

ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТАМ З ФЕОХРОМОЦИТОМНОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ

Практика лікарсько-пацієнтської взаємодії свідчить про необхідність організації спеціальних корекційних заходів з метою оптимізації адаптації пацієнтів з феохромоцитомною дисфункцією й відповідно, стимулювання процесу виліковування.

Успішність організації медико-психологічної допомоги пацієнтам з феохромоцитомною дисфункцією передбачає наступне: толерантне ставлення до пацієнта, яке сприяє встановленню довірливих стосунків між лікарем та пацієнтом; цілеспрямованість усвідомлення загальної цілі, прагнення до її досягнення, взаємна зацікавленість лікаря та пацієнта в цьому; мотивованість – активна позиція по відношенню до лікування і його позитивна мотивація; структурованість чіткий розподіл функцій, прав, обов'язків та відповідальності; узгодженість дій всіх сторін, взаємна довіра, доброзичливість та повага; організованість планомірність та системність лікувально-діагностичного процесу; результативність здатність досягати результат не залежно від тих перешкод, які виникають у процесі лікувально-діагностичної діяльності.

Поведінковим показником адаптації пацієнта до феохромоцитомної дисфункції являється високий рівень успішності лікувально-профілактичних заходів. Тобто, мова йде про те, що чим швидше лікар зможе налагодити взаємодію із пацієнтом, тим швидше пацієнт зможе усвідомити й відрефлексувати свій стан і тим самим перейти від дезадаптаційних до адаптаційних форм поведінки по відношенню до хвороби.

Ключові слова: *медична профілактика, лікування, процес виліковування, рефлексія..*

Вступ. Варто зазначити, що складність феохромоцитомної дисфункції як захворювання обумовлюється, зокрема, проблемами її діагностування (подібність симптомів із іншими захворюваннями). Варто відмітити, що стосунки на рівні лікар-пацієнт відносяться до суб'єкт-суб'єктних. Так, суб'єктні відносини реалізуються, перш за все, в діалозі, в ході якого сторони пізнають один одного, між ними встановлюються певні взаємовідносини і здійснюється взаємна оцінка. Все це дозволяє виділити в структурі співробітництва, як однієї з стратегій взаємодії, три складових: комунікативну, інтерактивну і перцептивну.

Комунікативна складова передбачає, що взаємодіючи лікар і пацієнт стають учасниками співробітництва. На основі двостороннього

обміну інформацією вони, відповідно до відкритості мети і мотивів, досягають взаєморозуміння. Відсутність співробітництва негативно позначається на ході лікування.

У зв'язку з тим, що процес лікування передбачає не стільки обмін інформацією, скільки процес обміну деякими діями, то організація безпосередньої взаємодії лікаря з пацієнтом пов'язана із інтерактивною стороною лікувально-діагностичного процесу. При цьому планування ходу лікування залежить від визначення конкретних дій кожної із сторін.

Методологічну основу статті становлять теоретичні і емпіричні роботи, що розкривають сучасні уявлення про психологічні детермінанти діяльності (Ю. Бессонова, В. Бодров, Э. Кірхлер, М. Котик, Б. Теплов, Е. Четвергова, В. Шадриков, та інші.); дослідження у галузі психології професійної діяльності лікарів (В. Андронов, Б. Карвасарський, А. Попов, А. Чазова, Б. Ясько.); положення системного підходу (Б. Ананьев, Б. Ломов, С. Рубінштейн.); положення діяльнісного підходу (А. Леонтьев, С. Рубінштейн), положення суб'єктивно-діяльнісного підходу (К. Абульханова-Славська, Л. Анциферова, А. Брушлинский, Е. Клімов, Д. Завалішина и др.), і особистісного (К. Абульханова-Славська, К. Платонов); дослідження присвячені професійній успішності (В. Бодров, А. Деркач, Э. Зеер, А. Маркова, О. Родина, та ін.).

Враховуючи вище сказане слід зазначити, що **метою** статті є: розкриття особливостей організацій медико-психологічної допомоги пацієнтам з феохромоцитомною дисфункцією.

Виклад основного матеріалу. Під час лікування обов'язково відбувається сприйняття та оцінка один одного лікарем і пацієнтом, що в свою чергу сприяє встановленню взаємодії між ними.

