

УДК 378.147/378.180.6 (574)

ФОРМИРОВАНИЕ И РАЗВИТИЕ КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ ВРАЧА

Мадалиева С.Х., Асимов М.А., Ерназарова С.Т.

*Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, Алматы,
e-mail: saltanat.e@bk.ru*

Сформированность коммуникативной компетентности у будущего врача это профессионально значимое качество, результатом которого, является эффективное общение врача с пациентом, необходимое для достижения взаимопонимания, при решении не только лечебно-диагностических задач, но и личностных и семейных проблемных ситуаций, способных оказывать существенное влияние на исход конкретного заболевания и качество жизни человека в целом. В данном научном обзоре отображены теоретические принципы формирования коммуникативной компетентности врача, основанные на понимании ее как интеграл качества личности. Раскрыты особенности коммуникативной компетентности врача, основные психологические характеристики, формирующие коммуникативную компетентность врача. Эти результаты выявлены на основе глубокого теоретического анализа научных работ, а также предоставлен опыт КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова по формированию коммуникативной компетентности будущего врача.

Ключевые слова: коммуникативная компетентность, врач, пациент, общение, коммуникативная толерантность, общительность, эмпатия, установление контакта, активное слушание, медицинское интервью, аффилиация, эмоциональная стабильность.

FORMATION AND DEVELOPMENT OF COMMUNICATIVE COMPETENCE OF THE DOCTOR

Madaliyeva S.H., Asimov M.A., Yernazarova S.T.

*Kazakh National Medical University named after C.D. Asfendiyarov, Almaty,
e-mail: saltanat.e@bk.ru*

Maturity of communicative competence at the future doctor is professionally significant qualities, the result of which is the effective communication of the doctor with the patient needed to achieve mutual understanding in dealing with not only medical and diagnostic tasks, but also personal and family problem situations that could have a significant impact on the specific disease outcome and quality of life in general. This scientific review Showing theoretical principles of the communicative competence of the doctor, based on its understanding of the integral qualities of the person. The features of the communicative competence of the doctor, the main characteristics forming communicative competence of the doctor. These results revealed an in-depth theoretical analysis of scientific papers, and also provided expertise KazNMU after S.D Asfendiyarov of formation of communicative competence of the future doctor.

Keywords: communicative competence, the doctor, the patient, communication, communicative tolerance, sociability, empathy, establishing contact, active listening, medical interviews, affiliation, emotional stability.

Изменения нашего общества, связанные с достижениями науки и техники, бурным развитием медицины – создают новую ситуацию, в которой растет роль человеческого фактора в лечебном процессе. Повседневная жизнь и практика выдвигает на первый план значение личности врача и взаимоотношений врача и больного. Вследствие этого оптимизация процессов психологического воздействия в сфере общения врача и пациента, а, следовательно, и социально-психологической подготовки врача стоит сейчас достаточно остро.

Профессия врача – одна из немногих профессий, которая требует совершенного владения приемами и способами эффективного общения, как с пациентами, их родственниками, так и с коллегами для достижения взаимопонимания, необходимого при решении не только лечебно-диагностических задач, но и личностных и семейных проблемных ситуаций, способных оказы-

вать существенное влияние на исход конкретного заболевания и качество жизни человека в целом [8].

Как известно, профессиональная врачебная деятельность имеет ряд специфических особенностей. С одной стороны, врачебная деятельность характеризуется тем, что в ней существенное место занимает высокая частота межличностных контактов при общении с больными и их родственниками [11]. С другой стороны, профессия врача связана с психо-эмоциональными перегрузками, чрезмерно высокой степенью напряженности, с необходимостью принимать решения в условиях дефицита времени [30]. Ее успешность определяется не только, и не столько собственно профессиональными знаниями и навыками, сколько умениями реализовать их в своей деятельности за счет развития профессиональных качеств личности, а ее эффективность трудно оценить однозначно [33,13].

Особенности коммуникативной компетентности врача

Под коммуникативной компетентностью врача понимают определённый уровень межличностного и профессионального опыта взаимодействия с окружающими, который необходим для успешного функционирования в профессиональной сфере и обществе.

Профессиональная врачебная деятельность имеет ряд специфических особенностей. С одной стороны, врачебная деятельность характеризуется тем, что в ней существенное место занимает высокая частота межличностных контактов при общении с больными и их родственниками (С.Л. Соловьева и др., 1994; Л.А. Цветкова, 1994; М.М. Кабанов, 1995). С другой стороны, работа врача связана с психоэмоциональными перегрузками, высокой степенью напряженности [25,21].

