

(13) «As does President Carter, who I spoke to last night but who cannot be with us today, but whom we salute for his lifetime of service.»

Отже, політична промова – це складне явище, яке вимагає ретельного розподілу на структурні елементи. Вона потребує від спікера глибоких знань з предмета мовлення, а й також уміння працювати з матеріалом, аналізувати, викладати правильно і доступно хід своїх думок не забуваючи про специфіку аудиторії. Дослідивши особливості мовлення Джо Байдена на лексичному рівні, можна зробити висновок, що у своїх промовах новообраний президент вживає різноманітну лексику, яка сприяє кращому запам'ятовуванню слухачами ідей президента та зображує його красномовність. З'ясовано, що терміни, запозичені слова виконують функцію чіткості та лаконічності у промовах Джо Байдена.

ЛІТЕРАТУРА

1. Коломієць І. І. Основні лінгвостилістичні поняття та категорії: словник-довідник філолога. Умань, 2015. 203 с.
2. Мацько Л. І. Риторика: навч. посіб. Київ, 2006. 244 с.
3. Canetti E. Masse und Macht. Hamburg: Claassen, 1960. 342.
4. Amaglobeli G. Types of Political Discourses and Their Classification. Journal of Education in Black Sea Region. 2017. Vol. 3, № 1. P. 18–24. URL: https://www.researchgate.net/publication/329523597_Types_of_Political_Discourses_and_Their_Classification (дата звернення: 12.02.2021).
5. Grieswelle D. Politische Rhetorik: Macht der Rede, öffentliche, Legitimation, Stiftung von Konsens. Deutscher Universitätsverlag, Wiesbaden, 2000. URL: <https://books.google.com.ua/books?id=0muF8q3I2vIC&pg=PA136&lpg=PA136&dq=klages+2001:24&source> (дата звернення: 15.02.2021).

Олександр Марґа
Науковий керівник – д-р Каринич Марґяна

МЕДИЧНИЙ ДИСКУРС ЯК ОБ'ЄКТ ЛІНГВІСТИЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

Медичний дискурс є невід'ємною частиною життя кожної людини, адже з ним ми стикаємося як у нашому щоденному житті, так і при перегляді медичних серіалів, тому важливо дослідити специфіку його функціонування у всіх можливих сферах. Цим і зумовлена актуальність нашої теми.

Дослідженню медичного дискурсу присвячували свої праці такі науковці, як М. Барсукова [1], Н. Гончаренко [2], Н. Литвиненко [3], О. Шаніна [5].

Поняття дискурсу з'явилося в західноєвропейських наукових працях ще у 60х-70х роках минулого століття, проте воно і досі є предметом полеміки науковців. З. Харріс у своїй статті «Дискурс-аналіз» став одним із перших дослідників, які дали визначення дискурсу та запропонували методи його аналізу [6]. З часом це поняття набувало дещо інших значень. У сучасній лінгвістиці під терміном дискурс розуміють «мовленнєву діяльність в певній сфері» [4, с. 12]

Поняття медичний дискурс дослідниця О. Шаніна розуміє як «комунікативну діяльність у сфері спілкування «лікар-пацієнт», що є складовим елементом системи інституційних дискурсів і має як ознаки, що відрізняють його від інших типів дискурсу, так і загальні ознаки, які притаманні іншим видам дискурсу». До медичного дискурсу відносять як усне спілкування лікаря (медичні лекції, спілкування з пацієнтами та їхніми родичами під час та після огляду; формальне та неформальне спілкування з молодшим персоналом, колегами та начальством), так і письмове (історії хвороби, призначення, записи в картці пацієнта, довідки і т.д.). Компоненти медичного дискурсу традиційно поділяють на мовні та позамовні. До мовних компонентів відносяться лінгвістичні аспекти мовлення: медичні терміни, граматичні конструкції характерні для медичних текстів, евфемізми, прагматично зумовлений підбір мовних одиниць, лексика розмовного стилю для створення атмосфери невимушеного спілкування. До позамовних компонентів належать: специфічна ціль комунікації (надання

медичної допомоги), «статусно-рольова функція учасників спілкування», обставини та ситуація комунікації, візуальні аспекти (спецодеж, емблеми, особисті печатки) [5, с. 26-27].

