

ELŻBIETA WIĘCKOWSKA

Znaczenie komunikacji niewerbalnej lekarza z pacjentem w kontakcie terapeutycznym

Streszczenie

Istotą relacji terapeutycznej lekarza z pacjentem jest efektywna komunikacja między obiema stronami relacji. Komunikowanie nie ogranicza się do słów, obejmuje także całe spektrum komunikatów niewerbalnych, które nie są ekwiwalentem werbalnych. Zazwyczaj oba rodzaje przekazów prezentowane są łącznie. Również przekazy niewerbalne, podobnie jak komunikaty werbalne, pojawiają się w kontekście, który w znacznym stopniu określa znaczenie niewerbalnego komunikatu.

Komunikacja między pacjentem a lekarzem zawiera wszystkie elementy aktu komunikacyjnego, są one jednak bardziej sformalizowane, zinstytucjonalizowane, podporządkowane osiągnięciu celu, jakim jest określenie stanu zdrowia i/lub postawienie diagnozy w przypadku choroby. Kontakt między lekarzem i pacjentem zostaje nawiązany w chwili ich pierwszego spotkania (kontakt terapeutyczny). Kontakt terapeutyczny jest zatem podstawą komunikacji między lekarzem i pacjentem. Zawiera przekazane werbalnie treści oraz sygnały niewerbalne, demonstrujące chwilowy nastrój lekarza i chorego, cechy ich osobowości, utrwalone schematy reagowania lekarza i pacjenta, koloryt emocjonalny, model pracy lekarza.

Na charakter relacji lekarz-pacjent wpływają i jednocześnie ją modyfikują: wypowiedane treści, okazywane uczucia i oceny oraz wzajemne postrzeganie się obu zaangażowanych stron. Niektórzy lekarze, praktykujący dłuższy czas, potrafią w przybliżeniu określić problem zdrowotny pacjenta, odczytując wysyłane komunikaty niewerbalne.

Omówienie w sposób wyczerpujący kontaktu niewerbalnego między lekarzem i pacjentem jest niezwykle trudne, z różnych powodów. Każdy kontakt jest indywidualny i społecznym. Omówienie zostało zatem ograniczone do przesłedzenia zaangażowania niewerbalnego lekarza i niewerbalnej odpowiedzi na nie dorosłego pacjenta w czasie wizyty u lekarza pierwszego kontaktu (lekarza rodzinnego), przy założeniu, że obie strony relacji dbają o higienę osobistą i estetykę wyglądu.

Słowa kluczowe: lekarze, pacjent, kontakt terapeutyczny, relacja, komunikacja niewerbalna.

The function of non-verbal communication between patient and physician in therapeutic relationship

Summary

The essence of therapeutic relationship between a patient and a physician is effective communication between both sides of the relationship. Communication is not limited to words; it also comprises the whole range of non-verbal communications which are not equivalent to the verbal ones. Usually both kinds of transmission are presented jointly. Also the non verbal communications, like verbal communications, appear in a context which, to a large extent, determines the meaning of the non-verbal communication.

Patient-physician communication includes all elements of communicating act, but they are more formalized, institutionalized, subordinated to achieving a goal, which is determining of health condition and/or setting up of a diagnosis in case of a disease. The contact between patient and physician is made at the moment of their first meeting (therapeutic contact). Therapeutic contact is thus a base for physician-patient communication. It includes the transferred verbal contents and non-verbal signals, demonstrating a momentary mood of the physician and patient, their personality features, maintained schemes of reaction of the patient and physician, emotional colours, physician's model of work.

The character of patient-physical relationship is influenced and modified by: expressed contents, showed feelings and assessments as well as mutual perception of both involved sides. Some physicians that have a longer practice, can define a health problem of a patient by reading the sent non-verbal communications.

Comprehensive discussion on non-verbal communication between patient and physician is extremely difficult due to various reasons. Each contact is individualized and different from others but it is subject to moral and social rules and standards. The discussion has been therefore restricted to reviewing of the involvement of a non-verbal physician and non-verbal response of an adult patient during an appointment with primary health physician (family physician) assuming that both sides of the relationship care for personal hygiene and aesthetic outlook.

Key words: physician, patient, therapeutic contact, relationship, non-verbal communication.

Komunikacja międzyludzka kształtuje kontakty społeczne. Kształtuje system powiązań interpersonalnych tworzących poziom podstawowych sytuacji społecznych. Akt komunikacyjny składa się z dwóch komplementarnych komponentów, mianowicie z komunikacji werbalnej i niewerbalnej (nazywanej też mową ciała). Część niewerbalna stanowi integralną składową procesu porozumiewania się, służy zwłaszcza do wyrażania emocji i uczuć oraz do formułowania ocen; czasem bywa istotniejsza niż część werbalna. Generalnie w stosunkach bardzo formalnych sygnały niewerbalne służą do podtrzymania i podkreślenia dystansu, natomiast w stosunkach bardzo bliskich – zmniejszają lub znoszą dystans. Bogata literatura przedmiotu dostarcza potrzebnej wiedzy do wykształcenia umiejętności poprawnego komunikowania, która wpływa na poprawność wzajemnego rozumienia się, ogranicza możliwość powstawania konfliktów, spięć i konfrontacji [1-7].