Специфику медицинской деятельности можно выразить словами врача и философа Карла Ясперса, который полагал, что врачевание опирается на два основания: одним из них являются естественнонаучные познания и их практическое применение, другим – этика человечности. Вследствие доведения до крайности узкой специализации возникла «немая» медицина, как считают Б. Любан-Плоцца и др. Коренным образом, изменениям отношений врача и больного способствовала нарастающая технологизация лечебно-диагностического процесса. Во многом это связано также и с тем, что произошло изменение позиции пациента, выразившееся в значительном внимании к его правам в ходе терапевтического процесса, которое в свою очередь не сопровождалось конгруэнтным изменением врача. В настоящее время в ряде зарубежных стран наметилась тенденция к сотрудничеству между врачом и пациентом. Переворот в отношениях врача и пациента наметился в 1880-1882 годах благодаря работам Брейера, стоявшего наряду с З. Фрейдом у истоков психоанализа [3,21].

Традиция врачебной власти, восходящая к временам врачей-жрецов древности, сменилась открытостью врача в форме сценического понимания (сплавленности личности больного с его жизненным миром), интерпретации, жизненно-практического постижения. «Раньше анамнез устанавливался врачом, который задавал вопросы пациенту; либо он вообще изучал его, не произнося ни

звука, осматривал и высказывал свое мнение, тогда как пациент только отвечал на вопросы. Теперь инициатива переходит к пациенту, причем настолько, что такой инициативы раньше не позволяли даже придворные врачи своим коронованным пациентам» [34, с. 141-142].

В настоящее время в ряде зарубежных стран наметилась тенденция к сотрудничеству между врачом и пациентом [22].

Согласно представлениям Жака Лакана, больной – это не просто «носитель симптомов», а врач не просто «манипулятор симптомами», но, зачастую они представители различных культур, и игнорирование этого факта приводит к резкому снижению продуктивности коммуникации, а иногда и к полному взаимному непониманию [18].

Для медицины сегодняшнего дня характерны ситуация большого выбора лечебных тактик и отсутствие одного общепризнанного средства, кардинально решающего проблему заболевания. В свою очередь, эта тенденция способствует чувству растерянности, тревожности, неопределенности у пациентов. «В этих случаях все большее значение приобретает взаимодействие в диаде врач – больной» [31].

Для того чтобы медицинский работник перешел с патерналистской модели взаимоотношений к модели сотрудничества, врачу-клиницисту необходимо преобразиться в интерпретирующего слушателя. Если раньше пациент должен был следовать медико-диагностической схеме и не мог приблизиться к своим переживаниям по поводу страдания, то теперь врач и пациент должны стремиться вместе понять историю жизни пациента. В настоящий момент практической медицине необходимо расширять свое поле зрения: больной больше не должен пониматься как носитель какого-то заболевшего органа, а должен рассматриваться и лечиться как человек в целом [2].

В свете новой парадигмы в медицине больше внимания привлекается к правам личности, в том числе и к правам пациента, что привело к новому пониманию сути взаимоотношений между врачом и пациентом [1]. Решению данного вопроса могут помочь достижения психологической науки. «Не будет большой методической ошибкой, если исследователи отойдут от глобальных проблем, обязательно требующих системного подхода, а займутся детальной проработкой той или иной стороны жизнедеятельности»

тельности конкретного объединения людей, конкретной, научной, творческой или какой-либо другой организации» [6].

На основании учета человеческого фактора, как пишет Б.Г. Ананьев, достигаются научная организация труда, повышение эффективности лечения и профилактики заболеваний, особенно нервно-психических и сердечно-сосудистых, в наибольшей мере зависящих от взаимоотношений [23].

В основном, резервом повышения эффективности медицинской помощи считается профессиональная подготовка медиков [9].

Однако, как отмечают чешские психологи Р. Конечный и М. Боухал, квалификация специалиста является только инструментом, больший или меньший эффект применения которого зависит от других сторон личности врача [16].

Одним из первых научных исследований, посвященных изучению коммуникативной компетентности практикующих врачей, была работа Л.А. Цветковой [31].

