

Структурная модель коммуникативной компетентности врача

Ю.С. Филатова^{1✉}, Н.Б. Лутова²

¹ Ярославский государственный медицинский университет, Ярославль, Россия

² Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия

✉ y.s.filatova@mail.ru

Аннотация

Введение. Коммуникативная компетентность врача рассматривается в научной литературе как сложное, многокомпонентное образование, интегрирующее знания, умения и личностные качества. Анализ различных теоретических подходов демонстрирует отсутствие единой интегративной модели, основанной на специфике профессиональной деятельности врача и роли компонентов моделей в достижении терапевтического альянса. **Целью** работы является разработка структурной модели коммуникативной компетентности на основе синтеза современных отечественных и зарубежных исследований. **Теоретические основы исследования** составил комплекс взаимодополняющих подходов: дескриптивный анализ для систематизации характеристик феномена, интегративный подход для его концептуализации как многокомпонентного конструкта, субъектно-деятельностный и компетентностный подходы для анализа в контексте профессиональной деятельности. Также применялись методы категоризации для выявления структурных элементов и критического анализа теоретических положений и эмпирических данных. **Основные результаты.** В результате исследования разработана трехкомпонентная структурная модель коммуникативной компетентности врача, включающая когнитивно-поведенческий, эмоционально-рефлексивный и этико-деонтологический компоненты. Установлено, что модель раскрывает синергетический характер их взаимосвязи: операциональные навыки регулируются психологическими механизмами самоосознания и направляются системой профессиональных ценностей. Ключевым результатом является дифференциация типов эмпатии, подтверждающая приоритетную роль когнитивной эмпатии и сострадания в оценке пациентами качества помощи, а также уточнение контекстно-зависимой роли рефлексии. **Заключение.** Разработанная модель представляет собой теоретическую основу для модернизации образовательных программ и создания тренингов, направленных на целостное развитие коммуникативной компетентности медицинских работников. Перспективы дальнейших исследований связаны с эмпирической верификацией модели и изучением специфики ее компонентов в зависимости от медицинской специализации и этапа профессионального становления врача.

Ключевые слова: коммуникативная компетентность врача, структурная модель, когнитивно-поведенческий компонент, эмоционально-рефлексивный компонент, этико-деонтологический компонент, терапевтический альянс, приверженность лечению, профессиональная коммуникация в медицине, эмпатия.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Для цитирования: Филатова Ю.С., Лутова Н.Б. Структурная модель коммуникативной компетентности врача // Психология. Психофизиология. 2025. Т. 18, № 4. С. 74–91. DOI: 10.14529/jpps250407

The structural model of a physician's communicative competence

Yu.S. Filatova^{1✉}, N.B. Lutova²

¹ Yaroslavl State Medical University, Yaroslavl, Russia

² V.M. Bekhterev National Research Medical Center for Psychiatry and Neurology of the Russian Federation Ministry of Health, St. Petersburg, Russia

✉ y.s.filatova@mail.ru

Abstract

Background. In scientific literature, a physician's communicative competence is considered a complex, multi-component phenomenon that integrates knowledge, skills, and personal qualities. The analysis of various theoretical approaches reveals a lack of a unified, integrative model that accounts for the specifics of medical practice and the role of model components in achieving a therapeutic alliance. **Aims.** This study aims to develop a structural model of communicative competence based on a synthesis of contemporary Russian and international research. **Theoretical foundations.** This study consists of complementary approaches: descriptive analysis was used to systematize the characteristics of the phenomenon; an integrative approach, to conceptualize the phenomenon as a multi-component construct; and subject-activity and competence-based approaches, to analyze the phenomenon within the context of professional activity. Categorization methods were employed to identify structural elements and to facilitate a critical analysis of theoretical propositions and empirical data. **Results.** As a result of this research, a three-component model of a physician's communicative competence has been developed, comprising cognitive-behavioral, emotional-reflexive, and ethical-deontological components. The model demonstrates a synergetic relationship among these components: operational skills are regulated by psychological mechanisms of self-awareness and guided by a system of professional values. A key finding is the differentiation of empathy types, which confirms the primacy of cognitive empathy and compassion in patients' assessment of care quality and clarifies the context-dependent role of reflection. **Conclusion.** The developed model offers a framework for modernizing educational programs and designing targeted training aimed at the holistic development of communicative competence in medical professionals. Prospects for further research involve the empirical validation of the model and an investigation into how its components vary according to medical specialization and the physician's experience.

Keywords: physician's communicative competence, structural model, cognitive-behavioral component, emotional-reflexive component, ethical-deontological component, therapeutic alliance, commitment to treatment, professional communication in medicine, empathy

The authors declare no conflict of interest.

For citation: Filatova Yu.S., Lutova N.B. The structural model of a physician's communicative competence. *Psikhologiya. Psikhofiziologiya = Psychology. Psychophysiology.* 2025;18(4):74–91. (in Russ.) DOI: 10.14529/jpps250407

Введение

Врачебная деятельность относится к тем редким профессиям, где безупречное владение навыками эффективной коммуникации с пациентами, их близкими, коллегами и руководством лечебного учреждения становится обязательным условием не только для успешной диагностики и лечения, но и для преодоления психосоциальных проблем, непосредственно влияющих на этиологию и прогноз заболевания.

Проблема коммуникативной компетентности обсуждалась в работах многих психологов (Р. Харре, Д. Хаймс, Ю.Н. Емельянов, Ю.М. Жуков, Л.А. Петровский, В.Н. Куници-

на, А.А. Бодалев, Д.А. Ивнов, И.Н. Зотова, Е.В. Руденский, Л.Е. Орбан-Лембрик, Е.А. Головки, К.Ю. Суханова и др.).

Высокий уровень сформированности умений и навыков эффективного межличностного взаимодействия свидетельствует о наличии у человека **коммуникативной компетентности**, которая представляет собой, по мнению Н.Б. Буртовой, совокупность знаний, опыта, качеств, способностей человека, позволяющая эффективно выполнять коммуникативные функции [1].

Более развернутое определение коммуникативной компетентности предлагает

В.И. Кашницкий, определяя ее как «многоуровневую совокупность когнитивных, эмоциональных и поведенческих особенностей, выступающих внутренними средствами ориентировки и регуляции коммуникативных действий с целью установления, поддержания и развития эффективных контактов с другими людьми в разнообразных ситуациях межличностного взаимодействия», а также считает, что выступает ресурсом совладающего поведения личности [2].

М.М. Кашапов с соавт. (2003), опираясь на подход Г.М. Андреевой к выделению структуры общения, выделяют три стороны коммуникативной компетентности: перцептивную, интерактивную и коммуникативную [3]. В качестве перцептивной стороны коммуникативной компетентности исследователи определяют способность профессионала отслеживать индивидуальные особенности партнера по общению, видеть изменения в психофизическом состоянии, замечать и уметь использовать невербальные способы общения.

Важность исследования проблем, возникающих в общении врача и пациента, представлены в работах многих ученых (В.Я. Мудров, А.А. Грандо, В.П. Матвеев, Р. Ригельман, В.В. Соложенкин, В.Н. Мясичев, Ю.А. Александровский, А.Ф. Билибин, В.И. Катеров, Р. Конечный, М. Боухал, Ф.Н. Чугунова, М.А.Портнов, Т.В. Константинова, В.П. Дуброва, Н.В. Яковлева, Н.И. Коршунов, В.А. Ясько, Н. Legh, M.F. Reiser, M. Seeman, J.W. Evans, A.L. Shueneman, M. Sapir, N.V. Dawson, E.N. Marcus, D.J. Lanska).

Реализуя деятельностный подход к определению **коммуникативной компетенции врача**, А.М. Короленко выделяет три ее компонента. Ценностно-смысловой компонент деятельности общения детерминирован аксиологическими приоритетами, на которые будет опираться будущий врач (этико-деонтологические принципы организации врачебной деятельности), когнитивно-рефлексивный компонент, который находит выражение в рефлексии будущими медиками своей профессиональной позиции через призму представлений о ролях врача и пациента в терапевтическом процессе. Операционно-технический компонент деятельности общения, который находит свое выражение в способах организации диалога с пациентом, произвольно актуализируемых врачом [4].

