

УДК 159.942.5:615.851

**ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНА ВЗАЄМОДІЯ  
В ДІАДІ «ЛІКАР – ХВОРИЙ» У ПРАКТИЦІ НЕВРОЗОЛОГІЇ****Вірна Ж. П., Прус О. В.**

У статті теоретично конкретизовано зміст психотерапевтичної взаємодії в діаді «лікар – хворий» у практиці неврозології. Обґрунтування проблеми стосується питань необхідності вивчення даного аспекту в силу обов'язкового визначення ознак ефективності застосування психотерапевтичних методів за окремими клінічними проявами неврозу. Підкреслюється, що психогенні походження неврозів потребують психотерапевтичного втручання, індикатором якості якого є вироблений психотерапевтичний стиль взаємодії лікаря і хворого.

Ключові слова: невроз, неврозологія, невротичні розлади, психотерапія, психотерапевтичний стиль, лікар, хворий.

The article theoretically concretizes the content of psychotherapeutic interaction in dyad «doctor – patient» in practice of neurosology. Argumentation of the problem concerns issues needed to study this aspect because of obligatory determination the efficiency of psychotherapeutic methods for individual clinical neurosis manifestations. It is emphasized that psychogenic origins of neuroses require psychotherapeutic intervention, an indicator of its quality is developed psychotherapeutic style of interaction between doctor and patient.

Keywords: neurosis, neurosology, neurotic disorders, psychotherapy, psychotherapeutic style, doctor, patient.

В статье теоретически конкретизировано содержание психотерапевтического взаимодействия в диаде «врач - больной» в практике неврозологии. Обоснование проблемы касается вопросов необходимости изучения данного аспекта в силу обязательного определения признаков эффективности применения психотерапевтических методов по отдельным клиническими проявлениями невроза. Подчеркивается, что психогенные происхождения неврозов требуют психотерапевтического вмешательства, индикатором качества которого является выработанный психотерапевтический стиль взаимодействия врача и больного.

Ключевые слова: невроз, неврозология, невротические расстройства, психотерапия, психотерапевтический стиль, врач, больной.

Постановка проблеми. В умовах розвитку сучасного нестабільного суспільства проблема взаємозв'язку психічного здоров'я та прояву невротичних порушень особистості досить актуальна як в психології, так й в інших суміжних з нею науках, які торкаються питань неврозології. Визначення і лікування неврозів набуває все більшого значення, так як число хворих неврозами постійно збільшується. Таке положення вимагає постійного удосконалення засобів й методів діагностики, лікування та профілактики невротичних розладів.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Вчення про неврози історично

характеризується двома тенденціями. Одні дослідники виходять з визнання того, що існування невротичних феноменів повністю детерміновано певними патологічними механізмами біологічного походження. Інша група дослідників виходить з положення про те, що вся картина неврозів може бути виведена лише з особистісних психологічних механізмів. В останні десятиліття певні специфічні точки зору на природу неврозів в зарубіжній психоневрології пов'язані з біхевіоризмом, екзистенціалізмом, гуманістичною психологією (О. Бондаренко, Л. Бурлачук, Б. Карвасарський, О. Кочарян, Н. Лакосіна, А. Свядош, А. Снежевський та ін.).

Виокремлення невирішених раніше частин загальної проблеми. З огляду на теоретико-емпіричні доробки у медико-психологічній літературі, відкритими залишаються питання щодо змісту позитивної діагностики, тісно пов'язана з патогенетичною концепцією неврозів, де особливого розгляду потребують питання взаємозв'язку психогенії неврозу із особистістю хворого і психотравмуючою ситуацією; різноманітних клінічних проявів в межах афективних ознак і реакцій; ефективності застосування психотерапевтичних методів за окремими клінічними проявами неврозу.

Тому метою презентованого матеріалу є теоретична конкретизація психотерапевтичної взаємодії в діаді «лікар – хворий» у практиці неврозології для подальшого використання опрацьованого теоретичного конструкта у сферу актуальних прикладних досліджень.

