

# ODNOS MED BOLNIKOM IN NJEGOVIM TERAPEVTOM

*Miloš Židanik\**

## UVOD

V večini zahodnoevropskih držav in tudi v naši državi se zdravstveni sistemi spreminjajo. Politično-ekonomske sile spodbujajo razvoj tržne medicine, usmerjene v dobiček in tehnologijo. Paradoksalno je, da v času globalne komunikacije in internetne generacije vsepovsod ugotavljajo upad komunikacije med bolniki in zdravniki, kar vodi v nezadovoljstvo bolnikov, njihove naraščajoče pritožbe, tožbe zaradi zdravniških napak in v vedno večjo uporabo alternativnih zdravilnih metod. Po drugi strani pa je v zadnjem desetletju prišlo do premika v razmišljanju znotraj družbe – današnji bolniki postajajo koristniki zdravstvenih storitev in so aktivni soudeleženci pri sprejemanju zdravnikovih odločitev (1). Kaplan (2) je z analizo izjav 7730 bolnikov dokazal, da zapuščajo tiste zdravnike, ki jim aktivne soudeležbe ne dopuščajo. V naši državi, kjer še vedno vlada pomanjkanje zdravnikov, še posebej v psihiatriji, tega pritiska tako izrazito še ne čutimo. Vendar vedno bolj govorimo o potrebnem številu opredeljenih bolnikov in še posebej privatni zdravniki med nami se vedno bolj zavedajo pritiska s strani Zdravstvene zavarovalnice glede števila opravljenih storitev. Hkrati ob tem opažam, da bolniki vedno bolj poznajo in tudi zahtevajo svoje pravice, vedno pogosteje posegajo po pravnih sredstvih, grozijo s tožbo ali sredstvi javnega obveščanja. V psihiatriji imamo sicer to prednost pred drugimi specialnostmi v medicini, da se po eni strani bolniki neradi identificirajo z duševnim bolnikom in zato redkeje svoje zgodbe opisujejo v sredstvih javnega obveščanja, po drugi strani pa imamo s strani svoje stroke dejansko veliko moč, da lahko bolnikove pritožbe predstavimo v sklopu njegove osebnosti in psihične motnje. Vendar gre tu lahko tudi za naše obrambe in odpore, da bi pogledali globlje v način, kako vzpostavljamo odnos s svojimi bolniki. Najbrž ni naključje, da imajo nekateri kolegi pogostejše spore z njimi in/ali njihovimi svojci kot drugi. Kje smo torej psihiatri, ki nam je komunikacija glavno diagnostično in terapevtsko orodje?

---

\* Miloš Židanik, dr. med., Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca, Sodna ul. 13, 2000 Maribor.

## ***POZITIVNI IN NEGATIVNI ELEMENTI V ODNOSU MED BOLNIKOM IN ZDRAVNIKOM***

Značilno je, da imajo najštevilčnejše pritožbe bolnikov opraviti s pomanjkljivo komunikacijo z zdravnikom in ne z njegovo nestrokovnostjo. Najpogostejša pritožba je, da jih zdravniki ne poslušajo. Bolniki želijo več in boljše informacije glede poteka njihove bolezni, njene prognoze, stranskih učinkov terapije, čustvenih težav in nasvetov, kaj lahko sami naredijo zase (1). Zdravnike, ki razumejo čustvene potrebe svojih bolnikov in se nanje odzivajo in ki se zavedajo potrebe po pozitivnem medsebojnem odnosu, bolniki praviloma ne tožijo (3). Številne raziskave so pokazale, da imamo zdravniki drugačne poglede na to, kaj je dobra in učinkovita komunikacija, kot jih imajo bolniki. Te razlike vplivajo na kvaliteto odnosa, na bolnikovo odzivnost pri jemanju zdravil, na njegovo poznavanje bolezni in bolezenski izid (1). Kvaliteten pogovor med jemanjem anamneze in načrtovanjem zdravljenja vpliva na čustveno stabilnost in izzvenevanje bolezenskih znakov, tako objektivno merljivih, kot sta padec krvnega tlaka in krvnega sladkorja, kot subjektivno občutenih, kot je npr. bolečina (4).