Уявлення про іншу людину, сформульовані у ході лікарсько-пацієнтської взаємодії формують цілісний образ, що дозволяє лікарю інтерпретувати та прогнозувати вчинки пацієнта і знаходити до нього підхід, а пацієнту проявляти більше довіри до лікаря.

Виходячи з вище викладеного, успішність організації медико-психологічної допомоги пацієнтам з фехромоциторною дисфункцією передбачає наступне:

- толерантне ставлення до пацієнта, яке сприяє встановленню довірливих стосунків між лікарем та пацієнтом;
- цілеспрямованість - усвідомлення загальної цілі, прагнення до її досягнення, взаємна зацікавленість лікаря та пацієнта в цьому;
- мотивованість – активна позиція по відношенню до лікування і його позитивна мотивація;
- структурованість - чіткий розподіл функцій, прав, обов'язків та відповідальності;
- узгодженість дій всіх сторін, взаємна довіра, доброзичливість та повага;

- організованість - планомірність та системність лікувально-діагностичного процесу;
- результативність - здатність досягати результат не залежно від тих перешкод, які виникають у процесі лікувально-діагностичної діяльності.

Сукупність складових успішної організації медико-психологічної допомоги пацієнтам з феххромоциторною дисфункцією можна охарактеризувати, як співробітництво. Також слід зазначити, що співробітництво в процесі лікування повинна будуватися на основі кількох принципів: гнучкості, безперервності, толерантності і врахування взаємних інтересів. Розглянемо їх детальніше:

1) Гнучкість забезпечується наявністю ефективного зворотного зв'язку, встановленню якого між лікарем і пацієнтом як суб'єктами співпраці сприяють такі прийоми:

- розпитування – дозволяє уточнити отриману інформацію, а також отримати додаткову інформацію;
- перефразування передбачає уточнення правильності думки хворого за допомогою озвучування її своїми словами;
- відображення почуттів дозволяє уточнити правильність розуміння психічного стану пацієнта залежно від його слів, інтонації, міміки і жестів;
- резюмування, або узагальнення, використовується для підбиття підсумків взаємодії;

2) Безперервність проявляється у відсутності вікових бар'єрів по відношенню до учасників співробітництва. Так як даний прийом ефективний при будь-якій взаємодії незалежна від віку пацієнта, вона дозволяє пояснити переживання, висловити свої потреби, вислухати один одного, а потім виробити альтернативні варіанти вирішення проблем;

3) Толерантність виражається у цілеспрямованому розвитку поваги до пацієнтів у формуванні відкритого ставлення і уваги один до одного. Даний прийом передбачає взаємну довіру і щирий інтерес до особистості пацієнта з боку лікаря. В поведінці толерантність виражається через визнання цінності кожної людини незалежно від її становища, особливостей, успіхів і зовнішніх якостей.

У процесі взаємодії лікаря з пацієнтом толерантність проявляється також через розуміння своєрідності особистості кожного пацієнта, усвідомлення значущості іншої людини, співпереживання, а також грамотне використання механізмів комунікативного впливу, створення сприятливого морального і психологічного клімату, володіння технікою мови, прийомами риторики, практикою аргументації; технікою конструктивного вирішення конфліктних ситуацій.

4) З толерантністю тісно пов'язаний принцип врахування інтересів і можливостей лікаря і пацієнта як суб'єктів співпраці, який забез-

печується демократичною формою обговорення проблем і прийняття відповідних рішень.

В процесі розгляду співробітництва як ефективної стратегії взаємодії лікаря з пацієнтом, ми також прийшли до висновку, що сутність співпраці в цьому випадку відображає цілісний характер його протікання і являє собою складну, систему. Вказана система включає в себе такі компоненти:

- мотиваційно-цільовий компонент пов'язаний з формулюванням мети та мотивів співпраці лікаря та пацієнта;
- дескриптивний компонент передбачає здійснення діагностики та збору інформації описового характеру про суб'єктів співробітництва, необхідної для здійснення даної стратегії взаємодії;
- оцінний компонент полягає в аналізі та оцінці отриманої інформації, на основі чого вибираються засоби для здійснення співпраці. Цей компонент включає в себе співвіднесення отриманої інформації з нормами, закріпленими у вигляді правил і прийомів ефективної взаємодії;
- програмуючий компонент передбачає підготовку лікарем співробітництва, вибір засобів, дій, тощо;
- інтеракційний компонент пов'язаний з реалізацією вибраної стратегії лікувально-діагностичного процесу.