Н.К. Горшунова, также основываясь на деятельностном подходе, выделяет когнитивную, практическую и ценностно-мотивационную характеристики коммуникативной компетентности врача. Когнитивный компонент заключается в усвоении системы профессиональных коммуникативных знаний. Его реализация обеспечивается интеграцией коммуникативной составляющей в образовательные программы; через целенаправленную организацию внеаудиторной учебной деятельности, ориентированную на самостоятельное получение и углубление коммуникативных знаний на основе самообразования. Практический компонент отражает деятельность по развитию профессиональных коммуникативных умений и основывается на обеспечении студентов коммуникативным опытом, организации различной по видам, формам и содержанию целенаправленной самостоятельной деятельности. Ценностно-мотивационный компонент характеризует деятельность по формированию ценностного отношения к будущему профессиональному функционированию, установки на развитие профессиональной коммуникативной компетентности и участие в профессиональном общении [5].

Согласно позиции Н.В. Яковлевой, коммуникативная компетентность врача представляет собой интегративное личностное образование, выступающее подсистемой его общей психологической компетентности и имеющее двухуровневую структуру. Первый уровень включает операциональный компонент (коммуникативные умения и навыки) и когнитивный (знания о закономерностях общения), второй уровень включает ценностно-мотивационные ориентации и потребность в общении. Оба уровня динамически взаимосвязаны. Автор подчеркивает зависимость содержания компетентности от социальных ролей, отмечая, что профессиональная коммуникативная компетентность, формируясь на базе общей коммуникативной компетентности, со временем начинает доминировать и определять характер общения в целом¹.

В зарубежной литературе также уделяется внимание коммуникативной компетентности врача, исследователи подчеркивают элементы специфики коммуникации в медицине. Они

¹ Яковлева Н.В. Психологическая компетентность и ее формирование в процессе обучения в вузе (на материале деятельности врача): автореф. дис. ... канд. психол. наук. Ярославль, 1994.

считают, что в системе здравоохранения отношения между двумя сторонами – медицинским персоналом и пациентом – гораздо сложнее и включают в себя терапевтическую коммуникацию экзистенциального типа более высокого уровня, проходящую через базовый терапевтический уровень. Терапевтическая коммуникация экзистенциального типа более высокого уровня задействована в медицинской коммуникации, поскольку медицинское вмешательство влияет на судьбу пациента, которая, в свою очередь, связана с элементами неопределённости и индивидуальной нестабильности. Также отмечают, что необходимо восстановить баланс в отношениях между врачом и пациентом и установить коммуникацию посредством взаимных усилий по достижению понимания. Таким образом, врач должен понимать субъективное состояние человека, находящегося перед ним, и относиться к пациенту независимо от его состояния как к личности с высокой степенью объективности. В свою очередь, пациент должен понимать смысл терапевтического действия, принимать его с уверенностью и признавать его эффективность и полезность [6].

С. Kiessling и G. Fabry считают, что коммуникативная компетентность – это способность достигать коммуникативных целей социально приемлемым способом. Она организована и целенаправленна, то есть включает в себя способность выбирать и применять навыки, которые уместны и эффективны в соответствующем контексте. Она включает в себя вербальное и невербальное поведение. Применение коммуникативной компетентности носит последовательный характер, то есть различные процессы и виды деятельности координируются в типичной последовательности и требуют соответствующего распределения времени и контроля за конкретным поведением. На него влияет поведение другого человека и контекст, а также требуется готовность общаться с другим человеком на благо всех. Коммуникативной компетенцией можно овладеть, то есть необходимые навыки формируются постепенно в ходе повторяющейся, осмысленной практики и накопления опыта [7].

С. Hansen с целью создания объяснительной модели профессиональной коммуникативной компетентности врачей общей практики провел систематический обзор литературы и пришел к выводам, что коммуникативная компетентность врача включает в себя

конкретные действия и установки врача до и во время консультаций. Она состоит из четырёх ключевых установок: внимание к эмоциям, преданность, ментализация и ориентированное на время взаимодействие, и четырёх категорий действий: открытость, эмпатия, поддержка и использование юмора. Кроме того, были обнаружены такие компоненты подходов и действий, как доверие и поддержка [8].

На основании рассмотренных подходов к пониманию коммуникативной компетентности необходимо отметить следующие нерешенные вопросы: отсутствие единой интегративной структурной модели, конкретизирующей компоненты коммуникативной компетентности именно врача с учетом специфики клинического взаимодействия; недостаточную взаимосвязь между когнитивными, эмоционально-рефлексивными и ценностно-деонтологическими аспектами данной компетентности; а также необходимость уточнения вклада каждого компонента в объективные показатели эффективности медицинской помощи, такие как приверженность лечению и качество терапевтического альянса.

Цель – проанализировать в контекстах современных исследований специфику коммуникативной компетентности врача и определить компоненты ее структурной модели.

Методологическую основу настоящего исследования составил комплекс взаимодействующих подходов, обеспечивающий многомерный анализ феномена коммуникативной компетентности врача. Дескриптивный анализ выступил в качестве базового инструмента для систематизации и детализации ключевых характеристик данного профессионального качества. Интегративный подход позволил концептуализировать структуру коммуникативной компетентности как целостного, многокомпонентного психологического конструкта, в то время как субъектно-деятельностный и компетентностный подходы позволили определить рамки, необходимые для понимания ее компонентов в рамках профессиональной деятельности, проявляющихся в эффективном решении коммуникативных задач. Метод категоризации применен для выявления структурных элементов и установления иерархических и функциональных связей между ними, что обеспечило построение структурной модели. Такой синтез подходов способствует методологической согласованности как совместимости онтологических и

эпистемологических оснований, обеспечивающих системность и обоснованность разработанной модели коммуникативной компетентности врача.

Интеграция феномена коммуникативной компетентности врача и понимание разнообразия существующих теоретико-методологических подходов к концептуализации коммуникативной компетентности врача дает основания для предлагаемой нами структурной модели, центральными элементами которой выступают следующие компоненты: когнитивно-поведенческий, эмоционально-рефлексивный и этико-деонтологический.

Выбранные компоненты методологически обоснованны, так как отражают единство ключевых аспектов профессиональной деятельности: операционально-технического, внутренне-регулятивного и нормативно-ценностного. Когнитивно-поведенческий компонент аккумулирует инструментальную основу взаимодействия – систему знаний, навыков и конкретных поведенческих паттернов, непосредственно обеспечивающих эффективность диалога с пациентом. Эмоционально-рефлексивный компонент выполняет критически важную регуляторную и интегративную функцию, обеспечивая осознанное управление эмоциональными состояниями. Этико-деонтологический компонент выступает системообразующим стержнем, задающим ценностно-смысловые ориентиры профессионального поведения. Таким образом, предложенная триада компонентов позволяет преодолеть редуцинистский подход, рассматривающий коммуникативную компетентность либо как набор навыков, либо как сугубо личностное качество, и представляет ее как целостную, иерархически организованную систему, в которой практические действия детерминируются внутренней рефлексией и высшими профессиональными ценностями.

Когнитивно-поведенческий компонент

В исследованиях активно изучается процесс коммуникации пациентов и врачей. Очень часто исследователи обращают внимание на важность качественной коммуникации и ее влияния на приверженность терапии. Проблема низкой приверженности терапии остается одной из наиболее актуальных в современном здравоохранении, имеющей значимые медико-социальные и экономические последствия. Многочисленные исследования демонстрируют, что эффективность коммуникативного

взаимодействия в диаде «врач – пациент» является ключевым модифицируемым фактором, оказывающим прямое и опосредованное влияние на уровень комплаенса [9].

S.P. Lerch с соавт. (2024) считают, что в основе качественной коммуникации врача и пациента лежит формирование доверительных отношений, что является многомерным процессом, обусловленным рядом факторов. Ключевое значение для становления таких отношений приобретает клиничко-анамнестический подход, при котором врач, внимательно изучая нозологию, субъективный опыт болезни и особенности личности пациента, демонстрирует эмпатию и сострадание, что способствует установлению терапевтического альянса. Существенный вклад в данный процесс вносит прозрачность коммуникации, в частности, предоставление пациенту достоверной информации о состоянии его здоровья. Помимо этого, доверие детерминировано такими объективными параметрами, как персональная репутация медицинского работника и общий престиж его профессиональной специализации. Важное влияние на укрепление доверительных отношений оказывают и аспекты профессионального поведения, включающие демонстрацию честности и доступности. Напротив, проявления неуважения, высокомерия или цинизма со стороны врача выступают в качестве значимых барьеров для формирования продуктивного взаимодействия в диаде «врач – больной» [10].

