

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

УДК 378.147:614.253

*В. М. Калинин***ПСИХОЛОГИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБЩЕНИЯ КАК НАУКА И УЧЕБНАЯ ДИСЦИПЛИНА**

Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького.

Ключевые слова: психология, медицина, профессиональное общение, врач, больной.

Предлагаемая вниманию заинтересованных читателей статья носит по преимуществу дискуссионный характер и потому претендует не столько на решение, сколько на постановку вопросов. По укоренившейся ли традиции или недоразумению – не так уж и важно, но в программе обучения в медицинских вузах, в планах подготовки врачей-интернов нет должным образом сформулированной задачи, а потому, наверное, и соответствующей дисциплины или учебного курса, предполагающего формирование у будущих специалистов знаний и практических умений психологии профессионального общения. В том же, что это жизненно важно, убеждать нет необходимости. Наличие колоссальной литературы чуть ли не на всех языках мира, посвященной различным сторонам и аспектам медицинской психологии, этики и деонтологии, психологии больного и медицинского работника – лучшее свидетельство актуальности затрагиваемых в статье вопросов.

По словам Жана Ростана «наука делает нас богами прежде, чем мы заслуживаем того, чтобы называться людьми», и совершенно не случайно эта мысль была выбрана в качестве эпиграфа к фундаментальному исследованию психологии работы с больными, выполненному Иштваном Харди [14].

Вузы и училища, готовящие кадры наших медицинских работников, отдавая практически все учебное время изучению физиологии, биохимии, патологии и анатомии человека, т. е. предметам, которые справедливо считаются решающими для специалиста, странным образом упускают из вида специфически человеческие свойства анализируемого объекта. Это при том, что во многих странах мира психология общения ставится в один ряд с обязательными психиатрией и психотерапией.

В повседневном общении врача с больным нет и не может быть бесед, лишенных психоте-

рапевтических воздействия. Однако в статье не рассматриваются вопросы специальных методов психотерапии и приемов речевого воздействия при их реализации. Основное внимание уделено обоснованию необходимости специальной подготовки медицинских работников к повседневному общению с пациентами. Затронуты те аспекты психологии профессионального общения медиков, которые напрямую связаны с влиянием на больного. Отдавая должное глубоким исследованиям клиницистами деонтологии и медицине, отметим, что в большинстве своем эти работы касаются вопросов общения врача с больными либо с специфически клиническим, либо в медико-психологическом аспекте, и попытаемся показать, как преломляется проблема обучения психологии профессионального общения в сознании психолога и лингвиста.

В медицинской психологии (в интересующем нас аспекте) принято изучать и рассматривать психологию больного, психологию медицинского работника, больного в медицинской среде, специальную врачебную психологию отдельных дисциплин [8]. Изучая человека и его болезнь, исследователи стремятся понять субъективные и объективные факторы переживания болезни и поведение заболевшего человека. Объективные факторы заболевания, его тяжесть и опасность для жизни определяются врачом в ходе обследования больного. Субъективные же факторы должны быть выявлены во время бесед с больным и его родственниками. «Врач должен интересоваться душевным миром каждого больного уж никак не меньше, чем, скажем, частотой пульса... именно учет особенностей личности в огромной степени способствует индивидуализации и успеху лечения» [8]. Он просто обязан выяснить, как больной осознает свою болезнь, ибо она может означать угрозу, опасность, утрату, «явиться преимуществом в определенных условиях, может рассматриваться

больным как наказание» [14]. Отношение к болезни может быть нормальным и пренебрежительным, нозофобным и нозофильным, утилитарным и ипохондрическим [8]. Больного может угнетать чувство неполноценности или страх смерти. Все эти факторы должны учитываться врачом при общении с пациентом.

В психологии медицинского работника важным моментом является диалектика «душевных движений». Молодой врач в медицинской среде обязательно проходит стадию «аккультурации», расстаётся с какими-то иллюзиями, освобождается от излишней романтизации профессии и, в определенном смысле, испытывает фрустрирующее влияние как медицинской среды, так и объективного состояния здравоохранения. Встреча с высококвалифицированными, опытными, доброжелательными и искусными коллегами снижает уровень фрустрации и создает гедонистический тонус, необходимый для успешной работы с больными. «Медицинский работник приобретает доверие больных в том случае, если он как личность гармоничен, спокоен и уверен, но не надменен, и если его манера поведения... сопровождается человеческим участием и деликатностью» [8].

