



Lekarze, mówcie ludzkim głosem

Leczą, ale nie potrafią rozmawiać. Przekazywać informacji, dawać nadziei. Pacjenci czują się zagubieni i samotni ze swoją chorobą. Czasami, zamiast do doktora, wołają pójść do znachora. Bo wysłucha i pocieszy. Czy można to zmienić? – pytamy psycholog **MAŁGORZATĘ MAKOŚ-WIŚNIEWSKĄ**

ROZMAWIA *Katarzyna Kachel* | ZDJĘCIE *Joanna Urbaniec*

Małgorzata Makoś-Wiśniewska, psycholog, trener psychodramy, aktorka i instruktor teatralny, absolwentka Krakowskich Szkół Artystycznych. Pracuje w Specjalistycznym Szpitalu im. Stefana Żeromskiego w Krakowie oraz Centrum Psychoterapii i Seksuologii „Empatia”. W ramach praktyki zawodowej zajmuje się przede wszystkim diagnozą zaburzeń natury psychosomatycznej, psychoedukacją, terapią oraz wsparciem psychologicznym pacjentów i ich rodzin. Od 2013 roku rozpoczęła działalność szkoleniową z zakresu psychologii oraz kompetencji społecznych, adresowaną do personelu medycznego. Współtworzy i realizuje projekty szkoleniowe.

– „Ma pan raka złośliwego. To mutacja genetyczna, przypadek beznadziejny. Następnym razem proszę”. Wypadaloby wyjść z gabinetu i wyskoczyć przez okno, prawda? – Wierzę, że niejednemu mogłoby to przemknąć przez głowę. – **To prawdziwa historia.** – Absolutnie nie powinna mieć miejsca. Lekarz zupełnie nie uwzględnił ani emocji tego mężczyzny, ani faktu, że największą ludzką wartością jest życie. W momencie kiedy jest zagrożone, mówiąc kolokwialnie, wali się wszystko, człowiek zderza się ze ścianą. Trzeba być niezwykle silnym, by bez żadnej pomocy się od niej odbić. – **Dlaczego dochodzi do takich sytuacji?** – Przyczyny są bardzo zróżnicowane. Od niedostatku empatii zaczynając, złego dnia, przemęczenia, stresu, po brak podstawowych umiejętności rozmowy z pacjentami. – **Amerykanie przeprowadzili badanie wśród studentów medycyny, by sprawdzić, czy zdają sobie sprawę, jakie słowa są dla pacjentów zrozumiałe i czy potrafią je rozróżnić. Okazało się, że o ile ci na pierwszym roku radzili sobie z tym doskonale, ci na ostatnim prawie zupełnie. Dlaczego stracili tę umiejętność?** – Nazywamy to w psychologii modelowaniem, czyli uczeniem się pewnych zachowań. Młodzi ludzie, którzy wybierają i rozpoczynają te studia, chcą pomagać innym. Kierują się zwykle dobrymi intencjami. W toku socjalizacji medycznej, nauki, zaczynają się wdrażać w żargon medyczny. W model biomedyczny, czyli taki, w którym uprzedmiotawia się rzeczywistość i dostrzega się wyłącznie chorobę, a nie chorującego pacjenta. I dlatego tak ważna dla młodego lekarza, który idzie na staż, jest postawa jego starszych kolegów. To, jakie zachowania mu przekażą: czy będzie to traktowanie drugiego w sposób zdehuma-

nizowany, czy nauczenie stażysty, jak rozmawiać po ludzku. – **Teoretycznie wydaje się, że takie umiejętności albo się ma, albo nie...** – Że wynosi się je z domu, z otoczenia, są wypadkową naszego charakteru, osobowości, kultury osobistej? I tak też jest. Na to wszystko nakładają się jednak realne, „górące” sytuacje, z którymi na szybko nie potrafimy sobie nieraz poradzić. Nie lekarze, ale ludzie-lekarze. – **Możemy się tego nauczyć?** – Możemy, tyle że na studiach medycznych się tego nie praktykuje. Owszem, wykładają psychologię ogólną, ale nie ćwiczy się kontaktów z drugim człowiekiem. I to, niestety, przekłada się na późniejszą pracę i problemy z komunikacją. I to nie tylko w sytuacjach dramatycznych, kiedy trzeba powiedzieć drugiej osobie o śmiertelnej chorobie, ale też w zwykłych, niemalże codziennych kontaktach pacjentów i lekarzy.

