
ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ

О.Ю. Богачева

10.7256/2070-8955.2013.02.9

ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОБЛЕМЫ ВЛИЯНИЯ ЭМПАТИИ НА ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ВРАЧЕЙ (НА ПРИМЕРЕ ВРАЧЕЙ-ТЕРАПЕВТОВ И ВРАЧЕЙ-ХИРУРГОВ)

Аннотация. Основу статьи составляют результаты экспериментального исследования влияния эмпатии на деятельность врачей. Во взаимоотношениях врач — пациент эмпатия несет пользу и врачам, и пациентам. Для врачей польза эмпатии заключается в уменьшении стресса, истощения и улучшает самочувствие медика. Для пациента эмпатические взаимоотношения способствуют соблюдению лечебного режима, удовлетворению врачом, улучшению качества жизни, пониманию и признанию медицинской информации. Специфика медицинской деятельности заключается в большой дифференциации профессиональных знаний, а также в различии профессионально важных качеств необходимых для реализации этой деятельности. Современное здравоохранение традиционно разделяется на два вида помощи: терапевтический (консервативный) и хирургический (оперативный). Профессиограмма хирурга и профессиограмма терапевта отражает разные требования к профессионально важным качествам этих специалистов. Структуру ПВК хирурга отличает наличие аттенционных, мыслительных, волевых качеств и свойств работоспособности. Структура ПВК терапевта отличается наличием таких качеств как сострадание, добросовестность, аккуратность, коммуникативные качества и др.

В проведенном исследовании решена задача по выявлению связи структуры эмпатии и эффективности деятельности терапевтов и хирургов, доказано значение эмпатии как профессионально важного качества врача терапевта. По результатам эмпирического исследования определена структура эмпатии у врачей-терапевтов и врачей-хирургов, определены ведущие каналы поликоммуникативной эмпатии и эмпатических способностей. Выявлена разница в структурах эмпатии и ведущих каналов эмпатии терапевтов и хирургов. Доказано разное влияние эмпатии на деятельность врачей разных специализаций.

Ключевые слова: психология, профессионально важные качества, деятельность врача, профессиограмма врача, эмпатия врачей, структура эмпатии терапевтов и хирургов, ведущие каналы эмпатии врачей, поликоммуникативная эмпатия, эмпатические способности, эмпатия.

В статье будут рассмотрены результаты эмпирического исследования проблемы влияния эмпатии на деятельность врачей (на примере врачей-терапевтов и врачей-хирургов). Обращаясь к актуальности данного исследования, следует вспомнить, что изучение феномена эмпатии уже давно переросло рамки только теоретического изучения (Т. Липпс, Э. Титченер, К. Роджерс, З. Фрейд, В. Кохут, Т.П. Гаврилова, Ю.В. Гиппенрейтер, И.М. Юсупов). Современный дискурс рассмотрения этой проблемы направлен в прикладное русло. В частности рассматривается влияние эмпатии на деятельность специалистов

различной направленности. Наибольшую разработанность эта тема получила применительно к педагогике (И.М. Юсупов, А.В. Козина, С.В. Кондратьева, В.И. Долгова, М.Д. Тюлин). В медицине эмпатия рассматривалась с позиции «врач — пациент» (В.А. Ташлыков, Л.М. Бедрин, Л.П. Урванцев, Л.Н. Васильева).

Высокой роли эмпатии в процессе выздоровления пациентов и ее изучению посвящено много работ для различных групп медицинских специалистов. В этот круг вошли: прежде всего психиатры (В.А. Тихоненко, Е.А. Спиркина, А.Е. Симановский, Е.И. Лозинская), военные врачи (В.И. Власенко, В.А. Корзунин), хирурги (Г.А.

Караванов, В.В. Коршунов, И.В. Андронов, С.И. Ашбель, А.А. Пенкович, Р.Г. Хиль, Т.В. Большакова) и др. Несмотря на значительное количество работ по эмпатии во врачебной практике, по связи личностных характеристик с эмпатией у врачей разных специализаций, нет работ, посвященных изучению структуры эмпатии у врачей, не определены ведущие каналы эмпатии врачей, не достаточно изучена связь структуры эмпатии и эффективности деятельности врачей разных специализаций.

