



Составляющие этического взаимодействия в клинической работе

Таратухин Е. О.¹, Кудинова М. А.², Шнайдер Я. Э.¹, Шайдюк О. Ю.¹

Этические нормы традиционно неотъемлемы от врачебной деятельности как таковой и являются безусловной частью вообще представления о медицине и враче. Тем не менее устройство медицинской этики неоднозначно и комплексно. Она включает в себя способы принятия этически нагруженных решений, сами категории этической нагруженности и дихотомию хорошо/плохо, а также культурный контекст, который определяет данные категории. Игрет роль и психологическая составляющая: состояние психики пациента, врача, а также коммуникация вербальная и невербальная. Наконец, правовые рамки императивно внедряются в отношения врач-пациент, устанавливая нормы независимо от нюансов межличностного взаимодействия. В данной статье обсуждаются наиболее важные и явные компоненты этических отношений при оказании помощи, а также предлагается в качестве универсального решения этика добродетели (*virtue*) как не инструментальный, но сущностный подход.

Ключевые слова: этика, деонтология, коммуникация, психология, биоэтика, доверие, медицинское право, отношения врач-пациент, этика добродетели.

Отношения и деятельность: нет.

¹ФГАУ ВО Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва; ²ГБУЗ ГКБ им. В.П. Демикова ДЗМ, Москва, Россия.

Таратухин Е. О.* — к.м.н., доцент, магистр культурологии, магистр психологии, заведующий кафедрой биоэтики и международного медицинского права ЮНЕСКО МФ, ORCID: 0000-0003-2925-0102, Кудинова М. А. — к.м.н., заведующая отделением кардиологии, ORCID: 0000-0002-3223-8457, Шнайдер Я. Э. — к.м.н., доцент кафедры биоэтики и международного медицинского права ЮНЕСКО МФ, ORCID: 0000-0001-7139-560X, Шайдюк О. Ю. — к.м.н., доцент, доцент кафедры госпитальной терапии им. акад. П. Е. Лукомского ЛФ, ORCID: 0000-0001-8308-6302.

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):
cardio03@yandex.ru

Рукопись получена 27.08.2022

Рецензия получена 31.08.2022

Принята к публикации 07.09.2022



Для цитирования: Таратухин Е. О., Кудинова М. А., Шнайдер Я. Э., Шайдюк О. Ю. Составляющие этического взаимодействия в клинической работе. *Российский кардиологический журнал*. 2022;27(9):5203. doi:10.15829/1560-4071-2022-5203. EDN CGHSCD



The components of clinical interaction ethics

Taratukhin E. O.¹, Kudinova M. A.², Shnaider Ya. E.¹, Shaydyuk O. Yu.¹

Ethical norms are traditionally inseparable from medical work as such and are an unconditional part of the general idea of medicine and doctorhood. However, the structure of medical ethics is ambiguous and complex. It includes the ways in which ethically loaded decisions are made, the categories of ethically loaded decisions themselves and the good/bad dichotomy, as well as cultural context that defines these categories. The psychological component also plays a role: mental state of a patient, a doctor, as well as verbal and non-verbal communication. Finally, the legal framework is imperatively introduced into the doctor-patient relationship, setting norms regardless of the nuances of interpersonal interaction. This article discusses the most important and explicit components of an ethical relationship in helping, and also proposes as a universal solution the ethics of virtue neither as an instrumental, but an essential approach.

Keywords: ethics, deontology, communication, psychology, bioethics, confidence, medical law, patient-clinician relationship, virtue ethics.

Relationships and Activities: none.

¹Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow; ²Demikhov Clinical City Hospital of Moscow, Moscow, Russia.

Taratukhin E. O.* ORCID: 0000-0003-2925-0102, Kudinova M. A. ORCID: 0000-0002-3223-8457, Shnaider Ya. E. ORCID: 0000-0001-7139-560X, Shaydyuk O. Yu. ORCID: 0000-0001-8308-6302.

