

DRUŽINSKA MEDICINA NA STIČIŠČU KULTUR – UČENJE VEŠČIN SPORAZUMEVANJA

Polona Selič¹

UVOD

Biopsihosocialno blagostanje določajo življenjski dogodki, posameznikova zmožnost trpljenja in sposobnost izkoriščanja ali predelave različnih socialnih izkušenj. Vsako telesno stanje ima zasebni, intimni pomen, ki ga do neke mere določa tudi socialna in kulturna realnost posameznika. Kultura je vključena v vse procese socialne izmenjave, saj sooblikuje zaznavanje, emocije in strategije poravnavanja s stresom.

V komunikacijskem procesu se informacije preko kanala prenašajo od komunikatorja do prejemnika. Vse socialne interakcije vsebujejo neko obliko komunikacije, ki je lahko besedna ali nebesedna. Besedna komunikacija poteka z rabo jezika. Jezik omogoča simbolno komunikacijo – sporočila govore tudi o dogodkih, ljudeh ali stvareh, ki niso navzoči. Nebesedno komuniciranje poteka z rabo različnih vodil, s katerimi sporočamo informacije. Socialne interakcije navadno vsebujejo tudi veliko nezavednih nebesednih sporočil. Poznamo osem vrst nebesednih vodil – parajezik, stik s pogledom, izraz obraza, drža telesa, kretnje, dotik, proksemike in obleka. Nebesedni signali so označevalci, ponazorjevalci, izrazi čustev, usmerjevalci in prilagojevalci.

V odnosu med zdravnikom in bolnikom so pomemben dejavnik komunikacijske veščine in veščine v medosebnih odnosih.

O KULTURNEM OKVIRU IN POMENU ZDRAVJA

Bolnik je socialno in kulturno določeno bitje, njegovo osebno izkustvo pa vsebinsko opredeljuje bolezen. Kulturni okvir določa pomembne emocionalne in estetske dimenzije katerekoli izkušnje.

Kulturni okvir deluje posredno - prek socialnih dejavnikov in demografskih značilnosti. Kot komponenta človekove identitete deluje podobno kot druge

¹ Doc. dr. Polona Selič, univ. dipl. psih., Urad varuha človekovih pravic.

spremenljivke: spol, starost, socioekonomski status ipd. in je lahko povezana s prepoznavnimi vzorci bolezni.

Kulturni dejavniki se prenašajo z generacije na generacijo. Gre za rezultate socialnega učenja - jezik, prevzemanje običajev, navad in ritualov socialnega okolja. V evoluciji je kultura ogromno prispevala k pridobivanju znanja o okolju (učenje) in v spletu zapletenih procesov vplivala na fiziološko regulacijo.

Tako ima vsako telesno stanje zasebni, intimni pomen, ki ga do neke mere določa tudi socialna in kulturna realnost posameznika. Zato lahko govorimo o simboliki bolezni (kaj bolezen za določeno osebo v določenem okolju predstavlja) in o kulturnih dimenzijah bolezni. Pri tem moramo povezati kulturne vidike bolezni s psihofiziološkimi spremenljivkami.

Operacionalizacija kulture kot prepričanj o bolezni sega v antropološka dela petdesetih, šestdesetih in zgodnjih sedemdesetih let. Kultura določa specifične interpretacije o pomenu jaza, telesa, zdravja in določenih bolezni. Različni vrednostni sistemi in prepričanja konstruirajo raznolike sisteme atribucij vzročnosti, patofiziologije, nozologije in zdravljenja – pač glede na druge kulturne kategorije, kot so religija, družina, sorodstvo in podobno. Tudi iskanje pomoči (kot posledica bolezni) se umešča v sistem kulturno različnih prepričanj o bolezni.

Sodobni pristopi povezujejo kulturne orientacije (prepričanja in verovanja) z razrednimi, starostnimi, religioznimi, spolnimi in političnimi sloji znotraj družbe. Te sheme so več kot konvencija – niso le kognitivne strukture, ampak tudi afektivne, estetske in moralne sheme. Zlasti pomembno je osebno izkustvo (občutki navade, vsakdanje dejavnosti), ki jih napolnjuje.

Kultura je vključena v vse procese socialne izmenjave, saj sooblikuje zaznavanje, emocije in strategije obvladovanja stresa. V tem smislu sta tudi bolezen in trpljenje, povezano z njo, enako kot ostala eksistencialna stanja, kulturno določena vzorca zasebnega izkustva. Zato zahteva vsako razumevanje psihosomatskih procesov, ki vodijo v fizični distress in naprej v bolezen, skrbno proučevanje učinkov socialnega konteksta. Bolezen ni preprost biološki ali psihosomatski proces, ima namreč tudi pomembno socialno konotacijo.

