

Университет штата Северной Каролины, Шарлотта, США
The University of North Carolina at Charlotte, USA
9201 University City Blvd, Charlotte, NC 28223
E-mail: ybaldwin@uncc.edu

ЯЗЫКОВЫЕ И СОЦИОКУЛЬТУРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КОММУНИКАЦИИ В МЕДИЦИНСКОЙ СФЕРЕ (НА ПРИМЕРЕ РАЗЛИЧНЫХ КОММУНИКАТИВНЫХ ОБЩНОСТЕЙ В КОНТЕКСТЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ США)

В условиях многонационального государства коммуникативные конфликты в сфере здравоохранения зачастую основаны на незнании культурных и национальных особенностей участников общения. Данные проблемы универсальны по своей сути и являются результатом либо языкового барьера, непонимания невербальных сигналов, нарушения условностей культурного этикета, либо этноцентризма, дискриминации и пр. Используя метод контрастивного анализа, автор исследует этноспецифику и коммуникативные отличия американской (белой), афроамериканской, латиноамериканской и восточно-славянской коммуникативных общностей в контексте здравоохранения США. Языковые и социокультурные особенности данных общностей, влияющие на здоровье и лечение, оцениваются по шести социокультурным параметрам.

Ключевые слова: коммуникативные конфликты в сфере здравоохранения США, языковые социокультурные особенности коммуникации, этноспецифика коммуникативных общностей, социокультурные параметры оценки влияния этноспецифики на здоровье и лечение.

Фундаментальные различия между культурами во многом обусловлены историческим, политическим, экономическим, географическим и, в современном мире, технологическим развитием данной этнокультуры и составляют ее *лингвокультурологический портрет*, наиболее выдающаяся часть которого – по сути всего лишь вершина айсберга – определяется обществом как «стереотип». М. А. Шафиева отмечает, что «...каждая этнокультура до сих пор в значительной мере является “вещью в себе”, малопонятной для носителей иных (особенно генетически и типологически удаленных) культур и языков. Этот барьер необходимо преодолеть, поскольку без знакомства с чужой культурой знание чужого языка оказывается само по себе недостаточным для адекватного и эффективного международного общения» [Шафиева, 2008. С. 95].

Способность «разного национального менталитета по-разному воспринимать одни и те же предметные ситуации» [Попова, Стернин, 2007. С. 10] создает основания для межкультурного непонимания, неприятия, шока и конфликта. Исследователи коммуникативных конфликтов, вызванных национальными и культурными особенностями, определили, что большинство межкультурных коллизий универсальны и являются

следствием а) нарушения условностей этикета, норм вежливости, присущих данной культуре; б) несоблюдения иерархии и социального статуса участниками коммуникации; в) неверной интерпретации элементов вербального / невербального поведения; г) предвзятости, дискриминации, отсутствия объективности и пр.

Сегодня, в эпоху глобализации, как никогда становится важным системное изучение культур во всех их проявлениях, ведущее к пониманию их многогранности и разрушению стереотипов. Одним из наиболее результативных методов изучения культуры различных народов на фундаментальном уровне является контрастивный анализ коммуникативного поведения нескольких культурных общностей в стандартных социальных (предметных, ролевых) коммуникативных ситуациях, где наиболее заметно проявляются глубинные факторы, связанные со спецификой данной этнокультуры (социальные функции, соблюдение иерархии общения, разрешенные и запрещенные темы, экспрессивность и эмоциональность речи, концептосфера родной культуры, символизм кинетических средств коммуникации – мимического языка и языка жестов, молчания, пауз, и пр.). Как указывает И. А. Стернин, «контрастивный принцип

позволяет наиболее надежно выявить и описать как общие, так и несовпадающие признаки коммуникативного поведения народов» [Стернин, 2000].

Стандартная коммуникативная ситуация (знакомство, свадьба, рабочее совещание, урок, очередь в магазине) дополнительно осложняется характерным только для данной коммуникативной сферы культурным и языковым символизмом, определяемым заданными «правилами игры» – *лингвокультурологическим ситуативным трафаретом*. В данной статье рассматриваются стандартная коммуникативная ситуация «на приеме у врача» и межкультурные особенности, в основе которых лежат национальное понимание концепта «здоровье», этнические традиции и верования, связанные со здоровьем и болезнью.