Е.А. Журавлева (2023), проводя анализ причин неприверженности терапии соматических пациентов, приходит в выводу, что помимо личностных особенностей пациентов и особенностей течения заболевания к важным факторам, усиливающим приверженность, можно отнести высокое качество взаимодействия врача и пациента, контакт и интерес к его жалобам, умение врача снизить эмоциональное напряжение в процессе беседы и понятность терминологии, которую использует врач в общении с пациентом [11].

L. Parker с соавт. (2021) считает, что для оптимизации терапевтического сотрудничества и повышения приверженности лечению медицинским специалистам рекомендуется обеспечивать пациентов основными сведениями, разъясняющими обоснованность назначения фармакотерапии, а также предоставлять конкретные рекомендации по приему препаратов. Ключевое значение в данном

процессе имеет регулярное подведение итогов беседы и осуществление проверки степени усвоения информации пациентом. Повышения ясности сообщений о преимуществах и потенциальных неблагоприятных эффектах вмешательства можно достичь за счет осторожной и структурированной беседы и представления информации в формате, понятном для пациента. Кроме того, эффективность коммуникации и способствование ориентации пациентов в сложных аспектах медикаментозного лечения могут быть усилены путем выделения дополнительного времени на консультацию, использования адаптированных письменных материалов и привлечения к разъяснительной работе коллег-фармацевтов [12].

В исследовании, проведенном E.D. Frau с соавт. (2024), полученные данные подтверждают наличие объективных факторов, оказывающих влияние на восприятие пациентами качества коммуникации с медицинским персоналом, в частности, таких как возраст пациента и профессиональный стаж врача. Авторы также отмечают, что проактивное выяснение у пациентов наличия вопросов на этапе выписки может выступать значимым предиктором повышения общего уровня удовлетворенности медицинским обслуживанием в условиях отделения неотложной помощи. Реализация данного коммуникативного паттерна представляет собой потенциальную мишень для модификации клинических практик с целью оптимизации взаимодействия между врачом и пациентом [13].

В работе D.S. Chang с соавт. (2022) указано, что врачи, которые при общении с пациентом уделяют внимание проблемам пациентов, их опыту болезни и обстоятельствам, в которых находится пациент, устанавливают более доверительные отношения с пациентом и оцениваются пациентами как заботливые и сострадающие. Авторы выявили, что предоставление пациенту информации о здоровье способствовало установлению доверительных отношений, а также, что репутация врача и репутация его медицинской специальности способствуют доверительным отношениям. Более того, различные аспекты профессионализма, такие как честность и доступность, способствуют доверительным отношениям между пациентом и врачом, в то время как неуважительное, высокомерное или циничное поведение отрицательно сказывается на доверии [14]. Авторами изучена взаимосвязь меж-

ду составляющими процесса оказания медицинской помощи и их влиянием на результаты лечения. В результате были выявлены три фактора, влияющие на процесс оказания медицинской помощи: коммуникация между врачом и пациентом, когнитивная эффективность и приверженность лечению. Коммуникация между врачом и пациентом влияла на когнитивную эффективность ($\beta = 0,16$, $p < 0,001$), а когнитивная эффективность влияла на коммуникацию между врачом и пациентом ($\beta = 0,18$, $p < 0,001$). Влияние этой двунаправленной взаимосвязи на поведение при соблюдении рекомендаций было положительным ($\beta = 0,38$, $p < 0,001$). Структура взаимодействия врача и пациента оказывает большее влияние на приверженность пациентов, прошедших лечение в медицинском центре, чем при лечении в региональных больницах [14].

Ю.В. Пидшморга и Т.С. Гутова (2023), считают, что техники активного слушания выступают ключевым механизмом достижения взаимопонимания в диаде «врач – пациент». Их применение позволяет врачу преодолевать коммуникативные барьеры, демонстрировать эмпатию и разделить эмоционального состояния пациента, что формирует основу для доверительных отношений. Со стороны пациента это способствует переживанию психологической поддержки и понимания, особенно значимого в ситуации стресса и неопределенности, что, в свою очередь, повышает его приверженность лечению и активность в терапевтическом альянсе [15].

Когнитивная основа коммуникативной компетентности врача включает усвоение комплекса норм вербального общения (грамматических, логических и психологических), владение арсеналом невербальных средств, знание типологии коммуникативных барьеров и стратегий их преодоления, а также понимание индивидуальных особенностей восприятия и обработки информации. Особую значимость в клиническом взаимодействии приобретает учет актуального психологического состояния пациента, детерминирующий выбор вербальных и невербальных стратегий.

Таким образом, можно сделать вывод, что **КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКИЙ КОМПОНЕНТ** коммуникативной компетентности врача представляет собой интегративную систему, сочетающую когнитивные стратегии осмысления пациента и поведенческие паттерны взаимодействия с ним. Данный компонент

является ключевым в формировании терапевтического альянса и повышении приверженности лечению.

Когнитивная составляющая проявляется в способности врача к комплексному и структурированному сбору и анализу информации. Речь идет не только о клиничко-anamnestическом подходе, включающем изучение нозологии, но и о глубоком понимании субъективного опыта болезни, личностных особенностей и психосоциального статуса пациента. Эта аналитическая работа служит основой для формирования эмпатии, которая, таким образом, предстает не как спонтанное эмоциональное переживание, а как осозанный и обоснованный профессиональный процесс понимания состояния больного. Эта составляющая также включает усвоение норм вербальной и невербальной коммуникации, знание типологии коммуникативных барьеров и индивидуальных особенностей обработки информации, что позволяет осуществлять гибкий выбор стратегий взаимодействия с учетом актуального психологического состояния пациента.

Поведенческая составляющая находит непосредственное выражение в конкретных, наблюдаемых и измеряемых коммуникативных действиях медицинского работника. К ним относятся прозрачность и ясность коммуникации, обеспечиваемые за счет предоставления достоверной информации в доступной форме, регулярного подведения итогов беседы и проверки степени усвоения информации пациентом. Кроме того, поведенческий аспект включает демонстрацию профессионализма через такие качества, как честность, доступность и уважительное отношение, которые противопоставляются деструктивным паттернам в виде высокомерия или цинизма. Она также выражается в применении техник активного слушания, эмпатического реагирования, структурированного предоставления информации и проактивного выяснения потребностей пациента, что способствует формированию доверия, снижению эмоционального напряжения и созданию клинической среды, где двунаправленная коммуникация выступает ключевым предиктором эффективности медицинской помощи.

Важным выводом является наличие двунаправленной взаимосвязи между коммуникацией и когнитивной эффективностью. Эффективная коммуникация способствует луч-

шему пониманию и когнитивной переработке информации пациентом, что, в свою очередь, позитивно влияет на дальнейший процесс взаимодействия и сотрудничества. Таким образом, когнитивно-поведенческий компонент выступает не статичным набором навыков, а динамическим процессом взаимного влияния, непосредственно детерминирующим ключевые переменные, такие как приверженность лечению и общая удовлетворенность медицинской помощью. Оптимизация этого компонента требует от врача целенаправленного использования как когнитивных ресурсов для адекватного анализа, так и поведенческих техник для построения доверительного диалога.

Эмоционально-рефлексивный компонент

Осознание и регуляция врачом собственных эмоциональных состояний выступают значимыми предикторами эффективности его интерперсональных навыков, включая способность к установлению продуктивного терапевтического контакта. Следует отметить, что качество коммуникативного процесса в общении врача с пациентом оказывает непосредственное влияние на уровень профессиональной уверенности и общую профессионально-личностную позицию врача [16].

Эмпатия и эмоциональный интеллект в работе врача играют большую роль в эффективной коммуникации между врачом и пациентом. Так, З.К. Датхужева и О.Ю. Сташ (2025) считают, что эмпатия является важным структурным компонентом коммуникативной компетентности врача [17].

Согласно данным систематического обзора, проведенного S. Pusa с соавт. (2024), целью которого было выявление основных компетенций для ведения пациентов с тяжёлыми заболеваниями, исследователи обнаружили, что врач должен обладать рядом личностных способностей, включая способность к изменению своего состояния и образа мыслей, а также уверенность в себе и межличностные навыки – это способность врача взаимодействовать с пациентами и членами их семей для установления доверительных отношений, включая эмпатичное общение с вниманием и уважением к мнению, целям, потребностям и предпочтениям пациентов и членов их семей. Авторы приходят к выводу, что сочетание соответствующих коммуникативных навыков может повлиять на внутриличные спо-

собности врача, а также повысить успешность межличностного общения [18].

