

Медицинская психология в России. 2022. Т. 14, № 1.  
*Med. psihol. Ross.*, 2022, vol. 14, no. 1.

## ПСИХОЛОГИЯ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКЕ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Научная статья  
УДК 615.851:614.25

### **Психотерапевтический подход в практике врача-интерниста**

**Светлана Леонидовна Соловьева**

Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия, S-Solovieva@ya.ru

**Аннотация.** В статье рассматриваются техники и приемы, заимствованные из различных направлений психотерапии, которые, включаясь в профессиональное общение врача-интерниста с пациентом, составляют психотерапевтический подход как гуманистическую версию взаимоотношений, направленных не только на оказание медицинской помощи, но также и психологической помощи, нормализующей актуальное психическое состояние пациента, что повышает эффективность профессиональных взаимоотношений «врач—больной».

**Ключевые слова:** психотерапевтический подход, тревога, психологический контакт, обратная связь, эмоциональная поддержка

**Для цитирования:** Соловьева С.Л. Психотерапевтический подход в практике врача-интерниста // Медицинская психология в России: сетевой науч. журн. – 2022. – Т. 14, № 1. – С. 2. – URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: чч.мм.гггг).

## PSYCHOLOGY IN PROFESSIONAL EDUCATION OF MEDICAL PERSONNEL

Original article

### **Psychotherapeutic approach in the practice of a doctor-internist**

**Svetlana L. Solovieva**

North-Western State Medical University named after I. I. Mechnikov, Saint-Petersburg, Russia, S-Solovieva@ya.ru

**Abstract.** The article discusses techniques borrowed from various areas of psychotherapy being included in the professional communication of an internist doctor with a patient, constitute a psychotherapeutic approach as a humanistic version of relationships aimed not only at providing medical care, but also psychological care. That normalizes the current mental state of the patient, which increases the effectiveness of the professional relationship "doctor-patient".

**Keywords:** psychotherapeutic approach, anxiety, psychological contact, feedback, emotional support

**For citation:** Solovieva S.L. Psychotherapeutic approach in the practice of a doctor-internist. *Med. psihol. Ross.*, 2022, vol. 14, no. 1, p. 2. (In Russ.). Available at: <http://mprj.ru>

Эффективность деятельности современного врача определяется не только его профессиональными знаниями, умениями, навыками, но также способностью оказывать

психологическое воздействие на пациента: договариваться, формировать комплайенс, добиваться приверженности здоровому образу жизни, активизировать психологические ресурсы и резервы больного в борьбе с заболеванием, поддерживать его мотивацию — то, без чего даже широкие профессиональные познания врача подчас оказываются бесполезными [1; 2; 3]. В исследованиях В.А. Ташлыкова был составлен образ «идеального» для большинства больных врача: это умный, добрый, внимательный, чуткий, увлеченный работой человек, который к тому же терпелив, серьезен, обладает интуицией, чувством долга и понимает юмор [4]. Таким образом, на первый план подчас выходят психологические, психотерапевтические качества доктора.

Психологическое состояние пациента в момент обращения за профессиональной врачебной помощью обычно характеризуется наличием тревоги, страха, безнадежности, разочарования, раздражения, дискомфорта, накопленными за период формирования и развития болезни, связанными как с неудачными попытками самостоятельно справиться с ухудшением состояния здоровья, так и со «вторичными невротическими наслоениями» (выражение Б.Д. Карвасарского) на основное соматическое заболевание. Разнообразные эмоционально-негативные переживания могут в значительной степени дезорганизовать интеллектуальную деятельность пациента, вследствие чего он становится ограниченно доступен врачебному воздействию. В этой связи встает задача нормализации психического состояния больного, его эмоциональная разгрузка с нивелированием негативно-заряженных переживаний. Эта задача, по сути, является психотерапевтической; ее решение требует наличия у врача навыков оказания психологической помощи больному [2].