Наиболее распространенный вид общения в медицинском окружении – это диалог, в большинстве случаев происходящий между медработником и пациентом. Здесь будут рассмотрены межкультурные различия, способные привести к коммуникативным конфликтам у коммуникативной пары «медработник и пациент», где пациент – представитель одной из следующих лингвокультурных общностей, проживающих на территории США: а) американская (ангლოსаксонская, белая); б) афроамериканская (черная); в) латиноамериканская (выходцы из Латинской Америки, латиносы (Latinos) – испаноязычные); г) восточнославянская (русские, украинцы и белорусы – русскоязычные). Особенности возможного коммуникативного конфликта в данной ситуации обусловлены, во-первых, разным национальным и социокультурным менталитетом в вопросах здоровья, во-вторых, профессиональным групповым менталитетом медперсонала, в-третьих, языковым барьером.

Для изучения специфики менталитета и коммуникативного поведения культурной общности некоторые американские исследователи, в частности Гигер и Давидизар [Geiger, Davidhizar, 1995], предлагают рассматривать шесть социокультурных параметров, характерных для каждой культурной группы и влияющих на межкультурное общение:

1) степень контроля внешних условий (environmental control);

2) биологические различия (biological variations);

3) социальная организация (social organization);

4) особенности общения (communication);

5) понятие дистанции и личного пространства (space);

6) временная ориентация (time orientation).

На основе данной классификации ниже приводятся результаты контрастивного анализа коммуникативного поведения, влияющего на здоровье людей, среди выделенных нами культурных групп в условиях системы здравоохранения США.

1. *Степень контроля внешних условий* – это способность представителей данной культурной общности планировать деятельность, контролирующую внешние условия или изменяющую окружающую среду по сравнению с верой в неотвратимость. Сюда относятся существующие системы традиционных верований, касающихся здоровья и процесса лечения, практики народной медицины и обращения за помощью к целителям. Данные факторы играют исключительно важную роль в том, как пациенты реагируют на проблемы, связанные со здоровьем и лечением; куда они обращаются за помощью; как используются существующие здравоохранительные ресурсы и социальная поддержка; каким образом данная культура определяет, что такое «здоровье» и «болезнь».

Белые американцы уверены, что при помощи современной медицины они контролируют состояние своего здоровья и, следовательно, свою жизнь и будущее. В целом, США считаются оплотом химической медицины, основанной на синтетических препаратах, медицинских процедурах и хирургическом вмешательстве, и большинство белых американцев полагаются на ее достижения. К культурным ценностям западной медицины относятся эффективность, своевременность, высокие технологии, современное оборудование и наука. Вместе с тем среди белых американцев растет популярность лекарств из растений и биодобавок, возрождается интерес к гомеопатии и альтернативной медицине, применяемых для профилактики заболеваний, а не для лечения. Народных методов лечения не так много: для поддержания здоровья предлагается ежедневно пить соки, есть овощи и фрукты («one apple a day keeps the doctor away»), вести активный образ жизни, не курить.

В случае болезни в дополнение к лекарственной терапии из традиционных методов популярен куриный суп, ромашковый чай, следование поговорке «feed a cold, starve a fever» (ешь много во время простуды, голодай при высокой температуре). Рэйчел Спектор, говоря о народных средствах, указывает: «Американцы ирландского происхождения считают, что простуда проходит быстрее, если пить много чая и темного пива «Гинесс» или съесть целую луковицу, запив рюмкой виски; при высокой температуре – привязать лук к запястьям или обвязать шею грязным носком. Выходцы из Нидерландов при головной боли рекомендуют помыть полы с аммиаком» [Spector, 2004. P. 32, 33]. В целом, доверие к народным средствам среди белых американцев невысокое, они не являются заменой прописанному врачом лечению и предпочтение отдается методам современной медицины.

Народная медицина афроамериканской этнической группы имеет богатую историю, основанную на заклинаниях, молитвах и фитотерапии. Большинство представителей этой группы сохраняет традиционные взгляды на здоровье и болезни и относится ко многим аспектам западной медицины с недоверием. Кайзер считает, что «многие афроамериканцы до сих пор не верят, что им будет оказана такая же качественная медицинская помощь, как и белым» [Kaiser, 1999. P. 32].