В то же время, несмотря на множество исследований, подтверждающих важность развития навыков ведения клинических бесед, врачи отмечают недостаток уверенности, когда речь заходит о разговорах с пациентами на эмоциональные или деликатные темы [19]. Это может привести к тому, что врачи будут избегать сложных бесед, тем самым ограничивая возможности для оказания ориентированной на человека и соответствующей целям медицинской помощи.

S.I. Baguley с соавт. (2022) проведено исследование, в рамках которого изучалось мнение пациентов, описывающих поведение врачей, которое помогало им чувствовать заботу. В ходе исследования выявлены семь значимых групп действий врача, которые воспринимаются как проявление сострадания: умение слушать и проявлять внимание (71 % ответов), последующее наблюдение и проведение анализов (11 %), непрерывность и комплексный подход к лечению (8 %), уважение к предпочтениям (4 %), искреннее понимание (2 %), язык тела и эмпатия (2 %), консультирование и поддержка (1 %) [20]. В подтверждение этих данных обращено внимание на результаты когортного исследования, в котором участвовали 1470 взрослых пациентов с хроническими болями в спине. В течение года измерялась боль, качество жизни и показатели нетрудоспособности пациентов, которые наблюдались у врачей с разной степенью проявления эмпатии. Многофакторный анализ продемонстрировал, что высокий уровень эмпатии врача был обратно пропорционален интенсивности боли [21].

Воспринимаемая пациентом эмпатия может напрямую улучшить отношения между врачом и пациентом, а также косвенно оптимизировать их посредством общения между врачом и пациентом. Чем больше эмпатии пациенты ощущают во время медицинского взаимодействия, тем позитивнее они оценивают процесс общения между врачом и пациентом и тем гармоничнее будут отношения между ними [22].

Несмотря на то, что исследования показывают, что пациенты считают эмпатию ключевым фактором, влияющим на качество медицинской помощи, разнообразие в определении этого многомерного понятия на сегодняшний день затрудняет получение од-

нозначных выводов. Исследование взаимодействия врача и пациента, проведенное Н. Gerger с соавт. (2024), выявило воспринимаемые пациентом различия между проявлениями аффективной эмпатии, когнитивной эмпатии, сострадания и отсутствием эмпатии. Цель исследования заключалась в проверке оценки пациентами качества медицинской помощи в зависимости от типа эмпатического поведения врача и от пола врача. Качество медицинской помощи оценивалось выше, когда врачи проявляли когнитивную эмпатию или сострадание ($d = 0,71$; от 0,43 до 1,00 и $d = 0,68$; 0,38–0,98). Не было обнаружено существенной разницы между аффективной эмпатией и отсутствием эмпатии ($d = 0,13$; от –0,14 до 0,42). Пол врача не влиял на качество медицинской помощи. С качеством медицинской помощи были связаны особенности личности участников, но не их возраст, пол или количество посещений врача. Эти результаты демонстрируют, что пациенты оценивали качество медицинской помощи выше, когда реакция врача описывалась как когнитивно-эмпатическая и сострадательная, по сравнению с аффективно-эмпатической или неэмпатической реакцией. Это позволяет уточнить представления о видах эмпатии, которые важны при оказании медицинской помощи, и имеет значение для клинической практики, обучения и тренингов по коммуникации [23].

Campos Carlos с соавт. (2024) с помощью модели линейной регрессии выявили, что эмоциональное поведение пациентов и предоставление врачом рекомендаций/предложений положительно коррелируют с удовлетворенностью пациентов и их восприятием эмпатии со стороны врача. Результаты этого исследования указывают на то, что врачам следует быть более внимательными к невербальным сигналам пациентов. Обучение врачей интерпретации таких сигналов может помочь в построении более эффективных и чутких терапевтических отношений [24].

Анализ существующих исследований феномена эмпатии позволяет выявить неоднозначную трактовку этого термина в современной научной литературе. Вместе с тем ключевым механизмом эмпатии признается способность субъекта к децентрации – умение понять позицию другого человека, интерпретировать ситуацию через призму его мировосприятия и аффективно откликнуться на его эмоциональное состояние, что в даль-

нейшем детерминирует просоциальные формы поведения. Таким образом, эмпатия предполагает не только когнитивное и аффективное «вхождение» в субъективный мир другого, но и интеграцию этого опыта в собственную систему отношений и поведенческих паттернов. Поскольку эмпатия по своей природе является «сопереживанием переживаний другого», она способствует формированию более целостного и точного репрезентативного образа партнера по взаимодействию, включая понимание его эмоциональных состояний, мотивационных ориентаций и ценностных установок, что в ряде случаев может сопровождаться их принятием или условным согласием. Данный процесс выступает важным условием успешной межличностной коммуникации и формирования взаимного доверия в диадическом взаимодействии [25].

Вместе с тем процесс межличностного понимания усложняется за счет феномена рефлексии. Понимание действий, мотивов и эмоциональных состояний партнера опосредуется представлениями индивида о том, каким образом он сам воспринимается другим в ситуации совместной деятельности. Данный процесс может быть описан как система взаимных зеркальных отражений, предполагающая глубокое и последовательное взаимоотображение сознаний. Его содержательную основу составляет реконструкция внутреннего мира партнера, который, в свою очередь, уже содержит отражение внутреннего мира самого субъекта [26].

Вместе с тем данные, полученные в рамках отечественных исследований данной социологической деятельности, выявляют противоречие в трактовке эмпатии и рефлексии. С одной стороны, они рассматриваются в качестве изолированных устойчивых личностных свойств, а с другой – интерпретируются исключительно как механизмы социальной перцепции. Важно подчеркнуть, что рефлексия и эмпатия, будучи представлены в форме таких индивидуально-психологических характеристик, как рефлексивность и эмпатичность, не могут служить достаточным основанием для прогнозирования успешности психологически обусловленного профессионального общения. В этой связи представляется методологически оправданным рассматривать их в качестве интегративных психологических компонентов, участвующих в формиро-

вании коммуникативных навыков и компетенций. Такой подход, основанный на принципах общей психологии, предполагает необходимость изучения данных феноменов не изолированно, а в системе их взаимосвязей и взаимовлияний [27].

Л.Н. Молачнова (2012), изучая рефлекссию у врачей, отмечает, что ключевым аспектом ценностно-смысловой регуляции синдрома психического выгорания у медицинских работников выступает динамическое взаимодействие между его субъективным переживанием и отношением к профессиональной деятельности. Данные компоненты, обладая двунаправленной связью, функционируют через призму динамической смысловой системы: отношение детерминирует характер переживания, которое, в свою очередь, интерпретируется как переживание смысла профессиональной ситуации и как ценностная оценка. Этот механизм обратной связи обеспечивает стабилизацию регуляторной системы.

Особую роль в данном процессе играет рефлексивность, которая выступает не только личностным фактором, влияющим на развитие выгорания, но и сама подвержена его обратному воздействию. Важно отметить, что рефлексия как регуляторный механизм проявляет дифференцированное влияние в зависимости от внутрипрофессионального контекста. Так, с повышением уровня рефлексивности интеграция компонентов выгорания усиливается у хирургов, тогда как у терапевтов наблюдается обратная тенденция. Наиболее адаптивным для терапевтов оказывается средний уровень рефлексивности, способствующий не только осознанию, но и противодействию выгоранию. В отличие от них, низкореклексивные хирурги демонстрируют более высокую профессиональную эффективность, что подчеркивает специфику регуляторных процессов в различных медицинских специализациях.

Данные результаты свидетельствуют о сложном и опосредованном характере связи между рефлексивностью, ценностно-смысловой регуляцией и психическим выгоранием, что необходимо учитывать при разработке дифференцированных профилактических и коррекционных программ для врачей [28].

На основании вышеописанного можно заключить, что **эмоционально-рефлексивный компонент** является центральным элементом коммуникативной компетентности врача, ин-

тегрирующим способности к осознанию, регуляции и продуктивному использованию эмоций в процессе профессионального взаимодействия.