Исследование структуры эмпатии у врачей-терапевтов и врачей-хирургов представляется актуальным с позиции влияния, оказываемого эмпатией на деятельность врачей разных специализаций, прежде всего врачей-терапевтов.

В зарубежной литературе накоплен богатый материал, касающийся пользы эмпатии и для пациентов, и для врачей (Starfield et al.). Изучены особенности эмпатии в медицинской практике (D.H. Naftulin, J.E. Ware, F.A. Donnelly), механизмы динамики эмпатии применительно к врачебной практике (J. Decety and P.L. Jackson) факторы, улучшающие взаимодействие между врачами и пациентами (Jackson), влияние социокультурных факторов на эмпатию в клинической практике (Weissman et al.).

Теперь перейдем к выгодам, которые получают пациенты от хороших взаимоотношений с врачом. Именно во время приема происходит основной обмен информацией. Огромное количество литературы посвящено пользе от таких взаимоотношений и приверженности пациента лечебному режиму, удовлетворению врачом и системой в целом, признанию и пониманию медицинской информации, способностью бороться с болезнью, повышением качества жизни и физического, ментального и социального состояния. Эмпирическое исследование показало, что эмоциональное поведение врачей способствует улучшению усвоения информации и общего состояния здоровья¹. В медпрактике такие отношения рассматриваются как главный путь к оптимальному лечению. Нельзя понять болезнь, не понимая пациента, и лечение зависит не столько от самого процесса, сколько от его качества. В дополнении к профессиональным знаниям и опыту, эффективность лечения зависит и от других факторов, таких как качество взаимоотношений: пациент — врач².

¹ Shapiro D.E., Boggs S.R., Melamed B.G., & Graham-Pole, J. (1992). The effect of varied physician affect on recall, anxiety, and perceptions in women at risk of breast cancer: An analogue study. *Health Psychology*, 11, 61-66.

² Beisecker A.E., & Beisecker T.D. (1990). Patient information-seeking behaviors when communicating with doctors. *Medical Care*, 28.

Несколько факторов влияют на качество отношений врача и пациента. Некоторые из них повышают эмпатию. К ним можно отнести следующие:

- эффект плацебо, который помогает в трети клинических случаев, и выражен сильнее, если существуют эмпатические отношения между врачом и пациентом;
- эмпатия — это способ аналитического слушания. Эмпатическое понимание может быть усилено распознаванием скрытых и произнесенных посланий через анализ невербальных знаков «глазом разума»;
- усиливает эмпатию во взаимоотношениях врача и пациента знание социокультуральных особенностей;
- развитию эмпатии во взаимоотношениях врача и пациента помогает знание границ личного пространства другого человека и соблюдение границ эмоциональной вовлеченности.

Невзирая на всю очевидную полезность эмпатии для больных, надо помнить о том, что это процесс взаимный и вовлекаемые в него врачи тоже получают свою выгоду, которая выражается в уменьшении стресса, истощения и улучшают самочувствие медика.

Современная медицина — одна из самых динамично развивающихся областей науки. В связи с этим растет дифференциация областей медицинского знания. Современное здравоохранение включает в себя 6 отдельных видов специализации, требующих высшего медицинского образования и более 60 предметов профессиональной врачебной деятельности.

Все это требует определенной специфической именно для этого вида деятельности подготовки. В российской практике подготовки врачей определились два уровня специализации. Первый уровень определяется первичной, основной специализацией, которая приобретает человеком, получившим высшее медицинское образование через систему интернатуры, ординатуры или аспирантуры.

Существующая в нашей стране система непрерывного последиplomного образования соответствует второму уровню углубленной специализации. На этом этапе дифференцируются и развиваются профессионально важные качества, определяется индивидуальный стиль деятельности, достигается стадия «суперпрофессионализма», или, наоборот, происходят профессиональные деформации, состояния профессиональной дезадаптации.

Современное мировое здравоохранение имеет разветвленную сеть врачебных специализаций как основного условия успешности профессиональной деятельности. Традиционно специализированная меди-

цинская помощь делится на два основных направления: терапевтическое и хирургическое. Терапевтическое направление рассматривается как медицинская помощь, состоящая в опосредованном лечебном воздействии на пациента с помощью исцеляющих средств и манипуляций, без физического вторжения в системы жизнеобеспечения³. В этом направлении медицины сформировалась знаменитая Российская клиническая школа терапии с требованиями и к высокому профессионализму врача, и к высоким личным качествам, включая психологическую готовность к общению с пациентом.