Včasih je bolnik zelo redko zamenjal svojega zdravnika. Nova zakonodaja je na možnost zamenjave zdravnika opozorila in jo olajšala. V raziskavi razlogov za zamenjavo so bolniki najpogosteje navajali grob ali slab zdravnikov odnos do njih in slabo dostopnost zdravnika. Najpogostejša pritožba je bila, da so v odnosu čutili distanco. Nezaupanje v zdravnikovo strokovnost in osebne značilnosti zdravnika so bile redke razlog za zamenjavo (5). Zadovoljstvo z zdravnikom in dobra odzivnost – upoštevanje zdravnikovih navodil, je večje pri starejših bolnikih, pri bolnikih iz nižjih socialno-ekonomskih razredov in pri tistih, ki so pred kratkim potrebovali zdravniško pomoč. Preiskovanci so kot najvažnejšo značilnost dobrega zdravnika navedli njegovo sposobnost dajanja informacij (6). V teoriji je model sodelovanja med zdravnikom in bolnikom dobro zastavljen. Ima štiri značilnosti. Prva ugotavlja, da sta v odnosu dva – bolnik in njegov zdravnik, druga, da oba izmenjujeta informacije, tretja, da oba dosežeta dogovor o izbrani terapiji in četrta, da dosežeta dogovor o začetku terapije. Tako teorija. Praksa pa pokaže, da niti prvi dve značilnosti, ki predstavljata osnovo za sodelovanje med zdravnikom in bolnikom, pri zdravniškem pregledu praviloma nista prisotni (7).

## **RAZVOJ ODNOSA MED BOLNIKOM IN ZDRAVNIKOM**

Odnos med bolnikom in zdravnikom se gradi postopno preko treh faz (8):

Vzpostavitev odnosa. Prva faza pomeni premostitev začetnih odporov do vstopa v terapevtski odnos, aktivno iskanje zdravnika, ki bi se lahko ustrezno odzival na bolnikove želje ali dogovor za termin pri zdravniku, ki so ga bolniku priporočili znanci.

Faza vrednotenja terapevta. Ta razvojni stadij pomeni preverjanje odnosa, iskanje znakov, da se zdravnik zanima za bolnika. Bolnik zdravnika primerja z drugimi zdravniki, najprej v sebi na podlagi dosedanjih izkušenj, zatem še v razgovoru z znanci in prijatelji.

Faza uravnoteženja. Ta faza pomeni testiranje zdravnika, postavljanje mej ter končno vzpostavitev medosebnega odnosa.

Vzpostavitev odnosa je torej dinamičen proces z aktivnim bolnikom, ki išče zdravnika, ki ustreza njegovim predstavam o idealnem zdravniku, izbira in primerja informacije, da preveri svoj izbor in skupaj z zdravnikom postavi za oba sprejemljive meje v njunem odnosu. Ko je odnos enkrat vzpostavljen, uravnotežen in dogovorjen na neverbalni ravni, omogoča pretok informacij med obema tudi na neverbalnim in v primerih tesnejšega in globljega odnosa tudi na nezavedni ravni. Zanimiva je bila raziskava, opravljena pri 22 zdravnikih in njihovih 336 bolnikih, z namenom ugotavljanja povezave med predpisovanjem zdravil in pričakovanjem bolnikov, da bodo dobili recept. Ugotovili so, da so zdravniki zdravilo predpisali tistim bolnikom, ki so pričakovali zdravilo, skoraj trikrat pogosteje kot tistim brez teh pričakovanj. Ko pa je zdravnik mislil, da bolnik od njega pričakuje zdravilo, ga je predpisal celo desetkrat pogosteje kot tistim, za katere je ocenil, da teh pričakovanj nimajo (9).

## **RAZDELITEV VLOG**

V fazi uravnoteženja si bolnik in njegov zdravnik razdelita vloge, ki jih bosta imela v odnosu – ali bo komunikacija med njima uravnotežena, usmerjena bolj na bolnika ali bolj na zdravnika. Primerjava načina komunikacije, ki je orientiran na bolnika in načina, ki je orientiran na zdravnika pri dveh skupinah bolnikov – v prvi so imeli bolniki nizko, v drugi pa visoko stopnjo anksioznosti - je pokazala, da so bili anksiozni bolniki bolj zadovoljni s komunikacijo, v katere središču je bil zdravnik (pri teh je bil po razgovoru z zdravnikom upad njihove anksioznosti skoraj statistično značilen), v drugi skupini pa so bili bolniki bolj zadovoljni, če so bili sami nosilci pogovora (10).

