

Στοιχεία από την ψυχολογία της επικοινωνίας

«Αυτός που μελετά τις αρρώστιες χωρίς βιβλία είναι σαν εκείνον που πλέει σε αχαρτογράφητη θάλασσα, ενώ εκείνος που διαβάζει βιβλία χωρίς να βλέπει αρρώστους δεν έχει σαλπάρει ποτέ»

— William Osler

ΣΤΟ ΠΟΛΥ καλό βιβλίο του με τίτλο *'The Doctor's Communication Handbook'* [1] ο Peter Tate, οικογενειακός ιατρός και εξεταστής του Βασιλικού Κολλεγίου Γενικών Ιατρών της Αγγλίας, παρουσιάζει αναλυτικά την ψυχολογία του ασθενούς που προσέρχεται στον γιατρό, τα συναισθήματα που αναπτύσσονται κατά τη διάρκεια της επικοινωνίας των δύο, και τις αντιδράσεις του ασθενούς σε όσα του προτείνει ο γιατρός. Στη συνέχεια παρουσιάζουμε και σχολιάζουμε με συντομία μερικές από τις βασικές ιδέες που εκθέτει ο συγγραφέας, παραπέμποντας τον ενδιαφερόμενο αναγνώστη στο βιβλίο του, καθώς και σε κάποιες άλλες πηγές, για περισσότερες πληροφορίες.

Ο TATE προτείνει ως αρχή και εισαγωγή στο πρόβλημα της επικοινωνίας να βάλουμε τον εαυτό μας στη θέση του αρρώστου

και να σκεφτούμε τί είδους απορίες και ερωτήσεις θα είχαμε γύρω από την αρρώστια μας. «*Θυμηθείτε*», γράφει, «*τον τελευταίο ασθενή που είδατε. Φαντασθείτε ότι είστε στη θέση του. Τί θα ρωτούσατε τον γιατρό;*» Στην προκειμένη περίπτωση αυτό που κυρίως μας ενδιαφέρει δεν είναι οι ερωτήσεις ιατρικού χαρακτήρα που αφορούν στην ίδια τη νόσο (αιτία, πρόγνωση, θεραπεία κτλ.), αλλά το τί αισθάνεται ο ασθενής με αφορμή την αρρώστια και την επαφή του με τον γιατρό.

Τί αισθάνεται, αλήθεια, ο ασθενής; Συχνά, αν όχι πάντα, κάποιο φόβο. Επίσης ανησυχία για το είδος της αρρώστιας, για τις εξετάσεις που ίσως χρειάζονται, τα φάρμακα, τυχόν επεμβάσεις κτλ. Είναι μεταδοτική; Είναι κληρονομική; Θα αφήσει κάποιον 'κουσούρι', αναπηρία ή άλλο πρόβλημα; Θα έχει συνέπειες για την εργασία ή την όποια άλλη προσφιλή απασχόλησή του; Και άλλα παρόμοια. Όπως λέει χαρακτηριστικά ο συγγραφέας, *Κανείς δεν πάει στο γιατρό απλώς με κάποιο σύμπτωμα. Πηγαίνει με ιδέες για το σύμπτωμα, με ανησυχίες για το σύμπτωμα, και με προσδοκίες που σχετίζονται με το σύμπτωμα*'.

ΟΧΙ ΜΟΝΟ από σωματική, αλλά κυρίως από ψυχική πλευρά, η ίδια νόσος επηρεάζει διαφορετικά τον κάθε άνθρωπο. Η επίδραση αυτή μπορεί να διαφοροποιείται ανάλογα με τον χαρακτήρα και την προσωπικότητα του ανθρώπου, τον ρόλο ή τους ρόλους που αυτός καλείται να παίξει στην κοινωνική του ζωή, καθώς και τις συγκεκριμένες χρονικές και άλλες περιστάσεις στις οποίες τον βρίσκει η αρρώστια. Για παράδειγμα, σε μια επιδημία γρίπης οι συνέπειες της ίδιας αναπνευστικής ίωσης είναι διαφορετικές για έναν ηλικιωμένο συνταξιούχο, για ένα μαθητή που δίνει γενικές εξετάσεις, μια μητέρα με μικρά παιδιά στο σπίτι, έναν επιχειρηματία που ταξιδεύει και έναν αθλητή που ετοιμάζεται για ένα σημαντικό αγώνα. Και για να γίνουν τα πράγματα ακόμη πιο περίπλοκα, ακόμη και ο ίδιος άνθρωπος δεν πάσχει με τον ίδιο τρόπο σε κάθε στιγμή. Άλλοτε κυριαρχείται από άγχος και αβεβαιότητα,

