

PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF THE FORMATION OF COMMUNICATIVE COMPETENCE AMONG GRADUATES OF MEDICAL UNIVERSITIES*

Khayatov R. B., Shamsikulova S. A.

Samarkand State Medical University, Samarkand, the Republic of Uzbekistan

xayatov.rustam@gmail.com

DOI 10.46594/2687-0037_2023_1_1603

Annotation: One of the main competencies in the field of healthcare is the communicative competence of the individual. The profession of a doctor belongs to the activity of the subject-subject type (person-person), where interpersonal communication with patients and their relatives occupies a special place therefore, speaking about the communicative competence of a doctor as a professionally significant quality, we primarily mean the effectiveness of direct interpersonal communication [1]. At the same time, we note that the development of electronic means of communication allows us to talk about the tendency to reduce the role of direct interpersonal communication, as well as about the decrease of its component in the communicative competence of the individual, but, in our opinion, this applies to a lesser extent to the communicative competence of the doctor.
Keywords: communicative competence, graduate of medical university.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ У ВЫПУСКНИКОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ

Хаятов Р. Б., Шамзикулова С. А.

Самаркандский государственный медицинский университет, г. Самарканд, Республика Узбекистан

xayatov.rustam@gmail.com

DOI 10.46594/2687-0037_2023_1_1603

Аннотация. Коммуникативная компетентность является одной из основных компетенций специалиста сферы здравоохранения. Профессия врача относится к субъектно-субъектному виду деятельности (взаимодействие «человек — человек»), где особое место занимает межличностное общение с больными и их близкими, поэтому, говоря о коммуникативной компетентности врача как о профессионально значимом качестве, мы прежде всего имеем в виду эффективность непосредственного межличностного общения [1]. В то же время считаем нужным отметить, что развитие электронных средств коммуникации позволяет говорить о тенденции к снижению роли непосредственного межличностного общения, а также о снижении его роли в коммуникативной компетентности личности. Тем не менее, на наш взгляд, эта тенденция не оказывает такого же значительного влияния на коммуникативную компетентность врача.

Ключевые слова: коммуникативная компетентность, выпускник медицинского университета.

Научная специальность: 3.2.3. Общественное здоровье и организация здравоохранения, социология и история медицины

The purpose of the study. Research of psychological aspects of the formation of communicative competence among graduates of medical universities.

Materials and methods. Approaches to the definition of a doctor's communicative competence are interesting, in which it is understood as "a multilevel integral quality of personality (a set of cognitive, emotional and behavioral characteristics), mediating medical professional activity aimed at establishing, maintaining and developing effective contacts with patients and other participants in the therapeutic and preventive process [2]. In the structure of a doctor's communicative competence, we distinguish three interrelated and relatively independent levels: the basic (value) level, the content level and the instrumental (operational, technical) level, which includes two sublevels: general and professional communication skills and abilities" [3]. At the same time, the basic level is considered the main one, since it provides motivation for communication and opportunities for the development of communicative competence, facilitating or

Цель исследования

Исследование психологических аспектов формирования коммуникативной компетентности у выпускников медицинских вузов.

Материалы и методы

Интересны подходы к определению коммуникативной компетентности врача, в которых под ней понимается «многоуровневое интегральное качество личности (совокупность когнитивных, эмоциональных и поведенческих характеристик), опосредующее врачебную профессиональную деятельность, направленную на установление, поддержание и развитие эффективных контактов с пациентами и другими участниками лечебно-профилактического процесса» [2]. В структуре коммуникативной компетентности врача мы выделяем три взаимосвязанных и относительно самостоятельных уровня: базовый (ценностный), содержательный и инструментальный (операционный, технический), включающий два подуровня: общие и профессиональные коммуникативные умения и навыки» [3].

* Материал представлен в редакцию на английском языке. Публикуется с переводом.

complicating this process. Basic communicative characteristics largely determine the originality of cognitive schemes, on the basis of which communicative programs are developed (content level), and the originality of the development of communicative skills and abilities (instrumental level). The content level ensures the translation of professional (medical) tasks into communicative ones, as well as the construction of communication programs and plans. The instrumental level includes general (for example, listening skills) and professional communication skills and abilities (for example, techniques for joining a patient) [3]. In accordance with this approach, the formation of a doctor's communicative competence is carried out according to modular principles, each of which is aimed at developing appropriate levels of communicative competence. Along with the multilevel consideration of communicative competence, as well as its development through the development of appropriate levels, multicomponent models of the formation of communicative competence of future specialists are currently being developed [4].

