# СОДЕРЖАНИЕ

Введение

Коммуникативная сторона профессионального общения врача с пациентом

Влияние врача на самосознание больного

Заключение

Глоссарий

Список литературы

# Введение

Самый конфронтационный вопрос, касающийся практикующих врачей - это их способность эффективно общаться с пациентами. Удовлетворенность клиента лечением в значительной степени зависит от того, было ли общение с врачом положительным, что прямо пропорционально зависит от качества взаимодействий. Наиболее часто встречающаяся жалоба, поступающая от пациентов, - неспособность практикующих врачей внимательно выслушать, давать ясные и понятные ответы, и, в первую очередь, точно выявить те проблемы, с которыми пациент пришел к врачу. Неэффективное общение является барьером на пути к достижению здоровья.

Взаимоотношения между врачом и пациентом - одна из важных проблем медицины. Сложности в коммуникации врач-пациент влияют на качество врачебной помощи и сказываются на течении лечебного процесса. Речь идет не только о крайних проявлениях нарушенных взаимоотношений в виде жалоб пациента на нечуткое обращение и т.д. Даже стертые проявления конфликтных взаимоотношений, невербализированные, вполне ощутимо влияют на настроение. В коммуникации участвуют обе стороны.

# Коммуникативная сторона профессионального общения врача с пациентом

Традиционное общение предусматривает взаимосвязь трех его сторон: коммуникативной, интерактивной и перцептивной, которые в реальной действительности, конечно, не реализуются изолированно. Коммуникативная функция общения состоит в обмене информацией, в данном случае между врачом и пациентом, интерактивная заключается в организации взаимодействия между коммуникаторами, перцептивная (лат, perceptio — восприятие) — в общении как процессе восприятия партнерами друг друга и установлении определенного уровня взаимопонимания.

Цель врача — выработать определенную точку зрения на сиюминутные и потенциальные проблемы пациента. Коммуникативной стороне общения свойственны наличие: обратной связи; коммуникативных барьеров; коммуникативного влияния; вербального и невербального уровней передачи информации.

В контексте общения врача и пациента обратная связь — это реакция пациента на поведение врача. Обратная связь призвана помочь врачу понять, как она сама, ее поведение и предоставляемая ею информация воспринимаются и оцениваются пациентом.

Во время диалога врач и пациент постоянно меняются коммуникативными ролями “говорящего” и “слушающего”. Поэтому врач также выражает свою реакцию — прямо или косвенно. В первом случае информация, поступающая от врача (“говорящего”), в открытой форме содержит реакцию на поведение пациента (“слушающего”): “Я не смогу ответить на ваш вопрос”, “Я не приветствую нарушение вами режима”, “Я с трудом понимаю, о чем сейчас идет речь” и т.д.; реакция может также проявляться жестами и другими элементами невербальной коммуникации. Такая обратная связь обеспечивает адекватное понимание ее пациентом и создает условия для эффективного общения.

Косвенная обратная связь — это завуалированная форма передачи партнеру информации. Для этого используются риторические вопросы типа “Вы действительно так считаете?”, “И это поможет?” иронические замечания типа: “Да... У нас теперь все знают, как надо лечить”, вербальные и невербальные реакции и т.д. В данном случае “слушающий” должен сам догадываться, что именно хотел сказать ему “говорящий” и каковы на самом деле его реакция и его отношение. Естественно, догадки не всегда оказываются верными, что значительно затрудняет процесс общения.

Выступая в роли “слушающего”, врач должен по возможности недвусмысленно реагировать на слова и поведение пациента. В затруднительных случаях лучше сказать: “Это не входит в мою компетенцию, надо посоветоваться с коллегами”.

Если пациент предоставляет врачу информацию, не поддающуюся однозначному толкованию, он обязан задать уточняющие вопросы.

Известно, что спонтанный прием сигналов обратной связи неполон и интерпретируется через собственную систему координат. Мы считаем, что система координат врача детерминируется его профессиональной ролью и основывается в большинстве случаев на безоценочном положительном отношении к пациенту. Говоря о большинстве случаев, мы имеем в виду что иногда врач может поведенчески оценивать некорректное, с его точки зрения, поведение пациента, например, несколько фамильярное.