Komunikowanie werbalne stanowi około 35% przekazu, resztę przekazujemy niewerbalnie poprzez ciszę, ekspresję twarzy, ruchy ciała, ton głosu. Niewerbalne komunikowanie obejmuje sygnały pozbawione słów lub uzupełniające słowa. Znaczenia nie tkwią w samych sygnałach – są one przypisywane im przez osoby je odbierające. Trudno jest jednoznacznie określić fenomen komunikacji niewerbalnej [3-7]. Głodowski uważa, że „Przekazami niewerbalnymi są wszystkie sygnały występujące w międzysobowej interakcji, które nie mają ani formy mówionego słowa, ani pisanego wyrazu i obejmują wszystkie inne przekazy, które wywierają pewien wpływ na jej uczestników” [5]. Nęcki przyjmuje, że komunikacja niewerbalna jest oparta na systemie znaków „nieostrzych”, o mniej wyrażnie niż komunikacja werbalna wyodrębnionych jednostkach. Jest ona ikoniczna, ciągła, probabilistyczna, podczas gdy kod werbalny jest arbitralny, wyraźnie artykułowany i stosunkowo mało zmienny. Kod komunikacji niewerbalnej nie jest tak precyzyjnie zorganizowany, jak kod słowny – jednostki niewerbalne mają swoje początki i swe zakończenia dużo bardziej nieoznaczone [7]. Innymi słowy – mowa ciała jest zespołem niewerbalnych komunikatów, nadawanych i odbieranych przez ludzi na wszystkich niewerbalnych (wizualnym, audialnym, smakowym, dotykowym i węchowym) kanałach sensorycznych jednocześnie. Komunikaty te są ściśle związane z kontekstem i informują o podstawowych stanach emocjonalnych, intencjach i oczekiwaniach zaangażowanych w akt komunikacyjny osób. W przekazy niewerbalnym normy kulturowe i indywidualne doświadczenia człowieka są źródłem różnicowania wzorców komunikatów niewerbalnych. Kluczem do komunikacji niewerbalnej jest spójność. Sygnały niewerbalne występują zwykle w spójnych grupach gestów i ruchów ciała, które znaczeniem korespondują z towarzyszącymi im słowami. Niespójność przekazów werbalnych i niewerbalnych jest odbierana intuicyjnie [8].

W literaturze przedmiotu wyodrębniono dziesięć rodzajów zjawisk składających się na fenomen komunikacji niewerbalnej. Wymieniono je poniżej, bowiem pojawiają się one również w akcie komunikacyjnym lekarz-pacjent. Są to [8]:

- gestykulacja, na którą składają się ruchy rąk, dłoni, palców, nóg, stóp i tułowia;
- bardzo bogata i wyrazista mimika twarzy, pozwala przekazywać zarówno stany emocjonalne, jak i informacje obiektywne;

- dotyk i kontakt fizyczny zawiera zróżnicowaną gamę sygnałów;
- wygląd fizyczny (ubiór, fryzura, ozdoby, makijaż, tatuaże, ekspozycja wizualna mężczyzn i kobiet);
- dźwięki paralingwistyczne, takie jak westchnienia, pomruki, płacz, sapanie, jęki, śmiech, chichotanie, przydźwięki (np. eee, yy, aha. mhm), które nie tworzą słów i ich części;
- kanał wokalny (operowanie głosem) – intonacja, akcentowanie, barwa głosu, rytm mówienia;
- spojrzenia i wymiana spojrzeń, czyli kontakt wzrokowy, w którym jakość i długość spojrzeń jest znaczącym elementem komunikacji;
- dystans fizyczny między rozmówcami, odległość między nimi w trakcie rozmowy, zawiera ważne informacje, np. o wzajemnych postawach, poziomie intymności, sympatii, zaufania; oddzielnym zagadnieniem jest tzw. zjawisko „inwazji” w przestrzeń osobistą (przekraczanie odległości około 0-40 cm), a także „inwazja” wzrokowa, dźwiękowa, zapachowa;
- pozycja ciała przyjmowana w trakcie rozmowy – tu najważniejsze są: poziom napięcia lub rozluźnienia i otwartość bądź zamknięcie;
- organizacja środowiska (np. gabinetu lekarskiego).

Wyodrębniono pięć podstawowych funkcji komunikacji niewerbalnej, mianowicie: informacyjną; definiowania i wspierania przekazów werbalnych; wyrażania postaw i emocji; definiowania relacji; kształtowania i kierowania wrażeniami [3-5]. Funkcje te wpływają na kształtowanie i modelowanie niewerbalnego stylu emocjonalnego podmiotu oraz na styl reakcji emocjonalnej a także na kreatywność emocjonalną podmiotu. Istota fenomenu komunikacji niewerbalnej jest bardzo złożona i wielorako uwarunkowana i trudno poddaje się badaniom naukowym.

Komunikacja między pacjentem a lekarzem zawiera wszystkie elementy aktu komunikacyjnego, są one jednak bardziej sformalizowane, zinstytucjonalizowane, podporządkowane osiągnięciu celu, jakim jest określenie stanu zdrowia i/lub postawienie diagnozy w przypadku choroby. Złóżka komunikacji niewerbalna podlega ścisłym regułom i normom społeczno-moralnym, które wyznaczają indywidualne oczekiwania.

