

О. Ю. Богачёва

Основные подходы американских психологов к проблеме эмпатии как профессионально важному качеству врача

Статья посвящена пользе терапевтической модели «Уход» для развития эмпатических взаимодействий врача и пациента. Эмпатия – один из компонентов этики ухода за больными. На примере описанных экспериментов показывается польза эмоциональных контактов для улучшения процессов лечения и выздоровления пациента. Рассматривается психодинамика клинических отношений. А также влияние таких психологических механизмов как идентификация, перенос, the 'wounded healer' effect на понимание особенностей медицинского взаимодействия. В статье изложены факторы увеличивающие эмпатию в отношениях врач-пациент такие как: эффект плацебо, «третье ухо» и «глаз разума», культурные различия и установление межличностных границ. Подчеркивается, что эмпатия в клинических отношениях крайне эффективна. Но существует дефицит знаний у врачей в этой области, что объясняется находчивостью психологической подготовки будущих врачей.

Ключевые слова: Эмпатические отношения, забота, уход, эффект окружения, идентификация, эффект «раненого врача», перенос, контрперенос, культурные факторы.

О. Ju. Bogachiova

Basic Approaches of American Psychologists to the Empathy Problem as to the Doctor's Professionally Important Quality

This article is devoted to the benefits of the therapeutic model «Care» for the expansion of the physician-patient empathic interaction. Empathy is one of the care ethics' components and the results of the experiments, described in this article, show us the benefits of emotional engagements on the patient's treatment and recovery. In the article we deal with the psychodynamics of the clinical relations; with such psychological methods as identification, the «wounded healer effect», transference, counter-transference, and its effects on understanding of the medical interaction peculiarities; with the factors, which increase the empathy in physician-patient interaction, such as: placebo effect, «the third ear» and «the mind's eye», cultural differences, setting up of the interpersonal boundaries. It is pointed out, that empathy is highly effective in the clinical relations, but the physicians have a lack of knowledge in this field that can explain the insufficiency of the physician's psychological background.

Key words: empathic relationships, curing, caring, an effect of environment, identification, the «wounded healer» effect, transference, counter transference, cultural factors.

Обращение к теме эмпатии имеет давние традиции и в русле психологических наук, и в русле философии.

Постоянный интерес к этой теме продиктован человеческой историей XIX и XX столетий, в ходе которых человечество утратило ощущение стабильности, безопасности, и появляются переживания страха, отчуждения, покинутости. Вероятно, это стало причиной того, что феномен эмпатии, традиционно понимаемый как способность человека представлять себя другим и телесно-чувственно проживать его воспринимаемые/вспоминаемые/воображаемые формы и предполагаемые состояния, все чаще становится объектом внимания философов (Е. Я. Басин, А. Дж. Ветлизен, Х. Г. Кеглер, О. Ю. Кубанова, Р. А. Маккрил, Х. Питер Стивс, М. Савицки, Д. В. Смит, В. П. Филатов, Ю. М. Шилков) [4] и психологов (Э. Титченер, К. Роджерс, З. Фрейд,

В. Кохут, Ю. В. Гиппенрейтер, И. М. Юсупов и др.).

Современное состояние изучения психологии эмпатии отличается многообразием подходов. Для темы нашего исследования логично будет выделить две линии развития представлений об эмпатии. Это развитие представлений о природе и специфике содержания эмпатического процесса, и развитие представлений о роли и значении эмпатии в общении и практике «помогающих» профессий [3]. В ряду таких «помогающих» профессий отдельное место занимает профессия врача. Внедрение новейших методов диагностики зачастую подменяет отношение «врач – больной», системой «врач – прибор – больной». Это, конечно, расширяет возможности врача, но в значительной степени усложняет медико-деонтологические проблемы, порождает некоторую отчужденность врача и больного. При этом

этические принципы врача являются определяющими.