Kultura, ki nadvse visoko ceni trdnost, moč, učinkovitost in dosežke, rada odklanja znake ranljivosti in občutljivosti, med katere lahko uvršča tudi nekatere bolezni. Večina kultur goji različna pričakovanja do moških in žensk, kar izhaja iz stereotipov moške in ženske spolne vloge ter postavlja različne regulative za moške na eni strani in ženske, neredko skupaj z otroki, na drugi strani. V tem smislu je tudi vedenje, povezano z boleznijo, navadno bolj dopustno za ženske kot za moške.

Socialno okolje po eni strani določa težavnost simptomov - subjektivno doživetje distresa je lahko zato izničeno ali poudarjeno, stanje se izboljša ali poslabša glede na naravo in število pomembnih dogodkov in težav v življenjskem okolju osebe, povezano je z emocionalno klimo in namerami, ki vodijo bolnika v umik iz socialnega življenja ipd. Pri sociosomatski opredelitvi gre za dialektični odnos med osebo, njeno boleznijo in okoljem.

Po drugi strani pa somatskega stanja ne določajo le dogodki, ampak tudi posameznikova zmožnost trpljenja in sposobnost izkoriščanja ali predelave različnih socialnih izkušenj. Bolezen povzroči številne spremembe v okolju – težave v službi, stigmatizacija in/ali zavračanje bolnika s strani družine in prijateljev, ki lahko osebo potisnejo v vlogo žrtve ali pasivnega sprejemnika, nemočnega zaradi dogodkov, ki so jih »zakrivili« drugi.

Oseba lahko zavzame tudi bistveno bolj dejavno držo ter tvorno poseže v okolje. Sčasoma tako pasivna kot tudi dejavna vloga sooblikujeta niz dogajanj (dogodkov, povezanih z boleznijo), ki jih je mogoče opisati kot socialni potek bolezni.

Socialna komponenta bolezenskega procesa ima tako dva pomena – po eni strani dogodki in procesi v socialnem okolju vplivajo na simptome (sososomatski vidik), po drugi strani pa simptomi sami sooblikujejo strukturo socialnega sveta. Ko govorimo o socialnem poteku bolezni, govorimo o kulturno utemeljenih vzorcih strukturiranja sveta medosebnih izmenjav (odnosov), ki določa in je določen s posameznikovim doživljanjem telesnega distresa. Takšna razlaga združuje duševno, telesno in družbeno plat v smiselni ter empirično preverljiv koncept, ki zahteva integracijo biomedicinskih in psihosocialnih pristopov.

O SPORAZUMEVANJU IN BOLEZNI

Bolezen je žal eno od neizogibnih življenjskih dejstev. Vsako **socialno okolje** in vsaka **kultura** ima do bolezni poseben, določen, uveljavljen odnos, ki vpliva tudi na vrednotenje in odzivanje na bolezen neke osebe. Ta odnos je povezan še z drugimi kulturnimi vrednotami in preferencami - povezuje se z vrednotenjem šibkosti, občutljivosti in zdravja ter z normativnimi oblikami izražanja in obvladovanja čustev in zasebnih (intrapsihičnih) težav.

Simptomi (telesne pritožbe) in mnoge telesne bolezni so posledica kopičenja težavnih življenjskih situacij, prepletanja sedanosti in preteklosti ter pogojenosti načina življenja in čustvenih odzivov s preteklimi situacijami (izkušnjami).

Povezanost med telesnim in duševnim se razteza od rojstva do smrti. Dogodki iz preteklosti, ki so zadeli tako telesno kot duševno plat človeka, se lahko ponavljajo na različne načine, skupaj s patološkimi spremembami delovanja, ki jih opišemo kot bolezen. Načini odzivanja in dovzetnost za bolezen se spreminjajo in utrjujejo skozi

najrazličnejše izkušnje. Med vsemi dejavniki, ki vplivajo na pojav, potek in izid bolezni, ima preteklost posebno vlogo, čeprav kažejo medicinske statistike, da imajo nekatere bolezni (npr. kardiovaskularne) največjo pogostnost pojavljanja pri določeni starosti.

Seveda odnos med osebnostjo in boleznijo ni enosmeren – tudi bolezen povratno vpliva na osebnost. Globoka depresivnost, brezup, jeza in krčevita tesnoba so lahko najprej posledice bolezni, neredko pa pridobijo sekundarno avtonomijo in vplivajo nazaj na telesno stanje.