Kontakt między lekarzem i pacjentem zostaje nawiązany w chwili ich pierwszego spotkania (kontakt terapeutyczny) oraz zbierania danych związanych z dolegliwościami zgłaszanymi przez pacjenta (wywiad), uzyskiwanych w relacji lekarz-pacjent i pacjent-lekarz. Prawidłowość tego kontaktu nie polega na ilości przeznaczonych nań czasu, ale na poczuciu pacjenta, że został właściwie zrozumiany oraz na jego przekonaniu (komunikacja niewerbalna), że otrzymał fachową pomoc ze strony kompetentnego i zaangażowanego lekarza. Kontakt terapeutyczny jest zatem podstawą aktu komunikacyjnego między lekarzem i pacjentem. Zawiera przekazane werbalnie treści oraz sygnały niewerbalne, demonstrujące chwilowy nastrój lekarza i chorego, cechy ich osobowości, utrwalone schematy reagowania lekarza i pacjenta, koloryt emocjonalny, model pracy lekarza. Na charakter relacji lekarz-pacjent wpływają i jednocześnie ją modyfikują: oczekiwania, wypowiedane treści, okazywane uczucia i oceny oraz wzajemne postrzeganie się obu zaangażowanych stron. Relacja jest interaktywna – zmienna, dynamiczna, zależna od osobowości jej uczestników,

kompetencji zawodowych lekarza, kontekstu sytuacyjnego, rozpoznanej u pacjenta choroby i pełnionych ról społecznych [9-11]. Niektórzy lekarze, praktykujący dłuższy czas, potrafią w przybliżeniu określić problem zdrowotny pacjenta, odczytując wysyłane komunikaty niewerbalne.

Omówienie w sposób wyczerpujący kontaktu niewerbalnego między lekarzem i pacjentem jest niezwykle trudne, z różnych powodów. Każdy kontakt jest indywidualny, inny, aczkolwiek podlega regułom oraz normom moralnym i społecznym. Omówienie zostało zatem ograniczone do prześledzenia zaangażowania niewerbalnego lekarza i niewerbalnej odpowiedzi na nie dorosłego pacjenta w czasie wizyty u lekarza pierwszego kontaktu (lekarza rodzinnego), przy założeniu, że obie strony relacji dbają o higienę osobistą i estetykę wyglądu.

Kontakt lekarza z pacjentem ma, biorąc pod uwagę stronę formalną, trzy zasadnicze składowe: wysłuchanie pacjenta i rozmowa z nim o jego problemie zdrowotnym; badanie lekarskie, w którym komunikacja (werbalna i niewerbalna) angażuje wszystkie kanały sensoryczne; omówienie wyników tegoż badania przez lekarza. W rozmowach – poprzedzającej badanie i po jego zakończeniu – wyłączony z komunikacji jest dotyk.

Wprowadzone do literatury przedmiotu przez Pattersona pojęcie „zaangażowania niewerbalnego” jest bardzo przydatne w omawianiu kontaktu terapeutycznego. Stanowi bowiem część ogólnego zaangażowania w interakcję i pozwala obserwować zachowania „angażujące” lub nie, na podstawie których można wnioskować o poziomie bliskości psychicznej. Zachowania, będące składowymi wskaźnikami zaangażowania niewerbalnego, są następujące: dystans fizyczny, wymiana spojrzeń, dotyk fizyczny, pozycja ciała, kąt patrzenia. Zachowania mniej diagnostyczne, ale także ważne dla zaangażowania niewerbalnego, to: wyraz mimiczny twarzy, długość okresów mówienia i milczenia, liczba nieprawidłowych tranzytów głosu, gestykulacja, ruchy głowy, dźwięki paralingwistyczne. Istnieje ponadto wiele zachowań niewerbalnych, które nie mają znaczenia dla analizy poziomu zaangażowania, lecz odnoszą się do innych aspektów sytuacji komunikacyjnej. W tej grupie plasują się zachowania dostarczające informacji, regulujące przebieg kontaktu, związane z kontrolą społeczną i działalnością instrumentalną, np. dotyk ratownika, lekarza, pielęgniarki [4, 7].

Kontakt terapeutyczny między lekarzem i pacjentem nawiązany zostaje najczęściej w przestrzeni gabinetu lekarskiego i ma różne formalnie i jakościowo składowe – badanie fizykalne, odbywające się w innej części gabinetu i rozmowę, prowadzoną również w innej części. Zaangażowania niewerbalne lekarza i pacjenta w obu częściach kontaktu różnią się. Aby je zanalizować, omówiono rolę i znaczenie: dotyku fizycznego, wymiany spojrzeń, dystansu fizycznego, pozycji ciała, kąta patrzenia. Duży wpływ na komunikację niewerbalną między lekarzem a pacjentem ma ich osobowość, która zawsze jest płciowa (męska bądź żeńska) i która ma szczególne znaczenie w badaniu lekarskim. Inne są komunikaty niewerbalne lekarza i pacjenta tej samej płci, a inne, gdy w kontakcie terapeutycznym uczestniczą osoby obu płci (lekarz-pacjentka, lekarka-pacjent).

