуються норм етикету. Характерним є часте відхилення від правила повноти інформації та правила манери. Обсяг інформації у висловлюваннях медиків, як правило, буває надмірним або недостатнім. Манера ведення розмови не завжди відповідає вимогам деонтології. Хід бесіди лікаря і пацієнта часто порушується через некоректне використання медичної термінології та невідомих пацієнтові аббревіатур [7, с. 118-121].

І. А. Іванчук розглядає медичний дискурс у зв'язку з формуванням елітарного типу мовної особистості у професійній медицині. Мова медичних працівників (насамперед лікарів високого професійного рівня) є важливим об'єктом дослідження як в аспекті комунікативних норм, так і в аспекті культури мови.

**Виклад основного матеріалу й обґрунтування отриманих результатів дослідження.** Відомо, що лікар у своїй діяльності оперує різними стильовими пластами: в процесі заповнення історії хвороби використовується власне науковий стиль в його письмовій формі; в промові на медичних конференціях – усна форма згаданого вище стилю. В процесі спілкування з хворими лікар переходить на науково-популярний стиль викладу з елементами розмовного. Комунікативна компетентність лікаря проявляється, зокрема, в умінні трансформувати в популярний стиль великий обсяг медичної термінології, у вільному володінні лексикою, яка позначає сучасні методи і прийоми лікування. При зборі історії захворювання (анамнезі) відбувається взаємодія побутових уявлень пацієнта і їх наукового осмислення, що вимагає від лікаря негайного “перекладу” інформації з одного стилістичного коду на інший. Недостатня комунікативна компетенція призводить до комунікативних невдач [6, с. 191].

У фокусі закордонних досліджень медичного дискурсу знаходяться етичні, психологічні, соціологічні та комунікативні аспекти спілкування в медичній сфері. Мова лікаря відображає не тільки статусні відмінності, властиві соціальній стратифікаційній системі, але також коди і реєстри, зумовлені різним рівнем знань комунікантів про причини хвороби і спробами обох сторін контролювати дискурс.

Низка дослідників, зокрема Б. Фрімон, відзначають, що у зв'язку зі складністю природи та обмеженістю доступних методів дослідження відносини лікаря і пацієнта рідко ставали предметом лінгвістичних досліджень. Навчання студентів і ординаторів навичкам спілкування з пацієнтами будується, як правило, на основі інтуїції та особистих уподобань їх більш досвідчених колег [10, с. 307]. Дослідження Б. Фрімон присвячено спілкуванню у тріаді “лікар-дитина-батько”. Автор зазначає меншу емоційність лікарів у спілкуванні з батьками у порівнянні з дітьми. Підтверджуються дані інших досліджень про провідну роль лікаря в комунікативній взаємодії. Ступінь згоди з пропонуваням лікуванням впливає на виконання лікарських призначень. Часто лікарські рекомендації кількісно перевершують очікування батьків. У зв'язку з цим пояснення лікарем причин хвороби особливо важливе для батьків і багато в чому визначає задоволеність лікуванням.

Негативні реакції батьків у процесі комунікативної взаємодії, як правило, виражаються невербально. Батьки демонструють страх або безпорадність. Але немає ознак агресії чи неприйняття лікаря. Комунікативна взаємодія з дитиною в основному обмежується інструкціями лікаря під час фізичного огляду та питаннями щодо симптомів. Провідна роль в діалозі лікаря або батьків не залежить від соціального статусу останніх або природи захворювання.

Чим вище рівень емпатії лікаря, тим вище ступінь згоди з лікуванням. Збір анамнезу багато лікарів вважають однією з найважливіших складових комунікативної взаємодії і приділяють йому основну увагу. Кількість часу, витрачений на збір анамнезу, негативно впливає на рівень згоди. Це може означати, що тривалий збір анамнезу відображає проблеми в комунікації. Дані дослідження свідчать, що більш тривалий збір анамнезу не є ознакою наявності більш серйозного захворювання [10, с. 301].

Британська дослідниця Р. Водак зазначає, що комунікативна реакція британських пацієнтів на діагностичну гіпотезу лікаря часто взагалі не виражена вербально. Британські пацієнти розглядають діагноз як “власність” лікаря, а не як джерело власних переживань. Подібна пасивність пацієнтів контрастує з вербальною реакцією на нову інформацію в ситуаціях побутового спілкування. Автор зазначає, що, відмовляючись висловлювати реакцію вербально, пацієнти підкреслюють свою статусну нерівність у спілкуванні з лікарем, обумовлену різницею в знаннях. Вербальна реакція виникає у випадках ясно чи імпліцитно вираженою різницею у поглядах лікаря і очікуваннях пацієнта [11, с. 177].

