

pod redakcją Marii Nowiny Konopki, Wojciecha Feleszki,
Łukasza Małeckiego

Komunikacja medyczna dla studentów i lekarzy

Podstawy komunikacji z pacjentem

Barbara Chwieralska, Magdalena Witt

Czym jest komunikacja?

Pojęcie „komunikowanie” pochodzi od łacińskich słów *communicare* – „uczynić wspólnym, połączyć, naradzać się, udzielić komuś wiadomości”, *communicatio* – „wymiana, łączność, rozmowa” oraz *communio* – „wspólność, poczucie łączności”.

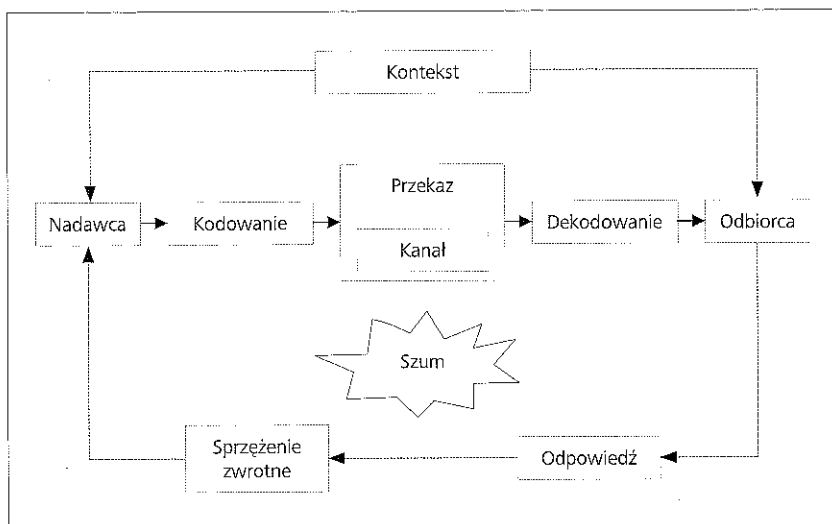
Spośród wielu definicji komunikacji wybrano tę, która najlepiej oddaje istotę relacji lekarz–pacjent: „Komunikacja to wymiana werbalnych, wokalnych i niewerbalnych sygnałów podejmowana w określonym kontekście w celu osiągnięcia lepszego współdziałania” (Nęcki 1996).

Z punktu widzenia teorii komunikacji **wszystko, co podlega naszemu spostrzeganiu w wyglądzie i zachowaniu innych, także jest dla nas komunikatem**. Oczywiście, w zależności od doświadczeń, przekonań i kultury ten sam komunikat może być dekodowany (odczytywany) w zupełnie inny sposób.

Schemat procesu komunikacji

Komunikacja między ludźmi – werbalna i niewerbalna – zawsze odbywa się w określonym kontekście.

- Kontekst semantyczny – fakty/czynniki, które poprzedzają akt komunikacji lub z nim współistnieją.
- Kontekst interpersonalny – relacje łączące strony komunikacji (nastawienie emocjonalne, relacje władzy–podporządkowania itp.).



Ryc. 1. Schemat procesu komunikacji (na podst.: Kotler P.: Marketing: analiza, planowanie, wdrażanie i kontrola. Wyd. 7. Warszawa, Felberg SJA, 1999; 545)

Kontekst ten relatywizuje treść rozmowy, np. konwersacja dotycząca aktualnego stanu zdrowia różni się w zależności od tego, czy odbywa się między lekarzem i pacjentem, między współmałżonkami bądź między pracownikami jednej firmy.

- Kontekst zadaniowy – wszystkie uwarunkowania, w których odbywa się komunikacja (np. praca, nauka, zabawa, rywalizacja, walka); np. podniesienie ręki będzie oznaczać coś innego podczas wykładu, spotkania znajomej osoby na ulicy bądź w trakcie kłótni.
- Kontekst kulturowy – oznacza wspólnotę doświadczeń pozajęzykowych osób wchodzących w interakcję (interlokutorów); np. uniesiony kciuk oznacza w zachodnim kręgu kulturowym akceptację, natomiast w krajach Bliskiego Wschodu czy Ameryki Łacińskiej jest jednym z bardziej obraźliwych gestów.

Do zaistnienia komunikacji interpersonalnej potrzebne są cztery ogniwa:

- nadawca – źródło komunikatu; od nadawcy zależy wybór kodu i kanału komunikowania
- odbiorca – adresat komunikatu, który jednocześnie stanowi źródło sprzężenia zwrotnego
- kod – sposób przekazywania informacji (np. dźwięk, gest, obraz, wyraz mimiczny)

- kanał – środek, dzięki któremu informacja pokonuje dystans od nadawcy do odbiorcy; każdy kanał ma swoją pojemność i przepustowość, a szybkość transmisji jest różna w poszczególnych kanałach (słuchowym, wzrokowym, węchowym itp.).