Таким чином, співпраця являє собою сукупність взаємопов'язаних між собою компонентів, об'єднаних конкретною ціллю. Нехтування будь-яким з розглянутих компонентів призводить до порушення цілісності процесу співробітництва лікаря з пацієнтом і веде до деструктивності у досягненні лікувально-профілактичної мети.

На основі аналізу реального протікання процесу співробітництва лікаря з пацієнтом ми можемо зробити висновки, про те, що даний процес передбачає високу активність всіх його учасників; вироблення плану спільних дій; чіткий розподіл обов'язків; єдність думок з точки зору істотних питань на всіх етапах лікування; відсутність конфліктів у системі співробітництва.

Так як мета співробітництва в процесі лікування задається ззовні (хворобою), вона є об'єктивною по відношенню до цього процесу. Тому досягнення поставленої мети (лікування) розглядається нами як критерій результативності, який може вважатися об'єктивною характеристикою співробітництва лікаря з пацієнтом - виліковування.

На перебіг і на якісний стан співробітництва, на нашу думку, здійснюють суб'єктивний вплив індивідуальні та психологічні особливості особистості, її ціннісні орієнтації, мотивації. До того ж результат лікування при організації конструктивного співробітництва може бути досягнутий його з мінімальними затратами сил, коштів, часу, з різним психологічним навантаженням.

Якісний стан співробітництва залежить від ступеня володіння його учасниками знаннями про процес лікувально-профілактичної

взаємодії, його закономірності, засоби, фактори, що впливають на даний процес, а також від ступеня володіння вміннями співробітництва. Крім того, успішне досягнення поставленої мети залежить і від комунікативної рефлексії, яка дозволяє пацієнту визначати і оцінювати свій стан, розуміти, як його сприймає інший учасник взаємодії - лікар. Саме комунікативна рефлексія дозволяє зрозуміти, чому один засіб співпраці було ефективним, а інший - ні; визначати, які дії дозволили досягти саме цього результату лікування. До того ж комунікативна рефлексія дає можливість коригувати процес співпраці, вносити відповідні зміни, спрямовані на досягнення поставленої мети.

Рішення проблеми організації медико-психологічної допомоги пацієнтам з фехромоциторною дисфункцією повинного ґрунтуватися на сукупності професійних знань лікаря, досвіді лікувально-профілактичної діяльності, володіння знаннями у галузі медичної психології та конфліктології.

Комплекс корекційних заходів у процесі психологічної адаптації пацієнтів включає у себе головним чином тренінгові діяльність. Нами було розроблено тренінг, орієнтований на досягнення цілей. У загальному вигляді ціле орієнтований підхід базується на теорії контролю, теорії динаміки рухової системи, а також терапії діяльності.

Передбачається, що патерни руху є наслідком взаємодії між здібностями особистості, середовищем і цілями індивіда. Інтервенції ж лікаря та психолога пов'язані з фасилитацією досягнення цілей. Осмислене, виділення учасниками мети використовуються для забезпечення можливості вирішення проблем і непрямо стимулюють рух до вирішення завдань повсякденного життя.

Варто окремо відмітити поєднання психологічних та фізіологічних вправ для досягнення максимального медико-психологічного ефекту від проведення тренінгу.

У тренінгу досягнення цілей виділяють чотири етапи: 1) постановка осмислених цілей; 2) аналіз основних дій; 3) впровадження в практику; 4) оцінка результату.

Учасників тренінгу фокусують на цілях і новій поведінці, необхідній для їх досягнення, та алгоритм активного вирішення проблем. Час лікування зменшується за рахунок адресного вирішення проблем і задоволення індивідуальних потреб.

Наша тренінгова група має спільну концептуальну основу з групами життєвих умінь, але в меншій мірі акцентовані на поведінці пацієнтів. Метою групи життєвих тем є дослідження основних цінностей і переконань. Кризові групи мають на меті підготовку ґрунту для подолання критичними життєвими етапами.

Програма тренінгу ставить за мету розвиток уміння встановлювати і підтримувати міжособистісні відносини. Вона передбачає формування навичок емоційного самовираження, яке не викликає у інших

ворожості і прагнення захиститися. У процесі роботи відпрацьовують-ся чотири типи поведінкових навичок:

1) самовираження (з усвідомленням почуттів у міжособистісній взаємодії, а також описом вражень і потреб, які виникають у процесі);

2) емпатична відповідь, яка передбачає здатність правильно зрозуміти стан інших людей і висловити це розуміння;

3) здатність до переключення, яка передбачає своєчасний перехід від самовираження до емпатичного сприйняття;

4) вміння ефективно навчати інших людей трьом перерахованими вище навичками.