Osnovna dinamična značilnost v odnosu je moč, sposobnost, da nekaj napravimo in delujemo v socialno sprejemljivih okvirjih. Občutimo jo, ko prepoznamo, kako naša dejanja vplivajo na druge in kako drugi vplivajo na nas. Ko nekaj naš občutek moči zavre, iščemo alternativne poti samopotrjevanja in če so zaprte tudi te, posežemo po nasilju (11). Kaj to pomeni v odnosu med bolnikom in zdravnikom? V osnovi je zdravnik tisti, ki ima v odnosu več moči – oba sta na njegovem teritoriju, v ambulanti, kjer je zdravnik tisti, ki postavlja pravila. Poleg tega ima zdravnik znanje, ki se z močjo dopolnjuje. Znanje lahko moč usmerja in s tem vpliva na vzpostavitev odnosa. Bolnik zdravnikovo moč seveda začuti in se zave svojega podrejenega položaja že s čakanjem v čakalnici. Če se zaradi svojih osebnostnih razlogov s tem ne more sprijazniti (v spomin mi prihajajo direktorji, ki po recepte pošiljajo svoje tajnice in profesorji, ki ne želijo sedeti v čakalnici skupaj s svojimi študenti), skuša v odnosu z zdravnikom iztržiti čimveč moči zase. Zato je tako važen prvi stik – če si v prvem stiku bolnik pribori več moči, kot smo mu je pripravljeni dati, bomo to pozneje zelo težko popravili. V mislih imam ljudi, ki se jim zdi samo po sebi umevno, da pridejo do svojega zdravnika kadarkoli in kjerkoli, ga kličejo in vznemirjajo v njegovem prostem času in ga kličejo domov. Zdravnik vedno bolj popušča in je vedno bolj nezadovoljen z vzpostavljenim odnosom, ki ga ne zna več popraviti. Včasih poseže po nasilju v upanju, da bo bolnik njun odnos sam prekinil. V mislih imam predpisovanje sicer korektne terapije, a z več stranskimi učinki, terapijo z neprijetnimi načini aplikacije, pogostejšim jemanjem ter pošiljanje na neprijetne diagnostične preiskave. Taka oblika nasilja včasih nudi drobne občutke zadovoljstva in lažne občutke, da ponovno dobivamo nekaj več kontrole nad situacijo. Tako je torej v primeru, ko je bolnik v odnosu močnejši od zdravnika. Pogosto pa je situacija ravno obratna.

### ***ARHETIP BOLNIKA IN ZDRAVNIKA***

Jungovski analitik Guggenbuehl-Craig (12) razmišlja, da se arhetip ali prirojena možnost vedenja v tipični življenjski situaciji pojavlja v bipolarni obliki. Tako je v vsakem človeku prisoten arhetip zdravitelj-bolnik. Eden brez drugega ne obstajata, le eden z drugim. Ko nekdo zboli, se ta arhetip aktivira. Bolnik išče zunanjega zdravitelja, hkrati pa se aktivira notranji, intrapsihični zdravitelj. Pri mnogih boleznih je pomoč zunanjega zdravnika nujno potrebna, vendar noben zdravnik ne more zares uspešno pomagati brez sodelovanja notranjega zdravnika. Zdravnik sicer lahko zašije rano, toda nekaj v bolnikovem telesu ali njegovi psihi mora sodelovati in pomagati, da bo bolezen premagana in da se bo rana zacelila.