Odbiorca interpretuje komunikat i przetwarza go w zrozumiałą informację (dekodowanie), po czym reaguje, wysyłając komunikat (odpowiedź) i stając się tym samym nadawcą (sprzężenie zwrotne). Proces ten zawsze odbywa się w określonym kontekście i zwykle nie przebiega w sposób niezakłócony.

Komunikacja jedno- i dwukierunkowa

Zgodnie z modelem komunikacji Harolda Lasswella wyróżnia się:

- komunikację jednokierunkową (**komunikowanie**), charakteryzującą się przepływem informacji od nadawcy do odbiorcy; w tym przypadku nie następuje sprzężenie zwrotne w postaci feedbacku (informacji zwrotnej); przykładem może być dzieło sztuki, program telewizyjny, testament
- komunikację dwukierunkową (**komunikowanie się**), charakteryzującą się dwukierunkowym przepływem informacji, w przypadku którego następuje – zazwyczaj opóźnione – sprzężenie zwrotne, jak np. w dialogu, dyskusji, negocjacjach czy pogawędce.

Poziomy komunikowania się

Istotne znaczenie w budowaniu relacji z rozmówcą ma rodzaj i głębokość zaangażowania w rozmowę, które determinują następujące poziomy komunikowania się:

- Fatyczny, sprzyjający tworzeniu przyjaznej atmosfery, a nie wymianie informacji.

Pacjent: Dzień dobry, o mało co się nie spóźniłem, dzisiaj są straszne korki.

Lekarz: Rzeczywiście, to pewnie w związku z zakończeniem roku szkolnego.

Ta swobodna wymiana zdań, obejmująca neutralne tematy, **może służyć do rozpoczęcia rozmowy lub rozładowania napięcia związanego z inicjowaniem kontaktu bądź z wizytą lekarską.**

■ Instrumentalny, zorientowany na osiągnięcie celu.

Pacjent: Panie doktorze, ja naprawdę muszę pojawić się jutro w pracy, mam odpowiedzialną funkcję i nie mogę brać L4 z dnia na dzień.

Lekarz: Rozumiem, że się pan martwi, niemniej pański stan zdrowia bardzo mnie niepokoi i stanowi wskazanie do zatrzymania pana na oddziale. Czy byłoby możliwe, aby zadzwonił pan teraz do swoich przełożonych i poprosił o czasowe przekazanie obowiązków komuś innemu?

Jak wskazuje powyższy przykład, uczestnicy procesu komunikacyjnego są zainteresowani osiągnięciem porozumienia, nawet jeżeli poglądy stron komunikatu znacznie się od siebie różnią; przynajmniej jedna z nich zamierza przekonać interlokutora do swoich racji.

■ Afektywny, w którym obie strony relacji są głęboko zaangażowane w proces komunikacji oraz uzewnętrzniają swoje emocje, postawy i wartości. Poziom ten dotyczy głębszych, zażyłych relacji.

Pacjentka: Pani doktor, bardzo się martwię o syna. Widzę, że jego stan się nie poprawia i bardzo się boję tego, co będzie (odwraca wzrok i płacze).

Lekarka (podaje chusteczki i czeka, aż pacjentka na nią spojrzy):
Bardzo mi przykro, że stan Wojtusia się nie poprawia. Rozumiem pani lęk o dziecko. Syn jest jednak pod opieką doświadczonych specjalistów i obiecuję, że będziemy się starali zrobić wszystko, co tylko możliwe.

W jaki sposób się komunikujemy?

Skuteczność komunikowania się zależy od dwóch jego bazowych form: werbalnej i niewerbalnej. Zwykle obie te formy wzajemnie się przenikają. O ograniczeniu wyłącznie do formy werbalnej możemy mówić w przypadku prasy czy literatury, aczkolwiek w ostatnich latach

zwykło się dodawać do informacji tekstowych emotikony, które dostarczają kontekstu i zastępują komunikaty niewerbalne. Pokazuje to, jak ważną rolę odgrywają one w procesie komunikowania się.

Trzeba zaznaczyć, że w praktyce nie można się nie komunikować. Uśmiech, zmarszczenie czoła, bębnienie palcami w blat stanowią – nawet przy braku reakcji werbalnej – komunikat dla odbiorcy, a jego interpretacja zależy od kontekstu sytuacyjnego i kulturowego, jak również od doświadczeń interlokutora, a czasami nawet od jego stanu psychicznego czy stosunku do rozmówcy.

Milczenie lekarza może mieć dla różnych pacjentów zupełnie inne znaczenie. Jedni zinterpretują je jako chęć ukrycia prawdy, dla innych będzie oznaką złości, zastanawiania się, ignorowania, zmęczenia czy braku życzliwości, a jeszcze inni przypiszą milczenie temperamentowi lekarza lub pomyślą, że to efekt tego, co mu się wcześniej przydarzyło (np. w drodze do pracy). Ważne jest zwrócenie uwagi na stopień wrażliwości pacjenta i sposób, w jaki odbiera twoje zachowanie w trakcie spotkania.