Врачебная деятельность имеет ряд специфических особенностей, таких как влияние и взаимодействие многочисленных меняющихся факторов, которые нередко невозможно формализовать, алгоритмизировать для анализа, внести в жестко структурированные схемы, а эффективность врачебной деятельности трудно оценить однозначно [12,31].

В работе Л.А. Цветковой основное внимание сосредоточено на изучении интерактивной составляющей общения. Данная работа продолжает направление отечественных исследователей. Делается акцент не на общественные отношения между врачом и пациентом, а на межличностные, складывающиеся на эмоциональной основе, то есть на основе определенных чувств, возникающих у людей друг к другу. Особое внимание обращено на то, что врач является для пациента источником информации о ходе лечения. [12, 31, с.13]. В то же время врач играет значительную роль в терапевтическом процессе, так как наиболее часто употребляемое и эффективное лекарство – сам доктор [4]. Отношения между врачом и больным являются основой любой лечебной деятельности. (И. Харди) [27].

В работах, посвященных анализу основных признаков, по которым пациенты оценивают уровень квалификации врача, отмечается, что на первое место выдвигается

показатель «отношение к пациентам», на второе – «результаты лечения больных», затем опыт работы, отзывы пациентов, личные качества врача (порядочность, трудолюбие, вежливость и др.) [17]. Такой показатель, как образование врача (в т.ч., глубина специализации), оказался на седьмом месте среди перечисляемых признаков [10].

Одной из базовых характеристик профессиональной компетентности специалистов медицинского профиля является коммуникативная компетентность. Ее формирование составляет одну из важнейших задач подготовки будущего врача, служит залогом его дальнейшего личностного и профессионального развития. На сегодняшний день уделяется существенное внимание развитию коммуникативной компетентности, однако проблема методологии по данному направлению еще недостаточно разработана [28].

Коммуникативно-компетентностная подготовленность врачей – ключевой фактор их профессионального успеха, так как она является профессионально важным качеством, востребованным на медицинском рынке труда. И нацелена она на формирование личности, обладающей готовностью и способностью жить и взаимодействовать в современном быстро меняющемся мире. А также потребность учреждений здравоохранения и осознания значимости самих медицинских работников в коммуникативно-грамотных медицинских работниках высшего звена и их реальным уровнем профессиональной культуры. Коммуникативная компетентность как личностное качество специалиста обеспечивает успешное выполнение всех этапов лечебного процесса: формирование информационной базы о пациенте, физикальное обследование, осуществление терапии, оценка выполненных действий [4].

Основные психологические характеристики, формирующие коммуникативную компетентность врача

От умения общаться, устанавливать и развивать взаимоотношения с людьми во многом зависит профессиональная успешность врача. Коммуникативная компетентность врача – профессионально значимое качество. Профессия врача предполагает в той или иной степени выраженное интенсивное и продолжительное общение: с

больными, их родственниками, медицинским персоналом – от медицинских сестер и санитарок до главных врачей, руководителей медицинских учреждений [26].

Хороший психологический контакт с больным помогает точнее собрать анамнез, получить более полное и глубокое представление о больном. Умение общаться, или коммуникативная компетентность, обеспечивает взаимопонимание, доверие в отношениях, эффективность в решении поставленных задач. Если пациент доверяет своему врачу, не сомневаясь в правильности диагностики и адекватности терапии, то он будет выполнять назначения, пройдет все необходимые диагностические и терапевтические процедуры [24].

Коммуникативная компетентность предполагает сформированность некоторых специальных навыков: умения устанавливать контакт, слушать, «читать» невербальный язык коммуникации, строить беседу, формулировать вопросы. Важно также владение врачом собственными эмоциями, способность сохранять уверенность, контролировать свои реакции и поведение в целом. Адекватная коммуникация предполагает правильное понимание больного и соответствующее реагирование на его поведение. Независимо от состояния пациента, испытывает ли он гнев или печаль, беспокойство, тревогу или отчаяние, врач должен уметь с ним взаимодействовать, адекватно строить отношения, добиваясь решения профессиональных задач. В связи с этим профессионально значимым качеством медицинского работника является *коммуникативная толерантность* – терпимость, снисходительность и др. Коммуникативная толерантность показывает, в какой степени врач переносит субъективно нежелательные, неприемлемые для него индивидуальные особенности пациентов, отрицательные качества, осуждаемые поступки, привычки, чуждые стили поведения и стереотипы мышления [24, с 27].

