

Александрова Елена Владимировна

студентка

Научный руководитель

Наумцева Елена Александровна

канд. психол. наук, доцент

ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский
университет «Высшая школа экономики»

г. Москва

КОУЧИНГОВАЯ МОДЕЛЬ КОММУНИКАЦИИ ВРАЧА С ИИ-ИНФОРМИРОВАННЫМ ПАЦИЕНТОМ: ОПЫТ РАЗРАБОТКИ МОДЕЛИ «КОНТУР ИИ»

Аннотация: в статье представлена модель коучинговой коммуникации врача с ИИ-информированным пациентом (модель «КОНТУР ИИ»). Теоретическую основу составили исследования последних лет в области цифровой медицины, стандарты пациент-ориентированной помощи совместного принятия решений, Калгари-Кембриджской модели коммуникации и подходы доказательного коучинга.

Выборку составили 48 медиков (респонденты опроса) и 10 коучей с опытом работы с медицинскими организациями

Модель адаптирует классическую структуру медицинской консультации к новой цифровой реальности и дополняется практическими инструментами внедрения, включая концепцию цифрового тренажёра, систему тестирования микро-навыков и сценарии диалогов.

Ключевые слова: коучинговая коммуникация, ИИ-информированный пациент, коммуникация врача и пациента, Калгари-Кембриджская модель, пациент-ориентированная медицинская помощь, подход совместного принятия решений врачом и пациентом, доказательный коучинг, цифровая медицина, цифровой тренажер.

Автор благодарит руководителя программы ДПО «Коучинг в организации» Наталью Викторовну Антонову и своего научного руководителя Елену Александрову Наумцеву за поддержку и менторинг в процессе учебы и научной работы. Спасибо экспертам за неравнодушие к теме работы и полезные комментарии.

Введение.

Исследования показывают, что доля людей, ищущих медицинскую информацию онлайн, за последние десятилетия постоянно растет [14; 20; 21]. Сегодня для многих пациентов путь в медицинский кабинет начинается не с регистратуры, а с поисковой строки или генеративного ИИ-сервиса [12; 21].

Для врача это оборачивается новой конфигурацией общения. Теперь нужно обсуждать не только симптомы, обследования и лечение, но и то, как пациент понял полученную онлайн-информацию, чему поверил и что именно его напугало. На практике это означает рост коммуникативной нагрузки при прежнем времени приема [13; 15].

Генеративные ИИ-сервисы создают у человека ощущение персонального и внимательного диалога. За счет этого их ответы могут восприниматься как убедительные даже тогда, когда они неточны, избыточно тревожны или плохо соотносятся с конкретной клинической ситуацией [8; 10; 17].

Для уточнения практической значимости этой темы был проведен предпроектный опрос 48 врачей амбулаторного и стационарного звена. Опрос был направлен на выявление частоты контактов с ИИ-информированными пациентами, основных трудностей в консультации и потребности в специальных инструментах коммуникации.

По данным опроса, 70,8% респондентов указали, что отдельная методика общения с такими пациентами определенно нужна или скорее нужна. Готовность попробовать краткую методику общения выразили 60,4% респондентов. При этом 35,4% респондентов в той или иной степени согласились с тем, что ИИ и интернет могут снижать доверие пациента к мнению врача. В открытых ответах врачи описывали сходную проблему: пациент доверяет не только врачу, но и второму мнению, которое он получил от цифрового сервиса.

Отдельный блок ответов показал, каких эффектов врачи ожидают от подобного инструмента:

– 45,8% респондентов связывают его с повышением готовности пациентов следовать рекомендациям врача;

– 41,7% – с повышением доверия к врачу как к эксперту;

– 39,6% – с сокращением времени на обсуждение интернет- или ИИ-диагноза;

– 18,8% – со снижением стресса врача на приеме.

Для части специалистов трудность состоит в отсутствии понятной модели разговора. Одни стараются не замечать цифровой контекст и быстро возвращают беседу к классическому сбору жалоб. Другие, напротив, пытаются обсуждать с пациентом его онлайн-опыт, но действуют интуитивно и не всегда понимают, как удержать границы профессиональной роли. В результате даже обычный прием может смещаться в сторону оправдания, спора или скрытого конфликта [13; 15].