Komunikacja werbalna

Komunikacja werbalna stanowi jeden ze sposobów porozumiewania się ludzi między sobą. Przebiega ona głównie na poziomie intelektualnym (mowa, pismo). Podstawowym narzędziem komunikowania werbalnego jest język, który pozwala wyrażać i rozumieć idee bądź uczucia (pod warunkiem, że jego symbole są zrozumiałe dla uczestników interakcji). Komunikacja werbalna, w przeciwieństwie do komunikacji niewerbalnej, ma charakter nieciągły (pauzy, milczenie) i powinna się toczyć według zasad gramatycznych właściwych dla danego języka.

Rozróżniamy kilka rodzajów komunikatów werbalnych:

- polecenia, instrukcje
- mowa nieformalna
- komunikowanie emocji
- wyrażanie postaw
- wypowiedzi wykonawcze (głosowanie, sądenie, nazywanie)
- zwyczaje społeczne (np. pozdrowienia, życzenia)
- pytania
- informacje
- wypowiedzi ukryte/metakomunikaty (wypowiedzi, które oprócz komunikatu werbalnego zawierają jeszcze komunikat ukryty, zbieżny z nastrojem, uczuciami i nastawieniem nadawcy, np. „dobrze sobie wyglądasz”).

Komunikaty werbalne pełnią określone funkcje, takie jak:

- określanie, nazywanie, etykietowanie lub definiowanie rzeczy, myśli, doświadczeń czy uczuć w celu wymiany z innymi
- ocenianie rzeczy, doświadczeń bądź myśli
- dzielenie się doświadczeniami, wizją przeszłości, myślami itp.
- komunikowanie znaczeń
- kreowanie i zmienianie środowiska
- regulowanie stosunków między ludźmi przez kreowanie komunikatów jedno- lub dwuznacznych.

Komunikacja niewerbalna

Komunikacja niewerbalna przebiega głównie na poziomie emocjonalnym, często w sposób przez nas nieuświadomiony.

Przez pojęcie komunikacji niewerbalnej rozumiemy wszystkie zachowania, które towarzyszą wypowiedziom ustnym. Ekspresja niewerbalna dostarcza kontekstu ułatwiającego interpretację wypowiedzi.

Ważną właściwością komunikacji niewerbalnej jest jej ciągłość. Kanał niewerbalny jest stale otwarty, co oznacza, że korzystamy z niego, ilekroć nadarza się okazja do wymiany informacji dotykowej, dźwiękowej, wizualnej, zapachowej itp. Sposób przetwarzania otoczenia zależy od naszej uwagi: zauważamy tylko te informacje, które są dla nas ważne lub interesujące.

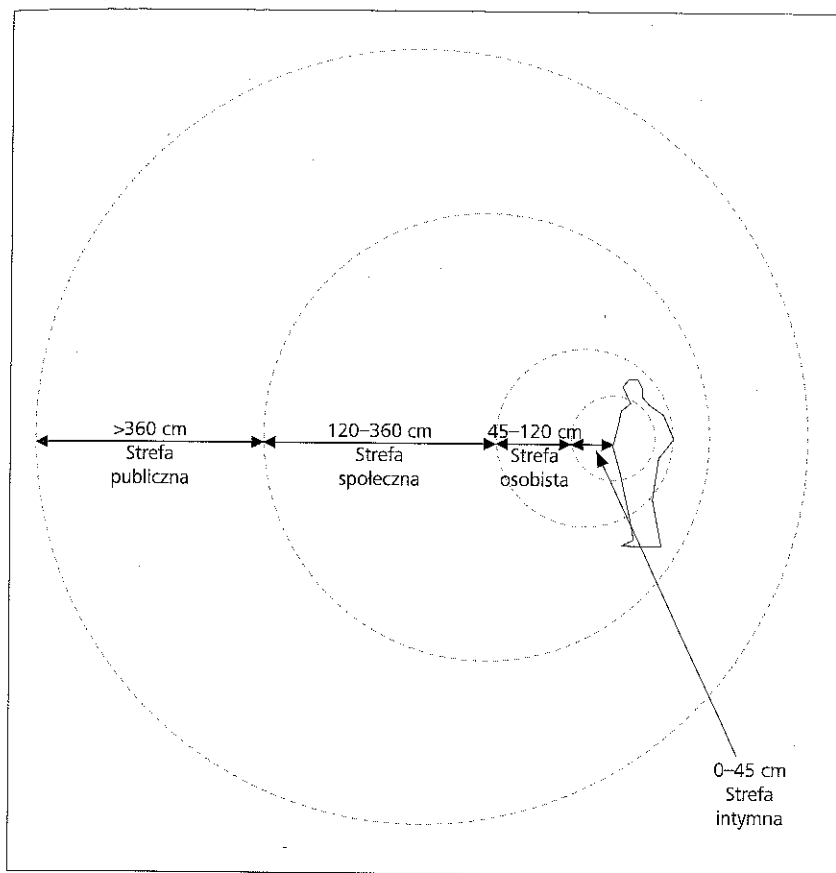
Odbieranie i wysyłanie sygnałów niewerbalnych nie tylko przebiega nieprzerwanie, lecz w znacznym stopniu poza naszą świadomością, w sposób zautomatyzowany, co czyni ją poznawczo bardziej skuteczną i przydatną w procesie interpretowania zachowań innych ludzi. Ważną cechą komunikacji niewerbalnej jest czas – w dużej mierze dotyczy ona tego, co się dzieje „tu i teraz”.