Соціально-рольовий аспект медичного спілкування розглядається в роботі А. Сікурел. Дослідник вважає, що відносини лікаря і пацієнта є не просто міжособистісною взаємодією – це соціальна практика в рамках соціального інституту, який диктує певні ролі його учасникам [9, с. 409].

При всій багатоаспектності вивчення медичного дискурсу слід зазначити, що комунікативні стратегії професійного медичного дискурсу вивчені далеко недостатньо. Найбільш детально описані психологічні установки, соціальні та етичні фактори та комунікативна поведінка, у тому числі невербальна. У той же час дослідження комунікативних стратегій обмежується прийомами мовної поведінки на різних етапах взаємодії лікаря і пацієнта. Поза полем зору виявляються прагматичні стратегії лікаря (статусно-рольові, емоційно-налаштувальні), стратегії організації діалогу і риторичні прийоми посилення впливу на пацієнта. Саме на ці аспекти ми спрямовуватимемо нашу дослідницьку увагу.

Медичний дискурс об'єктивно виділяється в системі інституційного дискурсу на підставі ряду ознак. Він є неоднорідним утворенням, у складі якого існує ряд жанрів, і характеризується певними соціально-рольовими, комунікативними і структурно-семантичними особливостями. Історично лікар виступав як “модифікований жрець”, якому було дано право звертатися до небесних сил для зцілення хворих. Значна ступінь сугестивності медичного спілкування лікаря з пацієнтом дає підставу для зближення медичного і релігійного типів дискурсу. Лікування може бути успішним тільки в тому випадку, коли пацієнт довіряє лікарю. Відповідно, впродовж століть сформувалися особливі моделі мовленнєвої поведінки, органічні складові специфіки медичного дискурсу.

В основі сучасних напрямів вивчення усної медичної комунікації на Заході і в США – етнографічного дис-

курс-аналізу та конверсаційного аналізу лежать два підходи – процесуальний аналіз і мікроаналіз дискурсу. У рамках першого підходу дослідження спілкування лікаря з пацієнтом проводиться шляхом його кодифікації за допомогою певного набору смислових категорій. Послідовники другого підходу, продовжуючи традиції етнографічного вивчення мови, розглядають способи мовленнєвої діяльності учасників медичного спілкування (переважно лікарів) [8, с. 254].

Конверсаційний аналіз усної медичної комунікації спрямований на опис її організації в термінах розмовних послідовностей та суміжних пар (в якості структурних одиниць), зміни комунікативних ролей, а також на виявлення “вбудованих” механізмів, що визначають її хід. Для етнографічного дискурс-аналізу усного спілкування в медичній сфері при загальній схожості цілей і методів дослідження з аналізом розмови характерний більший інтерес до широкого соціального і культурного контексту [8, с. 210]. Взаємопроникнення елементів двох зазначених напрямів і поєднання їх в рамках праць, присвячених усному медичному дискурсу, свідчить про інтеграцію аналізу розмови в дискурс-аналіз як більш широку дослідницьку парадигму, яка поєднує методи і принципи когнітивної лінгвістики, жанрознавства, соціолінгвістики і лінгвопрагматики.

Визначення системотвірних ознак медичного дискурсу, що виділяється в спілкуванні “лікар-пацієнт”, вимагає розгляду його специфіки в двох нерозривно пов’язаних між собою аспектах – як комунікативного процесу і як створеного в його ході усного тексту.

У процесі аналізу даного дискурсу як виду комунікативної діяльності встановлені чинники, що визначають його продукування (цілі спілкування; механізми, що регулюють спілкування, особливості ситуації спілкування), а також характеристики усного спілкування “лікар-пацієнт”.

Усна медична комунікація відрізняється двокомпонентністю комунікативної мети, що включає інструментальну і терапевтичну складові. Інструментальна мета сприяє здійсненню професійної діяльності і визначається умовами ситуації спілкування. Терапевтична мета проявляється у впливі на психоемоційний стан пацієнта для його стабілізації або поліпшення, встановлення довірчих відносин між ним і лікарем.

До механізмів, які регулюють породження дискурсу, відносяться цінності і норми медичної діяльності. Регуляторами комунікативної поведінки лікаря виступають постулати професійної медичної етики – деонтології. Аналіз українських і міжнародних деонтологічних комплексів показав, що основними принципами дискурсивної діяльності лікаря є принципи поваги пацієнта, правдивості, гуманізму, що актуалізуються за допомогою особливих дискурсивних ходів (зменшення обсягу оціночних висловлювань, приховування або завуалювання інформації, позитивізація змісту висловлювань, демонстрація емпатії, адаптація вербального рівня дискурсу лікаря до рівня пацієнта і т.д.).