Эмоциональная составляющая данного компонента проявляется в развитой способности к эмпатии, которая, однако, не является монолитным образованием. Как демонстрируют исследования, пациенты склонны более высоко оценивать качество медицинской помощи и воспринимать коммуникацию как более эффективную, когда врач демонстрирует когнитивную эмпатию (осознанное понимание перспективы и переживаний пациента) и сострадание (сопереживание, побуждающее к действию), в отличие от аффективной эмпатии (непосредственное эмоциональное отражение). Это указывает на то, что эффективная эмоциональная компетентность врача – это не спонтанная эмоциональная отзывчивость, а управляемый процесс децентрации, основанный на активном слушании, интерпретации невербальных сигналов и сознательном принятии пациента.

Рефлексивная составляющая выступает в качестве метакомпетенции, обеспечивающей осознание врачом собственных эмоциональных состояний, автоматических реакций и их потенциального влияния на пациента. Процесс межличностного понимания усложняется явлением рефлексии, при котором понимание пациента опосредуется представлениями врача о том, как его самого воспринимает пациент. Это создает систему взаимных «зеркальных отражений», где успешность коммуникации зависит от способности врача реконструировать внутренний мир пациента, учитывая при этом и собственное отражение в нем.

Критически важным выводом является диалектическая взаимосвязь этих двух составляющих. Эмпатия, подкрепленная рефлексией, трансформируется из личностного свойства в профессиональный навык, позволяющий не только понять состояние пациента, но и осознанно интегрировать это понимание в построение коммуникативной стратегии. При этом данные свидетельствуют о том, что рефлексия не является однозначно позитивным фактором; ее роль и оптимальный уровень детерминированы профессиональным контекстом. Таким образом, эмоционально-рефлексивный компонент представляет собой не просто сумму отдельных навыков, а сложную систему саморегуляции. Она позволяет

врачу управлять коммуникативным процессом, поддерживая баланс между эмоциональной вовлеченностью и профессиональной дистанцией, гибко адаптировать стиль взаимодействия в зависимости от ситуации и пациента, а также нивелировать личностные и ситуационные факторы, ведущие к избеганию сложных коммуникаций и профессиональному выгоранию.

Этико-деонтологический компонент

Коммуникативные навыки врача представляют собой неотъемлемый компонент его профессиональной деятельности, находящийся в области строгого регулирования со стороны этических и деонтологических норм. В связи с этим все большую значимость приобретает необходимость наличия у него особых моральных качеств, что в перспективе будет влиять на формирование новой стратегии профессионального развития в медицине, в которой наряду с клинической компетентностью и экономической эффективностью будут востребованы моральные компетенции в качестве ключевого элемента [29]. Анализ жалоб пациентов свидетельствует о том, что самые частые причины жалоб связаны с непрофессионализмом врача и несоблюдением этики. Именно это приводит к конфликтам между врачом и пациентом [30].

Также в последнее время в формы общения врача и пациента входит термин «коммуникативной токсичности», который стал общепризнанным фактом коммуникации современных людей. Г.А. Мелконян и Е.Б. Нагиева (2025), анализируя связь данного феномена с фокусом лингвопрагматической составляющей токсичности, выявил в поведении медицинского персонала следующие основные стратегии: демонстрация превосходства, высокомерия; выражение неуважения, пренебрежения; нежелание установить и сохранить контакт с пациентом; сознательное деструктивное воздействие на психоэмоциональное состояние адресата; демонстрация пренебрежения своими обязанностями. Реализации стратегии токсичного коммуникативного поведения способствует ряд тактик (навязывание пациенту роли просителя, агрессивное невербальное поведение, игнорирование формул речевого этикета, упрек и т. п.) [31].

Н.Г. Бурлова и И.А. Мунтян (2024), изучая роль этики и деонтологии, считают, что интеграция этических стандартов в систему управления качеством медицинской помощи

представляет собой ключевой фактор формирования этически ответственной профессиональной среды, основанной на принципах уважения пациентов. Такой подход будет способствовать более доверенным отношениям и качественной коммуникации, поскольку он не только определяет этическое поведение медицинских работников, но и выступает катализатором повышения качества медицинской помощи и повышения эффективности лечения [32].

В. Varkey (2021) предложил концептуальную модель ухода за пациентами, в которой медицинские знания, умения применения этих знаний, технические приемы, обучение на практике и коммуникативные навыки сочетаются с этическими принципами и профессиональными добродетелями. Сострадание, проницательность, надёжность, честность и добросовестность являются необходимыми составляющими добродетели заботы. Забота – определяющая добродетель для всех медицинских профессий. Во всех взаимодействиях с пациентами помимо технических навыков врача необходим человеческий фактор заботы. В разных ситуациях забота может выражаться вербально и невербально. Таким образом, автор считает, что «забота» находится в центре представленной комплексной модели [33].

Т.А. Корнаухова (2015) считает, что ценность жизни выступает системообразующим фактором профессиональной деятельности врача, детерминируя его ценностно-мотивационную сферу. Данная базовая аксиологическая установка, выражающаяся в глубоком почитании жизни как фундаментального условия человеческого бытия, опосредует сознательный выбор медицинской профессии и способствует формированию Я-концепции, интегрированной вокруг профессиональной идентичности спасителя и хранителя жизни. В рамках этой системы ценность здоровья закономерно выводится из центральной значимости жизни, выступая для медицинского работника не только личностным ориентиром, но и непосредственным объектом профессиональной деятельности [34].

В.Б. Смычек и И.А. Киреева (2022), анализируя деятельность врача-эксперта, приходят к выводу, что соблюдение основных этических принципов зависит не только от профессиональной грамотности врача, но и от воспитания, культуры, деликатности, интеллигентности и устойчивой профессиональной

мотивации (в том числе в отношении выполняемого профессионального долга), что будет способствовать не только принятию верных решений, но и профилактике конфликтных ситуаций как с пациентами, так и с коллегами [35].

В.А. Худик (2025) считает, что усвоение и практическая реализация этико-деонтологических принципов выступают ключевым условием успешной профессиональной адаптации и деятельности врача-ординатора. Интеграция этих норм в ежедневную клиническую практику улучшает качество медицинской помощи за счет оптимизации взаимодействия в системе «врач – пациент», минимизации ятрогенных рисков и формирования благоприятного психологического климата в коллективе. В конечном счете развитая этико-деонтологическая компетентность ординатора является не только фактором эффективного выполнения профессиональных обязанностей, но и основой для укрепления как личного профессионального авторитета, так и репутации медицинского учреждения в целом [36].

Соблюдение этических принципов взаимодействия выступает необходимым условием обеспечения психологической и физической безопасности несовершеннолетнего пациента в процессе оказания медицинской помощи. Ключевым элементом данной этико-деонтологической компетенции врача-педиатра является способность к объективному информированию законных представителей о диагностических и терапевтических процедурах, потенциальных рисках и организации лечения, что в комплексе с навыками получения информированного согласия, эмоциональной поддержки и мобилизации семьи на сотрудничество формирует интегральную морально-этическую основу профессиональной коммуникации врача².

Этико-деонтологический компонент коммуникативной компетентности врача представляет собой фундаментальный конструкт, интегрирующий морально-этические качества и аксиологические установки в структуру профессиональной деятельности. Его сущность заключается в детерминации

² Мустафин А.А. Этико-деонтологические особенности деятельности врача-педиатра // Форум молодых ученых. 2023. № 7 (83). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/etiko-deontologicheskie-osobennosti-deyatelnosti-vracha-pediatra> (дата обращения: 15.09.2025).

коммуникативных процессов строгими нормами медицинской деонтологии, где системообразующей ценностью выступает жизнь, формирующая профессиональную идентичность врача как «спасителя и хранителя жизни» и выводящая из себя ценность здоровья как ключевой объект деятельности. Эмпирические исследования подтверждают, что несоблюдение этических стандартов является одной из частых причин коммуникативных конфликтов и жалоб пациентов, что актуализирует необходимость развития не только клинических, но и моральных компетенций. Данный компонент реализуется через добродетели заботы, сострадания, честности и надежности, которые, согласно современным моделям, выступают необходимым условием эффективного клинического взаимодействия, сочетая технические навыки с «человеческим фактором». Практическая реализация компонента выражается в предотвращении коммуникативной токсичности (демонстрации превосходства, пренебрежения обязанностями), обеспечении психологической безопасности пациента, особенно в работе с уязвимыми группами, и построении доверительных отношений через прозрачность информирования и эмпатическую поддержку. Интеграция этических стандартов в клиническую практику выступает ключевым фактором профилактики конфликтов, минимизации ятрогенных рисков и повышения общего качества медицинской помощи, что подчеркивает неотъемлемую связь моральной компетентности врача с эффективностью его коммуникативных действий.

