

## Эмпатия: умение слышать пациента как инструмент работы врача

Таратухин Е. О., Павлова Е. К., Шнайдер Я. Э.

ФГАОУ ВО "Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова" Минздрава России (Пироговский Университет). Москва, Россия

В статье представлены прикладные аспекты эмпатии — инструмента психологического консультирования, в его практической значимости для соматического врача. Описаны механизмы эмпатии, эмпатического понимания. Хотя врач не является психологом и не обязан обладать всеми компетенциями психолога, именно врач — тот специалист, в чьей власти управлять нарративом заболевания пациента, вести к конструктивному совладанию с ситуацией заболевания. В кардиологической практике психосоматическая составляющая имеет значительную долю: от регулирования стресса до модификации поведенческих факторов риска. Умение создавать благоприятную эмоциональную среду, не проникаясь ситуацией в той степени, чтобы растратить собственный ресурс, — есть коммуникативный навык высокого уровня. Его базовые составляющие — эмпатия и эмпатическое понимание.

**Ключевые слова:** приверженность, информированное согласие, факторы риска, коммуникация, психосоматика, выгорание, конфликты.

**Отношения и деятельность:** нет.

**Поступила** 18/04-2025

**Рецензия получена** 12/05-2025

**Принята к публикации** 23/05-2025



**Для цитирования:** Таратухин Е. О., Павлова Е. К., Шнайдер Я. Э. Эмпатия: умение слышать пациента как инструмент работы врача. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2025;24(2S):4429. doi: 10.15829/1728-8800-2025-4429. EDN: RSVFRY

### Empathy: the ability to hear a patient as a professional tool for a physician

Taratukhin E. O., Pavlova E. K., Shnaider Ya. E.

Pirogov Russian National Research Medical University. Moscow, Russia

The article presents the applied aspects of empathy — a tool of psychological counseling. The mechanisms of empathy and empathic understanding are described. Although a physician is not a psychologist and is not required to have all related competencies, it is the physician who has the power to manage the patient's disease narrative and lead to constructive coping with the disease situation. In cardiology practice, the psychosomatic component has a significant share from stress regulation to modification of behavioral risk factors. The ability to create a favorable emotional environment without being imbued to the extent to waste own resource is a high-level communication skill. Its basic components are empathy and empathic understanding.

**Keywords:** adherence, informed consent, risk factors, communication, psychosomatics, burnout, conflicts.

**Relationships and Activities:** none.

Taratukhin E. O.\* ORCID: 0000-0003-2925-0102, Pavlova E. K. ORCID: 0000-0002-7497-3660, Shnaider Ya. E. ORCID: 0000-0001-7139-560X.

\*Corresponding author:  
cardio03@list.ru

**Received:** 18/04-2025

**Revision Received:** 12/05-2025

**Accepted:** 23/05-2025

**For citation:** Taratukhin E. O., Pavlova E. K., Shnaider Ya. E. Empathy: the ability to hear a patient as a professional tool for a physician. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2025;24(2S):4429. doi: 10.15829/1728-8800-2025-4429. EDN: RSVFRY

### Введение

Коммуникация врача и пациента — основная часть клинической практики. Именно от того, какую информацию и каким образом доводит до па-

циента медицинский работник, зависят правовые, этические, психологические и медицинские аспекты ситуации. Сбор анамнеза, так называемый врачебный опрос — ключевой источник информации

\*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):  
e-mail: cardio03@list.ru

[Таратухин Е. О.\* — к.м.н., доцент, магистр психологии, зав. кафедрой медицинского права, этики и антропологии ИММ, ORCID: 0000-0003-2925-0102, Павлова Е. К. — магистр психологии, старший преподаватель кафедры медицинского права, этики и антропологии ИММ, ORCID: 0000-0002-7497-3660, Шнайдер Я. Э. — к.м.н., доцент кафедры медицинского права, этики и антропологии ИММ, ORCID: 0000-0001-7139-560X].

