

Maja Bednarska

*Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie*

## **OBRAZ KOMUNIKOWANIA PRAWDY W RELACJI LEKARZ–PACJENT NA PODSTAWIE SERIALU *SZPITAL***

**Abstract**     **The image of communicating the truth in the doctor–patient relationship based on the series *Hospital*.** The author assumes in the article that the level of communication axiology is often the only possible form of communication between the patient and the doctor. This meta-space in interpersonal communication is aptly portrayed by the TV series *Hospital*. Therefore, it shows the philosophy of Józef Tischner's drama as the ontological basis of the act of communication between the doctor and the patient, which will illuminate the reality of values in the interpersonal space. The text consisted of five parts. The author emphasizes this division due to the variety of research areas of the article. As part of the first research area, he tries to present the communication act in the light of ontology as an entity that can be described in its complexity. The second part of the article will present the philosophy of Józef Tischner's drama. In the third area of the text, he examines the physician-patient communication pragmatics from the point of view of the axiology of communication. The fourth part, in turn, will be a synthesis of the previous three, in which it attempts to show the communication between the doctor and the patient from an axiological perspective. Within the last – fifth research area, he attempts to update the presented theory in media practice.

**Obraz komunikowania prawdy w relacji lekarz–pacjent na podstawie serialu *Szpital*.** Autorka zakłada w artykule, że często jedyną możliwą formą komunikacji pacjenta z lekarzem jest płaszczyzna aksjologii komunikacyjnej. Tą metaprzeustrzeń w komunikacji międzyludzkiej trafnie ukazuje serial telewizyjny *Szpital*. Dlatego pokazuje filozofię dramatu Józefa Tischnera jako ontyczną podstawę aktu komunikacyjnego między lekarzem i pacjentem, która rozjaśni rzeczywistość wartości w przestrzeni międzyludzkiej. Tekst składa się z pięciu części. Autorka uzasadnia ten podział różnorodnością obszarów badawczych artykułu. W ramach

pierwszego obszaru badawczego stara się przedstawić akt komunikacyjny w świetle ontologii jako byt, który można opisać w jego złożoności. Druga część artykułu jest przedstawieniem filozofii dramatu Józefa Tischnera. W trzeciej części tekstu autorka zastanawia się nad pragmatyką komunikacyjną lekarza z pacjentem z punktu widzenia aksjologii komunikowania. Czwarta część z kolei stanowi syntezę poprzednich trzech, w której dokonuje próby ukazania komunikowania lekarza z pacjentem z perspektywy aksjologicznej. W obrębie ostatniego – piątego obszaru badawczego autorka podejmuje próbę zaktualizowania przedstawionej teorii w praktyce medialnej.

**Keywords** doctor, patient, communicating the truth, axiology of communication, Józef Tischner, philosophy

lekarz, pacjent, komunikowanie prawdy, aksjologia komunikowania, Józef Tischner, filozofia

W artykule zakładam, że często jedyną możliwą formą komunikacji pacjenta z lekarzem jest płaszczyzna aksjologii komunikacyjnej. Tą metaprzestrzeń w komunikacji międzyludzkiej trafnie ukazuje serial telewizyjny *Szpital*. Dlatego chciałabym pokazać filozofię dramatu Józefa Tischnera jako ontyczną podstawę aktu komunikacyjnego między lekarzem i pacjentem, która rozjaśni rzeczywistość wartości w przestrzeni międzyludzkiej. Tekst będzie składał się z pięciu części. Podkreślam ten podział z uwagi na różnorodność obszarów badawczych artykułu.

W ramach pierwszego obszaru badawczego postaram się przedstawić akt komunikacyjny w świetle ontologii jako byt, który można opisać w jego złożoności. Druga część artykułu będzie przedstawieniem filozofii dramatu Józefa Tischnera. W trzecim zakresie tekstu zastanowię się nad pragmatyką komunikacyjną lekarza z pacjentem z punktu widzenia. Czwarta część z kolei będzie stanowić syntezę poprzednich trzech, w której dokonam próby ukazania komunikowania lekarza z pacjentem z perspektywy aksjologicznej. W obrębie ostatniego – piątego obszaru badawczego podejmę próbę zaktualizowania przedstawionej teorii w praktyce medialnej. Na podstawie analizy wywiadu pogłębionego z Moniką Szczęsną-Jurga – reżyserką serialu *Szpital*, postaram się ukazać punkt widzenia nadawcy medialnego odnośnie do tworzenia dialogów między lekarzem i pacjentem podczas tworzenia serialu medycznego.

