

УДК 81'253:(808.7+61)

Поворознюк Р. В.

## ГРОМАДСЬКИЙ ПЕРЕКЛАД У СИСТЕМІ УСНОГО МЕДИЧНОГО ПЕРЕКЛАДУ

*Статтю присвячено дослідженню громадського перекладу як різновиду усного медичного перекладу. Проаналізовано методологічне підґрунтя громадського перекладу, комунікативно-прагматичні параметри його теоретичної моделі та чинники, що впливають на адекватність відтворення інформації.*

**Ключові слова:** медичний переклад, громадський переклад, комунікативна модель, методики відтворення інформації, координування комунікації.

**Поворознюк Р. В. Общественный перевод в системе устного медицинского перевода. – Статья.**

*Статья посвящена исследованию общественного перевода как разновидности устного медицинского перевода. Проанализированы методологические основы общественного перевода, коммуникативно-прагматические параметры его теоретической модели и факторы, влияющие на адекватность воспроизведения информации.*

**Ключевые слова:** медицинский перевод, общественный перевод, коммуникативная модель, методики воспроизведения информации, координирование коммуникации.

**Povoroznyuk R. V. Community interpreting within the frameworks of medical interpreting. – Article.**

*The article deals with community interpreting as an element of medical interpreting generic system. The paper analyzes methodological foundations of community interpreting, communicative and pragmatic parameters of its theoretical model and factors affecting the adequacy of rendering.*

**Key words:** medical interpreting, community interpreting, communicative model, methods of rendition, communicative coordination.

**Постановка проблеми.** Таксономія перекладацької діяльності традиційно спиралася на такі чинники: 1) сферу комунікації або жанрову приналежність текстів, що є об'єктом перекладу (дипломатичний, судовий, інституційний переклад тощо); 2) модус (усний, письмовий переклад); 3) техніку виконання (синхронний, послідовний, переклад з аркуша); 4) професійну підготовку виконавця (професійний, *ad hoc*); 5) напрям (односпрямований, зворотний, переклад через посередництво третьої мови тощо). Проте загальне гуманістичне спрямування сучасної науки змусило дослідників звернути увагу на відносини рівності й нерівності учасників, що лежать в основі комунікативної ситуації усного перекладу, розстановку сил, що визначається не стільки лінгвістичними, скільки культурними й соціо-економічними характеристиками комунікантів. В основі медичного перекладу лежить принцип сприяння вразливим суб'єктам (пацієнтам) в отриманні підтримки (у вигляді ліків, інформації, медичного страхування) з боку державної установи або особи, наділеної компетенцією та професійним авторитетом (лікаря). Тому логічно, що в його системі зародився громадський напрям, який знаходиться в гіперо-гіпонімічних відносинах з усним послідовним перекладом, проте спрямовується на забезпечення прав соціально незахищених груп населення.

**Метою статті** є окреслення статусу громадського перекладу в системі усного медичного перекладу, опис комунікативної ситуації, що уможливує його здійснення, специфічної ролі й компетенції громадського перекладача. Оскільки в Україні ще не було робіт, присвячених вивченню цього напрямку перекладацької діяльності, дослідження є актуальним.

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** Ми спираємось на результати іноземних розвідок, оскільки громадський переклад в Україні – явище нове й практично не описане. Натомість у світі його статус є настільки незаперечним, що видавництво «John Benjamins Publishing Company» з 1997 р. регулярно друкує збірники серії «The critical link», які включають матеріали щорічних міжнародних конференцій громадських перекладачів. Серед провідних теоретико-методологічних спрямувань можемо назвати такі:

1) дослідження комунікативно-прагматичних чинників, що зумовили виділення громадського перекладу в окремий вид усного медичного перекладу (С. Ваденсьйо [18], Л. Кайрнкросс [4], Р. Робертс [15], М. Советр [17]);

2) визначення статусу громадського перекладу щодо інших напрямів перекладацької діяльності (Н. Гарбер [6], Б. Гарріс [7], Р. Робертс [16]);

3) громадський переклад як міжкультурне посередництво (К. Анджелеллі [1], Р. Путш [12]);

4) критерії адекватності громадського перекладу (Д. Бейкер та інші [2], Б. Девідсон [5], Дж. Кауферт і Р. Путш [9], Р. Ріваденейра та інші [14]).