Черные американцы в случае болезни очень активно прибегают к молитве и вверяют себя Богу и его власти, порой игнорируя назначения современной медицины. Часто, «полагаясь только на Всевышнего, они запускают свою болезнь, до последнего не обращаясь к врачу» [Bigby, 2003. P. 40–41].

Многие афроамериканцы верят в порчу и прибегают к услугам целителей-вуду, также широко распространена вера в силу амулетов, магии и трав. Из широко распространенных народных средств в Интернете можно найти следующие: прием травы сенны в качестве слабительного средства, мяты при вздутии живота; есть чеснок при повышенном давлении и для защиты сердца; при кашле натереть грудь чесноком и приложить теплую ткань, промазанную жиром. Но все вышеперечисленные средства успешны только с верой во Всевышнего [eHow Health, 2008].

Испаноязычные американцы в целом доверяют докторам, но ценят *personalismo* (персонализм) – доверие и взаимопонимание, основанные на теплых дружеских и личных отношениях. Поэтому в большинстве своем они предпочитают врачей, которые активно интересуются жизнью своих пациентов. В свою очередь латиносы проявляют благодарность доктору, принося в подарок еду или небольшие сувениры. Представители этой культурной группы следуют традиционным верованиям и широко используют средства народной медицины как для профилактики, так и для лечения болезни. Многие хозяйки наряду с овощами и фруктами выращивают различные целебные травы. В специализированных мексиканских и др. магазинах продаются натуральные лекарственные препараты, травяные сборы, настойки и т. д. Считается, что избавиться от болезни помогают свечи и молитва, уборка дома, ритуальные ванны, фиточай. В книге «Кросс-культурная медицина» приводятся данные, что «тридцать один процент испаноязычного населения США прибегает к народным методам лечения на регулярной основе» [Bigby, 2003. P. 73]. Многие латиноамериканцы полагают, что современная медицина – ненатуральная и химическая – приносит больше вреда, чем пользы здоровью, в отличие от народной медицины – *curanderismo*, – основанной на исцелении тела и духа одновременно. Латиносы довольно часто пользуются услугами народных целителей (например, таких как *curandero* – целитель-шаман, исцеляющий при помощи трав, настоев и сверхъестественных сил; *espiritista* – человек, занимающийся спиритизмом, *partera* – повитуха). Самая большая проблема среди испаноязычных американцев – это фатализм, так как многие считают, что некоторые болезни, например рак, неизлечимы, а посему отказываются от лечения.

Иммигранты из стран бывшего Советского Союза имеют смешанное отношение к современной медицине, практикуемой в США. С одной стороны, нельзя отрицать очевидное – люди живут дольше и выглядят лучше, больницы и клиники прекрасно оборудованы и опрятны, отношение персонала вежливое и внимательное. С другой стороны, существующий биомедицинский подход, основанный на учении Декарта, когда человек рассматривается как физическое

тело, отдельное от души, и все болезни – это результат физиологических расстройств, генетических отклонений, биохимических нарушений или инфекций, и, следовательно, болезни нужно лечить медикаментозно, терапевтическими процедурами и хирургическим вмешательством, – чужероден для русскоязычной коммуникативной группы. Распространено убеждение, что славянской общности присуще врожденное недоверие к лекарственной терапии: если прописанное лекарство и применяется, то зачастую прием не доводится до конца и прекращается, как только наступает улучшение; порой самостоятельно снижается дозировка препарата – полтаблетки вместо целой; увеличивается промежуток между приемами – вместо шести восемь часов; лекарство принимается не систематически, как прописал врач, а «когда заболело». Культурным фактом также является широко распространенная вера в народную медицину: применение лекарственных препаратов почти всегда подкрепляется (или заменяется) употреблением различных народных средств – настоек, отваров, примочек, компрессов и т. д. Из наиболее популярных – чай с малиной при первых признаках простуды; травяные ингаляции, молоко с медом, полоскания с содой или солью при больном горле; горчичники или горчичный пластырь при заболеваниях верхних и нижних дыхательных путей; «отвар листьев брусники пьют при отложении солей, артрите, подагре, суставном ревматизме, отеках» [Rin.ru, 2005] и т. д. Для восточных славян характерна экстремальная доверчивость в применении средств народной медицины и бесстрашие в экспериментах над своим здоровьем. Достаточно кому-то сказать: «А ты пробовал от камней в почках селедку замочить в молоке с медом, процедить, потом настоять на коньяке и пить на рассвете в полнолуние? Светке нашей помогло», как рецепт распространится среди всех знакомых. Еще одна из особенностей национального менталитета – нелюбовь к системности и последовательности: если чудо не происходит мгновенно, то начинаются поиски чего-то нового. Пожалуй, самый популярный журнал среди русскоязычных иммигрантов – это «ЗОЖ» («Здоровый образ жизни»), наполненный рекомендациями, советами, рассказами о чудодейственности того или иного народного средства. Очень популярны телепередачи