Создание определенных взаимоотношений между больным и медицинской средой во многом зависит не только от качества общения, но и от того, что И. Харди [14] называет психологией обращения с больным. Тем не менее центральным звеном и здесь является общение. А поскольку, рассуждая о психологии общения, нельзя оставаться нечувствительным к самим средствам общения, следует поговорить и о них. Передовую медицинскую мысль со времен Гиппократов до наших дней никто не обвинил в высокомерном пренебрежении к языку и речи. Тщательно разработанная Гиппократом этика врачей в отношении пациентов, служащая и в наши дни основой поведения врача, содержала мысли о влиянии слова на больного. Знаменитые 58 медицинских трактатов, собранные в «*Сjrpus Hippocraticum*», свидетельствуют о прекрасном знании законов риторики – античной науки, представлявшей собой результат поисков условий действенности речи и стремления к теоретическому обоснованию возможности научить красноречию и овладеть им. Время Гиппократов – время выдающихся греческих ораторов (Демосфена и др.). Современником Гиппократов был и Сократ – знаменитый афинский оратор, филолог и публицист, который сделал риторику предметом, завершающим курс энциклопедического общекультурного образования. И

Сократ видел в красноречии источник универсального знания, могущий быть основой всеохватывающей образованности. По его мнению, риторика учит не только речам, но мышлению и правильному поведению, воспитывает в людях практическую жизненную стойкость.

Воздействие риторики простирается от древнегреческих школ до современных вузов. Новая риторика, прочитанная в категориях современной лингвистики и семиотики, не только привлекает внимание многочисленных исследователей [11], но и практически демонстрирует впечатляющие успехи языка в действии. Сегодняшние теории коммуникации, теория воздействия и теория восприятия, теория логики и аргументации, теория речевых актов и теория речевой деятельности, теория рекламы и многочисленные психотерапевтические теории есть не что иное, как наследники античной риторики. Именно по этой причине психология профессионального медицинского общения в той форме, в какую она выкристаллизовывается к концу XX века, мыслится как синтетическая дисциплина, имеющая в то же время свою специфику. Она, безусловно, должна унаследовать богатейший опыт научных исследований и практических наблюдений медицинской психологии, вобрать в себя достижения общей и когнитивной психологии, развить и специализировать результаты поисков в области психологии общения, ассимилировать данные психологии речевой деятельности, теории речевых актов, речевого этикета и новой риторики в целом. Именно в этом смысле она должна стать синтетической целостной научной дисциплиной. Специфика же ее должна проявиться в отношении к слову как главному средству коммуникации. В скобках заметим, что и невербальной коммуникации должно быть отведено достойное место [12].

Как научная дисциплина психология профессионального медицинского общения нуждается в разработке философской парадигмы, учитывающей весь спектр психологических и языковых параметров этого уникального феномена. Возможно, это будет некая интегративная синтетическая концепция, учитывающая достижения различных философских концепций. Но одно несомненно: пройти мимо поздней философии Витгенштейна, мимо его философии психологии, учитывающей социокультурную и языковую проблематику, невозможно [5; 6]. Витгенштейну еще в 30-е годы в рамках аналитической философии психологии удалось поднять темы, до сих пор нуждающиеся в серьезной теоретической разработке. Из понимания психи-

ки как одной из сторон человеческой деятельности следует вывод, что психологические процессы можно рассматривать с позиции особенностей их выражения и обозначения в языке.

Как бы ни относились философско-психологические школы различного толка к лингвистическому осмыслению психических процессов (спектр мнений широчайший: от объявления языковых фактов внешней, случайной формой проявления психики до признания их важнейшей и необходимой стороной психического) очевидным следует считать тот факт, что получить информацию о психике больного и ее состоянии проще всего в процессе анализа всевозможных коммуникативных ситуаций. Речевое поведение и сопутствующие ему эмоции, мотивы и намерения являются частью деятельности доступной наблюдению. А такое, скажем, явление, как асимметрия в использовании психологических понятий от первого и третьего лица позволяет, по Витгенштейну, познавать «другие сознания», выявить концептуальные критерии приписывания субъектам различных психических состояний.

Среди исследовательских задач надлежащее место должно занять достаточно полное типологическое описание ситуаций действительности, неречевых и речевых ситуаций, которые представляют собой совокупность условий и обстоятельств в актах деятельности медицинских работников, формирующих мотивационную, планирующую и исполнительную сторону профессионального общения [7].