### Ключевые моменты

- Любая коммуникация состоит из вербальной и невербальной частей, равно важных. Клиническая коммуникация — один из жанров общения, требующих от врача специального коммуникативного умения как на вербальном, так и на невербальном уровне для управления переживанием пациента.
- Эмпатическое понимание — когнитивный механизм, позволяющий прояснить реальное содержание картины заболевания и влиять на неё для формирования конструктивного совладания, принятия оптимальных решений.
- Выработка навыка эмпатии и эмпатического понимания, их применение как инструментов в отличие от сочувствия, сострадания, сопереживания, позволит врачу эффективно управлять переживанием пациента и сохранять собственный ресурс, предотвращая выгорание.

### Key messages

- Any communication consists of verbal and non-verbal parts, which are equally important. Clinical communication is one of the communication genres that require a physician to have special communication skills both at the verbal and non-verbal levels to manage the patient's experience.
- Empathic understanding is a cognitive mechanism that allows you to clarify the real disease content and influence it to form constructive coping and make optimal decisions.
- Developing the empathy and empathic understanding, their use as tools in contrast to sympathy and compassion, will allow the doctor to effectively manage the patient's experience and preserve his own resource, preventing burnout.

о пациенте, все врачи обучены ему в достаточной мере, чтобы соответствовать требованиям профессионального стандарта.

Но умеют ли врачи слышать пациента, слушая его?

Показано, что большинство жалоб на медицинских работников возникает именно в связи с неконструктивной коммуникацией<sup>1</sup>. Пациент пишет жалобу не потому, что не согласен с медицинской составляющей своего обращения за помощью, но потому, что у него возникло *ощущение* неправильности, раздражение. Это может быть раздражение из-за неоправдавшихся ожиданий либо реакция на прямое грубое высказывание или же высказывание, которое *воспринято* пациентом как грубое. Во всех случаях имеет место неконструктивная коммуникация.

Законодательство предписывает информировать пациента "о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи"<sup>2</sup>. Каждая из этих позиций является сама по себе сложным конструктом, имеющим этические и психологические аспекты. Любой из пунктов имеет несколько вариантов и зачастую существенную долю случайности. Например, риск существует всегда и его мера, даже оцененная в процентах, относительна, а значит,

восприятие риска пациентом зависит от того, каким образом риск объясняется, обосновывается, полагается.

Приверженность пациента также в значительной мере связана с восприятием им слов врача [1]. Приверженность зависит от доверия врачу (и медицине в целом), от воспринимаемой опасности своего состояния, от отношения к этому уровню опасности. Существует множество инструментов работы с приверженностью, но отношения пациента и лечащего врача — наиболее сильный, зачастую единственно необходимый.

Информирование пациента является процессом создания его картины заболевания (не клинической картины, но всей будущей жизни, обновлённой в связи с ситуацией болезни). Картина заболевания разворачивается во времени и становится повествованием, нарративом. Управление нарративом заболевания — это главная прерогатива врача, основное проявление власти врача, представителя медицины и здравоохранения [2].

### Коммуникация как диалог

Клиническая коммуникация — это диалог, т.е. участие двух активных субъектов, исполняющих присущие им ролевые функции. Диалог происходит в *контексте*, т.е. всегда в определённом культурном, информационном, экономическом, политическом пространстве. Влияние контекста может быть различным, но оно всегда существенно. Важно уметь совладать с контекстом, использовать его или хотя бы учитывать: от того, что происходит в мире, вокруг, невозможно абстрагироваться. Пациент приносит это на приём, врач приносит это на работу.

<sup>1</sup> По данным исследования Всероссийского союза страховщиков: <https://www.zdrav.ru/articles/4293665290-statistika-pomeditsinskim-jalobam-i-ih-prichiny-obzor-23-m04-10-qqv>.

<sup>2</sup> Статья 20 ФЗ № 323 от 21.11.2011.

Цели коммуникации врача и пациента — создание *конструктивного* отношения к ситуации для принятия пациентом оптимальных решений. Конструктивной картину ситуации заболевания можно считать, если отсутствуют как упадничество, так и чрезмерный оптимизм, если нет ипохондрических фиксаций или гипонозогнозии. Конструктивное отношение позволяет осмысленно подходить к принятию решений, не допуская ложных надежд, взвешивая ценность тех или иных действий.