Для человека наличие социальных связей столь важно, что уже только их недостаточность считается возможной причиной развития стресса. Эта психологическая черта, потребность в других людях, стремление к взаимодействию с ними, в литературе обозначается термином *«аффилиация»* – потребность человека быть в обществе других людей, стремление к «присоединению». Внутренне (психологически) аффилиация

выступает в виде чувства привязанности и верности, а внешне – в общительности, желании сотрудничать с другими людьми, постоянно находиться вместе с ними, в особенностях невербального поведения. Хекхаузен определяет аффилиацию как определенный класс социальных взаимодействий, имеющих повседневный и в то же время фундаментальный характер. Содержание таких взаимодействий заключается в общении со знакомыми, малознакомыми и незнакомыми людьми, и такая их поддержка, которая приносит удовлетворение, увлекает и обогащает. В работе врача, отличающейся длительностью и интенсивностью разнообразных социальных контактов, эта черта помогает сохранить живое заинтересованное отношение к пациентам, стремление помогать им и сотрудничать с ними, а также защищает от профессиональных деформаций, равнодушия и формализма, удерживает от такого подхода к больному, когда он начинает рассматриваться как безличное анонимное «тело», часть которого нуждается в терапии. Другая психологическая характеристика, обеспечивающая коммуникативную компетентность врача, – это *эмоциональная стабильность*, уравновешенность при отсутствии импульсивности, чрезмерной эмоциональной экспрессивности, с сохранением контроля над эмоциональными реакциями и поведением в целом. Эмоциональная стабильность помогает врачу во взаимоотношениях с больными избегать «психологических срывов», конфликтов. Интенсивные эмоциональные реакции не только разрушают доверие больного, пугают и настораживают его, но и астенизируют, утомляют. Напротив, душевное равновесие врача, его спокойная доброжелательность, эмоциональная стабильность вызывают у пациента чувство надежности, способствуют установлению доверительных отношений [29].

С.Л. Соловьева выделяет следующие базовые коммуникационные навыки взаимоотношений «врач – пациент», которые относятся к числу главных навыков, которые позволяют создавать эффективные партнерские взаимоотношения. Тренировка этих навыков должна иметь своей целью достижения базового уровня компетентности в следующих областях:

Адекватное вещественное окружение – необходимость в создании адекватного вещественного окружения определяется тем,

что это увеличивает степень уединенности, комфорта и внимания к пациенту. Небольшие детали, такие, как оформление места, где сидит собеседник, так, чтобы это не было травмирующим и не увеличивало бы дистанцию, либо наличие штор, что создает чувство уединенности, будут способствовать более успешному результату интервью;

Приветствие пациентов – будет способствовать сохранению чувства собственного достоинства, и поощрять их к участию в беседе. Использование имени пациента уместно, когда он знаком врачу, при этом врач подает соответствующий сигнал о том, что он узнал собеседника;

Активное слушание – включает использование как вербальных (словесных), так и невербальных коммуникационных приемов. Врач должен отчетливо сигнализировать о том, что все его внимание сосредоточено на пациенте и делать это взглядом, путем посылки сигналов, обозначающих, что информация принимается, и контакт должен быть продолжен таких, как кивание головой, фразы типа «верно», «понимаю» и т. д.

Эмпатия, уважение, заинтересованность, теплота и поддержка – эти составные части являются сердцевинной интерперсональных навыков. Их нельзя с легкостью подделать, и если врачи лишены этого, то таких врачей нельзя быстро научить тому, как выполняя эти вещи способом, который бы позволил их развивать.

Язык – врачи должны также постоянно контролировать степень сложности языка, который они используют для своих объяснений, в частности, объяснении диагноза и причин, которые привели к болезни, а также предложения по поводу лечения и причин, на которых основываются эти предложения;

Взаимоотношение сотрудничества – важно, чтобы пациент мог чувствовать, что врач ясно понимает его нужды и готов к тому, чтобы работать вместе с пациентом для их удовлетворения.