Results and discussion

Thus, it can be stated that at present the communicative competence of a specialist is considered as an integral, multilevel (multicomponent) concept, including socio-psychological, psychological-pedagogical and linguistic parameters (qualities). At the same time, it is necessary to note the following features of the doctor's communicative competence and its specifics: firstly, the doctor, like no one else, very often has to work in situations of time shortage and increased responsibility for making a vital decision on the patient's treatment, as well as for the content of information transmitted to patients or their relatives.

1. At the same time, we must not forget about the high cost of error, which is an essential feature of the professional activity of a doctor. In addition, any information transmitted, for example, to the patient's relatives and containing a threat to the health or life of the latter, in most cases generates a stressful situation, the consequences of which cannot always be predicted, especially when communication occurs with relatives of terminally ill; secondly, the doctor has to communicate with so-called difficult patients. Some authors refer to the second category as depressive patients with a high risk of suicidal behavior, people with anxiety-hypochondriac character accentuation, patients-doctors by profession, introverted patients, closed to their inner world, and elderly people with mental disorders against the background of progressive atherosclerosis with memory loss, impaired concentration, with intellectual decreased or with inadequate emotions that do not correspond to the physical condition [4]. Other authors consider hysteroid, anancastic (obsessive-compulsive), excitable, avoidant, dependent, passive-aggressive, paranoid, schizoid, narcissistic and antisocial personalities with different degrees of disorders to be "difficult" types [5]. According to our firm belief, firstly, training in communication of a future doctor with such patients should take place only at departments where clinical psychology is studied; secondly, this should happen after the trainees receive the necessary knowledge and consolidate the appropriate skills in psychological and pedagogical disciplines.

При этом базовый уровень считается основным, так как обеспечивает мотивацию к общению и возможности развития коммуникативной компетентности, облегчая или усложняя этот процесс.

Базовые коммуникативные характеристики во многом определяют своеобразие познавательных схем, на основе которых разрабатываются коммуникативные программы (содержательный уровень), и оригинальность развития коммуникативных умений и навыков (инструментальный уровень). Содержательный уровень обеспечивает перевод профессиональных (лечебных) задач в коммуникативные, а также построение коммуникативных программ и планов. Инструментальный уровень включает в себя общие (например, навыки аудирования) и профессиональные коммуникативные умения и навыки (например, приемы объединения с пациентом) [3]. В соответствии с этим подходом формирование коммуникативной компетентности врача осуществляется по модульным принципам, каждый из которых направлен на развитие соответствующих уровней коммуникативной компетентности. Наряду с многоуровневым подходом к пониманию коммуникативной компетентности, а также ее формированием через развитие соответствующих уровней в настоящее время разрабатываются многокомпонентные модели формирования коммуникативной компетентности будущих специалистов [4].

Результаты и обсуждение

Таким образом, мы можем утверждать, что в настоящее время коммуникативная компетентность специалиста рассматривается как целостное, многоуровневое (многокомпонентное) понятие, включающее в себя социально-психологические, психолого-педагогические и лингвистические параметры (качества). При этом необходимо отметить следующие особенности коммуникативной компетентности врача и ее специфику.

1. Врачу, как никому другому, очень часто приходится работать в ситуациях дефицита времени и повышенной ответственности за принятие жизненно важных решений относительно стратегии лечения пациента, а также сообщать важную информацию пациентам или их родственникам.

Высокая цена ошибки, которая является существенной отличительной чертой профессиональной деятельности врача. Кроме того, любая информация, передаваемая, например, родственникам пациента, в том числе информация об угрозе здоровью или жизни пациента, в большинстве случаев порождает стрессовую ситуацию, последствия которой не всегда можно предсказать, особенно когда общение происходит с родственниками неизлечимо больных пациентов; вместе с тем врачу приходится общаться с так называемыми трудными пациентами.

In addition, it is necessary to realize the optimal level of development of these qualities. For example, empathy is a very important quality of a doctor's personality, but emphasis on the emotive type will necessarily lead to professional burnout with all the ensuing consequences. Introversion makes interpersonal communication difficult, but extroversion in its extreme expression will negatively affect the doctor's activities.