Несмотря на то, что высокая роль эмпатии в процессе выздоровления пациентов достаточно очевидна и ее изучению посвящено много работ для различных групп русских медицинских специалистов. Этого явно недостаточно по сравнению с сотнями научных трудов, посвященных изучению процесса эмпатии во взаимоотношениях врача и пациента, которые изданы в США.

В наше время современная европейская модель включает два вида терапевтического воздействия: забота и лечение [8, 13, 40]. В модели «Лечение» акценты смещены в плоскость биомедицинской парадигмы болезни (поиск патофизиологии и способов лечения симптомов). В модели «Уход» внимание уделяется биопсихологической парадигме: пациент рассматривается в целом, не только его симптомы и способы их устранения. Болезнь можно обнаружить с помощью лабораторных тестов и анализов («Лечение»), но этого недостаточно. Можно сказать, что лечение относится к болезни, а забота – к пациенту [40]. По словам доктора Фрэнсиса Пибоди [33], лечение болезни может быть безличным, но управление недомоганием требует личного внимания и эмпатии. Но, тем не менее, по мнению Спино [40], врачей больше учат лечить, а не ухаживать. Понятие профессионализм в медицинском образовании и практике, акцентирующее внимание на эмпатию и сострадание в процессе лечения, предполагает интеграцию обеих моделей в медицинское образование.

Для лучшего понимания двух моделей лечения, полезно разобраться с терминами «Болезнь» и «Недомогание». Болезнь – это результат сбоя или адаптации в биологическом и патофизиологическом процессах, который приводит к патологии органов, тогда как «Недомогание» – это персональная реакция на болезнь [25, 40]. Недомогание может проявляться и в отсутствии болезни: как выяснилось, примерно половина визитов к врачу основана на жалобах без определенных биологических причин. Такие жалобы известны, как соматические [20, 25], и пациенты с подобными расстройствами ходят от врача к врачу («doctor shopping» [23] – «к врачу как в магазин» или «doctor hopping» [39] – «к врачу за надеждой»), потому что они не чувствуют внимания со стороны своего врача. В исследовании пациентов Калифорнии, 85 % сообщили, что они поменяли врачей за последние 5 лет или думают об этом из-за плохих коммуникативных навыков

врача, его неспособности внушить уверенность пациентам и т. д. [31].

Утверждается, что эмпатия в клинической практике крайне эффективна, потому что приводит к более точным и ранним диагнозам, более эффективному планированию лечения, избегая явления «doctor shopping» и роста стоимости бесполезных медицинских тестов и госпитализации [9]. Исследование пациентов во время предварительного ухода и хирургических действий показало, что тратится больше времени на визиты врача, если он не демонстрирует понимание и сочувствие [20]. Следовательно, эмпатия в отношениях врач-пациент может повысить уровень доверия, что позволит лучше контролировать течение болезни и уменьшить затраты, предотвращая «doctor shopping» и «doctor hopping» [20].

Контакты между врачом и пациентом – межличностное событие с определенной целью. Эффективность таких встреч сильно зависит от способности врача построить доверительные отношения.

Эмпатия – один из компонентов этики ухода за больным. В «Кодекс по вопросам этики» Американской Медицинской Ассоциации, опубликованной 1847 г. включено следующее: «Жизнь пациента может сократиться не только в результате действий, но также от слов и манеры поведения врача. Таким образом, это священный долг – сохранять уважение и избегать всего того, что может лишить пациента уверенности и подавить его дух» [22].

Взаимопонимание улучшается, если врач избегает высокомерия и не показывает превосходства, а напротив, ведет себя дружелюбно, уверенно, расслабленно, без спешки, показывая способность к пониманию и искреннюю озабоченность проблемами пациента и его семьи [37]. Следующие исследования поддерживают уникальность таких отношений.

