

МОВОЗНАВСТВО, ЛІТЕРАТУРОЗНАВСТВО

УДК 811.112.2'373.237:61

Дарія ОРОБЧУК,
Буковинський державний
медичний університет,
Чернівці (Україна),
f.languages@bsmu.edu.ua

СОЦІАЛЬНО-РОЛЬОВІ, КОМУНІКАТИВНІ ТА СТРУКТУРНО- СЕМАНТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ МЕДИЧНОГО ІНСТИТУЦІЙНОГО ДИСКУРСУ

Key words: *discourse, medical discourse, discursive competence, strategy, tactics, suggestion.*

Orobchuk Dariia. Social role, communicative, structural and semantic features of medical institutional discourse.

The article describes the main aspects of study of medical communication, defines the place of medical discourse in the system of institutional communication and determines the role of discursive competence in medical professional communication. Perspective areas of the research are outlined, different samples of professional medical discourse and its intentions are distinguished, the analysis of the results of related studies is made.

Від уміння лікаря володіти словом, від рівня мовної культури залежить його професійна компетенція. У зв'язку з цим мова медиків, їх мовна поведінка є важливим об'єктом лінгвістичних досліджень¹, а при вивченні іноземної мови майбутнім медикам у сучасному мультикультурному світі важливо, щоб викладач усвідомлював елементи професійної реальності, на тлі якої розвивається медичний дискурс². Отже, **актуальність** зумовлюється відсутністю цілісного системного опису медичного дискурсу з точки зору реалізації у ньому специфічних комунікативних цілей, що визначають діяльність лікаря. **Метою** статті є проаналізувати поняття „дискурсивна компетенція”, визначити ключові ознаки та виокремити інтенції досліджуваного феномену.

Тракування поняття „дискурс” у вітчизняній та зарубіжній лінгвістиці змінювалося протягом останніх десятиліть. Різноманіття визначень дискурсу пов'язане з різними підходами, саме з цих позицій і даються визначення цього поняття. Дискурс пов'язаний і з такими ментальними факторами і особливостями сприйняття мовлення як темп, стильовий ключ спілкування, форми мовленнєвого етикету, характер гумору та алюзій. Тому він часто характеризується як спіл-

кування людей, введене в процес життя, що і вивчає сучасна когнітивна теорія дискурсу³.

О.М. Гніздечко трактує дискурс як текст в аспекті подій, як складну систему ієрархії значень, що поряд з текстом містить необхідні для розуміння останнього екстралінгвістичні параметри комунікації⁴. До них належать соціальні, психологічні й антропологічні позамовні чинники. Врахування різноманітних фонових чинників дискурсивного аналізу формує уявлення про учасників комунікації, особливості створення та сприйняття основного змісту повідомлення, з одного боку, та лежить в основі поліпарадигматизму як провідної тенденції розвитку сучасної лінгвістики з іншого. Не можна вивчити та осмислити цілісний текст поза його смисловою, змістовою стороною, не можливо не враховувати цілого ряду його комунікативних параметрів: задуму, концепції, цілей спілкування, фонду знань комунікантів, суб'єкта мовлення, адресата та ін., а на поверхневому рівні – текстової організації, композиції, принципів та прийомів розгортання тексту, обумовлених зазначеними та іншими екстралінгвістичними факторами⁵. Введення в термін „дискурс” екстралінгвістичних характеристик, які розширюють його зміст (соціокультурні, психологічні,

прагматичні, етнокультурні, паралінгвістичні фактори), відображає тенденцію подолання підходу до його аналізу як предмета лінгвістики тексту, що було характерним у період становлення і розвитку цієї дисципліни³.