Виклад основного матеріалу дослідження. В медико-психологічній літературі невроз визначається як психогенний, нервово-психічний розлад, який виникає в результаті порушення особливо значущих життєвих ставлень людини і проявляється в специфічних клінічних феноменах [5]. Невроз характеризується, по-перше, зворотністю патологічних порушень, що можуть тривати днями, тижнями, місяцями і навіть роками; по-друге, психогенною природою захворювання, що зумовлена особливостями системи відносин й патогенної конфліктної ситуації хворого; і, по-третє, специфічністю клінічних проявів, що полягає в домінуванні емоційно-афективних та соматовегетативних розладів. При неврозах на перший план виступають розлади емоційної сфери. А психогенний характер неврозів означає, що вони зумовлені дією переважно психологічних факторів і пов'язані з активізацією симптомів розладів в психотравмуючих ситуаціях.

Хотілось би відмітити, що основні сучасні напрямки в області неврозів – біогенетичні, психогенетичні та соціогенетичні – представлені у тісному взаємозв'язку. Основні наукові знання отримані представниками психодинамічного (психоаналіз З. Фрейда і його ортодоксальних учнів, індивідуальна психологія А. Адлера, аналітична психологія К. Юнга, неофрейдизм К. Хорні, Е. Фрома, К. Саллівена), гуманістичного (психодрама Дж. Морено, недирективна психотерапія К. Роджерса, логотерапія В. Франкла) і біхевіорального (Г. Айзенк, В. Вольпе) напрямків в учінні про неврози та їх психотерапію.

Уявлення про невроз як хворобу особистості, що виникає внаслідок порушення ставлення індивіда до оточуючої дійсності, що тією чи іншою мірою руйнує його соціальні зв'язки та знижує рівень повноцінності соціального функціонування, визнання важливості положення, що індивідуальна система відносин може бути сформована й реалізована тільки в процесі міжособистісного спілкування, сприяють розширенню патогенетичної концепції неврозів в аспекті механізмів їх розвитку і стимулюють інтенсивну розробку нових ефективних методів лікування, в якості яких на даному етапі закономірно виступають

методи психотерапії. Лікування неврозів характеризується своєю специфічністю, адже на відміну від психотичних хворих, лікування хворих неврозами проводиться амбулаторно і частіше не психотерапевтами і не психіатрами. В цих умовах при нестачі часу для оглядів й лікування, а також при слабкій психотерапевтичній компетенції, лікар повинен використовувати медикаментозний вплив.

Спробуємо виокремити основні для лікувальної практики моменти, які представлені в медичній літературі [1; 4; 6 та ін.]. Насамперед, необхідно підкреслити, що невротичні стани, як й інші захворювання, не підкоряються волі індивіда. Звідси, можна зробити висновок, що неможливо добитися видужування, апелюючи до «доброї волі» хворого. В цьому сенсі необхідно згадати розповсюджене, але визнане помилковим розуміння неврозів як симуляцію, волю до хвороби або демонстрацію, метою яких є витягування з хвороби практичних вигод. Загалом, клінічно невроз можна схематично визначити як психогенно зумовлений функціональний розлад різної тривалості, що проявляється в симптомах, які охоплюють психічну і соматичну сфери. Загалом психогенне походження неврозу передбачає наявність гострої або хронічної психотравми.

Класифікація неврозів вміщує низку труднощів, які витікають з однозначності етіології – невротичної психотравматизації, що впливає на терапію неврозів:

1. Недивлячись не відносно розмежування встановлених форм неврозів, в їх динаміці досить часто спостерігається одночасне об'єднання або послідовне чередування різноманітних симптомів.

2. Деякі клінічні форми знаходяться в тісному зв'язку із структурою особистості (істерія, нав'язливі стани, іпохондрія), що створює додаткові труднощі.

3. Поряд з визначенням нозологічної належності неврозу великого значення набуває характеристика синдрому «подвійної бухгалтерії».