Любой диалог (и клинический диалог — не исключение) включает вербальную и невербальную составляющие. Вербальная, т.е. *словесная*, содержит информационную часть в большей мере, тогда как невербальная в основном несёт интенциональную нагрузку, т.е. отношение, оттенок значения. Безусловно, и вербальная коммуникация не нейтральна: выбор слов с их разной эмоциональной нагрузкой может существенно повлиять на итог коммуникации — на то, что участник диалога услышал и понял. Однако невербальная часть в значительной мере модулирует содержание слов и задаёт оттенки их значений. В письменной речи невербальная составляющая минимальна, поэтому письменное информирование в некоторых ситуациях предпочтительно. В устной речи существует много возможностей правильного<sup>3</sup> транслирования заложенных идей, даже если сложно выбрать оптимальные слова. Интонационные акценты, паузы, уточнения, повторения и другие аспекты устной речи дают широкий инструментарий для лучшей передачи информации от врача к пациенту.

Невербальная коммуникация включает в себя следующие уровни. Первый — непосредственный контакт человек-человек, т.е. интонация, мимика, жесты, дополняющие устную речь. Сюда же входит говор или акцент. На этом уровне невербальное поведение может контролироваться, и чем более опытен специалист, тем лучше он отдаёт себе отчёт в своей экспрессии. В то же время в максимальной степени контролировать своё невербальное поведение могут только профессиональные актёры. Следует ли врачу быть актёром — вопрос этического характера.

Первый уровень отвечает также за неконструктивное движение диалога, например, конфликты или упадническое отношение пациента, его фрустрацию, гнев. Второй уровень коммуникации включает в себя внешний вид, элементы одежды, нюансы окружения — то, что позволяет делать выводы более обобщённого порядка (например, об опрятности, добросовестности). Отдельно можно выделить третий уровень — фон, окружение в медицинской организации, невербальное поведение

персонала, удобства и инклюзивность среды и т.д. Всё это тоже коммуникативные элементы, плавно переходящие в контекст. Отличие контекста от коммуникации в том, что к нему нельзя обращаться, он есть просто данность, хотя и изменчивая. У контекста нет интерактива, он не отвечает.

В данной статье мы делаем акцент на невербальном поведении врача, непосредственно взаимодействующего с пациентом. Значительная часть информации — а нередко ключевая её часть — транслируется именно невербально. Для кардиологической практики это важно, поскольку существенная часть синдромов и симптомов имеют психосоматическую природу. Течение таких состояний, как нарушения ритма, артериальная гипертензия, а также работа с поведенческими факторами риска, включая курение, диету и физическую активность, связано с психологической частью нарратива заболевания.

### Эмпатия

Одним из ключевых инструментов невербальной коммуникации является эмпатия. Хотя этот термин сейчас на слуху и об эмпатии говорят во множестве разных контекстов, далеко не всегда такое употребление термина верно. В частности, когда речь идёт о сочувствии, сопереживании, проявлении участия, даже "отзеркаливании" выражений собеседника в диалоге — всё это процессы схожие, но они не являются эмпатией в точном значении этого термина [4].

Эмпатия как процесс есть *вчувствование*, т.е. переживание ситуации, проживание опыта другого человека как будто с его точки зрения. "Влезть в чужую шкуру" или английский эквивалент "надеть чужие ботинки" — метафорические определения эмпатии. Она позволяет понять, *каково* человеку, не будучи им, и *каково* быть в ситуации, не имея опыта такой ситуации. Эмпатия, проявляемая помогающим специалистом (психологом, врачом, социальным работником и т.д.), есть сопровождение человека в сложном эпизоде его жизненного пути, без интерпретации, без дачи оценок и с сохранением всех смысловых и эмоциональных оттенков такого переживания. В работе врача эмпатия полезна как раз, когда произошло событие, которое эмоционально захватило пациента и он не в силах с ним справиться или справляется из последних сил. Событие, которое повлекло разрушение, потерю внутренних опор. Как правило это сообщение о диагнозе с негативным прогнозом: врач, применяющий эмпатию как инструмент, подставляет своё плечо, сопровождает, присоединяется к переживанию пациента и разделяет с ним. Такое сопровождение внутренне пациентом ощущается как "ты не один, мы вместе, я тебя вижу, я тебя слышу, понимаю, что с тобой происходит, я рядом". Эмпатия может проявляться

<sup>3</sup> "Правильность" — вопрос этический, в этой статье он не будет затронут. См. например, ситуацию с принятием решения о детской паллиативной помощи [3].