Эксперимент, проведенный исследователями медобразования показал, что власть влияет даже на экспертов. Naftulin, Ware и Donnelly [32] наняли профессионального актера для проведения лекции для 55 врачей, психологов, соцработников, учителей и администрации медицинской школы. Представленный как «др. Мирон Л. Фокс, выдающийся оратор и крупный специалист по прикладной математике человеческой деятельности», актер прочитал лекцию под названием «Математическая теория игры в приме-

нении к физической культуре». Актер ничего не знал о предмете. Тем не менее, исследователи научили его как прочитать лекцию, задавать и отвечать на вопросы, используя двусмысленность, неологизмы и противоречивые утверждения с вкраплениями юмора и бессмысленных ссылок на несвязанные с темой материалы. Когда исследователи попросили охарактеризовать лекцию, очень многие высоко ее оценили! Этот эксперимент показал, что врачебные предписания имеют тенденцию быть принятыми без критики даже пациентами с профобразованием. Некоторые предположили, что положительная оценка лекции связана с профессиональными, невербальными сигналами во время передачи информации. Эта версия находит поддержку идеи важности невербального общения с целью повысить доверие пациента.

Rosenhan [36] сообщил о другом эксперименте, который был проведен во время исследования и обучения персонала больницы, который знал о предмете изучения Rosenhan и сомневался, что подобная ошибка возможна у них. Персоналу сообщили, что в следующие 3 месяца один или более псевдобольных будут помещены в психиатрические палаты. Персоналу предлагалось определить, кто из новеньких – не настоящий больной (для определения надежности их суждений). Среди 193 принятых пациентов за указанный период 41 человек был признан фальшивым с большой долей уверенности, как минимум одним членом персонала, 23-х посчитали подозрительными – как минимум одним их психиатров. На самом деле не было ни одного! Эксперимент показал, что обстановка создает определенные ожидания в модели врач-пациент и может повлиять на динамику межличностных контактов, приводя к преувеличению числа болезней или неправильным диагнозам. Очевидно, что эмоциональный контакт – полезный способ защиты от недопонимания, который может привести к более точным диагнозам и более реалистичным решениям.

Изучение психодинамики, включенной в отношения врач-пациент, очень важно для лучшего понимания обозначенных механизмов, которые могут усилить или препятствовать отношениям. Некоторые психологические механизмы из медицинской практики описаны в следующих понятиях:

Идентификация. Среди психологических механизмов защиты идентификация обычно ассоциируется с эмпатией. Идентификация – это

бессознательный ментальный процесс, когда личность пытается удовлетворить некоторые потребности, становясь похожим на другого человека. Ради эмпатии врач должен добиться временного единения с пациентом с помощью временной идентификации, следующей после чувства разобщенности. Другими словами, врач должен сначала думать вместе с пациентом (идентификация, единение), а потом о пациенте (эмпатическая разобщенность). По словам Fenichel [25], эмпатия состоит из 2-х актов: идентификация и понимание. Врачи используют механизм идентификации, чтобы понять беспокойства пациента лучше, одновременно узнавая собственные чувства и пациента. Schwaber [38] считал, что идентификация с пациентом – это путь для настоящего понимания его внутреннего мира и утверждал, что эмпатия, хотя и не равна идентификации, но является ее продуктом.

Эффект «Раненного врача». По словам Decety and Jackson [14], чувство «наложения себя на другого», возникающее между помогающим и тем, кому нужна помощь, может помочь установлению между ними эмпатии. Тенденция медработников помогать тем, с кем они имеют много общего, была названа эффектом «Раненного врача» [14]. Gustafson [19] предположил, что врачи, испытавшие боль, способны лучше понять боль других и реагировать правильнее. Понимание психологической боли, по словам Fussell и Воппеу [17], порождает эмпатию у психотерапевта и оказывает положительное влияние на терапию. Общие болезни, по словам Means [30], составляют основу для обмена жизненным опытом и способствуют лучшему пониманию его опасений, объединяя врача и больного. Философия, лежащая в основе программ «помоги себе сам» («Анонимные алкоголики»), базируется на концепции «Раненного врача». Интересно, что хотя общий опыт у врача и пациента способствует появлению эмпатии, дружеские отношения не являются важным фактором для возникновения эмпатии.