Завершение интервью – в дополнение к навыкам создания вещественной обстановки, начала и продолжения интервью, столь же важным является и способ его завершения. Врач должен подать ясный сигнал о том, что интервью движется к своему завершению, обычно путем суммирования того, что было сказано, и того, что в ходе его обсуждалось;

Навыки сбора информации – главная, решающая часть взаимоотношений врача и больного состоит в способности извлечения информации у пациента. Основными навыками, необходимыми для облегчения процесса сбора информации, являются те, которые помогают облегчить вовлечение пациента в медицинское интервью способом, позволяющим врачу добиться правильной постановки диагноза симптомов или проблем пациента;

Молчание – необходимо научиться правильному использованию молчания как способа вдохновить пациента высказаться как можно более полно, затронуть сложные темы и вспомнить важные сведения;

Управление потоком информации – хотя предоставление пациентам возможности для свободного общения и является важным, но в то же время студента надо научить способности сохранять контроль над интервью в своих руках путем тактичного направления содержания беседы в сторону диагностики проблемы;

Суммирование – так как за время консультации может быть получено большое количество сведений, студент должен научиться суммировать главные данные, возникшие в ходе консультации, он также должен убедиться в том, что понимание это разделяется с ним его пациентом [20 с. 26-32].

По мнению Н.Д. Лакосиной и Г.К. Ушакова основная ответственность за характер этих взаимоотношений, столь важных для успешного лечения, всегда ложится на медицинского работника. Он обязан, строя свои взаимоотношения с больным, учитывать особенности его личности, переживания. Так, диагностический процесс для врача начинается уже с момента появления больного: его внешнего вида, походки, особенностей речи и тому подобное. Однако нельзя забывать, что и больной с первых мгновений оценивает врача. Разница в том, что, если врач видит каждого пациента фоне бесконечной вереницы больных, то для больного врач – человек необычный, уникальный, которому он вверяет свое благополучие, а то и жизнь. Поэтому он пылливо и с особым пристрастием изучает врача. Создающееся у него впечатление является фундаментом будущего психотерапевтического влияния [14].

В этой связи стоит отметить такой феномен, распространенный в клинической психологии, как ятропсихогения. Б.Д. Карва-

сарский описывает его, как не кратковременная реакция больного на неправильное высказывание или действие врача, а зафиксированное невротическое расстройство, имеющее обычно истинные причины в личности пациента и характере отношений с врачом. Она представляет собой своего рода отрицательный плацебо – эффект, связанный с определенными ожиданиями, опасениями и установками пациента в отношении болезни, врача и лечения [32].

Отрицательное влияние врача на больного могут располагаться в широком диапазоне от явных ятрогений (эффект обусловлен в основном неправильным поведением врача) до псевдоятрогений (эффект обусловлен главным образом болезненным восприятием больного). Отсутствие доверительного контакта между пациентом и врачом является общим условием возникновения ятрогений [32].

Таким образом, из выше изложенного материала видно, что знание симптомов болезней и дозировок лекарств не ограничивается профессиональная деятельность врача. Важную роль играет также и психологический фактор: представляет ли собой врач гармонически развитую личность с морально – этическими устоями, умеет ли входить в контакт с людьми и грамотно взаимодействовать с ними – все это также является составляющим личности врача как профессионала.

Опираясь на теоретический материал по проблеме исследования (Н.В. Яковлевой, Ю.М. Жукова, В.И. Кашицкого), можно сформулировать основные положения: Коммуникативную компетентность врача необходимо рассматривать как интегративное качество личности, направленное на установление, поддержание и развитие эффективных контактов с пациентами и другими участниками лечебно-профилактического процесса. Формирование коммуникативной компетентности врача происходит в процессе деятельности. В ходе становления врача как профессионала уровень его коммуникативной компетентности должен возрастать. Уровень коммуникативной компетентности врача зависит от личностных качеств [19,27 с.36-37].

Исходя из того, что в современном обществе возрастает значимость компетентности в общении, развитие последней является актуальной проблемой психологии. Коммуникативная компетентность должна

быть сформирована как внутренняя, характерологическая составляющая, способная к осознанной вовлеченности в процесс взаимодействия с окружением как необходимое условие взаиморазвития, как высшего смысла сущности человека. Коммуникативная компетентность рассматривается как система внутренних ресурсов, необходимых для построения эффективной коммуникации в определенном круге ситуаций личностного взаимодействия и выступает в качестве важнейшего критерия профессиональной деятельности будущего врача. Индивидуально-личностные качества, социально-культурный и исторический опыт способствуют формированию профессионального общения врача.