и невербально, и вербально, когда врач озвучивает то, что происходит с пациентом (точнее, то, что врач чувствует и понимает о пациенте).

При эмпатии врач как бы чувствует то, что чувствует пациент, но при этом остается внутренняя дистанция и врача не охватывают эти переживания. Он остается на своем месте, остается врачом, он чувствует и понимает, что происходит и с пациентом, и с ним самим. Именно в таких рамках эмпатию можно считать инструментальной. Просто сопереживание, сострадание, которым наделены многие люди, также происходит по механизмам эмпатии, но является неконтролируемым процессом, потоком эмоций. Подобная склонность сопереживать очень быстро ведёт к выгоранию, поэтому чаще просто блокируется: открытый и готовый всем помогать молодой доктор уже спустя несколько лет становится циником либо просто уходит из профессии.

Эмпатия как инструмент имеет границы, а именно, личностные границы. Врач или психолог, проявляющие эмпатию, позволяют себе проживать эмоцию пациента, но как бы не вовлекаясь в неё. Если пациент испытывает эмоцию целостно собой, своим психосоматическим единством, то для психолога или врача это переживание ограниченное — "не своё". Тем не менее оно позволяет понять, что сейчас чувствует пациент. Профессиональная выработка подобных границ — навык, мастерство в котором достигается клиент-центрированными консультирующими психологами. Врачу настолько высокая степень владения эмпатией не нужна. Тем не менее даже в небольшой степени, но инструментально верное проявление эмпатии позволит решать насущные задачи коммуникации с пациентом и его близкими людьми.

Помимо вчувствования эмпатия включает *понимание* того, что чувствуется, и способность *выразить* это. Именно выраженная словами и отчасти невербально, эмпатия как инструмент оказывает своё положительное действие. Примерами фраз врача, которые отражают применение эмпатии, могут быть такие: "я вижу, что Вас напугали мои слова", "это может восприниматься как нечто ужасное", "в такой ситуации немудрено испытывать тяжёлые чувства", "Вы как будто немного злитесь сейчас". Такое отражение не должно быть императивом и не должно приписывать пациенту того, что на самом деле нет, а если и есть, пациент не должен оказаться в уязвимом положении — если ему, например, неловко за свою эмоцию.

### Эмпатическое понимание

Эмпатическое понимание — коммуникативный инструмент, основанный на механизме эмпатии.

Оно наиболее полезно тогда, когда врачу нужно *понять* своего пациента. Эту процедуру можно представить в виде четырёх этапов (процессов):

1. *Решение* слушать. Осознанное принятие решения слушать позволяет настроиться на пациента. Где сфокусировано внимание, там сконцентрирован и психологический ресурс<sup>4</sup>. Принимая решение слушать, точно будет услышано гораздо больше, т.к. будет внимание на пациента и не будет посторонних мыслей. Довольно часто люди слушают, не принимая решения слушать (точнее, приняв внутреннее решение не слушать — но приходится).

2. *Прояснение* вербального сообщения. Диалог с уточнением информационных нюансов, сбор анамнеза, жалоб и подобные привычные для клинициста аспекты.

3. Стремление *понять* опыт пациента. В данном случае опыт — понятие психологическое, это комплекс эмоций, ощущений, смыслов, ценностей и многого другого. К доступному пониманию опыту относится всё, что доступно для осознания. Это понимание, как пациенту "живётся" с тем, что с ним происходит.