В качестве одной из актуальных вырисовывается задача исследования методами когнитивной лингвистики и психологии прагматики речевых актов и условий их успешности в различных ситуациях общения [3]. Даже самый предварительный перечень ситуаций общения выглядит внушительно. Так, центральные фигуры медицинского взаимодействия - лечащий врач и больной - могут оказаться в положении партнеров общения в ситуации а) вызова врача на дом, б) транспортировки больного «скорой помощью», в) амбулаторного приема, г) госпитализации, д) сбора анамнеза и обследования, е) лабораторных манипуляций, ж) сообщения результатов обследования, з) лечения, и) конфликтов, к) психотерапевтических процедур, л) выписки из стационара и т.д., и т.п. Другие диалогические акты, а то и полилоги, возникающие в медицинской сфере общения, составляют беседы врача с родственниками и близкими больного, врача с коллегами-врачами, врача с медицинскими сестрами, врача с обслуживающим персоналом,

врача с представителями администрации и взаимодействие любых из названных коммуникантов между собой. При этом не исключается и просто межличностное общение, в конечном счете, косвенно отражающееся на больном, оказавшемся в медицинской среде.

Любая ситуация общения определенным образом связана с прагматическим контекстом, исходная структура которого в значительной мере зависит от того, как осуществляется его оценка говорящими. Очевидно, что в сознании больного происходят иногда незначительные, а иногда существенные перемены в процессах приписывания значимости (*relevance assignment*) элементам иерархии социальных структур. И только знание этих перемен, обусловленное влиянием болезни, дает возможность судить о приемлемости той или иной формы общения. Необходимы совместные усилия клиницистов, психологов и лингвистов для того, чтобы полноценно и адекватно описать смену ценностных ориентиров в сознании различных категорий больных, помня, однако, о «когнитивной относительности» процессов прагматического понимания. На этом уровне анализа «значимой является не столько сама социальная ситуация как таковая, сколько ее интерпретация или представление о ней у участников коммуникации» [3].

На основании полученных данных может быть составлен не только свод конвенциональных установлений (деонтологических правил, законов, норм и т. д.), но и описаны речевые (слова, устойчивые выражения, интонация, высота тона, громкость) и неречевые (дейктические движения, жесты, выражение лица, движения тела, рукопожатия, поглаживания т. д.) средства, которые уместно использовать в той или иной ситуации общения медицинского работника с пациентом.

В сложном деятельностном явлении, называемом общением, нет второстепенных или несущественных деталей. В общении же врача с больным – и подавно. В процессе взаимодействия врача с больным, как и в любом виде коммуникации, есть специфические формы речевого и неречевого поведения, обусловленные правилами и связанные с семиотической системой этикета. Речевой этикет как национально специфический элемент общения давно привлекает внимание ученых-лингвистов и методистов [13], но как узуальное речевое поведение, тем более в такой специфической области, как медицина, он практически не рассматривался. Думается, что тонкий психологический анализ условий и обстоятельств общения людей, связанных уза-

ми медицины, позволит обнаружить любопытные нюансы употребления устойчивых формул этикета.

Такими представляются ближайшие задачи, на решение которых должно быть направлено внимание специалистов, занимающихся научной проблематикой психологии профессионального медицинского общения.

Психология профессионального медицинского общения как предмет обучения нуждается, прежде всего, в определении места в учебном процессе. По соображениям мотивационного характера его введение наиболее рационально либо на выпускном курсе, либо в начале обучения в интернатуре. К этому времени молодой специалист уже имеет некоторое представление о комплексе проблем, встающих перед врачом, воочию убеждается в том, насколько выше эффективность лечения у врача, умеющего понять психологию больного, и, не без удивления, обнаруживает действенность плацебо.

Как всякий «нормальный» курс, психология профессионального медицинского общения должна быть предметом целостным (!), чтобы его не постигла участь деонтологии, преподаваемой «всюду и нигде». Особенности же психологии общения, например, в хирургии, онкологии или акушерстве, данные в лекционном курсе, молодой врач, если он будет специализироваться в какой-либо из названных областей, постигнет в ходе тех практических занятий и разборов, которые должны быть обязательным элементом подготовки в интернатуре.

Во вводной части курса целесообразно предусмотреть сведения из общей психологии, необходимые и достаточные для осмысления базовых категорий психологии общения. Далее существенное значение приобретает показ неразрывного единства категорий психологии общения с понятиями теории речевых актов и коммуникативной лингвистики. Обучаемый должен осознать, что главным инструментом психологического воздействия является слово, знать и уметь выбирать слова нужные, а также соизмерять силу их перлокутивного влияния с требуемым в конкретном случае уровнем.