Сучасні науковці стверджують, що діяльність громадського перекладача не вписується в модель «невидимого провідника змісту» (М. Редді [13]), а характеризується високим ступенем творчої свободи та обумовлює статус перекладача як повноправного учасника медичної комунікації.

**Виклад основного матеріалу дослідження.** До 1990-х рр. професія усного медичного перекладача у світі вважалась неprestижною. Займалися медичним перекладом переважно білінгви без спеціальної освіти. Через відсутність теоретичних студій, які описували комунікативно-прагматичні параметри ситуації медичного перекладу,

стандарти й етичні принципи, що є підґрунтям цієї професії, було повністю скопійовано з юридичного або конференційного різновидів перекладацької діяльності.

Саме конференційному перекладу теоретична методологія усного медичного перекладу завдячує метафорою «перекладач як невидимий провідник змісту» (*invisible conduit*) [13]. Ця метафора засновується на твердженні, що кожне висловлювання має лише одне значення, яке не змінюється внаслідок співтворчості комунікантів. Концепція «невидимого перекладача» передбачає відсутність взаємодії перекладача з мовцем (участь перекладача обмежується переключенням мовних каналів), відсутність прямої взаємодії між комунікантами (вони не зчитують невербальні сигнали співрозмовника), переклад відбувається у своєрідному вакуумі з повним ігноруванням соціокультурних чинників, які приносять у комунікацію співрозмовники та перекладач.

Натомість концепція видимого перекладача обумовлює наділення його додатковими функціями. Серед них, наприклад, посередництво, що визначається як допомога особам, які не володіють офіційною мовою/мовами, в отриманні рівних із корінним населенням можливостей [16, с. 13]. Перекладач-посередник зважає на соціоекономічний контекст комунікації, сповіщає реципієнта про існуючі перспективи забезпечення його прав і свобод. Якщо ж перекладач асоціює себе з носієм офіційної мови/мов, він бере на себе функцію нагляду (*gatekeeping*), лише передаючи іншому комунікантові інформацію, проте не допомагаючи отримати доступ до пов'язаних із нею перспектив [5]. Визначення громадського перекладу як міжкультурної діяльності накладає на перекладача обов'язки служити речником, міжкультурним посередником, представником і захисником інтересів клієнта [4, с. 7].

Дж. Кауферт і Р. Путш додали до названих функцій договірну та командну функції, що підкреслюють необхідність для перекладача співпрацювати з пацієнтом (його родиною) та інституцією (медичним закладом). Учені наголошують: «Медичний переклад часто є містком, що поєднує віддалені культури, соціальні класи й мовні осередки. Він не схожий на діяльність судового перекладача або перекладача, який працює на ділових зустрічах чи міжнародних перемовинах. Щоб забезпечити порозуміння між сторонами, медичний перекладач вдається до культурного посередництва, тлумачення та залагодження непорозумінь, якщо такі виникають» [9, с. 75].

Активна участь перекладача в комунікативній ситуації «медична консультація» стає очевидною за наявності одного (чи декількох) таких проявів: 1) перекладач представляється на початку консультації, тим самим заявляючи про себе як про

співтворця комунікативного контексту; 2) перекладач встановлює правила та регулює інформаційний обмін (реалізація наглядової функції); 3) перекладач пояснює чи перефразовує медичні терміни/концепти; 4) перекладач змінює реєстр комунікації; 5) перекладач фільтрує інформацію перед тим, як донести її реципієнтові; 6) перекладач стає на бік однієї зі сторін, ототожнює себе з нею; 7) перекладач займає місце однієї зі сторін у комунікації [1, с. 67].