Мовлення є невід'ємною частиною будь-якої професійної діяльності, а лікар – лінгвоактивна професія. Мова медицини завжди привертала увагу лінгвістів, тому в області дослідження окремих аспектів медичного дискурсу накопичено великий досвід. Кращі лікарі в усі часи розуміли величезне значення спілкування лікаря з пацієнтом і свідомо впливали на пацієнта в лікувальних цілях. Відомі психіатри XIX століття стверджували, що моральна сила переконання є найважливішою складовою лікувального процесу (І.Є. Дядьковский, Г.А. Захар'їн). В XX столітті над питаннями взаємин лікаря і пацієнта роздумували багато відомих клініцистів (Н.Н. Блохін, А.Р. Лурия, Т.С. Чадов), які вважали, що в складному і багатогранному процесі спілкування виникають нові відносини між лікарем і пацієнтом.

Медичний дискурс – це тип інституційного дискурсу, основним концептом якого є „здоров'я”. Він відображає специфіку спілкування фахівців у медичній галузі з проблем професійної тематики. Як і будь-який інший тип інституційного дискурсу, він характеризується розгалуженою системою термінів, що виконують інформативну, гносеологічну та орієнтуючу функції⁶. У професійно-непрофесійному МД один із комунікантів виконує роль безпосереднього чи опосередкованого представника або агента сфери охорони здоров'я (лікар, аптекар, фармацевт тощо), а інший є клієнтом, який користується послугами цієї сфери (пацієнт, родич пацієнта, клієнт аптеки тощо). Специфіка такого виду статутних відносин полягає в асиметрії спілкування лікаря й пацієнта, що, безумовно, провокує проблеми порозуміння між ними. У таких умовах стратегії мовленнєвої поведінки лікаря переважають над стратегіями мовленнєвої поведінки пацієнта і зводяться, в основному, до діагностики, лікування й рекомендацій з боку лікаря. Крім того, спілкування в площині „лікар-пацієнт/родич пацієнта” проходить у формі питання-відповіді і містять здебільшого мовленнєві дії таких „директив”, як порада, рекомендація, інструкція, заборона, наказ тощо⁷.

Оскільки дискурс відіграє важливу роль в медицині, медичний дискурс у широкому сенсі цього слова має глибоке антропологічне значення. Поняття „Пацієнт як текст” було сформульоване у 80-х роках⁸. Тіло

більше не виступає об'єктом огляду лікаря, а суб'єктом, який вимагає інтерпретації⁹. Метод такої інтерпретації може бути запозичений у інших наукових традицій, наприклад, літературознавство, семіотика, лінгвістика, які в німецькомовному просторі широко використовують Ескуль і Везіак¹⁰.

Аналіз останніх досліджень із цієї проблеми. В останнє десятиліття все більшу увагу дослідників привертано комунікативні аспекти спілкування в медичній сфері (Л.П. Зосимова¹¹, Л.С.Бейлінсон¹², М.І. Барсукова¹³, С.А. Мішланова¹⁴, А.А. Панова¹⁵, І.А. Іванчук¹⁶, Б. Фріммон¹⁷), що відображає загальну тенденцію до вивчення функціонування мови в різних соціальних групах.

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”, що відбувається переважно у формі діалогу, виконує сполучну, формулюючу і підтверджувальну функції. Відносини між лікарем і пацієнтом є процесом, в ході якого розгортаються взаємини особистостей та почуття довіри. Відповідно 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 лікування¹⁸. 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 у різних формах шевербального спілкування.

Медичний дискурс – це неоднорідне утворення, у складі якого існує ряд жанрів, що характеризуються певними соціально-рольовими, комунікативними та структурно-семантичними особливостями.

Тріша Грінгалл і Браян Гурвітц ввели поняття "narrative based medicine" і таким

чином узагальнили основні принципи „медицини, яка ґрунтується на комунікації”:

- розмови про хворобу можуть утворювати рамку, яка дозволить пацієнту уявити повну картину проблеми та можуть посприяти розробці нових діагностичних і терапевтичних можливостей;

- розмови – це метод обговорення екзистенційних проблем: біль, сумніви, надія, горе і сором – теми, які супроводжують або ж викликають захворювання²⁰.

Дослідник А.А. Панова розглядає медичний дискурс з точки зору культури спілкування медичних працівників. Звернення до цієї 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.

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.