Pismo i mowa pozwalają na analizę przeszłości lub przewidywania co do przyszłości, natomiast komunikacja niewerbalna dotyczy bieżącej sytuacji, co sprawia, że jest skuteczniejsza we wspieraniu kontaktów interpersonalnych i regulacji stosunków z otoczeniem.

Rodzaje zachowań niewerbalnych

Wśród różnego rodzaju zachowań niewerbalnych wyróżnia się paralingwistykę, proksemikę i kinezytykę.

Paralingwistyka obejmuje wskaźniki sposobu mówienia, wpływające na znaczenie słów (np. tonacja wypowiedzi, akcent, rezonans, artykulacja, tempo, rytm, siła głosu). Przykładowo: w zależności od sposobu wypowiedzenia zdanie „Zapraszam do gabinetu” może



Ryc. 2. Strefy komunikacji według Halla (na podst.: McKay M., Davis M., Fanning P.: Sztuka skutecznego porozumiewania się. Gdańsk, GWP Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2017)

zachęcić pacjenta do nawiązania kontaktu z lekarzem albo wzbudzić niechęć czy lęk.

Proksemika dotyczy zależności przestrzennych między rozmówcami, a także sposobów zagospodarowania przestrzeni (np. aranżacja miejsca pracy, ustawienie mebli itp.).

Edward Hall wyróżnia cztery strefy komunikacji z innymi ludźmi, przedstawiając je jako okręgi wokół każdego człowieka, o wielkości których decydują zarówno różnice indywidualne, jak i różnice kulturowe (ryc. 2).

Strefa intymna, wynosząca 0–45 cm, zarezerwowana jest dla partnerów, przyjaciół, dzieci, osób bliskich. Strefa ta jest przekraczana w trakcie badania przedmiotowego, a okoliczności zmuszające



do jej dzielenia z innymi (np. lekarzem czy pielęgniarką) zwykle wywołują zażenowanie, lęk lub złość.

Kolejne strefy obejmują podstrefy bliższą i dalszą.

Strefa osobista:

- podstrefa bliższa (45–75 cm), w której możliwy jest kontakt dotykowy, np. podczas rozmowy na spotkaniu towarzyskim
- podstrefa dalsza (75–120 cm), wyznaczająca dystans „na wyciągnięcie ręki”, która umożliwia osobistą rozmowę bez kontaktu dotykowego, dzięki czemu niektóre osoby mogą czuć się pewnie i bezpiecznie.

Strefa społeczna:

- podstrefa bliższa (1,2–2,1 m) umożliwia kontakty formalne
- podstrefa dalsza (2,1–3,6 m) dotyczy oficjalnych kontaktów w miejscu pracy, niektórych spotkań towarzyskich; pozwala na przebywanie w jednym otoczeniu bez konieczności prowadzenia rozmowy (często wykorzystywana w przestrzeniach projektowanych na planie otwartym, np. w biurze typu *open space*).

Strefa publiczna:

- podstrefa bliższa (3,6–6 m) określa dystans w czasie zgromadzeń nieformalnych (szef–pracownicy, nauczyciel–ucznio wie)
- podstrefa dalsza (ponad 6 m) przeznaczona jest do spotkań z ważnymi osobistościami, politykami itd.

O ignorowaniu stref przestrzennych mówimy wtedy, gdy dochodzi do ich przekroczenia w sposób pozbawiający rozmówcę podmiotowości, tzn. bez szacunku, bez zgody, autorytarnie itp. (traktowanie przedmiotowe); przykładem może być rozmowa lekarzy o pacjencie (także nieletnim!), jakby był nieobecny, albo brak informacji o tym, że zamierzasz zbadać pacjenta (tj. przekroczyć jego strefę intymną).

Przestrzeń uznawaną za własną, w której można się czuć bezpiecznie, określa się mianem „terytorium”.

Kinezytyka to komunikacja ciałem, obejmująca gesty, mimikę twarzy i ruchy ciała. Jest ona w dużej mierze wyuczona i przekazywana z pokolenia na pokolenie przez modelowanie (np. wstawanie, kiedy pacjent wchodzi do gabinetu, uśmiech, podanie ręki lub wskazanie miejsca przeznaczonego dla pacjenta).