4. В клінічному і терапевтичному сенсі основну роль відіграє співвідношення з фактором часу. Гострі невротичні реакції, які мало пов'язані із структурою особистості (неврастенія, синдроми страху, астеничні і депресивні синдроми) різко відрізняються від повільно протікаючих форм неврозів, що тісно пов'язані з особливостями особистості.

5. Проведення різкого розмежування неврозу від так званого психогенного психозу дається дуже важко, адже часто невротичні і реактивно-психотичні симптоми збігаються. Сензитивна паранойяльність, і особливо депресивні реакції, часто є перехідними стадіями в процесі розвитку більшості тривалих неврозів [5].

Психогенне походження неврозів зумовлює основний лікувальний метод – психотерапію. На сучасному етапі цілі і задачі системи патогенетичної психотерапії неврозів, що відображають її теоретичну і практичну спрямованість, можуть бути сформульовані таким чином: 1) глибинне й різнобічне вивчення особистості хворого, особливостей його емоційного реагування, мотивації, специфіки формування, структури і функціонування його системи відносин; 2) виявлення та вивчення етіопагенетичних механізмів, що сприяють як виникненню, так і збереженню невротичного стану і симптоматики; 3) досягнення у хворого усвідомлення і розуміння причинно-наслідкового зв'язку між особливостями його системи відносин із його захворюванням; 4) допомога хворому у розумному вирішенні психотравмуючої ситуації, зміна за необхідності його об'єктивного стану та ставлення до нього оточуючих; зміна ставлення хворого, корекція

---

неадекватних реакцій і форм поведінки, що є основною задачею психотерапії, і, в свою чергу, веде як до покращення суб'єктивного самопочуття хворого, так і до відтворення повноцінності його соціального функціонування.

Протягом тривалого періоду в практиці сучасної психотерапії [1; 2; 4 та ін.] неврозів досягнення вказаних цілей здійснювалось головним чином методом індивідуальної патогенетичної психотерапії, хоча періодично психотерапевти зверталися й до окремих прийомів групової психотерапії, якій відводилось місце додаткової у індивідуальній психотерапії.

В даний час питання співвідношення індивідуальної та групової психотерапії може вирішуватися у відповідності з уявленням про первинні (які сприяють виникненню) і вторинні (які сприяють збереженню) механізми невротичної симптоматики. Оскільки первинні механізми найбільш пов'язані з внутрішньо особистісним конфліктом та історією життя хворого, а вторинні – з труднощами його міжособистісних відносин та актуальної ситуації, то закономірним є зосередження уваги в індивідуальній психотерапії на проблематиці першого виду, а в груповій психотерапії – другого виду. Також при наявності певних показань можуть включатися й інші, так звані симптоматичні методи психотерапії, як-от гіпноз, аутогенна тренівка, умовнорефлекторні методи тощо.

Оскільки в індивідуальній та груповій психотерапії терапевтичний вплив представляє собою взаємодію, питання взаємодії лікаря і хворого є одними з найактуальніших. Питання взаємовідношень лікаря і хворого в процесі психотерапії представляють собою один з аспектів більш загальної проблеми взаємин лікаря і хворого в ході лікування, що є розділом лікарської етики та деонтології.

В роботах вітчизняних психотерапевтів розглядається низка актуальних питань, що стосується взаємовідношень лікаря і хворого в процесі психотерапії: проблема етичної відповідальності лікаря, який передає в ході взаємодії систему власних поглядів на життя, роль його як вихователя і авторитетної особи в питаннях морального плану; форми соціально-рольового контакту лікаря в ході психотерапії як вчителя, керівника, товариша тощо; питання щодо дотримання «психологічної дистанції» між лікарем і хворим в процесі лікування тощо [3; 8; 12 та ін.].