Аналіз структури діяльності лікаря в різних дослідженнях свідчить про те, що автори по-різному кваліфікують основні її складники. Очевидно, це зумовлено різним поглядом на характер та ступінь активності суб'єктів медичного дискурсу. Так, наприклад, досліджуючи сугестивні характеристики медичного дискурсу, Н.В. Гончаренко²¹ пропонує вважати їх основними у системі стосунків „лікар – пацієнт”. Автор праці відстоює думку, що медичний дискурс має сугестивні чинники, які створюють особливу тональність спілкування, мають вербальне й невербальне вираження, виявляють ситуативну варіативність та виокремлюються в різних жанрах згаданого дискурсу.

Автор дослідження викладає свої думки щодо стратегічної зумовленості сугестивних характеристик жанровою своєрідністю медичного дискурсу, виокремлюючи низку вербальних засобів, які є способом його мовного

вираження. До них належать інтонація, що передає впевненість лікаря в своїх словах, клішовані вислови, терміни та професіоналізми, дискурсивні формули прямого та побічного переконань, невербальні засоби (міміка, жести, погляд).

Таке бачення елементів мовленнєвого впливу лікаря на пацієнта є досить актуальним для вивчення медичного дискурсу. Водночас окремі аспекти, пов'язані з обґрунтуванням єдності сугестивних та раціонально-логічних елементів впливу на пацієнта у дискурсі лікаря, потребують більшої аргументації²².

Так, досить оригінальним є аналіз німецького медичного дискурсу у дослідженні Н.Ю. Сидорової, яка здійснює його на ґрунті транскриптів діалогів, взятих з Інтернету, які були записані в клініках (зокрема дитячих) м. Гамбурга та м. Берліна німецькими дослідниками. Автор пропонує гіпотезу, згідно з якою підґрунтям комунікативної поведінки суб'єктів медичного дискурсу є ієрархія головних та другорядних стратегій і тактик, а також послідовність мовленнєвих дій, реалізація яких сприяє подоланню асиметричного спілкування²³.

Приклади діалогів, наведених у дослідженні, при порівнянні їх з діалогами записів, зроблених у клініках України, дають підстави ще раз пересвідчитись в тому, що унікальність окремо взятої мови – це те, що накладає відбиток на вияв мовленнєвої поведінки її носія. Тому аналіз медичного дискурсу у контексті різних мов буде мати свої особливості²⁴. Відповідно упродовж всієї історії медицини формувалися особливі моделі мовленнєвої поведінки, що органічно складають специфіку медичного дискурсу в різних мовних системах.

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.

Мова медичних працівників (насамперед лікарів високого професійного рівня) видається важливим об'єктом дослідження в аспекті культури мовлення. Так, на думку І.А. Іванчук, саме недостатня комунікативна компетентність веде до комунікативних невдач, що виявляються в здатності/ нездатності трансформувати в межах популярного стилю спілкування значний обсяг медичної термінології, у вільному володінні/неволодінні лексикою на позначення сучасних методів та прийомів лікування, в знанні / незнанні закономірностей миттєвого „перекладу” інформації з одного стилістичного кола на інший під час спілкування з пацієнтом.

Оскільки мовленнєве спілкування невід'ємне від професійних дій медиків, науковці значну увагу приділяють виокремленню його типів з урахуванням функцій лікаря як суб'єкта фахового спілкування.

Медичний дискурс – це неоднорідне утворення, у складі якого існує ряд жанрів. Так, зокрема О.Л. Корольова в контексті дослідження проблеми професійної підготовки студентів-медиків пропонує розрізняти такі різновиди фахового медичного мовлення²⁵:

- мовленнєве інформування (повідомлення пацієнту про його діагноз, лікування тощо);
- отримання інформації (характеризується мовленнєвими діями лікаря, спрямованими на збирання анамнезу: історія життя, умови праці, спадкові хвороби тощо);
- обмін інформацією з колегами (консультація з іншими лікарями, участь у конференціях, семінарах та конференціях).