*Corresponding author: cardio03@yandex.ru

Received: 27.08.2022 **Revision Received:** 31.08.2022 **Accepted:** 07.09.2022

For citation: Taratukhin E. O., Kudinova M. A., Shnaider Ya. E., Shaydyuk O. Yu. The components of clinical interaction ethics. *Russian Journal of Cardiology*. 2022;27(9):5203. doi:10.15829/1560-4071-2022-5203. EDN CGHSCD

Медицина — одна из множества культурных практик, часть культуры, созданная для решения определённого круга задач, с которыми сталкиваются люди. Врачебная деятельность состоит в помощи при проблемах наиболее важных и переживаемых человеком как наиболее сложные. Жизнь, смерть, здоровье, болезнь, а также сопутствующие категории судьбы, неизвестности, риска, находятся в центре работы врача как помогающего специалиста. Хотя современная

медицина занимается биологической стороной вопроса, это не отменило исходной диспозиции: работа врача связана с высоким уровнем ответственности и имеет выраженную этическую составляющую [1].

Биомедицина подходит к предмету своего интереса с естественно-научной точки зрения. Организм человека рассматривается как комплекс химических реакций, протекающих по законам физики. Сложность работы состоит в том, что реакций очень

Ключевые моменты

Что уже известно о данной проблеме?

- Этико-деонтологические нормы профессиональной деятельности врача являются одними из важнейших, неотъемлемых, однако за рамками деклараций и императивов остаётся множество вопросов к тому, как реализовать их в реальной практике.

Что нового?

- Врачебная этика многокомпонентна как по способам принятия решений, так и по формулированию самих норм — что хорошо/должно/правильно, а что плохо.
- Контекст этического взаимодействия включает в себя правовой, культуральный и психологический аспекты. Универсальным решением для повышения уровня этичности взаимодействия может быть этика добродетели.

Возможный вклад в клиническую практику

- Улучшение взаимодействия в системе пациент-врач-здравоохранение способствует не только более высокой приверженности пациента и эффективности работы врача, но через психосоматические механизмы в целом создаёт салутогенную среду.

много, и преодоление такой сложности состоит в наращивании выборки, т.е. возможностей усреднить показатели.

В отличие от законов физики, социальное взаимодействие подвижно и не подчинено никаким законам: оно строго зависит от индивидуальности человека, а результат его — результат сложения действий индивидуальностей.

Врач работает и с биологической частью устройства человека, и с его социальной частью. Первая требует грамотности и знания современных представлений, достижений биомедицины, а вторая — эмоционального и социального интеллекта, внутренней психологической работы.

Если соединить потенциальную непредсказуемость биологических процессов (ввиду сложности устройства организма) с подвижностью социального взаимодействия, результатом становится ситуация, требующая совершенно особых подходов. Здесь появляется этическая компонента работы врача. Центральной частью этической составляющей следует считать необходимость вмешиваться в протекание процессов организма (патогенеза), что несёт в себе риски и требует от врача максимальной гибкости, умений, мужества, сил и иных качеств, которые легли в основу понятия *долга* врача, или де-

Key messages

What is already known about the subject?

- Ethical and deontological norms of a doctor's professional activity are among the most important, inalienable. However, beyond the scope of declarations and imperatives, there are many questions about how to implement them in real practice.

What is new about the subject?

- Medical ethics is multi-component, both in terms of the way decisions are made and the formulation of the norms themselves — what is good/should be/right and what is bad.
- The context of ethical interaction includes legal, cultural and psychological aspects. Virtue ethics can be a universal solution to increase the level of ethical interaction.

How might this impact on clinical practice?

- Improving the interaction in the system patient—doctor—healthcare contributes not only to higher patient adherence and efficiency of a doctor's work, but through psychosomatic mechanisms in general creates a salutogenic environment.

онтологического императива. Деонтология — учение о долге (не только врачебном), уравнивает власть, которую получает человек, вступающий в то или иное сообщество. *Власть* врача — право влиять на жизнь, право вмешиваться, право приговаривать к смерти или к жизни. Власть дана обществом человеку, принимающему на себя данную социальную роль, чтобы он исполнял функции, необходимые для общества. Противовесом власти является категория долга. Современный деонтологический императив в России имеет законодательно утверждённый статус. Он сформулирован в статье 71 Федерального закона 323-ФЗ от 21.11.2011 "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" в виде Клятвы врача. В целом законодательство имеет задачей фиксировать этические нормы и устанавливать ответственность за несоответствие им. Тем не менее, кроме правовых аспектов, существуют и внеправовые: принятые нормы поведения, традиции, условности.