Človeka moramo vseskozi gledati globalno, celovito v njegovih **bioloških, psiholoških in socialnih** razsežnostih, možnostih in zmožnostih. Vsak bolnik, ki pride v ambulanto, v bolnišnico, zdravilišče, je takšna posebna in neponovljiva celota. Na njegovo ravnanje, odzivanje in počutje vplivajo poleg **telesnih simptomov** še **samovrednotenje, psihosocialne interakcije**, v katere stopa, **življenjski (stresni) dogodki**, ki jih je bolj ali manj zadovoljivo preživel, in (zanj) **značilni načini vedenja**, vzorci obnašanja, ki jih je vajen in jih obvlada.

KOMUNIKACIJA

Temelj vseh socialnih interakcij je človekova sposobnost komuniciranja. Komunikacija je prenos informacij od ene osebe k drugi.

Komunikacijski proces je izmenjava sporočil skozi različne informacijske kanale od izvora do prejemnika sporočil. Elementi procesa komunikacije so:

- izvor sporočil (komunikator)*,
- sporočila,
- medij ali kanal komuniciranja,
- prejemnik sporočil.

Komunikator je oseba, ki izvaja komunikacijski učinek na prejemnike informacij.

Študije so pokazale značilnosti dobrega komunikatorja:

- **zanesljivost** – resnicoljubnost, informiranost, zanesljivost virov informacij, stališče, da nima namena prepričevati prejemnika v resničnost sporočil, temveč zgolj predstaviti dejstva in/ali svoje mnenje;
- **privlačnost** – prejemnik se lažje poistoveti s privlačno osebo, zato je bolj pripravljen sprejeti njena stališča; poleg fizične privlačnosti je pomembna medosebna privlačnost;
- **stopnja jasnosti komunikacijskih namer** – če komunikator izzove spopad mnenj ob drugačnem stališču poslušalcev, je boljše, da svojih namer ne izraža tako neposredno;
- **socialna moč** – moč (zmožnost) komunikatorja, da nagradi/kaznuje poslušalce.

Speči učinek – sporočilo deluje z zamudo, z zamikom, ne pa neposredno po njegovem sprejemu – sčasoma pozabimo na morebitno neustreznost komunikatorja in se bolj usmerimo na vsebino sporočil. Slednje zavezuje zdravnika, da je v svojih sporočilih jasen in kar se da nedvoumen ter pozoren tako na vsebino kot tudi na način sporočanja.

Sporočilo:

- **enostranost/dvostranost** – v zavesti se bolj utrdi realistično, stvarno in vsestransko argumentirano sporočilo;
- učinek **izzivanja strahu** pri prejemnikih informacij – praviloma pride do manjše učinkovitosti sporočila, do izogibanja sporočilu ali do zmanjševanja njegove sporočilne vrednosti;
- **pozitivna/negativna formulacija** (vsebina) sporočila – v določenih primerih so negativno formulirana sporočila bolj učinkovita – kadar so namenjena neposredno spreminjanju mnenja o objektu sporočila ipd.

Prejemnik sporočila – informacije izbira selektivno. Najpomembnejši selekcijski dejavniki so:

- **težnja po ravnotežju** – večinoma so ljudje pripravljeni na soglasje z drugimi; praviloma bolj pozitivno ocenjujejo posameznike kot skupine;
- **težnja po izogibanju napadom nase** – prejemnik ne pozna načina, kako se »obraniti« pred komunikatorjem; ta učinek je lahko kratkotrajen;
- **osebnostne značilnosti prejemnika** – samospoštovanje, samovrednotenje.

Zdravnik družinske medicine z večletno izkušnjo obravnavanja bolnika in/ali njegove celotne družine bo svoje poznavanje koristno porabil in bolj učinkovito komuniciral. Sporazumevanje s povsem neznanimi osebami je lahko oteženo ravno na račun osebnostnih značilnosti, ki jih zdravnik bodisi ne prepozna bodisi napačno oceni ali jim ne posveti ustrezne pozornosti. Praviloma so bolj učinkovita sporočila (priporočila, nasveti, navodila), ki jih bolnik ne prepozna kot kritiko svojega dosedanjega ravnanja, ne glede na to, da bi bila kritika morda lahko nadvse umestna in utemeljena.