Науковці не раз зазначали, що медичні консультації, під час яких пацієнт з обмеженим володінням мовою намагається порозумітись із лікарем, відбуваються набагато повільніше та мають нижчу інформативність, ніж консультації, у яких співрозмовники належать до одного мовного середовища [12; 14]. Послуги професійного перекладача – не єдиний вихід. Медичні заклади покладаються також на білінгвів-лікарів чи ординаторів, білінгвів серед молодшого медперсоналу, які перекладають безкоштовно; білінгвів серед співробітників медичного закладу, які здійснюють переклад додатково до основних обов'язків, отримуючи за це окрему платню; переклад телефоном (його надають такі компанії, як «CuraCom», «CLI», «AT&T» тощо).

Більшість медичних закладів Європи та США обирають послуги «громадських» перекладачів (*community interpreting*). У різних країнах застосовуються різні терміни на позначення цієї професії, хоча всі вони включають лексеми, що належать до семантичного поля «суспільство» або «культура». Так, у Великій Британії надають перевагу словосполученню *public service interpreting*, у Канаді – *cultural interpreting (interprétation culturelle)*, оскільки концепт *public service* у свідомості канадців є еквівалентом владних структур, або істеблішменту. В Австралії *community-based interpreting* є визначенням перекладацької діяльності, спрямованої на задоволення потреб суспільства, проте до неї не належать юридичний і судовий напрями перекладу.

Методологічне спрямування досліджень також позначається на назві об'єкта: деякі науковці (як і С. Ваденсьйо) говорять про «діалогічний переклад» (*dialogue interpreting*), маючи на увазі комунікацію, що відбувається в державних установах і службах, натомість інші роблять акцент на міжкультурній складовій перекладацької діяльності (*cultural interpreting, cross-cultural interpreting*) [15]. Французький дослідник М. Советр наполягає на розмежуванні термінів *interprétation* (конференційний переклад, переважно синхронний) та *interprétariat* (переклад у громадській сфері, послідовний) [17, с. 36].

Громадський переклад – це особливий різновид усного послідовного двостороннього перекладу, що здійснюється в безпосередній близькості до

учасників комунікації або телефоном. Громадський переклад завжди ініціюється державною установою (лікарнею, поліцією, митницею тощо), має чітко виражений регулятивний та інституційний характер і спрямовується на забезпечення прав соціально незахищених груп населення (емігрантів, представників національних меншин).

Особливості громадського перекладу є такими:

- громадський перекладач відтворює зміст співбесіди, у якій одна зі сторін є співробітником державної служби, а інша потребує допомоги цієї служби;

- клієнт переживає певну соціально-економічну кризу;

- непорозуміння між сторонами, якщо їх не залагожено перекладачем, призведуть до погіршення якості життя клієнта або притягнення державної службовця до юридичної відповідальності;

- сторони не володіють спільною мовою та майже нічого не знають про культуру, до якої належить співрозмовник;

- державний службовець обіймає авторитетну позицію, від нього залежить рішення про надання клієнтові допомоги, а отже, він керує також комунікативним процесом [6, с. 16].

До кінця ХХ ст. громадський переклад здійснювали особи без спеціальної освіти й підготовки (родичі, білінгви-співробітники тощо). Саме тому в науковій літературі досі подекуди зустрічаються ототожнення громадського перекладу з *ad hoc interpreting*, *liaison interpreting* (*interprétiariat de liaison*, *interprétiariat de contact*) і навіть *escort interpreting* у значенні «супровідний переклад, переклад як супроводження». Лише протягом останнього десятиліття особливий статус громадського перекладу отримав визнання, що привело до появи Національних стандартів із надання послуг громадського перекладу (у Канаді) та Коду професійної етики громадського перекладача (у Європі, США). Останнім часом спостерігається бурхливий розвиток підготовчих курсів, що надають сертифікати громадським перекладачам у країнах, у яких іммігранти становлять значну частку населення.

