

ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ МЕДИЦИНСКИЙ РАБОТНИК – ПАЦИЕНТ В ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Л. Ю. ПАЛЬМОВА, М. Э. ГУРЫЛЕВА

HEALTHCARE WORKER-PATIENT RELATIONSHIPS IN PULMONOLOGY PRACTICE

L. YU. PALMOVA, M. E. GURYLEVA

ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» МЗ РФ

Kazan State Medical University, Ministry of Health of the Russian Federation, Kazan, RF

В статье рассмотрены вопросы взаимоотношений врача и пациента, проблемы комплаенса в рутинной практике и психологические особенности пациентов пульмонологического профиля.

Ключевые слова: деонтология, терапевтическое сотрудничество, модели взаимоотношений врач – пациент.

The paper considers doctor-patient relationships, compliance in routine practice, and the psychological characteristics of patients with pulmonary diseases.

Key words: deontology, therapeutic collaboration, doctor-patient relationship model.

Несмотря на многочисленные изменения, связанные с модернизацией здравоохранения (изменение структуры лечебных учреждений и порядков оказания медицинской помощи населению, укрепление правовой составляющей лечебного процесса, оснащение медицинских учреждений современной техникой и внедрение в лечебно-диагностический процесс высокотехнологичных методов оказания медицинской помощи), старая как мир проблема взаимоотношений участников лечебного процесса была и остается крайне актуальной. Существует многообразие форм, уровней, моделей, типов, способов выстраивания отношений между медиком и пациентом. И все-таки следует констатировать, что основные проблемы в этом поле возникают в случае неустановления терапевтического сотрудничества между врачом и пациентом, т. е. носят деонтологический характер [1, 2, 9].

Человека нельзя отделить от среды, в которой он живет. Восточная и западная цивилизации породили разные варианты медицины, базирующиеся на различных ценностях и предполагающие различные шаги в отношении больного человека. Так, древнекитайская и тибетская медицина основываются на принципе «не позволить человеку заболеть». Был создан образ «врача-садовника». Он должен обеспечить своему пациенту нормальное развитие, питание, режим обмена энергиями, соблюдение ритмичности изменений температур, рекомендовать сбалансированный образ жизни. В Китае долгое время существовала традиция платить врачу только до тех пор, пока его подопечный здоров. Если же человек заболел, врачу переставали платить и он начинал лечить своего пациента бесплатно. Западная европейская медицина эксплуатирует

образ «врача-механика или инженера», согласно которой больной – это поломанный механизм. Истоки такого понимания кроются в декартовской интерпретации живых объектов, как машин, в дальнейшем развитым французским врачом и философом Ж. Ламетри, перу которого принадлежит выражение «человек – это искусный часовой механизм». Результатом такого понимания становится путь современной европейской медицины, с четко организованными потоками направления больных на диагностические процедуры, стандартами лечения. И врач, и больной знают, что диагноз – это сумма результатов объективных исследований, постановка диагноза предельно формализуется и автоматизируется и мало кто вспоминает об искусстве врачевания... Эти установки – логичное продолжение воплощения в современную медицинскую практику западной цивилизации модели «врача-механика», работающего с «пациентом-машиной». При таком подходе о качестве лечения могу судить и сам больной, и юрист в случае, если последний считает что в чем-то ущемлены его права [9].

Известным американским биоэтиком Робертом Витчем было предложено все модели взаимоотношений врач – пациент разделять на четыре основные: инженерную, пастырскую (патерналистскую), коллегиальную и контрактную. Инженерная модель – крайнее отражение западной культуры, технократический подход к пациенту, о котором сказано выше. Врач взаимодействует с пациентом как узкий специалист и выполняет чисто технические функции. Пример – хирургический конвейер в глазной клинике Святослава Фёдорова. Патерналистский вариант – противоположная крайность – отношения участников лечебного процесса подобны