Теоретическая рамка.

Базой для разработки модели стали несколько доказательных подходов к медицинской коммуникации.

Первой опорой стала концепция пациент-ориентированной медицинской помощи (patient-centred care), в которой пациент рассматривается не как пассивный объект лечения, а как участник процесса со своими представлениями, ценностями и контекстом [4; 11].

Второй опорой стал подход совместного принятия решений врачом и пациентом (shared decision-making). Он предусматривает обсуждение вариантов, неопределенности и совместного выбора дальнейших действий. В ситуации ИИ-информированного пациента этот подход помогает не бороться за символическую правоту, а возвращать разговор к медицинским основаниям решения [9; 13].

Третья рамка – Калгари-Кембриджская модель (Calgary-Cambridge guide). Она позволяет разложить консультацию на этапы и описать наблюдаемые коммуникативные навыки врача. Для образовательных целей это принципиально:

модель должна быть не только концептуально убедительной, но и пригодной для обучения, наблюдения и обратной связи [6; 19].

Методологическим основанием также выступили принципы доказательного коучинга. В данном проекте коучинговый подход понимается как структурированный способ поддержать осмысление пациентом собственной ситуации, не подменяя при этом клиническое решение «мягким убеждением» [1; 2; 5]. Это важно и для академической, и для практической легитимности модели.

Дополнительное значение имел фокус на модель ICE (идеи, опасения, ожидания пациента) [22]. С помощью этого подхода был расширен второй этап модели для выявления источника тревоги. Иными словами, врачу важно понимать не только что именно думает пациент, но и как эти представления были усилены или сформированы в результате взаимодействия с ИИ-сервисом.

Методика.

Проект носил практико-ориентированный характер и включал несколько этапов. Сначала был проведен обзор международной литературы по интернет- и ИИ-информированным пациентам, влиянию онлайн-поиска на отношения врача и пациента, а также по применению коучинговых и коммуникативных тренингов для врачей [7; 13–16; 18].

Затем был организован опрос врачей ($n = 48$), с вопросами о частоте встреч с ИИ-информированными пациентами, типичных трудностях и запросах к обучению.

На следующем этапе на основе анализа данных и теоретической рамки была сконструирована модель «КОНТУР ИИ» как адаптация пятиэтапной структуры Калгари-Кембриджской модели с добавлением отдельной ИИ-оси. Для каждого этапа были описаны микро-навыки врача, типичные реплики пациента и удачные и неудачные варианты реакции врача; эти материалы легли в основу банка диалогов и методики создания тренажера для развития микро-навыков врача.

Финальный этап включал экспертную оценку модели коучами ($n = 10$), имеющими опыт работы с медицинскими организациями и обучением врачей

техникам коммуникации, врачами терапевтического профиля и руководителями медицинских учреждений.

В группу экспертов вошли: 6 коучей с опытом работы более 10 лет и доказанным опытом работы с медицинскими организациями и врачами; 3 практикующих врача терапевтического профиля, 1 руководитель медицинской организации без врачебной практики.

Эксперты оценивали модель по 10-балльной шкале по четырем критериям.

1. Актуальность модели для практикующих врачей
2. Логическая связность модели, и последовательность,
3. Соответствие заявленной цели
4. Понятность и структурированность описания модели

Модель «КОНТУР ИИ».

Модель сохраняет логику клинического интервью, и при этом вводит специальную работу с цифровым опытом пациента как с отдельным фактором консультации. Это позволяет врачу сохранять ведущую экспертную роль и снижать риск коммуникативного конфликта.

Этапы диалога в рамках модели.

К – Контакт и контракт.

На первом этапе врачу важно с самого начала задать безопасный и профессиональный формат беседы. Он легализует сам факт обращения пациента к цифровым источникам: «Перед приемом многие что-то читают или спрашивают у ИИ-сервисов. Мне важно понять, что именно вы уже успели узнать и как это на вас повлияло». Такая формулировка снижает защитную реакцию и открывает пространство для дальнейшего разговора.

О – Обнаружение ИИ-опыта.