W niniejszym artykule łączę analizę filozoficzną z metodami badawczymi nauk społecznych. Mam nadzieję, że ta interdyscyplinarność w podejściu do zagadnienia komunikowania, jakie „wydarza się” między lekarzem i pacjentem, pomoże w trafnym zrozumieniu istoty tego „wydarzenia”. Jak również będzie sprzyjała podjęciu refleksji odnośnie do kwestii przedstawiania wizerunku lekarza i pacjenta we współczesnych mediach; przede wszystkim zaś rzeczywistości komunikacyjnej, w której uczestniczą.

## 1. ONTOLOGIA AKTU KOMUNIKACYJNEGO

Komunikacja między osobami, abstrahując od jej społecznego i pragmatycznego wymiaru, ma bardzo ważną funkcję antropologiczną. Mianowicie wpływa na kształt ontyczny osoby. To, jak i z kim komunikujemy ma zasadnicze znaczenie dla tego, kim i jacy jesteśmy – jakimi się stajemy. John Sewart nazywa ten proces negocjowaniem tożsamości<sup>1</sup>. Wobec tak istotnego faktu powstaje pytanie, w jaki sposób ów proces postępuje? Mniemam, że odpowiedź na to pytanie doprowadzi wywód do momentu, kiedy będzie można wskazać na przestrzeń komunikacyjną, która jest najbardziej podstawową w momencie porozumiewania i z której wywodzą się pozostałe. Aby tego dokonać, zacznę od wprowadzenia do ontologii aktu komunikacyjnego.

Opisując akt komunikowania między osobami, trzeba spojrzeć na niego jako na byt, który można ująć w kategoriach go określających. Chciałabym dokonać analizy tego aktu z punktu widzenia jego istoty komunikacyjnej. Inaczej mówiąc, perspektywa analityczna, na której skupię swoją uwagę, będzie wskazywała płaszczyzny komunikacyjne. Płaszczyzny, na których dokonuje się porozumienie podczas komunikowania. Z tej perspektywy, w literaturze przedmiotu zwykło wyróżniać się komunikację werbalną i niewerbalną. Chcę zwrócić uwagę na jeszcze jedną, moim zdaniem, fundamentalną perspektywę. Podstawową, dlatego że warunkuje dwie pozostałe i jest ontycznie wpisana w istotę nadawcy.

Truizmem będzie wprowadzanie czytelnika do tematyki komunikacji interpersonalnej. Niemniej jednak dokonam tego w celu zachowania porządku i logiki rozważań. Zatem komunikacja interpersonalna zachodzi wówczas, kiedy nadawcą i odbiorcą jest konkretny człowiek. Jest to podstawowy kontakt między osobami i fundament pozostałych typów komunikowania między ludźmi. To tradycyjny model „twarzą w twarz” dyskursu dwojga lub niewielkiej ilości osób. Nadawca kieruje przekaz do odbiorcy o partykularnej treści, chcąc odnieść zamierzony skutek i osiągnąć konkretny cel. Z takim typem komunikacyjnym mamy do czynienia na co dzień w swoich domach, pracy, sklepie. Wszędzie, gdzie spotykamy drugą osobę i wchodzimy z nią w interakcję, wymianę znaków. Bowiem wzajemne oddziaływanie na siebie uczestników komunikacji jest nieodzowne w określeniu komunikacji mianem interpersonalnej, kiedy uczestnicy komunikacji mogą zarówno odbierać, jak i nadawać treści<sup>2</sup>. Podczas komunikacji interpersonalnej, międzyosobowej, dochodzi do spotkania ludzi, którzy stają wobec siebie w swojej konkretności, jednostkowości, wyjątkowości. Porozumienie między nimi odbywa się w zależności od rodzaju ich kontaktu, relacji ich łączących, czy celu komunikacyjnego, jaki nimi powoduje. Jest to ten typ komunikacji, który niemożliwy jest do uniknięcia. Nie można przestać wysyłać sygnałów do drugiego człowieka. Już sama obecność lub jej brak jest komunikatem. W każdym akcie komunikacji występuje sześć stałych elementów: nadawca, odbiorca, kontekst, kontakt, komunikat,

<sup>1</sup> J. Stewart, *Mosty zamiast murów*, Warszawa 2010, s. 49.