о здоровье и походы к целителям. Интересно заметить, что на приеме у американского врача факт дополнительного приема народных средств, например, от давления, проблем с желудком и пр., обычно скрывается, вероятно, из-за боязни, что доктор усмотрит в этом некую старомодность, «отсталость» от современности.

2. *Биологические различия.* Люди, принадлежащие к одной этнической группе, часто отличаются биологически (физически и генетически) от представителей другой группы. Установлено, что биологические различия и особенности питания определяют заболевания, характерные для различных этнических групп. Среди американцев европейского происхождения высок процент рака груди, сердечно-сосудистых заболеваний и диабета. Афроамериканцы склонны к серповидно-клеточной анемии, повышенному давлению, раку пищевода и желудка. «Латинос подвержены диабету, паразитическим заболеваниям, непереносимости лактозы», – считают Максимова, Каторина и Королькова [Maximova et al., 2000]. Восточно-славянские народы (русские, украинцы, белорусы) чаще всего умирают от повышенного давления, сердечно-сосудистых болезней, заболеваний верхнего дыхательного тракта (пневмония, бронхит, бронхиальная астма), заболеваний желудочно-кишечного тракта, диабета. П. В. Маркес приходит к выводу, что «традиционная русская кухня ведет к потреблению большого количества жиров, соли и углеводов, результатом чего является тот факт, что 60 % взрослого населения страдают повышенным давлением, высоким содержанием холестерина в крови и избыточным весом» [Marquez, 2005].

3. *Социальная организация.* Семья (нуклеарная, неполная, расширенная), социальные организации (религиозные или этнические), к которым принадлежит пациент.

Среди *белых американцев* превалирует нуклеарная семья, состоящая из родителей (родителя) и детей, либо только из супругов. Связи между поколениями и родственниками некрепкие. Переход от сложной семьи к нуклеарной наблюдается при переходе от традиционного к более современному обществу. Дж. Лакманн замечает: «Белые американцы, в отличие от других культур, склонны скорее соперничать друг с другом, чем сотрудничать» [Luckmann, 2000. P. 24]. Дети рано становятся независимыми (после окон-

чания школы), родители предпочитают жить отдельно от выросших детей; считается нормальным, когда престарелые родители (старше семидесяти-восемидесяти) живут либо самостоятельно, либо в домах для пенсионеров и пр. Связи между дальними родственниками еще более слабые, ограничивающиеся редкими телефонными звонками и днями «воссоединения семьи» (family reunions). Заболевший член семьи, как правило, окружается кратковременной заботой и вниманием, но для долговременного ухода либо нанимаются сиделки, либо привлекаются специализированные службы – уход на дому, хоспис, пр. Жизнь в одном доме с парализованной матерью будет скорее исключением из правил в современной белой семье. Стереотипно культура белых американцев классифицируется как индивидуалистическая, т. е., по определению Е. М. Роджерса, «такая, в которой личные цели ценятся выше, чем совместные, коллективные» [Rogers, Steinfatt, 1999. P. 86]. Основные религии данной культурной группы – христианство и иудаизм. Церковь является не только религиозным заведением, но и своеобразным клубом по интересам, предлагая все – начиная от занятий хоровым пением, вышиванием, лекций по здоровому образу жизни до занятий йогой и садоводством. Среди белых американцев как более преуспевающей части общества широко распространено отношение «give back to society» через участие в общественных организациях и волонтерство. С другой стороны, церковь и общественную работу принято рассматривать, в том числе, и как возможности для завязывания связей и установления деловых контактов.