На этом этапе врач выясняет, с какими цифровыми сервисами взаимодействовал пациент, какие вопросы задавал и какие ответы получил. По сути, речь идет о дополнении анамнеза цифровым контекстом. Здесь же целесообразно использовать ИИ-ИСЕ: какие идеи о диагнозе сложились у пациента, какие тревоги усилились, чего он теперь ждет от приема.

Н – Наблюдение.

Далее врачу важно перевести разговор из плоскости мнений в плоскость клинической проверки. Осмотр, анализы, данные обследования и динамика симптомов предъявляются как способ проверить разные гипотезы, включая те, которые возникли после общения с ИИ. Это помогает избежать конфронтации и сохранить рабочий альянс

Т – Трансляция смыслов.

На этом этапе врач сопоставляет клинические данные с цифровыми выводами и объясняет пациенту, где именно возникает расхождение. Ключевая задача – показать, почему общая информация не равна решению по конкретному человеку. Здесь особенно важен ясный язык, короткие объяснения и уважение к попытке пациента разобраться в своей ситуации.

УР – Уточнение и резюме.

В завершение врач фиксирует план действий, признаки, за которыми нужно наблюдать, и правила обращения к цифровым источникам дальше. Важно, чтобы пациент понимал: если новый ответ ИИ снова вызовет тревогу, это не основание самостоятельно менять терапию, а повод вернуться к обсуждению. Таким образом, консультация заканчивается не запретом на цифровые инструменты, а выстроенной рамкой их безопасного использования.

Таблица 1

Сравнение консультации по Калгари Кембриджской модели
и по модели «КОНТУР ИИ»

Аспект	Консультация по Калгари Кембриджской модели	Консультация по модели «КОНТУР ИИ»
Отношение к интернет-/ИИ-поиску пациента	Может игнорироваться или восприниматься как помеха	Признается как легитимная часть опыта пациента и ресурс для диалога
Работа с ICE	ICE обсуждается, но цифровые источники не выделяются отдельно	Выделяется ИИ-ICE: идеи, тревоги и ожидания, сформированные ИИ-ответами
Позиция врача	Риск ухода в патернализм или, наоборот, чрезмерную подстройку	Экспертная роль врача обозначена явно, ИИ рассматривается как инструмент, а не как «второй врач»

Управление временем	Обсуждение ИИ-ответов иногда происходит стихийно и «съедает» время	Возможность ИИ-анализа пациентом включается в диалог явно и структурируются по этапам, что снижает время непродуктивного обсуждения
Работа с выгоранием врача	Высокая нагрузка и конфронтация с информацией из Интернета усиливают фрустрацию	Наличие понятной модели снижает ощущение беспомощности и обесценивания своей экспертности, помогает удерживать границы

Оценка экспертами.

Экспертная апробация показала, что модель воспринимается как понятная и практически применимая. По данным экспертной оценки, средняя оценка актуальности модели для практикующих врачей составила 7,6 балла из 10, логической связности и последовательности шагов – 8,9 балла из 10, соответствия модели заявленной цели – 8,9 балла из 10, а понятности и структурированности описания – 8,8 балла из 10.

В более детализированном анализе видно, что коучи, работающие с медицинской сферой, оценили актуальность модели в среднем на 7,17 балла, логическую связность на 9,33, соответствие цели на 9,00, а понятность описания на 9,17 балла. Практикующие врачи, участвовавшие в экспертной оценке, дали еще более высокую оценку актуальности – 8,67 балла; логическая связность модели в этой группе оценена в среднем на 9,00, а соответствие цели на 9,33 балла.

Эксперты также указали на ограничения. Прежде всего, модель требует адаптации под разные организационные условия: амбулаторный прием, стационар, телемедицину, обучение ординаторов и программы повышения квалификации. Кроме того, было отмечено, что внедрение будет эффективнее, если модель сразу сопровождать простыми учебными инструментами, а не ограничиваться теоретическим описанием.

Практические инструменты.

Практическая ценность модели состоит в том, что она может быть быстро переведена в формат обучения. На ее основе были разработаны сценарии типовых случаев, концепт и MVP цифрового тренажера для отработки навыков.

Тренажер задуман как симуляция диалога врача и пациента, в которой врач сталкивается с разными типами ИИ-информированных пациентов: тревожным, убежденным, конфликтным, скрывающим цифровой поиск, ориентированным на готовое решение от алгоритма. В зависимости от выбора реплик участник получает обратную связь по этапам модели «КОНТУР ИИ», качеству работы с ИИ-ICSE и способности удерживать профессиональную позицию.