Jak już zaznaczono, podstawą kontaktu terapeutycznego jest badanie lekarskie, zawsze poprzedzone rozmową z pacjentem. Pacjent mówi a lekarz słucha. Umiejętność aktywnego słuchania wpływa zasadniczo na relację lekarza

z pacjentem, służy budowaniu zaufania do niego i jego kompetencji zawodowych, co wpływa na efektywność leczenia [2]. Lekarz słuchając pacjenta stara się rozpoznać objawy choroby poddające się pewnym, znanym mu schematom, jednak u każdego pacjenta pojawiającym się w inny sposób. Lekarz zna te schematy, zna pytania, które ma zadać pacjentowi zgłaszającemu określone objawy, posiada przekonania na ich temat, wypływające z wiedzy medycznej. Przekonania te są weryfikowane poprzez badania lekarskie i pozwalają na postawienie rozpoznania, weryfikowanego z kolei przez terapię. Innym słowy w medycynie nie występuje zjawisko tzw. obserwacji bezzałożeniowej, ponieważ lekarz aby poznać, musi najpierw wiedzieć, co chce poznać. Wiedza ta zawsze będzie jego wiedzą, wiedzą kultury i epoki, w której żyje, będzie więc wiedzą zmienną historycznie [11]. Upraszczając rozmowa z pacjentem i badanie kliniczne dostarczają lekarzowi ogromnej ilości informacji, do których lekarz ustosunkowuje się poprzez eliminacje i osądzanie, budując, w ramach rozpoznawanych schematów postępowania lekarskiego, ekлекtyczny obraz choroby rozwijającej się u pacjenta i pozwala na postawienie diagnozy.

Badanie lekarskie dostarcza informacji pozwalających niejako „przyporządkować” pacjenta do określonego schematu, wyrażanego przez sformalizowaną procedurę postępowania lekarskiego. Przeprowadzane jest zazwyczaj na kanapie lekarskiej, oddzielonej od pozostałej przestrzeni gabinetu lekarskiego parawanem, gwarantującym pacjentowi izolację i bezpieczeństwo. Przestrzeń za parawanem jest przeznaczona w zasadzie tylko dla lekarza i pacjenta. Na przebywanie w niej innych osób pacjent powinien wyrazić zgodę. Badanie fizykalne pacjenta jest procesem, którym rządzą określone procedury i w którym pacjent bywa postrzegany i traktowany zarówno podmiotowo, jak i przedmiotowo. W części przedmiotowej badania pacjent w sposób świadomy rezygnuje z ludzkiego prawa nietykalności osobistej dla uzyskania konkretnych usług ze strony lekarza. Usługi te uzyskuje przez poddanie się określonym rytuałom badania lekarskiego, którym towarzyszy nagość, przyjmowanie polecanej pozycji ciała, dotyk (haptyka), informacja i przyzwolenie na traktowanie przedmiotowe (ale tylko w koniecznym i niezbędnym dla wykonania badania zakresie). Przyzwolenie pacjenta na traktowanie go przedmiotowo w badaniu lekarskim, nie oznacza rezygnacji przez niego z prawa nawiązania równocześnie relacji personalnej z lekarzem, zawieszanej chwilowo w czasie fizykalnego badania. W badaniu klinicznym kontakt dotykowy odgrywa kluczową rolę. Lekarze stosują go, lecz nie jako działanie społeczne, ale jako dotyk funkcjonalno-profesjonalny (dotyk zinstytucjonalizowany), towarzyszący wykonywaniu czynności zawodowych. Dotyk funkcjonalno-profesjonalny oznacza dotykanie z konkretnych, uzasadnionych powodów – badanie lekarskie. Służy wyłącznie zawodowym lub funkcjonalnym celom, jest zimny i bezosobowy. Na ogół osoba doświadczająca dotyku profesjonalnego jest traktowana jako obiekt, tzn. w sposób bezosobowy. Dotykający uważa, aby na dotyk nie nakładał się żaden przekaz o zabarwieniu intymno-seksualnym [5]. W badaniu lekarskim kontakt dotykowy zmienia wzajemną percepcję. Chociaż kontakt dotykowy najskuteczniej łamie bariery międzyludzkie, prowadząc do zbliżenia między ludźmi, to w badaniu lekarskim przez stosowanie dotyku zinstytucjonalizowanego w sposób świadomy tych barier się nie przekracza. Dotyk nie służy

nawiązywaniu bliższych relacji międzyludzkich, ale jest podstawowym „narzędziem” diagnozy lekarskiej.