Социальная организация и ценности афроамериканской культурной общности во многом являются результатом многовековой борьбы с расизмом и существования в условиях доминирования белой культуры. По существу, это более коллективная культура, чем белая, т. е. «культура, в которой совместные, коллективные цели ценятся выше, чем личные» [Rogers, Steinfatt, 1999. P. 86]. Распространен стереотип, что основной фигурой, главенствующей в афроамериканской семье, является женщина. Во многих семьях мать, бабушка, тетя обладают непререкаемым авторитетом и играют решающую роль в воспитании детей. Возможно, это связано с тем, что афроамериканская культурная

общность отличается высоким процентом неполных семей: по данным переписи населения 2007 г., «около 50 % детей воспитываются матерями-одиночками» [US Census Bureau, 2008]. С другой стороны, среди этой группы населения очень крепки семейные связи между детьми и родителями, бабушками-дедушками, тетями-дядями и пр. Черные американцы религиозны и активно посещают богослужения. Участие в общественных организациях в основном направлено на улучшение жизни афроамериканского населения или против расизма и дискриминации.

Латиноамериканские культуры – ярко выраженные коллективные культуры. Нуклеарная семья доминирует среди *испаноязычных американцев*, более того, к семейному ядру добавляются дальние родственники как по восходящей линии (пра-родители, прапрародители), так и по боковым линиям (различные родственники каждого из супругов). Расширенная семья почти всегда также включает и некровных родственников – *compadrazzo* (крестные отец и мать). Поскольку семья занимает центральное место в жизни латиноамериканцев, то у постели больного обычно собираются многочисленные родственники, окружая его постоянной заботой и вниманием. Основная религия – католицизм, соблюдение религиозных обрядов и традиций характерно для большинства представителей общности. Латиносы все более активно участвуют в общественных организациях, деятельность которых в основном направлена на улучшение жизни испаноязычного населения и решение проблем сообщества.

Большинство семей *восточно-славянской коммуникативной общности* состоит из супругов и их детей (нуклеарная семья), и связи между поколениями очень крепки: считается нормальным, когда несколько поколений живут вместе под одной крышей и помогают друг другу. В классической семье мужчина считается главенствующей фигурой, хотя ситуация меняется с ростом благосостояния населения. В исследовательской литературе не раз высказывалось мнение о том, что исторически восточно-славянские народы следует считать носителями коллективистской культуры. Внутри общности высока жертвенность ради семьи / детей и зависимость от семьи. Многие вопросы, включая образование и работу,

решаются совместно с родителями. Ожидается, что родители должны опеспечить будущее детей – платить за образование, помогать с жильем и т. д. Широко распространена взаимопомощь и поддержка между членами семьи. Крайне отрицательное отношение к «сдаче» родителей в дома для престарелых. Активная забота о заболевших членах семьи и родственниках: посещение в больнице, цветы, приготовление «вкусенького», эмоциональная поддержка. Религия – православие, среди иммигрантов-беженцев более распространена баптистская вера. В основе обеих – жертвенность, фатализм («как Богу угодно», «на все Божья воля»), терпение («Бог терпел и нам велел»). Очень низкое участие в общественных организациях, практически полное отсутствие волонтерского духа.

4. *Общение.* Коммуникативные особенности проявляются в различных языках, вербальном и невербальном поведении, экспрессивности и прямоте речи, а также молчании. Языковой барьер между различными культурами представляет собой одну из самых серьезных коммуникативных проблем. В условиях здравоохранения общение осложняется наличием медицинской терминологии, технических терминов, сленга, аббревиатур, идиом и т. д. Кроме того, каждая коммуникативная общность имеет собственные стандарты вербального общения – выбор слов, громкость и скорость речи, прямота высказывания, допустимая степень эмоциональности.

Речь американцев отличается неформальностью, обилием сокращений, сленга и жаргона. Язык восточно-славянской коммуникативной общности характеризуется многорегистровой структурой, а выбор лексики зависит от ситуации, определяющей степень формальности языка – «Вы / ты», употребление просторечий и сленга, высокопарная речь, вежливость и т. д. Диалог с врачом относится к категории официального общения, где явно выражается уважение и признание авторитета врача. Известное докторское «мы» – *на что мы жалуемся, что у нас болит, давайте попробуем укольчики* – содержит в себе коммуникативный сигнал, что доктор не вполне доверяет пациенту, обращаясь с ним как с ребенком, а также берет часть ответственности за здоровье пациента на себя [Сметанина-Болдвин, 2007. С. 43].