Доверие

Категория доверия — одна из ключевых в отношениях врач-пациент. Власть врача реализуется в т.ч. через доверие пациента. Врач принимает решения и влияет на наиболее важные и наиболее интимные стороны жизни, включая собственно работу с телом, беззащитным и обнажённым. Институт медицины создаёт априорную необходимость доверия, а также презумпцию: обращение к врачу за помощью не

предполагает недоверия. Если же таковое возникает, это существенно усложняет взаимодействие, снижает его эффективность, накладывает множество формальных требований. Право как институт государства вмешивается в отношения врач-пациент, оформляя доверие как гарантированное третьим лицом. В отличие от простого "человеческого" доверия в диаде врач-пациент, конструкция врач-пациент-государство менее пластична, громоздка, однако обязана выполнять свою функцию.

Доверие несёт в себе психологическую составляющую, зачастую определяя степень приверженности пациента рекомендациям, готовность принять то или иное решение, согласиться на вмешательство или отказаться (даже когда оно необходимо), а кроме того, определяя аффективный фон. Например, при отсутствии доверия может возникнуть страх или тревога. Учитывая, что человек биосоциален, подобное мотивационно-интенциональное состояние может иметь действительно серьёзное влияние на протекание медицинских вмешательств. Одна из ключевых компонент долга врача — быть таким, которому можно доверять.

Коммуникация

В работе с пациентом коммуникация — основополагающее явление. В ней можно выделить информационную часть и часть интенциональную. Первая состоит в получении необходимых данных для постановки диагноза и контроля течения заболевания, результатов вмешательств. Вторая состоит в трансляции отношения к ситуации, её аффективной окрашенности. В первой преобладает вербальная семиотика, во второй — невербальная.

Коммуникация врач-пациент подчиняется законам герменевтики: следующий вопрос зависит от ответа на предыдущий, а сами субъекты коммуникации изменяются по ходу диалога, и на второй вопрос отвечает уже не тот же самый человек, что отвечал на первый вопрос [2]. Такой философский взгляд имеет важное приложение непосредственно к эффективности взаимодействия и может быть выражен в классической установке "лечить словом". В нём же прослеживается этический компонент, требующий от врача таким образом вести взаимодействие с пациентом, чтобы не навредить сказанным.

Что именно может навредить, зависит от устройства самого пациента. Безусловно, можно назвать универсальные примеры вроде фраз "анализы у тебя — туши свет", "а чего Вы хотели?", "где ж ты раньше был", "Вам стоит сходить в церковь". Они не несут в себе конструктивного посыла, но являются своего рода ударом по человеку, который обеспокоен своим состоянием. Понять, как наиболее эффективно вести диалог — коммуникативное искусство врача, требующее, во-первых, развитых навыков обще-

ния, а во-вторых, личностной целостности и зрелости. Таковы требования деонтологии. Реализация этих требований — отдельный комплексный вопрос, включающий в себя и подготовку медицинских кадров, и финансирование здравоохранения, и работу со средствами массовой информации, и ряд других вовлечённых социальных институтов.

Роль контекста

Контекст взаимодействия врача и пациента — всё то, что окружает их, во что погружены врач и пациент во время взаимодействия. Ключевыми компонентами контекста являются культура и информация. Культурно-исторический период включает в себя множество установок, мнений, отношений и иных категорий, которые человек, живущий в этом контексте, включает вольно и невольно в свой опыт — свою систему координат. Фактически личность человека есть совокупность опыта, полученного за всю жизнь, а каждое новое событие воспринимается и осмысливается на основе имеющегося опыта, а затем становится его частью [3]. Опыт врача и пациента сильно разнится по отношению к медицинскому знанию и ролевой функции во время взаимодействия, но может практически не отличаться в остальных аспектах, если врач и пациент живут в одном населённом пункте, смотрят одни и те же телепередачи, имеют схожие интересы и схожее мировоззрение. Но, напротив, отличие может быть сильным, если врач и пациент принадлежат разным этносам, выросли в разных государствах, имеют разные политические взгляды и т.д. Именно поэтому один из деонтологических императивов — оказывать помощь всем, независимо от различий. Природа данного императива проста: никто не знает, что на самом деле правильно. Есть только суждения, установки, и нельзя отдавать экзистенциальные аспекты жизни на откуп неустойчивым смысловым конструктам.