2. Working out techniques for establishing contact and joining a "difficult" patient. Establishing contact in communication begins with eye contact (we will focus on this below), greetings and addresses by name and patronymic. Greeting "hello" in the professional activity of a doctor is simply unacceptable! The techniques of verbal establishing contact include: small talk (conversation on a neutral topic), open questions and informing. The purpose of a small conversation is to create an atmosphere of security, check readiness for contact, search for ways to deepen contact, if necessary. That is, a small conversation should be pleasant and should involve the patient in communication. The purpose of open questions is to maintain an atmosphere of security, the location of the interlocutor to openness, choosing the optimal degree of trust and openness, as well as collecting the necessary information. Along the way, we note that closed questions allow you to seize the initiative in managing the dialogue, while alternative ones exert mild pressure. The purpose of informing is to engage in communication by providing the interlocutor with information that interests him. Joining the interlocutor is usually carried out through joining by interest, attitude and emotional state.

3. The use of verbal techniques and non-verbal signals that helps to improve communication. The ability to hear and understand what has been said is one of the main conditions for improving communication, therefore, the development of active listening techniques is an important link in the formation of interpersonal communication skills. The techniques of active listening include: repetition technique (verbalization, step A — quoting, verbatim repetition of the words of the interlocutor), paraphrasing technique (verbalization, step B — brief transmission of the meaning of the interlocutor's message in their own words or using the formulations of the interlocutor), interpretation technique (verbalization, step B — interpretation of what the partner said). Most psychologists attribute negative assessments, ignoring the interlocutor and egocentrism to verbal techniques that worsen understanding in communication (searching for answers only to problems that concern us). In addition, we must not forget that in the process of transmitting information, its loss, distortion and addition occur. Often, distortion and addition are caused by apperception, i.e. the dependence of perception on past life experience, on the orientation of the personality and some personal characteristics. However, this is no less often due to the fact that the information is new to the interlocutor, its volume is large for perception from the voice, it is unstructured and the speaker does not intonationally highlight the most important points.

Ко второй категории некоторые авторы относят депрессивных больных с высоким риском суицидального поведения, лиц с тревожно-ипохондрической акцентуацией характера, больных — врачей по профессии, больных-интровертов, замкнутых в своем внутреннем мире, пожилых людей с психическими расстройствами на фоне прогрессирующего атеросклероза с ухудшением памяти, нарушением концентрации внимания, с интеллектуальным снижением или с неадекватными эмоциями, не соответствующими физическому состоянию [4].

Ряд исследователей к «трудным» типам относят истероидных, ананкастных (обсессивно-компульсивных), возбудимых, избегающих, зависимых, пассивно-агрессивных, параноидальных, шизоидных, нарциссических и асоциальных личностей с разной степенью расстройства [5]. По нашему твердому убеждению, во-первых, обучение общению будущего врача с такими пациентами должно проходить обязательно на кафедрах, где изучается клиническая психология; во-вторых, это должно происходить после получения обучаемыми необходимых знаний и закрепления соответствующих навыков по психолого-педагогическим дисциплинам. Более того, должен быть достигнут оптимальный уровень развития этих качеств.

Например, эмпатия — очень важное качество личности врача, но упор на эмотивный тип обязательно приведет к профессиональному выгоранию со всеми вытекающими последствиями. Интроверсия затрудняет межличностное общение, а экстраверсия в крайнем своем выражении будет негативно сказываться на деятельности врача.

2. Для врача необходима отработка техники установления контакта и присоединения к «трудному» пациенту. Установление контакта в общении начинается со зрительного контакта (на этом мы остановимся ниже), приветствий и обращений по имени и отчеству.

Фамильярное приветствие и общение в профессиональной деятельности врача просто недопустимо! К приемам вербального установления контакта относятся непринужденная беседа ("smalltalk"), открытые вопросы и информирование. Цель короткой беседы — создать атмосферу безопасности, проверить готовность к контакту, найти пути углубления контакта, если это необходимо. То есть беседа должна быть приятной и вовлекать пациента в общение. Целью открытых вопросов является поддержание расположения собеседника к открытости, достижение оптимальной степени доверия и открытости, а также сбор необходимой информации. Попутно отметим, что закрытые вопросы позволяют перехватить инициативу в ведении диалога, а альтернативные оказывают мягкое давление. Цель информирования — вступить в коммуникацию путем предоставления собеседнику интересующей его информации. Привлечение собеседника к откровенной беседе обычно осуществляется через учет его интересов, самочувствия и эмоционального состояния.