Названі типи мовлення безпосередньо пов'язані з основними інтенціями, які реалізує лікар у своїй дискурсивній діяльності. Такими інтенціями, на думку О.Л. Корольової є:

а) запит інформації про пацієнта, історію його життя, умови праці, спадкову схильність до деяких захворювань;

б) інформування пацієнта, його родичів про встановлення діагнозу та призначення відповідного лікування, повідомлення родичів про долю пацієнта;

в) висловлення ставлення лікаря до професійних дій колег, обмін інформацією з медичним персоналом у процесі виконання ними професійних дій, обмін інформацією про перегляд діагнозу пацієнта та методів лікування, про нові методи лікування, ознайомлення з думкою колег із питань обстеження, діагностики та лікування в ході ви-

рішення серйозних проблем порятунку хворого, консультацій з іншими лікарями.

Дослідниця не залишає поза увагою такий аспект медичного дискурсу, як публічне спілкування (конференції, дискусії при обговоренні пацієнтів, що перебувають у критичному стані). І хоч даний аспект аналізується у дидактичному аспекті, однак сама інформація є важливою для формування цілісної картини щодо дискурсивної діяльності лікаря.

Пропонований О.Л. Корольовою рольовий репертуар лікаря, що зумовлює інтерактивний аспект його дискурсу (лікар-дослідник, лікар-психотерапевт, лікар-співрозмовник, лікар-колега, лікар-порадник) не є повним, однак загалом відповідає інституційним ознакам лікаря-мовця.

Варто відзначити дослідження Б. Фрімон, присвячене спілкуванню в триаді „лікар – дитина – батьки”²⁶. Автор відзначає меншу емоційність лікарів у спілкуванні з батьками порівняно з дітьми. Підтверджуються дані інших дослідників стосовно провідної ролі лікаря в комунікативній взаємодії. Ступінь згоди на запропонований лікарем спосіб лікування впливає на виконання лікарських рекомендацій. Часто лікарські рекомендації кількісно перевершують очікування батьків. У зв'язку з цим пояснення лікарем причин захворювання особливо важливе для батьків і багато в чому визначає їхню реакцію на перебіг лікування.

Дослідник стверджує, що чим вищий рівень емпатії, тим вищий ступінь згоди на лікування. Збір анамнезу багато лікарів вважають однією з найважливіших складників комунікативної взаємодії та приділяють йому основну увагу. Кількість часу, витрачену на збір анамнезу, негативно впливає на рівень згоди. Це може означати, що тривалий збір анамнезу свідчить про проблеми комунікації. У дослідженні констатується, що тривалий збір анамнезу не є ознакою наявності серйозного захворювання

Геліді М. відзначає, що комунікативна реакція британських пацієнтів на діагностичну гіпотезу лікаря взагалі не виражена вербально²⁷. 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 стверджує, що, відмовляючись виражати реакцію вербально, пацієнти підкреслюють свою статусну нерівність у спілкуванні з лікарем, зумовлену різницею в знаннях. Вербальна реакція виникає у випадках експліцитно або імлі-

цитно вираженої різниці у поглядах лікаря та очікуваннях пацієнта.

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 учасникам²⁸.

Висновки і перспективи подальших досліджень. В центрі уваги різних дисциплін, пов'язаних з вивченням людини, знаходиться дискурс, – складне лінгвістичне явище, яке являє собою мовну діяльність в сукупності з прагматичними, соціокультурними, психологічними та іншими факторами. Жодні мовні явища не можуть бути зрозумілі й описані без вживання, без урахування їх дискурсивних аспектів. У зв'язку зі зростаючою потребою дослідження мовної поведінки лікаря, чимало робіт присвячується темі медичного дискурсу. Медичний дискурс може мати як усну, так і писемну форми, де прикладом першої здебільшого є діалогічне спілкування лікаря з пацієнтом або його родичами, а другим – науково-популярна література для широкого загалу, що має інформативний характер.