Контекст определяет отношения. И если врач должен объективизировать, отрефлексировать свои представления, чтобы они не сказывались на качестве оказываемой им помощи, то для пациента подобного императива нет. Пациент — страдающий, пассивный, которому нужна помощь в любом его проявлении. Безусловно, элементарная вежливость требует и от пациента вести себя конструктивно, но позиция страдающего многое оправдывает. Сама среда больницы (и даже поликлиники) для пациента есть среда отчуждённая, полная запретов и реализующая самые страшные из возможных жизненных ситуаций. Врач же в этой среде — как дома.

Психологические категории

Коммуникация врач-пациент включает в себя вербальную и невербальную составляющие. Информационная часть состоит в сборе врачом сведений,

необходимых клинически, а пациентом — нужных для осмысления новой ситуации. Даже на отстранённом сугубо инструментальном уровне в коммуникацию влетает аспект отношения, т.е. эмоциональной окрашенности выражаемых категорий. Выбор слов как таковой, не говоря уже о невербальном канале, вносит в коммуникацию элемент "между строк". Особенно важно здесь учитывать, что люди, у которых значительно отличаются опыт жизни и контекст, могут придавать совершенно разные оттенки значений одной и той же информации.

Задача помогающего специалиста, врача, создать конструктивное отношение к ситуации. В практике пациент-центрированной медицины, выросшей из понимающей психологии и человеко-центрированной психотерапии К. Роджерса, выделяется ряд навыков — инструментов эффективной коммуникации [4]. Под эффективностью, в данном случае, следует понимать конструктивное совладание пациента, объективное понимание им ситуации, повышение степени доверия врачу.

Эмпатия — механизм "вживания" в чувства другого человека; её просторечный эквивалент звучит как "влезть в чужую шкуру". При этом важно, что для понимания ситуации не обязательно иметь опыт такой ситуации: речь именно о переживании как таковом, что доступно практически любому человеку с сохранённой социальностью. Разные исследователи называют эмпатию навыком, врождённым свойством и даже добродетелью. Практика консультативной психологии свидетельствует, что навыки эмпатии можно развивать.

Будучи развитым в эмпатическое слушание и эпистемную (познающую) эмпатию, данный социальный навык врача поспособствует созданию доверительных отношений с пациентом, созданию более комфортной среды, повышению осознанности пациента и приверженности назначениям. В ситуациях же экзистенциально насыщенных проявление эмпатии поможет конструктивному совладанию. Эмпатическое слушание может помочь узнать не высказываемые (а нередко — неосознаваемые) пациентом оттенки значений, страхи и опасения, а также скрытый настрой пациента — надежду или безнадёжность. При информировании, подписании согласия законодательство предписывает всестороннее и понятное изложение ситуации. Понять, насколько разобрался в ситуации пациент, какая нужна ему ещё информация, поможет именно эпистемная эмпатия [5]. Это нужно для того, чтобы впоследствии пациент не выразил разочарования и претензий о том, что результат не соответствует ожиданиям.

Безоценочность — второй необходимый навык или личностное свойство помогающего специалиста. По природе своей деятельности врач вынужден быть оценочным, разделять норму и патологию. Но

если по отношению к биомедицинским явлениям такая категоризация органична, оценочность к личности пациента и к её проявлениям должна рефлексироваться врачом, о ней нужно отдавать себе отчёт. Пациент не может просто "нравиться" или "не нравиться". Деонтологический императив требует оказания помощи всем вне зависимости от их особенностей. Тем не менее оценочность присуща человеку социальному. Это в природе человека, однако культура как рукотворный мир, в данном случае, контекстуализирует взаимодействие, снимая необходимость многих предпосылок, презюмируя жанры коммуникации. Другими словами, в ситуации отношений врач-пациент сама ролевая функция состоит в том, что один из них — пациент, которому нужна помощь, а другой — врач, задача которого эту помощь оказывать.