В зарубіжній психотерапії проблема взаємодії лікаря і хворого розглядається під впливом концепцій фрейдизму, екзистенціалізму та біхевіоризму. В плані взаємовідношень між лікарем і хворим в психоаналізі З. Фрейда суттєвого значення набули такі поняття як опір та перенесення [11]. Значення першого – безсвідомо перешкода хворого різноманітним спробам відтворення в його свідомості витісненого комплексу, а значення другого – відродження в процесі психотерапії інфантильних почуттів любові або ненависті, які колись були проявлені до батьків та перенесені на лікаря. Згідно твердження З. Фрейда, «перенесення» – це шлях до трансформації неврозу, з яким хворий звернувся до лікаря, на іншу, полегшену його форму, у вигляді «інфантильного неврозу», процес переробки якого приводить хворого до видуження.

Неофрейдист Г. Саллівен [2] виходить з необхідності постійного аналізу лікарем свого ставлення до хворого в процесі лікування та своїх уявлень про відношення до нього хворого. Суттєвим моментом у змісті відносин хворого до лікаря є «заміна» лікаря уявним образом та присвоєння лікарю його якостей, яка пов'язана з минулою історією життя

хворого.

В теорії К. Хорні [2] провідним у взаємовідношеннях лікаря і хворого є активізація придушених імпульсів та захисних механізмів. Ворожість до лікаря – це насамперед, вимушене відстоювання хворим своїх захисних механізмів. Небезпека зустрічі з цією ворожістю, осудження з боку лікаря, виступає у вигляді надмірно значущої для хворого ситуації, життєвої погрози, так як лікування для нього є одним з важливих шляхів реалізації свого прагнення до удосконалення.

Слід згадати, що в психоаналізі поряд з поняттям «перенесення» особливе місце займає феномен «ідентифікації». Лікар стає в процесі лікування об'єктом, з яким хворий прагне себе утотожнити, ідентифікувати. Не торкаючись позицій окремих авторів, необхідно підкреслити, що хворий в умовах лікування дійсно може розглядати свого лікаря як певний ідеал для себе, зразок для копіювання, може прагнути до реалізації в своєму житті певних поглядів, позицій лікаря, однак не можна погодитись з розумінням психоаналітиками цього процесу у вигляді «інтроєкції», тобто механічного перенесення чужих рис в особистість.

У центрі екзистенційної психології знаходяться поняття «екзистенційної комунікації» між лікарем і пацієнтом, «взаємопроникнення» свідомості один одного на основі інтуїтивного бачення процесу їх безпосереднього контакту. Лікар повинен прояснити «екзистенційну відчуженість» хворого, повернути довіру хворого до ірраціональної сфери «духовного» як вищого рівня особистості, що протистоїть інтелекту, при цьому не нав'язуючи хворому свою власну позицію.

Серед психотерапевтичних систем, що знаходяться поза психоаналізом, виділяється «центрована на клієнті» психотерапія К. Роджерса. Це недирективна за своїм змістом психотерапія, в якій лікар лише створює доброзичливу обстановку, а хворий сам формулює свої проблеми та шукає вихід із ситуації. Суттєвою ланкою в психотерапії цього типу є розвиток потреби хворого в незалежності. Також концепція К. Роджерса підкреслює повну відповідальність людини за своє власне благополуччя, відповідає соціальним нормам сучасного суспільства.

Особливе місце в процесі взаємодії лікаря і хворого займає «терапія поведінки», прихильники якої ігнорують «інтрапсихічну динаміку», внутрішній світ хворого, і основну увагу зосереджують на навчанні його новим, більш адекватним формам поведінки. В цьому випадку лікар займає активну позицію – позицію схвалення або несхвалення поведінки хворого, а факторам спілкування, індивідуальним його особливостям відводиться незначна роль.