Do rzecznika praw pacjentów trafia dziś więcej skarg na zachowanie lekarzy, niż na leczenie. Jeśli medyk nie wzbudzi naszego zaufania, czujemy urazi, obrazi, czasami potraktuje obcesowo, proces leczenia jest trudny

– **Z czego wynika ten mur, który między nami wyrósł?** – Proszę nie wymagać od mnie łatwych analiz. Z moich obserwacji i praktyki wypływają następujące wnioski: po pierwsze – problemem jest to, o czym mówiliśmy, czyli brak uczenia dobrych zachowań. Po drugie – nie przygotowuje się lekarzy do przekazywania informacji na temat choroby. Duży nacisk kładzie się na wiedzę i profesjonalizm, zapominając, że osobowość, umiejętność rozmowy z pacjentem to także narzędzie pracy lekarza, jak stetoskop czy skalpel. Bo zawsze w kontakcie z drugim człowiekiem pracujemy sobą, swoją postawą, mimiką, słowem. A w zawodzie zaufania publicznego, jakim jest lekarz, nie można od tego uciec. – **Lekarze uciekają?** – Jak my wszyscy. Czasami takie unikni to forma radzenia sobie z emocjami (na zasadzie: muszę się zdystansować, bo zwariuję), innym razem walka o zachowanie twarzy, swojej pozycji, a jeszcze w innym przypadku forma obronna przed natarczywym, agresywnym pacjentem, jego atakiem. – **Ta agresja i natarczywość może równie dobrze być maskowaniem lęku i strachu przed chorobą?** – Oczywiście, że tak. Mechanizmy obrony nie zależą od zawodu i zajmowanej pozycji. – **Zatem dla dalszego leczenia, życia i zdrowia ważna jest nasza relacja z lekarzem i to w jaki sposób zakomunikujemy nam diagnozę. A dlaczego są ludzie, którzy zamiast do doktora, wołają do znachora?** – Znachor nas wysłucha, powie, że będzie dobrze i że wie, co się z nami stanie. Na dodatek ma czas, daje nam poczucie, że jesteśmy dla niego w danym momencie najważniejsi – a nie jedni z wielu. I po części jest to odpowiedź na pani pytanie, o wadze relacji, która wytworza się między pacjentem

a doktorem. To szalenie istotne, i od niej uzależniony jest sukces terapeutyczny. Można być profesjonalistą, genialnym diagnostą, który wie dokładnie, jak poprowadzić chorego przez kolejne etapy leczenia. Kiedy jednak ta druga strona nie dostrzeże zrozumienia, a między nim a lekarzem nie wytworzy się choćby nić zaufania, może stać się i tak, że chory odmówi leczenia, nie zastosuje się do porady, a nawet przestanie brać leki. – **Trzeba być miłym lekarzem, by chory lyktał pigułki?** – To oczywiście uproszczenie, ale jesteśmy tak skonstruowani, że łatwiej nam uwieść kogoś, kto jest dla nas życzliwy. Choć co prawda nie brakuje i takich osób, które mówią: „Niech się na mnie wydziera, niech będzie bufonem, ale i tak zamierzam się u niego leczyć, bo jest świetnym fachowcem”. Ważna jest tutaj także specjalność. Kobieta w ciąży wybierze opiekuńczego ginekologa, który zadba o nią, o jej emocje, rozproszy niepewność. Kiedy jest problem nowotworowy, łatwiej jest znieść podług osobowość, bo na szali jest życie. To postawy bardzo indywidualne. – **W szpitalach ważne rozmowy toczą się często na korytarzach, a wizyty w przychodniach są wyznaczane co 10, 15 minut. Gdzie czas i przestrzeń na rozumienie, współczucie?** – To są trudności systemowe, na które nie mamy często wpływu. Można to jednak nadrobić atmosferą, drobnym gestem, uśmiechem. Są świetne, supernowoczesne kliniki, gdzie pacjent czuje się dużo gorzej niż na sali, w której są oprapane ściany i stare sfatygowane łóżka. Personel, klimat i nastrój są bowiem w stanie zrekompensować takie braki. – **Mówi się, że w Polsce świadomość bioetyczna jest gorsza niż na Zachodzie. Odczuwa to Pani?**

Wszystkie nasze emocje są w głowie – przekonuje Małgorzata Makoś-Wiśniewska

– Myślę, że ta świadomość istnieje, tylko że jest mało wytrenowana. Jest też pewna grupa lekarzy, która nie potrafi tego praktykować. Emocje przygłuszają procesy poznawcze, racjonalne myślenie. Nie wiedzą jak reagować na żal, smutek, wątpliwość, rozgoryczenie drugiej osoby. Nie potrafią rozbudzić w chorym chęci do walki. – **Da się tak przekazywać informacje o ciężkiej, śmiertelnej chorobie, by pacjenta nie złamać, nie pogrzyż?** – To zawsze jest i będzie trudne, ale można starać się zrobić to tak, by chory miał świadomość, że prowadzący go lekarz będzie walczył do końca, robił wszystko, na co pozwala medycyna i że przeprowadzi pacjenta przez kolejne etapy choroby czy zdrowienia. – **Dlaczego takie słowa nie padają?** – Padają. Znam lekarzy, którzy mają świetne relacje z chorymi. Wierzę zresztą, że ten potencjał jest w większości z nich, tyle że bywa z różnych powodów niewykorzystany. Lekarze, którzy nie potrafią w mądry, humanitarny sposób rozmawiać, to ludzie, którzy skupiają się wyłącznie na sobie. Łatwiej przecież przekazać suchą, medyczną informację, prawdą? Dobrych zachowań trzeba ich więc uczyć, przypominać im o tym, że to zacyd z misją, gdzie zaufanie się podstawa ich pracy, gdzie liczą się małe gesty, ruchy, uśmiech. – **Lekarz powinien chodzić po korytarzu z uśmiechem od ucha do ucha?** – Nie przesadzajmy, bo każda skrajność jest niedobra, ale faktycznie wszyscy powinniśmy się bardziej uśmiechać. – **Co nam to da?** – Mógł da się oszukać. Nawet wtedy gdy uśmiechamy się sztucznie, poruszamy takie struktury w naszej głowie, które wysyłają informacje, że jesteśmy zadowoleni. I ktoś, kto nas obserwuje – może w sposób nieświadomy – dostaje dokładnie taki sam