Besede s svojim pomenom predstavljajo zgolj manjši del sporočila. Vsaj dve tretjini sporočila sta nebesedni. Tako dejavno poslušanje zahteva od nas, da sežemo »za besede« in se zavedamo delovanja medsebojnega sovplivanja, tona lastnega in sogovornikovega glasu, očesnega stika, izrazov obraza, gest, govornice telesa, sporočilne vrednosti lastnega in sogovornikovega zunanega videza in – ne nazadnje – vpliva okolja (prostora). Sporazumevanje je interakcijski proces, iz katerega zdravnik ni izvzet, oziroma v katerega zdravnik ni vključen kot konstanta – tudi sam sooblikuje komunikacijsko polje, zato ni dovolj, da pozorno posluša in opazuje; mora se zavedati, da ga (bolniki) vseskozi opazujejo.

Nebesednim sporočilom nezavedno bolj verjamemo kot samim besedam. Če je med besednim in nebesednim delom sporočila neskladje ali celo nasprotje, verjamemo nebesednemu. Prepoznavanje nebesednih delov sporočila zahteva pozornost opazovanja. »Dober« zdravnik velikokrat že pred samim pregledom prepozna sogovornikove poskuse zavajanja, izmikanja ali prikrivanja. Gre za večino opazovanja in poslušanja, ki ju storilnostno naravnana in časovno dokaj omejena delovna procedura duši. Poklici, ki so kakorkoli določeni tudi z medosebnimi interakcijami, terjajo od izvajalcev (nosilcev moči in odgovornosti) vsaj nujno raven opazovanja in poslušanja.

BESEDNO SPORAZUMEVANJE

Besedno sporazumevanje je **simbolno** – govorimo lahko o stvareh, ki jih ne vidimo, ali jih sploh ni. Z besedami lahko ustvarjamo tudi variacije pomenov.

Jezik uporabljamo za oblikovanje kategorij in za razvrščanje pojmov v skupine – informacije lahko shranimo, ugotovimo lahko, kakšni so medsebojni odnosi med stvarmi. Jezik tako služi označevanju sveta.

Besedno sporazumevanje omogoča zelo zapleteno vplivanje na socialne interakcije in delno tudi njihovo nadzorovanje. Pri tem so pomembni:

- izbor besed,
- vrsta stavkov (trdilni, nikalni ipd.),
- načini, na katere oblikujemo stavke.

Izbor besed je potrebno prilagoditi bolniku – njegovi starosti, življenjski zgodovini, izkušnjam, izobrazbi, okolju, v katerem živi, in stanju, v kakršnem je. Praviloma je učinkovitost sporazumevanja večja, če so sporočila kratka in jasna. Spoznavanje besedišča sogovornika je mogoče v pogovoru, zato kaže bolnike vzpodbujati k prosti pripovedi, jih poslušati in se sprosti odzivati in prilagajati.

NEBESEDNO SPORAZUMEVANJE

Nebesedno sporazumevanje je vsak način sporazumevanja, ki ne vključuje besed ali simbolov, ki besede nadomeščajo. V socialnih interakcijah je raba nebesednega sporazumevanja precej nezavedna. Nebesedna sporočila delujejo v obeh smereh: od zdravnika na bolnika in obratno, nekateri nebesedni signali se med seboj ojačujejo, zato je potrebno vseskozi spremljati tako lastno kot tudi sogovornikovo vedenje/odzivanje.

Pri nebesednem sporazumevanju uporabljamo signale (vodila). To so: parajezik, stik s pogledom, izrazi obraza, drža, kretnje, dotik, proksemike in obleka.

PARAJEZIK

Parajezik so dodatne informacije, ki pridejo do poslušalca prek govorjenega jezika (ritem, intonacija, ton), kar ima lahko enako sporočilno vrednost kot same izgovorjene besede. Parajezikovna vodila so:

- ton glasu,
- jezikovni spodrsaljaji (jecljanje, ponavljanje) – jeza, anksioznost,
- eee-ji, mmm-ji – negotovost, dvom,
- zven glasu (trd/mehak),
- ritem govorenja – počasno govorjenje (zdi se, da človek ni prepričan o tem, kar govori), hitro govorjenje (anksioznost, vznemirjenost), premori med stavki.

Parajezikovna vodila (znaki) omogočajo veliko (70%) razlikovanje med čustvi, kot so ljubezen, veselje, občudovanje, gnus in strah.

STIK S POGLEDOM

Stik s pogledom je najmočnejše posamezno nebesedno vodilo. Je pomemben pokazatelj čustev.