Powtórzmy, podstawą poprawnej relacji między lekarzem i pacjentem jest nawiązanie przez lekarza kontaktu personalnego z pacjentem. Dla dobra pacjenta lekarz powinien badanie fizykalne poprzedzić krótką, rzeczową informacją, kierowaną bezpośrednio do niego i nawiązującą bezpośrednio do przeprowadzanego badania, wskazującą na jego cel. Źródłem czynników zaburzających relację lekarz-pacjent bywa nienawiązanie kontaktu personalnego w czasie trwania badania przedmiotowego. Wydawane niejako przy tej okazji zalecenia oraz sporadyczne pytania sytuacji nie zmieniają. Fachowe uwagi lekarza adresowane w przestrzeń, do siebie i/lub innej osoby (np. asystującego przy badaniu lekarza stażysty) powodują, że pacjent jest tylko biernym świadkiem tych czynności, staje się niejako obiektem działań lekarza. Badanie lekarskie prowadzone w takiej atmosferze, jakby pacjent był tylko podłożem procesu chorobowego, wywołuje u niego dezorientację, niekiedy przygnębienie, poczucie lekceważenia, upokorzenia, czasem wstydu i złości, a przede wszystkim lęku, że wykryte zostały groźne zmiany chorobowe. U pacjenta narasta gwałtownie potrzeba uzyskania informacji zwrotnej odnośnie do stanu zdrowia. W razie braku komunikatu werbalnego, czerpie informacje z komunikatów niewerbalnych lekarza.

Oddzielną sprawą ujawnianą podczas badania lekarskiego jest poszanowanie nagości pacjenta. Już sam fakt, że lekarz jest ubrany, a pacjent częściowo lub całkowicie rozebrany, zmienia relacje między nimi. Rozbieranie i ubieranie się pacjenta nie jest elementem składowym badania lekarskiego i odbywa się w wydzielonym pomieszczeniu lub za parawanem, poza zasięgiem wzroku lekarza. W czasie badania klinicznego pacjent ma prawo do poszanowania własnej godności, intymności, nagości oraz do poczucia bezpieczeństwa i zaufania do lekarza i do jego wiedzy fachowej. Badanie piersi u kobiet oraz okolic narządów i narządów płciowych u wszystkich pacjentów, w związku z inną konotacją komunikatów niewerbalnych, wyzwanych przez dotykanie okolic tych narządów przez lekarza, powinno być prowadzone niezwykle delikatnie, taktownie i z dobrym kontaktem personalnym lekarza i pacjenta; inaczej mówiąc, lekarz wykonuje badanie przedmiotowe, ale równocześnie wysyła sygnały werbalne i niewerbalne podmiotowego traktowania pacjenta. Ma to kluczowe znaczenie w poszanowaniu godności pacjenta, zwłaszcza w chwili badania lekarskiego z ingerencją w otwory ciała, np. badanie ginekologiczne, badanie przez odbyt.

Pozycja ciała pacjenta w czasie badania wpływa na wysyłane komunikaty niewerbalne przez obie strony. Najczęściej lekarz bada pacjenta, siedząc na kozetce bokiem do niego lub za nim. Pacjent z reguły siedzi bokiem do lekarza z twarzą odwróconą w przeciwną stronę. Obie strony unikają kontaktu przez oddech lub radykalnie ograniczają go. Czasem badanie odbywa się w pozycji stojące (zwykle pacjent staje bokiem do lekarza) lub leżącej – wówczas lekarz pochyla się nad pacjentem lub siada obok niego. Niekiedy badanie odbywa się w pozycji stojącej lekarza i pacjenta, niejako twarzą w twarz, np. przy badaniu piersi. Zdarza się, że pacjent dotyka lekarza, zawsze jednak na wydane przez niego polecenie. Wtedy lekarz sam stawia się w sytuacji przedmiotowej, np. polecając pacjentowi położenie ręki na swoim ramieniu w celu wygodniejszego dostępu do węzłów

chłonnych znajdujących się pod pachą. Lekarz w czasie badania porusza się w strefie intymnej pacjenta (w odległości 0-40 cm), czasem działa na powierzchni ciała, np. słuchając uchem przyłożonym do pleców pacjenta pracy jego płuc, a czasem ingeruje w otwory ciała. Bliski dystans przestrzenny między lekarzem i pacjentem oraz opukiwanie, ugniatanie, obmacywanie i inne manipulacje, powodują aktywizację kinestetycznych kanałów sensorycznych – dotyku, smaku, węchu, czucia. Niezwykle krępujące, zwłaszcza dla pacjenta tracącego kontrolę nad ciałem, jest doświadczanie wydaliny ludzkiej: potu, intensywnego zapachu, gazów lub wymiocin. Naruszenie relacji przestrzennych (wkroczenie w strefę intymną) w badaniu lekarskim, pacjent kompensuje poprzez dystansowanie się psychicznie, np. przez odchylenie ciała, odwrócenie twarzy, zawieszanie wzroku w powietrzu, skupianie się na czymś innym, stanie/siedzenie bokiem lub tyłem. Działania kompensacyjne pacjenta zapobiegają eskalacji agresji i niwelują dyskomfort psychiczny.

Po zakończeniu badania lekarskiego pacjent w odosobnieniu ubiera się i przechodzi do innej części gabinetu lekarskiego, w której prowadzona jest rozmowa. Prawidłowość jej przebiegu wyznaczają konkretne wyznaczniki kontaktu interpersonalnego „ja-ty”.