Of the many nonverbal signals that contribute to improving interpersonal communication (open posture, lively facial expression, friendly look, etc.), let's pay attention to those that a doctor cannot always use, since he often communicates with bedridden patients. For example, finding the eyes of the interlocutors at the same level in the vertical plane simplifies communication, as does the inclination of the body to the interlocutor (acute angle) when talking while sitting. In addition, we must not forget that only professionally conditioned or ritualized touches are allowed.

4. Demonstration of confident behavior, exclusion of insecure (passive-aggressive) and aggressive behavior. As a rule, patients trust a self-confident specialist more, so it is necessary to increase their own confidence, to understand which signs demonstrate confident behavior and which do not. At the behavioral level, the signs of confident behavior include a friendly look when establishing contact with the interlocutor, a calm facial expression, an open pose, the appropriateness of actions and movements, etc. Uncertainty manifests itself through a "running" look, tense facial expression, closed posture, inappropriate actions and movements, inconsistency of the content of speech with facial expressions, posture, gestures, etc. As for aggressive behavior, on the verbal and non-verbal levels, it is expressed in a pose of superiority, belittling the interlocutor, irritated, patronizing tone, ignoring the rights of another person, categoricity, rudeness, insult, sarcasm, irony. Aggressive behavior is hostile, therefore it does not promote interpersonal communication.

5. Mastering the methods and skills of argumentation of one's point of view, decision, position. You can read about argumentation methods in a large number of sources, but you can master them only with the help of practical classes and trainings, and even then not from the first time. It is especially difficult to argue your point of view with a significant number of opinions, when everyone is 100% sure of the correctness of their opinion. In our opinion, the method of gradual consent is most effective in this case, when the whole chain of reasoning is gradually presented to the interlocutors, starting with the one with which he agrees. The main thing here is that the interlocutor gradually agrees with the proposed facts. Working out this method takes a lot of time, but its use in further professional practice will allow you to be more convincing in the argumentation of your position.

6. Knowledge of strategies (styles) of behavior in conflict situations and techniques for regulating tension in conflict resolution. In accordance with the generally accepted theory of K. Thomas, there are five strategies (styles) of behavior in a conflict situation: cooperation, rivalry (struggle, confrontation), compromise, adaptation, avoidance (withdrawal). Interpreting the results of the Thomas questionnaire, many psychologists claim that the optimal result is indicators from 5 to 7 points on each scale.

3. Врач должен владеть вербальными приемами и понимать невербальные сигналы, помогающие улучшить общение. Умение слышать и понимать сказанное является одним из основных условий совершенствования общения, поэтому освоение приемов активного слушания является важным звеном в формировании навыков межличностного общения. К приемам активного слушания относятся: прием повторения (вербализация, шаг А — цитирование, дословное повторение слов собеседника), прием перефразирования (вербализация, шаг Б — краткая передача смысла сообщения собеседника своими словами или с использованием формулировки собеседника), прием интерпретации (вербализация, шаг С — интерпретация сказанного партнером). Негативные оценки, игнорирование собеседника и эгоцентризм большинство психологов относят к вербальным приемам, ухудшающим понимание в общении (поиск ответов только на волнующие нас проблемы). Кроме того, нельзя забывать, что в процессе передачи информации происходят упущения, искажения и дополнения. Часто искажение и дополнение вызываются апперцепцией, т. е. зависимостью восприятия от прошлого жизненного опыта, от направленности личности и некоторых личностных особенностей. Однако не менее часто это связано с тем, что информация является новой для собеседника, ее объем велик для восприятия на слух, она неструктурирована и говорящий не выделяет интонационно наиболее важные моменты. Из множества невербальных сигналов, способствующих улучшению межличностного общения (открытая поза, живое выражение лица, доброжелательный взгляд и др.), обратим внимание на те, которые врач не всегда может использовать, так как часто общается с лежащими пациентами, например: нахождение глаз собеседников на одном уровне в вертикальной плоскости упрощает общение; наклон туловища к собеседнику (острый угол) при разговоре сидя. Кроме того, нельзя забывать, что допускаются только профессионально обусловленные или ритуализированные прикосновения.