Стратегія діяльності включає: активацію поточних проблем клієнтів шляхом використання релаксації і уяви; оцінку поточних проблем і переведення їх у заяву про цілях; передбачення і оцінку різних аспектів цілей; виділення основних цілей; висновки щодо мотиваційної структури у процесі зворотного зв'язку з фокусуванням на структурі та змісті суперечливих цілей. До уваги приймаються попередні спроби їх досягнення і особливості саморегуляції клієнтів; конструювання ієрархії цілей і визначення конкретних цілей.

На першому етапі тренінгової роботи встановлюються актуальні проблеми пацієнтів. Для цього використовують метод релаксації, під час якого пацієнти повинні згадати речі, що роблять істотний вплив на їх життя. *Другий етап* присвячена оцінці впливу проблем на поточної ситуації і виявленню цілей, досягнення яких буде вирішенням даної проблеми. Пацієнтів спонукають сформулювати цілі для кожної проблеми, починаючи з фрази «я буду» і «я хочу». Незважаючи на те, що багато проблем можуть бути схожі, поставлені цілі можуть відрізнятися за відмінністю сприйняття проблем.

Тренер спонукає учасників до усвідомленням позитивних аспектів наявної проблемної ситуації (усвідомлення вигоди положення). Оцінна система градації психологічних змін дозволяє учасникам тренінгу зрозуміти, якою мірою змінювана ситуація корисна, а якою мірою обтяжує його. У тих випадках, коли реалізація цілей зачіпає інтереси партнера, учасники повинні сформулювати в деталях межі власної відповідальності.

Метою третього етапу є рефлексія учасників з приводу необхідності власних дій, оцінка труднощів і терміновості у досягненні цілей, оцінка готовності до дії, суб'єктивна оцінка ймовірності успіху, а також формулювання конкретних зобов'язань. Нечіткі описи бажаних цілей можуть вести до несвідомого ігнорування цілей або нових можливостей. Для підтримки дії, спрямованої на досягнення мети, необхідна розробка покрокового плану дії. У таких випадках учасників тренінгу спонукають подумати про проміжні результати, які ведуть до досягнення цілей (що зробити сьогодні, завтра).

Четвертий етап характеризується високим рівнем міжособистісних взаємодій у вигляді відкритої дискусії. Учасників спонукають обговорювати не тільки свої цілі, але і робити висновки стосовно інших учасників. Зворотній зв'язок здійснюється в структурованій манері. Це робиться для того, щоб не посилювати опір процесу, а також для створення атмосфери взаємного інтересу і поваги.

Результатом роботи в групі є індивідуальні критерії для відбору сфокусованих цілей, типи цілей (підхід, уникнення, підтримка, прояснення) і індивідуальний досвід постановки цілей для їх досягнення.

Критерії, за якими здійснювався підбір учасників тренінгу:

- Особистісні якості. У якості значимих для комплектування груп особистісних якостей учасників, виступають такі риси, як інтроверсія - екстраверсія, нейротизм - стабільність, ригідність - гнучкість, екстернальність - інтернальність. В процес підбору можуть бути включені й інші змінні, однак практика показує, що і цих показників достатньо, щоб скомплектувати групу з наперед заданим потенціалом активності.
- Враховуючи принцип гетерогенності при комплектуванні груп, необхідно підбирати учасників з різним рівнем вираженості тих чи інших особистісних якостей, щоб вони взаємодоповнювали один одного. Так, в одній групі не слід концентрувати людей з домінуванням одних і тих же особистісних якостей, наприклад ригідності чи екстернальності. Гетерогенна структура особистісних рис надасть стимулюючий вплив на процеси групової динаміки, а також на налагодження оптимальних для тренінгу відносин та видів комунікацій. Важливо оцінити здібності кожного члена групи до кооперації – взаємодопомоги і співробітництва, хоча передбачається, що кожен кандидат у групу володіє цими якостями;
- Рівень інтелектуального розвитку є важливою характеристикою групової структури і навченості групи. Незважаючи на те, що тестування тут зайве, враховувати цих ознака необхідне. Відмінності в рівні інтелектуального розвитку учасників будуть проявлятися, навіть якщо групу вирівняти за освітньою ознакою. Гетерогенність в даному випадку виражається не у рівні розвитку інтелекту, а в різних оціночних стереотипах і уявленнях про поведінку учасників з різним локусом контролю;
- Вік і досвід учасників є значущими критеріями комплектування групи та роботи з нею. Активніше працює група з мінімальним віковим спектром, тобто люди приблизно одного покоління і одного життєвого досвіду.