Чтобы быть абсолютно безоценочным, а также проявляющим безусловное позитивное принятие пациента, нужно обладать личностным ресурсом. Безоценочность в ещё большей степени, чем эмпатия, можно назвать добродетелью.

Учитывая преобладание в современной модели медицины доказательного знания, т.е. биомедицинского, обязательности алгоритмов, рекомендаций и иных регламентирующих действия врача документов, психологический запрос нередко остаётся в стороне и практически не удовлетворяется. Такой ситуации способствует отсутствие у врачей навыков психологического взаимодействия, отсутствие у них эмоционального ресурса, формализация и регламентация работы, дефицит времени.

Информированное добровольное согласие

Информированное добровольное согласие реализует этические императивы на уровне государственного регулирования. Согласно ст. 20 Федерального закона 323-ФЗ от 21.11.2011, к информированному добровольному согласию предъявляются следующие требования: предварительность подписания (до начала вмешательства), доступность изложения информации, экспликация предполагаемых результатов и рисков. Такие требования переводят ситуацию подписания согласия из правовой ситуации в этическо-психологическую.

Предварительность подписания согласия предполагает, что оно даётся до каких-либо процедур и манипуляций. Тем не менее информация, которая должна быть озвучена в рамках подписания, зачастую не может быть предоставлена без понимания медицинским работником специфики конкретного запроса. Именно поэтому согласие на то или иное вмешательство не может равняться согласию на оказание помощи вообще. Последнее в себя может включать ряд обязательных действий (таких как осмотр, сбор образцов для лабораторного исследова-

ния, некоторые инструментальные методы), однако в случае расширения спектра вмешательств каждое должно быть оговорено отдельно [6].

Доступность предоставления информации предполагает не просто перевод терминов с "медицинского" языка при помощи метафор и образов, но адресование непосредственно к запросу пациента, т.е. к пониманию пациентом не патофизиологии и патоморфологии процесса, но возможных рисков, ограничений, перспектив развития, сопряжённых ощущений, включая ощущения при обследовании и лечении. В случае, если пациент относится к уязвимым категориям и меньшинствам (этническим, религиозным, половым, гендерным), деликатность тем более высока. При этом требование полноты информации накладывает необходимость создать полноценное впечатление. Задача информирования пациента — воссоздание целостного представления о ситуации, которое может никак не повторять собственно биомедицинскую составляющую знания врача об этой ситуации.

Предполагаемые результаты оказания помощи зависят от ожиданий пациента и от возможностей медицины. Часть такой информации может иметь непосредственный чувственный опыт (например, "перестанет болеть"), часть — выглядеть тем или иным образом (уйдёт отёчность, изменится форма или контур части тела). Однако значительная часть концептов медицины имеет сложное свойство так называемых "историй", т.е. знания предпосылок и развития во времени. Пациенту такое знание недоступно и ему нужно специально объяснить, что окончательный результат может не ощущаться сразу и даже, напротив, сразу может быть хуже, но по объективным признакам это оптимальный вариант развития событий.

Врачебная тайна

Категория врачебной тайны напрямую проистекает из базовых прав человека и статьи 23 Конституции РФ. В профильном законе 323-ФЗ от 21.11.2011 данная категория регулируется статьёй 13. Но следует понимать, что в эпоху информационного общества, с переходом здравоохранения в онлайн-форму, категория врачебной тайны существенно усложняется и в т.ч. входит в понятие персональных данных, регулированию которых посвящён закон 152-ФЗ от 27.07.2006 ("О персональных данных").