отношениям священника и прихожанина или отца и ребенка, наставника и подопечного. Такая модель была характерна для медицины долгие тысячелетия, начиная с античности, и принципы клятвы Гиппократова – это отражение данной модели. Патернализм являлся идеологией советской медицины. Сегодня такой вариант взаимодействия врача и пациента приемлем в педиатрии, психиатрии, гериатрии, реаниматологии. Недостатки модели состоят в том, что взаимоотношения могут перерасти в отношения типа начальник – подчиненный. К промежуточному варианту Витч относит коллегиальную модель. Другие авторы в ее рамках выделяют советательную и информационную модели, отличающиеся друг от друга степенью вовлечения больного в лечебный процесс. Все они замешаны на правовой почве взаимоотношений медицинского работника и пациента и предполагают участие компетентного и заинтересованного в сохранении и укреплении собственного здоровья больного в процессе лечения. Они предусматривают необходимость подробного, доступного, правдивого, адекватного информирования пациента о диагнозе, методах лечения, возможных осложнениях, последствиях заболевания, возможных альтернативах, а также соучастие в обсуждении этой информации, формировании собственного мнения и возможности его реализации через право пациента на свободу выбора (согласие и отказ от лечения). Преградами на пути реализации этих моделей могут стать некомпетентность больного или психологические особенности его личности. Данный вариант взаимодействия профессионала-медика и больного оптимален при хронических заболеваниях. Четвертая модель, которую выделяет Витч, – контрактная. Она предусматривает взаимодействие врача и пациента на принципах общественного договора, когда пациенты заключают договор на медицинское обслуживание с лечебным учреждением напрямую или через страховую компанию и в договоре четко прописаны обязательства сторон, отражающие интересы подписантов. Теоретически контрактная модель призвана защитить моральные ценности личности, однако, даже по мнению автора, в структуре оказания медицинской помощи населению она занимает незначительное место. Возможно, это дело будущего [3, 4, 6, 7].

Все указанное не является руководством к действию, а лишь позволяет сориентироваться в современных тенденциях и выбрать врачу наиболее удобный, рациональный и правильный вариант общения с подопечным, поскольку на процесс профессионального поведения медика накладывает отпечаток не только биологический, но и биографический план заболевания. Так, в остром периоде заболевания больные могут быть пассивными участниками взаимоотношения врач – пациент. Основная задача врача – вылечить пациента и как можно быстрее вернуть к прежнему образу жизни, т. е. реализуется патерналистская модель. Больные хроничес-

кими заболеваниями вынуждены изменять свои привычки и образ жизни, что заставляет их быть компетентными и создавать группы взаимопомощи. Основная задача врача – реализовать принцип равноправия и взаимопонимания в процессе лечения. При работе с инвалидами врач ставит иную задачу – приспособить пациента к создавшимся условиям, максимально адаптировать его к инвалидности. Умирающие больные нуждаются в обезболивании, уходе, духовной и нравственной поддержке обеспечения процесса достойного умирания, и здесь качество их жизни в приоритетах помощи стоит выше, чем количество. Различные культуры по-разному относятся к эвтаназии, подчеркивая те или иные ее аспекты, представители различных специальностей также имеют свои установки на возможность осуществления тех или иных медицинских вмешательств – врачи и представители силовых структур по отношению к себе в подавляющем большинстве случаев не принимают экстраординарных средств продления жизни, они более лояльны к донорству органов и тканей, более категоричны в ограничении средств лечения и др. [5, 7, 8].

Критерием нозологического типа отношения врача с пациентом является характер заболевания пациента. Любая медицинская специальность реализует общие основы отношения врач – больной, но вместе с тем каждая медицинская специальность – хирургия, терапия, онкология, психиатрия и т. д. – имеет свои особенности отношения с пациентом, определяемые патологиями, которыми страдает пациент и на которые направлена лечебная деятельность врача.

Проблемы взаимоотношений хирург – пациент наиболее хорошо разработаны в отечественной литературе благодаря классикам отечественной медицинской этики (деонтологии) Н. Н. Петрову, Б. В. Петровскому. Благодаря им в отечественной хирургической деонтологии сложилась устойчивая позиция, согласно которой хирург должен не только знакомить больного с характером хирургического вмешательства, касаясь при этом в сдержанно-тактичной форме описания риска операции, но главное – опираться на внушение надежды на положительный исход. С точки зрения Н. Н. Петрова, «информирование» должно включать не столько «адекватную информацию», сколько внушение «о незначительности риска в сравнении с вероятной пользой операции». Такая позиция в ходе судебного процесса о нанесенном вреде пациенту, с точки зрения прокурора, будет оценена как манипуляция больным, с точки зрения адвоката практикующего хирурга, именно эта профессиональная форма общения включает необходимый элемент успешного исхода оперативного вмешательства. Решению задачи преодоления страхов и боязни больного подчинено следующее правило профессиональной этики хирурга, сформулированное Н. Н. Петровым: «для душевного покоя больных необходимы посещения хи-

рурга накануне операции и несколько раз в самый день операции, как до нее, так и после». Согласно реалиям современности, наблюдается отрыв хирурга от больного, что связано с практикой конвейерной схемы вмешательств, многопрофильным характером подготовки больного и проведения операции и оценивается психологами как крайне негативный [7, 8].