Такие инструменты хорошо вписываются в российские практики развития пациент-центрированности медицинских организаций, где уже используются проекты по повышению удовлетворенности пациентов и качеству взаимодействия с медицинским персоналом [3; 4]. Для коучей и внутренних тренеров модель «КОНТУР ИИ» может стать готовой рамкой, к которой подключаются как стандартные коучинговые техники, так и специфические темы ИИ и цифровой медицины [1; 2; 5].

Выводы.

Распространение генеративных ИИ-сервисов меняет не только доступ пациента к информации, но и саму структуру ожиданий от приема врача. Сегодня специалисту все чаще приходится работать сразу в двух регистрах: с клиническими данными и с цифровой интерпретацией болезни, которую пациент уже принес с собой.

Проведенный опрос показывает, что для части врачей эта ситуация стала устойчивым источником дополнительной нагрузки, коммуникативного напряжения и профессиональной неопределенности. В частности, 70,8% респондентов считают разработку и внедрение специальной методики общения с ИИ-информированными пациентами необходимой или скорее необходимой, 60,4% респондентов готовы попробовать такую методику в собственной практике.

Модель «КОНТУР ИИ» предлагает такой алгоритм. Она задает врачу рабочую рамку: как признать цифровой опыт пациента, извлечь из него значимую информацию, перевести разговор в клиническую плоскость и при этом сохранить доверие, структуру приема и профессиональное лидерство.

С практической точки зрения особую ценность представляет возможность обучения этой модели через цифровой тренажер. Именно сочетание концептуальной рамки и инструмента отработки навыков делает проект пригодным не только для обсуждения, но и для внедрения в образовательную и клиническую практику.

В качестве направления следующих исследований можно наметить расширенную эмпирическую проверку модели, включая оценку ее влияния на качество коммуникации, удовлетворенность врачей и пациентов, а также на устойчивость клинического взаимодействия.

Список литературы

1. Антонова Н.В. Развитие evidence-based (научно обоснованного) коучинга в России: проблемы и направления исследований / Н.В. Антонова // Коучинг и наставничество: теория и практика: материалы I Всероссийской научно-практической конференции. – 2024. – С. 97–104. – EDN FDZBMP

2. Антонова Н.В. Проблема эффективности коучинга: исследования в рамках психологии коучинга (coaching psychology) / Н.В. Антонова, Е.А. Наумцева // Журнал современной зарубежной психологии. – 2022. – Т. 11. №1. – С. 94–103. DOI 10.17759/jmfr.2022110109. – EDN SYKMTK

3. Взаимодействие врача и пациента на амбулаторном этапе: эффективная коммуникация как фактор качества лечения / М.Е. Балашова, А.И. Рябошапко, Т.С. Балашова [и др.] // Пермский медицинский журнал. – 2025. – Т. 42. №1. – С. 105–111. – DOI: 10.17816/pmj4211051-11. – EDN WEIBNG

4. Навыки эффективного общения для оказания пациент-ориентированной медицинской помощи. Российский опыт симуляционных тренингов в сфере клинических навыков общения: методическое пособие / Н.А. Ботгаев, К.А. Горина, Д.М. Грибков [и др.]. – М.: РОСОМЕД, 2018.

5. Наумцева Е.А. Коучинг сопровождения организационных изменений: разработка модели когнитивно-поведенческого коучинга «Диалоги об изменениях в компании / Change talks» / Е.А. Наумцева // Психология коучинга: методология, теория, практика: материалы I Всероссийской научно-практической

конференции с международным участием. – 2025. – С. 110–114. – DOI: 10.31483/r-138122. EDN ZUZSMN

6. Baniaghil A.-S., Dehghan-Nayeri N., Mazaheri M.A., Zareiyan A. Effect of Communication Skills Training Using the Calgary-Cambridge Model on Interviewing Skills Among Midwifery Students: A Randomized Controlled Trial // *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 2022. Vol. 27. No. 3. Pp. 246–253.