У вітчизняній психотерапії особливості взаємодії лікаря і хворого вивчаються з позицій патогенетичної концепції на основі «психології відношень» В. Мясіщева [7]. Так В. Ташликов експериментально вивчаючи взаємовідношення лікаря і хворого в процесі психотерапії неврозів представляє основні положення розгляду даної проблеми [9]. Він вивчає зміст і структуру образу лікаря, його генетичний аспект, рольову оцінку і взаємозв'язок з лікувальними очікуваннями. На основі уявлень хворих про образ «ідеального» лікаря за рівнем вираження рис співпереживання, виділяються два образа лікаря – «співпереживаючий» (при домінуванні характеристик, які відображають емпатійне ставлення лікаря до хворого) та «емоційно-нейтральний» (при помірному вираженні цієї характеристики). Також додатково виділяються ще два види образу лікаря із урахуванням

---



його вольових характеристик – «директивний» (при надмірній активності лікаря та пасивності хворого) та «недирективний» (при досить активній позиції в лікуванні як лікаря так і хворого) [10].

Вивчення образу лікаря у хворих-невротиків дало змогу виділити такі закономірності: лікарю, який співпереживає, надають перевагу хворі істерією, що пов'язано із підвищеною потребою в розумінні і визнанні їх оточуючими внаслідок властивого їм егоцентризму. Співпереживаючого та одночасно директивного лікаря найчастіше обирають хворі неврозом нав'язливих станів, що сприяє потребі цих хворих в управлінні ними, і відображає надію позбавитися від невпевненості за допомогою доброзичливої і сильної особистості лікаря. Емоційно-нейтральний лікар більш імпонує хворим неврастенією, можливо, в наслідок підвищеної потреби їх в набутті насамперед, такої особистісної якості як самоволодіння.

При дослідженні генезу образу лікаря встановлено, що більшість хворих в ньому узагальнюють особистісний досвід взаємодії з рядом авторитетних осіб в різні періоди життя. Із урахуванням реальних осіб найближчого оточення багато хворих наближають образ «ідеального» лікаря, насамперед, з лікуючим лікарем, матір'ю та улюбленим вчителем.

Аналіз очікування хворих щодо необхідного лікування, виявив низку специфічних установок, кожна з яких переважає в тій чи іншій групі хворих із відповідним їй образом лікаря – очікування інформації про свою хворобу – у хворих з «емоційно-нейтральним» образом лікаря, установка на співчуття й підтримку – із «співпереживаючим» та очікування магічного усунення хвороби – у хворих з «директивним» образом лікаря. Знання й врахування лікарем лікувальних очікувань, які відображають мотивацію хворих щодо лікування, сприяє вибору оптимальної лікувальної практики.

Також В. Ташликовим було досліджено вплив особливостей сприйняття лікарем і хворим один одного на формування контакту між ними. Виділяються три основні форми емоційно-рольової взаємодії між лікарем і хворим: керівництво, партнерство та керівництво-партнерство.

При керівництві лікар займає провідну активну позицію, а хворий залишається порівняно малоактивним. Часто при цьому лікар наділяється «магічними» якостями і хворі стають сильно сугестивними до сприйняття його впливів. Керівництво з «емоційно-нейтральним» відношенням зазвичай зустрічається при рішенні лікарем задач симптоматичної психотерапії, при слабкості лікувальної мотивації хворого, пасивній установці та не високому його інтелектуальному рівневі. Його недоліком є низька активність хворого. Керівництво із «співпереживаючим» відношенням спостерігається у хворих з досить високим рівнем інтелектуального розвитку, але часто соціально незрілих, із проявами психічного інфантилізму. При цій формі контакту лікар вирішує задачі патогенетичної терапії. Переваги цієї форми полягають в кращому засвоєнні хворими позицій лікаря, що дає змогу виробити у хворих адекватні установки і форми поведінки. В якості недоліків відмічаються мала активність та недостатня відповідальність хворого, а також часто залежність його від лікаря при завершенні лікування. Для форми «партнерства» властиве прагнення лікаря до розвитку активності й відповідальності хворого за результати лікування. У цій формі взаємодії лікар ставить задачі терапії, а хворі часто мають достатню лікувальну мотивацію і готовність до співробітництва. Переваги цієї форми – в наявності досить

глибинного контакту, а також активності хворого при завершенні лікування. Форма взаємодії лікаря і хворого у вигляді «керівництво-партнерство» характеризується тим, що в процесі лікування характер взаємодії змінюється від керівництва внаслідок того, що хворий стає активним учасником лікувального процесу. Ця форма контакту зустрічається зазвичай у хворих з невизначеною лікувальною мотивацією, з недостатньою готовністю до активної ролі в лікуванні. Її перевага полягає в тому, що відбувається послідовний розвиток активності хворого.