Перенос. В своем анализе психологических болезней Зигмунд Фрейд [16] заметил, что 2 психологических феномена могут произойти во время общения врача и пациента. Один возникает у пациента (перенос), другой – у врача (контрперенос). Оба эти феномена – универсальны и могут формировать отношения врача с пациентом. Эмпатия играет важную роль в появлении переноса и улучшению терапевтического альянса [9]. Важность переноса в контексте медицинско-

го лечения, особенно на начальных этапах, обсуждалась Zinn [46]. Так как пациент идентифицирует врача с кем-то важным для него в прошлом, то и врач воспринимается как значительная персона. Потребность пациента в понимании и уверенности, особенно во время болезни и боли, приводит к тому, что врач рассматривается как авторитетный человек, повышая тем самым вероятность переноса. Пациент испытывает эмоции, связанные с влиянием авторитетного человека из прошлого. По Kohut [26], этот сложный феномен, названный переносом в психиатрической литературе, играет важную роль в установлении эмпатии в больнице. Понимание внутреннего мира пациента возможно не только через чувства (слух, зрение, обоняние, прикосновение), но также и через понимание и анализ феномена переноса. Эмпатия может быть усилена, если врач добивается феномена подходящего контрпереноса.

Контрперенос. Способ, которым врач урегулирует перенос пациента, называется контрперенос. Врач, берущий на себя роль мудрого человека, решающего прошлые конфликты и фрустрации пациента, это пример подходящего контрпереноса, который может принести положительный результат. По словам Zinn [46], врачи приносят свою «точку зрения и эмоциональные потребности в ситуацию, вызывая динамическое взаимодействие, которое, в конечном счете, формирует результат отношений». Знания врачей о феномене переноса и способность его регулировать может помочь им создавать более эффективное вмешательство даже в условиях амбулатории.

Влияя на перенос пациента правильно, врач прокладывает путь эмпатии и становится точкой опоры, которую пациент может использовать для решения фрустраций из прошлого, а также открыть возможности для здоровой личной и социальной жизни. Студенты-медики и врачи имеют тенденцию сторониться исследований психологических факторов, боясь неспособности решить проблему должным образом [39]. Наличие этого страха подтверждено исследованием с участием студентов-медиков, огромное число которых чувствовали себя неспособными помочь больным с их страхами, связанными с раком и смертью, поскольку боялись навредить [39]. Педагогам медвузов следует уделять больше внимания обучению студентов психодинамике межличностных контактов, включая перенос и контрперенос, чтобы улучшить понимание особенностей

медицинских отношений и увеличить способность к эмпатии.

Множество факторов влияют на качество отношений врача и пациента. Некоторые из них улучшают эти взаимоотношения.

Эффект Плацебо. Уайт [45] предположил, что установленные однажды эмпатические отношения между врачом и пациентом, становятся сильным агентом, подобным эффекту плацебо, «X» фактором в лечении, который имеет позитивный эффект на результаты терапии. Позже предположили, что эффект плацебо в отношениях врач-пациент независим от других подобных вмешательств. Эффект плацебо определяется как вмешательство, которое стимулирует медлечение, но не считается особой формой лечения и имеет долгую историю применения в медицине. Само существование эффекта плацебо доказывает идею, что психосоциальные факторы имеют сильное влияние на патофизиологию болезни [40]. Эффект плацебо работает в диапазоне от 15 % до 58 % [42]. Так или иначе, плацебо помогает в трети случаев клинических исследований. (Этот показатель был предложен полвека назад Beecher, 1955). Хотя нет убедительных свидетельств существования механизмов, лежащих в основе эффекта плацебо, некоторые авторы считают, что ожидание, снижение тревожности, обучение и воздействие эндорфинов может объяснить это воздействие [42]. Исследование показало, что эффект плацебо выражен сильнее, когда пациент выполняет предписания врача [42]. Лучшее согласие между врачом и пациентом – функция их эмпатичных взаимоотношений. Таким образом, через лучшее взаимопонимание повышается эффективность плацебо и результаты лечения.