<sup>2</sup> Por. S.P. Morreale, B.H. Spitzberg, J.K. Barge, *Komunikacja między ludźmi. Motywacja, wiedza, umiejętności*, Warszawa 2012, s. 282.

kod<sup>3</sup>. Układając więc znaki w system, ten oto konkretny nadawca, znajdujący się wraz ze swoim interlokutorem w konkretnej sytuacji, używa języka do kodowania treści przekazu dla tego oto konkretnego odbiorcy.

Pragmatyczne ujęcie aktu komunikacyjnego wskazuje na jego stałe elementy składowe, konieczne do jego zaistnienia w rzeczywistości. Zawsze musi być ktoś, kto mówi, kto słucha, przestrzeń przekazu, sam przekaz. Ontologiczna perspektywa natomiast ujawnia całość istoty i istnienia aktu komunikacyjnego. Istotą aktu komunikacyjnego jest porozumienie między ludźmi. Istnienie istoty komunikacyjnej jest obecne na wszystkich trzech wspomnianych już płaszczyznach aktu: werbalnej, niewerbalnej i fundamentalnej. Krótko i ogólnie mówiąc, ponieważ nie na tym chciałabym się skupić, komunikaty werbalne to przekaz wypowiedziany, niewerbalny to ten, który przekazuje informacje od nadawcy do odbiorcy, ale nie jest wypowiedzią. Mogą to być dźwięki paralingwistyczne lub postawa ciała. Jednak dla tematu niniejszych rozważań nie te sfery komunikacyjne są kluczowe. Zasadnicze znaczenie natomiast ma to, co się wydarza na płaszczyźnie, jak ją nazwałam – fundamentalnej.

Chcąc ją określić, wypada najpierw wskazać, w jakiej relacji znajduje się ona do pozostałych. Jak sama nazwa wskazuje jest ona fundamentalna, podstawowa, czyli pierwsza w stosunku do płaszczyzny werbalnej i niewerbalnej. Na jej gruncie dopiero kształtuje się jakość i sposób wypowiedzianych słów, rodzaje przyjmowanych postaw, fizyczne reakcje nieświadome, czy nawet reakcje emocjonalne. Można nawet zaznaczyć, że im bogatsza i dojrzsza jest podstawowa płaszczyzna komunikacyjna, tym bardziej wysublimowane są dwie pozostałe. Tym bardziej są świadome i skonkretyzowane. Wynika z tego wniosek, że płaszczyzna werbalna i niewerbalna są uwarunkowane przez płaszczyznę fundamentalną aktu komunikacyjnego. Czym zatem konkretnie jest owa podstawowa sfera i jak się ujawnia w rzeczywistości komunikacyjnej? Bardzo lapidarnie mówiąc, jest to wszystko, z czym wchodzimy do procesu komunikacyjnego i co do niego wnosimy. Są to nasze przeżycia, doświadczenia, hierarchia ważności rzeczy, pogląd na rzeczywistość, nasz stosunek do świata. To, co sprawia, że jesteśmy tymi, którymi jesteśmy. Ontologicznie rzecz ujmując, jest to istota, która pozwala bytowi spełniać się w swoim istnieniu. W celu sprecyzowania, jak rozumie fundamentalną płaszczyznę aktu komunikacyjnego, posłużę się filozofią dramatu, która, jak miemam, w najbardziej trafny sposób unaocznia poddaną dyskusji problematykę.

## **2. FILOZOFIA DRAMATU JAKO ALEGORIA AKTU KOMUNIKACYJNEGO**

Twórcą filozofii dramatu był ks. Józef Tischner. Treścią przewodnią tej filozofii jest fenomen spotkania człowieka z człowiekiem. To wydarzenie, będące zarazem antropologicznym wglądem w ekonomię społeczną, jest przede wszystkim momentem, w którym

---

<sup>3</sup> Por. I. Bobrowski, *Zaproszenie o językoznawstwa*, Kraków 1998, s. 49.

ludzie muszą się ze sobą porozumiewać. Owo spotkanie nie jest tylko i wyłącznie wymianą informacji, ale kryje w sobie głęboką prawdę o człowieku. „Rozumieć dramat to zrozumieć – twierdzi ks. Tischner – że człowiek jest istotą dramatyczną. Dokonując krok po kroku rozjaśnienia ludzkiej egzystencji jako egzystencji dramatycznej, przywracamy pojęciu dramatu właściwy sens. Być istotą dramatyczną znaczy: przeżywać dany czas, mając wokół siebie innych ludzi i ziemię jako scenę pod stopami. Człowiek nie byłby egzystencją dramatyczną, gdyby nie te trzy czynniki: otwarcie na innego człowieka, otwarcie na scenę dramatu i na przepływający czas”<sup>4</sup>.