В практическом здравоохранении врач, как правило, не имеет возможности и времени использовать психотерапию — лечение психологическими методами — для помощи пациенту в нормализации его психического состояния. Впрочем, и сам пациент не готов подвергаться психотерапии как специализированной психологической помощи: обращаясь к врачу-интернисту, он чаще всего имеет преимущественно соматическую «концепцию болезни» и ориентирован на избавление от соматических симптомов. Однако врач может применять отдельные психотерапевтические техники и приемы, краткосрочные и не слишком сложные, не содержащие специфических психологических технологий. Эти приемы и техники естественным образом включены в процесс общения врача и пациента; их применение по умолчанию предполагается в профессиональной деятельности медицинского работника. Можно сказать, что, помимо психотерапии как профессиональной интервенции, во врачебной деятельности существует психотерапевтический подход как гуманистическая версия коммуникации врача при общении с пациентом. Этот подход не вербализуется в терминах психотерапии, но применяется в практике врача любой специальности, предполагающей общение с больным. Психотерапевтический подход сложился в рамках традиционной медицины; он является инструментом работы современного врача, адекватным холистическому подходу и биопсихосоциальной концепции болезни. Психотерапевтический подход заключается в использовании при взаимодействии с клиентом отдельных техник и приемов психотерапии, которые по содержанию совпадают с элементами эффективного профессионального общения «врач—больной». Эти техники и приемы можно выделить на определенных этапах лечебно-диагностического процесса.

Первый такой прием, заключающийся в формировании продуктивного «психологического контакта» с пациентом, выделяется уже на начальном этапе профессионального взаимодействия «врач—больной». Известно, что эффективность врачебного взаимодействия с пациентом на 40 % обеспечивается хорошим психологическим контактом [3]. Он представляет собой «безоценочное принятие» врачом личности клиента, в основе которого лежит безусловное уважение к психологической природе больного. Эмоция — это оценка значимости события; безоценочное, эмоционально-нейтральное отношение к пациенту позволяет во взаимоотношениях с ним сохранять атмосферу спокойной уверенности, гарантирующей клиенту эффективность рационального, профессионального врачебного воздействия. Принятие личности больного,

основанное на безусловном уважении к человеческой природе, создает условия для доверительных отношений в диаде «врач—больной». Психологический контакт, установленный в самом начале общения, регулярно возобновляется при каждой новой встрече пациента и врача, а иногда, при необходимости, — также и в процессе одной сессии.

При установлении психологического контакта у пациента формируется первое впечатление о враче; это впечатление должно содержать в себе представления о том, что врач хочет и может помочь больному. Представление о том, что врач может помочь, складывается на основе профессионально значимого психологического качества врача — уверенности поведения; представление о том, что врач хочет помочь — на основании эмпатической способности доктора. Эмпатия (от англ. «чувствование») — это способность чувствовать эмоциональное состояние другого человека, точно воспринимать смысловые оттенки его внутреннего мира, способность взглянуть на обстоятельства глазами собеседника. Эмпатия — «понимание эмоционального состояния другого человека посредством сопереживания, проникновения в его субъективный мир» [1]. Быть в состоянии эмпатии — значит на какое-то время войти в мир другого. «Эмпатическое понимание — способность на основе точного восприятия чувств понять опыт другого человека, как он его сам переживает», — пишет Н.Д. Творогова [2]. При этом сохраняется способность в любой момент вернуться в свой собственный мир. Способность к эмпатии обеспечивает эмоциональный резонанс врача с переживаниями пациента, что позволяет более точно, полно и глубоко понимать эти переживания.

Установление психологического контакта с пациентом всегда индивидуально. Для большей эмоциональной вовлеченности при взаимодействии с пациентами используются психотерапевтические приемы «отзеркаливания», связанные с повторением позы, мимики, жестов пациента, ритма и интонаций его голоса, синхронизацией дыхания с ним. Точное отзеркаливание эмоций клиента — отражение чувств — используется в том случае, когда пациента особенно волнуют его переживания; акцент делается не столько на содержании сообщения, сколько на эмоциональном состоянии клиента [2]. Для установления правильного психологического контакта при этом учитываются и индивидуальные особенности личности пациента (характера, темперамента и др.), их изменения под влиянием заболевания и базовой терапии.