С другой стороны, касаясь феномена обратной связи, нельзя не заметить, что подобное поведение пациента, возможно, является ответом на поведение врача, которое позволило ему вести себя подобным образом.

В процессе общения встает проблема не столько обмена информацией, сколько ее адекватного понимания. От чего оно зависит?

Во-первых, форма и содержание сообщения существенно связаны с личными особенностями “говорящего”, его представлениями о “слушающем” и отношением к нему и к ситуации, в которой происходит общение. Во-вторых, всякое сообщение трансформируется под влиянием особенностей личности “слушающего”, его отношения к автору сообщения, тексту, ситуации. Так, одни и те же слова, услышанные пациентом из уст врача, соседа по палате, родственника, могут вызвать у него разные реакции. Замечание врача, скорее всего, будет выслушано с должным вниманием, а замечание соседа — с раздражением. Одну и ту же информацию разные люди могут воспринимать совершенно по-разному в зависимости от воспитания, особенностей личности и даже политических пристрастий. Одно и то же высказывание врача один пациент воспримет как справедливое замечание, а другой — как “вечную придирку”.

Адекватное восприятие информации зависит также от наличия или отсутствия в процессе общения коммуникативных барьеров. В данном случае можно говорить как о существовании у пациентов психологической защиты от информации о состоянии здоровья и о прогнозах в этом отношении, так и о возможных препятствиях на пути адекватного восприятия информации у врача. М.Р. Битянова (1994) выделяет фонетический, семантический, стилистический, логический, социально-культурный и барьеры отношений.

Фонетический барьер может возникать, когда врач и пациент говорят быстро и невыразительно или на разных языках и диалектах, имеют дефекты речи и дикции.

Семантический (смысловой) барьер связан с проблемой жаргонов, свойственных людям определенных возрастных групп, профессий или социального положения (например, язык подростков, наркоманов, моряков, хакеров, жителей удаленных местностей и т.д.). Снятие такого барьера — актуальная проблема для представителей медицинской профессии, поскольку от его преодоления зависит успешность терапевтического контакта. Поэтому у врача должны быть навыки усвоения чужих семантических систем.

Особенно важно это для врача скорой медицинской помощи. Специфика работы в службе экстренной помощи обязывает врача владеть в полной мере всеми приемами психологии общения и уметь быстро ориентироваться и налаживать контакт с пациентами, а также с родственниками, очевидцами происшествий, работниками милиции и т.д.

В экстренных ситуациях правильно собранный анамнез, быстрый контакт с пациентом часто стоит человеку жизни.

С другой стороны, бывает, что медработник сам провоцирует возникновение смыслового барьера у пациента, без надобности используя профессиональные термины. В дальнейшем это может привести к развитию патологических реакций вследствие неблагоприятного воздействия на психику пациента.

Возникновение стилистического барьера возможно при несоответствии речи врача ситуации общения, например при его фамильярном поведении, когда он всех пациентов старше определенного возраста называет “бабуля” и “дедуля”, не учитывает психологических особенностей людей и их психологического состояния (изменение сознания вследствие заболевания или приема лекарственных препаратов).

Когда врач проводит психопрофилактические беседы с пациентами перед всевозможными вмешательствами обучает их навыкам приема лекарственных препаратов, использованию аппаратуры, знакомит с различными методиками здорового образа жизни, может возникнуть барьер логического непонимания, т.е. логика рассуждений врача может быть либо слишком сложна для пациента, либо казаться ему неверной или неубедительной. Логика доказательств пациента также может быть ошибочной с точки зрения врача. Пути выхода из этих неравнозначных ситуаций, естественно, различны, о чем пойдет речь ниже.

Причиной возникновения социально-культурных барьеров может выступать восприятие пациента как лица определенной профессии, определенной национальности, пола, возраста, социального статуса. Врач должена быть готов к возникновению этого барьера, к тому что для определенной части больных его авторитет недостаточен; особенно это актуально для молодых врачей.

В процессе общения врача и пациента могут возникать и барьеры отношений. Речь идет об отрицательных эмоциях, которые вызывает человек, причем причину этого часто трудно осознать, о формировании к нему отрицательного отношения, которое распространяется и на передаваемую им информацию (“Зачем вы слушаете эту Марию Ивановну? Разве она может что-нибудь путное сказать?”).