Традиционно культуры отличаются степенью *экспрессивности речи*. Например, американцы европейского происхождения следят за тоном голоса и ценят сдержанность в выражении своих эмоций. Афроамериканцы, напротив, более вербальны и ценят эмоциональность в беседе или споре, высказывая громко неудовольствие при малейшем дискомфорте или боли. Из-за незнания этого факта громкость и динамичность их речи может быть истолкована как агрессивность более сдержанным белым персоналом. Восточные славяне традиционно сдержаны, терпят боль до последнего, стесняясь стонать или звать на помощь без крайней необходимости.

В общении разные культуры также отличаются степенью *прямоты речи*. В 1976 г. в работе «Beyond culture» Эдвард Холл [Hall, 1976. P. 102] разделил культуры на культуры *высококонтекстные* и *низкоконтекстные* (high and low context) в зависимости от прямоты высказывания и степени значения контекста высказывания, т. е. от того, какой объем информации подразумевается контекстом в коммуникативном сообщении в сравнении с тем, какой объем передается открыто и явно. Коллективные культуры, такие как латиноамериканские и восточно-славянские, относятся к культурам высококонтекстным, где большое значение придается метакоммуникации – невербальным сигналам, недомолвкам, собеседник должен догадываться об импликациях по ходу общения. Американцы европейского происхождения, представители низкоконтекстной культуры, переходят непосредственно к делу, избегая недомолвок, намеков и «хождения вокруг да около». В переводческой практике автора [Сметанина-Болдвин, 2007] был случай, когда американский доктор после нескольких вступительных слов объявил русскоязычной пациентке, что у нее рак груди с поражением лимфатической системы, и в случае если поражена костная система, надежды практически нет никакой. После приема, привыкшая к тому, что русские врачи более тактичны, дипломатичны и обнадеживающи, присутствующая взрослая дочь больной, обвинила переводчика: «Зачем Вы маме все так прямо сказали, что нельзя было как-то по-другому, не всю правду? Посмотрите, как она расстроилась». Конечно, переводчик был ни при чем и не мог ни смягчить, ни «придумать» культурно

более приемлемый перевод, так как является только голосом в передаче информации. Однако из-за незнания американским медиком различий между культурами коммуникативных допущений его прямолинейный диагноз прозвучал скорее как смертный приговор, а не как медицинский прогноз состояния больной.

Белые американцы свободно говорят о своих болезнях и проблемах даже с незнакомыми людьми, обсуждая вставленные или выпавшие зубные протезы, результаты колоноскопии и частые ночные позывы. Тогда как у русских многие аспекты личного здоровья представляют собой коммуникативные табу при общении с незнакомыми людьми.

Молчание как вербальный коммуникативный сигнал воспринимается по-разному различными культурами: для одних – это вакуум, который необходимо немедленно заполнить словами (американцы), для других – «молчание – золото», «молчание – знак согласия» (французы, испанцы, славяне). Если русскоязычный пациент задумывается над словами американского доктора, то последний воспринимает это как чужеродный сигнал и либо смотрит недоуменно на переводчика – мол, все ли понятно, либо начинает повторять только что сказанное, давать дополнительные детали, не осознавая, что молчание – это «мысленный разговор», процесс обдумывания и приемлемый многими культурами элемент общения.

Исследователи предполагают [Luckmann, 2000. Р. 54], что более двух третей коммуникативного общения составляют *невербальные сигналы*, посылаемые от одного собеседника к другому посредством языка тела, жестов, мимики и пр. Каждая мировая культура обладает системой невербальных коммуникативных признаков, большинство из которых достаточно стандартны. Например, при помощи губ и бровей люди выражают удивление, гнев, удовольствие и страх; руками показывают открытость или угрожают. Русские говорят, что «глаза – это зеркало души», американская поговорка вторит: «the eyes are the windows of the soul». И американцы, и русские считают, что если человек избегает смотреть в глаза собеседнику, то он либо что-то скрывает, либо обманывает. В обеих культурных общностях есть выражение «Смотри мне в глаза, когда я с тобой разговариваю!» При проведении

психологического тестирования, медики обычно указывают: «Избегает смотреть в глаза». Однако же в некоторых азиатских, мусульманских культурах, а также среди индейского населения прямой долгий взгляд считается грубостью и вторжением в личную жизнь. В западной культуре долгий безотрывный взгляд, особенно сопровождающийся прикосновением, может трактоваться как интимный сигнал, поэтому американским врачам рекомендуется, производя процедуры или осмотры, требующие контакта с телом пациента, избегать подобного взгляда.

