

## Komunikacyjny Matrix ukrytych znaczeń

### „Dialog na zdrowie – znaczenie komunikacji w procesie leczenia”

Immanuel Kant stwierdził kiedyś, iż *„z tak krzywego kawałka drewna z jakiego uczyniony jest człowiek, nie da się zrobić nic prostego.”* Nasz świat kręci się wokół słów, zdań, spojrzeń, zapachów, gestów i całej reszty barwnej mozaiki jaką jest komunikacja międzyludzka. Jest to narzędzie o wielkiej mocy i zasięgu działania, które przekłada się na nasze emocje, poznanie, ciało.

O tym jaką odgrywa ogromną rolę wiadomo nie od dzisiaj. Jej znaczenie popiera szereg badań, obserwacji i eksperymentów. Jest swego rodzaju punktem wyjścia ku rozpoczęciu prawdziwej pracy terapeutycznej i powrotu do zdrowia. Niesie ona same dobrodziejstwo w postaci odpowiedniego i wiarygodnego wywiadu chorobowego z pacjentem, dobrą współpracę w leczeniu, zmniejszenie u chorego poczucia bezradności i obniżenie poziomu stresu, który odgrywa ogromną rolę w procesie leczenia (Gordon, 1999).

To jak lekarz okazuje zainteresowanie i działa w relacji, odwzorowuje się w jego ocenie w oczach pacjenta. Udowodnione jest, iż w sytuacji gdy pacjent odczuwa oddanie, poświęcenie uwagi, poczucie człowieczeństwa to okazuje większe zaufanie w stosunku do lekarza i jest bardziej otwarty na zaplanowane działania lecznicze (Ben-Sira, 1980). Gdy jest odwrotnie na pierwszy plan „wychodzi” kortyzol, który negatywnie działa na obronne możliwości naszego organizmu, co ma ogromny wpływ na zdrowienie pacjenta.

Pisząc o tym przyszedł mi na myśl pewien bardzo znaczący cytat z książki „Oskar i Pani Róża” Erica Emmanuela Schmitta:

*„ Myśli, których się nie zdradza, ciężą nam, zagnieżdżają się, paraliżują nas, nie dopuszczają nowych i w końcu zaczynają gnić. Staniesz się składem starych śmierdzących myśli, jeśli ich nie wypowiesz.” ( Éric-Emmanuel Schmitt, 2004)*

to właśnie takie „gnijące myśli”, pod którymi ukryte są negatywne emocje, przeświadczenia, wątpliwości, strach, niepewność mają destruktywny wpływ na proces zdrowienia. Jeżeli my jako pacjenci nie jesteśmy wysłuchani, pewne terminy nie zostaną nam wyjaśnione, nie mamy poczucia zaufania, to niepewność i obawy trawią nas od środka.

Pamiętam rozmowę z pewną starszą osobą, która opowiadała o pobycie w szpitalu na oddziale kardiologicznym. Te kilka dni były dla niej istną katorgą. Opowiadała, iż miała poczucie, że jej całe człowieczeństwo zamknięte było w liczbach, a konkretnie w numerze identyfikacyjnym pacjenta jaki został jej przydzielony. Doznała specyficznego dysonansu, gdy grupa lekarzy na obchodzie nie podejmowała z nią próby komunikowania się. Jakby pomiędzy nimi stał ogromny mur oddzielający dwie współistniejące rzeczywistości. Nie była człowiekiem... był liczbą i jednostką chorobową, nic poza tym. Obawiała się o swój stan zdrowia, a ze słów które słyszała nie rozumiała nic.

Badania pokazują, iż tylko 36% pacjentów tak naprawdę poprawnie rozumie podstawowe terminy medyczne (Mishler, 1986). Tak ograniczone informacje mogą być przyczyną do powstawania błędnych przekonań na temat swojego stanu zdrowia i do pewnego rodzaju niepotrzebnej „katastrofizacji” swojego położenia, jak było w przypadku opisanym powyżej. Nielubowicz podkreśla, iż dobra komunikacja werbalna jest czynnikiem który korzystnie wpływa na zdrowie psychiczne i znacznie obniża objawy somatyczne. Ma ogromny wpływ na nasz stan emocjonalny, co ważne jest dobrym środkiem kontrolującym poziom odczuwanego bólu, zmniejsza nadciśnienie i co zaskakujące ma wpływ na prawidłowy poziom cukru we krwi (Nielubowicz, 1991).