Для медичного дискурсу притаманна наявність ситуацій рольового спілкування. Як стверджує Н. Литвиненко, у сучасній лінгвістиці виділяють два типи ситуацій рольового спілкування: симетричні та асиметричні [3, с. 27]. До першого типу відноситься комунікація, що відбувається між учасниками рівного соціального статусу (лікар – лікар), до другого – учасників різного соціального становища (лікар – пацієнт). Відповідно до цієї класифікації можна розрізнити дискретний та недискретний медичний дискурс. Дискретний медичний дискурс (лат. *discretus* – роздільний, перервний) відбувається під час комунікації між лікарем та пацієнтом, тобто в рамках асиметричного типу ситуацій рольового спілкування. Ведучим у ньому є фахівець, якому належить комунікативна ініціатива, і якому в результаті належать комунікативні переваги. Однак, мовлення лікаря в цій ситуації переривається мовленням пацієнта, що може змінювати хід спілкування. Недискретний медичний дискурс відбувається під час спілкування фахівців між собою на професійні теми, тобто в межах симетричного типу ситуацій рольового спілкування. Однак відмінністю двох класифікацій є те, що згідно класифікації за типом ситуацій рольового спілкування, комунікація «лікар-керівник – лікар-підлеглий» буде відноситись до асиметричного типу, а згідно класифікації дискретного та недискретного медичного дискурсу, ця комунікація відповідає недискретному типу, зважаючи на фахову зорієнтованість учасників.

Одним з основних завдань лікаря щодо пацієнта під час та після встановлення діагнозу та надання призначень є спонукання до певних дій, тобто вплив на поведінку пацієнта. Тому одною з ознак, що характеризує медичний дискурс є високий рівень сугестивності комунікації між лікарем та пацієнтом. Дослідниця О. Трубіцина визначає сугестивність як: «навіювання (сугестія) є не що інше, як подача інформації, яка сприймається адресатом без критичної оцінки; це латентний вплив на людину, що впливає на перебіг нервово-психічних процесів. Шляхом навіювання можуть викликатися відчуття, уявлення, емоційні стани і вольові спонукання без активної участі особистості, без логічної переробки сприйнятого» [4, с. 126]. Водночас М. Барсукова у своєму дослідженні характеризує когнітивні та психологічні компоненти мовлення лікаря, стверджуючи що комунікація між лікарем та пацієнтом повинна відбуватись не у формі передавання інформації, а прагматично зумовленого діалогу [1, с. 17]. Володіння стратегіями і тактиками його ведення є однією з прагматичних компетенцій лікаря. Н. Гончаренко вважає, що сугестивні аспекти медичного дискурсу є основними [2, с. 73].

У психології виділяють три етапи сугестивного впливу: рапорт, приєднання і введення. Перший етап – це встановлення тісного контакту з пацієнтом через початок розмови та заохочення до її продовження. Другий етап – це підлаштування під свідомість пацієнта, завоювання його довіри, шляхом повторення невербальних засобів пацієнта, активного слухання, використання навідних питань. На третьому етапі вся введена інформація сприймається за дійсність та поєднується з попередніми переконаннями пацієнта. Тож за засобами досягнення сугестії можна вирізнити вербальні та невербальні засоби, а за методами реалізації – прямі та непрямі методи. Пряма сугестія – це відкрита форма навіювання, яка здійснюється за допомогою наказових форм мовлення, наказів та настанов. Непряма сугестія – це прихований вплив на емоційну вразливість пацієнта, який має на меті беззастережне сприйняття настанов, однак не у наказовій формі [5, с. 44-45].

Ключовими етапами у комунікації між лікарем та пацієнтом у медичному дискурсі є, за спостереженнями О. Шаніної, «етапи знайомства, системного опитування, об'єктивного обстеження та рекомендацій» [5, с. 133]. На першому етапі головним завданням для лікаря є створення контакту з пацієнтом для подальшого отримання даних про його стан здоров'я. Для цього використовуються контактно-встановлювальні та етикетні формули спілкування у комбінації з невербальними засобами спілкування. Етап системного опитування спрямований на виявлення основної скарги або їх сукупності необхідних для визначення діагнозу. Здебільшого на цьому етапі використовуються питальні речення. Основними темами цього опитування є симптоми, загальний та сімейний анамнез, умови життя та праці пацієнта,