Второй элемент психотерапевтического подхода к клиенту выделяется на этапе сбора анамнеза. Одной из основных задач врача в момент, когда больной предъявляет свои симптомы, является нормализация психического состояния говорящего, которая обычно требует нивелирования его страха, депрессивной безнадежности, враждебности и агрессии. Естественной психологической реакцией врача на тревогу больного была бы ответная тревога, на депрессивные реакции — такой же депрессивный эмоциональный резонанс. Однако, реагируя ответной тревогой, врач усиливает страх пациента, подкрепляя его негативные переживания. Реагируя ответной печалью, доктор подкрепляет и усиливает депрессивные тенденции больного. Следовательно, изменение психического состояния пациента, его нормализация возможны лишь при отсутствии ответной усиливающей и подкрепляющей эмоциональной реакции той же модальности. Для нивелирования тревоги, печали и враждебности пациента, говорящего о своих проблемах, врач занимает нейтральную позицию, сохраняя открытость, спокойную уверенность, лишённую каких-либо дополнительных эмоций. Сталкиваясь с безоценочным отношением врача, доброжелательно настроенного к его личности и переживаниям, больной перестает бояться выражать свои чувства, что снижает степень его эмоциональной напряженности и повышает уровень открытости. Таким образом, складывается психологическая основа для формирования доверия во взаимоотношениях «врач—больной». Следует при этом отметить, что пациент врача-интерниста не всегда нуждается в медикаментозной терапии своей тревоги: тревога соматически больного качественно отличается от тревоги пациента с психическим заболеванием, в особенности, психотического уровня: она более понятна, более «психологична» и

доступна психологическому воздействию. Нивелирование тревоги клиента часто может быть достигнуто применением лишь одних психологических методов воздействия.

В то время как пациент рассказывает о своих проблемах, врач применяет еще один психотерапевтический прием — «понимающее слушание». Часто, слушая собеседника, человек слышит не то, что ему хотят сказать, а то, что он готов услышать. Иными словами, мы часто слышим в речи другого человека проекции собственных установок и ожиданий. Для того чтобы нивелировать субъективные искажения в принимаемой от клиента информации, используется понимающее слушание, предполагающее способность «вчувствоваться» в него, в его личность и в его актуальное состояние [2]. Эмпатическое слушание упрочивает психологический контакт врача с пациентом.

Рассказывая врачу о своих проблемах, пациент переживает «катарсис» — освобождение от негативных эмоций путем их вербализации. Синоним термина «катарсис» в русском языке — «отреагирование». За отреагированием следует уменьшение аффективного напряжения и чувство облегчения [1]. Возможность высказать все свои переживания, опасения, страхи в присутствии доброжелательного профессионала, способного объективно их оценить, в определенной степени тоже снижает эмоциональный накал в переживаниях пациента. Прежде чем обратиться за помощью к врачу, больной определенное время пытается сам самостоятельно справиться со своими проблемами и, лишь убедившись в бесплезности самостоятельного разрешения нарастающих трудностей, записывается на прием к специалисту. За это время, как правило, накапливаются эмоционально-негативные переживания, формирующие повышенный уровень эмоциональной напряженности и требующие своего отреагирования. Катарсис способствует снижению эмоциональной напряженности и тревоги пациента, нормализуя его актуальное психическое состояние.

Выслушивание жалоб больного сменяется активными расспросами: врач проводит опрос по схеме, задает уточняющие вопросы, конкретизирующие характер ощущений пациента. Эти вопросы в большинстве случаев должны носить «открытый» характер, давая возможность клиенту в своих ответах использовать максимально широкий диапазон версий при интерпретации ощущений. Если «закрытый» вопрос предполагает один из двух возможных вариантов ответа («да» или «нет»), то «открытый» вопрос не содержит в себе каких-либо направляющих, внушающих воздействий, предоставляя пациенту полную свободу в описании симптомов. «Открытые» вопросы обеспечивают врачу более точную и полную информацию о состоянии больного.