Рассматривая сущность психологического барьера, нельзя не заметить, что любой из них — это прежде всего защита, которую выстраивает пациент на пути предлагаемой ему информации. Например, представим себе заядлого курильщика, почувствовавшего себя плохо и обратившегося за советом к своему другу, профессиональному медику Друг, оценив состояние его здоровья, заявляет о необходимости бросить курить, приводя следующий аргумент: “У тебя становится жестким дыхание, и сердце пошаливает”.

Если человек не хочет затрачивать усилия и расставаться с устойчивой привычкой, как он может защититься от столь неприятной и травмирующей информации? Есть несколько психологических барьеров, которые используются с этой целью. Первый путь — искажение такой информации, повышенное внимание ко всем противоречащим ей фактам: “Сегодня я чувствую себя значительно лучше, сердце спокойно — это было временное явление” или: “В этой заметке говорится о том, что курение помогает справиться со стрессом”. Второй путь — снижение авторитетности источника информации: “Конечно, он врач, но уже много лет как занимается гастроэнтерологией. Много он понимает в сердечных болезнях!” Наконец, третья возможность — защита через непонимание; “Знал бы он, что такое действительно плохое дыхание! Вот у моего соседа, например! И ничего, курит”.

Любая поступающая к “слушающему” информация несет в себе тот или иной элемент воздействия на его поведение, мнения, установки с целью их частичного или полного изменения. Принято выделять два типа коммуникативного воздействия — авторитарный и диалогический, различающиеся характером психологической установки, возникающей у “говорящего” по отношению к “слушающему”. В большинстве случаев установка не осознается автором сообщения, однако определяет стиль его коммуникативного воздействия. В случае авторитарного воздействия это — позиция “сверху”, в случае диалогического — “рядом”. Как врач, так и пациент могут занимать в диалоге позиции “сверху”, “рядом”, “снизу” — это зависит от типа лечебного учреждения, взаимоотношений медицинского персонала между собой, индивидуальных особенностей общающихся.

В случае равноправной установки оба партнера воспринимаются как активные участники коммуникативного процесса, имеющие право отстаивать или формировать в процессе общения собственное мнение.

При авторитарном воздействии “говорящий” предполагает подчиненное положение “слушающего”, воспринимает его как пассивный объект воздействия, без учета его особенностей. Например, врач в данном случае полагает, что пациент должен внимать и некритически впитывать информацию, что у пациента нет устойчивого мнения по определенному вопросу, а если и есть, он может изменить его в нужном врачу направлении.

Манипулирование пациентом в процессе передачи информации, с одной стороны, противоречит принципам и этическим нормам но, с другой стороны, является основной формой воздействия на пациента в наших лечебно-профилактических учреждениях.

Это связано с традиционной моделью взаимоотношений медицинских работников с пациентами в нашей стране, незнанием законодательных актов и нежеланием основной массы работающих врачей внедрять их в практику

Так каким же образом врач может стремиться к достижению взаимопонимания в беседе с пациентом? В частности, исследования Susan E.Brennan показывают, что лексический консенсус, или lexical entrainment (понятие предложено S. Brennan) достигается, если говорящий использует в беседе те паттерны, применение которых во время предыдущих встреч помогало найти общий язык, даже если в данном случае можно было выразить свою мысль гораздо проще и яснее.

В данном контексте особое значение приобретает первая встреча врача с пациентом, результат которой зависит от ее установки на достижение взаимопонимания. Именно принятый врачом при первой встрече стиль общения в дальнейшем определит конструктивность общения в целом.

# 

# Влияние врача на самосознание больного

Задачей терапии с точки зрения влияния врача на самосознание больного является улучшение его способности к сознательному целенаправленному управления психической саморегуляцией, активному противодействию болезни.

Врач как педагог при общении с пациентом наиболее полно реализует принцип "исцеление через осознание" и то известное многим клиницистам положение, что больного часто надо не только лечить, но ещё и учить и воспитывать.

Учить – означает прибавить человеку знаний, которые избавляют от большого масштаба переживаний, высокого уровня тревоги и чувства страха.