Допустимі вікові межі – від 18 до 60 років, оптимальні – від 20 до 40 років. Групи формуються за ознакою ідентичності ділового досвіду.

Стать також впливає на ефективність проведення тренінгу. Так, одностатеві групи менш активні у порівнянні із бгатостатевими групами.

Тренінг, як правило, включає в себе наступні фази: 1) знайомства; 2) розігріву; 3) лоблізації; 4) створення (введення) орієнтовних основ діяльності; 5) оволодіння.

Зміст і тривалість кожної фази залежать від ситуації в групі, групової динаміки в процесі тренінгу, цілей і завдань тренінгу та інших параметрів, які тренер може відстежити у процесі підготовки і проведення тренінгу.

Висновки. Впровадження системи активізації захисних механізмів у процесі психологічної адаптації пацієнтів з феохромоцитомною дисфункцією де, основним фактором є розвиток рефлексії, підтвердило свою ефективність.

Варто відмітити, що рефлексія пацієнтів стає чинником усвідомлення хвороби, а також – сприйняття фігури лікаря, взаємодія з яким являється визначальною для активізації часових і лікувальних показників виліковування хворих на феохромоцитомну дисфункцію.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Панків В.И. Феохромоцитома, етиология, патогенез, диа-гностика, клинические особенности, лечение // *Международный эндокринологический журнал, симпозиум.* – 2011, Vol. 8 (40). – С. 17-21
2. Петрова Н.Н., Кутузова А.Э., Недошивин А.О. Механизмы психической адаптации больных в ситуации соматогенной витальной угрозы // *Обзорное психиатрии и медицинской психологии им. Бехтерева.* – 2004, Т. 1, № 2. - С. 56-59
3. Реньш М.А., Садовникова Н.О., Лопес Е.Г. Социально-психологический тренинг: Практикум. - Екатеринбург: Изд-во ГОУ ВПО «Рос. гос. проф.-пед. ун-т», 2007. – 190с.
4. Скорцова М.В., Якунин В.Е. Социально-психологические аспекты личностного роста. – Тольятти, ТОЛ, 2007. - 367с.
5. Товкай О.А. Феохромоцитома: сучасні підходи до діагностики та лікування // *Клінічна ендокринологія та ендокринна хірургія.* – 2012, № 2 (39). – С. 19-22
6. Узлов, Н.Д. Анозогнозия как защитный механизм и способ совладания с болезнью // *Медицинская психология в России: электрон. науч. журн.* – 2013, № 6 (23). – С. 21-29
7. Ханько А.В., Кондюхова Т.Н. Психологическая адаптация к болезни женщин с первыми приступами шизофрении // *Вестник психотерапии.* – 2012, № 44 (49). - С. 41-57

REFERENCES

1. Pankiw V.S. Pheochromocytoma, etiology, pathogenesis, dia-gnostica, clinical features, treatment // *International journal endocrinologically, Symposium.* – 2011, Vol. 8 (40). – P. 17-21
2. Petrova N.N., Kutuzov, A. E., nedoshivin A. A. Mechanisms of mental adaptation of patients in a situation of vital threat somatogenic // *Review of psychiatry and medical psychology. Spondylitis.* – 2004, Vol. 1, No. 2. - P. 56-59

3. Renis M.A., Sadovnikova N. And., Lopez G.E. Social-psychological training: a Workshop. Ekaterinburg: Publishing house GOU VPO «Russian. state prof-med. University», 2007. – 190p.
4. Skortova N.I., Yakunin, V.E. Social-psychological aspects of personal growth. – Togliatti, TOL, 2007. – 367p.
5. Towkay A. A. Pheochromocytoma: current approaches to diagnosis and treatment // Clinical endocrinology and endocrine surgery. – 2012, № 2 (39). – P. 19-22
6. Of Nodes N. D. The anosognosia as a defense mechanism and a way of coping with the disease // Medical psychology in Russia: electron. scientific. journal. – 2013, № 6 (23). – P. 21-29
7. Hanko A. V., Kondukova T. N. Psychological adaptation to illness in women with first episodes of schizophrenia // journal of psychotherapy. – 2012, № 44 (49). - P. 41-57

УДК 159.9:616.89-008.615-02-051-07

ПОЛАДКО А. А.