Można pokusić się o stwierdzenie, że filozofia dramatu jest alegorią procesu komunikacyjnego. Wydarza się on między konkretnymi jednostkami, w konkretnym czasie i w konkretnych okolicznościach. Posiłkując się dalej terminologią filozofii dramatu, powiedzielibyśmy, że w komunikacji międzyludzkiej dochodzi do dialogu. Nie jest to jednak proces automatyczny, ani jednowymiarowy. W spotkaniu osób może nie dojść do otwarcia na dialog lub może się dokonać tylko częściowa jego odsłona. W filozofii dramatu: „spotkać to do-świadczyc Transcendencji”<sup>5</sup>. Innymi słowy, w sensie komunikacyjnym: wyjść poza własne doświadczenia, poza własne systemy znaczeń, naprzeciw temu, co oferuje interlokutor. A w trakcie wymiany znaczeń możemy dojść do całkowitego zrozumienia, otwierając przed sobą nawet to, co naturalnie ukryte. Możemy spotkać się w pół drogi, komunikując tylko same informacje bez chęci wgłębienia się w istotę przekazu lub możemy w ogóle nie dojść do porozumienia.

W filozofii dramatu do dialogu dochodzi podczas spotkania. Są to szczególne okoliczności, w których znajduje się pytający i odpowiadający. Pytający wzywa do dialogu odpowiadającego. Odpowiadający zaś odpowiada, ponieważ pytanie postawione było zarazem prośbą i wyzwaniem. Oto stoją przed sobą dwie instancje. Otwierają się na siebie. Zdradzają tajemnicę o sobie. Zapraszają siebie nawzajem do poznania. To jest możliwe tylko na płaszczyźnie aksjologicznej. W dialogu znika przestrzeń ontologiczna. Odtąd obce sobie byty stają przed sobą i pragną się poznać. „Ja” staje się ważne dla „Ty”, a „Ty” staje się ważne dla „Ja”. Stają się dla siebie wartością. Mają dla siebie ważność. Są otwarci na doświadczenie i przez to wolni. W dialogu może dojść do narodzin dobra lub jego zaprzeczenia, ponieważ logika dramatu, która zakłada wybór, zakłada również doświadczenie dobra i zła, uważa Tischner<sup>6</sup>.

W swojej książce *Myślenie według wartości* pisze, że człowiek musi umieć „czytać wartości” świata, aby się w nim odpowiednio zachować<sup>7</sup>. Uważa on, że nasz świat jest światem ładu hierarchicznego, ludzkie myślenie – myśleniem preferencyjnym<sup>8</sup>. Współczesny człowiek nie jest człowiekiem jednowymiarowym, którego opisuje Henryk Marcuse. Dzisiejszy człowiek żyje bowiem w świecie w wielu wymiarach znaczeń i priorytetów, które odczytuje lub zapisuje w otaczającej go rzeczywistości. Nieustannie dokonuje wyboru między sprawami ważniejszymi i mniej ważnymi dla swojego życia. Ustala skalę subiektywnych upodobań, unika tego, co jest dlań przykre i niepożądane;

<sup>4</sup> J. Tischner, *Filozofia dramatu*, Kraków 1998, s. 8.

<sup>5</sup> J. Tischner, *Filozofia dramatu*, dz. cyt., s. 27.

<sup>6</sup> J. Tischner, *Spór o istnienie człowieka*, Kraków 1998, s. 124.

<sup>7</sup> J. Tischner, *Myślenie według wartości*, Kraków 2002, s. 479.

<sup>8</sup> J. Tischner, *Myślenie według wartości*, dz. cyt., s. 481.

nadaje rzeczom znaczenia lub uczy się ich od innych. Jednym słowem: żyje w świecie przepojonym wartościami, które rozpoznaje i spotyka w rzeczywistości, w której żyje. Apogeum właśnie takiego obcowania ze światem zostaje osiągnięte wtedy, gdy człowiek spotyka człowieka. Tischner nazywa doświadczenie spotkania drugiego człowieka „doświadczeniem źródłowym jakiegoś konkretnego dobra i zła, jakieś tragiczności, jakiejś wolności oraz głosu imperatywu kategorycznego, który od drugiego doszedł ku innemu”<sup>9</sup>. Jest to doświadczenie jakichś konkretnych wartości.