Терапевтический профиль врачевания также обладает рядом особенностей отношения врача к пациенту. Важны не только жалобы пациента, но и особенности его личности: характер реагирования, религиозные установки и национальные традиции, образ жизни, мировоззрение. Терапевт часто сталкивается не с соматическим, а с психосоматическим заболеванием, что требует от него максимального такта в поведении, широкого кругозора, знания смежных дисциплин, психологического подхода. Именно в терапевтической практике в полной мере должен реализовываться принцип, заложенный основателем медицинской этики России М. Я. Мудровым, «лечить не болезнь, а больного», личность которого в значительной степени определяет и особенности его болезни, что предполагает и определение врачом лечения.

В онкологической практике также имеют место быть особенности взаимоотношений врача и пациента, что обусловлено тяжелейшим моральным фоном этих отношений. Для онкологического больного характерны страхи перед неизлечимостью заболевания и ожидания страданий. Угнетенное состояние психики, страх, депрессия, неадекватное поведение часто оказываются не особенностями характера пациента, а формами проявления болезни и требуют адекватного, в свою очередь, отношения врача.

С чего начинается путь к выздоровлению заболевшего человека? С момента, когда он узнает точный диагноз и перспективы? Или с началом приема лекарственного средства? А может еще на этапе, когда человек только осознал, что болен? На самом деле терапия начинается уже тогда, когда человек принял решение обратиться к врачу, т. е. признал свое состояние и потребность в посторонней квалифицированной помощи.

Цель исследования – выявление ряда особенностей в сфере взаимоотношений пациента и медицинских работников в пульмонологической практике.

Материалы и методы

В исследовании приняли участие 40 пациентов с легочной патологией, 53% из которых страдали хроническими заболеваниями легких (бронхиальной астмой – 47%, хронической обструктивной болезнью легких – 45%, 8% – бронхоэктазией, легочным фиброзом и др.) и 48% – острой легочной патологией (острым бронхитом и пневмонией). Пациенты стационаров составили 47,5%, пациенты поликлиник – 47,5%, 5% являлись посетителями

платных медицинских центров. Стаж болезни составил в среднем $9,88 \pm 1,71$ года. Следующую группу исследуемых составили врачи (30 человек), занимающиеся обследованием и лечением пациентов с респираторной патологией (52% – врачи-терапевты и врачи общей практики; 48% – врачи-пульмонологи); 48% являлись работниками стационаров, 41% – поликлиник, 11% – трудились в иных учреждениях. Средний возраст врачей составил $41,58 \pm 2,32$ года. Стаж работы в среднем – $16,96 \pm 2,27$ года. Также был осуществлен анализ данных, полученных от родственников лиц, страдающих заболеваниями органов дыхания (всего в исследовании приняли участие 25 человек) и 25 медицинских сестер, контактирующих с пациентами пульмонологического профиля.

Среди всех изучаемых групп проводилось анкетирование посредством анкет, разработанных сотрудниками КГМУ. Для оценки мнения пациентов, их родственников и медицинских работников использовали опросники, содержащие 13-17 пунктов, вопросы с выборочным ответом, альтернативного и открытого типов.

Результаты исследования

Проведенное исследование позволило выявить факт довольно высокой информированности пациентов о своем заболевании (77%); 12% респондентов признались, что врач регулярно информирует их об имеющемся заболевании, но сами они не особенно заинтересованы в получении информации, 8% пациентов желали бы получать больше информации о недуге, но врач по разным причинам этого не делал, и лишь в 3% случаев ни врач, ни пациент не были заинтересованы в сотрудничестве.

Оценка степени комплаентности пациентов продемонстрировала, что 75% пациентов точно и в полной мере выполняют назначения врача, а 25% – выборочно. Причины неполного выполнения рекомендаций доктора распределились следующим образом: 50% лиц не могли реализовать весь объем назначенной терапии из-за нехватки денежных средств, 30% считали, что вовсе необязательно выполнять все из назначенного объема терапии, что улучшение их физического состояния станет возможным при реализации лишь некоторой части врачебных рекомендаций, 20% пациентов обосновали свой выбор сомнениями в безопасности всего объема терапии («слишком много лекарств», «может не выдержать печень» и т. п.).