Основными факторами, снижающих эффективность коммуникации являются семантические невербальные барьеры, отсутствие обратной связи, неумение слушать и другие. Для развития способностей эффективного общения будущего врача в процессе обучения в условиях медицинского вуза необходимо педагогическому составу направлять свои усилия на развитие у студентов коммуникативной компетентности. А именно способности к эмпатии, доверительному, открытому общению и поведению; толерантному отношению, конструктивности – способности позитивно воспринимать и предотвращать или рационально разрешать конфликтные ситуации; навыков сотрудничества – умения работать «в команде».

В связи с вышеизложенным назрела необходимость проведения разработки новых методов развития коммуникативной компетентности врача, ориентированных на поиск эффективных способов.

В Казахском национальном медицинском университете им. С.Д. Асфендиярова на кафедре коммуникативных навыков, основ психотерапии, общей и медицинской психологии, с 2007 года занимаются разработкой научных и методических основ формирования коммуникативной компетентности будущих врачей. При университете был открыт Центр коммуникативных навыков, основной задачей которого, является развитие и формирование коммуникативной компетентности врача на до и после дипломном этапах. Для развития коммуникативной компетенции настоящее время разработана стратегия формирования коммуникативной компетентности студентов, которая стре-

мится ответить на четкое определение важных компонентов развития коммуникативной компетентности, на основе целей, задач и действий.

Для планирования процесса формирования содержательных компетенций и последующей оценки их сформированности установлены уровни, требования к знаниям, представлениям и умениям, необходимым и достаточным для достижения соответствующего результата.

Разработаны следующие пути реализации новых методов обучения: обучение студентов коммуникативной компетентности поэтапно, на протяжении всего процесса обучения в вузе, планирование процесса формирования содержательных компетенций с последующей оценкой их сформированности, установка уровней.

Разработаны дифференцированные подходы к эффективному обучению коммуникативной компетентности путем поэтапного обучения студентов КазНМУ им С.Д. Асфендиярова. Само по себе развитие коммуникативной компетентности предполагает обучение от начального уровня к последующим базовым, системным и специализированным коммуникативным компетенциям. Разработаны методы оценки коммуникативной компетенции на каждом этапе обучения. Обеспечивается мониторинг развития и оценка коммуникативной компетентности, разработаны методы и формы преподавания с каждым курсом усложняя их уровень.

Таким образом, основной целью обучения коммуникативной компетенции является повышение эффективности подготовки специалистов медицинского профиля и их соответствия запросам современных условий (рынка) путем создания в вузе благоприятных условий для свободного и осознанного выбора обучающимися будущей профессиональной деятельности, личностной траектории образования, направления и профиля профессиональной подготовки, необходимой квалификации в соответствии с личностными интересами, образовательными запросами и потребностями рынка труда.

Новые подходы к развитию коммуникативной компетентности позволяют повысить эффективность процесса формирования психологической компетентности врача в процессе вузовского обучения.