Zatem doświadczenie spotkania drugiego człowieka jest doświadczeniem aksjologicznym. W dramacie odsłaniają się wartości. Uczestnicy dramatu są odpowiedzialni za ich dynamikę, tzn. wybór, wymianę, odkrywanie itd. Dialog, który zachodzi między nimi w tym spotkaniu sprawia, że budują wspólną rzeczywistość. Różnicują pod kątem ważności, nadają określone znaczenia. Jednym słowem: wartościują. Stąd, w akcie komunikacyjnym jako w spotkaniu osób w określonych okolicznościach, dochodzi nie tylko do zwerbalizowania przekazu. Dochodzi tu przede wszystkim do komunikowania wartości. Powstaje specyficzna więź i przestrzeń łącząca nadawcę i odbiorcę, w której rodzi się i ujawnia to, co nie sposób wyrazić słowami. Jakże to będą wartości, zależy od konkretnego aktu komunikacyjnego i jego aksjologicznego wymiaru.

Posługując się tischnerowską terminologią zauważamy, że akt komunikacyjny jest niczym innym jak spotkaniem drugiego człowieka, w pełnym sensie znaczenia tego terminu. Do spotkania nie dochodzi zatem ani na płaszczyźnie werbalnej – dzięki wypowiedzianym słowom, ani na płaszczyźnie niewerbalnej – dzięki czynionym gestom. W tym kontekście są one raczej jedynie eksplikacją tego, co się wydarza naprawdę między rozmówcami. Natomiast cała prawda o spotkaniu zawiera się właśnie na płaszczyźnie fundamentalnej aktu komunikowania. Kiedy jego uczestnicy stają przed sobą jako odmienne rzeczywistości, posiadające swoją własną historię, historia ta zawiera hierarchię ich wartości, przebyte doświadczenia, rozstrzygnięte bądź nie tragedie, swoiste przeżywanie świata, w końcu indywidualny cel wspólnej komunikacji. Wszystko, co tworzy tą oto konkretną osobę, która w tej oto konkretnej chwili, z tym oto konkretnym celem, wyraża wszystko, co jest w jej imieniu konkretne. Zatem takie dwie konkretności łączy akt komunikacyjny. Jeśli nie jest on powierzchowny, instrumentalny, jeżeli nie bazuje tylko i wyłącznie na znaczeniu przelotnych słów oraz nie jest tylko i wyłącznie środkiem do zdobycia informacji, porozumienie w jego ramach odbywa się przede wszystkim na poziomie tego, co najbardziej podstawowe w jego uczestnikach. Ich porozumienie na płaszczyźnie fundamentalnej tegoż aktu bazuje na dekodowaniu wartości, jakie reprezentują jego uczestnicy, jakie pragną zdobyć, w końcu jakie wspólnie wynegocjują.

Twierdząc więc, że podstawą komunikacyjną w porozumieniu ludzi jest komunikowanie wartości. W dalszej części tekstu rozważę faktyczność komunikacyjną między lekarzem a pacjentem z punktu widzenia komunikologii oraz psychologii komunikacji. Będzie to baza do aksjologicznej refleksji nad tym, co stanowi o skuteczności tego spotkania.

---

<sup>9</sup> J. Tischner, *Myslenie według wartości*, dz. cyt., s. 485.

### 3. PRAGMATYKA KOMUNIKACJI MIĘDZY LEKARZEM A PACJENTEM

Chcąc opisać rzeczywistość kontaktu lekarza z pacjentem, musimy przed wszystkim zwrócić uwagę na to, że realia komunikacyjne lekarza z pacjentem są niezmiernie trudne i przeważnie obarczone dużą dozą emocjonalności po stronie pacjenta. Sytuację porozumienia może utrudniać również fakt, że jest to relacja niesymetryczna, w której pacjent jest stroną oczekującą aktywności i zainteresowania ze strony lekarza. Z kolei lekarz musi sprostać oczekiwaniom pacjenta i nierzadko wykazać się olbrzymią empatią – z jednej strony, a zrozumiałym przekazem treści swojej diagnozy – z drugiej. Najogólniej mówiąc, relacja komunikacyjna lekarza i pacjenta jest obciążona wielką porcją ryzyka oraz możliwością powstania wielu barier komunikacyjnych.