В целом исследование выявило довольно высокую степень доверия пациентов к врачу. Оказалось, что 77,5% пациентов склонны доверять врачам и выполнять их назначения без предварительного консультирования с иными источниками, только в 22,5% случаев пациенты вынуждены консультироваться с другими лицами (с другими врачами, родственниками, с пациентами со схожими диаг-

нозами). Проанализировали причины неполного доверия: в трети случаев они оказались связаны с молодым возрастом практикующих врачей, в трети – с врачебным равнодушием, по 17% пациентов отметили раздражительность и недостаточный опыт врача (33 и 17%, $p < 0,05$; 33 и 17%, $p < 0,05$).

Оценка мнения пациентов о необходимости сотрудничества с врачом продемонстрировала, что пациенты в большинстве случаев (70%) понимают значимость установления конструктивного взаимодействия с врачом, крайне необходимого для успешного результата лечения, 20% пациентов отдают инициативу в руки исключительно врача, полагаясь сугубо на его знания и практический опыт, и готовы следовать его рекомендациям, 10% больных нацелены лишь на частичное сотрудничество с медиками. Примечательно, что никто из опрошенных не ответил на поставленный вопрос категорично отрицательно.

С целью повышения достоверности ответов, отражающих совместную деятельность врача и пациента, были предложены вопросы, касающиеся комплексной оценки медицинских услуг. Структура ответов пациентов выглядела следующим образом: 52,5% пациентов в целом оказались довольны медицинскими услугами, не выделяя мелкие недостатки и погрешности в данной сфере; 22,5% лиц выразили недовольство очередями в лечебных учреждениях; 10% – недовольство слабой доступностью лекарственных средств (в основном имелось в виду льготное снабжение базисными препаратами); 10% – недовольство работой регистратуры; 2,5% – недовольство оснащенностью медицинских учреждений. Лишь 2,5% опрошенных оказались не довольны отношением к себе врачей. Как видно из приведенных данных, недовольство пациентов медицинскими услугами большей частью было обусловлено организационно-техническими проблемами в медицинских учреждениях, а не этической составляющей взаимоотношений.

Далее был задан вопрос пациентам, касающийся пожеланий по улучшению их обслуживания. Примечательно, что 35% (14 человек) пациентов ничего не хотели менять, их все устраивало, 45% (18) – хотели улучшения оснащения медицинских учреждений и повышения доступности услуг специалистов, 27,5% (11) – видят необходимость улучшения снабжения лекарственными средствами.

Определенный интерес также вызывал вопрос относительно осведомленности родственников пациентов с легочной патологией. Как показали наши данные, 86,6% родственников лиц, страдающих заболеванием легких, хорошо информированы о диагнозе больного, причем в 60% случаев информация исходит от самого пациента. У 13,4% опрошенных родственников осведомленность заключалась в осознании того, что у их члена семьи «какая-то проблема с бронхами или легкими». На вопрос о том, считают ли они полученную информацию

о заболевании достаточной, 46,7% респондентов сообщили, что нет, и в будущем желали бы более полного информирования касательно болезни своего родственника. Врачи доводят информацию о диагнозе пациента до их родственников в 33,3% случаев, в подавляющем большинстве случаев это делается с согласия самого больного.

Предприняли попытку выяснить зависимость формирования чувства удовлетворенности родственников врачами, курирующими их больных членов семьи. Удовлетворенность базировалась главным образом на умении лечащего врача доступно информировать о сущности заболевания, методах его обследования и лечения (73,3% случаев), манере общения (26,6% случаев), компетентности врача (26,6% случаев) и в меньшей степени – на его внешнем виде (13,3% случаев). Другими словами, если врач мог правильно поговорить, доступно объяснить все происходящее с больным членом семьи, то он воспринимался родственником как хороший, грамотный врач. Иные причины носили достоверно менее значимый характер (73,3 и 26,6%, $p < 0,01$, 73,3 и 13,3%, $p < 0,001$).

Оценка процесса взаимодействия пациентов и его ближайшего окружения с медицинским персоналом была бы неполной без анализа мнения самих врачей и медицинских сестер. Так, в нашем исследовании 62% врачей посчитали, что стиль общения напрямую зависит от специфики болезни, а 38% – оказались не согласны с этим утверждением ($p < 0,05$). Мнение медицинских сестер не было радикально иным и подтвердило данные закономерности. В 100% случаев медицинские работники отметили актуальность и необходимость реализации принципа сотрудничества при общении с пациентом.