Содержание труда терапевта заключается в оказании медицинской помощи при заболеваниях органов дыхания, пищеварения, сердечно-сосудистой системы, почек, крови, эндокринных желез, обмена веществ и др. Врач-терапевт осуществляет лечение больных при помощи консервативных методов.

Хирургическое направление связано с физическим нарушением целостности организма, с заведомым принесением боли человеку. Но этот вид помощи оказывается тогда, когда невозможна терапевтическая помощь, и только оперативное вмешательство способно принести облегчение и спасти жизнь пациента. При этом хирургическое воздействие носит непосредственный характер. Врач собственными руками, а в современной медицине через посредство сложной техники, оказывает воздействие на патологический процесс.

Содержание труда хирурга заключается в выявлении причин заболеваний, проведению исследовательских работ для постановки или подтверждения диагноза, проведении предоперационной подготовки, проведении плановых и внеплановых (экстренных) операций, ведении пациента после операции, разработке и внедрении новых методов диагностики и лечения различных заболеваний.

Хронические заболевания предполагают продолжительный период лечения, связанный с подбором терапевтических препаратов, методики лечения в зависимости от индивидуальных особенностей личности пациента⁴. Хирургическое вмешательство, даже плановое, происходит достаточно быстро и поэтому не требует большого эмоционального контакта⁵.

Одна из главных трудностей профессии хирурга — это принятие решения о необходимости операции. Цена неправильно выбранного решения — жизнь человека. Часто принятие таких решений связано с дефицитом

времени, а значит и с эмоциональными перегрузками врачей-хирургов.

Учитывая, что любая профессия предъявляет к личности определенные требования, накладывает специфический отпечаток на весь образ жизни человека, профессия хирурга формирует определенный склад личности, вырабатывает профессиональные свойства личности. Из-за профессионального хладнокровия, выдержки, выработанного с годами видимого спокойствия, у пациентов возникают ощущение эмоциональной холодности, отчужденности хирургов.

Подводя итоги, скажем, что структура профессионально важных качеств врача-хирурга отличается наличием аттенционных, мыслительных, волевых свойств и свойств работоспособности. Исследование профессионально важных качеств врачей, проведенное Б.А. Ясько показало, что для хирургов имеют высокое значение такие качества как: быстрота и точность пальцев рук, согласованность движений с процессами восприятия, устойчивость к статическим нагрузкам, пластичность движений, способность к быстродействию в условиях дефицита времени и т.д.

Профессиограмма врача-хирурга отражает такие требования к профессионально важным качествам как: эмоционально-волевая устойчивость, внимательность, аккуратность, высокая ответственность, наблюдательность, коммуникативные способности, большой объем долговременной памяти, аналитический ум.

Таким образом, мы видим, что профессиональная деятельность способствует не только проявлению определенных качеств в человеке, но и формированию профессиональных свойств личности, которые оказываются в прямой зависимости от особенностей профессии. Для хирурга чрезмерная эмоциональная вовлеченность, сочувствие, эмпатическое сопереживание скорее окажут отрицательное влияние на эффективность деятельности. Спокойствие, невозмутимость скорее будут способствовать поддержанию бодрости духа пациента, одной из главных задач деятельности врача. И состояние духа врача отражается на состоянии пациента.

Психологический анализ деятельности врача-терапевта имеет свою специфику. Опрос 100 больных, оценивших при выписке образ врача, показал, что наиболее существенными были коммуникативные качества: душевность, доброта, вежливость, внимание к пациентам⁶. Большей частью общение терапевта и пациента происходит при дефиците времени (особенно на приеме у участкового врача) и здесь проявляются на-

³ Ясько Б.А. Психология личности и труда врача. М., 2009.

⁴ Ташлыков В.А. Психология лечебного процесса. Л., 1964.

⁵ Mayerson E.W. (1976). Putting the ill at ease. New York: Harper & Row.

⁶ Телешевская М.Э., Погибко Н.И. Вопросы лечебной деонтологии. Л., 1978.