„Kontakt lekarza z człowiekiem – jednostką, rodziną, grupą – to specyficzny stosunek społeczny – jak twierdzi Marta Makara-Studzińska – mający na celu zaspokojenie znaczących dla życia i zdrowia potrzeb”<sup>10</sup>. Dlatego też udana komunikacja między lekarzem i pacjentem jest niezwykle ważna. Tym bardziej, iż w obliczu choroby, lęk z nią związany powoduje przyjmowanie przez pacjenta stanowiska roszczeniowego w komunikacji względem lekarza. Co jest potęgowane faktem, że w trakcie badania, jak i terapii, musi zostać przekroczona przestrzeń osobista, a nawet intymna pacjenta. Zatem świadomy komunikacyjnie lekarz będzie rozpoczynał terapię już na poziomie samego kontaktu z pacjentem. W celu nawiązania takiej terapeutycznej relacji z pacjentem i jego rodziną, lekarz będzie musiał wykazać się szczególnymi cechami charakteru, poszanowaniem godności pacjenta, empatią, holistyczną wiedzą na temat człowieka, znajomością siebie jako człowieka, w końcu posiadaniem kompetencji komunikacyjnej<sup>11</sup>. Nie ma zatem wątpliwości, że dobra komunikacja lekarza i pacjenta jest konieczna i warunkuje przebieg leczenia.

Dlatego głównym zadaniem lekarza w procesie komunikowania z pacjentem powinno być uzyskanie porozumienia i aktywności osoby objętej leczeniem w realizacji wspólnie określonych celów, jakimi są: potęgowanie, ochrona, bądź też naprawa zdrowia, a przede wszystkim przyjęcie za nie odpowiedzialności. Taka, nazwijmy to, medyczna relacja podlega tym samym prawom komunikacyjnym, jak każda inna sytuacja komunikacyjna. Kanały komunikacyjne dostarczają informacji zarówno na płaszczyźnie werbalnej, jak i niewerbalnej. Konieczność porozumienia między lekarzem i pacjentem wymusza w zakresie komunikacji werbalnej szczególną aktywność ze strony lekarza. W tym sensie chodzi o to, aby diagnoza medyczna była przekazywana językiem zrozumiałym dla pacjenta i w takiej ilości, która zaspokoi jego poczucie niepewności, jednocześnie nie wywołując niepotrzebnych lęków zbytnią ilością szczegółów. W tym sensie, w zakresie komunikowania werbalnego, lekarz powinien być gotowy nie tylko na przystępne udzielanie informacji, ale również na ich trafny odbiór. Powinien być

<sup>10</sup> M. Makara-Studzińska, *Komunikacja z pacjentem*, Lublin 2012, s. 66.

<sup>11</sup> Por. M. Makara-Studzińska, *Komunikacja z pacjentem*, dz. cyt., s. 67–68.

nastawiony na słuchanie rozumiejące<sup>12</sup>, które absorbuje nie tylko znaczenie słów, ale również emocje, jakie ze sobą niosą i jaką ujawniają postawę pacjenta.

Dlatego istotne jest również, aby lekarz był czujny, czy jego wypowiedź jest zrozumiała. Taką informację zwrotną otrzyma bezpośrednio, kiedy pacjent potrafi werbalizować swoje niepokoje i potrzebę dalszych wyjaśnień. Jednak najczęściej to nie ekspresja werbalna, ale właśnie obraz niewerbalny pacjenta pokazuje jego dezorientację. Taki niewerbalny przekaz ma istotną rolę w kontekście medycznym. Można wyróżnić pięć głównych funkcji komunikacyjnych, które spełnia: ekspresja uczuć i emocji, metakomunikacja, ochrona poczucia Ja, kształtowanie i kierowanie wrażeniem, udzielanie wsparcia<sup>13</sup>. Na płaszczyźnie niewerbalnej przekazu do udanej komunikacji w interakcji lekarz–pacjent nieodzowna jest ich synchronizacja, której celem jest osiągnięcie wysokiego stopnia porozumienia poprzez upodobnienie się lekarza do pacjenta, nawiązanie możliwie głębokiego kontaktu i wzajemnego zaufania<sup>14</sup>.