Воспитание предусматривает многократное, терпеливое, доброжелательное повторение ряда положений, с помощью которых дольные избавляются от слабостей, ошибок, вредных привычек, от предрассудков, тенденциозности, предубеждений и суеверий.

Роль и значение педагогической психотерапии были отмечены ещё В.М. Бехтеревым. В.Н. Мясищев, его ученики и последователи успешно применяли и применяют этот метод на практике.

Педагогическая психотерапия является естественным продолжением рациональной психотерапии, отвечая полностью современным задачам психоневрологической и соматической клиник. Она стимулирует гибкость и оперативность клинического мышления врачей, обогащает принципы комплексной психотерапии, позволяя в форме индивидуальной или коллективной психотерапии решать самые актуальные вопросы интенсивного лечения и профилактики.

С помощью этого метода, который может успешно применяться в лечебном учреждении любого профиля, решаются следующие задачи:

* Избавление больных от неведения и ошибок суждения
* Коррекция большого масштаба переживаний, высокого уровня тревоги и чувства страха
* Обоснование и внушение оптимистической лечебной перспективы
* Социальное активирование заболевшей личности

Во время сеансов педагогической психотерапии практикуются взаимное ободрение и поощрение к выздоровлению, использование так называемого "психотерапевтического зеркала", анонимное обсуждение рисунка поведения переживаний больных, соучастие, сопереживание и доброжелательное стимулирование.

В настоящих условиях врач должен быть непременно психологом потому, что это позволит ему точнее ориентироваться в характерологии, личностных реакциях людей, поможет изучить особенности мышления пациента, а также выяснить его морально-этические и социальные установки. Врач должен быть ещё и педагогом, свободно владеющим дидактикой, потому что многие положения психогигиены требуют от людей устойчивых навыков, выполнения обязательных правил, рекомендаций, без которых эта деятельность становится абстрактной и даже эфемерной. Культура людей формируется и достигает больших высот только тогда, когда объединяются 4 следующих аспекта: воспитание, обучение, знание и постоянное совершенствование личности. Воспитание опирается на преемственность человеческого опыта, который развивается и совершенствуется от поколения к поколению. Врач, занимающийся врачебной педагогикой, постоянно использует коллективный опыт и в плане своей профессии, и в области смежных наук.

Для успешной работы в области врачебной педагогики, психогигиены, психопрофилактики и психотерапии необходимо воспитать в себе некоторые профессионально важные качества личности:

* Умение отдавать себя людям, сохраняя при этом доброжелательность, соучастие, искреннее быть полезным, чувство человеческого достоинства;
* Быть великодушным, снисходительным, готовым к спокойному повторению фундаментальных положений (воспитание-это спокойное, многократное, доброжелательное повторение);
* Занимать позицию незаметного руководителя и заметного помощника, избегать менторства, поучительного тона, начетничества, помнить и выполнять правило: "Помогая, не унижайте";
* Быть всегда и во всём пунктуальным, так как волевые качества личности начинаются с пунктуальности. Воля формируется через преодоление трудностей, и поэтому надо научиться радоваться трудностям, препятствиям, не избегать их, а встречать и преодолевать.
* Быть добрым, снисходительным, уметь прощать бестактность в словах и действиях больных, ибо доброта нужна для души, точно так же, как и здоровье для тела.
* Быть по-хорошему недовольным собой, совершенствовать себя, свои знания, свои характерологические качества, неустанно находить новые, более эффективные пути в своей работе.
* Делиться своим опытом с коллегами. Уметь слушать, развивать в себе не только речь, но и "искусство молчания".

Сеансы врачебной педагогики – это, конечно, не просто лекции, занятия, просветительные беседы врача с больными. Это синтез упомянутых выше форм общения врача, психолога и педагога со слушателями. Это такое высокоэмоциональное и интеллектуальное общение, когда внимание слушателя захватывается целиком, так как сообщаются такие сведения, которые жизненно необходимы.