Кожна з форм контакту має свої переваги в залежності від психотерапевтичних цілей та особливостей лікувальної мотивації і активності хворого. В залежності від рівня відповідальності (конгруентності) емоційно-рольової поведінки лікаря і хворого, а також взаємної оцінки ними цієї поведінки, В. Ташликовим були виділені такі три варіанти: конгруентний, нестійко-конгруентний, неконгруентний. Конгруентність контакту визначається рівнем сумісності лікаря і хворого, що знаходиться в прямій залежності від відношення хворого до особливостей емоційно-рольової поведінки лікаря, від розуміння лікуючим лікарем установки хворого у відношенні лікаря та врахування ним цього в ході психотерапії.

Виражена міра прийняття хворим задач лікаря найбільш властива для хворих неврозом нав'язливих станів; можливо, це пояснюється тим, що вони особливо гостро відчують «дивуватість» свого захворювання та з великим бажанням сприймають психологічні задачі психотерапії. Низький рівень цього показника зазвичай спостерігається у хворих неврозами із іпохондричним синдромом. Рівень психотерапевтичної активності хворого в лікувальному процесі – третій показник оптимального контакту – варіює від опіру (резистентності до психотерапії) до активного співробітництва.

Серед причин появи опору найчастіше є несумісність установок хворого і психотерапевтичного стилю поведінки лікаря, ігнорування лікарем стійких лікувальних очікувань хворого, передчасне роз'яснення причин неврозу, швидкі вимоги відвертості або активності від хворого, прихована негативна емоційна реакція лікаря щодо хворого тощо. Подолання опору, який виникає, як-от при конфронтації, тобто при обговоренні неправильних позицій хворого, призводить до значного заглиблення контакту і підвищення психотерапевтичної активності хворого.

Високий рівень оптимальності контакту зустрічається найбільш часто при партнерстві із «співпереживаючим» ставленням та керівництві-партнерстві також з «співпереживаючим» ставленням, а низький рівень – при керівництві з «емоційно-нейтральним» ставленням. Але усе ж таки психотерапевтична активність хворого є більш вираженою при контакті в формі партнерства, ніж керівництва. При психотерапевтичному контакті в формі керівництва мовна активність лікаря у бесідах з хворим зазвичай домінує, а при партнерстві лікар будує бесіду таким чином, щоб хворий говорив більше, ніж він сам.

Висновки і перспективи дослідження. Проведений теоретичний аналіз проблеми має широкий вихід у лікувальну практику неврозології, адже знання і врахування лікуючим лікарем установок хворих щодо лікаря і лікування, можуть сприяти обґрунтованому і оптимальному вибору терапевтичного стилю поведінки у роботі з хворим. Слід додати, що саме цей аспект психотерапевтичної взаємодії в діаді «лікар – хворий» добре простежується засобами спостереження, і може бути сферою ефективної психологічної корекції.

---

Спостерігаючи за професійною роботою лікарів у клінічних відділеннях та спілкуючись із ними, відчувається необхідність проведення з певною групою фахівців комплексу профілактичних заходів з налагодження оптимального психотерапевтичного контакту і вироблення адекватного особистісним ресурсам лікаря психотерапевтичного стилю, що є невід'ємною частиною їх деонтологічної етики.