Swoistość i odrębność poszczególnych kultur wyraża się głównie dzięki mowie ciała, a nie przez różnice w języku werbalnym. To właśnie rozbieżności w mowie ciała mogą stwarzać największe problemy komunikacyjne. Najbardziej ekspresyjną częścią ciała jest twarz. Wyrażanie i rozpoznawanie podstawowych emocji poprzez mimikę

(grymasy twarzy) jest **wrodzone i wspólne wszystkim ludziom**. Inaczej jest w przypadku **gestów, które są zróżnicowane kulturowo** (np. uniesiony kciuk ma odmienne konotacje w różnych kręgach kulturowych).

Funkcje komunikatów niewerbalnych

Komunikaty niewerbalne pełnią określone funkcje, takie jak:

- komunikowanie emocji (np. uniesione i ściągnięte brwi, uniesione powieki czy ściągnięte wargi oznaczają strach)
- wyrażanie postaw (np. pochylenie sylwetki i skierowanie ciała w stronę pacjenta świadczy o zaangażowaniu w rozmowę i gotowości słuchania)
- podtrzymywanie rozmowy (np. potakiwanie głową)
- pozdrowienia i inne rytuały społeczne (np. podanie ręki)
- uwiarygodnienie komunikatu werbalnego bądź jego zaprzeczenie (np. postawa, ton głosu i mimika wskazujące na silne przygnębienie zaprzeczają słowom pacjenta, który deklaruje świetne samopoczucie i brak kłopotów w życiu osobistym)
- dostarczanie kontekstu dla słów (np. to samo zdanie wypowiedziane innym tonem stanowi odmienny komunikat).

Werbalne i niewerbalne elementy komunikacji interpersonalnej są współzależne i stanowią swego rodzaju kontinuum: pierwotnie werbalne (słowo pisane, mówione), mieszane (ton głosu, tempo, pauzy, głośność), pierwotnie niewerbalne (gesty, spojrzenia, mimika, dotyk).

Kluczem do efektywnej komunikacji jest jej spójność. Komunikaty niewerbalne zwykle łączą się w grupy gestów i ruchów, które korespondują ze słowami. Rozbieżne sygnały niewerbalne stanowią niepełny komunikat lub wyraz sprzecznych uczuć nadawcy. Istotne jest to, że w razie niezgodności komunikatów słuchacz (odbiorca) skłonny jest raczej wierzyć ich warstwie niewerbalnej niż werbalnej. Świadomość niespójności w zakresie własnej mowy ciała (stres, zmęczenie itp.) daje możliwość wprowadzenia korekty, co zwiększa szansę na poprawę komunikacji interpersonalnej. Zaobserwowanie natomiast sprzeczności w zachowaniu rozmówcy (partnera relacji komunikacyjnej) umożliwia dopytanie o treści, których nie chciał on pierwotnie ujawnić, stwarzając w ten sposób przestrzeń obu stronom interakcji dla lepszego zrozumienia intencji i zachowań.

Skuteczne słuchanie

Słyszenie a słuchanie

W odniesieniu do relacji interpersonalnej niezbędne jest rozróżnienie między słyszeniem a słuchaniem.

Słyszenie ogranicza się wyłącznie do odbioru bodźców i odbywa się za pomocą receptorów w obrębie narządu słuchu. Słuchanie natomiast jest procesem wymagającym zaangażowania, odbierania i wysyłania informacji zwrotnych oraz aktywnego współtworzenia procesu komunikacji.

Skuteczne słuchanie umożliwia zauważenie i zrozumienie komunikatów rozmówcy oraz uchwycenie tego, co jest ważne ze względu na cel rozmowy, i tego, czego nie potrafi zwerbalizować rozmówca. Uważa się, że kluczem do skutecznego uważnego słuchania jest chęć (intencja) zaangażowania się.

Cztery warunki skutecznego słuchania

Słuchać skutecznie znaczy słuchać w sposób pełny, odpowiadać zarówno werbalnie, jak i niewerbalnie na to, co mówi rozmówca.

Wyróżnia się cztery główne rodzaje skutecznego słuchania, a mianowicie słuchanie: aktywne, empatyczne, otwarte i świadome.

Aktywne słuchanie

Aktywne słuchanie oznacza starania podejmowane w celu pełnego zrozumienia treści i znaczenia przekazu wyartykułowanego przez partnera rozmowy. Cechuje je szacunek i pozytywne nastawienie do rozmówcy. Obejmuje ono werbalne, jak również niewerbalne zachowania wobec rozmówcy, takie jak:

- kontakt wzrokowy (40–60% czasu rozmowy)
- otwarta postawa ciała (komfortowa zarówno dla słuchającego, jak i dla słuchacza; zob. pytania na końcu rozdziału)
- dystans (40–120 cm)
- potakiwanie głową
- używanie zwrotów zachęcających do kontynuowania wypowiedzi i świadczących o słuchaniu (mhm, tak, rozumiem, aha itp.).

Istnieją różne techniki potwierdzające aktywne słuchanie, spośród których wymienia się: parafrazowanie, klaryfikowanie, odzwierciedlanie oraz podsumowywanie.