Powyższa bardzo ogólna charakterystyka aktu komunikowania między lekarzem i pacjentem jest jedynie zwróceniem uwagi na pewne aspekty tego procesu dla potrzeb niniejszego artykułu, i nie stanowi jego analizy. Mimo to, na podstawie powyższego zarysu, można stwierdzić, jak istotna jest komunikacja w przebiegu terapeutycznym. Jej pożądanym obrazem byłaby otwartość, wyrozumiałość i kompetencja merytoryczno-komunikacyjna lekarza, a gotowość do współpracy, komunikatywność i ogromna tolerancja ze strony pacjenta. Wówczas komunikacja na płaszczyźnie werbalnej, jak i niewerbalnej byłaby nie tyle udana, co przykładowa. Niestety rzeczywistość kontaktu lekarza i pacjenta utwierdza w przekonaniu, że rzadkością jest satysfakcjonujące porozumienie w tej relacji. Rzadkością jest pożądana wzajemność, która zostaje wyparta przez typy relacji takie, jak: paternalizm ze strony lekarza, konsumeryzm ze strony pacjenta czy nieobecność obojga<sup>15</sup>. Sytuacja ta nabrzmiewa zwłaszcza wtedy, kiedy dochodzi do komunikowania informacji trudnych w postępowaniu medycznym. Wówczas szczególnie, zarówno lekarz, jak i pacjent, każdy z pozycji swoich potrzeb, oczekuje sprawnego i skutecznego porozumienia. Często jednak omawiane płaszczyzny komunikacyjne, werbalna i niewerbalna, zawodzą i są niewystarczające. Jak bowiem dostarczyć merytoryczne argumenty pacjentowi, który w trudnej sytuacji swojego życia racjonalne argumenty zagłusza emocjami? Jak zachować się wobec płaczącej matki nad tragedią dziecka, skoro proksemiczny profesjonalizm lekarza uniemożliwia mu jej przytulenie?

---

<sup>12</sup> Por. S.P. Morreale, B.H. Spitzberg, J.K. Berge, *Komunikacja między ludźmi. Motywacja, wiedza i umiejętności*, Warszawa 2012, s. 218.

<sup>13</sup> Por. D.G. Leathers, *Komunikacja niewerbalna. Zasady i zastosowania*, przeł. M. Trzczińska, Warszawa 2007, s. 417.

<sup>14</sup> Por. M. Makara-Studzińska, *Komunikacja z pacjentem*, dz. cyt., s. 45–46.

<sup>15</sup> Por. D.G. Leathers, *Komunikacja niewerbalna. Zasady i zastosowania*, przeł. M. Trzczińska, Warszawa 2007, s. 410.



#### 4. KOMUNIKOWANIE WARTOŚCI

W sytuacji, kiedy zawodzą słowa, okazując się bez znaczenia, a wszelkie sygnały pozawerbalne mogą być odebrane niejednoznacznie, komunikacja między lekarzem i pacjentem na płaszczyźnie werbalnej i niewerbalnej staje się niemożliwa. Mimo to, tych dwoje ludzi nadal łączy wspólny przedmiot zainteresowania – zdrowie pacjenta, bądź jego bliskiej osoby. W przypadku impasu komunikacji werbalnej i niewerbalnej, wymiana informacji na płaszczyźnie fundamentalnej trwa nadal. Treścią porozumienia jest nic innego, jak zdrowie rozumiane w kategorii wartości, które to właśnie komunikują w tej przestrzeni kontaktu.