Акціонально-діяльнісний аспект медичного дискурсу визначається прийнятими в соціумі зразками або стереотипами взаємодії в даній сфері. Залежно від ступеня участі пацієнта і лікаря в інтеракції виділяють патерналістську модель (домінує лікар), споживчу модель (лікар не бере участі у виборі лікування), модель інформованого прийняття рішення (лікар тільки надає необхідну інформацію), модель спільного ухвалення рішення. Поряд з описаними моделями в клінічній практиці застосовуються два підходи до здійснення комунікації: захворювання-центричний підхід (фокусом уваги є захворювання пацієнта) і пацієнтоцентричний підхід (аналізу піддається інформація не тільки про захворювання, але і про цілий комплекс соціальних та особистісних чинників, які стосуються пацієнта).

Специфіка ситуації спілкування реалізується в її цілях, в біосоціальних, психоемоційних і комунікативних характеристиках учасників, у характері захворювання, місці та обстановці спілкування.

Основними типами комунікативної поведінки лікаря є авторитарний (повне комунікативне домінування) і егалітарний (кооперативна поведінка) стилі [9, с. 415]. Типологія пацієнтів, заснована на їх комунікативно-психологічних характеристиках, передбачає такі типи: некомунікабельний пацієнт, балакучий пацієнт, непослідовний пацієнт [9, с. 417].

З точки зору емоційного дейксису, під яким розуміється установка на певний стиль психоемоційної поведінки, виділяються такі типи пацієнтів: вимогливий, організований (контрольований), тип, схильний до драматизації, багатостраждальний, параноїдальний, зарозумілий [9, с. 418]. Описані психоемоційні установки визначають преференції пацієнтів у реалізації певних емоційних намірів, у типі, оцінності, спрямованості, в інтенсивності трансльованих ними емоцій.

Особливості породжуваного медичного дискурсу можуть бути детерміновані гендерною приналежністю його учасників. Відзначено відмінності в комунікативній поведінці лікарів-жінок (егалітарний стиль, менша директивність, велика кооперативність) і лікарів-чоловіків (авторитарний стиль, повний контроль за спілкуванням) [9, с. 423]. До специфіки досліджуваного дискурсу можна віднести і те, що в ньому стереотипи гендерної поведінки виявляються вторинними по відношенню до стереотипів професійної поведінки. Важливу роль у формуванні формально-змістовних параметрів продукованого дискурсу відіграють також вікові, статусні й етнічні характеристики пацієнтів, характер захворювання, місце (стаціонар чи поліклініка, місце проживання пацієнта) і обстановка спілкування.

Аналіз особливостей усного спілкування у сфері “лікар-пацієнт” дозволив охарактеризувати комунікативну природу виробленого дискурсу як синтез статусно- й особистісно-орієнтованого дискурсів, що визначає такі його системотвірні ознаки, як інституційність, ритуалізованість, особистісність, асиметричність, інтелектуальність і психологічність. Інституційність медичного дискурсу проявляється в тому, що він є однією із форм діяльності соціального інституту медицини. Важливою ознакою медичного дискурсу як інституційного дискурсу виступає його ритуалізованість, реалізована в його невербальному і вербальному компонентах. Перший отримує вираження в системі розроблених ритуальних знаків (спеціальна уніформа, бейджикі зазначенням прізвища, імені, посади та регалій медика і т.д.), а також дій з організації спілкування (початок, завершення консультації). Вербальний компонент проявляється у стандартизації процедури самого спілкування, клішованості використову-

ваних мовних формул. Особистісність / персональність медичного дискурсу визначається його терапевтичними цілями і реалізується за допомогою різних засобів його деформалізації для скорочення комунікативної дистанції між учасниками спілкування.

Ще однією ключовою ознакою досліджуваного феномену виступає асиметричність спілкування, що є результатом володіння лікарем комунікативної влади. Комунікативна влада виникає внаслідок того, що лікар наділений соціальною та структурною владою (приналежність до суспільного інституту медицини, соціальна роль і репутація лікаря і т.д.), харизматичною владою (його особистісні характеристики), професійною владою (спеціальні теоретичні знання, практичні навички та вміння, дискурсивна компетенція).