Для громадських перекладачів, які працюють у медичному закладі, важлива хоча б елементарна обізнаність у медичних питаннях, прагнення допомогти лікарю в оцінці стану пацієнта та вміння розговорити пацієнта, змусивши його відверто ділитись із лікарем інформацією про симптоматику, а також сприйняттям концептів «хвороба» й «здоров'я», забарвлених культурними стереотипами. У такому разі довіра пацієнта зростатиме, тому він із більшою ймовірністю виконуватиме рекомендації лікаря, тобто демонструватиме прихильність до лікування (*compliance*). Однак залучення перекладача може мати й негативні наслідки. Участь у комунікації третьої особи змушує пацієнта та

лікаря щоразу відволікатись, розривати зоровий контакт, що призводить до відчуження з боку пацієнта та стає на заваді збору анамнезу, оскільки лікар не може читати невербальні сигнали, які могли б вказати на існування (чи відсутність) хвороби. Д. Бейкер і співавтори довели, що пацієнти, які спілкувались із медичним працівником через перекладача, рідше усвідомлюють свій діагноз, проте звинувачують у своєму незнанні медпрацівника (буцімто їм надали недостатньо чітку інформацію) та частіше вважають медпрацівника байдужим, неввічливим і навіть недобрим [2].

Суперечливість оцінок ефективності медичного перекладу пояснюється насамперед своєрідністю комунікативної моделі медичного перекладу, яка відрізняється як від моделі монолінгвального контакту «лікар – пацієнт», так і від аналогічної моделі судового чи конференційного перекладу (за основу беремо модель К. Анджелеллі [1, с. 35–39]).

Професійна діяльність судового перекладача є суворо регламентованою: допускається лише буквальний переклад (*verbatim*), відсутня будь-яка комунікативна взаємодія з підсудним. Якщо перекладач бачить, що підсудний не знайомий із тим чи іншим юридичним терміном, для його тлумачення він повинен попросити дозволу в судді [11].

Особливості конференційного перекладу (під час ділової зустрічі, перемовин) постають з обставин комунікативної події: мовлення є переважно монологічним або послідовністю монологів, що чергуються із запитаннями й відповідями.

Робота в ізольованій кабінеті додатково обмежує контакти синхронного перекладача із зовнішнім світом та іншими учасниками комунікації, налаштовуючи його на режим монологічного мовлення.

Комунікативні функції (зокрема, запитання) контекстуалізуються через обставини комунікативної події [8, с. 111]. Таким чином, запитання, які є елементами допиту свідка, мають на меті зовсім інший результат, ніж запитання, які є елементами медичної консультації. У першому випадку відповіді найчастіше вже відомі, необхідно лише підтвердити чи спростувати їх, у другому ж відповіді допомагають сформулювати діагностичну картину та розробити план лікування хворого.

Як судовий, так і конференційний переклад майже не дають перекладачеві простору для мовленнєвої творчості й вияву самостійності через високий ступінь урегульованості комунікативних ситуацій. Натомість дискурс медичних консультацій має ознаки як спонтанної, так і регламентованої («спланованої») комунікативної діяльності [10]. Медична консультація відкривається фазою «розпізнавання», під час якої лікар і пацієнт ведуть жваву дискусію на загальні теми, формують враження одне про одного, при цьому їхня комунікативна активність (розподіл реплік) є приблизно рівноцінною. Фаза «розпізнавання» змі-



нюється детальним розпитуванням пацієнта про його скарги, коли лікар перебирає ініціативу на себе. Загалом П. Бірн і Б. Лонг вирізняють 6 фаз медичної консультації як комунікативної події: 1) встановлення контакту з пацієнтом; 2) розпитування про причину його візиту; 3) фізичний огляд або перевірка мовленнєвих функцій (під час порушення мовленнєвої діяльності); 4) роз'яснення пацієнтові його стану; 5) детальна розповідь про терапевтичні засоби або діагностичні процедури, які знадобляться в майбутньому; 6) завершення консультації [3].