Вивчення медичного дискурсу дає можливість уявити мовний портрет сучасного лікаря, виявити ефективні способи мовного впливу на пацієнта. Вибір тієї чи іншої тактики, ефективність якої залежить від професійних цілей та ситуацій спілкування, від типу особистості і загальної, у тому числі і мовленнєвої культури лікаря. Цей принцип формував тип стосунків протягом всієї історії медицини і є визначальним для успішного діагностування та лікування хворої людини.

Детальний аналіз різних підходів до вивчення поняття „медичний дискурс” і до використання різних комунікативних стратегій виводить на поверхню кілька важливих невирішених проблем. Зокрема, не існує чіткої методології формування дискурсивної компетенції медика. Виокремлення характеристик і функцій кожної із комунікативних стратегій дасть змогу розробити ефективну модель формування дискурсивної компетенції медика.

ЛІТЕРАТУРА

1. 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.

2. Бейлинсон Л. С. Медицинский дискурс / Л. С. Бейлинсон // Языковая личность : институциональный и персональный дискурс. – Волгоград: 2000. – С. 105-118.

3. Андронкина Н.М. Понятие „дискурс” в междисциплинарных исследованиях и его содержание в методике преподавания иностранных языков [Текст] / Н.М. Андронкина // Мир науки, культуры, образования. – 2008. – №3(10). – С. 87-91.

4. Гніздечко О.М. Авторизація наукового дискурсу: комунікативно-прагматичний аспект (на матеріалі англійських статей сучасних європейських та американських лінгвістів) [Текст]: дис. ... канд. філол. наук: 10.02.04 / Київський національний лінгвістичний університет. – К., 2005. – 203с.

5. Кожина М.Н. Дискурсивный анализ и функциональная стилистика с речеведческих позиций / М. Н. Кожина // Текст – Дискурс – Силь. – 2004. — №6. – С. 9-33.

6. Маджаева С. И. Термины в медицинском дискурсе / С. И. Маджаева // Вестник Челябинского государственного университета. Филология. Искусствоведения. – 2011. – Вып. 60. – № 33(248). – С. 92–94.

7. Кудоярова О. В. Варіювання змістових параметрів англійського медичного конфліктного дискурсу за зміни адресантно-адресатних конфігурацій / О. В. Кудоярова // Вісник Житомирського державного університету ім. І.Франка. – 2010. – Вип. 50. – С. 216–220.

8. Daniel Sl. Patient as Text: a model of clinical hermeneutics / Sl. Daniel// A model of clinical hermeneutics. – Theor med: 1986, - 7 Aufl. – P. 195-210.

9. Kamps H. Patient als Text / H.Kamps // Allgemeine Medizin. – 2004. – S. 438-442.

10. Uexküll T., Wesiack W. Theorie der Humanmedizin / T.Uexküll, W.Wesiack// Theorie der Humanmedizin. – Human und Schwarzenberg. – München. – 1998. – 190 S.

11. Зосимова Л. П. Основные коммуникативные характеристики диалога между врачом и пациентом / Л. П. Зосимова. – М. : МГУ им. М. В. Ломоносова. – 1997. – 24 с.

12. Бейлинсон Л. С. Медицинский дискурс / Л. С. Бейлинсон // Языковая личность : институциональный и персональный дискурс. – Волгоград: 2000. – С. 105-118.

13. Барсукова М. И. Речевые стратегии и тактики медицинского дискурса / М. И. Барсукова // Античный мир и мы. – Вып. 9. – С. 82-87.

14. Мишланова С. Л. Алексеева Л. М. Медицинский дискурс: теоретические основы и принципы анализа / Л. М. Алексеева, С.

Л. Мишланова. – Пермь: Изд-во Перм. ун-та, 2002. – 200 с.

15. Панова А. А. Культура общения медицинских работников / А. А. Панова // Русский язык для делового общения. – Челябинск, 1996. – С. 95-130.

16. 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.

17. Freemon B. Gaps in Doctor-Patient Communication: Doctor-Patient Interaction Analysis / B. Freemon // Pediatric Research. – Vol.7. – № 5. – 1971. – P. 298-312.