Pełna, prawidłowa komunikacja zawiera różne rodzaje ekspresji: tego, co widzimy, myślimy, czujemy i potrzebujemy. Ekspresja polega na wyrażaniu siebie w sytuacjach i kontaktach dla nas ważnych. Istnieje obfita literatura przedmiotu na temat znaczenia słuchania, kontaktu wzrokowego i innych wyznaczników spójnej komunikacji. Podstawą interakcji lekarza z pacjentem jest umiejętność aktywnego słuchania przez obu uczestników interakcji – lekarza i pacjenta. Słuchanie to coś więcej, niż zachowanie milczenia. „Słuchanie polega na dokładnym wysłuchaniu tego, co jest mówione, zapamiętaniu tego i przekazaniu informacji zwrotnej w postaci parafrazy. Nieudana rozmowa jest najczęściej wynikiem nieumiejętności słuchania. Niekiedy nie potrafią słuchać, gdyż zaabsorbowani są swoim lękiem przed ośmieszeniem, inni wiecznie przygotowują swoje wypowiedzi, jeszcze inni zajęci są udzielaniem rad albo udowadnianiem swoich racji. Jeżeli nie jesteśmy w stanie słuchać, nie możemy obdarzyć drugiej osoby zainteresowaniem, uwagą i szacunkiem, które sami chcielibyśmy otrzymać” [2, 8]. Aktywne słuchanie powinno być: zaangażowane, asertywne, empatyczne, otwarte, autentyczne, świadome i uważne. W modelowym kontakcie pacjenta z lekarzem, lekarz powinien umieć słuchać pacjenta: aktywnie, empatycznie, otwarcie i świadomie, również pacjent powinien posiadać te umiejętności. Zaangażowaniu w aktywne słuchanie przeszkadza, między innymi, porównywanie, domyślanie się, filtrowanie, osądzanie, udzielanie rad, sprzeciwianie się, przekonanie o swojej racji. Podstawowym źródłem zakłóceń w aktywnym słuchaniu jest różna wiedza na temat zdrowia i choroby obu stron. Lekarz jest fachowcem, natomiast pacjent z reguły dyletantem. Lekarz ma zwykle pewien obraz idealnego pacjenta. Zakłada, że pacjent, szukający u niego pomocy powinien: stosować się do zaleceń, dbać o higienę osobistą, być szczerym, mieć zaufanie do lekarza, akceptować go, być zdyscyplinowany, wypowiadać się logicznie i precyzyjnie, okazywać zrozumienie dla problemów lekarza, powinien być naturalny, prawdomówny, grzeczny i uprzejmy, cierpliwy i odważny w działaniu i podejmowaniu decyzji, dokładny i punktualny, tolerancyjny, pogodny, zaradny oraz

oryginalny i nieszablonowy [5, 9]. Pacjent chciałby widzieć te same cechy u lekarza, u którego szuka pomocy.

W relacji lekarz-pacjent kontakt wzrokowy pełni funkcję regulowania przebiegu komunikacji, organizowania sprzężenia zwrotnego, ekspresji emocji i definiowania relacji interpersonalnej. Oczy są jedną z pierwszych fizycznych cech, odnotowywanych przez obie płcie. Mogą odbierać i przesyłać sygnały o szerokim zakresie znaczeń. Za pośrednictwem oczu odbieramy 80% informacji o otaczającym nas świecie. Ulokowane w twarzy, stanowiącej ogniskowy punkt ludzkiego ciała, są najbardziej czytelną i dostępną częścią naszego fizycznego Ja. Zachowania wzrokowe mają ogromne znaczenie, gdyż oczy są głównym ośrodkiem wizualnej uwagi i zainteresowania. Kontakt wzrokowy jest czymś w rodzaju wsparcia w społecznej interakcji, zazwyczaj sygnalizuje, że patrzący jest zainteresowany dalszym rozwojem kontaktu. Spoglądanie i przyglądanie się, wzajemne spoglądanie i bezpośredni kontakt wzrokowy są podstawowymi formami kontaktu wzrokowego. Oczy mogą wskazywać na stopień uwagi i skupienia, zainteresowania i pobudzenia; pomagają zainicjować i podtrzymywać relacje społeczne; wpływają na zmianę postaw i perswazję; regulują interakcje; komunikują emocje; definiują relacje oparte na władzy i statusie; pełnią główną rolę w kierowaniu wrażeniami. Oczy przekazują informacje na temat wewnętrznych stanów i emocji; w niektórych sytuacjach mogą pełnić funkcję bariery utrudniającej efektywne komunikowanie; pomagają przekazywać informacje o społecznej roli, indywidualnych życzeniach, intencjach i spontanicznych reakcjach [5].

Wymiana spojrzeń jest kluczowym zachowaniem w powstawaniu impresji na temat osobowości rozmówców, poprzez rozróżnianie „ciepłego” i „zimnego” rozmówcy. Długość spojrzeń świadczy o pozytywnym stosunku do rozmówcy, sygnalizuje przyjacielskie traktowanie pacjenta, życzliwość i gotowość do udzielania pomocy. Odwracanie wzroku, unikalnie spojrzeń sygnalizuje blokadę komunikacji. Może łączyć się z nieżyczliwością, antypatią lub obojętnością. Sposób patrzenia jest także wskaźnikiem statusu społecznego i pozycji interpersonalnej, podobnie jak inne akty niewerbalne, takie jak rozluźniona pozycja ciała, głośne wypowiedzi, powiększanie terenu osobistego, zwiększanie dystansu fizycznego i skracanie długości spojrzeń kierowanych do rozmówcy oraz zmiana kąta patrzenia [2, 3, 5, 7].