На этапе активного вербального взаимодействия, при котором врач формулирует вопросы, расспрашивая пациента о его ощущениях, можно выделить еще один элемент психотерапевтического подхода — «эмоциональную поддержку». Поддержка определяется Н. Д. Твороговой как «предоставление того, что другому необходимо», «обеспечение комфорта, признания, одобрения, подбадривания другого человека (поддерживающая терапия)» [2]. В соответствии с представлениями Б. Д. Карвасарского, «эмоциональная поддержка для пациента — это принятие его психотерапевтом, признание его личностной, человеческой ценности и значимости независимо от того, какими качествами он обладает, болен он или здоров. Пациент принимается психотерапевтом таким, каков он есть на самом деле, признается как самостоятельная личность со своими мыслями, опытом и переживаниями, хотя, оставаясь самим собой, он может отличаться от других» [1]. Коммуникация «врач—больной» осуществляется продуктивно лишь в контексте эмоционально комфортной для пациента атмосферы, позволяющей ему свободно сформулировать все свои жалобы, поделиться с врачом всеми соображениями, касающимися состояния здоровья, представлениями о болезни. Эта комфортная для пациента атмосфера как раз и формируется с помощью способности врача обеспечивать реализацию такого элемента психотерапии, как эмоциональная поддержка. Эмоциональная поддержка опирается на профессионально значимое качество эффективного врача — уверенность, качество, которое наиболее высоко ценится больными в личности доктора. Уверенность в

поведении врача позволяет пациенту сохранять терапевтическую иллюзию абсолютной компетентности доктора, что реально повышает шансы на успех в противостоянии болезни. Как бы ни был врач встревожен, напуган, шокирован происходящим, он не показывает своей растерянности пациенту, чтобы не лишать его важных для сохранения ресурсного состояния иллюзий.

На фоне эмоциональной поддержки решается и проблема мотивации больного на выздоровление, на мобилизацию всех ресурсов для борьбы с заболеванием: врач нивелирует фиксированность пациента на актуальных ощущениях и переживаниях, раскрывая перед ним перспективу дальнейшего развития событий. «Выстраивание перспективы» помогает снижать уровень переживаний депрессивного плана, ведь депрессия психологически всегда означает утрату жизненной перспективы. Намечая цели и промежуточные задачи в сценарии деятельности клиента по восстановлению и дальнейшему сохранению здоровья, врач помогает ему мысленно перенестись в будущее, формируя позитивный образ этого будущего, связанный с нормализацией качества жизни в целом. Выстраивая в воображении перспективный образ здоровья, пациент начинает его позитивно переживать, что способствует нормализации настроения, появлению надежды, веры, уверенности в благоприятном исходе событий. Это реально повышает шансы на успех в борьбе с болезнью, мобилизуя адаптивные и компенсаторные ресурсы пациента и способствуя преодолению депрессивной безнадежности.

Эффективное общение с клиентом предполагает также информирование его о необходимых лечебно-диагностических мероприятиях, сообщении диагноза и прогноза, причин болезненного состояния и возможностей его профилактики. Этот элемент профессионального общения «врач—больной» совпадает по своему содержанию с компонентами «рациональной психотерапии» и позволяет пациенту во взаимодействии с врачом сформулировать для себя логически выстроенную, обоснованную концепцию своего заболевания, в которой определенная роль отводится самому больному, его переживаниям, поведению, стилю жизни. Коррекция неадекватного восприятия болезни осуществляется преимущественно с помощью убеждения, т.е. психологического воздействия на сознание пациента посредством изменения его прежних суждений [1]. Создание логической последовательности событий, связывающей между собой причины неблагополучия, его проявления и последствия — как ближайшие, так и отдаленные — способствует нивелированию тревоги. Тревога — эмоция, направленная в будущее, связанная с бессознательным программированием неудачи в ситуации неопределенности. В случае прояснения и осознания последовательности событий, их вербализации субъективная неопределенность ослабевает, а тревога частично исчезает, что позволяет нормализовать эмоциональное состояние больного, снижая его общую психическую напряженность. У пациента появляется отчетливый, разработанный совместно с врачом, обоснованный план действий, не оставляющий места для болезненных ипохондрических фантазий и фиксаций.