Isti bipolarni arhetip se nahaja tudi v zdravniku. Kot »notranji bolnik« v bolniku spodbuja »notranjega zdravitelja« v zdravniku, tako tudi »notranji bolnik« v zdravniku spodbuja »notranjega zdravitelja« v bolniku. Ker pa človeška psiha težko prenaša težo bipolarnosti, ego bipolaren arhetip razcepi, en pol izrine v nezavedno in ga projecira navzven. Tako bolnik projecira svojega notranjega zdravitelja na zdravnika, ta pa svojega »notranjega bolnika« na bolnika. Takšno projeciranje enega pola arhetipa na zunanji svet lahko res prinese trenutno zadovoljstvo, dolgoročno pa to pomeni, da je psihični proces zdravljenja zavrt. V tem položaju se bolnik ne zanima več za svoje okrevanje. Pasivno pričakuje, da ga bodo zdravnik, sestre, bolnišnica, pač pozdravili. Sam ne čuti več nikakršne odgovornosti za lastno ozdravitev. Zdravnikovih navodil se drži ali pa ne, zdravila jemlje ali pa jih meče proč. V zdravniku prihaja do nasprotne situacije. Vedno bolj dobiva vtis, da šibkost, bolezen in rane nimajo z njim ničesar opraviti. Počuti se kot močan zdravitelj – rane imajo samo pacienti, on sam je pred njimi varen. Bolniki živijo v čisto drugačnem svetu kot on sam. Razvije se v zdravnika brez ran in zato v bolniku ne more več spodbuditi bolnikovega notranjega zdravitelja, postane samo-zdravnik in pacient je zanj samo-pacient. Zdravnik ni več sposoben videti svoje lastne ranljivosti in možnosti, da tudi on zboli, bolno vidi le v drugem. Bolezen objektivizira in se distancira od svojih slabosti, bolnika degradira na objekt svojega zdravljenja. Ta odnos potem vzdržuje s pomočjo moči. Če bolnik upa podvomiti v njegova navodila, takoj začuti njegovo moč, »Kdo je tu zdravnik – vi ali jaz?«. Potem bolniki po zdravljenju v bolnišnici sprašujejo svoje osebne zdravnike, če imajo z njimi drugačen odnos in če si je njihov notranji zdravitelj že opomogel, zakaj so sploh ležali v bolnišnici in opravljali neke preiskave. Kako so te predstave živo prisotne v naši družbi, lahko vsake toliko začutimo v sredstvih javnega obveščanja, ki vedno govorijo o »bogovih v belem«, kadar je govora o zdravnikih. In čeprav sem bil ob teh pripombah sam pogosto osebno užaljen, se nehote sprašujem, ali smo se temu položaju vsevednega in vsemogočnega zdravnika resnično odpovedali.

## ***ODNOS MED BOLNIKOM IN PSIHIATROM***

Odnos med bolnikom in psihiatrom je bistvenega pomena za uspešno diagnosticiranje, dober načrt zdravljenja in odzivnost bolnika v terapiji. Pri nas so vse terapije praviloma dolgoročne in trajajo več mesecev, let, včasih tudi doživljenjsko. Zato je odnos z bolnikom tisti, na katerem se izgradi in pade vsaka terapija, ne le psiho-, temveč tudi psihofarmakoterapija. Psihiatri smo v

nasprotju s somatskimi zdravniki morda v nekoliko težjem položaju. Psihično dekompenzirani bolnik je praviloma v globljem psihičnem regresu kot telesno bolan pacient in kaže večje navezanostne tendence. Zato pogosto pritiska na svojega terapevta, da prevzame nase avtonomijo, ki sicer pritiče njemu in da preko projekтивne identifikacije psihiatra prisili v iskanje rešitev za svoje življenje. Po drugi strani moramo psihiatri v nekaterih sicer zelo redkih, a vendarle obstoječih primerih, dejansko prevzeti bolnikovo avtonomijo nase. Kje potegniti ločnico, kdaj je bolnikova realitetna kontrola do te mere okrnjena, da smo do tega upravičeni, pa je vedno predmet osebne presoje posameznega psihiatra. Zato nekateri pogosteje, drugi pa redkeje prevzemajo nase odgovornost za bolnikove odločitve.

**Psihiater in moč.** V našem odnosu z bolnikom se moramo zavedati, da imamo večjo moč nad njim in njegovim življenjem kot drugi kolegi. Bolnika lahko dobesedno zapremo in ga oropamo vsakršnega dostojanstva, lahko mu odvzamemo opravilno sposobnost in ga zdravimo ter tudi predstavimo invalidski komisiji proti njegovi volji. Na sprejemnih oddelkih so bolniki povsem odvisni od naše odločitve, ali jim bomo dovolili kaj zasebnosti (obleka, nakit, telefon, pisma) ali ne. Najbrž ni naključje, da je v MKB-10 (13) ena izmed diagnostični kategorij trajna osebnostna spremenjenost po duševni bolezni, ki pomeni pretirano odvisnost od drugih, prepričanje o spremenjenosti ali zaznamovanosti zaradi bolezni, kar vodi v socialno izolacijo, pasivnost in nenehno pritoževanje zaradi svoje bolezni. Pogosto lahko v bolniku začutimo strah pred tem, da bi se preveč odprl in potem dobil »psihiatrično diagnozo« in zdravila. Verjame, da ne bo mogel dobiti službe, ko se bo razvedelo, da je obiskoval psihiatra. Zaradi vsega tega je bistvenega pomena, da ohrani bolnik med pogovorom in pri načrtovanju terapije čimveč avtonomije. Tudi pri hospitalizaciji zoper njegovo voljo je važno, da ohrani vsaj del občutka moči, da ima do neke mere še kontrolo nad situacijo in svojim življenjem. Tako je potrebno, da mu točno razložimo, kaj se bo z njim zgodilo – da bodo prišli policisti, reševalci in zdravnik, da bo sprejet ne glede na svojo odločitev, da pa je važno, da pri sprejemu pove, da se z zdravljenjem ne strinja in da bo v tem primeru v treh dneh z njim navezal stik preiskovalni sodnik, ki bo določil sodnega izvedenca, ki se bo z njim pogovoril v roku enega meseca. Če bolniku postopek razložimo na ta način, tudi večkrat zapored, če je to potrebno, se verjetno namestitvi na oddelek ne bo fizično upiral. Podobna slika se ponovi na oddelku – če bolniku dopustimo čimveč avtonomije v skladu s trenutnim stanjem, bo tudi raje sodeloval med zdravljenjem. Vsak bolnik se zelo hitro nauči, kaj mora reči, da bo njegov oddelčni psihiater z njim zadovoljen – da so počuti boljše, odkar jemlje zdravila, da je zadovoljen s terapevtskim osebjem,