«Третье ухо» и «Глаз разума». Для врача важно научиться слышать пациента не только ушами буквально, но и с помощью «третьего уха», чтобы понять то, что было сказано неосознанно. И, чтобы видеть внутренний мир пациента, врачу необходимо развить у себя «глаз разума» [20]. Все это приведет к лучшему пониманию пациента. Чем больше сказано, тем больше услышано, и чем больше понято, тем глубже станут отношения [20]. В XIX в. осмотр превалировал над слушанием в медицине [20]. И в результате осмотр занял важную роль в постановке диагноза и лечении. Waisman [43] предположил, что в клинической медицине важно не только видеть, но и слышать скрытый смысл. В терапии слушание – важнейший метод получения ин-

формации от пациента, понимания проблемы и лечения [20]. Эта традиция приписывается William Osier, который сказал: «Слушайте пациента, он скажет вам свой диагноз» [20]. По словам Samuel Coleridge [11], чтобы погрузиться в чужие мысли, мы должны обладать «глазом североамериканского индейца», читающего следы врага по опавшей листве, «ухом дикого араба», слушающего молчание пустыни, и «прикосновением слепого» к лицу милого ребенка.

По словам Schwaber [38], эмпатия – это способ аналитического слушания. Theodore Reik [35] так же говорил, что врач должен слушать не только слова, но и то, что не было произнесено. Reik подчеркивал, что врач «должен научиться слушать третьим ухом», чтобы добиться цели. Это способ услышать то, о чем другие люди думают и чувствуют, но не говорят; таким образом, необходимо научиться понимать то, как «говорит» разум – в молчании. Для эмпатии важно, чтобы врач настроил свое «третье ухо» и стал понимать, что пациент намеревался сказать, но не произнес. Чтобы слышать «третьим ухом», необходима бдительность во время беседы с пациентом, внимательность позволяет видеть «глазу разума». Следовательно, в контексте нашей темы, «третье ухо» способно дополнить и усилить обычный слух. Важную информацию о познавательном и эмоциональном состоянии можно получить с помощью невербальных сигналов, что создает более широкую картину для глаза разума. Эмпатическое понимание может быть усилено распознаванием скрытых и произнесенных посланий через анализ невербальных сигналов «глазом разума».

Культурные факторы. Культура – «набор отношений, ценностей, верований и поведенческих норм, разделяемых группой людей, которые передают эту информацию из поколения в поколение» [20] определяет то, как люди взаимодействуют друг с другом. Люди разных культур имеют поразительно разные представления о себе и других, что может влиять на их способ оказывать и принимать помощь. Социокультурные факторы в клинической практике, по словам Weissman и его коллег [44], могут влиять на коммуникации и принятие решений. Культурные нормы, расовые и этнические различия, религиозные взгляды, стереотипы полового поведения и другое – все это источники идентичности, и они влияют на эмпатию в контексте медицинского ухода.

Для лучшего понимания динамики межличностных отношений врача и пациента, поведение должно оцениваться в контексте культуры, поскольку культура неразрывно связана с любым поведением. Например, в межкультурном исследовании отношений к лечению было установлено, что бельгийская модель больше ориентирована на лечение, а не на заботу [13]. В недавнем исследовании Nelson и Baumgarte [20] было установлено, что незнание чужих культурных норм уменьшает взаимопонимание из-за непонимания позиции другого человека. Таким образом, знание чужой культуры – один из факторов, важных в изучении эмпатии. Крайне важно понимать, что культурные факторы определяют эти отношения и влияют на их когнитивное и эмоциональное содержание так же, как качество терапии, ожидания и цели [25].

Таким образом, американские психологи утверждают, что:

- эмпатия очень эффективна в клинической практике, позволяет делать более точные диагнозы, лучше согласовывать и более эффективно планировать процесс лечения;

- из двух моделей терапии: уход и лечение, только интеграция обеих моделей в медицинское образование поможет повысить уровень эмпатии в лечении;

- эмпатия – один из важных компонентов этики ухода за больными и включена в первый «Кодекс по вопросам этики» Американской Медицинской Ассоциации;

- на психодинамику эмпатии в клинических отношениях могут оказывать и положительное, и отрицательное влияние такие факторы, как: идентификация, перенос и контрперенос, эффект «раненого врача».