Серьезным подспорьем в деле овладения психологией профессионального медицинского общения могут стать деловые игры, организованные по предложенной Эриком Берном методике [1].

По справедливому замечанию И. Харди, «искусство часто опережает науку. Немало таких произведений литературы, на основании которых можно глубоко познакомиться не только с

миром больного человека, но и с проблемой обращения с ним во время болезни и его лечения» [14].

Тонкий ценитель и знаток творчества Чехова, доктор медицинских наук, профессор-фтизиатр Е. Б. Меве, много десятилетий отдавший изучению темы «Чехов и медицина», убедительно показал непреходящую ценность чеховских произведений как источника достоверной и высокохудожественной информации о сфере психики человека, в том числе, о большой психике, об акцентуированных личностях, психопатии и пограничных состояниях [10]. Не меньший интерес представляют тщательные прорисовки различных сторон психологии общения, в том числе и профессионального, в произведениях А.П. Чехова.

В «Скучной истории» Николай Степанович, старый профессор и больной человек – так размышляет о психологии педагогического общения: «Чтобы читать хорошо, то есть, нескучно и с пользой для слушателей, нужно, кроме таланта, иметь еще сноровку и опыт, нужно обладать самым ясным представлением о своих силах, о тех, кому читаешь, и о том, что составляет предмет твоей речи...Передо мною полтора лица, не похожих одно на другое, и триста глаз, глядящих мне прямо в лицо. Цель моя победить эту многоголовую гидру. Если я каждую минуту, пока читаю, имею ясное представление о степени ее внимания и о силе разумения, то она в моей власти. Другой мой противник сидит во мне самом. Это – бесконечное разнообразие форм, явлений и законов и множество ими обусловленных своих и чужих мыслей. Каждую минуту я должен иметь ловкость выхватывать из этого громадного материала самое важное и нужное и также быстро, как течет моя речь, облекать свою мысль в такую форму, которая была бы доступна разумению гидры и возбуждала бы ее внимание, причем надо зорко следить, чтобы мысли передавались не по мере их накопления, а в известном порядке, необходимом для правильной компоновки картины, какую я хочу нарисовать. Далее я стараюсь, чтобы речь моя была литературна, определения кратки и точны, фраза возможно проста и красива. Каждую минуту я должен осаживать себя и помнить, что в моем распоряжении имеются только час и сорок минут. Одним словом, работы немного. В одно и то же время приходится изображать из себя и ученого, и педагога, и оратора, и плохо дело, если оратор победит в вас педагога и ученого, или наоборот» [5].

Известный с давних времен факт изменения

отношения человека к болезни (современные психологи выделяют три этапа: сенсологический, оценочный и этап переживания болезни) Чехову удалось описать во множестве произведений. В рассказе «Тиф» поручик Климов заболевает в купе поезда. Самочувствие его таково: «Руки и ноги его как-то укладывались на диване... в голове стоял тяжелый туман; мысли его, казалось, бродили не только в голове, но и вне черепа, меж диванов и людей, окутанных в ночную мглу». Климов старается «не нюхать воздуха, пахнувшего жареным мясом, и не глядеть на жующие рты, – то и другое казалось ему противным до тошноты». Дома его раздражает «быстрая небрежная речь доктора, его сытая физиономия». После кризиса «...Климов очнулся от забытья... в спальне не было ни души. Утреннее солнце било в окно сквозь занавеску, и дрожащий луч, тонкий и грациозный, как лезвие, играл на графине... Когда явился доктор, поручик думал о том, какая славная штука медицина, как мил и симпатичен доктор, как вообще хороши и интересны люди» [15].

Проблемам деонтологии и психологии общения врачей между собой посвящен рассказ «Интриги». Точно и достоверно описывает Чехов психологию бездушного интригана доктора Шелестова, который «про себя» «проигрывает» свое выступление на заседании Общества Н-ских врачей: «...Он скажет, что, действительно, на консилиумах он иногда возвышает голос и обрывает коллег, не стесняясь присутствия посторонних; правда и то, что он однажды на консилиуме, в присутствии врачей и родных, спросил у больного: «Какой это дурак прописал вам опиум»? Редкий консилиум обходится без инцидента. Но почему? Очень просто. На консилиумах, его, Шелестова, всегда поражает в товарищах низкий уровень знаний. В городе врачей тридцать два, и большинство из них знает меньше, чем любой студент первого курса. ... Конечно, *nomina sunt odiosa* (об именах умалчивают – В. К.), но на заседании все люди свои, и к тому же, чтобы не казаться голословным, можно назвать имена... Он будет выводить всех на чистую воду, срывать с интриганов маски; председатель утомится звонить, уважаемые товарищи повскакивают со своих мест, завопиют, замашут руками». [15].