da več ne razmišlja o samomoru, oz. da so prividi in prisluhi izzveneli že po prvih odmerkih terapije. Tako bo dosegel, da bo prej odpuščen, vendar v svojem življenju ne bo ničesar razrešil, zdravil ne bo jemal in tudi na kontrolo se ne bo oglasil. In še ena priložnost bo zamujena.

Ali se naj z bolnikom dogovorimo, katera zdravila bo jemal? To je zelo važno vprašanje. S tem, ko nekomu predpišemo zdravila, predremo njegovo bariero in stopimo v njegovo notranjost. Pomembno je, da bolnik vzame zdravila, ki jih potrebuje. Kako torej doseči dogovor? Prva stopnica so jasne informacije, zakaj razmišljamo o neki vrsti zdravila in kaj si od tega obetamo. Stavek, ki dela čudeže pri bolnikih, ki še imajo ohranjeno realitetno kontrolo, je: »Jaz ne rečem, da ta zdravila morate jemati, sem pa prepričan, da vam lahko pomagajo.« Tako ima bolnik občutek, da ima neko možnost izbire. Drug, podoben način, je predlog, da bolnik jemlje zdravila vsaj en mesec in pol, češ da jih potem še vedno lahko opusti, bo pa vsaj imel izkušnjo, koliko mu zdravila lahko pomagajo. Včasih se zgodi, da se z bolnikom, ki je do sedaj jemal več zdravil hkrati, dlje časa dogovarjam, da jemlje še naprej vsaj najbolj bistveno zdravilo, ostalo pa lahko opusti. Na ta način, bo jemal vsaj to, ne pa opustil vse hkrati. Če tukaj bolniku ne pustimo niti malo manevrskega prostora, ne bomo na kontrolah dobili realnih informacij, katera zdravila in v katerem odmerku jih jemlje. Večkrat sem od bolnikov slišal, ko sem prebral priporočeno terapijo, da že nekaj let jemljejo zdravila v bistveno drugačnih odmerkih, kot je zapisano na ambulantnem kartonu. Po možnosti jemljejo Akineton po potrebi ob halucinacijah in Nozinan za spanje. Če bolniku ne prepustimo vsaj delčka avtonomije, ne bomo nikoli vedeli, kakaj terapija nima učinka.

In druga področja? Mislim, da je pri drugih področjih slika podobna. Če izvzamem izjemne situacije, načeloma prepuščam bolniku trenutek, ko se odloči za hospitalizacijo. Svojo nalogo vidim predvsem v smislu nekakšnega posvetovalnega organa. Z bolnikom greva skupaj skozi možne rešitve, med katerimi potem bolnik izbere eno. Glede na situacijo včasih tudi dodam, kakšno je moje mnenje, kaj bi bilo v določeni situaciji morda le najboljše. Ko sem še bil zaposlen v bolnišnici, sem glede trajanja hospitalizacije najprej vprašal bolnika, kaj on meni o tem, sedaj pa ga sprašujem po njegovi želji in pričakovanju, kako pogosto bi se videvala na ambulantnih kontrolah. Potem sledi dogovor glede na mojo presojo in objektivne možnosti.