4. *Подтверждение* пациентом того, что врач правильно его понял ("валидизация"). После того, как врач слушал пациента, рекомендуется проверить, верно ли врач понял пациента. Но подтверждения пациент может и не дать.

Эмпатическое понимание не требует вчувствования, это скорее когнитивный процесс, нежели эмпатия. Но с эмпатией оно связано тем, что происходит понимание и проживание жизненного мира другого человека. Особенно полезно эмпатическое понимание при прояснении запроса пациента и принятии решений: с чем пришёл, что ждёт от врача, как понимает свое состояние, как относится к ситуации, на что надеется. Эти моменты хорошо сочетаются с запросом 20 статьи 323-ФЗ об информировании.

Использование эмпатического понимания позволит: информировать пациента о тех аспектах ситуации, которые для него действительно важны; повысить доверие пациента и приверженность назначениям; предотвратить неконструктивное совладание пациента с ситуацией; предотвратить конфликты. Особенную роль эмпатическое понимание играет при обсуждении вопросов, на которые нет ответа — так называемых экзистенциальных вопросов пациента: "за что мне это", "почему я", "почему такая несправедливость".

В ситуациях, в которых нет возможности дать ответ (при сообщении о смерти близкого, при информировании о негативном прогнозе), требуется проживание ситуации, т.е. сочетание эмпатии с эмпатическим пониманием. Выход из экзистенциально сложной ситуации потребует времени, не-

<sup>4</sup> Ресурс, в контексте данной статьи, — это сохранение помогающим специалистом способности заниматься своей профессиональной деятельностью с достаточной мотивацией и концентрацией, чтобы быть эффективным и не допускать ошибок.

возможно мгновенно "купировать" переживание экзистенциального порядка. Для совладания с ним требуется время, и это время должно быть наполнено полезным психологическим процессом.

### Применение эмпатического понимания

Основные сложности коммуникации с пациентом можно разделить на три категории (и важно отметить, что тяжесть заболевания не является принципиальным обуславливающим фактором):

1. Пациент испытывает негативизм (в качестве стадии отрицания при сообщении плохой новости или в общем склонен к негативизму). Пациенты могут буквально обрушивать на врача свои эмоции, нереализованные надежды и неоправданные ожидания, словно провоцируя на ответную реакцию. Врач должен понимать причины такого поведения и рассматривать его как проявление патологического состояния на фоне длительно текущих тревоги, болевого синдрома, нересурсного состояния. В данном случае наиболее эффективным является вербальное присоединение к переживаниям пациента: "я Вас понимаю и поддерживаю", "Вам через многое пришлось пройти", "Ваши эмоции совершенно оправданны". Выстраивание доверия и конструктивного диалога возможно только через снятие напряжения и присоединение. Принятие врачом вызывающего поведения пациента как симптома заболевания само по себе является терапевтической моделью и помогает пройти кризис эмоционального реагирования.

2. Пациент в растерянности. Зачастую пациенты растеряны от произошедших с ними изменений состояния, напуганы невозможностью взять под контроль свое соматическое или психологическое состояние, не могут вербализовать текущие жалобы, построить структурированный рассказ. В этом случае врач аккуратно ведёт диалог с пациентом, задавая уточняющие вопросы, расставляя приоритеты в сборе анамнеза и жалоб, сопровождая рассказ позитивными аффирмациями, цель которых вызвать доверие и успокоить тревогу. Помощь врача в формулировании проблемы играет важную роль в осознании пациентом дискретности задачи, снимает катастрофизацию, определяет совместную стратегию решения.

3. Пациент теряет волю к выздоровлению, нет внутреннего ресурса, желания к построению конструктивной цели. Иногда за предъявлением соматических жалоб скрывается более глубокое личностное обрушение, потеря жизненных целей, обрыв социальных взаимодействий. Особенно это касается пациентов старшей возрастной группы, утративших цели и стимул для активной жизни, а также пациентов с астено-депрессивным состоянием. И в том, и в другом случае наступает быстрое когнитивное снижение, которое только усугубляется апатией и нежеланием коммуникации. Задача врача — в совместном с пациентом поиске ресурсных состояний, определение ин-

тересов пациента, построение стратегии укрепления социальных связей, вовлечение пациента в реализацию новых программ поведения и взаимодействия, осознание его самоценности и описание картины желаемого будущего. Врач становится проводником (и даже поводырём), выводя пациента за руку в новое жизненное пространство, без чего невозможна эффективная терапия текущего состояния.