και άλλοτε υπερισχύει η υπομονή και η πιο 'φιλοσοφική' διάθεση. Άλλοτε βλέπει τα πράγματα με ελπίδα, και άλλοτε τον καταλαμβάνει απαισιοδοξία και απόγνωση. Η εικόνα αυτή είναι πολύ συνηνή σε όλα τα χρόνια νοσήματα, και όχι μόνο τα κακοήθη.

Τα αισθήματα αυτά μπορεί να μην εκφράζονται με λόγια, αλλά να πρέπει να τα διαβάσουμε στο πρόσωπο, το ύφος, τη στάση, τις κινήσεις, τον τόνο της φωνής του αρρώστου. Μπορεί ακόμη να εξωτερικεύονται όχι άμεσα, αλλά έμμεσα, με πλάγιες ερωτήσεις ή με διερευνητικά σχόλια. Για παράδειγμα, ο ασθενής μπορεί να φοβάται ότι η πάθησή του είναι θανατηφόρα, δεν ρωτάει όμως ποτέ *«Γιατρέ, μήπως θα πεθάνω από την αρρώστια μου;»* Αντί γι' αυτό, μπορεί να κάνει ένα σχόλιο του τύπου *«Πώς τα βλέπεις τα πράγματα, γιατρέ; Όχι και πολύ καλά, έτσι δεν είναι;»* ή να αναφερθεί σε κάποιον άλλο ασθενή (πραγματικό ή φανταστικό): *«Άκουσα ότι κάποιος πέθανε από την αρρώστια αυτή»*, προσπαθώντας έτσι να προκαλέσει μια συζήτηση πάνω στην πραγματική αιτία του άγχους του.

ΣΤΗΝ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ γιατρού-ασθενούς η κάθε πλευρά έχει το δικό της θεματολόγιο, τη δική της **'ατζέντα'** όπως λέμε στη σύγχρονη γλώσσα. Το ενδιαφέρον του γιατρού επικεντρώνεται κυρίως στη διαλεύκανση του παρόντος προβλήματος, τη συλλογή ιατρικών στοιχείων, την επιβεβαίωση των υποψιών του για την πιθανή διάγνωση. Από την άλλη πλευρά, ο ασθενής έχει έναν κατάλογο από πεποιθήσεις, ελπίδες, φόβους, ανησυχίες και προσδοκίες για το μέλλον. Οι δυο 'ατζέντες' πρακτικά ποτέ δεν ταυτίζονται, έστω και αν έχουν σημεία επαφής.

Στο παραδοσιακό μοντέλο άσκησης της ιατρικής ο γιατρός ακολουθεί το δικό του θεματολόγιο στη λήψη του ιστορικού και την όλη επικοινωνία με τον ασθενή, σχεδόν χωρίς να λαμβάνει καθόλου υπόψη τον τελευταίο. Η μέθοδος αυτή έχει αμφισβητηθεί τα τελευταία χρόνια, και υφίσταται αυξανόμενη κριτική τόσο από τους ασθενείς, όσο και από τον ιατρικό κόσμο. Οι άρ-

ρωστοι δεν είναι (ή δεν πρέπει να είναι) 'πρόβατα', χωρίς δική τους βούληση και ελευθερία. Έχουν σκεφθεί τα ενοχλήματά τους, και μπορεί να τα συσχετίζουν με καταστάσεις άλλων ανθρώπων του συγγενικού ή φιλικού τους περιβάλλοντος. Ανάλογα με το μορφωτικό τους επίπεδο, μπορεί να έχουν αναζητήσει πληροφορίες για τα συμπτώματά τους σε έντυπα ή ηλεκτρονικά μέσα (το Διαδίκτυο χρησιμοποιείται όλο και περισσότερο ως πηγή ενημέρωσης). Συχνά οι πληροφορίες αυτές μπορεί να τους δημιουργούν περισσότερο άγχος, μια και οι ίδιοι δεν έχουν τις γνώσεις και την πείρα για να τις ερμηνεύσουν και μπορεί να τις μεταφέρουν εσφαλμένα στον εαυτό τους.