Je bolnikova avtonomija breme ali olajšanje za zdravnika? Rekel bi, da oboje. Vendar v različnem smislu – breme je predvsem v časovni dimenziji – za bolnika, ki ima vpliv na svoje zdravljenje, potrebujemo bistveno več časa kot za bolnika, namesto katerega mislimo in presojamo sami. Obstaja pa bistveno

večje olajšanje na čustvenem nivoju – nase ne jemljemo odgovornosti za bolnikovo življenje. Ni nam treba presojudati, ali je nek partner primeren za bolnika ali ne, ali je neka služba zanj primerna ali ne. Če se želi odseliti, naj se, a ne na našo sugestijo. Ko bo kaj narobe, nam bo bolnik sicer hitro pripisal krivdo za nastalo situacijo. In imel bo prav. Z odgovornostjo za bolnikovo življenje si naložimo tudi odgovornost za njegovo zdravje in njegove odločitve. Obstaja zanimiva raziskava, opravljena pri psihiatrjih. Kot posebno vrsto negativne čustvene izkušnje so vzeli samomor bolnika, ki ga je vodil posamezni psihiater: 68% psihiatrov, ki so sodelovali v raziskavi, je imelo takšno izkušnjo. 33% od teh je pri sebi opazilo simptome v smislu slabega razpoloženja, nespečnosti in razdražljivosti. 42% je potrdilo, da so pri sebi opazili spremembe pri strokovnem pristopu. Postali so previdnejši pri obravnavi samomorilnih vsebin pri bolnikih, bolnike so pogosteje usmerjali na hospitalizacijo. 15% se jih je predčasno upokojilo (14). Žal med temi podatki ni analize odnosa – koliko avtonomije v terapiji so psihiatri iz teh skupin dopuščali svojim bolnikom.

## ZAKLJUČEK

Odnos med bolnikom in zdravnikom je odvisen od obeh osebnosti, ki si v medsebojni dinamiki razdelita vloge in meje. Širše družbeno gledano je prisoten premik v kakovosti omenjenega odnosa v smer večje avtonomije pacienta. Ta ima vedno večjo vlogo pri odločanju o svojem zdravljenju, tudi v odnosu s svojim psihiatom. To je pomembno tako za večjo osebno motiviranost za terapijo in izboljšanje stanja, boljšo odzivnost za jemanje zdravil, pa tudi za večjo čustveno razbremenitev nas psihiatrov.

## Literatura

1. Maryn S. Improving doctor-patient communication. *BMJ* 1998;316:1922-1930.
2. Kaplan SH, Greenfield S, Gandek B, Rogers WH, Ware JE. Characteristics of physicians with participatory decision-making styles. *Ann Intern Med* 1996; 124: 497-504.
3. Virshup BB, Oppenberg AA, Coleman MM. Strategic risk management: reducing malpractice claims through more effective patient-doctor communication. *Am J Med Qual* 1999; 14(4):153-9.
4. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *Canadian Medical Association Journal* 1995; 152: 1423-1433.
5. Gandhi IG, Parle JV, Greenfield SM, Gould S. A qualitative investigation into why patients change their GPs. *Fam Pract* 1997; 14(1):49-57.



6. Durantez TJ, Garcia Tirado GMC. The physician-patient relationship and the clinical interview (I): the opinion and preferences of users. *Aten Primaria* 1997 Jan;19(1):18-26.
7. Stevenson FA, Barry CA, Britten N, Barber N, Bradley CP. Doctor-patient communication about drugs: the evidence for shared decision making. *Soc Sci Med* 2000; 50(6):829-40.
8. Gore J, Ogden J. Developing, validating and consolidating the doctor-patient relationship: the patients' views of a dynamic process. *Br J Gen Pract* 1998; 48(432):1391-4.
9. Cockburn J, Pit S. Prescribing behaviour in clinical practice: patients' expectations and doctors' perceptions of patients' expectations – a questionnaire study. *BMJ* 1997; 315 (7107):520-3.
10. Graugaard PK, Finset A. Trait anxiety and reactions to patient-centered and doctor-centered styles of communication: an experimental study. *Psychosom Med* 2000; 62(1): 33-9.
11. Pfohl S. Images of deviance and social control: a sociological history. 2nd ed. New York: Mc Graw-Hill, 1994.
12. Guggenbuehl-Craig A.: Pomoč ali premoč. Ljubljana, Sophia, 1997; 98-114.
13. Svetovna zdravstvena organizacija. Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene: MKB-10. 10th ed. Ljubljana: Institut za varovanje zdravja, 1995: 363.
14. Alexander D A, Klein S, Thompson, Gray N M, Dewar I G, Eagles J M. Suicide by patients: questionnaire study of its effect on consultant psychiatrists. *BMJ* 2000; 320:1571-1574.