5. *Дистанция*. Личное пространство и территориальность подразумевает отношение людей к пространству вокруг них и определяется стандартами данной культуры. Следующие термины определяют различные виды дистанций-пространств и указывают на приемлемое в Америке коммуникативное поведение в данных зонах:

а) интимная – до 0,5 м (в этой зоне обычно находятся очень близкие люди, медработники приближаются на данное расстояние, когда проводят медпроцедуры, кормят, купают, ухаживают за пациентом);

б) личная – от 0,5 до 1,2 м (эта зона отведена для друзей, доктор, беседуя с пациентом, часто находится на данном расстоянии);

в) социальная – от 1,2 до 3,6 м (зона отведена для ежедневного делового общения);

г) общественная – от 3,6 м и более (зона для лекций и публичных выступлений).

Американцы европейского происхождения обычно следуют правилу вытянутой руки: внутри – личная зона, за вытянутой рукой – социальная. Нарушение общепринятой дистанции воспринимается как вторжение в личное пространство и вызывает дискомфорт и даже раздражение. Американцы начинают пятиться назад, пока не оказываются загнанными в угол. Латиноамериканцы часто воспринимают подобное поведение как высокомерие, неприязнь, недружелюбие. У пациента, незнакомого с правилом вытянутой руки, может возникнуть впечатление, что доктор брезгует или боится заразиться. Русские, украинцы, белорусы при общении находятся намного ближе к собеседнику, чем американцы, зачастую на расстоянии локтя, и считают в порядке вещей «дышать в затылок» друг другу в общественных местах, таких как

очереди или общественный транспорт. Афроамериканцы и латиноамериканцы в соблюдении дистанции более близки к нормам русскоязычных культурных общностей.

6. *Восприятие и ориентация во времени.* Восприятие времени в настоящем, прошлом и будущем отличается среди различных социокультурных общностей.

Ориентированные на будущее культуры ставят долгосрочные цели и принимают меры по укреплению здоровья сегодня для профилактики и предотвращения заболевания в будущем. К этой категории относятся большинство американцев европейского происхождения.

Представители *ориентированных на настоящее* культур больше заняты настоящим, чем будущим, могут опаздывать на приемы к врачу, так как не планируют заранее, чтобы прийти вовремя. В целом, афроамериканцы, испаноязычные американцы и восточные славяне – общности, живущие настоящим днем, не склонные к долговременному планированию.

Разное отношение ко времени у двух различных коммуникативных общностей очень четко передано, с одной стороны, американской поговоркой «time is money» (время – деньги) и, с другой стороны, русским выражением «море времени». Медперсонал должен понимать, что многие культуры воспринимают время как неиссякаемый источник, поэтому не всегда могут вписаться в отведенные 10–15 минут приема, так как, во-первых, могут опоздать на прием, во-вторых, приходят на прием неподготовленными (какие вопросы задать доктору, что конкретно беспокоит, какие медикаменты уже принимаются и т. д.), в-третьих, любят долгие вступления, восходящие ко временам младенчества, и имеют тенденцию к «разговору по душам». Однако, как замечают Стернин и Попова, «такие русские коммуникативные категории, как *общение, разговор по душам, выяснение отношений*, отсутствуют в коммуникативном сознании других народов (по крайней мере, европейских)» [Попова, Стернин, 2007. С. 34]. Американский доктор, каждая минута времени которого дорога, пытаясь добраться до сути дела как можно скорее, в глазах русскоязычного пациента выглядит невнимательным, равнодушным, торопливым и даже непрофессиональным.

Представленный контрастивный анализ коммуникативного поведения американской, афроамериканской, латиноамериканской и восточно-славянской общностей в коммуникативной сфере здравоохранения США подтверждает, как важно для преодоления коммуникативных барьеров и успешной коммуникативной компетенции сторон принимать во внимание особенности национального и социокультурного менталитета представителей другой культуры и изучать аспекты коммуникативного поведения культуры, с которой происходит общение.