Предоставление врачом «обратной связи» пациенту, которая заключается в вербализации и объективной оценке симптомов больного, может рассматриваться также как элемент психотерапевтического подхода. Известно, что при использовании речи из 100 % задуманного коммуникатор выражает около 80 %. В случае, если при передаче сообщения нет никаких помех, реципиент принимает около 60 %, исходя из особенностей своего внимания. Смысл сказанного воспринимается в среднем на 50 %, и усваивается только 40 % речевой информации. Это обстоятельство требует интенсивного использования в вербальной коммуникации механизма обратной связи. Обратная связь — получение участниками психотерапевтического процесса взаимной информации о процессе, особенностях и результатах лечебных действий [1; 2]. Обратная связь способствует прояснению и осознанию пациентом своих ощущений; обозначение тягостного ощущения словом, его вербализация снижает степень неопределенности, дополнительно стабилизируя эмоциональное состояние клиента. Смысл механизма обратной связи состоит в том, что в межличностной коммуникации

процесс обмена информацией как бы удваивается, и, помимо содержательных аспектов, информация, поступающая от реципиента к коммуникатору, содержит сведения о том, как реципиент воспринимает и оценивает поведение коммуникатора. Таким образом, обратная связь — это также информация, содержащая реакцию реципиента на поведение коммуникатора, то есть намеренное, вербальное сообщение другому лицу того, как его поведение или последствия этого поведения восприняты и пережиты. Для создания эффективной системы обратной связи, по мнению Н.Д. Твороговой, необходима атмосфера безопасности, принятия, направленности на самоисследование и коррекцию неэффективных моделей поведения [2].

Предъявляемые пациентом проблемы обозначаются обычно понятием «жалобы», в основе которых лежат симптомы — объективные проявления заболевания. Между жалобами и симптомами нет полного соответствия: в жалобах, помимо всего прочего, содержатся и субъективные опасения, страхи, переживания пациента, часто вербализуемые им в терминах соматических симптомов. Чем более лаконичные жалобы предъявляет пациент, тем более вероятно, что за ними скрывается патологически измененный соматический субстрат; чем более детальные, подробные, обстоятельные, яркие и красочные жалобы предъявляет больной, тем вероятнее нарушение функционального характера. Врач в процессе взаимодействия с клиентом отделяет рациональную основу жалоб от их субъективной, переживательно-интерпретативной окраски. Предоставляя обратную связь в отношении субъективных переживательных компонентов жалоб, врач способен снизить психическую напряженность клиента.

Субъективный, функциональный элемент жалоб пациента может быть нивелирован применением обратной связи в отношении его переживаний. Условия эффективности обратной связи при отражении эмоциональных реакций больного были сформулированы польским психологом Е. Мелибрудой, который приводит ряд условий такой обратной связи.