Влада як комунікативна категорія отримує в даному дискурсі реалізацію в діяльнісному і комунікативному аспектах. У першому випадку вона проявляється в контролі за діями пацієнта. Другою формою об'єктивації влади виступає комунікативне домінування лікаря. Найбільш важливі дискурсивні маркери влади в медичному дискурсі були розділені на дві групи: діалогові та лінгвопрагматичні. До першої групи віднесені розпорядження комунікативною ініціативою, зумовлені особливостями отримання, утримання і передачі ролі мовця, а також її вибору, початку, розвитку і зміни, тривалістю діалогічних епізодів учасників. Друга група включає лінгвопрагматичні маркери, що знаходять відображення у тактико-стратегічній організації дискурсу, у використовуваних мовних формах і жанрах, в різнорівневих лінгвістичних засобах, у вираженій модальності і створюваній тональності спілкування.

Інтелектуальність розглянутого дискурсу реалізується у факті існування особливого дискурсивного знання (наукова медична картина лікарів, наївна медична картина світу пацієнтів, інтерактивне, лінгвістичне і прагматичне знання), а, крім того, в діяльнісному аспекті дискурсу, організованого у вигляді наукового пошуку (висування діагностичної гіпотези і її підтвердження або спростування), в його раціональності (природничо-науковий підхід до інтерпретації природи явищ).

Психологічність як найважливіша ознака медичного дискурсу, що виражається у спілкуванні "лікар-пацієнт", формується його терапевтичними цілями і полягає у створенні певної атмосфери за допомогою специфічних прийомів впливу. Такими прийомами виступають, перш за все, сугестія і емпатія. Сугестивність медичного дискурсу розуміється нами як цілеспрямований, структурований і організований вплив на психічну сферу пацієнта для забезпечення некритичного сприйняття інформації, що надходить, та виконання запропонованих лікарем дій. Структурованість сугестії полягає у використанні для впливу різних засобів: лінгвістичних, лінгвопрагматичних, просодичних, кінестичних, мімічних, проксемічних, тактильних [1, с. 18-20].

Поряд із сугестією важливу роль в усній медичній комунікації відіграє емпатія, що сприймається як здатність лікаря оцінювати ситуацію, в якій опинився пацієнт, її перспективи, пережиті почуття, а також уміння продемонструвати його повне розуміння. Емпатія має когнітивний фокус, так як її демонстрація лікаря пов'язана з перемиканням власної когнітивної перспективи на перспективу пацієнта. Афективний фокус емпатії вимагає від лікаря вміння переживати "сурогатні" почуття. Нормою комунікативної поведінки лікаря є емоційна відстороненість, яка функціонує в ролі захисного механізму, в емоційних ситуаціях, а також засоби підтримки раціональності медичного дискурсу.

Системотвірними категоріальними ознаками досліджуваного дискурсу як усного тексту, які задають його специфіку, виступають діалогічність, структурність, точність і інтертекстуальність.

Діалогічність медичного дискурсу, розглянута нами як функціонально-семантична мовленнєвомислительна категорія, знаходить вираження як у його змісті, так і в його структурі. На рівні змісту даний дискурс є обміном інформацією, поперемінно здійснюваний його учасниками. На структурному рівні діалогічність проявляється в тому, що його основною структурною одиницею виступає діалогічна єдність, що складається з реплік партнерів по спілкуванню. Такі єдності організовані у вигляді суміжних пар, пов'язаних між собою відносинами іллокутивного зобов'язання. Найбільш поширеними у медичному дискурсі є питально-відповідні єдності.

Структурність характерна як для зовнішнього, так і для внутрішнього контекстів досліджуваного дискурсу. У першому випадку він розглядається нами як сукупність стандартних дискурсивних подій, що становлять екстралінгвістичну основу його жанрового структурування. Внутріжанрове структурування знаходить відображення в композиційній побудові продукованого дискурсу відповідно до етапів дискурсивної події, що визначається організацією наукового медичного знання згідно з описаною в медичній літературі клінічній картині захворювання. Структурність підтверджується й інтегративним характером самих жанрів, які включають різні мовні форми, стратегії і тактики, що реалізуються лікарем. Таким чином, структурність проявляється також на когнітивному, лінгвопрагматичному і мовному рівнях репрезентації медичного дискурсу, що мотивовано тривимірністю самих мовних особистостей, які творять дискурс.

Точність виступає, з одного боку, основним завданням адекватного обміну інформацією, а, з іншого боку, умовою успішності комунікації, переважно реалізованим лікарем. Точність має характерні дискурсивні прояви: лаконічність висловлювання, клішованість дискурсивних формул, вживання медичної термінології та професіоналізмів, відмова від використання засобів виразності мови.