Список литературы

1. Аверин В.А. Психология в структуре высшего медицинского образования: автореф. дис. ... канд. псих. наук. – СПбГУ, 1997. 23 с.
2. Аверин В.А., Бухарина Т.Л. Психология медицинского образования. – СПб., 1995. – С. 47-52.
3. Алексеева Л.Л. Личностные особенности и коммуникативный потенциал медицинского персонала в амбулаторной педиатрии. 2002.
4. Андронов В.П. Психологические основы формирования профессионального мышления врача // Вопросы психологии. – 1991. – № 5. – С. 88-95.
5. Арасланова А.Т. Формирование коммуникативной компетентности студентов в условиях медицинского колледжа: автореф. дис. канд. пед. наук. – Оренбург, 2008. – 25 с.
6. Бойко В.В. Субъектные отношения во взаимодействии стоматолога с пациентом. – СПб., 2000. – С. 23-27.
7. Василькова А.П. Эмпатия как один из специфических критериев профессиональной пригодности будущих специалистов медиков: автореф. дис. ... канд. псих. наук. – СПб., 1998. – 21 с.
8. Горшунова Н.К., Медведев Н.В. Формирование коммуникативной компетентности современного врача // Успехи современного естествознания. – 2010. – №3.
9. Гурвич И.Н. Социально-психологические факторы эффективности врачебной деятельности: автореф. дис. ... канд. псих. наук. – Л., 1981. – 25 с.
10. Доника А.Д. Профессиональный онтогенез: Медико-социологические и психолого-этические проблемы врачебной деятельности. – М.: Академия Естествознания, 2009.
11. Дуброва В.П. Некоторые аспекты психологической подготовки врача к терапевтическому взаимодействию с пациентом // Психологическая наука и образование. – 2000. – № 3. – С. 62-66.
12. Кассирский И.А. О врачевании. Проблема и раздумья. – М.-Л., 1970. – С. 73-79.
13. Кипиани А.И. Развитие коммуникативной компетентности врача-стоматолога как условие профессиональной успешности: автореф. дис. ... канд. психол. наук. – Ставрополь: СевКавГТУ, 2006. – 23 с.
14. Климович И.Г. Модель специалиста медицинского профиля. – М.: Медицина, 1989. – 126 с.
15. Клиническая психология / под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб.: Питер, 2007. – 960 с.
16. Конечный Р., Боухал М. Психология в медицине. – Прага, 1983. – С. 43-51.
17. Соловьева С.Л. Личность врача: учебно-методическое пособие. – СПб., 2004. – С. 15-18.
18. Константинова Т.В. Особенности коммуникативных установок во взаимодействии врача с больными: дис. ... канд. психол. Наук. – Самара, 2006. – 156 с.
19. Коршунов Н.И., Яльцева Н.В. Ревматоидный артрит: оценка эффективности лечения и некоторые аспекты в диаде врач-больной // Терапевтический архив. – 1997. – № 5. – Р. 33-35.
20. Коршунов Н.И. Оценка больным некоторых личностных качеств и эффективность терапии / Н.И. Коршунов, Ю.С. Филатова, Н.В. Яльцева, Е.В. Речкина // Научно-практическая ревматология. – 2007. – № 2. – С. 77-80.
21. Лытаев С.А., Овчинников Б.В., Дьяконов И.Ф. Основы клинической и медицинской психодиагностики. – СПб.: ЭЛБИ, 2008. – 320 с.
22. Любан-Плоцца Б., Пельдингер В., Крегер Ф. Психосоматический больной на приеме у врача. – СПб.: НИПИ им. В.М. Бехтерева, 1994. – 245 с.
23. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. Практическое руководство. – М., 2005. – 432 с.

24. Микиртчян Г.Л. Биоэтика: Основные проблемы. Материалы научно-методической конференции. Проблемы человека: гуманитарные аспекты человека / под редакцией Г.Л. Микиртчян, Г.Г. Ершова. – СПб., 1995. – С. 6-8.
25. Минюрова С.А. Психология саморазвития человека в профессии. – М.: «Компания Спутник +», 2008. – 304 с.
26. Мисюк М.Н., Михайлюк Ю.В. Исследование эмпатии как составляющей коммуникативной компетентности студента-медика. – Минск: Изд-во МИУ, 2011. – С. 273-275.
27. Петрова Н.Н. Психология для медицинских специальностей. – М.: Академия, 2008. – 320 с.
28. Поддубная А.В. Структура и механизмы становления профессионального самосознания // Психология и жизнь. – М.: МОСУ, 2000. – Вып. №1. – С. 53-57.
29. Решетников А.В. Медико-социологический мониторинг: руководство. – М., 2003. – 1048 с.
30. Спринц А.М., Михайлова Н.Ф. Медицинская психология с элементами общей психологии. – М.: СпецЛит, 2009. – 448 с.
31. Урванцев Л.П., Кодочигова И.А. Психологические аспекты общения в диаде «Врач-больной» // Ярославский психологический вестник. – Москва-Ярославль, 2001. – Вып. № 5. – С. 96-108.
32. Цветкова Л.А. Коммуникативная компетентность врачей педиатров: автореф. дис. ... канд. психол. наук. – СПб., 1994. – 23 с.
33. Яковлев Б.П., Богдан И.Т. Формирование личностной готовности к профессиональной деятельности в условиях многоуровневого образовательного пространства // Психология и практика: ежегодник РПО. – Ярославль, 2007. – Т. 4. – Вып. № 4. – С. 254-258.
34. Ясько Б.А. Психология личности и труда врача: курс лекций. – М.: Феникс, 2005.
35. Donna C. Crisis intervention. Theory and methodology. Agulera Ph.D., F.A.A.N. Janice M. Lupton D. Perspectives on power, communication and the medical encounter: implications for nursing theory and practice. Nursing Inquiry. 2 (3): 157-63, 1995 Sep. Messick, M. S F.A.A.N. The C V. Mosby Company. St. Louis Toronto-London 1982.