1. В своих замечаниях необходимо стараться затрагивать, прежде всего, особенности поведения, а не личности партнера, стараться говорить о его конкретных поступках. Например, будет неправильным следующее высказывание врача: «Вы такой безответственный пациент, никогда не следуете моим рекомендациям», эффективнее сказать: «Несоблюдение рекомендаций врача может привести к таким последствиям, как...».
2. Обратная связь должна быть построена в описательном ключе, а не в форме оценок, то есть носить безоценочный и дескриптивный характер. Это означает, что в большей степени необходимо говорить о своих наблюдениях, а не о заключениях (всегда необходимо помнить, что сделанные вами выводы могут не соответствовать действительности). Возможно, что благодаря высказанным вами наблюдениям партнер придет к более глубоким и правильным выводам.
3. Обратная связь формулируется в терминах собственных чувств и отношений, применяются «Я-высказывания» (например, не «Вы меня огорчаете!», а «Я огорчен»). Также, описывая поведение другого человека, надо стараться не пользоваться категориями «ты всегда...», «ты никогда...».
4. Обратная связь должна строиться по принципу «здесь и сейчас», другими словами, она не должна быть отсроченной. Необходимо стараться сосредотачивать свое внимание на конкретных поступках партнера в ситуациях, имевших место совсем недавно, а не на историях далекого прошлого.
5. Предоставляя партнеру обратную связь, необходимо стараться избегать советов, которые являются смягченной формой негативно окрашенного суждения, лучше высказывать свои соображения, как бы делясь мыслями и информацией.
6. Обеспечивая человеку обратную связь, нужно подчеркнуть то, что может быть ценным для него, а не то, что может принести удовлетворение лично вам. При этом не следует злоупотреблять выражением чувств, прибегать к эмоциональной разрядке, манипулировать другими.
7. Обратную связь, как и любую форму помощи, следует, скорее, предлагать, чем насильно навязывать.
8. Обратная связь должна содержать такую информацию и в таком количестве, чтобы партнер был в состоянии воспользоваться ею.
9. Необходимо внимательно следить за тем, чтобы момент обеспечения обратной связи был подходящим. Важно выбрать для этого удачное время,

место и ситуацию. Нередко в ответ на обратную связь партнер реагирует глубокими эмоциональными переживаниями. Поэтому нужно быть очень тактичным и разумно оценивать возможности собеседника. 10. Гуманистический принцип обратной связи: надо помнить, что давать и принимать обратную связь можно при наличии некоторой смелости, понимания и уважительного отношения к себе и другим [5].

Завершая общение с пациентом, врач применяет эмоциональную поддержку, позволяющую отпустить собеседника в позитивном психическом настрое. Известный в психологии «эффект края» говорит об особой значимости моментов начала и завершения процесса межличностного взаимодействия. Наиболее яркое эмоциональное воздействие оказывается, как правило, в самый первый момент общения — при установлении психологического контакта — и на завершающем этапе взаимодействия, при прощании. Расставаясь с пациентом, врач применяет разнообразные невербальные средства общения — позы, жесты, взгляд в глаза, выражение лица, мимические реакции, интонации голоса, — которые обладают некоторым внушающим воздействием, формируя чувство уверенности в благополучном исходе событий. Завершающая встречу фраза врача, например: «Сделаем все возможное, чтобы вам помочь», — не содержит конкретных обещаний, но оказывает между тем необходимый психологический эффект.

Все рассмотренные элементы профессионального взаимодействия «врач—больной»: психологический контакт, катарсис, нивелирование эмоционально-негативных переживаний пациента, эмоциональная поддержка, обратная связь, рационализация болезненных ощущений и формирование логической последовательности событий, а также мотивация на выздоровление и создание для пациента положительной жизненной перспективы — по содержанию совпадают с техниками и приемами профессиональной психологической интервенции в процессе психотерапии, повышающими вероятность благополучного исхода в борьбе с болезнью. Эти элементы по умолчанию применяются в профессиональной деятельности эффективного врача, но могут быть усилены и развернуты в направлении психологической помощи больному в системе комплексной терапии его заболевания.

Существуют определенные черты сходства и различия между психотерапией как специфическим процессом применения определенных психотерапевтических процедур и психотерапевтическим подходом как элементом гуманистической медицины. Различия касаются, в первую очередь, мотивации: при психотерапии в качестве мотивации выступает направленность на излечение от симптома за счет *актуализации личностных ресурсов пациента*, а также обеспечение личностного развития и роста; в психотерапевтическом подходе мотивацией является направленность на *эффективное сотрудничество*, нужное для излечения от болезни под руководством врача, определяющего стратегию и тактику излечения.