Проанализировав основы построения доверительных отношений в паре врач – пациент, убедились в том, что приоритетными являются такие способы, как разъяснение сути заболевания (75%), комментирование лечебно-диагностического мероприятия (71%), способность идти на компромисс с пациентом (64,4%), а также внимание и способность слушать болеющего человека (50%). Удивителен тот факт, что установление зрительного контакта с пациентом не является главенствующим для современного врача (этот пункт был отмечен всего в 12% случаев) и отражает, по всей видимости, реальные будни наших дней (дефицит времени, большая лечебная нагрузка, обилие документации и т. д.).

Так есть ли специфические особенности поведения у «легочного больного»? Врачи ответили утвердительно в 69% случаев, причем это касалось в основном больных с хроническими заболеваниями органов дыхания. Отрицательный ответ прозвучал от 24% анкетированных врачей, что в 2,9 раза меньше по сравнению с респондентами, ответившими утвердительно ($p < 0,05$). Мнение медицинских сестер было еще более категоричным – 80% опрошен-

ных считали, что больные с хронической легочной патологией имеют специфические особенности поведения. Проанализировав анкеты (наряду с готовыми вариантами ответов также была возможность вписать свое особое мнение) получили указания врачей и медицинских сестер на то, что эти больные более раздражительны и агрессивны по сравнению с другими категориями пациентов (в 46,2 и 75% случаев соответственно, $p < 0,05$).

Специализация врача оказывает прямое влияние на общение с «легочным пациентом». Вполне логичным выглядит тот факт, что 77% пульмонологов не испытывают каких-либо трудностей при общении с пациентами с легочной патологией, в то время как среди терапевтов и врачей общей практики подобным образом ответили только 42% анкетированных. Таким образом, 58% врачей общей сети имеют ряд затруднений при контакте с контингентом, страдающим респираторными заболеваниями (23 и 58%, $p < 0,01$). В 31% случаев существует необходимость «подстраиваться» под предыдущее лечение, в 23% – труднее устанавливать контакт из-за того, что пациенты уже многое знают о своей болезни, приходится с нуля «зарабатывать в глазах пациента авторитет», в 15,3% – путаются в обилии ингаляторов. В 36,7% случаев врачи-терапевты и врачи общей практики (ВОП) указали на то, что им приходится тратить больше времени на разъяснительную работу с данным контингентом больных (как пользоваться теми или иными устройствами, как подготовиться к обследованию, как и когда применять тот или иной вид лекарственного средства и т. д.), а пульмонологи посетовали лишь на недостаточно хорошее качество диагностических обследований, которые им приходится анализировать (44,4% пульмонологов против 10,5% терапевтов и врачей ВОП, $p < 0,05$). Интересен тот факт, что в 66,6% случаев медицинские сестры (в основном это было обусловлено ответами сестер терапевтических отделений стационаров) указали на то, что им зачастую приходится вести беседы по преодолению кортикофобии у больных с хронической респираторной патологией ($p < 0,01$).

Выводы

1. Проблемы неудовлетворенности пациентов в большинстве случаев сопряжены с причинами, не связанными с прямыми профессиональными действиями медицинского персонала (вопросами организационного характера, снабжением лекарственными средствами, оснащением медицинских учреждений и т. д.).

2. Пациенты легочного профиля, преимущественно больные с хронической респираторной патологией (бронхиальной астмой, хронической обструктивной болезнью легких), имеют специфические черты поведения, более выраженную склонность к раздражению и агрессии.

3. В 46,7% случаев родственники пациентов с легочной патологией считают, что имеющейся информации о заболевании их родственника явно недостаточно, в связи с чем они хотят знать больше о болезни и методах его лечения.

4. Врачи, контактирующие с пациентами «легочного профиля» (пульмонологи, терапевты и ВОП), на практике склонны реализовывать принципы сотрудничества и контрактной модели взаимоотношений.