Страницы художественных произведений – не учебник. Но все-таки именно на них можно найти подлинно глубинное психологическое видение проблем профессионального медицинского общения. Ю. Г. Виленский в предисловии к своей книге о Михаиле Булгакове отметил, что

«врачебные предвосхищения писателя... пророчески обращены в наши дни» [4].

С добродушным юмором вспоминает писатель о «терзаниях» юного врача, быть может, впервые осознающего важность первого впечатления для налаживания контакта с сотрудниками и больными: «Мой юный вид отравлял мне существование на первых шагах. Каждому приходилось представляться: – Доктор такой-то. И каждый обязательно поднимал брови и спрашивал: Неужели? А я-то думал, что вы еще студент.

– Нет, я кончил, – хмуро отвечал я и думал: «Очки мне нужно завести, вот что». Но очки было заводить не к чему, глаза у меня были здоровые, и ясность их еще не была омрачена житейским опытом. Не имея возможности защищаться от всегдашних снисходительных и ласковых улыбок при помощи очков, я старался выработать особую, внушающую уважение походку. Говорить пытался размеренно и веско, порывистые движения по возможности сдерживать, не бегать, как бегают люди в двадцать три года, окончившие университет, а ходить. Вышло все это, как теперь, по прошествии многих лет, понимаю, очень плохо» [2].

Вопросы психологии общения, которые сегодня принято относить к медицинской деонтологии, также привлекали внимание Михаила Булгакова. По-видимому, ему не был знаком этот термин, введенный в практику здравоохранения в нашей стране в 1948 году академиком Н. Н. Петровым. Тем не менее, рассказы, входящие в «Записки юного врача», в буквальном смысле слова, проникнуты духом деонтологии. Вспомним постоянно дискутируемый вопрос: говорить ли больному правду? – и откроем рассказ «Звездная сыпь».

«– У тебя, тетка, а также у твоих ребят «дурная боль». Опасная, страшная болезнь. Всем, всем сейчас же нужно начинать лечиться и лечиться долго.

Как жаль, что словами трудно изобразить недоверие в выпуклых голубых бабьих глазах... Скудова же это?... У меня перед глазами лежали часы на столике. Как сейчас помню, что поговорил я не более трех минут, и баба зарыдала. И я очень рад был этим слезам, потому что только благодаря им, вызванным моими нарочито жесткими и пугающими словами, стала возможна дальнейшая часть разговора» [2]. После длительного лечения, по-прежнему мало что понимающая в страшном заболевании (сифилисе), женщина после осмотра у врача, осмотра, показавшего успешность лечения, говорит: « – К завтраму, стало быть, выпишусь, – сказала мать,

поправляя кофточку. – Нет, нельзя еще, – ответил я, – еще один курс придется перетерпеть. – Нет моего согласия, – ответила она, – делов дома срезь. За помощь спасибо, а выписывайте завтра. Мы уже здоровы. Разговор разгорелся как костер. Кончился он так: – Ты... ты знаешь, – заговорил я и почувствовал, что багровою, – ты знаешь... ты дура! .. – Ты что же это ругаешься? Это какие же порядки – ругаться? – Разве тебя «дурой» следует ругать? Не дурой, а... а!... Ты посмотри на Ваньку! Ты что же, хочешь его погубить? Ну, так я тебе не позволю этого! И она осталась еще на десять дней. [2].

Приведенные выше примеры позволяют утверждать, что наличие в произведениях художников слова такого рода материалов дает возможность широко использовать художественную литературу в качестве иллюстративного материала на семинарских занятиях по психологии профессионального медицинского обще-

ния. В пользу такого допущения говорит и «причесанная», часто неудовлетворительная передача пишущими на эту тему врачами диалогов с больными. На основании таких записей судить о подлинном влиянии речевого общения на психологический климат лечения было бы, в определенном смысле, опрометчиво. В тех же случаях, когда источник информации – художественное произведение, оно, как правило, гораздо более адекватно передает и психическое состояние, и речевое поведение общающихся врача и больного.