18. Барсукова М. И. Речевые стратегии и тактики медицинского дискурса / М.И. Барсукова // Античный мир и мы. – Вып. 9. – С. 82-87.

19. Freemon B. Gaps in Doctor-Patient Communication: Doctor-Patient Interaction Analysis / B. Freemon // Pediatric Research. – Vol.7. – № 5. – 1971. – P. 298-312.

20. Greenhalgh T., Hurwitz B. Narrative based medicine / T. Greenhalgh // Why study narrative, 1999/ - 48-50 p.

21. Гончаренко Н. В. Суггестивные характеристики медицинского дискурса / Н. В. Гончаренко // Автореф. дис. ... канд. филол. наук. – Волгоград, 2007. – 21 с.

22. Литвиненко Н. Дослідження медичного дискурсу у вітчизняному та зарубіжному мовознавстві / Н. Литвиненко // Гуманітарна освіта в технічних вищих навчальних закладах : Зб. наук. праць / відп. ред.: . – К. : Нац. авіаційний ун-т, 2002. – Вип.17. – 2009. – С. 143-152.

23. Сидорова Н.Ю. Коммуникативное поведение неравностатусных субъектов медицинского дискурса (на материале немецкого языка) / Н.Ю.Сидорова // Автореф. дис. ...канд. Филол. наук. – Волгоград. – 2008. – 20 с.

24. Литвиненко Н. П. Медичний дискурс як предмет вивчення у процесі мовної підготовки лікаря / Н. П. Литвиненко // Научные исследования. Теория и практика. Педагогические науки. – Wrocław, 2012. – С. 68–70.

25. Корольова О.Л. Методическое обеспечение профессионально-ориентированного обучения иностранных студентов-медиков общению на русском языке в процессе подготовки к клинической практике / О.Л. Корольова // Дис. ... канд. филол. наук. – М., 2000. – 182 с.

26. Freemon B. Gaps in Doctor-Patient Communication: Doctor-Patient Interaction Analysis / B. Freemon // Pediatric Research. – Vol.7. – № 5. – 1971. – P. 298-312.

27. Halliday M.A. Language as Social Semiotic / M.A. Halliday // The Social Interpretation of Language and Meaning. – London: Arnold. – 1978. – 256 p.

28. Cicourel A.V. Language and medicine /A.V. Cicourel // Language in the USA. – Cambridge: Cambridge University, 2004. – P. 407-429.

Orobchuk Dariia. LES PARTICULARITES SOCIO-COMMUNICATIVES ET SEMANTICO-STRUCTURELLES DU DISCOURS INSTITUTIONNEL.

Cet article décrit les principales orientations de l'étude de la communication médicale, on a défini le rôle du discours médical dans le système du discours institutionnel. On a déterminé les avantages de la compétence communicative du phisicien dans le processus de la communication. On a établi les orientations de l'étude de ce problème . On a mis en relief les types du discours médical progressif et ses concepts. On a accomli l'analyse des résultats adjecents.

Mots-clés: discours, le discours médical, la compétence du discours, la stratégie, la tactique, la suggestion.

Оробчук Дарія. СОЦІАЛЬНО-РОЛЕВІЙ, КОМУНІКАТИВНІЙ І СТРУКТУРНО-СЕМАНТИЧЕСЬКІЙ ОСОБЛИВОСТІ МЕДИЦИНСЬКОГО ІНСТИТУЦІОННОГО ДИСКУРСА.

В статті описані основні напрямки вивчення медичного дискурсу, визначено місце медичного дискурсу в системі інституційного дискурсу, обґрунтовано роль дискурсивної компетенції лікаря в процесі професійного спілкування, виділено різноманітності професійного медичного дискурсу і його інтенції, здійснено аналіз результатів суміжних досліджень. В статті також описані перспективні напрямки дослідження даної проблеми.

Ключевые слова: дискурс, медицинский дискурс, дискурсивная компетенция, стратегия, тактика, суггестия.