5. Врачи и медицинские сестры имеют ряд трудностей при взаимодействии с данным контингентом пациентов, что определяется, с одной стороны, личностными особенностями пациентов с респираторной патологией, с другой – спецификой диагностики и лечения данной патологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андреева Г. М. Социальная психология. – М.: Аспект Пресс, 1999. – 375 с.
2. Болучевская В. В., Павлюкова А. И., Сергеева Н. В. Общение врача: особенности профессионального взаимодействия. (Лекция 3). [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2011. № 3. URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 5.06.2014).
3. Витч Роберт Модели взаимоотношения врач – пациент. – [Электронный ресурс]. URL: <http://videonet.ru/view?id=ISW2tSZDvVsS931> (дата обращения: 02.10.2013).
4. Воропаева Л. А., Протоиерей Михаил Иванов, Архимандрит Василий (Паскье Пьер Мари Даниель) и др. Модели взаимоотношения врач-пациент // Здоровье Чувашии. – 2013. – вып. № 4 http://giduv.com/journal/2013/4/modeli_vzaimotno
5. Ефименко С. А. Потребители медицинских услуг в бюджетных организациях и их самооценка здоровья // Социологические исследования. ежемес. науч. и обществ.-полит. журнал РАН. – 2007. – № 9. – С.110-114.
6. Келли Дж. Психология личности. Теория личных конструктов / пер. с англ. – СПб.: Речь, 2000. – 254 с.
7. Лымарь Л. В. Некоторые особенности конструктивного взаимодействия в рамках взаимоотношений врач – пациент // Актуальные вопросы педагогики и психологии: материалы международной заочной научно-практической конференции (06 февраля 2013 г.)
8. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология. – М.: МЕД-пресс-информ, 2008. – 432 с.
9. Сабурова В. И. Особенности преподавания биоэтики студентам-иностранцам в РГМУ. – [Электронный ресурс]. URL: <http://orthomed.ru/archive/kbe/pub/pub.htm> (дата обращения: 10.10.2013).
10. Силуянова И. В. Об имморализме в психологии: сб. пленарных докл. XI междунар. Рождественских образовательных чтений. – М., 2003. – С. 338-360.

REFERENCES

1. Andreyeva G. M. *Sotsialnaya psikhologiya* [Social psychology]. Moscow, Aspekt Press publ., 1999. 375 p.
2. Boluchevskaya V. V., Pavlyukova A. I., Sergeyeva N. V. [Doctor's training: professional communication. (Lecture 3)]. [Electronic media], *Meditsinskaya psikhologiya v Rossii. Elektr. Nauchn. Zhurnal*, 2011, no. 3. (In Russ.) Available at: <http://medpsy.ru> (accessed 5.06.2014).
3. Vitch Robert., Models of communication for doctor – patient. [Electronic media]. (In Russ.) Available at: <http://videonet.ru/view?id=ISW2tSZDvVsS931> (accessed 02.10.2013).
4. Voropayeva L. A., Archpriest Mikhail Ivanov, Archimandrite Vasily (Pascue Pier Mary Daniel) et al. Communication model for doctor – patient, *Zdorovye Chuvashii*, 2013, no. 4. (In Russ.) Available at: http://giduv.com/journal/2013/4/modeli_vzaimotno.

5. Efimenko S. A. Consumers of medical services in organizations funded from the state budget and their self evaluation of health. *Sotsiologicheskiye issledovaniya, ezhermes. Nauch. i obschestv.-politi. Zhurnal RAN*, 2007, no. 9, pp. 110-114. (In Russ.)
6. Kelly G. A. *Psikhologiya lichnosti. Teoriya lichnykh konstruktorov*. [Theory of Personality. The psychology of personal constructs], St. Petersburg, Rech publ., 2009. 254 p.
7. Lyman L. V. [Some features of constructive communication for relations for doctor and patient. *Actual questions of pedagogics and psychology*], *Materialy mezhdunarodnoy zaочноy nauchno-prakticheskoy konferentsii (06 fevralya, 2013 g.)* [Material of international correspondence research and practical conference (February 6, 2013)]. (In Russ.)
8. Mendelevich V. D. *Klinicheskaya i meditsinskaya psikhologiya*. [Clinical and Medical Psychology]. Moscow, MEDpress-inform publ., 2008. 432 p.
9. Saburova V. I. [Teaching bioethics for foreign students in Russian State Medical University], lectures for students of RSMU. (In Russ.) Available at: <http://orthomed.ru/archive/kbe/pub/pub.htm> (accessed 02.10.2013).
10. Siluyanova I. V. [About immoralism in psychology]. *Sb. Plenarnykh dokidov XI mezhdunar. Rozhdestvenskikh obrazovatelnykh chteniy*. [Col. of plenary presentations. XI International Christmas Educational Readings]. Moscow, 2003. pp. 338-360. (In Russ.)

ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Пальмова Любовь Юрьевна

Казанский государственный медицинский университет,
кандидат медицинских наук, ассистент кафедры
внутренних болезней № 2,
420012, г. Казань, ул. Бутлерова, д. 49.
Тел.: 8 (917) 232-40-45.
E-mail: palmova@bk.ru

Поступила 13.02.2015