выки « профессиональной эмпатии», которые выражаются в знании поведенческой экспрессии, позволяющей проникнуть в эмоциональный мир больного.

При этом важным является умение врача распознавать эмоциональное содержание невербального поведения пациента. Эмоционально-перцептивные способности врача проявляются в умении интонационно передать пациенту свою эмоциональную реакцию⁷. Важность этого умения врача для создания у больного удовлетворенностью общением, а также значение эмпатии для понимания сущности терапевтического воздействия были показаны исследованиями проведенными Е.Ф. Бажиным (1980).

Комплекс профессионально важных качеств врача-терапевта включает в себя свойства внимания, развитые сенсорные качества, коммуникативные свойства такие как: умение располагать в себе людей, вызывать у них доверие. Все это вызвано спецификой деятельности терапевта, которому приходится в течение одного дня оказывать консультационную, диагностическую и лечебную помощь. Для терапевта важны и такие психологические качества как: сохранение высокой работоспособности в монотонных и однообразных условиях, умение быстро записывать, хорошая дикция.

Развитию коммуникативных навыков у терапевтов уделяется особенное внимание. В исследованиях по медицинской психологии отмечается, что поведение врача в коммуникативном процессе несет психотерапевтическое воздействие. К сожалению, это воздействие может быть как положительным, так и отрицательным, ведущим к развитию ятрогений. Последние развиваются как следствие, в том числе, и неправильного поведения врача.

В структуре коммуникативных качеств врача-терапевта особое место имеет эмпатия как качество не только позволяющее чувствовать эмоциональное состояние больного, но и в способности врача передавать больному то, что он полностью понят. Так как такое умение поступает через невербальные каналы, которые невозможно постоянно контролировать, терапевт должен испытывать к пациенту истинные положительные эмоции. Поэтому на первом месте в структуре требований, предъявляемых к профессионально-важным качествам врача терапевта, стоит сострадание, а затем уже добросовестность, аккуратность, внимание, коммуникативные способности, большой объем долговременной памяти.

Разные задачи, стоящие перед врачами этих двух специализаций, отражает структура профессионально важных качеств терапевтов и хирургов.

Цель нашего исследования: выявить структуру эмпатии врачей-терапевтов и врачей-хирургов, как фактора влияющего на деятельность врачей. В основу нашего исследования мы положили структурную модель эмпатии И.М. Юсупова, как дающую наиболее полное описание эмпатии.

В сфере отражательной функции психического эмпатия выступает в когнитивном направлении и реализуется через идентификацию субъекта с эмпатируемым объектом. В сфере регулирующей функции эмпатия представлена как действенная эмоциональная идентификация, проявляется как акт интерперсонального отождествления, в котором переживания другого репрезентированы субъекту как его собственные. В сфере произвольного отражения и регулирования эмпатия может выступать как осознанное психическое явление, лишенное эмоционального компонента.

В сфере регулирования эмпатия предстает как аффективное подсознательное явление, которое протекает в форме сочувствия и сопереживания.

В качестве базы исследования выступили многопрофильные больницы и поликлиники г. Москвы. Объектом эмпирического исследования явились врачи-терапевты и врачи-хирурги, как специалисты противоположных профилей деятельности (консервативное лечение, оперативное лечение). Общий объем выборки составил 120 человек: терапевты — 60 человек, хирурги — 62 человека.

Для получения статистически достоверных данных врачей-терапевтов и врачей-хирургов представляли специалисты всех направлений консервативной и оперативной медицины в возрасте от 25 лет до 65 лет.

Для изучения структуры эмпатии у врачей обеих специализаций нами были использованы методики:

1. Тест диагностики уровней эмпатических способностей В.В. Бойко использовался для определения развития отдельных компонентов эмпатии таких как: рациональный, эмоциональный, интуитивный каналы эмпатии, установки, способствующие эмпатии, проникающая способность, идентификация⁸.
2. Диагностика уровня поликоммуникативной эмпатии И.М. Юсупова использовалась для определения общего уровня развития эмпатии и ее уровней в различных областях человеческой жизни. Автор методики классифицирует эмпатию исходя из объекта, к которому она направлена — эмпатия с родителями, животными, стариками, детьми, героями художественных произведений, незнакомыми или малознакомыми людьми.