Основой хорошей сопротивляемости болезни, по мнению Н.И. Рейнвальда (1978), являются не сами по себе свойства организма, нервной системы, а их конкретное преломление в присущих данной личности потребностях, стремлениях и в побуждаемой ими деятельности. Активная жизненная позиция и, сответственно, интенсивное противодействие болезни, как правило, основаны на учёте интересов общества. Пациенты, для которых характерны значительные социальные интересы, активно взаимодействуют с врачом в процессе лечения. При их отсутствии перед врачом, параллельно с лечебными, встают и медико-педагогические проблемы. Важнейшей предпосылкой успешного лечения является выработка сознательной мотивации на активное преодоление болезни.

Многие исследователи рассматривали различные аспекты проблемы "личность и болезнь", выдвигая понятия, связанные с эмоционально-личностным реагированием пациента на заболевание: "переживание болезни". При этом Е.А. Шевалев в понятие "переживание болезни" включал отношения к самому себе, к своему болезненному состоянию, к окружающим, к той форме деятельности, которая была до болезни и так или иначе изменилась в связи в ней.

Проблема "больной-болезнь", познание больным своей болезни представляет большой интерес, однако при этом нельзя не учитывать влияния психогенных факторов, эмоционального состояния больного, постоянную взаимную индукцию больных, обсуждающих каждый симптом и болезни друг друга, возможные осложнения, характер лечения, прогноз и т.д. На формирование оценки болезни оказывают влияние контакт с тяжелобольными, сведения, почерпнутые из бесед с родными и знакомыми, с персоналом и другими лицами. Нередко при этом больные тенденциозно интерпретируют "случаи из практики", сведения, полученные из научно-популярных фильмов и журнала "Здоровье". Отрицательное влияние оказывают и больничные условия, своеобразная изоляция от привычной социальной среды, отрыв от трудовой деятельности, нарушение прежних контактов с семьёй, различные жизненные впечатления.

При анализе аутопластической картины болезни Р. Конечный и М. Боухал (1974) приводят следующую типологию отношения к болезни:

1. Нормальное, то есть соответствующее состоянию пациента или тому, что было ему сообщено о заболевании;
2. Пренебрежительное, когда больной недооценивает серьёзности заболевания, не лечится, в отношении прогноза проявляет необоснованный оптимизм;
3. Отрицающее, при котором пациент "не обращает внимания" на болезнь, отгоняет от себя мысли о ней, не обращается к врачу;
4. Нозофобное, когда пациент несоразмерно боится своей болезни, неоднократно обследуется, меняет врачей, он в большей или меньшей степени понимает, что его опасения преувеличены, но не может бороться с ними;
5. Ипохондрическое, при котором пациент убежден в том, что страдает тяжёлым заболеванием.
6. Нозофильное, связанное с "определённым успокоением и приятными чувствами при болезни.

Наиболее прочные положительные результаты психотерапии достигаются, писал В.И. Мясищев (1970), если удаётся не только изменить отношение больного к непосредственным психотравмирующим обстоятельствам, но и его жизненные позиции в целом.

Условно можно выделить определённую последовательность в формах поведения врача в процессе психотерапии.

При первой встрече с пациентом он (врач) минимально активен, недирективен, способствует искреннему раскрытию эмоциональных переживаний пациента, созданию доверительного контакта.

Затем, повышая свою активность, врач приступает к выяснению "внутренней картины болезни", к вербализации пациентом всех его представлений, связанных с пониманием болезни, ожиданий от лечения и перспектив выздоровления.

Проводя коррекцию "концепции" болезни у пациента, врач обсужлает с ним данные его обследований, убеждает, что причины болезни кроются не в органических изменениях, помогает уловить связь эмоциональных факторов с симптоматикой. В этот период врач предоставляет пациенту соответствующую информацию и выступает в роли эксперта.

Взаимоотношения с больным углубляются, врач становится помощником в интенсивной работе пациента над его внутренним миром.

На заключительном этапе врач вновь усиливает свою активность и даже директивность в испытании и закреплении пациентом новых способов переживания и поведения.

### Для эффективной реализации любых внушений необходимы:

1. Глубокий контакт с больным, приобретаемый не только в процессе общения, но и многостороннего использования материалов самооценок больного;
2. Клинический анализ, ознакомление с социально-психологическим портретом пациента;
3. Отдельные психотерапевтические методы и приёмы в процессе перестройки системы отношений личности;
4. Изменение отношения не только к конфликтным переживаниям, но и к конкретным текущим житейским ситуациям;
5. Координация личных и общественных интересов, нормализация межличностных отношений, взаимодействия с семьёй, людьми, обществом.