Общими чертами психотерапии и психотерапевтического подхода являются такие неспецифические факторы психотерапевтического процесса, как эмпатия, осознание, обратная связь, отреагирование, коррективный эмоциональный опыт.

В качестве общих факторов психотерапии, с точки зрения того, что происходит с пациентом, обычно указывают: 1) обращение к сфере эмоциональных отношений; 2) самопонимание, принимаемое пациентом и психотерапевтом; 3) предоставление и получение информации; 4) укрепление веры больного в выздоровление; 5) накопление положительного опыта; 6) облегчение выхода эмоций. Перечисленные факторы, по сути, совпадают с механизмами лечебного действия психотерапии и отражают когнитивные, эмоциональные и поведенческие процессы, способствующие успешности психотерапии и представленные практически во всех психотерапевтических системах в той или иной степени [6]. Эти же факторы оказываются вовлеченными в процесс профессионального общения «врач—больной» при использовании психотерапевтического подхода.

Таким образом, в клинике внутренних болезней, при отсутствии возможности использовать психотерапию для оказания психологической помощи пациенту, вполне

допустимо применение психотерапевтического подхода, направленного на формирование комплайенса, прочного психологического контакта, доверительных взаимоотношений в диаде «врач—больной», а также на нормализацию психического состояния пациента, на снижение у него уровня напряжения и тревоги.

#### Список источников

1. Психотерапевтическая энциклопедия / под общ. ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб.: Питер Ком, 1998. – 752 с.
2. Клиническая психология: энциклопедический словарь / под общ. ред. проф. Н.Д. Твороговой. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Практическая медицина, 2016. – 608 с.
3. Сильверман Дж., Керц С., Дрейпер Дж. Навыки общения с пациентами / пер. с англ. – М.: Гранат, 2018. – 304 с.
4. Ташлыков В.А. Психология лечебного процесса. – Ленинград: Медицина, 1984. – 192 с.
5. Mellibruda J. Ja-Ty-My Psychologiczne możliwości ulepszania kontaktów międzyludzkich. – Warszawa: Nasza Księgarnia, 1980.
6. Клиническая психология: учебник для вузов / под ред. Б.Д. Карвасарского. – 4-е изд., перераб. и доп. – СПб.: Питер, 2010. – 864 с.

#### References

1. Karvasarsky B.D., ed. *Psikhoterapevticheskaya entsiklopediya*. St. Petersburg, Piter Kom Publ., 1998. 752 p. (In Russ.).
2. Tvorogova N.D., ed. *Klinicheskaya psikhologiya: entsiklopedicheskii slovar'* (2nd edition). Moscow, Prakticheskaya meditsina Publ., 2016. 608 p. (In Russ.).
3. Sil'verman Dzh., Kerts S., Dreiper Dzh. *Navyki obshcheniya s patsientami*. Moscow, Granat Publ., 2018. 304 p. (In Russ.).
4. Tashlykov V.A. *Psikhologiya lechebnogo protsessa*. Leningrad, Meditsina Publ., 1984. 192 p. (In Russ.).
5. Mellibruda J. *Ja-Ty-My Psychologiczne możliwości ulepszania kontaktów międzyludzkich*. – Warszawa: Nasza Księgarnia Publ., 1980. (In Polish).
6. Karvasarsky B.D., ed. *Klinicheskaya psikhologiya*. (4th edition). St. Petersburg, Piter Publ., 2010. 864 p. (In Russ.).

#### Информация об авторе

Светлана Леонидовна Соловьева — доктор психологических наук, профессор, профессор кафедры психотерапии, медицинской психологии и сексологии.

#### Information about the author

Svetlana L. Solovieva — doctor of psychology, professor, professor of the department of psychotherapy, medical psychology and sexology.

Статья поступила в редакцию 20.02.2022; прошла рецензирование 01.06.2022; опубликована 06.07.2022.

The article was received 20.02.2022; reviewed on 01.06.2022; published on 06.07.2022.