Список литературы

Попова З. Д., Стернин И. А. Язык и национальная картина мира. Воронеж: Истоки, 2007. 61 с.

Сметанина-Болдвин Ю. В. На прием к врачу с переводчиком // Panorama Charlotte. 2007. № 6. С. 43–45.

Стернин И. А. Понятие коммуникативного поведения и проблемы его исследования // Русское и финское коммуникативное поведение. 2000. Вып. 1. С. 4–20.

Шафиева М. А. Взаимодействие языка и культуры в семиотическом аспекте // Вестник СамГУ. 2008. Вып. 4 (63). С. 94–99.

Bigby J. A. Cross-Cultural Medicine. Philadelphia: American College of Physicians, 2003. 289 p.

eHow Health. How to Use African American Folk Medicine. eHow, Inc. 2008. URL: http://www.ehow.com/how_2032975_use-african-american.html (дата обращения: 6 января 2009 г.).

Geiger J. N., Davidhizar R. E. Transcultural Nursing Assessment and Intervention. St. Louis: Mosby, 1995. 102 p.

Hall E. T. Beyond Culture. N. Y.: Doubleday, 1976. 320 p.

Kaiser H. J. Race, Ethnicity and Medical Care: A Survey of Public Perceptions and Experiences. Menlo Park, CA: Henri J. Kaiser Family Foundations, 1999. URL: <http://www.kff.org/>.

Luckmann J. Transcultural Communication in Health Care. Canada: Delmar, Thomson Learning, 2000. 320 p.

Marquez P. V. Dying too Young: Addressing Premature Mortality and Ill-Health Due to Non-Communicable Diseases and Injuries in the Russian Federation. Washington, DC: World Bank, 2005.

Maximova T. M., Kakorina E. P., Korolkova T. A. Morbidity of Russia's Population and its Regional Peculiarities. Tripod. 07.10.2000. URL: <http://tokourov.tripod.com/progntr.htm> (дата обращения: 2 декабря 2008 г.).

Rin.ru. Здоровье. 2005. URL: <http://health.rin.ru/> (дата обращения: 31 декабря 2008 г.).

Rogers E. M., Steinfatt T. M. Intercultural Communication. Prospect Heights, IL: Waveland Press, Inc., 1999. 292 p.

Spector R. E. Culture Care Guide to Heritage Assessment and Health Traditions.

Upper Saddle River, NJ: Pearson Education LTD, 2004. 49 p.

US Census Bureau. Table C9 Children by Presence and Type of Parent(s) // America's Families and Living Arrangements: 2007. URL: <http://www.census.gov/population/www/socdemo/hh-fam/cps2007.html> (дата обращения: 5 декабря 2008 г.).

Материал поступил в редколлегию 15.01.2009

Yu. V. Smetanina-Baldwin

**LINGUISTIC AND SOCIOCULTURAL PECULIARITIES
OF COMMUNICATION AFFECTING PEOPLE'S HEALTH
(AMONG DIFFERENT SPEECH COMMUNITIES IN THE CONTEXT
OF THE U.S. HEALTH CARE SYSTEM)**

Many conflicts that happen in a diverse health care setting are predicated on cultural and linguistic misunderstanding. Most of these cultural clashes are related to universal situations, such as verbal and nonverbal misconceptions, conventions for courtesy, ethnocentrism, discrimination, and so forth. This article discusses special concerns of several cultural groups who come from different cultural backgrounds and often speak different languages: white Americans, African Americans, Latino Americans and Eastern Europeans (Russians, Ukrainians and Byelorussians) in the context of the U.S. health care system. The author provides examples of their diverse ethnic health beliefs and traditions, verbal and nonverbal communication challenges, different cultural experiences, etc. The specifics of national and sociocultural phenomena affecting health are evaluated by the six factors that vary among cultural groups: *environmental control, biological variations, social organization, communication, space and time orientation*. The article shows how important it is to recognize and take into consideration linguistic and cultural differences in the perception of health, illness, and healthcare.

Keywords: communicative conflicts in the context of the U.S. health care system, linguistic and sociocultural peculiarities of communication, ethnospecifics of different speech communities, sociocultural factors affecting health and treatment.