7. Boissy A., Windover A.K., Bokar D [et al.]. Communication Skills Training for Physicians Improves Patient Satisfaction // *Journal of General Internal Medicine*. 2016. Vol. 31. No. 7. Pp. 755–761. DOI: 10.1007/s116060-163-5972. EDN TIUZVX

8. Ceney A., Tolond S., Glowinski A [et al.]. The Diagnostic and Triage Accuracy of Digital and Online Symptom Checkers: A Systematic Review // *PLOS One*. 2021. Vol. 16. No. 10. e0259323. DOI: 10.1371/journal.pone.0259323.

9. Elwyn G., Frosch D., Thomson R [et al.]. Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice // *Journal of General Internal Medicine*. 2012. Vol. 27. No. 10. P. 1361–1367. DOI: 10.1007/s116060-122-0776. EDN ZBWEZP

10. Hryciw B.N., Fortin Z., Ghossein J., Kyeremanteng K. Doctor-Patient Interactions in the Age of AI: Navigating Innovation and Expertise // *Frontiers in Medicine*. 2023. Vol. 10. 1040926. DOI: 10.3389/fmed.2022.1040926.

11. Iversen E. D., Jensen T. M., Halling A [et al.]. Communication Skills Training: A Means to Promote Time-Efficient Patient-Centered Communication in Clinical Practice // *Journal of Patient-Centered Research and Reviews*. 2021. Vol. 8. No. 3. P. 220–228. DOI: 10.17294/23300-698.1829.

12. Li S., Wang K. Sharing Online Health Information With Physicians: Understanding the Associations Among Patient Characteristics, Directness of Sharing, and Physician-Patient Relationship // *Frontiers in Psychology*. 2022. Vol. 13. 839723. DOI: 10.3389/fpsyg.2022.839723. EDN AFSZHK

13. Lu X., Schulz P.J. Physician Perspectives on Internet-Informed Patients: Systematic Review // *Journal of Medical Internet Research*. 2024. Vol. 26. No. 1. e47620. DOI: 10.2196/47620. EDN ELSWZA

14. Luo A., Qin L. The Effect of Online Health Information Seeking on Physician-Patient Relationships: Systematic Review // *Journal of Medical Internet Research*. 2022. Vol. 24. No. 2. e34668. DOI: 10.2196/34668. EDN MDLJMB
15. Murray E., Lo B., Pollack L [et al.]/ The Impact of Health Information on the Internet on Health Care and the Physician-Patient Relationship: National U.S. Survey Among 1,050 U.S. Physicians // *Journal of Medical Internet Research*. 2003. Vol. 5. No. 3. e17. DOI: 10.2196/jmir.5.3.e17.
16. Pollak K. I., Alexander S. C., Ostbye T [et al.]. Effect of a Coaching Intervention to Improve Cardiologist Communication: A Randomized Clinical Trial // *JAMA Internal Medicine*. 2023. Vol. 183. No. 1. Pp. 23–31.
17. Rosen R. How Is Technology Changing Clinician-Patient Relationships? // *BMJ*. 2024. Vol. 384. q574. DOI: 10.1136/bmj.q574. EDN ENFUMY
18. Seiler A., Knee A., Shaaban R [et al.]. Physician Communication Coaching Effects on Patient Experience // *PLOS One*. 2017. Vol. 12. No. 7. e0180294. DOI: 10.1371/journal.pone.0180294.
19. Silverman J., Kurtz S., Draper J. *Skills for Communicating with Patients*. 2nd ed. Oxford: Radcliffe Publishing, 2005.
20. Tan S. S.-L., Goonawardene N. Internet Health Information Seeking and the Patient-Physician Relationship: A Systematic Review // *Journal of Medical Internet Research*. 2017. Vol. 19. No. 1. e9. DOI: 10.2196/jmir.6309.
21. Wang X., Cohen R.A. Health Information Technology Use Among Adults: United States, July-December 2022 // *NCHS Data Brief*. 2023. No. 482. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics. DOI: 10.15620/cdc:133700.
22. Matthys J., Elwyn G., Van Nuland M. [et al.]. Patients' ideas, concerns, and expectations (ICE) in general practice: impact on prescribing // *British Journal of General Practice*. 2009. Vol. 59. No. 558. Pp. 29–36. DOI: 10.3399/bjgp09X394833.