При работе с острыми эмоциональными реакциями пациентов врачи как правило теряются. Чувство беспомощности при виде плача, истерики фрустрирует врача, но действующих инструментов в арсенале соматического врача нет: лучшее, на что способна соматическая медицина — седативные капли. Существует довольно много инструментализированных психологических подходов к таким ситуациям. Наиболее известные — "5 стадий принятия плохих новостей" по Э.Кюблер-Росс и "Калгари-Кембриджская модель" [5]. Стадии принятия плохих новостей есть по сути эмоции: отрицание, гнев, торг, депрессия, принятие<sup>5</sup>. Работа с эмоциями сложна, и эмпатия, как и эмпатическое понимание, будут полезны на любой из стадий.

Психосоматические аспекты сердечно-сосудистой патологии ставят перед коммуникацией врача и пациента значительные задачи. Начиная собственно факторами риска — первичной профилактикой, и заканчивая предотвращением осложнений, ухудшения течения патологии, картина ситуации в психике больного (феноменологический статус заболевания) определяется тем, каким образом сформировано представление о ней. Это важно в т.ч. потому что даже в весьма определённых ситуациях есть спектр возможностей и имеется неопределённость большей или меньшей степени. То, чем будет раскрываться неопределённость, заполняется пациентом и оказывается одним из вариантов будущего, создаваемого на основе заложенных предпосылок.

Работа с приверженностью пациента рекомендациям в значительной мере требует наличия у пациента доверия: ощущения надёжности, верности рекомендаций. В условиях довольно деструктивного контекста (информация в разного рода СМИ о плохих врачах, плохой медицине) вызвать доверие, а тем более создать доверительные отношения, сложно. Если у врача нет "врождённого" умения вести диалог так, чтобы пациент чувствовал себя в надёжных руках, навык эмпатического понимания решит эту задачу.

Важную функцию эмпатическое понимание имеет для понимания пациентов, чей культурный и иной (этнический, социальный) контекст в значительной мере отличается от такового для врача. Детали эмоций, например, помогут понять нечто

<sup>5</sup> Следует отметить, что общепринятые "пять стадий горевания по Кюблер-Росс" подвергаются критике, например в [6].

в переживании, что не высказывается или не принято высказывать пациентом согласно его культуре. Значение, которое имеет некий фактор (например, религиозный) для пациента, может не совпадать с таковым для врача, и благодаря инструменту эмпатического понимания врач даст этому фактору адекватную коммуникативную оценку, например, не допустит недооценки его значимости.

Безусловно, такой инструмент необходим не только "ради" пациента, он равно необходим помогающему специалисту для предотвращения выгорания, для удовлетворённости своей работой даже в ситуациях, когда эксплицитно, явным образом нет выражения благодарности, а есть только негативные проявления. Даже проживание эмоции вместе с пациентом оказывается ресурсным, поскольку по сути своей есть противоположность отчуждённости. Конвейерный подход, которому в середине XXв была приписана (Э. Фромм) ответственность за отчуждённость человека и в итоге ущерб психосоматической компоненте здоровья, равно может распространяться и на клиническую работу: если в "потоке" пациентов нет возможности проявлять и проживать человеческие чувства.

Поскольку врач — тоже человек со всеми присутствующими его пациентам страхами, вопросами и переживаниями, проработка собственных экзистенциальных вопрошаний необходима для сохранения ресурса, для способности оставить себя как специалиста в ситуации оказания помощи, отделив себя как человека, при этом сохранив человечность. Отчуждённость — механизм защиты, а нередко и проявление выгорания. Она является существенным негативным фактором коммуникации врача и пациента. Отсутствие эмпатии — один из признаков отчуждённости. И если внутри врач может позволить себе (и не обязан юридически) проживать сострадание, то внешний, коммуникативный аспект всё же требует работы и *проявления*.