### Основные принципы простого психотерапевтического лечения:

1. Не переубеждать пациента в том, что "у него не могут быть те признаки, на которые он жалуется", а наоборот, ободряюще и понятно объяснить ему механизм возникновения этих признаков.
2. При объяснении использовать легко понятные примеры из повседневной жизни.
3. Подводить больного к решению конфликтной ситуации так, чтобы он сам, без подсказок и видимой помощи, но всё-таки незаметно руководимый, решил их.
4. Проводить внимательное воздействие на личность пациента прежде всего в том смысле, чтобы вселить уверенность, что у него нет серьёзного заболевания, а всего лишь функциональное нарушение.
5. Там, где это необходимо, привлекать к решению участвующих лиц, например, жену, детей, родственников, сотрудников и т.д.
6. При необходимости направлять к психиатру.
7. Не допускать ятропсихогений.

Ятропсихогения – это не кратковременная реакция больного на неправильное высказывание или действие врача, а зафиксированное невротическое расстройство, имеющее обычно истинные причины в личности пациента и характере их отношений с врачом. Она представляет своего рода отрицательный плацебо-эффект, связанный с определёнными ожиданиями, опасениями и установками пациента в отношении болезни, врача и лечения.

Ятропсихогению могут вызвать:

* Отсутствие доверительного контакта
* Промахи в речи врача, особенно при первой встрече
* Необоснованное употребление медицинской терминологии.

За многие века пациенты приучили врачей соблюдать обязательный ритуал: выписывать рецепт. Врачи знают, что зачастую один лишь бланк рецепта действует сильнее, чем прописанное лекарство, именно он может помочь больному избавиться от мучений. Лекарства обязательны не во всех случаях, а вера в выздоровление необходима всегда. Поэтому врач может выписать плацебо, когда поддержка и подбадривание принесут больше пользы больному, чем самые знаменитые и дорогие пилюли.

Плацебо – это имитация лекарства, безвредные таблетки молочного сахара, расфасованные и упакованные так же, как настоящее лекарство.

Исследования показали, что 90% людей, обращающихся за помощью к врачам, страдают от недомоганий, подвластных целительным силам организма. Врач видит, что его опыт и поддержка важнее прописанных лекарств, и он старается не мешать естественному процессу выздоровления. Чтобы пациенту было спокойнее и для некоторого терапевтического воздействия, врач может назначить плацебо.

Плацебо, следовательно, не столько таблетка, сколько процесс-от зарождения веры во врача до полного включения в работу иммунной системы организма и всех его защитных сил. Процесс этот происходит не потому, что таблетка обладает каким-то магическим действием, а потому, что человеческий организм - лучший лекарь и аптекарь: самые удачные рецепты он "выписывает" себе сам.

Если пациент знает, что ему дают плацебо, то оно не окажет никакого физиологического эффекта. Это лишний раз подтверждает: организм человека способен трансформировать надежду на выздоровление в осязаемые биохимические изменения.

Плацебо доказывает, что нельзя разделять психику и физиологию. Болезнь может поразить психику и повлиять на физическое состояние, или, наоборот, ухудшение физического состояния отразится на психическом равновесии.

Но плацебо эффективно не всегда. Считается, что успех применения плацебо прямо зависит от взаимоотношений врача и пациента.

Как доктор относится к больному; может ли он убедить пациента, что серьёзно воспринимает его заболевание; Есть ли доверие и взаимопонимание - всё это существенно не только для лечения, но и значительно усиливает действие плацебо. Когда нет хороших человеческих взаимоотношений между врачом и пациентом, применять плацебо бесполезно. В этом смысле врач является, пожалуй, самой важной фигурой а процессе под названием "плацебо".