⁷ Там же.

⁸ Бойко В.В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других. М., 1996.

Полученные в эмпирическом исследовании данные обрабатывались с помощью методов количественного и качественного анализа. Полученные с помощью матриц интеркорреляций и корреляционных плеяд данные позволяют оценить взаимосвязь между отдельными компонентами эмпатии по методикам уровня эмпатических способностей В.В. Бойко и уровня поликоммуникативной эмпатии И.М. Юсупова. В результате проведенного исследования определены качественные и количественные характеристики структуры эмпатии врачей терапевтов и хирургов.

Структура поликоммуникативной эмпатии врачей-терапевтов отличается устойчивостью, хорошей организованностью, четко выраженной группой компонентов, играющих ведущую роль в структуре и компонентов, слабо включенных в структуру (см. рис. 1).

Когерентность — 19, дивергентность — 0, общая организация структуры эмпатии врачей-терапевтов — 19.

Характерной особенностью структуры эмпатии врачей-терапевтов является ведущая роль в ней эмпатии к героям художественных произведений, что свидетельствует о способности испытывать сочувствие не только к реальным людям в реальных обстоятельствах, но и проявлять эмоциональный отклик к отвлечённым событиям.

Также ведущая роль в структуре эмпатии у терапевтов занимает эмпатия к малознакомым. К категории малознакомых людей смело можно отнести основное большинство пациентов. Приоритет этого канала в структуре эмпатии свидетельствует о значении эмпатии в повседневной деятельности терапевта. Самые сильные связи ($P < 0,001$) между эмпатией к героям художественных произведений и эмпатией к животным и между эмпатией к малознакомым и эмпатией к пожилым.

Совсем не включена в структуру эмпатия к детям.

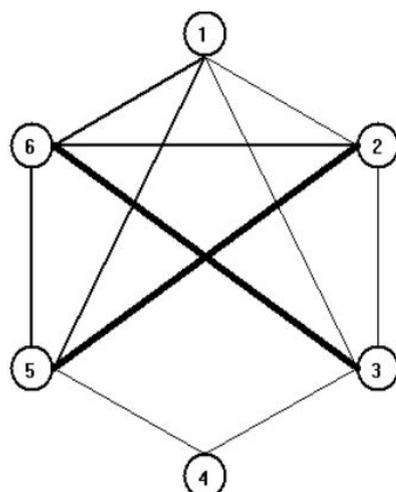


Рис. 1

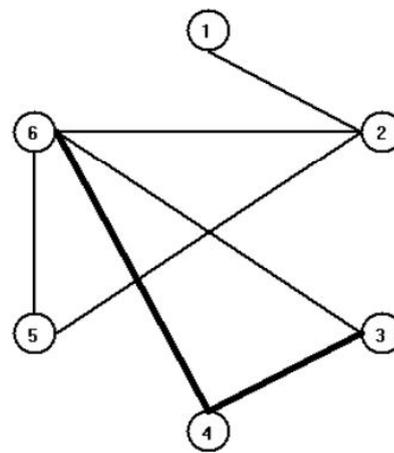


Рис. 2

Структура поликоммуникативной эмпатии врачей-хирургов резко контрастирует со структурой эмпатии терапевтов (см. рис. 2). Она плохо организована, носит линейный характер. Ведущая роль в структуре отводится эмпатии к малознакомым. Когерентность — 15 баллов, дивергентность — 0, и общая организация структуры поликоммуникативной эмпатии хирургов — 15.

Самые сильные связи ($P < 0,001$) между эмпатией к малознакомым и эмпатией к детям, и между эмпатией к детям и эмпатией к пожилым.

Значение эмпатии к малознакомым в структуре эмпатии хирургов подтверждает общую направленность врачей обеих специализаций на установление эмпатических взаимодействий с пациентами.

С целью дальнейшего подтверждения гипотезы о различии структуры эмпатии у врачей-терапевтов и врачей-хирургов, а также с целью выявления ведущих каналов эмпатии, мы провели исследование структуры эмпатических способностей, полученных с помощью методики В.В. Бойко.

Полученные количественные и качественные характеристики структуры эмпатических способностей терапевтов показали, что она хорошо организована, замкнута. Ведущая роль отводится эмоциональному каналу, при наличии отрицательной связи с рациональным каналом.