Несколько факторов влияют на качество отношений врача и пациента. Существенно повышают эмпатию следующие:

- эффект плацебо, который помогает в трети клинических случаев, выражен сильнее, если существуют эмпатические отношения между врачом и пациентом;

- эмпатия – это способ аналитического слушания. Эмпатическое понимание может быть усилено распознаванием скрытых и произнесенных посланий через анализ невербальных знаков «глазом разума»;

- в разных культурах сочувствие врача воспринимается по-разному, важно знать культурные особенности. Обучение будущих медиков

навыкам общения между врачом и пациентом, должно учитывать культурологические аспекты.

Процесс эмпатии взаимный, и вовлекаемые в него врачи тоже получают свою выгоду, которая выражается в уменьшении, стресса, истощения, и улучшает самочувствие медика.

Библиографический список:

1. Александровский, Ю. А. Социально-стрессовые расстройства. «Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева» [Текст] / Ю. А. Александровский. – 1992. – № 2, 35.
2. Караванов, Г. А., Коршунова, В. А. Индивидуально-психологические особенности врача-хирурга [Текст] / Г. А. Караванов, В. А. Коршунова. – Львов, 1974.
3. Карягина, Т. Д. Некоторые аспекты развития представлений об эмпатии в психологии [Текст] / Т. Д. Карягина // Материалы международной конференции «Общение-2006 на пути к энциклопедическим знаниям». – С. 373–380.
4. Пузыревский, В. Ю. Феномен эмпатии в контексте современной западной философии. Сибирь. Философия [Текст] : альманах / В. Ю. Пузыревский. – 2007. – С. 103–118.
5. Юсупов, И. М. Вчувствование. Проникновение. Понимание [Текст] / И. М. Юсупов. – Казань, 1993.
6. Ясько, Б. А. Психология личности и труда врача [Текст] / Б. А. Ясько. – М., 2009.
7. Ali, N. S., Khalil, H. Z., & Yousef, W. (1993). A comparison of American and Egyptian cancer patients' attitudes and unmet needs. *Cancer Nursing*, 16, 193–203.
8. Baumann, A. O., Deber, R. B., Silverman, B. E., & Mallette, C. M. (1998). Who cares? Who cures? The ongoing debate in the provision of health care. *Journal of Advanced Nursing*, 28, 1040–1045.
9. Book, H. E. (1988). Empathy: Misconceptions and misuses in psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 145, 420–424.
10. Cannon, W. (1957). "Voodoo" death. *Psychosomatic Medicine*, 19, 182–190.
11. Coleridge, S. T. (1802). Letter to William Sotheby, July 13th. In E. L. Griggs (Ed.), *Collected letters of Samuel Taylor Coleridge* (Vol. 2). Oxford, UK: Oxford University Press. (Reprinted in 1956.)
12. Comas-Diaz, L., & Jacobsen, F. M. (1991). Ethnocultural transference and countertransference in the therapeutic dyad. *American Journal of Orthopsychiatry*, 61, 392–402.
13. DeValck, C., Bensing, J., Bruynooghe, R., & Batenburg, V. (2001). Cure-oriented versus care-oriented attitudes in medicine. *Patient Education and Counseling*, 45, 119–126.
14. Decety J. & Jackson P. L. (2006). A social-neuroscience perspective on empathy. *Current Directions in Psychological Science*, 15, 54–58.
15. Fenichel, O. (1945). *The psychoanalytic theory of neurosis*. New York: W. W. Norton.
16. Freud, S. (1958). Recommendation to physicians practicing psychoanalysis. In J. Strachey (Ed. & Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 109–120). London: Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis. (Original work published in 1912.)
17. Fussell, F. W. & Bonney, W. C. (1990). A comparative study of childhood experience of psychotherapists and physicians: Implications for clinical practice. *Psychotherapy*, 27, 505–512.
18. Greenson, R. R. (1960). Empathy and its vicissitudes. *International Journal of Psychoanalysis*, 41, 418–424.
19. Gustafson, J. P. (1986). *The complex secret of brief psychotherapy*. New York: W. W. Norton.
20. Hojat, M. (2007) *Empathy in patient care*. Springer. 117-139.
21. Holland, J. C., Geary, N., Marchini, A., & Tross, S. (1987). An international survey of physician attitudes and practice in regard to revealing the diagnosis of cancer. *Cancer Investigation*, 5, 151–154.
22. Katz, J. (1984). *The silent world of doctor and patient*. New York: Free Press.
23. Ketterer M. W., & Buckholtz, C. D. (1989). Somatization disorder. *Journal of the American Osteopathic Association*, 89, 489–490.
24. Kenny, D. T. (1995). Determinants of patient satisfaction with the medical consultation. *Psychology and Health*, 10, 427–437.
25. Kleinman, A., Eisenberg, L., & Good, B. (1978). Culture, illness, and care: Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Annals of Internal Medicine*, 88, 251–258.
26. Kohut, H. (1984). Introspection, empathy, and the semicircle of mental health. In J. Lichtenberg,
27. Linn, L. S. (1974). Care vs. cure: How the nurse practitioner views the patient. *Nursing Outlook*, 22, 641–644.
28. Mayerson, E. W. (1976). *Putting the ill at ease*. New York: Harper & Row.
29. Mehrabian, A. (1969). Significance of posture and position in the communication of attitude and status relationships. *Psychological Bulletin*, 71, 359–372.
30. Means, J. J. (2002). Mighty prophet/wounded healer. *Journal of Pastoral Care*, 56, 41–49.
31. Moser, R. S. (1984). Perceived role-taking behavior and course grades in junior year college nursing students. *Journal of Nursing Education*, 23, 294–297.
32. Naftulin, D. H., Ware, J. E., Jr., & Donnelly, F. A. (1973). The Doctor Fox lecture: A paradigm of educational seduction. *Journal of Medical Education*, 48, 630–635.
33. Peabody, F. W. (1984). The care of the patient. *Journal of the American Medical Association*, 252, 813–818.