фізіологічний стан. На етапі об'єктивного обстеження лікар використовує вербальні засоби комунікацій імперативної та питальної форми; тактильні та візуальні методи обстеження. Як зазначає дослідниця, проникнення в особистий простір пацієнта компенсується пониженням гучності голосу лікаря [5, с. 137]. На останньому етапі рекомендацій лікар ставить діагноз та призначає лікування або ж направляє на додаткове обстеження. В останньому випадку характерними особливостями цього етапу є імпліцитність мовлення, що спрямоване на переконання пацієнта у необхідності виконання дії, яка викликає у нього страх, чи обережність при озвученні ймовірно незадовільного для пацієнта діагнозу.

Отже, медичний дискурс уможливорює спілкування між учасниками медичної діяльності як в усній, так і в письмовій формі. Компоненти медичного дискурсу можуть бути мовними та позамовними. У нашій статті розглянуто дві класифікації медичного дискурсу. За типом ситуацій рольового спілкування виділяють симетричний та асиметричний медичний дискурс. Поділ на дискретний і недискретний медичний дискурс базується на соціальному статусі та фаховій підготовці учасників. Сугестивність є основою медичного дискурсу між лікарем та пацієнтом, адже одним з головних завдань лікаря є спонукання до певних дій, тобто вплив на поведінку пацієнта задля визначення правильного діагнозу і досягнення успішного результату лікування.

Медичний дискурс є досить перспективною темою для проведення подальших лінгвістичних розвідок. З огляду на це, маємо на меті проаналізувати труднощі англійсько-українського перекладу медичних серіалів, що передбачає дослідження способів перекладу англійської медичної термінології, мовних кліше та медичного сленгу.

ЛІТЕРАТУРА

1. Барсукова М. И. Медицинский дискурс: к постановке проблемы. Античный мир и мы: Материалы докл. и сообщ. науч. конф. Саратов, 2002. № 9. С. 127-132.
2. Гончаренко Н. В. Суггестивные характеристики медицинского дискурса: дис. ... канд. філол. наук : 10.02.01/ Волгоград, 2007. 181 с.
3. Литвиненко Н. П. Медичний дискурс у системі фахової комунікації. Наукові записки: філологічні науки. 2015. № 138. С. 26-29.
4. Трубіцина О.С. Мовні засоби реалізації сугестії в кітасомовній масовій комунікації. Східний світ. 2013. № 2–3. С. 126-131.
5. Шаніна О. С. Медичний дискурс: комунікативно-прагматичний і сугестивний аспекти: дис....канд. філол. наук: 10.02.01/Одеса, 2016. 254 с.
6. Harris S. Z. Discourse Analysis. Linguistic Society of America. 1952. № 1. С. 1-30.

Зубрик Катерина

Науковий керівник – викл. Шеніт'чак Валентина

МІСЦЕ КОМУНІКАТИВНОЇ МОТИВАЦІЇ У ПРОЦЕСІ НАВЧАННЯ АНГЛІЙСЬКОЇ МОВИ У СЕРЕДНІЙ ШКОЛІ

На початку ХХІ століття формується характерна тенденція до посилення комунікативної спрямованості навчального процесу – його наближеність до реального процесу спілкування. Розробкою комунікативного методу займалися багато наукових колективів та методистів у різних країнах. Найбільш вагомий внесок в обґрунтуванні методу зробили Г. Уїдоусан, У. Литлвуд, Г.Е. Піфо, Ю.І. Пассов.

Комунікативний підхід в найбільшій мірі відбиває специфіку іноземної мови як навчального предмета в середньому навчальному закладі. Цей підхід визначився в результаті методичного осмислення наукових досягнень в галузі лінгвістики – теорії комунікативної лінгвістики і психології та теорії діяльності, що знайшло відображення в роботах з психології та методики навчання іноземних мов (О.О. Леонт'єв, І.О. Зимня, Ю.І. Пассов, С.Ф. Шатілов, Г.В. Рогова та інші) [3, с. 302].

З позиції комунікативного підходу процес навчання іноземної мови будується адекватно реальному процесу мовленнєвого спілкуванні, тобто процес навчання є моделлю процесу мовленнєвої комунікації. Проте процес навчання не може повністю співпадати з процесом