Pri sporazumevanju ima štiri pomembne funkcije:

- uravnavanje poteka pogovora;
- dajanje povratne informacije (fitbeka) govorniku o tem, kar je povedal;
- izražanje čustev;
- informiranje obeh udeležencev o naravi odnosa, v katerem sta.

Pri uravnavanju poteka pogovora je stik s pogledom eden najpomembnejših signalov. Sogovornika pogledamo na začetku, ko hočemo z njim začeti pogovor; ko končamo z govorjenjem, je pogled daljši. Če sogovornika na koncu sploh ne pogledamo, ta navadno ne odgovori ali pa traja dosti dlje, da odgovori.

Stik s pogledom je odraz potrebe po odobravanju s strani drugih. Ljudje z močno potrebo po odobravanju naredijo več stikov s pogledom. Pogosto ima govorec občutek, da ga sogovornik ne posluša, če ga ta ne gleda. Bolnik je pretežno v vlogi »iskalca pomoči«, obremenjeni z realno ali naučeno nemočjo, ko je potreba po sprejetosti (tudi po prenosu odgovornosti) praviloma velika. Stik s pogledom je v takšnem kontekstu nujen in ga ne bi smelo nadomestiti sočasno vnašanje podatkov v računalnik ali na papir, ne glede na realne časovne omejitve, s katerimi se spoprijema zdravnik.

Količina stikov s pogledom med sogovorniki je povezana z razdaljo med njimi. Tako je lahko stik s pogledom neke vrste nadomestilo za pomanjkanje telesne bližine, ali pa sporočilo, da odnos ni zaupen (kadar sta sogovornika fizično blizu,

vendar so stiki s pogledom redki). Strmenje v neznane ljudi pogosto povzroči, da se ti počutijo neprijetno.

Stik s pogledom lahko izraža čustva na dva načina:

- način, *kako vzpostavimo stik s pogledom* – ko strmimo v ljudi, ki jih ne maramo, so mišice okoli oči bolj napete, oči pa precej široko odprte; če nam je oseba všeč, so naše očesne mišice mnogo bolj sproščene, zato oči niso tako široko odprte;

Čustva kažemo tudi z drugimi signali – s pogostostjo mežikanja ali položajem obrvi:

- glavni način, na katerega stik s pogledom kaže čustvo, je povsem nezaveden – če nam je sogovornik všeč, se naša očesna *zenica širi*.

IZRAZ OBRAZA

Obraz in oči sta dela telesa, ki ju najbolj opazimo, vendar pa ju težko razumemo. Za premikanje obraza ima človek več mišic kot katera koli živalska vrsta – za ljudi je sposobnost zapletenega in natančnega gibanja obraza zelo pomembna. Izraz obraza se lahko zelo hitro spreminja (nekateri izrazi trajajo samo 0.2 sek).

Obstaja vsaj osem prepoznavno različnih položajev obrvi in čela (vsak ima lasten pomen), osem položajev oči in vek in vsaj deset položajev mišic na spodnjem delu obraza – ti položaji v različnih kombinacijah oblikujejo ogromno število možnih izrazov.

Nekateri izrazi obraza imajo po vsem svetu enak pomen.

Položaj obrvi:

- hiter dvig in spust (preblisk obrvi) – ko nekoga prvič pozdravimo (enako v vseh človeških družbah in pri mnogih velikih opicah) = signal prepoznavanja,
- povsem dvignjene – nejevera,
- pol-dvignjene – presenečenje,
- normalne – brez komentarja ali odziva,
- pol-znižane – zbeganost, zmedenost,
- povsem znižane – jeza.

Kompleksnejši »univerzalni« vzorci:

- stik s pogledom in povešene obrvi – zadržanost in plahost,
- osnovni obrazni izrazi smeha,
- osnovni obrazni izrazi bolščanja od jeze.

Drugi nebesedni signali so v različnih družbah različni – razvijejo se kot rezultat izkustva. Prek-kulturne študije so pokazale, da so mnogi osnovni čustveni izrazi verjetno podedovani, kultura pa potem vzpodbuja/zavrača kazanje določenih čustvenih izrazov.

V grobem razlikujemo sedem glavnih vrst izrazov obraza, vsaka pa ima mnogo variacij: sreča, presenečenje, strah, žalost, jeza, zanimanje in gnus. Te vrste izrazov obraza so signali, ki jih prepoznajo v vseh človeških družbah, zato domnevamo, da so dedne. Variacije izrazov obraza pa se verjetno razvijajo pod vplivom kulture.