Российское законодательство устанавливает случаи, когда врачебная тайна может быть нарушена (часть 4 упомянутой статьи 13). Закон, будучи выражением определённой формы этики — этики государства, — устанавливает этически допустимыми перечисленные варианты нарушения врачебной тайны. Но очевидно, что в повседневной жизни и практике возникает разнообразие ситуаций, не всегда учитываемых правом.

Одной из важных этических категорий является отличие в оценке значимости сведений, составляющих врачебную тайну, самим пациентом, врачом и на основе обычного "здорового смысла". К примеру, если пациент является публичным лицом, уже сам факт того, что кто-то услышал его имя при обращении за медицинской помощью, может оказаться нарушением тайны. При этом категория публичности в интернет-эпоху значительно расширяется.

Ответственность

Медицина — исторически сложившаяся культурная практика, имеющая совершенно определённые задачи: повышение уровня здоровья, лечение и предотвращение болезней. Объект медицины — человеческий организм, сложность биохимического устройства которого усиливается биосоциальным компонентом и психосоматическими механизмами ауторегуляции. Сложность устройства делает предсказуемость любого произвольного (целенаправленного) воздействия относительной. Статистические пороги устанавливаются в качестве компромисса неизвестности и предсказуемости. Пороги условны и устанавливаются с учётом достаточности в тех или иных внешних условиях. В условиях острой необходимости (например, для быстрой разработки вакцины) порог может быть снижен, тогда как в спокойных условиях порог повышается. Тем не менее риски остаются при любом пороге, т.к. даже наращивание выборки вплоть до генеральной совокупности теоретически не даст стопроцентной уверенности в получаемых результатах: каждый человек уникален не только с точки зрения биологии, но и психосоциально. В практике обычно принимается достоверность, достаточная чтобы с уверенностью совершать медицинские вмешательства. При этом риск сохраняется и может быть снижен за счёт своевременного контроля, а также осведомлённости врача о возможных вариантах нежелательного течения процесса.

Юридическая ответственность применительно к медицинской практике подразделяется на дисциплинарную, гражданско-правовую, административно-правовую и уголовную. В правовой системе России нет специального законодательства, посвящённого врачебной ответственности, поэтому квалификация деяний, совершённых врачами и повлекших за собой ущерб, происходит на общих основаниях. Интерпретация категорий права (например, небрежность или косвенный умысел) происходит с позиций, в которых мало учитывается описанная выше природа медицинских рисков.

Дисциплинарная ответственность возможна на рабочем месте и помимо нарушения трудовой дисциплины может быть установлена за несоответствие этическим требованиям, предъявляемым к профессионалу здравоохранения. Например, работник ме-

дицинской организации может быть наказан в случае нарушения врачебной тайны, если это деяние не повлекло за собой последствий и не нанесло ущерба, подлежащего квалификации в других категориях вплоть до уголовно-правовых [7].

Гражданско-правовая ответственность устанавливается, как правило, в случае, если пострадавшее лицо (пациент, законные представители) считает, что ему нанесён ущерб (материальный или моральный), который может быть компенсирован финансово.

Административно-правовая ответственность наступает в случае, если деяние, повлекшее ущерб, может быть квалифицировано с точки зрения одной из статей Кодекса об административных правонарушениях.

Уголовная ответственность наступает в случае наиболее серьёзного ущерба — как правило, смерть или тяжкий вред здоровью — квалифицируемого с точки зрения одной из статей Уголовного кодекса.

Важно понимать, что процессуальные требования к следствию и судебному разбирательству предполагают доказывание вины. Презумпция невиновности, напрямую происходящая из статьи 49 Конституции РФ, требует доказывания вины. Обвиняемый не обязан доказывать свою невиновность, однако должен опровергать доводы обвинения. Категории рисков и непредсказуемости в медицине являются фактором, в равной степени позволяющим считать причинно-следственные связи доказанными и недоказуемыми. Потому акцент при оценке вины медицинского работника может быть сделан на факторах

действий: всё ли было предусмотрено, что должно было; обо всём ли был информирован пациент и т.д. Это значит, что формальная сторона вопроса при оказании помощи оказывается решающей в случае необходимости оценки вины.