Funkcje komunikacji niewerbalnej w relacji terapeutycznej lekarz-pacjent nie są tożsame dla obu stron. Z pozycji pacjenta komunikaty niewerbalne lekarza [3]:

- wyrażają potrzebę zniwelowania wysokiego poziomu lęku i niepewności, poprzez dostarczanie rzetelnej informacji, a gdy jej brakuje lub jest niedostateczna – pacjent szuka jej w oparciu o niewerbalne komunikaty lekarza;
- w przypadku ukrywania przez lekarza informacji niepomysłnych dla pacjenta lub oszukiwanie go, pacjent zawiera komunikatom niewerbalnym lekarza;
- stanowią źródło informacji przed interakcją, np. obserwacja twarzy lekarza w celu określenia, czy wyniki badań są uspokajające, czy zagrażające;
- często są podstawowymi źródłami informacji dla pacjenta, gdy lekarz jest zajęty, nieprzystępny lub lekceważący pacjenta.

Z pozycji lekarza funkcje komunikacji niewerbalnej są ważne, ponieważ:

- często są podstawowym źródłem informacji o pacjencie;

- komunikują najczęściej prawdziwe intencje pacjenta, nie zniekształcając ich;
- zachowania niewerbalne pacjenta spełniają funkcję metakomunikacyjną, tzn. pomagają wyjaśnić znaczenie niejasnych przekazów werbalnych, co jest bardzo ważne dla lekarza w momentach krytycznych;
- gesty – emblematy, wykorzystywane np. na sali operacyjnej, poprawiają w istotnym stopniu porozumienie między członkami zespołu medycznego.

Zaburzona lub niewłaściwa komunikacja lekarza z pacjentem i pacjenta z lekarzem ujawniająca się w czasie: przekazywania przez pacjenta informacji lekarzowi, przekazywania przez lekarza informacji pacjentowi, prowadzenia badania klinicznego, przekazywania informacji zlecających badania dodatkowe, informacji dotyczących leczenia, przekazywania informacji związanych z pobytem w szpitalu i z leczeniem szpitalnym skutkuje, między innymi, spadkiem zaufania pacjenta do lekarza, wzrostem zaniepokojenia pacjenta o zdrowie, pojawieniem się u niego dyskomfortu psychicznego i lęku, wywołującego pretensje i konflikty. Informacja o zagrożeniu życia przekazana w sposób niewłaściwy, np. bez przygotowania pacjenta, odbiera mu nadzieję i działa jak przekleństwo. Zatem lekarz powinien posiadać wiedzę na temat poprawnego komunikowania się z pacjentem.

Uważa się następujące zachowania za kluczowe w nawiązaniu i rozwijaniu wzorcowej (partnerskiej) relacji terapeutycznej lekarza z pacjentem [3]:

- lekarz i pacjent powinni odnosić się do siebie bezwarunkowo pozytywnie, aby sprzyjać rozwojowi relacji,
- pacjent powinien okazywać lekarzowi szacunek i korzyść z jego usług w uzasadnionych przypadkach,
- zachowanie i reakcje pacjenta powinny być racjonalne i rozważne,
- lekarz ma zawsze możliwość udzielenia pacjentowi pomocy,
- lekarz i pacjent powinni wspólnie ponosić odpowiedzialność za leczenie,
- pacjent i lekarz muszą pamiętać, że lekarz ma inne obowiązki poza leczeniem danego pacjenta,
- lekarz jasno wskazuje, co może uczynić, aby pomóc pacjentowi,
- lekarz i pacjent muszą pamiętać, że jako ludzie mają swoje nastroje i potrzeby emocjonalne.

Złożoność procesu komunikacyjnego, zwłaszcza jego aspektu niewerbalnego, w kontakcie terapeutycznym lekarza z pacjentem powinna być poddana badaniom naukowym, gdyż komunikacja między obustronami relacji ma zdecydowanie większy, niż się powszechnie sądzi, wpływ i na lekarza, i na pacjenta. Zdaniem Z. Nęckiego „Podejmując badania nad komunikacyjnymi funkcjami zachowań niewerbalnych, napotyka się na wielkie problemy metodologiczne. Najtrudniejsze zadanie powstaje przy próbie badania całości aktów niewerbalnych człowieka, a nie ich poszczególnych form. Jak równocześnie opisać zarejestrowane na taśmie magnetowidowej: gesty, mimikę, dystans fizyczny, pozycję ciała, kontakty dotykowe, spojrzenia, intonację, manipulacje przedmiotami i dźwięki paralingwistyczne” [7]. Z tymi samymi problemami metodologicznymi spotykamy się przy opisie i interpretacji komunikatów niewerbalnych wysyłanych przez lekarza i pacjenta. Interpretacje można skupić np. wokół prawidłowo przekazanej pacjentowi informacji o stanie jego zdrowia. Brak w literaturze przedmiotu ma-

teriału empirycznego, odnoszącego się bezpośrednio do zagadnienia relacji lekarz-pacjent, nie pozwala na udzielenie wyczerpującej odpowiedzi na pytania, jak współcześnie wygląda ta relacja i jakie są obecnie preferencje pacjentów. Można tylko sformułować przypuszczenie, że „...czynniki emocjonalne są mediatorem zależności między właściwościami kontaktu z lekarzem a wynikami leczenia” [16].