Обсуждение. Проведенный теоретический анализ позволил разработать структурную модель коммуникативной компетентности врача, интегрирующую три взаимосвязанных компонента: когнитивно-поведенческий, эмоционально-рефлексивный и этико-деонтологический. Цель исследования, заключающаяся в выявлении специфики и определении компонентов данного феномена в контексте современных научных данных, была достигнута. Предложенная модель не противоречит, а развивает существующие подходы. Обоснование модели согласуется с мнением В.И. Кашницкого, рассматривающего коммуникативную компетентность как сложное интегративное образование, включающее когнитивные, эмоциональные и поведенческие аспекты [2].

Полученные результаты подтверждают первоначальное предположение о том, что эффективная профессиональная коммуникация в медицине не сводится к сумме технических навыков, а представляет собой системный феномен, являющийся ценностно-смыслово опосредованным. Ключевым результатом является демонстрация синергетической взаимосвязи между компонентами модели. Так, когнитивно-поведенческий компонент, включающий стратегии анализа информации и конкретные коммуникативные техники, оказывается неразрывно связан с эмоционально-рефлексивным. Эмпатия, понимаемая не как спонтанная эмоциональная реакция, а как осознанная когнитивно-аффективная децентрация [25], выступает необходимым условием для адекватного выбора поведенческих паттернов. Это согласуется с данными исследований, показывающих, что пациенты выше оценивают качество помощи при демонстрации врачом именно когнитивной эмпатии и сострадания, а не аффективного заражения [23]. В свою очередь, рефлексия выполняет мета-регуляторную функцию, позволяя врачу осознавать и корректировать собственные эмоциональные состояния и их влияние на коммуникативный процесс, что находит отражение в данных о ее нелинейной роли в профилактике выгорания в зависимости от специализации [28].

Выявленная закономерность о двунаправленной связи между коммуникацией и когнитивной эффективностью [14] полностью интегрируется в предложенную модель. Она подтверждает, что когнитивно-поведенческий компонент является не статичным набором умений, а динамическим процессом, в котором эффективное общение улучшает понимание пациентом информации, что, в свою очередь, позитивно влияет на дальнейшее взаимодействие и приверженность лечению.

Этико-деонтологический компонент в предложенной модели выступает не внешним регулятором, а внутренним стержнем, определяющим ценностно-смысловые основания профессиональной деятельности врача. Обобщение описанных положений подтверждает, что системообразующая ценность жизни и вытекающая из нее добродетель заботы [33, 34] являются фундаментом для построения доверительных отношений. Это положение находит эмпирическое подтверждение в исследованиях, где несоблюдение этических норм и проявления «коммуникативной ток-

сичности» [31] прямо коррелируют с ростом конфликтов и жалоб пациентов [30]. Таким образом, модель согласуется с выводом о том, что интеграция этических стандартов в клиническую практику является катализатором не только качества коммуникации, но и эффективности лечения в целом [32].

Сравнение предложенной модели с данными других авторов показывает как сходства, так и точки развития. Выделенные компоненты перекликаются с трехкомпонентными структурами, основанными на деятельностном подходе [4], однако предлагают их конкретизацию применительно к медицинской коммуникации, с акцентом на эмпирически верифицированные механизмы (например, дифференциация типов эмпатии). Модель также согласуется с авторами зарубежных исследований, выделяющими в качестве ключевых установок врача внимание к эмоциям и преданность [8], что соответствует содержанию эмоционально-рефлексивного и этико-деонтологического компонентов.

Основным ограничением настоящего исследования является его теоретико-аналитический характер. Разработанная структурная модель требует дальнейшей эмпирической верификации с помощью психометрических методов для оценки надежности и валидности выделенных компонентов.

Проведенный анализ позволяет обобщить, что коммуникативная компетентность врача представляет собой системное, иерархически организованное образование, в котором операциональные навыки (когнитивно-поведенческий компонент) регулируются механизмами самосознания (эмоционально-рефлексивный компонент) и направляются системой профессиональных ценностей (этико-деонтологический компонент).

Заключение

Проведенное теоретическое исследование позволило разработать интегративную структурную модель коммуникативной компетент-

ности врача, раскрывающую ее как системное, иерархически организованное образование. Научная новизна представленного подхода заключается в синтезе трех ключевых компонентов – когнитивно-поведенческого, эмоционально-рефлексивного и этико-деонтологического – и доказательстве синергетического характера их взаимосвязи. Модель демонстрирует, что эффективная профессиональная коммуникация является не суммой изолированных навыков, а целостным психологическим феноменом, где операциональные умения (стратегии сбора информации, техники активного слушания) регулируются механизмами самоосознания (осознанная эмпатия, рефлексия) и направляются системой внутренних ценностных ориентиров (принцип заботы, ценность жизни). Важным результатом стало концептуальное разграничение типов эмпатии, подтверждающее, что именно когнитивная эмпатия и сострадание, а не аффективное заражение выступают предикторами высокой оценки качества помощи пациентам, а также уточнение роли рефлексии как метарегулятора, влияние которого опосредовано профессиональным контекстом.

Практическая значимость работы состоит в том, что предложенная модель служит теоретическим основанием для модернизации программ подготовки и повышения квалификации медицинских работников. Она позволяет сместить акцент с формирования отдельных коммуникативных техник на целостное развитие психологической готовности к сложному межличностному взаимодействию. На основе модели могут быть разработаны конкретные рекомендации, включающие внедрение тренингов, направленных на развитие навыков децентрации и управления собственными эмоциональными состояниями, а также создание супервизорских программ для профилактики коммуникативной токсичности и профессионального выгорания через усиление этико-рефлексивной составляющей.

Список источников

1. Буртовая Н.Б. Профессиональная и коммуникативная компетентность педагога вуза // Вестник Томского государственного педагогического университета. 2012. № 6 (121). С. 180–82.
2. Кашницкий В.И. Коммуникативность личности как предмет научного изучения // Вестник Костромского государственного университета. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика. 2008. № 4. С 131–137.