Заключение

Безусловно присутствующая в медицине категория *этического* весьма многообразна. Начиная общепринятым здравым смыслом, заканчивая столь разными аспектами, как психосоматические и правовые, этика сопутствует работе врача. Дальнейшие пути повышения значимости этических категорий лежат в потенцировании этики добродетели (*virtue*) как универсального подхода к решению любых моральных дилемм и в биоэтике, и в медицинской этике [8, 9]. Особенность *virtue*, в данном случае, состоит в том, что в центр ставится личность помогающего специалиста, тогда как правовые и моральные категории оказываются контекстом и инструментализируются. Безусловно, концептуальная простота оборачивается большой, почти непреодолимой сложностью внедрения такого подхода в образование медиков. И тем не менее даже включение такого подхода как одного из ориентиров сможет повысить качество оказания медицинской помощи.

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

Литература/References

1. Taratukhin EO. Patient-centered medicine. A new reality. Russian Journal of Cardiology, 2016; 9:79-83 (In Russ.) Таратухин Е.О. Пациент-центрированная медицина. Новая реальность. Российский кардиологический журнал. 2016;9:79-8. doi:10.15829/1560-4071-2016-9-79-83.
2. Perlov AM. History of Science. URSS: Lenand. 2016. (In Russ.) Перлов А.М. История науки. 2016. URSS: Ленанд. ISBN: 978-5-9710-2234-3.
3. Kryuchkov KS, Orlov AB. Rogers' Triad: personal qualities or communicative processes? Voprosy Psichologii. 2018; 1:78-89. (In Russ.) Крючков К.С., Орлов А.Б. "Триада Роджерса": качества личности или коммуникативные процессы? Вопросы психологии. 2018;1:78-89. EDN: YVAYIE.
4. Kolpachnikov VV. Psychotechnical system of teaching person-centered approach to students. Cultural-Historical Psychology. 2015;3(11):135-46. (In Russ.) Колпачников В.В. Психотехническая система обучения человекоцентрированному подходу. Культурно-историческая психология. 2015;3(11):135-46. doi:10.17759/chp.2015110312.
5. Ayrapetian MA, Luchinkina EE, Gordeev IG, et al. Life quality of patients according to gender and the form of non-ST-elevation acute coronary syndrome. Russian Journal of Cardiology. 2017;(8):31-5. (In Russ.) Айрапетян М.А., Лучинкина Е.Е., Гордеев И.Г. и др. Качество жизни пациентов в зависимости от пола и формы острого коронарного синдрома без подъёма сегмента ST. Российский кардиологический журнал. 2017;(8):31-5. doi:10.15829/1560-4071-2017-8-31-35.
6. Alekseeva SS, Starodubtsev ME. Informed consent to medical intervention: the figure and role of a doctor. Russian Journal of Cardiology. 2021;26(9):4677. (In Russ.) Алексеева С.С., Стародубцев М.Э. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство: фигура и роль врача. Российский кардиологический журнал. 2021;26(9):4677. doi:10.15829/1560-4071-2021-4677.
7. Efremov IA. Observance of the Hippocratic Oath is mandatory. Medical Law. 2022;2:19-24. (In Russ.) Ефремов И.А. Клятва врача обязательна для исполнения. Медицинское право. 2022;2:19-24. EDN: OHFTOO.
8. Shnaider YE, Pavlova EK, Seleznev EA, et al. Communicative competence of a cardiologist: ethical and psychological analysis. Russian Journal of Cardiology. 2021;26(9):4679. (In Russ.) Шнайдер Я.Э., Павлова Е.К., Селезнев Е.В. и др. Коммуникативная компетентность врача-кардиолога: этическое-психологический анализ. Российский кардиологический журнал. 2021;26(9):4679. doi:10.15829/1560-4071-2021-4679.
9. Taratukhin EO, Miroshnichenko MD, Chasovskikh GA, Pavlova EK. Foundations of Patient-Clinician relationship. Silitea-Poligraph. 2021. (In Russ.) Таратухин Е.О., Мирошников М.Д., Часовских Г.А., Павлова Е.К. Основы отношений врач-пациент. Силица-Полиграф. 2021. ISBN: 978-5-990-7556-4-2.