Институт психологии имени Г.С. Костюка НАПН Украины, г. Киев

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ДИСФУНКЦИЕЙ ФЕОХРОМОЦИТОМНОЮ

Практика врачебно-пациентского взаимодействия свидетельствует о необходимости организации специальных коррекционных мероприятий с целью оптимизации адаптации пациентов с феохромоцитомной дисфункцией и соответственно, стимулирования процесса излечения.

Успешность организации медико-психологической помощи пациентам с феохромоцитомной дисфункцией предусматривает следующее: толерантное отношение к пациенту, которое способствует установлению доверительных отношений между врачом и пациентом; целенаправленность-осознание общей цели, стремление к ее достижению, взаимная заинтересованность врача и пациента в этом; мотивированность – активная позиция по отношению к лечению и его положительная мотивация; структурированность четкое распределение функций, прав, обязанностей и ответственности; согласованность действий всех сторон, взаимное доверие, доброжелательность и уважение; организованность планомерность и системность лечебно-диагностического процесса; результативность способность достигать результат в не зависимости от тех препятствий, которые возникают в процессе лечебно-диагностической деятельности.

Поведенческим показателем адаптации пациента к феохромоцитомной дисфункции является высокий уровень успешности лечебно-профилактических мероприятий. То есть, речь идет о том, что чем быстрее врач сможет наладить взаимодействие с пациентом, тем быстрее пациент сможет осознать и отрефлексировать свое состояние и тем самым перейти от дезадаптационных к адаптационным формам поведения по отношению к болезни

Ключевые слова: медицинская профилактика, лечение, процесс выздоровления, установки, рефлексия.

UDC 159.9:616.89-008.615-02-051-07

A. A. POLADCO

G.S.Kostiuk Institute of Psychology NAPS Ukraine, Kyiv

ORGANIZATION OF MEDICAL-PSYCHOLOGICAL AID TO THE PATIENTS WITH DYSFUNCTION OF FEOHROMOTSITOME

Medical practice-patient interaction demonstrates the necessity of organizing special remedial measures to optimize the adaptation of patients with feohromotsytoma dysfunction and accordingly, stimulation of the healing process. The success of the organization of medical and psychological care for patients with feohromotsytoma dysfunction includes the following: tolerant attitude to the patient, which helps to establish a trusting relationship between doctor and patient; the focus is the realization of a common goal, the desire to achieve it, the mutual interest of the doctor and the patient in this; motivation – active attitude to treatment and positive motivation; structured, clear division of functions, rights, duties and responsibilities; consistency of actions of all parties, mutual trust, goodwill and respect; orderliness regularity and consistency of medical-diagnostic process; effectiveness ability to achieve the result regardless of the obstacles that arise in treatment and diagnostic activities. Behavioral indicator of the patient's adaptation to feohromotsitome dysfunction is the high level of success of therapeutic and preventive measures. That is, the idea is that the faster the doctor will be able to interact with the patient, the faster the patient can understand and to reflect on its condition and thereby move from maladaptive to adaptive forms of behavior in relation to disease.

Cooperation in the treatment process should be based on several principles: a) flexibility effective feedback, establishing which between doctor and patient as actors of cooperation; b) the continuity is manifested in the lack of age barriers in relation to collaboration participants. Since this technique is effective in any interaction independent of the age of the patient, it helps to explain feelings, to Express their needs, to listen to each other, and then to develop alternative solutions to problems; C) the tolerance is expressed in a purposeful development of respect for the patients in the formation of an open attitude and attention to each other. This technique requires mutual trust and a sincere interest in the identity of the patient by the doctor. Behavior tolerance is expressed through the recognition of the value of each person regardless of his position, character traits, success and external qualities; d) tolerance is closely related to the principle of considering the interests and capabilities of the doctor and the patient as actors of cooperation that ensured a democratic form of discussion and decision-making.

Keywords: *medical prevention, treatment, process of healing, reflection.*