### Література

1. Блейхер В.М. Клиническая патопсихология / В.М. Блейхер. – Ташкент : Медицина, 1976. – 325 с.
2. Бондаренко О.Ф. Психологічна допомога особистості / О.Ф. Бондаренко. – Харків : Фоліо, 1996. – 240 с.
3. Вірна Ж. П. Формування професійного ставлення до клієнта в процесі підготовки практичних психологів : автореф. Дис. ... канд. психол. наук : 19.00.07 / Жанна Петрівна Вірна. – Київ, 1996. – 24 с.
4. Вольперт И. Е. Психотерапия / И.Е. Вольперт. – Л.: Медицина, 1972. – 232 с.
5. Карвасарский Б. Д. Неврозы [Текст] : рук. для врачей / Б.Д. Карвасарский, : [2-е изд., перераб и доп.] – М.: Медицина, 1990. – 576 с.
6. Лакосина Н. Д. Медицинская психология / Н.Д. Лакосина, Г.К. Ушаков. – М.: Медицина, 1984. – 330 с.
7. Мясищев В. Н. Личность и неврозы / В. Н. Мясищев. – Л.: Изд-воЛГУ, 1960. – 426 с.
8. Свядощ А. М. Неврозы и их лечение / А. М. Свядощ. – М.: Медицина, 1971. – 356 с.
9. Ташлыков В. А. Взаимоотношения врача и больного и их влияние на процесс психотерапии у больных неврозами / В. А. Ташлыков. – Журнал невропатологии и психиатрии. – 1978. – Вып. 11. – С. 1710-1715.
10. Ташлыков В. А. Психология лечебного процесса / В. А. Ташлыков. – Л.: Медицина, 1984. – 554 с.
11. Фрейд З. О клиническом психоанализе / З. Фрейд. – М. : Медицина , 1991. – 234с.
12. Эльштейн Н.В. Врач, больной и время / Н. В. Эльштейн. – Таллин : Валгус, 1970. – 222 с.

### References

1. Bleyher V. M. Klinicheskaya patopsihologiya / V.M. Bleyher. – Tashkent : Meditsina, 1976. – 325 s.
2. Bondarenko O. F. Psychologichna dopomoga osobistosti / O. F. Bondarenko. – Harkiv : Folio, 1996. – 240 s.
3. Virna Zh. P. Formuvannya profesijnogo stavlennya do klienta v protsesi pidgotovky praktichnih psihologiv: avtoref. Dis. ... kand. psihol. nauk : 19.00.07 / Zhanna Petrivna Virna. – Kiyiv, 1996. – 24 s.
4. Volpert I. E. Psihoterapiya / I. E. Volpert. – L. : Meditsina, 1972. – 232 s.
5. Karvasarskiy B. D. Nevrozyi [Tekst] : ruk. dlya vrachey / B. D. Karvasarskiy, : [2-e izd., pererab i dop.] – M. : Meditsina, 1990. – 576 s.



6. Lakosina N. D. Meditsinskaya psihologiya / N. D. Lakosina, G. K. Ushakov. – M. : Meditsina, 1984. – 330 s.
7. Myasishev V. N. Lichnost i nevrozyi / V. N. Myasishev. – L. : Izd-voLGU, 1960. – 426 s.
8. Svyadosch A. M. Nevrozyi i ih lechenie / A. M. Svyadosch. – M. : Meditsina, 1971. – 356 s.
9. Tashlyikov V. A. Vzaimootnosheniya vracha i bolnogo i ih vliyanie na protsess psihoterapii u bolnyih nevrozami / V. A. Tashlyikov. – Zhurnal nevropatologii i psihiatrii. – 1978. – Vyip. 11. – S. 1710-1715.
10. Tashlyikov V.A. Psihologiya lechebnogo protsessa / V. A. Tashlyikov. – L. : Meditsina, 1984. – 554 s.
11. Freyd Z. O klinicheskom psihoanalize / Z. Freyd. – M. : Meditsina , 1991. – 234s.
12. Elshteyn N. V. Vrach, bolnoy i vremya / N. V. Elshteyn. – Tallin : Valgus, 1970. – 222 s.

Надійшла до редакції 01.11.2015

---