Parafrazowanie

Parafrazowanie rozumiemy jako streszczenie własnymi słowami treści wypowiedzi rozmówcy.

Z założenia parafraza nie powinna być dłuższa od tej wypowiedzi, a jej celem jest zaproszenie rozmówcy do kontynuowania wypowiedzi oraz przekonanie, że słuchamy go uważnie i że zależy nam na właściwym zrozumieniu jego intencji czy treści wypowiedzi. Parafraza umożliwia także sprawdzenie, czy właściwie zrozumieliśmy komunikat interlokutora.

Parafrazę zazwyczaj rozpoczynamy słowami:

- „O ile dobrze cię rozumiem, to...”
- „Chodzi o to, że...”
- „Z tego, co mówisz, rozumiem, że...”
- „Chcesz powiedzieć, że...”
- „A więc sądzisz, że...”
- „Mówisz, że...”
- „Czyli...”

Pacjent: Panie doktorze, nie wiem, co się ostatnio ze mną dzieje. Czuję się coraz gorzej, źle śpię, straciłem apetyt, zdarza mi się wybuchać złością albo nagle zaczynam płakać. Czuję ogólne osłabienie. Nie wiem, czy to przez utratę pracy i kłopoty finansowe, czy może coś się dzieje z moim zdrowiem.

Lekarz: O ile dobrze pana rozumiem, niepokoi się pan o stan swojego zdrowia i nie wie, czy łączyć to ze stresującą sytuacją życiową, czy też z chorobą.

lub

Lekarz: Powiedział pan, że w ostatnim czasie zauważył pan u siebie kilka niepokojących objawów i zastanawia się nad ich przyczyną.

Proszę mi opowiedzieć coś więcej o swoich dolegliwościach.

Klaryfikacja

Klaryfikacja jest techniką przydatną zwłaszcza wtedy, gdy treść wypowiedzi lub jakiś jej fragment wydają się niezrozumiałe lub trudno jest uchwycić główny wątek wypowiedzi rozmówcy. Ma ona na celu uporządkowanie wypowiedzi, która z różnych przyczyn może być chaotyczna, wielowątkowa lub trudna do zrozumienia, a także wyjaśnienie niejasnych bądź niejednoznacznych pojęć i stwierdzeń. W celu stworzenia lepszej atmosfery zrozumienia można pacjentowi

zasugerować, że вина za niezrozumienie jego komunikatu leży po naszej stronie, dlatego podejmujemy kroki zmierzające do klaryfikacji przekazanych nam treści. Można to osiągnąć, zastępując komunikat „ty” komunikatem „ja”.

„Nie do końca zrozumiałam, czy...”

„Kiedy pana słucham, nie jest dla mnie jasne...”

„Pogubiłam się w kwestii...”

„Proszę mnie poprawić, jeśli się mylę...”

Konstruując zdanie w ten sposób, wskazujemy, że brak zrozumienia nie wynika z niewłaściwego sposobu wypowiadania się rozmówcy (taki komunikat mógłby wycofać pacjenta z relacji, zawstydzić go itp.).

Pacjentka: Od jakiegoś czasu czułam się osłabiona. Myślałam, że to letnie przesilenie. Wczoraj byłam u siostry na urodzinach i znowu pojawiło się to uczucie. Znowu osłabienie i omdlenie. Ocknęłam się na podłodze.

Lekarz: Nie do końca jest dla mnie jasne, czy poczuciu osłabienia towarzyszyły w ostatnim czasie także omdlenia?

lub

Lekarz: Proszę mnie poprawić, jeśli się mylę: omdlenie zdarzyło się wczoraj po raz pierwszy?

Odzwierciedlenie

Odzwierciedlenie to wypowiedź odnosząca się do uczuć rozmówcy, której celem jest przekazanie, że zauważyliśmy i rozumiemy uczucia interlokutora i dajemy przyzwolenie na ich przeżywanie. Taka postawa sprzyja budowaniu relacji opartej na zaufaniu i zachęca rozmówcę do otwierania się przed nami.

Najczęściej odzwierciedlenie opiera się na danych płynących z przekazu werbalnego i niewerbalnego. Jeżeli przypuszczamy, że rozmówca przeżywa jednocześnie kilka stanów emocjonalnych, dobrze byłoby ująć je wszystkie razem, dając do zrozumienia, że każdy z przeżywanych stanów jest ważny i akceptowany. Odzwierciedlenie tylko jednego z uczuć może sprowokować u rozmówcy reakcję obronną, jako że nie oddaje w całości jego doświadczeń.