4. Демонстрация уверенного поведения, исключение неуверенного (пассивно-агрессивного) и агрессивного поведения важны для врача. Как правило, пациенты больше доверяют уверенному в себе специалисту, поэтому необходимо повышать собственную уверенность, понимать, какие признаки свидетельствуют об уверенном поведении, а какие — нет. На поведенческом уровне к признакам уверенного поведения относятся доброжелательный взгляд при установлении контакта с собеседником, спокойное выражение лица, открытая поза, уместность действий и движений и т. д. Неуверенность проявляется через «бегающий» взгляд, напряженную мимику, замкнутую позу, неадекватные действия и движения, несоответствие содержания речи мимике, позе, жестам и др. Что касается агрессивного поведения, то на вербальном и невербальном уровнях оно выражается в позе превосходства, принижении собеседника, раздраженном, покровительственном тоне, игнорировании прав другого человека, категоричности, грубости, оскорблениях, сарказме, иронии. Агрессивное поведение носит враждебный характер, поэтому не способствует межличностному общению.

This suggests the need to use all five strategies (styles) of behavior in conflict situations equally. In addition, for the successful resolution of the conflict, the indicators of active actions (cooperation and rivalry) should prevail over the indicators of passive actions (adaptation and avoidance), as well as the indicators of joint actions (cooperation and adaptation) should be greater than the indicators of individual actions (competition and avoidance). Agreeing with this approach, we emphasize that for a doctor, the main strategy of behavior in a conflict situation is cooperation, while rivalry can only be used for tactical purposes, and avoidance can only be used if the patient is transferred to another specialist for treatment. Choosing a particular strategy of behavior in a conflict situation, it is important to understand not only yourself, but also the patient (patients), especially if the patient has a pronounced accentuation of at least one of such types as excitable, stuck, hyperthymic, cycloid and demonstrative. As a rule, individuals with similar types of accentuations are not just conflicted, but also active in conflicts, so taking into account their individual psychological characteristics is simply necessary. In addition to taking into account the individual psychological characteristics of patients, it is necessary to know the general rules for regulating tension in a conflict situation. For example, impersonal communication, avoiding eye contact, going "personal", accusations, interrupting the interlocutor, non-recognition of one's wrongness increase tension in a conflict situation. On the other hand, addressing by name, a calm pace of communication, eye contact, listening to the interlocutor, referring to facts reduce tension. For example, the skills of effective communication through electronic communication, the culture of speech (oral and written), ethics and etiquette of communication or other components. But this is not the subject of this article. In line with the above approaches to the consideration of communicative competence, we analyzed the components of the instrumental level, i.e. psychological techniques, skills and abilities of interpersonal communication.

Conclusions

1. The communicative competence of a specialist is an integral, multilevel (multicomponent) concept, including socio-psychological, psychological-pedagogical and linguistic parameters (components).
2. The formation of the future doctor's communicative competence should be carried out during the entire period of training both at psychological and pedagogical, and specialized departments.
3. The development of communication skills (techniques) as components of communicative competence requires a long time and is possible only during practical classes or trainings.

5. Врач должен овладеть приемами и навыками аргументации своей точки зрения, решения, позиции. О методах аргументации можно прочитать в большом количестве источников, но освоить их можно только с помощью практических занятий и тренингов, да и то не с первого раза. Особенно сложно аргументировать свою точку зрения при значительном количестве мнений, когда каждый на 100% уверен в правильности своего мнения. На наш взгляд, наиболее эффективен в этом случае метод постепенного согласия, когда собеседнику постепенно предъявляется вся цепочка рассуждений, начиная с той, с которой он согласен. Здесь главное, чтобы собеседник постепенно соглашался с предложенными фактами. Отработка этого метода требует много времени, но его использование в дальнейшей профессиональной практике позволит вам быть более убедительным в аргументации своей позиции.

6. Важно для врача и знание стратегий (стилей) поведения в конфликтных ситуациях и приемов регулирования напряженности при разрешении конфликтов. В соответствии с общепринятой теорией К. Томаса, выделяют пять стратегий (стилей) поведения в конфликтной ситуации: сотрудничество, соперничество (борьба, противостояние), компромисс, приспособление, избегание (уход). Интерпретируя результаты опросника Томаса, многие психологи утверждают, что оптимальным результатом являются показатели от 5 до 7 баллов по каждой шкале. Это говорит о необходимости использования всех пяти стратегий (стилей) поведения в конфликтных ситуациях в равной степени. Кроме того, для успешного разрешения конфликта показатели активных действий (сотрудничества и соперничества) должны преобладать над показателями пассивных действий (адаптация и избегание), а также показатели совместных действий (сотрудничества и адаптации) должны быть больше, чем показатели индивидуальных действий (конкуренция и избегание).