В структуре эмпатических способностей терапевтов все связи сильные, за исключением двух отрицательных. Такая развитость связей интуитивного канала, установок, способствующих эмпатии, проникающей способности и идентификации указывает на их значение в построении эффективных взаимодействий с пациентами.

Ведущая роль эмоционального канала в структуре эмпатических способностей терапевтов говорит о способности человека сочувствовать и сопереживать, понять внутренний мир другого человека, прогнозировать

Рис. 3

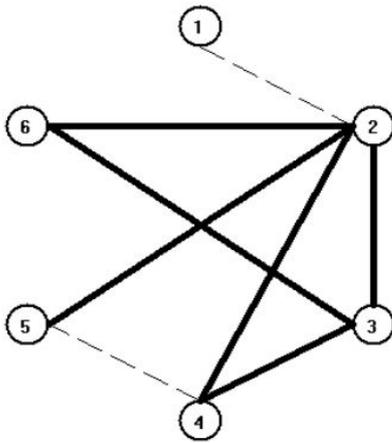
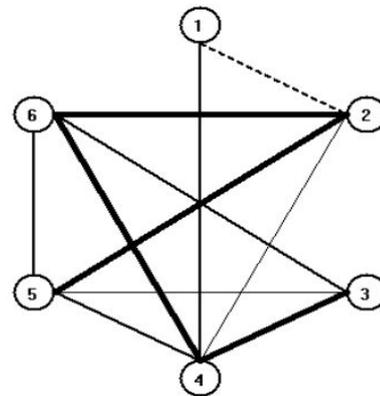


Рис. 4



вать его поведение, что как выясняется более характерно для терапевтов и что соответствует специфике работы терапевта, как специалиста, от умения которого установить эмпатические взаимодействия зависит не только правильность постановки диагноза, но и эффективность дальнейшего лечения. И, наоборот, отсутствие умения входить в энергетическое поле партнера по общению может привести к развитию ятрогений. Ведущая роль эмоционального канала подтверждает полученные ранее выводы о способности терапевтов испытывать сопереживание к вымышленным персонажам. Таким образом, врач-терапевт способен не только сочувствовать людям в конкретных обстоятельствах, но и умозрительно сопереживать в предполагаемых обстоятельствах.

Структура эмпатических способностей врачей-хирургов (рис. 4) отличается от аналогичной структуры врачей-терапевтов, что хорошо видно на графике корреляционных плед. Она менее структурирована, с признаками линейности. Ведущая роль отводится установкам, способствующим эмпатии, что говорит о присущей хирургам изначально установке на интерес к другому человеку, уместность проявления сочувствия, что является общей установкой для всех врачей.

Также структура эмпатических способностей хирургов характеризуется меньшим количеством сильных связей, но имеет средние и слабые связи в отличие от терапевтов. Здесь также мы видим и наличие одинаковых связей в структурах эмпатических способностей хирургов и терапевтов, но разных по силе выраженности.

Таким образом, мы можем сделать следующие выводы:

- структура поликоммуникативной эмпатии и эмпатических способностей терапевтов и хирургов организована по-разному;
- ведущий канал поликоммуникативной эмпатии у терапевтов и хирургов одинаковый — эмпатия к

- малознакомым, но у терапевтов еще и эмпатия к героям художественных произведений;
- ведущие каналы эмпатических способностей у терапевтов и хирургов разные — у терапевтов эмоциональный канал эмпатии, у хирургов — установки, способствующие эмпатии;
- структура поликоммуникативной эмпатии и эмпатических способностей терапевтов отличаются хорошей организованностью и замкнутостью;
- структура поликоммуникативной эмпатии и эмпатических способностей хирургов хуже организована, с признаками линейности;
- структура эмпатии терапевтов по обеим методикам характеризуется большим количеством сильных связей ($P < 0,001$);
- структура эмпатии хирургов характеризуется большим количеством средних и слабых связей ($P < 0,01$ и $P < 0,05$);
- в структуре поликоммуникативной эмпатии и эмпатических способностей у врачей обеих специализаций присутствуют отдельные одинаковые связи, но разные по силе выраженности.