Nie wszystkie sytuacje sprzyjają odzwierciedleniu uczuć, a niekiedy kierowanie uwagi na uczucia rozmówcy i podtrzymywanie jej na nich jest wręcz niekorzystne. Dzieje się tak na przykład wtedy, gdy przeżywane uczucia są dla rozmówcy destrukcyjne lub nadmierna na nich koncentracja uniemożliwia nieemocjonalną i obiektywną percepcję sytuacji. W takim przypadku przydatne może być wspomaganie rozmówcy w zdystansowaniu się od swoich uczuć i przyjęciu perspektywy obserwatora. Podkreślenia jednak wymaga, że użyteczność tej techniki zależy w dużej mierze od umiejętności i wyczucia (nieumiejętne jej użycie może spowodować, że rozmówca poczuje się nierozumiany). Jeżeli obawiamy się, że interwencja (odzwierciedlenie) będzie błędna, możemy użyć następujących formuł:

- „Odnoszę wrażenie, że jest pan przytłoczony tymi informacjami...”.
- „Wyobrażam sobie, że ta sytuacja jest dla pani bardzo trudna...”.
- „Wydaje się, że te wyniki panią wstrząsnęły...”.

Jednakże nawet błędna interpretacja uczuć może zachęcić drugą osobę do przyjrzenia się im z innej perspektywy.

Pacjent (mówi cicho, nie nawiązując kontaktu wzrokowego): Nie wiem, co mam powiedzieć, bardzo przepraszam, nie mogę zebrać myśli.

Lekarz: Wyobrażam sobie, że jest pan przytłoczony tymi informacjami.

Podsumowanie

Dobłą praktyką jest podsumowanie, czyli zwięzłe przedstawienie tego, co zakomunikował rozmówca, pozwalające uporządkować i ująć w krótszej formie treść dotychczasowej rozmowy. Podsumowania dokonuje się zwykle na zakończenie rozmowy lub jakiejś jej części. Można również zacząć od podsumowania kolejne spotkanie. Techniki tej używa się ponadto:

- w celu domknięcia jednego tematu rozmowy, aby móc przejść do kolejnej części konsultacji
- w przypadku poruszania się w obrębie jednego lub kilku wątków i poczucia, że konwersacja utknęła w martwym punkcie.

Zadaniem podsumowania jest pokazanie, że uważnie wysłuchaliśmy rozmówcę i że wszystkie istotne informacje zostały przez nas zauważone i zapamiętane.

Słuchanie empatyczne

Słuchanie empatyczne polega na słuchaniu z nastawieniem obejmującym perspektywę naszego rozmówcy wraz z jego historią, przekonaniami i strukturą osobowości, wszystko to bowiem wpływa na jego reakcje emocjonalne, postrzeganie i zachowanie.

Warto pamiętać, że nasza umiejętność słuchania może ulec osłabieniu w sytuacji, kiedy rozmówca przeżywa trudne emocje (np. złość czy smutek) lub przejawia zachowania trudne do zaakceptowania (np. opryskliwość, krytykę, wielomówność). W empatycznym słuchaniu mogą pomóc pytania dotyczące genezy zachowania rozmówcy, takie jak: „Czego potrzebuje pacjent w tej chwili?”, „Czego może się teraz obawiać?”, „O co prosi swoim zachowaniem?”, „Jakie mogą być powody jego reakcji?”.

Istotna jest również świadomość, że w przeżyciu rozmówcy prezentowana postawa jest często tą najbardziej (lub jedyną) dostępną, adaptacyjną i ochronną z jego repertuaru reakcji. Na przykład, płacz i krzyk pacjentki w reakcji na informację o konieczności przeprowadzenia zabiegu może wynikać z historii jej życia (nieoczekiwana śmierć bliskiej osoby w podobnej sytuacji) lub struktury osobowości (tendencja do reagowania lękiem i wycofywania się).

Otwarte słuchanie

Otwarte słuchanie to takie, w którym zostaje zahamowana naturalna tendencja do kierowania uwagi na aspekty rozmowy odpowiadające pierwotnej koncepcji lub wstępnej ocenie tego, co widzimy bądź słyszymy. Wymaga ono formułowania wniosków dopiero po zakończeniu rozmowy, kiedy dysponujemy już pełnym zestawem danych. Otwarte słuchanie łączy się także z powstrzymaniem się od wyrażania własnych opinii, zanim nie uzyskamy pewności, że zrozumieliśmy intencje i sposób myślenia rozmówcy.

Lekarz: Panie Tomaszu, objawy, które pan opisuje, są charakterystyczne dla zespołu suchego oka.

Pacjent: Panie doktorze, ale w związku z zespołem suchego oka lecze się od lat, a ostatnio objawy są nieco inne.

Lekarz: Nie wydaje mi się, żeby tak było. Pana opis pasuje do podstawowego schorzenia.

Słuchanie świadome

Słuchanie świadome obejmuje aspekt porównywania komunikatu z posiadaną wiedzą i polega na wychwytywaniu ewentualnych nieśpójności w wypowiedzi bądź sygnałach wysyłanych przez rozmówcę.

Lekarz: Mówi pani, że czuje się już zupełnie dobrze i chce wrócić do aktywności fizycznej. Widzę jednak, że poruszanie się sprawia pani dużą trudność, a – sądząc po wyrazie twarzy – także ból.