**Обставини комунікації**, зокрема присутність сторонніх свідків, безумовно позначаються на поведінці учасників будь-якого дискурсу. Судовий і конференційний переклад мають ознаки публічної діяльності, а отже, відкритий характер, тоді як більшість монолінгвальних медичних консультацій відбуваються за зачиненими дверима, у присутності лише найближчих родичів хворого. Присутність перекладача змушує учасників змінювати поведінку (лікаря – говорити повільніше, робити паузи між репліками, адресуючи їх швидше перекладачеві, ніж пацієнтові; перекладача – перепитувати пацієнта, чи він зрозумів сказане, чи знайомий йому той або інший термін, змінювати реєстр, якщо порозуміння так і не було досягнуто; пацієнта – встановлювати зв'язок не лише з лікарем, а й із перекладачем, якщо зв'язок не може бути встановлений, приховувати інформацію). Ситуація медичної консультації забезпечує перекладача великим дискурсотворчим ресурсом, комунікативною свободою, проте покладає на нього не меншу відповідальність.

**Сцена комунікації** в розумінні Д. Хаймса визначається як культурний контекст, психологічні налаштування учасників [8, с. 55]. У монолінгвальній ситуації контакту учасники (лікар і пацієнт) усувають непорозуміння шляхом перемовин та уточнення суперечливих параметрів. У комунікативній ситуації, коли учасники говорять різними мовами, лише перекладач здатний «зчитати» психологічне налаштування мовців і забезпечити залагодження непорозумінь. Однак в усному медичному перекладі, на відміну від судового чи конференційного перекладу, допускається активне втручання перекладача в комунікацію (посередництво, наглядова функція).

Кожен учасник комунікативної події має низку очікувань: пацієнти прагнуть бути вислуханими, лікар прагне отримати повний анамнез, необхідний для встановлення діагнозу й призначення лікування, а перекладач прагне забезпечити комунікацію між сторонами. Однак емоційний стрес (як у пацієнта, так і в лікаря), дефіцит часу (у лікаря), недостатня мовна чи предметна компетенція (у пацієнта) призводять до комунікативного блоку, вихід із якого може знайти лише перекладач.

**Учасниками** монолінгвальної медичної консультації є дві сторони. Перекладач виконує цілий діапазон ролей (наглядача, наставника, тлумача, посередника, підсумовувача), які переходять одна в одну з перебігом комунікації.

**Цілями комунікантів** є наміри, результат, якого вони очікують від комунікативної події. Різниця культурних контекстів комунікантів може поставити під загрозу результат самої монолінгвальної події. Проте зі збільшенням кількості учасників, які до того ж належать до різних мовно-культурних осередків, розширюється палітра можливих результатів комунікативної події через зіткнення їхніх цілей. Перекладач має чітко усвідомлювати наміри сторін, оскільки від них залежить результат комунікації; при цьому тонка варіативність комунікативних цілей часто є очевидною лише для експерта (наприклад, консультація, під час якої медик переконує пацієнта погодитись на операцію, здійснюється з використанням тих самих стратегій і тактик, що й консультація в межах підготовки пацієнта до операції) [1, с. 36].

Неправильно витлумачити можна не лише мовленнєву поведінку, а й значущі невербальні сигнали співрозмовника в ситуації зіткнення культур, характерній для спілкування лікаря та пацієнта, які належать до різних мовно-культурних осередків (наприклад, представники східних культур уникають прямого візуального контакту).

Важливим аспектом є також **форма та зміст повідомлення**. Оскільки громадський переклад здійснюється в безпосередньому контакті з учасниками, медичний перекладач може скласти думку про їхню мовну й культурну компетенцію та, відповідно, вносити зміни в зміст і форму повідомлення, щоб зробити його більш зрозумілим.

**Форма мовлення** (*forms of speech*) є специфічною: з трьох учасників комунікативної ситуації медичного перекладу лише перекладач поділяє з двома іншими мову, при цьому за бажанням запроваджуючи мовленнєві акти, відсутні в усному тексті мовця, який він перекладає.

У монолінгвальній медичній консультації обидві сторони усвідомлюють **норми комунікативної взаємодії та інтерпретації**, дотримуються їх, щоб не ставити під загрозу порозуміння, зберігати ієрархію тощо. Особи, які належать до різних мовно-культурних осередків, можуть мати різне розуміння оптимальної комунікативної взаємодії та по-різному витлумачувати комунікативні вчинки протилежної сторони. Так, жителі Південної Європи (Італії, Іспанії, Португалії тощо) та Латинської Америки звикли говорити одночасно зі співрозмовником, перебиваючи його. Перекладач у цій ситуації має не лише виконувати функцію культурного посередника, а й звести до мінімуму принесення зі свого боку норм, чужих для інших учасників.