Pri pogovoru dajejo izrazi obraza fitbek sogovorniku – povedo mu, da ga poslušamo.

Čustvene vidike osebnosti uravnava in nadzoruje desna polovica možganov. Desna hemisfera oživčuje levo polovico obraza, zato ima leva stran obraza pomembnejšo vlogo pri izražanju čustev.

DRŽA

Najpogosteje je sporočanje z držo nezavedno, lahko pa ga uporabimo tudi kot namerno metodo sporazumevanja.

Telesna drža izraža napetost/sproščenost osebe. Način hoje izraža plašnost (sključena hoja) oziroma samozavest (vzravnan hoja).

KRETNJE

Kretnje so način sporočanja dodatnih informacij. Večino časa kretnje uporabljamo namerno, da z njimi podpremo ali poudarimo, kar pripovedujemo. Včasih so kretnje nezavedne (nervozno cepetanje z nogami, poigravanje s predmeti v rokah ipd.) – sogovorniku sporočamo o našem počutju.

Poslušalec, ki se vživlja v govornca, je pozoren, pogosto posnema tudi njegovo držo (odmev drže) in kretnje. S posnemanjem kretenj poslušalec pokaže, da sogovornika razume. Zdravnik lahko pomembno poveča delovanje svojih sporočil, če se bolniku nekoliko približa tudi na ta način.

Nekatere kretnje so kulturno značilne – kretnje so simboli, ki pomenijo določeno idejo, skoraj vedno so naučene in v različnih človeških družbah različne. Tega se moramo pri bolnikih, ki prihajajo iz okolij, ki nam niso domača, zavedati.

DOTIK

Z dotikom lahko nezavedno prenašamo precej zapletena sporočila. Dotik je signal, ki se od družbe do družbe razlikuje. Količina dotika, ki ga dovolimo neki osebi, je določena s kulturnimi normami. Kršenje teh norm pogosto povzroča neprijetno počutje. Od zdravnika je dotik sicer pričakovano, vendar kljub temu terja določeno mero pazljivosti in občutljivosti.

V naši kulturi veljajo določeni predeli telesa sprejemljivi za dotikanje, vendar samo od določenih ljudi in v določenih situacijah. Deli telesa, ki jih imamo sprejemljive za dotikanje, se spreminjajo glede na odnos med nami in drugo osebo. Dotik je zelo močan znak in izzove nezavedne čustvene reakcije. Slednje velja tudi znotraj zaupnega odnosa med zdravnikom in bolnikom.

Moški in ženske se razlikujemo v dojemanju dotika. Ženske jasno razlikujejo med načini dotikov, ki kažejo toplino in prijaznost, in načini dotikov, ki kažejo spolno poželenje. Moški te razlike ne opazijo.

V vsakdanjem življenju se dotika s tujci izogibamo, ker je signal, ki sporoča intimnost.

Dotik kot sestavni del sporazumevanja poleg intimnosti in bližine sporoča tudi status. Ljudje z nižjim statusom se pustijo dotakniti, vendar sami ne začnejo z dotikanjem.

PROKSEMIKE

Posebna oblika sporazumevanja je bližina, ki si jo dovolimo, kadar smo poleg druge osebe. Vsaka družba ima lastno predstavo o osebnem prostoru = razdalji, ki velja za ugodno za pogovor ali za drugo obliko socialne interakcije. Pri nas je normalna pogovorna razdalja 1-1,5 m.

Na medosebni prostor vplivajo:

- **starost** – navadno stojimo bliže ljudem svoje starosti kot ljudem, ki so od nas mnogo mlajši/starejši;
- **družbena vloga moškega/ženske** – družbena vloga moškega narekuje vzdrževanje večje razdalje;
- **stopnja prijateljstva** – zaupni prijatelji stojijo 0-0,5 m narazen, znanci 1-1,5 m narazen, ljudje na javnih srečanjih tudi do 4 m narazen.

V normalnih socialnih situacijah si pogosto, kolikor le moremo, prizadevamo, da bi »zavarovali« svoj osebni prostor.

OBLEKA

Uniforma označuje vlogo posamezne osebe v družbi. Od zdravnika v ordinaciji bolniki pričakujejo ustrezno oblačilo – zdravnika sicer ne »naredi« bela halja, vendar lahko pri nekaterih ljudeh samodejno poveča zaupanje.

Slog obleke je lahko namerno izbrano sporočilo. Razvrščanje na osnovi obleke je lahko stereotipno in napačno – z vsemi ljudmi, ki ustrezajo določenemu stereotipu o oblačenju, ravnamo enako samo zato, ker imajo podoben slog oblačenja.