Το ζητούμενο σε μια επιτυχημένη σχέση γιατρού-ασθενούς είναι να μετατοπισθεί το κέντρο βάρους προς την πλευρά του αρρώστου. Όπως γράφει ο Tate, ο γιατρός που ακολουθεί αποκλειστικά και μόνο την ατζέντα του ασθενούς ίσως είναι και επικίνδυνος, διότι σε τελευταία ανάλυση απλώς ικανοποιεί τις επιθυμίες του ασθενούς, χωρίς να του παρέχει την επιστημονική του βοήθεια. Ο ιδανικός γιατρός βρίσκεται κάπου στο μέσο, και μπορεί να προσαρμόζει τον τρόπο προσέγγισης στις ανάγκες και τις περιστάσεις του κάθε δεδομένου ασθενούς. Έτσι, άλλες είναι οι ανάγκες ενός δραστήριου 40χρονου που παθαίνει ένα έμφραγμα, άλλες μιας ηλικιωμένης κυρίας με προχωρημένο καρκίνο, και τελείως άλλες εκείνες μιας νεαρής κοπέλλας με μια απροσδόκητη εγκυμοσύνη. Για να προσφέρει την πρέπουσα ιατρική βοήθεια σε όλες αυτές τις περιπτώσεις, ο γιατρός πρέπει να διερευνήσει την ατζέντα του ασθενούς και να την λάβει υπόψη του, παράλληλα με τα αμιγώς ιατρικά στοιχεία που θα συγκεντρώσει. Έτσι, οι πολλοί και διάφοροι ασθενείς που ο ίδιος γιατρός θα συναντήσει στη διάρκεια μιας εργάσιμης ημέρας μπορεί να χρειάζονται διαφορετικές προσεγγίσεις ο καθένας.

ΣΗΜΕΡΑ έχει γίνει αντιληπτό ότι υπάρχουν διαφορετικές προσεγγίσεις στην επικοινωνία και τη λήψη ιατρικών αποφάσεων,

όπως η πατερναλιστική, η ενημερωμένη και η ‘μοιρασμένη’ (shared) ή ‘από κοινού’ προσέγγιση. Οι Charles και συν. περιγράφουν με συντομία τις προσεγγίσεις αυτές και τις επιπτώσεις τους στον τρόπο επικοινωνίας και άσκησης της ιατρικής [2].

Οι γιατροί που υιοθετούν την **πατερναλιστική προσέγγιση** γενικά δεν ενδιαφέρονται να συζητήσουν τις ανησυχίες του ασθενούς. Αυτό που κυρίως θέλουν είναι σαφείς περιγραφές σωματικών συμπτωμάτων, τα οποία μπορούν να ταξινομήσουν σε συγκεκριμένες διαγνωστικές κατηγορίες. Στη συνέχεια μπορούν να πάρουν μια απόφαση που θεωρούν ότι είναι η καλύτερη για τον ασθενή, χωρίς να χρειάζεται να διερευνήσουν τις απόψεις και τις ανησυχίες του ασθενούς.

Στην **ενημερωμένη προσέγγιση** οι ασθενείς έχουν έναν πιο ενεργό ρόλο τόσο στον καθορισμό του προβλήματος για το οποίο ζητούν βοήθεια, όσο και στον προσδιορισμό της κατάλληλης θεραπείας. Στην αμιγή (και ακραία) μορφή της προσέγγισης αυτής, ο ρόλος του γιατρού περιορίζεται στο να παρέχει στον άρρωστο ερευνητικά δεδομένα για τις διάφορες θεραπείες, τα οφέλη και τους κινδύνους τους, ώστε ο τελευταίος να καταλήξει σε μια ‘ενημερωμένη’ απόφαση. Η πρακτική αυτή μπορεί να αποβεί επικίνδυνη, διότι στην πράξη ο ασθενής δεν μπορεί να μάθει μέσα σε μερικές ώρες ή ημέρες όλα όσα είναι γνωστά για την πάθησή του. Επιπλέον, ο ασθενής ενεργεί υπό την συναισθηματική πίεση και φόρτιση της αρρώστιας, γεγονός που επηρεάζει σε άλλοτε άλλο βαθμό την κρίση του.