Самая серьёзная проблема в наше время – это влияние на здоровье стресса. Нас угнетает не обилие идей, разногласий, мнений, а неумение разобраться, отделить важное от второстепенного. Мы страдаем от избытка информации, которую просто не в состоянии усвоить. В результате - хаос и неразбериха, множество сильных ощущений и недостаток настоящих чувств. "Нельзя без последствий для здоровья изо дня в день проявлять себя противно тому, что чувствуешь, распинаться перед тем, что не любишь, радоваться тому, что приносит тебе несчастье. Наша нервная система не пустой звук, не выдумка. Она - состоящее из волокон физическое тело. Наша душа занимает место в пространстве и помещается в нас, как зубы во рту. Её нельзя без конца насиловать безнаказанно" (Б. Пастернак "Доктор Живаго"). С этой точки зрения сомнительно, что плацебо (или какое-то другое лекарство) окажет эффект, если не будет у человека страстного стремления жить. Воля к жизни - окно в будущее. Она настраивает пациента на восприятие лечения и соединяет эту помощь с внутренней способностью организма к борьбе с болезнью. Плацебо трансформирует волю к жизни в физическую реальность и руководящую силу.

# Заключение

В каждой ситуации общения используется своя коммуникативная стратегия. Стратегия общения реализуется в коммуникативных тактиках, под которыми понимаются речевые приемы, позволяющие достичь поставленных целей в конкретной ситуации. При речевом воздействии на различные социальные группы населения следует также выбирать соответствующие коммуникативные тактики, имея в виду при этом, что ни одна из тех или иных тактик не является эффективной и универсальной.

Необходимо находить такую форму выражения, которая была бы убедительна только для того, кого убеждаешь.

Общение с пациентом в медицинской сфере происходит чаще всего в виде диалога. В течение разговора собеседники обсуждают жалобы, телесные ощущения, душевное состояние, лечение, исход болезни, иногда и диагноз. В рамках сложившейся в современной медицине модели сотрудничества диалог между врачом и пациентом предполагает и включает уникальность и равенство партнеров, различие и оригинальность точек зрения, ориентацию каждого на понимание и на активную интерпретацию его точек зрения партнером, ожидание ответа и его предвосхищение в собственном высказывании, соотнесение которых и является целью диалога. Общение врача и пациента должно быть не простой передачей информации, а выработкой общего смысла, взаимопонимания, построения диагностической и лечебно-реабилитационной беседы, единой точки зрения по поводу лечения.

# Глоссарий

1. Косвенная обратная связь — это завуалированная форма передачи партнеру информации.
2. Плацебо – это имитация лекарства, безвредные таблетки молочного сахара, расфасованные и упакованные так же, как настоящее лекарство.
3. Сеанс врачебной педагогики – это занятия, просветительные беседы врача с больными.
4. Учить – означает прибавить человеку знаний, которые избавляют от большого масштаба переживаний, высокого уровня тревоги и чувства страха.
5. Ятропсихогения – это не кратковременная реакция больного на неправильное высказывание или действие врача, а зафиксированное невротическое расстройство, имеющее обычно истинные причины в личности пациента и характере их отношений с врачом.
6. Коммуникативная функция общения состоит в обмене информацией, в данном случае между врачом и пациентом
7. Интерактивная заключается в организации взаимодействия между коммуникаторами,
8. Перцептивная (лат, perceptio — восприятие) — в общении как процессе восприятия партнерами друг друга и установлении определенного уровня взаимопонимания.

# Список литературы

1. Абалова А.Ю. Основы психологии: Учебное пособие. – М.: Стимул. 2002.
2. Конечный Р., Боухал М. "Психология в медицине"; Прага, 1974.
3. Лежепекова Л.Н., Якубов Б.А. "Психогигиена и психопрофилактика в работе практического врача"; Ленинград, 1982.
4. Немов Р.С. Писхология: Учебник для вузов. – М.: ВЛАДОС, 2003.
5. Норман Казинс "Анатомия болезни с точки зрения пациента. Размышления о лечении и выздоровлении"; Москва, 1991.
6. Прусова Н.В., Пивоварова И.А., Ножкина Т.В. Общая психология: Курс лекций. – М.: Экзамен, 2005.
7. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии. – СПб.: ПИТЕР, 2000.
8. Столяренко Л.Д. Основы психологии: Учебное пособие. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2003.
9. Ташлыков В.А. "Психология лечебного процесса". Феникс, 1999.
10. Телешевская М.Э. "Глазами больного"; Киев, 1985.