RAZVRSTITEV NEBESEDNIH VODIL

Za prenos informacij imamo na razpolago veliko število različnih nebesednih vodil. Mogoče jih je razvrstiti v pet skupin:

- **označevalci** – nebesedna dejanja ali kretnje, ki imajo neposreden pomen, ki ga lahko izrazimo tudi z besedami (mahanje v slovo, nagib glave na roki – za spanje ipd.); v komunikaciji med zdravnikom in bolnikom bi se kazalo označevalcem izogibati;
- **ponazorjevalci** – nebesedna dejanja, ki spremljajo govorjenje in pripovedovano pokažejo na drugačen način (razširjanje rok za ponazoritev velikosti) – ponazorjevalce (ilustratorje) pogosteje uporabljamo takrat, kadar tisto, kar razlagamo, težko izrazimo z besedami;
- **prikazi čustev** – nebesedna vodila, ki kažejo čustvena stanja in opazovalcu pokažejo, da doživljamo določeno čustvo – izrazi obraza, kretnje, ton glasu ipd.;
- **usmerjevalci** – (regulatorji) nebesedna dejanja, ki uravnavajo pogovor in druge interakcije – zagotovijo, da stvari tečejo gladko in dejanja potekajo v pravilnem zaporedju – usmerjevalec je npr. stik s pogledom, s katerim sogovorniku damo znak, da lahko prevzame besedo; z izrazom obraza sogovorniku pokažemo, da nas tema še zanima;
- **prilagojevalci** – (adapterji) individualne značilnosti vedenja, ki jih osebe razvijejo pri spoprijemanju z določenimi situacijami – idiosinkratične kretnje/izrazi obraza – ko smo npr. nervozni, se praskamo po glavi.

Učinkovito sporazumevanje z bolniki terja od zdravnika disciplinirano rabo nebesednih vodil, med katerimi velja pozorno uporabljati predvsem usmerjevalce ter se zavedati lastnih prilagojevalcev.

Nebesedna vodila imajo različne funkcije:

- **pripomoček pri govorjenju**, s katerim podpremo, kar pripovedujemo, in s katerim dajemo sogovorniku povratno informacijo;
- **nadomestilo govora** – kretnje izrazijo dovolj, da so besede nepotrebne;
- **signaliziranje stališč** – povečanje zenic sporoča, da nam je tisto, kar gledamo, všeč;
- **signaliziranje čustvenih stanj** – napetost mišic izraža npr. jezo.

Učenje večšin sporazumevanja je izkustveno in interaktivno – kot pri vseh veččinah so potrebni vaja, ustrezne povratne informacije in morebitne modifikacije.

SKLEP

Vsak človek ima poseben in značilen odnos do zdravja in različnih vrst bolezni, kar izhaja iz njegovega celostnega odnosa do sebe, iz predstave o lastnih prednostih in

pomanjkljivostih, načina doživljanja lastnega telesa in tolerance za bolečino. Pri toleranci za bolečino so pomembni posamezniku lastni način doživljanja (ne)ugodja, bojazni in potreba po jasnem, strukturiranem svetu.

Način doživljanja in sprejemanja boleznii zato ni toliko odvisen od motnje same, kot od človekovega doživljanja te motnje – zaplet sam je pomemben manj kot človekov odnos do njega, saj določa težo in možne izide.

Ljudje v kriznih in/ali kritičnih situacijah navadno nazadujejo (regredirajo). Takšen pojav ni redek in ga je mogoče opaziti v »vsakdanjem« življenju, ko se ljudje v stanjih jeze, strahu, žalosti ali v pogojih, ki prizadevajo njihovo psihično, telesno ali socialno blagostanje (stres in napetost, povezana z delom, medosebnimi odnosi, ob nesrečah, poškodbah in najrazličnejših težavah), obnašajo drugače kot običajno, pogosto neučinkovito in navidez nespametno, nezrelo. Takšni pojavi zdravnikom niso tuji. Na primer pri ljudeh, ki so v otroštvu izkusili »izgubo« naklonjenosti dominantnega starša, če so ga razjezili (kadar niso izpolnili njegovih pričakovanj ali zahtev), lahko vzbudi jeza za njih pomembnega sočloveka bojazen, pretirano (okolščinam neprimerno) paniko ter aktivira vedenjski vzorec iz otroštva. To pomeni, da se ne odzivajo na trenutno situacijo in odnos, ne ravnajo iz odraslega sebe, marveč iz sebe v otroštvu, in tudi ne na sedanjega pomembnega sočloveka, ki se jezi, ampak na jeznega starša izpred (mnogo) let. Odnos med dvema osebama, ki ga je mogoče opaziti in opazovati, je tako v nekaterih delih, vzorcih in vsebinah lahko tudi odnos enega izmed njiju z nekom tretjim (očetom, materjo, sorojencem - članom družine pač), ne da bi se kdorkoli od njiju tega zavedal.