Щодо методик відтворення діалогічного мовлення, характерних для комунікативної ситуації громадського перекладу, С. Ваденсьйо обґрунтовує таку типологію: близьке, скорочене, розширене, субститутивне відтворення [18, с. 108]. Особливим випадком є узагальнене (*summarized rendition*) відтворення декількох оригінальних висловлювань. Багатокомпонентне відтворення (*multi-part rendition*) передбачає відтворення оригінального висловлювання в декілька етапів, коли перекладач переривають інші учасники комунікативного процесу, тому він змушений перекладати їхні репліки, відволікаючись від попереднього фрагменту. Нульове відтворення (*zero rendition*) полягає у вилученні оригінального висловлювання, тоді як *non-rendition* (пропонуємо ситуативний відповідник «додавання») є продуктом самостійної творчості перекладача, додавання фрагментів або цілих висловлювань, відсутніх в оригіналі. Наприклад, якщо прямий переклад репліки лікаря не приносить очікуваного результату (розуміння пацієнтом свого стану), перекладач вдається до парафраз, субституцій або експлікативів. Так, *clear liquid diet* перетворюється в перекладі на «(споживання) води, бульйону, яблучного соку замість твердої їжі» [1, с. 77]. Метою додавання (*non-rendition*), на думку С. Ваденсьйо, є координування перекладачем комунікативного процесу [18, с. 109].

Координування має свою таксономію. Імплицитне (наглядове – *gatekeeping*) координування передбачає виправлення перекладача після фальш-старту, повтор репліки після того, як його перервали інші учасники комунікації; експлицитне координування складають прохання перекладача до однієї зі сторін роз'яснити зміст репліки, які є можливими лише під час здійснення послідовного перекладу (на відміну від синхронного), мета-коментарі перекладача щодо комунікативних намірів співрозмовників, спроби перекладача змінити напрям комунікації [18, с. 107–108].

К. Анджелеллі вказує, що перекладач завдячує зростанню своєї комунікативної свободи, позірності (*visibility*) насамперед соціальним чинникам, таким як етнічна приналежність пацієнта, рівень його освіти, соціоекономічний статус тощо [1, с. 77].

**Висновки.** Таким чином, громадський переклад є особливим напрямом мовленнєвої діяльності з унікальним набором комунікативно-прагматичних ознак. Ототожнення його моделі з рушійними механізмами судового й конференційного перекладу (інституційним характером, регулятивністю, монологічністю) призводить до формування концепту «невидимого перекладача», що не відповідає функціям нагляду, посередництва й захисту інтересів клієнтів, властивим цьому напрямку.

Діалогічна взаємодія сторін, яку відтворює громадський перекладач, як і міжкультурні аспекти комунікації, характерна для усного медичного перекладу в сучасному мультиетнічному світі. Сертифікація й система професійної підготовки громадських перекладачів сприяє зростанню авторитету професії, яку раніше асоціювали з непрофесійністю (*ad hoc*).

Складники комунікативної ситуації громадського перекладу в найзагальнішому вигляді віддзеркалюють універсалії перекладацького процесу, проте етнокультурні особливості та соціоекономічний статус учасників наповнюють універсалії новим змістом.

Громадський переклад має власну таксономію методик відтворення й координування. Ці методики відображають основні етапи медичної консультації, проте дають перекладачеві змогу не копіювати дискурсивні стратегії й тактики лікаря, а ставати співтворцем комунікативної події.

Вважаємо громадський переклад надзвичайно перспективним напрямом міжкультурного співробітництва з огляду на процеси глобалізації та мультикультуралізму. На жаль, в Україні громадський переклад досі здійснюється особами без спеціальної освіти (*ad hoc* перекладачами), що неодмінно позначається на якості кінцевого продукту та підриває довіру реципієнтів. Організація спеціальних курсів і сертифікація громадських перекладачів згідно з міжнародними стандартами професійної практики є необхідними елементами державотворення, оскільки культурна інклюзивність характеризує демократичну європейську модель, до якої прагне Україна.