3. Кашапов М.М., Киселева Т.Г., Коточигова Е.В. Компетентность: понятие, виды, основные подходы к диагностике компетентности психолога // Социальный психолог. 2003. Вып. № 1 (5). С. 39–44.
4. Короленко А.М. Исследование коммуникативной компетентности студентов-медиков // Известия РГПУ им. А.И. Герцена. 2009. № 116. С. 265–272.
5. Горшунова Н.К., Медведев Н.В. Формирование коммуникативной компетентности современного врача // Успехи современного естествознания. 2010. № 3. С. 36–37.
6. Chichirez C.M., Purcărea V.L. Interpersonal communication in healthcare // Journal of Medicine and Life. 2018 Vol. 11(2). P. 119–122.
7. Kiessling C., Fabry G. What is communicative competence and how can it be acquired? // GMS Journal for Medical Education. 2021. Vol. 38(3) № 49. DOI: 10.3205/zma001445
8. Relationally competent attitudes and actions: a systematic review of general practice literature / C. Hansen, A.D. Guassora, A.B. Arreskov et al. // Scandinavian Journal of Primary Health Care. 2025. Vol. 43(1) P. 181–193. DOI: 10.1080/02813432.2024.2417169
9. Кашапов М.М., Базанова Г.Ю. Сравнение показателей метакогнитивной осведомленности врачей на разных этапах образования // Перспективы науки и образования. 2021. № 4 (52). С. 392–403.
10. A model of contributors to a trusting patient-physician relationship: a critical review using a systematic search strategy / S.P. Lerch, R. Hänggi, Y. Bussmann, A. Lörwald // BMC Primary Care. 2024. Vol. 25(1) P. 194. DOI: 10.1186/s12875-024-02435-z.
11. Журавлева Е.А. Комплаенс (приверженность к лечению): аналитический обзор содержания, моделей, методов диагностики и приемов коррекции // Ученые записки Российского государственного социального университета. 2023. Т. 22, № 2(167). С. 76–86. DOI: 10.17922/2071-5323-2023-22-2-76-86.
12. Medications and doctor-patient communication / L. Parker, R. Ryan, S. Young, S. Hill // Australian journal of general practice. 2021. Vol. 50(10). P. 709–714. DOI: 10.31128/AJGP-05-21-5973
13. Asking patients if they have any questions can help improve patient satisfaction with medical team communication in the emergency department / E.D. Frau, D. Degabriel, G. Luvini et al. // BMC Emergency Medicine. 2024. Vol. 24(1). P. 85. DOI: 10.1186/s12873-024-01001-1.
14. Chang D.S., Chen W.L., Wang R. Impact of the bidirectional relationship between communication and cognitive efficacy on orthopedic patient adherence behavior // BMC Health Services Research. 2022. Vol. 22(1). ID art. 199. DOI: 10.1186/s12913-022-07575-5
15. Пидшморга Ю.В., Гутова Т.С. Активное слушание как условие достижения взаимопонимания между врачом и пациентом // Обществознание и социальная психология. 2023. № 2-3(46). С. 26–29.
16. Социально-психологические аспекты профессионального обучения в сфере здравоохранения: специфика метакогнитивных процессов / И.В. Серафимович, М.М. Кашапов, Ю.В. Пошехонова, Г.Ю. Базанова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2021. Т. 29, № 6. С. 1607–1612
17. Датхужева З.К., Сташ О.Ю. Эмпатия как структурный компонент коммуникативной компетентности врача // Вестник науки. 2025. Т. 4, № 8(89). С. 238–245. URL: vestnik-nauki.com/article/25452 (дата обращения: 12.09.2025).
18. Core Competencies for Serious Illness Conversations: An Integrative Systematic Review / S. Pusa, R. Baxter, S. Andersson et al. // Journal of Palliative Care. 2024. Vol. 39 (4). P. 340–351. DOI: 10.1177/08258597241245022.
19. Bergenholtz H., Missel M., Timm H. Talking about death and dying in a hospital setting – a qualitative study of the wishes for end-of-life conversations from the perspective of patients and spouses // BMC Palliative Care. 2020. Vol. 19(1). P. 168.
20. Baguley S.I., Pavlova A., Consedine N.S. More than a feeling? What does compassion in healthcare 'look like' to patients? // Health Expectations. 2022. Vol. 25(4). P. 1691–1702. DOI: 10.1111/hex.13512
21. Physician Empathy and Chronic Pain Outcomes / J.C. Licciardone, Y. Tran, K. Ngo et al. // JAMA Network Open. 2024. Vol. 7(4). ID art. e246026. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2024.6026

22. Patient's perceived empathy can predict doctor-patient relationship in medical interaction / C. Han, Q. Wu, C. Liu, P. Wang. BMC Medical Education. 2025. Vol. 25(1). ID art. 741. DOI: 10.1186/s12909-025-07117-7
23. Lay Perspectives on Empathy in Patient-Physician Communication: An Online Experimental Study / H. Gerger, T. Munder, N. Kreuzer et al. // Health Communication. 2024. Vol. 39(6). P. 1246–1255. DOI: 10.1080/10410236.2023.2210380.
24. Physicians' attention to patients' communication cues can improve patient satisfaction with care and perception of physicians' empathy / C.F.C. Campos, C.R. Olivo, M.A. Martins, P.Z. Tempski // Clinics (Sao Paulo, Brazil). 2024. Vol. 79. ID art. 100377. DOI: 10.1016/j.clinsp.2024.100377
25. Бовина И.Б. Исследование эмпатии: критический анализ и новые перспективы // Культурно-историческая психология. 2020. Т. 16, № 1. С. 88–95. DOI: 10.17759/chrp.2020160109
26. Амельченко А.А. Взаимосвязь уровня развития эмпатии и уровня развития рефлексии личности // Психология и психотехника. 2020. № 4. С. 103–110. DOI: 10.7256/2454-0722.2020.4.34626
27. Рефлексивные процессы и социальная ориентация субъектов на этапах профессионализации (на примере подготовки к медицинской деятельности) / Г.В. Мануйлов, Г.Г. Горелова, Е.А. Рылская и др. // Образование и наука. 2020. Т. 22, № 4. С. 43–63. DOI: 10.17853/1994-5639-2020-4-43-63
28. Молчанова Л.Н. Рефлексия как механизм ценностно-смысловой регуляции состояния психического выгорания у врачей // Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия: Философия. Психология. Педагогика. 2012. Т. 12, № 1. С. 64–68.
29. Омеличкин О.В. моральные качества медицинского работника // Вестник общественных и гуманитарных наук. 2022. Т. 3, № 2. С. 21–30.
30. Макарецва К.П. Симонян Р.З. Проблема роста жалоб пациентов на медицинских работников // Медицинское право: теория и практика. 2023. Т. 9, № 3-4(21-22). С. 119–125.
31. Мелконян Г.А., Нагиева Е.Б. Коммуникативная токсичность в медицинском дискурсе // Коммуникативные исследования. 2025. Т. 12, № 2. С. 360–374. DOI: 10.24147/2413-6182.2025.12(2).360-374.
32. Бурлова Н.Г., Мунтян И.А. Роль этики и деонтологии в повышении качества медицинской деятельности: проблемы и пути решения // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2024. № 4. С. 95–107. DOI: 10.24412/2312-2935-2024-4-95-107.
33. Varkey V. Principles of Clinical Ethics and Their Application to Practice // Medical Principles and Practice. 2021. Vol. 30 (1). P. 17–28. DOI:10.1159/000509119
34. Корнаухова Т.А. Нравственно-профессиональные ценности будущего медицинского работника: сущность, содержание, структура // Гуманитарные, социально-экономические и общественные науки. 2015. № 3-2. С. 44–49.
35. Смычек В.Б., Киреева И.А. Этика и деонтология в работе врача-эксперта // Здравоохранение (Минск). 2022. № 4 (901). С. 60–69.
36. Худик В.А. Этико-деонтологические подходы в работе врача-ординатора // Коррекционно-педагогическое образование. 2025. № 2 (42). С. 42–51.

Поступила 29.09.2025; одобрена после рецензирования 29.10.2025; принята к публикации 31.10.2025.

Информация об авторах

Филатова Юлия Сергеевна, кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой клинической психологии, Ярославский государственный медицинский университет (Россия, 150000 г. Ярославль ул. Революционная, д. 5); ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3024-9483>; e-mail: y.s.filatova@mail.ru

Лутова Наталия Борисовна, руководитель отделения интегративной фармакопсихотерапии больных с психическими расстройствами, Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева, доктор медицинских наук (Россия, 192019, г. Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3); ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9481-7411>; e-mail: lutova@mail.ru

Заявленный вклад авторов

Филатова Ю.С. – подбор литературы.

Филатова Ю.С., Лутова Н.Б. – составление обзора, редакция текста.

Авторы прочитали и одобрили окончательный вариант рукописи.