Stanje regresije, v katero lahko zdrsnejo bolniki (stresne obremenitve), jih nekako »vrne« za nekaj obdobij v procesu osebnostnega razvoja in zorenja nazaj. Zato je toliko bolj verjetno, da se aktivira mehanizem prenosa. Ljudje, ki kot otroci v svoji družini niso smeli izražati t. i. negativnih čustev (jeze, sovraštva, zavisti, tudi strahu), čeravno so jih doživljali, imajo s tovrstnimi čustvi težave tudi kasneje, ko odrastejo. Takšna »prepoved« določenih čustev se kaže tako na ravni doživljanja, ko si »negativnih« čustev preprosto ne dovolijo, se jih ne zavejo, kot tudi na ravni izražanja čustev - na primer jeze se sicer zavedajo, vendar je ne pokažejo. Kaj nekoga razjezi in kako to izrazi, česa se boji in česa ne mara, so pomembni podatki, ki v marsičem zaznamujejo ravnanje določenega bolnika, zato jim moramo posvetiti potrebno pozornost. Nekateri otroci niso smeli in/ali mogli izraziti negativnih čustev do svojih bratov (ali sester) oziroma do svojih staršev in so odrasli v ljudi, polne teh neizraženih čustev, ki potem prihajajo na plano v drugih odnosih ter jih neredko zastrupljajo, ne da bi se udeleženci sploh zavedali njihovega vzroka oziroma izvora.

Poenostavljeno rečeno, nam vsak član družine, v kateri smo živeli (to imenujemo »primarna« družina za razliko od »sekundarne«, ki jo oblikujemo sami, v kasnejši,

odrasli dobi), »nekaj predstavlja«. Ti najzgodnejši odnosi so modeli, ki jih poznamo in neredko uporabljamo le malo spremenjene tudi v odraslem življenju. Na nek način v odnosih z ljudmi »prepoznavamo« ter vnašamo vzorce iz drugih, nam primarnih odnosov, kar še posebej velja za situacije močne čustvene nasičenosti (ko nas je strah, se počutimo negotove, ko smo močno vznemirjeni in podobno). Zato je v odnosu med zdravnikom in bolnikom, kjer smo kot pomembna dejavnika opredelili **komunikacijske veščine** in **veščine v medosebnih odnosih** potrebno vedeti, da je sogovornik najverjetneje čustveno vznemirjen in deluje drugače, nekako »nazaduje« (regredira) tako v lastnem doživljanju (in ravnanju) kot tudi v odnosih z drugimi (zdravnikom). To pomeni, da se odziva s tistimi vzorci, ki jih je osvojil najprej, ko je bil še otrok, majhen in dokaj nemočen.

Stres vpliva tako na zaznavanje in vzpostavljanje medosebnega kontakta kot tudi na izražanje stališč (na primer do lastnega zdravstvenega stanja in bolezenskih težav). V usmerjenem pogovor, ki ga vodi pozoren zdravnik, ki se zaveda te medosebne dinamike, je večja možnost, da na sogovornika vpliva »blažilno« (medosebna interakcija je lahko izvor, lahko pa blažilec stresa). Stresa kot pomembnega dejavnika komunikacijske situacije tako sicer ne odpravimo, ga pa lahko ublažimo (»obvladamo«), kar je pomembno, saj je namen vsakega razgovora pridobivanje kar najbolj veljavnih in zanesljivih podatkov ter iskanje poti do bolnikovega duševnega in telesnega blagostanja.

Literatura

1. Bourne, E.J. (1991). *The Anxiety and Phobia Workbook*. Oakland, New Harbinger Publications.
2. Davis, M., Eshelman, E.R., McKay, M. (1994). *The Relaxation and Stress Reduction Workbook*. Oakland, New Harbinger Publications.
3. Selič, P. (1999). *Psihologija bolezni našega časa*. Ljubljana, Znanstveno in publicistično središče.
4. Yeschke, Charles L. (1996). *The art of investigative interviewing: a human approach to testimonial evidence*. Butterworth-Heinemann, MA