Інтертекстуальність медичного дискурсу реалізується в наступних різновидах – зовнішньої синтагматичної інтертекстуальності і внутрішньої синтагматичної інтертекстуальності. У першому випадку мова йде про взаємодію текстів, пов'язаних між собою відносинами ретроспекції, актуальності та проспекції, що відображають реальну прогресію комунікативних подій дискурсу (наприклад, первинної консультації, повторної консультації і т.д.). Сформований спільний семантичний простір створених текстів дозволяє розглядати їх у сукупності як особливий гіпертекст. Внутрішня синтагматична інтертекстуальність реалізується у взаємодії текстів, пов'язаних відносинами ретроспекції, актуальності та проспекції в рамках однієї дискурсивної події за допомогою такої форми продукування дискурсу, як чужа мова [1, с. 18-20].

**Висновки і перспективи подальших досліджень.** Таким чином, поняття дискурсивної компетенції є результатом еволюції наукової лінгвістичної думки про знання індивідів стосовно системи мови, реалізовану в мовленнєвій діяльності. В даний час в нього прийнято включати різні види знання і здібності у залежності від дослідницької парадигми, в рамках якої воно вивчається. Дискурсивна компетенція розглядається нами як проекція комунікативної компетенції на певну сферу соціальної взаємодії. Для дискурсивної компетенції різних учасників асиметричного інституційного дискурсу характерна градуальність її повноти, що знижується в напрямку від агента до клієнта. Рівень дискурсивної компетенції агентів соціального інституту, тобто ступінь їх володіння кодом інституційного спілкування, значно перевищує рівень непрофесіоналів, що вступають в процес спільного виробництва дискурсу. Саме це положення слід покладати в основу вибору підходу до вивчення асиметричного медичного дискурсу за допомогою аналізу дискурсивної компетенції його головного агента – лікаря.

Детальний аналіз різних підходів до вивчення поняття “медичний дискурс” і до використання різних комунікативних стратегій виводить на поверхню кілька важливих невіршених проблем. Зокрема, не існує чіткої методології формування дискурсивної компетенції медика. Звідси виникають складності при виборі медиком правильних комунікативних стратегій і тактик. Уточнення характеристик і функцій кожної із комунікативних стратегій дасть змогу розробити ефективну модель формування дискурсивної компетенції медика.

#### Література:

1. Акаева Э. В. Коммуникативные стратегии профессионального медицинского дискурса : автореф. дис. ... канд. филол. наук : 10.02.01 – “Русский язык” / Э. В. Акаева. – Омск, 2007. – 22 с.
2. Алексеева Л. М., Мишланова С. Л. Медицинский дискурс: теоретические основы и принципы анализа / Л. М. Алексеева, С. Л. Мишланова. – Пермь: Изд-во Перм. ун-та, 2002. – 200 с.
3. Барсукова М. И. Речевые стратегии и тактики медицинского дискурса / М. И. Барсукова // Античный мир и мы. – Вып. 9. – С. 82-87.
4. Бейлисон Л. С. Медицинский дискурс / Л. С. Бейлисон // Языковая личность : институциональный и персональный дискурс. – Волгоград: 2000. – С. 105-118.
5. Зосимова Л. П. Основные коммуникативные характеристики диалога между врачом и пациентом / Л. П. Зосимова. – М. : МГУ им. М. В. Ломоносова, 1997. – 24 с.
6. Иванчук И. А. Культура речи в деятельности врача (к проблеме формирования элитарного типа языковой личности в профессиональной медицине) / И. А. Иванчук // Вопросы стилистики. – Саратов, 1998. – С. 187-195.
7. Панова А. А. Культура общения медицинских работников / А. А. Панова // Русский язык для делового общения. – Челябинск, 1996. – С. 95-130.
8. Attribution, communicationbehaviour, andcloserelationships. – Cambridge : CambridgeUniversityPress, 2001. – 270 p.
9. Cicourel A. V. Language and medicine / A. V. Cicourel // Language in the USA. – Cambridge: CambridgeUniversity, 2004. – P. 407-429.
10. Freemon B. Gaps in Doctor-Patient Communication: Doctor-Patient Interaction Analysis / B. Freemon // Pediatric Research. – Vol.7. – № 5. – 1971. – P. 298-312.
11. Wodak R. Disorders of Discourse / R. Wodak. – London, N.Y. : Longman, 1996. – 200 p.