Соглашаясь с таким подходом, подчеркнем, что для врача основной стратегией поведения в конфликтной ситуации является сотрудничество, в то время как соперничество может быть использовано только в тактических целях, а избегание — только в случае передачи больного для лечения к другому специалисту. Выбирая ту или иную стратегию поведения в конфликтной ситуации, важно понимать не только себя, но и пациента (пациентов), особенно если у больного имеется выраженная акцентуация хотя бы одного из таких типов, как возбудимый, застревающий, гипертимный, циклоидный и демонстративный. Как правило, лица с подобными типами акцентуаций не просто конфликтны, но конфликтны активно, поэтому учет их индивидуально-психологических особенностей просто необходим.

Помимо учета индивидуально-психологических особенностей больных, необходимо знать общие правила регулирования напряженности в конфликтной ситуации.

ного контакта, переход на личности, обвинения, перебивание собеседника, непризнание своей неправоты усиливают напряженность в конфликтной ситуации. Вместе с тем обращение по имени, спокойный темп общения, зрительный контакт, выслушивание собеседника, обращение к фактам снижают напряжение. Кроме того, помогают снизить напряжение и навыки эффективного общения посредством электронного общения, культура речи (устной и письменной), владение этикой и этикетом общения или другие составляющие. Однако это не тема данной статьи. В русле изложенных выше подходов к рассмотрению коммуникативной компетентности мы проанализировали компоненты инструментального уровня, т. е. психологические приемы, навыки и умения межличностного общения.

Выводы

1. Коммуникативная компетентность специалиста представляет собой целостное, многоуровневое (многокомпонентное) понятие, включающее социально-психологические, психолого-педагогические и лингвистические параметры (компоненты).

2. Формирование коммуникативной компетентности будущего врача должно осуществляться в течение всего периода обучения как на психолого-педагогических, так и на профильных отделениях.

3. Развитие коммуникативных умений (приемов) как компонентов коммуникативной компетентности требует длительного времени и возможно только на практических занятиях или тренингах.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ледванова Т. Ю., Коломейчук А. В. Формирование коммуникативной компетентности врача. Актуальные вопросы психотерапии и клинической психологии. Педагогика и образование. URL: <https://medconfer.com/node/5186> (accessed: 05.03.2015).
2. Андриянова Е. А., Носкова С. В. Компетентностная модель выпускника медицинского вуза // Педагогические технологии реализации компетентностного подхода в современном медицинском образовании. Сборник статей межрегиональной научно-практической конференции. Саратов: Изд-во СГМУ, 2009. С. 9–18.
3. Парфенова Т. А. Формирование коммуникативной компетенции бакалавров в образовательном пространстве вуза. URL: <http://scipress.ru/philology/article/> (accessed; 31.08.2015).
4. Васильева Л. Н. О программе формирования коммуникативной компетентности врача // Историческая и социально-образовательная мысль. 2014. № 2. 205 с.
5. Клиническая психология: учебник для вузов / ред. Б. Д. Карвасарский. 5-е изд. СПб.: Питер, 2014. 896 с.

REFERENCES

1. Ledvanova T. Yu., Kolomeychuk A. V. Formation of communicative competence of the doctor. Topical issues of psychotherapy and clinical psychology // Pedagogy and Education. URL: <https://medconfer.com/node/5186> (accessed: 05.03.2015).
 2. Andriyanova E. A. Competence model of the graduate of medical high school // Conference. Saratov: Publisher house of the State Medical University, 2009. P. 9–18.
 3. Parfenova T. A. The formation of communicative competence of bachelors in the educational space of the university. URL: <http://scipress.ru/philology/article/> (accessed: 31.08.2015).
 4. Vasil'yeva L. N. About the program of formation of communicative competence of the doctor // Historical and social education although. 2014. P. No. 2. 205 p.
 5. Karvasarskiy B. D., ed. Clinical psychology: Textbook for high schools. 5th ed. Saint Petersburg: Piter, 2014. 896 p.
- Например, безличное обращение, избегание зритель-

Received November 20, 2022

Материал поступил в редакцию 20.11.2022