Разумеется, такого рода материалы, в конечном счете, должны быть признаны всего лишь паллиативом. Подлинную же ценность составят строго документированные (магнитофонные) записи фрагментов реального общения в сопровождении клинко-психологического комментария, выполненного в рамках научных исследований проблематики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Берн Э. Игры, в которые играют люди. Психология человеческих взаимоотношений; Люди, которые играют в игры. Психология человеческой судьбы: Пер. с англ. / Общ. ред. М. С. Мацковецкого; После­сло­вие Л. Г. Ионина и М. С. Мацковецкого. – СПб.: Лениздат, 1995. – 400 с.
2. Булгаков М. А. Избранные произведения: В 2 т. – К.: Дніпро, 1989. – Т. 1 – 765 с.; Т. 2 – 749 с.
3. Ван Дейк Т. А. Язык. Познание. Коммуникация: Пер. с англ./ Сост. В. В. Петрова; Под ред. В. И. Герасимова. – М.: Прогресс, 1989. – 312 с.
4. Виленский Ю. Г. Доктор Булгаков. – Киев: Здоровья, 1991. – 256 с.
5. Витгенштейн Л. Логико-философский трактат. М., 1958. – 308 с.
6. Грязнов А. Ф. Язык и действительность: Критический анализ витгенштейнианства. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1991. – 142 с.
7. Изаренков Д. И. Обучение диалогической речи. – 2-е изд. – М.: Русский язык, 1986. – 160 с.
8. Конечный Р., Боухал М. Психология в медицине: Пер. с чешск./Ред. Г. Шевченко. – Прага: Издательство медицинской литературы «Авиценум», 1974. – 405 с.
9. Магазаник Н. А. Искусство общения с больными. – М.: Медицина, 1991. – 112 с.
10. Меве Е. Б. Медицина в творчестве и жизни А. П. Чехова. – Киев: Здоровья, 1989. – 280 с.
11. Общая риторика: Пер. с фр./Ж. Дюбуа, Ф. Пир, А. Тринон и др.; Общ. ред. и вступ. ст. А. К. Авеличева. – М.: - 1989. – 392 с.
12. Фейгенберг Е. И., Асмолов А. Г. // Психологический журнал. – 1989, – 10, N. 6. – С. 58 – 66.
13. Формановская Н. И. Русский речевой этикет: лингвистический и методический аспекты. – М.: Русский язык, 1982. – 126 с.
14. Харди И. Врач, сестра, больной. Психология работы с больными: Пер. с венг./ Ред. М. В. Коркина, В. М. Шкловский. – Будапешт: Издательство Академии наук Венгрии, 1988. – 338 с.
15. Чехов А. П. Полное собрание сочинений и писем: В 30 т. – М.: Наука, 1974 – 1983.
16. Шапирштейн Г. Я. // Вопросы психологии. – 1989, 5. – С. 144 – 148.

В. М. Калінкін.

ПСИХОЛОГІЯ ПРОФЕСІЙНОГО МЕДИЧНОГО СПІЛКУВАННЯ ЯК НАУКА ТА УЧБОВА ДИСЦИПЛІНА

У статті розглянуто проблеми специфічної дійсності психології професійного медичного спілкування. Підкреслено необхідність філософсько-психологічного осмислення, комплексного клініко-психологічного та прагмалінгвістичного описання. Професійне медичне спілкування відбувається у складному контексті об'єктивного психологофізіологічного стану і суб'єктивного переживання хвороби, інструментально-медикаментозного та психотерапевтичного впливу на пацієнта. Ведучим компонентом взаємодії лікаря та хворого у процесі спілкування є слово. Володіння законами психологічного впливу слова підвищить ефективність лікування і буде сприяти подальшій гуманізації медицини. (Журнал психіатрії та медичної психології. – 1996. - № 1(2). – С. 3-8).

V. M. Kalinkin.

PSYCHOLOGY OF PROFESSIONAL MEDICAL INTERCOURSE HOW SCIENCE AND STUDY

This article is devoted to problems of the psychology specific reality of professional medical intercourse. Noted the necessary of phylosophy-metodological comprehension of problems, the complex clinical-psychological and pragmalinguistic description. The professional medical comprehension consisted of objective psychological and physiological conditions in complex context and subjective experience of diseases, instrumental-medicines psycho-therapeutically influence on patient. The leading component of cooperation between doctor and patient in the process of comprehension is «word». The knowledge of word's psychological influence laws is increasing of effectively of treatment actions and will help humanization of medicine in the future. (The Journal of Psychiatry and medical Psychology. – 1996. - № 1(2). - P. 3-8).

Поступила в редакцію 25.08.95