Итак, в результате проведенного исследования выявлена структура эмпатии врачей-терапевтов и врачей-хирургов. Существуют специфические различия в структуре эмпатии врачей терапевтов и хирургов, что достоверно показывает место эмпатии в деятельности врачей обеих специальностей.

Хорошо развитая структура эмпатии терапевтов указывает на роль эмпатии в повседневной практике. И, наоборот, недостаточное развитие структуры эмпатии у хирургов свидетельствует об отсутствии влияния эмпатии на деятельность хирурга. Находясь в рамках нормативного уровня развития эмпатии, что позволяет избегать проблем, характерных для высокоэмпатийных людей с их отсутствием душевного равновесия, разница

в структуре эмпатических способностей врачей-хирургов и врачей-терапевтов показывает большую роль эмпатии в деятельности терапевтов.

Выявлены ведущие каналы поликоммуникативной эмпатии и эмпатических способностей терапевтов и хирургов. Ведущая роль эмоционального канала в структуре эмпатических способностей терапевтов свидетельствует о выраженности аффективного компонента в форме сопереживания и соучастия, стремления к энергетической подстройке к партнеру по общению, т.е. то, что в народе называют душевностью.

Ведущая роль установок, способствующих эмпатии у хирургов, еще раз подтверждает, характерный для всех врачебных специализаций побудительный мотив действий, направленный на «...облегчение от физических страданий», «возможность проявлять заботу к людям», т.е. добродетельную суть врачевания⁹.

Анализ результатов изучения структуры поликоммуникативной эмпатии и структуры эмпатических способностей показал, что наличие у врачей обеих специализаций сходных связей в структурах говорит, по нашему мнению, об общей направленности на установление эмпатических взаимоотношений с пациентами, что характерно вообще для профессии врача как специалиста, работающего в системе «человек — человек».

Проведенное исследование еще раз доказывает, что любой вид деятельности накладывают специфический отпечаток на личность работника и предъявляют к нему определенные требования. По результатам нашего исследования развитая структура эмпатии терапевта показывает, что эмпатия является тем качеством, которое способствует успешному осуществлению профессиональной деятельности врача-терапевта.

Список литературы:

1. Бойко В.В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других. М., 1996.
2. Ташлыков В.А. Психология лечебного процесса. Л., 1964.
3. Телешевская М.Э., Погибко Н.И. Вопросы лечебной деонтологии. Л., 1978.
4. Юсупов И.М. Вчувствование. Проникновение. Понимание. Казань, 1993.
5. Ясько Б.А. Психология личности и труда врача. М., 2009.
6. Beisecker, A.E., & Beisecker, T.D. (1990). Patient information-seeking behaviors when communicating with doctors. *Medical Care*, 28.
7. Mayerson E.W. (1976). *Putting the ill at ease*. New York: Harper & Row.
8. Shapiro, D.E., Boggs, S.R., Melamed, B.G., & Graham-Pole, J. (1992). The effect of varied physician affect on recall, anxiety, and perceptions in women at risk of breast cancer: An analogue study. *Health Psychology*, 11, 61-66.

References (transliteration):

1. Boyko V.V. *Energiya emotsiy v obshchenii: vzglyad na sebya i na drugikh*. M., 1996.
2. Tashlykov V.A. *Psikhologiya lechebnogo protsessa*. L., 1964.
3. Teleshevskaya M.E., Pogibko N.I. *Voprosy lechebnoy deontologii*. L., 1978.
4. Yusupov I.M. *Vchuvstvovanie. Pronikновение. Ponimanie*. Kazan', 1993.
5. Yas'ko B.A. *Psikhologiya lichnosti i truda vracha*. M., 2009.
6. Beisecker, A.E., & Beisecker, T.D. (1990). Patient information-seeking behaviors when communicating with doctors. *Medical Care*, 28.
7. Mayerson E.W. (1976). *Putting the ill at ease*. New York: Harper & Row.
8. Shapiro, D.E., Boggs, S.R., Melamed, B.G., & Graham-Pole, J. (1992). The effect of varied physician affect on recall, anxiety, and perceptions in women at risk of breast cancer: An analogue study. *Health Psychology*, 11, 61-66.

⁹ Юсупов И.М. Вчувствование. Проникновение. Понимание. Казань, 1993.