

но он должен уметь направить на пользу больного его самого, его домашних и все его окружение», – сказал Гиппократ.

Литература:

1. Grauman, Å. Precision cancer medicine and the doctor-patient relationship: a systematic review and narrative synthesis / A. Grauman, M. Ancillotti // BMC Med Inform Decis Mak, 2023. – P. 1–13. – URL: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1186/s12911-023-02395-x.pdf> (date of access: 29.12.2025).

2. Rapport, F. What do patients really want? An in-depth examination of patient experience in four Australian hospitals / F. Rapport, P. Hibbert // BMC Health Serv Res, 2019. – URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30646962/> (date of access: 29.12.2025).

3. Shutzberg, M. The doctor as parent, partner, provider... or comrade? Distribution of power in past and present models of the doctor-patient relationship / M. Shutzberg // Health Care Anal, 2021. – URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8322008/> (date of access: 29.12.2025).

КОММУНИКАТИВНЫЙ ДИССОНАНС В ДИАДЕ «ВРАЧ-ПАЦИЕНТ»: ЛИНГВОКУЛЬТУРОЛОГИЧЕСКИЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ И ПСИХОЛИНГВИСТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ПРЕОДОЛЕНИЯ

Иванова Т. П.

Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы
г. Москва, Российская Федерация

Научный руководитель – *Пьянкова В. И.*

Статистика удручает: по разным данным, от 40 до 60 % пациентов выходят из кабинета врача, не до конца поняв суть диагноза или схему лечения. И самый главный вопрос здесь: почему? Почему, когда врач, с точки зрения медицины, все объяснил правильно, возникает этот барьер? Проблема не в том, ЧТО сказано, а в том, КАК это сказано и КАК это воспринято. Мы имеем дело с настоящим коммуникативным сбоем.

В основе этого сбоя лежит феномен, который мы называем «коммуникативный диссонанс». Это не просто недопонимание. Это столкновение двух принципиально разных языковых реальностей. С одной стороны – вселенная врача: структурированная, объективная, говорящая на языке нозологий, протоколов и алгоритмов. С другой – вселенная пациента: субъективная, эмоциональная, живущая на языке страхов, надежд и личного опыта. Эти две вселенные говорят на разных диалектах, и наш задача – построить между ними мост [1, с. 27].

Первый и самый глубокий барьер – лингвокультурологический. Рассмотрим «метафорический разрыв». Врач видит в диагнозе «дебют гипертонической болезни» – клиническую единицу. А пациент ощущает это как

«голова раскалывается от забот». Это принципиально разные narratives, разные истории об одном и том же. Более того, культурный бэкграунд пациента – его вера, традиции, отношение к авторитету – накладывает отпечаток. То, что в одной культуре воспримется как прямота, в другой будет расценено как грубость.

Второй барьер – психолингвистический. Здесь важны не слова, а их звуковая оболочка. Монотонная, быстрая речь врача, лишенная эмпатичных интонаций, – это не просто «невежливо». Это мощный стресс-фактор. Наша речь напрямую влияет на физиологию пациента. Безразличный тон может повысить уровень гормона стресса кортизола, в то время как спокойный и участливый – активировать парасимпатическую систему, отвечающую за расслабление и доверие. Доверие – это не абстракция, это биохимия.

Так как же преодолеть этот диссонанс? Мы предлагаем концепцию «переводчика с клинического на человеческий язык». Вот три конкретных инструмента:

Первый – метафорический бриджинг. Вместо «атеросклероз» можно сказать: «Представьте, что ваши сосуды – это гибкие шланги. Сейчас внутри них начинает откладываться «ржавчина» – холестерин. Наша задача – не дать ей забить просвет [2].

Второй – вербализация эмоций. Простая фраза: «Я вижу, что вы расстроены этим известием» – легитимизирует переживания пациента и показывает, что врач его видит не как случай, а как человека.

И третий – совместное нарративное конструирование. Фраза «Давайте вместе подумаем, как вписать лечение в ваш ритм жизни» превращает пациента из пассивного слушателя в соавтора своего здоровья [3].

Каковы же перспективы? Мы движемся к созданию прецизионной, то есть точной коммуникации, адаптированной под разные психотипы пациентов. На смену общим курсам этики должны прийти тренинги по практической психолингвистике. А технологии, например, искусственный интеллект, могут стать объективным зеркалом для врача, анализируя его речь и давая обратную связь.

Главный вывод нашего выступления: в современной медицине эффективное лечение начинается не с таблетки в пробирке, а с правильно найденного слова, дошедшего до сердца и разума пациента.

Литература:

1. Одинцова, М. А. Коммуникативный диссонанс во врачебной деятельности: лингвистический и психологический аспекты / М. А. Одинцова // Медицинская психология в России. – 2020. – Т. 12, № 1(60). – С. 25–35.
2. Лакофф, Дж. Метафоры, которыми мы живем. / Дж. Лакофф. – М. : Издательство ЛКИ, 2008. – 256 с.
3. Плаус, С. Клиническая коммуникация: навыки для врача и пациента / С. Плаус. – СПб. : СпецЛит, 2019. – 192 с.