## Литература/References

1. Larina VN, Zamyatin KA, Gudiev Ch G. Medication adherence in patients with heart failure: a pilot observational study in outpatient practice. *Russian Journal of Cardiology*. 2024;29(12S):6180. (In Russ.) Ларина В. Н., Замятин К. А., Гудиев Ч. Г. Уровень приверженности лечению пациентов с хронической сердечной недостаточностью: пилотное наблюдательное исследование в амбулаторной практике. *Российский кардиологический журнал*. 2024;29(12S):6180. doi:10.15829/1560-4071-2024-6180.
2. Taratukhin EO. Biology and biography: revisiting the biosocial pathogenesis of non-communicable diseases. *Russian Journal of Cardiology*. 2023;28(11):5640. (In Russ.) Таратухин Е. О. "Биология и биография": к вопросу о биосоциальном патогенезе неинфекционной патологии. *Российский кардиологический журнал*. 2023;28(11):5640. doi:10.15829/1560-4071-2023-5640.
3. Taratukhin EO, Polevichenko EV, Zamyatin KA, et al. Ethical side of decision-making on palliative care to a child with congenital heart disease associated with frontonasal dysplasia. *Russian Journal*

## Заключение

К сказанному следует добавить модель немецкого психолога, эксперта по коммуникации, Ф. Шульца фон Туна<sup>6</sup>. Он выделяет четыре уровня коммуникации, т.е. четыре составляющих *выражаемого* и *воспринимаемого* сообщения. Каждое сообщение содержит информацию 1) фактическую, 2) информацию о говорящем (самораскрытие), 3) информацию об отношениях между говорящими, 4) призыв к действию. Качественно слушать — слушать "четырьмя ушами" сразу. Обычно люди слушают "одним" или, в лучшем случае, "двумя". Это приводит к недопониманию и к конфликтам. Уметь слушать всеми четырьмя — полезный навык для любого человека, и тем более для помогающего специалиста.

Инструментальное освоение и применение эмпатии, эмпатического понимания можно назвать необходимым компонентом подготовки врачей, в частности, молодых специалистов. Открытый и готовый помочь молодой врач сталкивается с множеством обескураживающих ситуаций: от невозможности помочь и вылечить до неблагодарности, жалоб и гнева. Очень быстро такая коммуникация с пациентами, их близкими и с коллегами может привести к установлению психологических блоков, цинизму или уходу из профессии. Развитие умения проявлять эмпатию как инструмент может быть эффективным средством сохранения и улучшения профессиональной эффективности врача в широком спектре ситуаций: от информирования о негативном прогнозе до модификации факторов риска и повышения приверженности.

**Отношения и деятельность:** все авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

<sup>6</sup> Schulz von Thun, F. *Miteinander reden 1: Störungen und Klärungen: Allgemeine Psychologie der Kommunikation*. ISBN: 978-3499174896.

- of Cardiology. 2023;28(5):5449. (In Russ.) Таратухин Е. О., Полевиченко Е. В., Замятин К. А. и др. Этическая сторона принятия решений при оказании паллиативной помощи ребёнку с врождённым пороком сердца, ассоциированным с синдромом фронтонезальной дисплазии. *Российский кардиологический журнал*. 2023;28(5):5449. doi:10.15829/1560-4071-2023-5449.
4. Carrard V, Bourquin C, Berney S, et al. Trajectories of medical students' empathy nowadays: a longitudinal study using a comprehensive framework of empathy. *BMC Med Educ*. 2025;25(1):534. doi:10.1186/s12909-025-07051-8.
5. Kurtz SM, Silverman JD. The Calgary-Cambridge Referenced Observation Guides: an aid to defining the curriculum and organizing the teaching in communication training programmes. *Med Educ*. 1996;30(2):83-9. doi:10.1111/j.1365-2923.1996.tb00724.x.
6. Daniel T. The Stubborn persistence of grief stage theory. *Omega (Westport)*. 2023;13:302228231184290. doi:10.1177/00302228231184290.