sygnał. Pozytywnym nastrojem wzmagamy procesy odpornościowe naszego organizmu, co sprawia, że jesteśmy bardziej wytrzymali na chorobę, szybciej goją się nam rany i szybciej wychodzimy ze szpitala. Apełuję do lekarzy: róbmy tak, bo przekłada się to także na wyniki ekonomiczne. Jest to również ważna informacja dla chorych. Życzliwemu pacjentowi trudniej odburknąć, trudniej go zbyć okrągłym, nieznaczącym zdaniem. – **Ciężko cierpiącemu, obolałemu czasami trudniej zdobyć się na serdeczną, pozytywną postawę.** – Dlatego lekarze powinni wczuć się, znaleźć się na chwilę w umyśle swoich pacjentów i zrozumieć, że mimo iż mają całą masę zajęć, przypadków, papierków do wypełnienia, powinni dostrzec przede wszystkim chorego. Otwartość rodzi otwartość. Dobrze nastawiony pacjent i dobrze nastawiony lekarz to ideał.

Lekarz bardzo często zapomina, że szpital, przychodnia, oddział ratunkowy to dla pacjentów miejsce obce, nieznanne. Dlatego to on powinien być w nim przewodnikiem

– **Dlaczego boimy się lekarzy dopytywać nawet wtedy, kiedy nie do końca rozumiemy, o czym do nas mówią?** – Badania społeczne, które miały za zadanie analizę kontaktów lekarz – pacjent, mówią, że nie pytamy, bo – po pierwsze – boimy się własnej niekompetencji. Ze na przykład zostaniemy źle zrozumiani, a przez to źle zdiagnozowani. Boimy się też samej choroby, trudniej go zbyć okrągłym, nieznaczącym zdaniem. – **Ciężko cierpiącemu, obolałemu czasami trudniej zdobyć się na serdeczną, pozytywną postawę.** – Dlatego lekarze powinni wczuć się, znaleźć się na chwilę w umyśle swoich pacjentów i zrozumieć, że mimo iż mają całą masę zajęć, przypadków, papierków do wypełnienia, powinni dostrzec przede wszystkim chorego. Otwartość rodzi otwartość. Dobrze nastawiony pacjent i dobrze nastawiony lekarz to ideał.

– Tak jak bywa w miejscach, których nie znamy, czujemy się obco. Jeśli wybieramy się za granicę, kupujemy przewodnik, by się nie zgubić, a trafić dokładnie w te miejsca, które chcemy zobaczyć. W szpitalu lekarz jest takim doradcą. Każda wiadomość, którą przekaże, staje się drabinką, szczeblem, po którym możemy się wspinać. Dlatego informowanie jest tak istotne. I nie może to być zalewanie człowieka morzem komunikatów, trudnych faktów, z którymi nie będzie sobie mógł poradzić. Trzeba tę wiedzę, choćby w momencie przyjęcia na oddział, odpowiednio „podać”. Niech taki człowiek usłyszy: został pan przyjęty, za chwilę przyjdzie pielęgniarka, zrobi z panem wywiad. Tutaj jest pana łóżko, proszę sobie położyć torbę, można otworzyć okno. Po południu przyjdzie anestezjolog, porozmawiać sobie. Operacja będzie za dwa dni, niech się pan nie martwi. To są podstawowe rzeczy, które osławiają trudną rzeczywistość, nie wymagają dużej mobilizacji lekarza, a dają świetne wyniki terapeutyczne. – **Do rzecznika praw pacjentów trafia dziś więcej skarg na zachowanie lekarzy, niż na leczenie.** – To prawda. Jeśli lekarz nie wzbudzi naszego zaufania, czymś urazi, obrazi, czasami potraktuje obcesowo, proces leczenia jest trudny. Ciężko oddać się w ręce kogoś, kto nie wytłumaczy konsekwencji zabiegu czy operacji. – **Co my możemy robić?** – Mówić o tym, pisać, szerzyć wiedzę na temat różnych doświadczeń ludzkich w takim miejscu jak szpital. Broń Boże, nie chodzi o to, by krytykować lekarzy, ale by im uświadomić, jak wiele zależy od tego, w jaki sposób rozmawiają z pacjentami. Ze liczy się nie tylko świetna diagnoza i dobre leczenie, ale życzliwość i zrozumienie. Zrozumienie z obydwu stron. ©P