Różnorodność interakcji, wywołanych w kontakcie terapeutycznym przez komunikaty niewerbalne, zawiera ogromny ładunek emocjonalny. Wpływa i na lekarza, i na pacjenta, niezależnie od stopnia uświadomienia sobie tego wpływu. Obie strony powinny zatem dysponować wiedzą ułatwiającą relację terapeutyczną i wpływającą na jej jakość i efektywność, a w konsekwencji na stan zdrowia. Interakcje lekarz-pacjent powinny być poddawane badaniom naukowym, pozwalającym wypracować standardowe procedury obowiązujące w relacji lekarza z pacjentem, wpływające, między innymi, także na kulturę tej relacji.

Przypomnijmy, że tematem niniejszych rozważań było prześledzenie zaangażowania niewerbalnego lekarza i niewerbalnej odpowiedzi na nie dorosłego pacjenta w czasie wizyty u lekarza rodzinnego. Teoretycznie można oddzielnie omawiać problemy werbalnej i niewerbalnej komunikacji między lekarzem i pacjentem, w praktyce zaś występują one zawsze równocześnie. Kontakt z lekarzem pozwala pacjentowi oczekiwać spełnienia jego potrzeb zdrowotnych, z uwzględnieniem potrzeb medycznych, emocjonalnych oraz poznawczych. Pacjent ma określone oczekiwania spełnienia manifestowanych potrzeb, a stopień ich realizacji decyduje o satysfakcji z kontaktu z lekarzem. Satysfakcja ta jest uświadamiana poprzez prawidłową komunikację między dwiema stronami kontaktu terapeutycznego – lekarzem i pacjentem, manifestującą się zgodnością komunikatów werbalnych i niewerbalnych. Zgodność ta jest podstawą tworzenia atmosfery szczerości, zainteresowania i budowania wzajemnego zaufania. Zwłaszcza lekarz powinien być wyczulony na te sygnały, gdyż to on decyduje o jakości komunikowania się z pacjentem. Powinien zatem dysponować wiedzą, kompetencjami, umiejętnościami i świadomością znaczenia prawidłowej i efektywnej komunikacji w relacji z pacjentem.

PIŚMIENNICTWO

1. Pease M, Pease B. Mowa ciała. Przekł. Grabiak J. Poznań: Dom Wydawniczy Rebis; 2008.
2. Morreale SP, Spitzberg BH, Barge JK. Komunikacja między ludźmi. Motywacja wiedza i umiejętności. Przekł. Izdebski P, Jaworska A. Kobylińska D, red. naukowy. Warszawa: PWN; 2007. s. 172-237.
3. Lathers DG. Komunikacja niewerbalna. Zasady i zastosowania. Przekł. Trzczińska M, Nęcki Z, red. naukowy. Warszawa: PWN; 2007. s. 408-29.
4. Tegze O. Komunikacja niewerbalna. Tłum. Kwiatkowska D, Szymańska K. Gliwice: Wydawnictwo Helion; 2006. s. 192-205.
5. Głodowski W. Komunikowanie interpersonalne. Warszawa: Wydawnictwo Hansa Communication; 2001.
6. Sikorski W. Gesty zamiast słów. Psychologia i trening komunikacji niewerbalnej. Kraków: Wydawnictwo Impuls; 2007.
7. Nęcki Z. Komunikacja międzyludzka. Kraków: Wydawnictwo Antykwa; 2000. s. 185-6; 197-8; 214-5.
8. McKay M, Davi M, Fanning P. Sztuka skutecznego porozumiewania się. Tłum. Błaż A. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2001. s. 191.
9. Hebanowski M, Kliszcz J, Trzeciak B. Poradnik komunikowania się lekarza z pacjentem. Warszawa: PZWL; 1994.
10. Więckowska E. Pacjent wobec choroby i leczenia. Archiwum Historii i Filozofii Medycyny. 2002;65(2-3):393-404.
11. Płonka-Syroka B, red. Relacje lekarz-pacjent w aspekcie społecznym, historycznym i kulturowym. Wrocław: Arboretum; 2005. s. wstęp; 259-66.
12. Dolińska-Zygmunt G, red. Elementy psychologii zdrowia. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersyteckie; 1996.
13. Barański J, Waszyński E, Steciwko A, red. Komunikowanie się lekarza z pacjentem. Wrocław: Wydawnictwo Astrum; 2000.
14. Salmon P. Psychologia w medycynie wspomaga współpracę z pacjentem i proces leczenia. Przekł. M. Gajdzińska. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2002.
15. Herszen-Niejodek L. Lekarz i pacjent. Badania psychologiczne. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu; 1992.
16. Herszen J, Sęk H. Psychologia zdrowia. Warszawa: PWN; 2008. s. 237-54.

Informacje o Autorze

Dr hab. n. hum. ELŻBIETA WIĘCKOWSKA – Akademia Medyczna we Wrocławiu.

Adres do korespondencji

Elżbieta Więckowska
ul. Sienkiewicza 112/11, 50-348 Wrocław