Nawiązując do filozofii kantowskiej na tym przykładzie chciałabym podkreślić tezę, która mówi iż człowiek jako jednostka powinna być celem samym w sobie, a lekarze nie powinni poprzestać na nadaniu odpowiedniej nazwy chorobie, która nęka pacjenta.

Dialog pomiędzy pacjentem, a lekarzem jest pewnego rodzaju sztuką, aktem twórczym. Faktem jest, iż często wkład w akt komunikacyjny jest niewspółmiernie rozłożony pomiędzy

uczestników. Bywa i tak, że to co inwestujemy, do nas nie wraca, tylko pochłania nasze emocje, zasoby poznawcze, zarówno pacjenta jak i lekarza.

Pewien lekarz opowiadał o momentach, gdy wyjeżdżał karetką na wizytę. W takiej chwili charakteryzuje go jak to określił „schizofreniczny sposób myślenia”, skupia się tylko i wyłącznie na udzieleniu pierwszej pomocy. Widząc pacjenta stara się tak zadawać pytania, aby w jak najkrótszym czasie wydobyć maximum niezbędnych mu informacji do postawienia wstępnej, jak najbardziej trafnej diagnozy. Nie skupia się na ozdobnikach i zbędnej grzeczności, ponieważ doskonale wie, że czasami każda sekunda jest cenna.

On sam znajduje tu analogię do rycerza w zbroi. Jego pancerz jest mu niezbędny, aby nie oddać się emocjom, które mogą sprawić, iż nie będzie w stanie skupić się na czynnościach ratujących życie. To co nosi na swoich barkach nazywa odpowiedzialnością za siebie, za swoje działania i zespół karetki, a poprzez co i zdrowie pacjenta.

Związek pomiędzy pacjentem, a lekarzem jest trudny. W tej diadzie ciężko jest znaleźć złoty środek, ponieważ oboje działają na innych zasadach. Pomimo tego, iż współistnieją na jednej płaszczyźnie, funkcjonują w różnym „komunikacyjnym Matrix’ie ukrytych znaczeń”, są niczym dwa wymiary, które pomimo tego, iż chcą być jednością, czasami trudno odnajdują jedną, wspólną bazę porozumienia.

Pacjent obciążony jest piętnem choroby, lekarz kieruje się działaniem pomocowym. Diada ta może być kompatybilna, lub być przyczyną dodatkowych nieprzyjemności. Cały potencjał kryje się w „pierwiastkach” które je tworzą.

Spoglądam na to zjawisko z nadzieją, ponieważ wraz z biegnącym czasem widzimy ogromny postęp i zależność pomiędzy odpowiednimi działaniami komunikacyjnymi, a postępami w leczeniu. W końcu dochodzimy do momentu, gdy choroba „*jest faktem. Nie jest żadną karą*” ( Eric-Emmanuel Schmitt,2004). Sądzę, że przy wspólnych wysiłkach będziemy mogli częściej spotykać się z „współczesnymi cudami” w leczeniu i na stałe połączyć w medycynie wpływ psychiki na ciało.

## **Literatura**

Bishop, G.D. (2007). Psychologia zdrowia. Wrocław: Wydawnictwo Astrum

Ben-Sira, Z. (1980). Affective and instrumental components in the physician-patient relationship: A additional dimension of interaction theory. J Health Soc Behave

Gordon, T. (1999). Pacjent jako partner. Warszawa: Instytut WydawniczyPAX.

Mishler, E.G. (1984). The discourse of medicine, dialectics of medical interview. Norwood, New Jersey, Ablex Publishing Corporation.

Nielubowicz, J. (1991). Magia lekarskiego słowa, Polski Tygodnik Lekarski

Schmitt, E.E. (2004) Oskar i pani Róża. Wydawnictwo Znak