### Література

1. Angelelli C. Medical interpreting and cross-cultural communication / C. Angelelli. – New York : Cambridge University Press, 2004. – 153 p.
2. Baker D. Interpreter use and satisfaction with interpersonal aspects of care for Spanish-speaking patients / D. Baker, R. Hayes, J. Fortier // *Medical Care*. – 1998. – Vol. 36(10). – P. 1461–1470.
3. Byrne P. Doctors talking to patients: A study of the verbal behavior of general practitioners consulting in their surgeries / P. Byrne, B. Long. – London : Royal College of General Practitioners, 1976. – 194 p.
4. Cairncross L. Cultural Interpreter / L. Cairncross. – Toronto : Ministry of Citizenship and Culture, 1989. – 145 p.
5. Davidson B. Questions in cross-linguistic medical encounters: the role of the hospital interpreter / B. Davidson // *Anthropological Quarterly*. – 2001. – Vol. 74(4). – P. 170–178. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://muse.jhu.edu>.
6. Garber N. Community Interpretation: A Personal View / N. Garber // *The Critical Link 2: Interpreters in the Community* / R. Roberts et al. (eds.). – Amsterdam ; Philadelphia : John Benjamins, 1998. – P. 9–21.

7. Harris B. Foreword. Community interpreting – Stage two / B. Harris // *The Critical Link 2: Interpreters in the Community* / R. Roberts et al. (eds.). – Amsterdam ; Philadelphia : John Benjamins, 1998. – P. 1–5.
8. Hymes D. Foundations in sociolinguistics: An ethnographic approach / D. Hymes. – New York : Routledge, 2013. – 261 p.
9. Kaufert J. Communication through interpreters in healthcare: Ethical dilemmas arising from differences in class, culture, language, and power / J. Kaufert, R. Putsch // *Journal of Clinical Ethics*. – 1997. – Vol. 8(1). – P. 71–87.
10. Levy E. A social-pragmatic account of the development of planned discourse / E. Levy // *Human development*. – 1999. – Vol. 42(5). – P. 225–246.
11. Code of ethics and professional responsibilities / National Association of Judiciary Interpreters and Translators [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.najit.org/about/NAJITCodeofEthicsFINAL.pdf>.
12. Putsch R. Cross-cultural communication: The special case of interpreters in health care / R. Putsch // *Journal of American Medical Association*. – 1985. – Vol. 254(23). – P. 3344–3348.
13. Reddy M. The conduit metaphor: A case of frame conflict in our language about language / M. Reddy [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.reddyworks.com/reddy-writes/the-conduit-metaphor/132-orginal-1979-conduit-metaphor-article?showall=1&limitstart=>.
14. Rivadeneira R. Patient centeredness in medical encounters requiring an interpreter / R. Rivadeneira, V. Eldlerkin-Thompson, R. Silver, H. Waitzkin // *American Journal of Medicine*. – 2000. – Vol. 108. – P. 470–474.
15. Roberts R. Community interpreting today and tomorrow / R. Roberts // *The Critical Link: Interpreters in the Community* / S. Carr et al. (eds.). – Amsterdam ; Philadelphia : John Benjamins, 1997. – P. 7–26.
16. Roberts R. An assessment tool for community interpreting / R. Roberts // *Connections. Proceedings of the 36th Annual Conference of the American Translators Association (November 8–12, 1995, Nashville, Tennessee)* / P. Krawutschke (ed.). – Medford : Information Today Inc., 1995. – P. 135–145.
17. Sauvêtre M. De l'interprétariat au dialogue a trois. Pratiques européennes de l'interprétariat en milieu social / M. Sauvêtre // *The Critical Link 2: Interpreters in the Community* / R. Roberts et al. (eds.). – Amsterdam ; Philadelphia : John Benjamins, 1998. – P. 35–49.
18. Wadensjo C. Interpreting as interaction / C. Wadensjo. – New York : Routledge, 2013. – 312 p.