Στην **‘μοιρασμένη’ ή ‘από κοινού’ προσέγγιση**, ο γιατρός επιδιώκει να δημιουργήσει μια αμφίδρομη σχέση με τον ασθενή, ούτως ώστε οι θεραπευτικές αποφάσεις να είναι σύμφωνες με τις προτιμήσεις και τις αξίες του τελευταίου. Για να γίνει αυτό, πρέπει να δημιουργήσει ο γιατρός μια ανοικτή ατμόσφαιρα, μέσα στην οποία ο ασθενής μπορεί να μεταδώσει όλα όσα τον απασχολούν. Έτσι η ανταλλαγή πληροφοριών βοηθεί τον γιατρό να

καταλάβει τον άρρωστο και να τον ενημερώσει για τις θεραπευτικές επιλογές με τα υπέρ και τα κατά τους. Ακόμη, επιτρέπει στον ασθενή να κρίνει και να αποφασίσει αν μπορεί να δημιουργήσει μια σχέση εμπιστοσύνης με τον γιατρό.

Οι συγγραφείς αυτοί επισημαίνουν ότι στην πράξη σπάνια παρατηρούνται αμιγείς τύποι συμπεριφοράς και ότι οι περισσότερες συναντήσεις ιατρών-ασθενών συνδυάζουν στοιχεία από διαφορετικά μοντέλα. Ακόμη, ο γιατρός μπορεί να μεταβάλει την αρχική του προσέγγιση σε έναν συγκεκριμένο ασθενή ανάλογα με την αντίληψη του ασθενούς και την ανταπόκρισή του στις θεραπευτικές προτάσεις.

Αξίζει στο σημείο αυτό να παραθέσουμε και τη γνώμη του Franz Ingelfinger, ο οποίος στο κλασικό δοκίμιό του με τον τίτλο *'Arrogance'* (Υπεροψία) [3] υποστηρίζει ότι ένας βαθμός πατερναλισμού είναι απαραίτητος για την επίτευξη του θεραπευτικού αποτελέσματος. Γράφει: *'Ο γιατρός είναι ένα πρόσωπο στο οποίο οι ασθενείς πηγαίνουν επειδή χρειάζονται ή νομίζουν ότι χρειάζονται βοήθεια... Για να είναι αποτελεσματικός ο ιατρός... πρέπει ο ασθενής να πιστέψει στον γιατρό, να έχει εμπιστοσύνη στις συμβουλές και τις διαβεβαιώσεις του και στην επιλογή των φαρμάκων που θα τον βοηθήσουν... Χρειάζεται ένα γιατρό από τον οποίο θα δεχθεί κάποιο βαθμό εξουσιαστικής κυριαρχίας'*. Στη συνέχεια παραθέτει το προσωπικό του παράδειγμα (γαστρεντερολόγος ο ίδιος, βρέθηκε να πάσχει από καρκίνο του στομάχου και δυσκολευόταν να καταλήξει ποια είναι η καλύτερη θεραπευτική τακτική) για να τονίσει ότι ακόμη και ο πιο ενημερωμένος ασθενής δεν μπορεί να σκεφθεί και να αποφασίσει ψυχρά και αντικειμενικά για τον εαυτό του.

ΣΤΗΝ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ιατρού-ασθενούς αναπτύσσονται ποικίλοι ψυχολογικοί μηχανισμοί, που καλό είναι να γνωρίζουμε. Ο ασθενής βρίσκεται σε μια κατάσταση ανάγκης (μικρής ή μεγάλης), ενώ ο γιατρός σε θέση ισχύος (πραγματικής ή υποθετικής). Η