Blokady komunikacyjne

Blokady komunikacyjne stanowią przyczynę zaburzeń w zakresie porozumiewania się ludzi między sobą. Thomas Gordon (2002) wymienia 12 blokad hamujących lub uniemożliwiających dobrą komunikację:

- nakazy, polecenia („Musi pan natychmiast rzucić palenie”)
- ostrzeżenia i groźby („Jeżeli nie będzie pan stosował się ściśle do moich zaleceń, to długo pan nie pożyje”)
- moralizowanie („Jak pan może tak szkodzić własnym dzieciom”)
- doradzanie, sugerowanie („Na pańskim miejscu zrobiłbym to tak...”)
- pouczanie, dostarczanie logicznych argumentów („Panie Kowalski, ile razy mówiłem panu, że palenie szkodzi zdrowiu, no ile?”)
- krytykowanie, wydawanie sądów („Jak pan mógł nie zauważyć tak charakterystycznych objawów?”)
- inwektywy, ośmieszanie („Nawet dzieci nie boją się tego badania tak bardzo, jak pan...”)
- interpretowanie, analizowanie, diagnozowanie („Tacy pacjenci jak pan nigdy nie stosują się do zaleceń”)
- wydawanie ocen pozytywnych („Bardzo dobrze, że nie zadaje pan głupich pytań”)
- pocieszanie, uspokajanie („Proszę nie płakać, wszystko będzie dobrze”)
- wypytywanie, zadawanie zbyt wielu pytań
- odwracanie uwagi, sarkazm, ironizowanie, dowcipkowanie.

McKay, Davis i Fanning (2017) wymieniają natomiast następujące blokady:

- porównywanie siebie z rozmówcą
- domyslanie się tego, co myśli lub powie rozmówca

- przygotowywanie odpowiedzi zamiast uważnego słuchania
- słuchanie wybiórcze (filtry)
- ocenianie przed wysłuchaniem interlokutora
- uruchamianie łańcucha skojarzeń, w wyniku czego przestajemy słuchać
- utożsamianie się, polegające na odnoszeniu treści do własnych doświadczeń
- udzielanie rad
- wyrażanie sprzeciwu
- przekonywanie
- nagłe zmiany tematu
- zjednywanie, polegające na wprowadzaniu do rozmowy pewnych zwrotów w celu stworzenia pozorów uważnego słuchania.

Do blokad komunikacyjnych zalicza się również (Stoner i Wankel 1997; Dobek-Ostrowska 2007):

- różnice w postrzeganiu, związane z wiedzą i doświadczeniem interlokutorów, jak również będące wypadkową obecnej sytuacji
- różnice językowe – utrudnienie może stanowić brak precyzji, a także żargon bądź zróżnicowany zakres słownictwa
- szумы, czyli każdy czynnik stanowiący źródło zakłóceń:
 - szum zewnętrzny, związany z otoczeniem procesu komunikowania się (np. hałas uliczny itp.)
 - szum wewnętrzny, czyli uczucia, stany i predyspozycje psychiczne uczestników interakcji (np. zmęczenie, ból, niewyspanie, ale też uprzedzenia i stereotypy)
 - szum semantyczny, obejmujący intencjonalne (bądź nie), błędne nadanie przez nadawcę znaczenia komunikatowi, które uniemożliwia odbiorcy odpowiednio precyzyjne odekodowanie jego treści
- emocje – reakcje emocjonalne mogące wpływać na odbiór i dekodowanie komunikatów, jak również na sposób ich nadawania
- niezgodność komunikatów – niespójność sfer werbalnej i niewerbalnej komunikatu
- nieufność – wiarygodność komunikatu zależy od poziomu zaufania do nadawcy.

Pytania do dyskusji

1. Jakie bariery komunikacyjne najczęściej występują w gabinecie lekarza?
2. Które z barier można w prosty sposób usunąć, a które wymagają zmian systemowych?
3. Który z etapów skutecznego słuchania sprawia ci najwięcej trudności? Czy wiesz, jaka jest tego przyczyna?
4. Kiedy ignorowane są strefy przestrzenne w relacji z chorym? W jaki sposób okazywać poszanowanie podmiotowości i godności pacjenta, mimo wkraczania w strefy zarezerwowane dla osób najbliższych?
5. Które z komunikatów niewerbalnych najbardziej sprzyjają budowaniu poczucia bezpieczeństwa i zaufania w relacji lekarz–pacjent?

Zalecane piśmiennictwo

McKay M., Davis M., Fanning P.: Sztuka skutecznego porozumiewania się. Gdańsk, GWP Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2017.

Patterson M.L.: Więcej niż słowa. Potęga komunikacji niewerbalnej. Gdańsk, GWP Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2016.

Stemplewska-Żakowicz K., Krejtz K.: Wywiad psychologiczny 2. Wywiad jako spotkanie z człowiekiem. Warszawa, Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, 2013.