References

1. Burtovaya N.B. Professional and communicative competence of a university teacher. *Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta = Bulletin of Tomsk State Pedagogical University*. 2012;6(121):180–182. (in Russ.).
2. Kashnitskiy V.I. Personality communication as a subject of scientific study. *Vestnik Kostromskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Pedagogika. Psikhologiya. Sotsiokinetika = Bulletin of Kostroma State University. Series: Pedagogy. Psychology. Sociokinetics*. 2008;4:131–137 (in Russ.).
3. Kashapov M.M., Kiseleva T.G., Kotochigova E.V. Competence: concept, types, basic approaches to the diagnosis of a psychologist's competence. *Sotsialnyi psikholog = Social psychologist*. 2003;1(5):39–44. (in Russ.).
4. Korolenko A.M. A study of the communicative competence of medical students. *Izvestiya RGPU im. A.I. Gertsena = Izvestiya RSPU named after A.I. Herzen*. 2009;116:265–272. (in Russ.).
5. Gorshunova N.K., Medvedev N.V. Formation of the communicative competence of a modern doctor. *Uspekhi sovremennogo estestvoznaniya = Successes of modern natural science*. 2010;3:36–37. (in Russ.).
6. Chichirez C.M., Purcărea V.L. Interpersonal communication in healthcare. *Journal of Medicine and Life*. 2018;11(2):119–122.
7. Kiessling C, Fabry G. What is communicative competence and how can it be acquired? *GMS Journal for Medical Education*. 2021;38(3)49. DOI: 10.3205/zma001445
8. Hansen C., Guassora A.D., Arreskov A.B. et al. Relationally competent attitudes and actions: a systematic review of general practice literature. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 2025;43(1):181–193. DOI: 10.1080/02813432.2024.2417169
9. Kashapov M.M., Bazanova G.Y. Comparison of indicators of metacognitive awareness of doctors at different stages of education. *Perspektivy nauki i obrazovaniya = Perspectives of science and education*. 2021;4(52):392–403. (in Russ.).
10. Lerch S.P., Hänggi R., Bussmann Y., Lörwald A. A model of contributors to a trusting patient-physician relationship: a critical review using a systematic search strategy. *BMC Primary Care*. 2024;25(1):194. DOI: 10.1186/s12875-024-02435-z.
11. Zhuravleva, E. A. Compliance (adherence to treatment): An analytical review of the content, models, diagnostic methods and correction techniques. *Uchenye zapiski Rossiiskogo gosudarstvennogo sotsial'nogo universiteta = Scientific Notes of the Russian State Social University*. 2023;22(2):76–86. DOI: 10.17922/2071-5323-2023-22-2-76-86. (in Russ.).
12. Parker L., Ryan R., Young S., Hill S. Medications and doctor-patient communication. *Australian journal of general practice*. 2021;50(10):709–714. DOI: 10.31128/AJGP-05-21-5973
13. Frau E.D., Degabriel D., Luvini G. et al. Asking patients if they have any questions can help improve patient satisfaction with medical team communication in the emergency department. *BMC Emergency Medicine*. 2024;24(1):85. DOI: 10.1186/s12873-024-01001-1.
14. Chang D.S., Chen W.L., Wang R. Impact of the bidirectional relationship between communication and cognitive efficacy on orthopedic patient adherence behavior. *BMC Health Services Research*. 2022;22(1):199. DOI: 10.1186/s12913-022-07575-5
15. Pidshmorga, Yu. V. Gutova T. S. Active listening as a condition for achieving mutual understanding between a doctor and a patient. *Obshchestvoznaniye i sotsial'naya psikhologiya = Social studies and social psychology*. 2023;2-3(46):26–29. (in Russ.).
16. Serafimovich I.V., Kashapov M.M., Poshekhonova Yu.V., Bazanova G.Yu. Sociopsychological aspects of professional training in healthcare: specifics of metacognitive processes. *Problemy sotsial'noi gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny = Problems of social hygiene, healthcare and the history of medicine*. 2021;29(6):1607–1612. (in Russ.).

17. Datkhuzheva Z.K., Stash O.Y. Empathy as a structural component of a doctor's communicative competence. *Vestnik nauki = Bulletin of Science*. 2025;8(89):238–245. URL: vestnik-nauki.com/article/25452 (accessed: 12.09.2025) (in Russ.).
18. Pusa S., Baxter R., Andersson S. et al. Core Competencies for Serious Illness Conversations: An Integrative Systematic Review. *Journal of Palliative Care*. 2024;39(4):340–351. DOI: 10.1177/08258597241245022.
19. Bergenholtz H., Missel M., Timm H. Talking about death and dying in a hospital setting – a qualitative study of the wishes for end-of-life conversations from the perspective of patients and spouses. *BMC Palliative Care*. 2020;19(1):168.
20. Baguley S.I., Pavlova A., Consedine N.S. More than a feeling? What does compassion in healthcare 'look like' to patients? *Health expectations*. 2022;25(4.):1691–1702. DOI:10.1111/hex.13512
21. Licciardone J.C., Tran Y., Ngo K. et al. Physician Empathy and Chronic Pain Outcomes. *JAMA network open*. 2024;7(4):e246026. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2024.6026
22. Han C., Wu Q., Liu C., Wang P. Patient's perceived empathy can predict doctor-patient relationship in medical interaction. *BMC medical education*. 2025;25(1):741. DOI: 10.1186/s12909-025-07117-7
23. Gerger H., Munder T., Kreuzer N. et al. Lay Perspectives on Empathy in Patient-Physician Communication: An Online Experimental Study. *Health communication* 2024;39(6):1246–1255. DOI: 10.1080/10410236.2023.2210380
24. Campos C.F.C., Olivo C.R., Martins M.A., Tempski P.Z. Physicians' attention to patients' communication cues can improve patient satisfaction with care and perception of physicians' empathy. *Clinics (Sao Paulo, Brazil)*. 2024;79:100377. DOI:10.1016/j.clinsp.2024.100377
25. Bovina I.B. Empathy research: a critical analysis and new perspectives. *Kul'turno-istoricheskaya psikhologiya = Cultural and historical psychology*. 2020;16(1):88–95. (in Russ.). DOI: 10.17759/chp . 2020160109
26. Amelchenko A.A. The relationship between the level of development of empathy and the level of development of personal reflection. *Psikhologiya i psikhotehnika = Psychology and psychotechnics*. 2020;4:103–110. (in Russ.). DOI: 10.7256/2454-0722.2020.4.3462
27. Manuylov G.V., Gorelova G.G., Rylskaya E.A. et al. Reflexive processes and social orientation of subjects at the stages of professionalization (on the example of preparation for medical activity). *Obrazovanie i nauka = Education and Science*. 2020;22(4):43–63. (in Russ.). DOI: 10.17853/1994-5639-2020-4-43-63
28. Molchanova L.N. Reflection as a mechanism of value-semantic regulation of the state of mental burnout in doctors. *Izvestiya Saratovskogo universiteta. Seriya: Filosofiya. Psikhologiya. Pedagogika = Izvestiya the Saratov University. New series: Philosophy. Psychology. Pedagogy*. 2012;12(1):64–68. (in Russ.).
29. Omelichkin O.V. moral qualities of a medical worker. *Vestnik obshchestvennykh i gumanitarnykh nauk = Bulletin of Social and Humanitarian Sciences*. 2022;3(2):21–30. (in Russ.).
30. Makartseva K.P., Simonyan R.Z. The problem of the growth of patient complaints against medical workers. *Meditsinskoe pravo: teoriya i praktika = Medical law: theory and practice*. 2023;9(3-4):119–125. (in Russ.).
31. Melkonyan G.A., Nagieva E.B. Communicative toxicity in medical discourse. *Kommunikativnye issledovaniya = Communicative research*. 2025;12(2):360–374. (in Russ.). DOI: 10.24147/2413-6182.2025.12(2).360-374.
32. Burlova N.G., Muntyan I.A. The role of ethics and deontology in improving the quality of medical activity: problems and solutions. *Sovremennye problemy zdravookhraneniya i meditsinskoi statistiki = Modern problems of healthcare and medical statistics*. 2024;4:95–107. (in Russ.). DOI: 10.24412/2312-2935-2024-4-95-107.
33. Varkey B. Principles of Clinical Ethics and Their Application to Practice. *Medical Principles and Practice*. 2021;30(1):17–28. DOI: 10.1159/000509119
34. Kornaukhova T.A. Moral and professional values of a future medical worker: essence, content, structure. *Gumanitarnye, sotsial'no-ekonomicheskie i obshchestvennye nauki = Humanities, socio-economic and social sciences*. 2015;3-2:44–49. (in Russ.).

35. Smychek V.B., Kireeva I.A. Ethics and deontology in the work of an expert doctor. *Zdravookhranenie (Minsk) = Healthcare (Minsk)*. 2022;4(901):60–69. (in Russ.).

36. Khudik V.A. Ethical and deontological approaches in the work of a resident physician. *Korrektcionno-pedagogicheskoe obrazovanie = Pedagogic correction education journal*. 2025;2(42):42–51. (in Russ.).

Submitted 29.09.2025; approved after reviewing 29.10.2025; accepted for publication 31.10.2025.

About the authors

Yulia S. Filatova, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department of Clinical Psychology Yaroslavl State Medical University (5 Revolutsionnaya str., Yaroslavl, 150000, Russia); ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3024-9483>; e-mail: y.s.filatova@mail.ru

Natalia B. Lutova, Doctor of Medical Sciences, Head of the Department of Integrative Pharmacotherapy for Patients with Mental Disorders, V.M. Bekhterev National Research Medical Center for Psychiatry and Neurology (3 Bekhtereva str., St. Petersburg, 192019, Russia), ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9481-7411>; e-mail: lutova@mail.ru

Contribution of the authors

Filatova Yu.S. – literature search.

Filatova Yu.S., Lutova N.B. – drafting of the manuscript, text revision.

All authors have read and approved the final manuscript.