34. Rogers, C. R. (1959). A theory of therapy: Personality and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed.), Psychology, a study of science: Foundations of the person and the social context (pp. 184–256). New York: McGraw Hill.
35. Reik, T. (1948). Listening with the third ear: The inner experience of a psychoanalyst. New-York: Farrar, Straus.
36. Rosenhan, D. L. (1973). On being sane in sane places. Science, 179, 250–258.
37. Rosenow, E. C. (1999). The challenge of becoming a distinguished clinician. Mayo Clinic Proceedings, 74, 635–639
38. Schwaber, E. (1981). Empathy: A mode of analytic listening. Psychoanalytic Inquiry, 1, 357
39. Smith, G. R. (1991). Somatization disorder in the medical setting. Washington, DC: American Psychiatric Press
40. Spiro, H. (1998). The power of hope: A doctor's perspective. New Haven: Yale University Press
41. Thomas, L. (1985). The youngest science. Oxford University Press
42. Turner, J. A., Deyo, R. A., Loeser, J.D., von Korff, M., & Fordyce, W. E. (1994). The importance of placebo effect on pain treatment and research. Journal of the American Medical Association, 271, 1609–1614.
43. Waisman, M. (1966). Listening with the third ear in eczematous eruptions. Medical Times, 94, 1108–1113.
44. Weisman, J. S., Betancourt, J., Campbell, E. G., Park, E. R., Kim, M., Clarridge, B., et al. (2005). Resident physicians' preparedness to provide cross-cultural care. Journal of the American Medical Association, 294, 1058–1067
45. White, K. L. (1991). Healing the schism: Epidemiology, medicine, and the public's health. New York: Springer-Verlag.
1. Zinn, W. (1990). Transference phenomenon in medical practice: Being whom the patient needs. Annals of Internal Medicine, 113, 298.