Przenosząc terminologię filozofii dramatu, której zarys został przedstawiony w drugim paragrafie, w realia komunikacyjne lekarza i pacjenta, mamy do czynienia z wyjątkowym spotkaniem. Spotkaniem dwóch osób w trudnych okolicznościach i w czasie walki o zdrowie, bądź życie. Stają naprzeciw siebie dwie odmienne rzeczywistości aksjologiczne, które muszą ustalić strategię dążenia do wspólnej wartości, jaką jest zachowanie życia bądź dobrego stanu zdrowia pacjenta. Abstrahując od tego, co obydwie strony wnoszą ze sobą do tego konkretnego spotkania, i w jaki sposób zostały ukonstytuowane przez doświadczenia swojego życia, skupię się na tym konkretnym czasie spotkania, który je połączył. Ten etap jest zasadniczy i warunkuje dalsze przeżywanie rzeczywistości przez obojga. Zatem istotą łączących ich okoliczności jest porozumienie między nimi, bowiem „dla prawidłowego przebiegu komunikacji między lekarzem a pacjentem istotne jest, aby wartości obydwu stron nie były ze sobą w konflikcie, np. zdrowie pacjenta jest wartością dla lekarza, ale dla pacjenta, który nie ma woli życia, nie stanowi wartości”<sup>16</sup>. Komunikowanie według wartości podczas spotkania lekarza i pacjenta oznacza reprezentację indywidualnych hierarchii wartości i na tej podstawie uzgodnienie wspólnej wartości, do której dążą w trakcie tego wszystkiego, co się wydarza w ramach ich spotkania. Kwestia reprezentowanych wartości przez strony i uzgodnienie wspólnych dążeń jest najważniejsza z punktu widzenia relacji łączącej lekarza z pacjentem. Bowiem żadne słowa nie przekonają pacjenta do podjęcia terapii, jeśli nie będzie widział w jej skutkach wspólnego z lekarzem dobra. Bądź odwrotnie, lekarz może odmówić podjęcia zabiegu np. aborcji, jeśli to jest sprzeczne z jego systemem wartości.

Płaszczyzna fundamentalna, będąca ontyczną podstawą aktu komunikacyjnego, gwarantuje porozumienie między lekarzem i pacjentem. Jego rezultatem może być podjęcie wspólnych działań na rzecz ratowania, bądź poprawy zdrowia pacjenta – w przypadku zgodności aksjologicznej stron. Rezultatem może być również decyzja o zakończeniu relacji komunikacyjnej – w przypadku konfliktu wartości. Niemniej jednak nie ma sytuacji braku porozumienia. Ponieważ, jeśli nawet w przypadku zgodności aksjologicznej brakuje kontaktu werbalnego i niewerbalnego, wszystkie działania lekarza i pacjenta są kierowane w atmosferze zaufania w stronę wspólnie obranego celu aksjologicznego. Nie ma zatem możliwości dwuznacznego odbioru lub niedopowiedzenia, jak w przypadku komunikowania werbalnego czy niewerbalnego. Przy tym warto przypomnieć, co już

<sup>16</sup> M. Makara-Studzińska, *Komunikacja z pacjentem*, dz. cyt., s. 66.

zostało powiedziane uprzednio, że płaszczyzna aksjologiczna, będąc fundamentalną, warunkuje również dwie pozostałe. Dlatego, jeżeli sytuacja komunikacyjna na to pozwala, sfera aksjologiczna aktu komunikacyjnego współgra ze sferą werbalną i niewerbalną przekazu w stosunku przedmiotowym. To znaczy znaki werbalne i pozawerbalne stają się narzędziami wyrażania wartości, jak na przykład w sytuacji wizyty kontrolnej lub takiej, która nie jest obciążona trudnymi emocjami. Natomiast w przypadku niemożności emisji znaków werbalnych lub niewerbalnych, na przykład podczas komunikowania terminalnej diagnozy, jest to jedyna płaszczyzna porozumienia, ponieważ pod wpływem silnych emocji może dojść do irracjonalnego myślenia bądź dwuznacznych zachowań.

Zgodnie z zapowiedzią, chciałabym teraz zwrócić się w kierunku medialnej analizy porozumienia lekarza i pacjenta na płaszczyźnie fundamentalnej. Dalsza problematyka artykułu będzie oscylowała zatem wokół pytań: Czy płaszczyzna fundamentalna komunikowania w relacji lekarz–pacjent jest ukazywana w mediach? Jeśli jest przedstawiana, to w jaki sposób?

## **5. PRZEDSTAWIENIE PŁASZCZYZNY FUNDAMENTALNEJ AKTU KOMUNIKACYJNEGO MIĘDZY LEKARZEM I PACJENTEM W SERIALU *SZPITAL***

Obraz aktu komunikacyjnego w mediach jest przedstawiany w taki sposób, aby przyciągnąć i zatrzymać uwagę widza. Ten fakt jest zgoła oczywisty, zwłaszcza jeśli mamy do czynienia z mediami komercyjnymi. Jednak medialne przedstawianie procesu komunikacyjnego lekarza i pacjenta jest kwestią o tyle newralgiczną, o ile wpływa na wizerunek służby zdrowia. Ponadto trudność prezentacji medycznego procesu komunikacyjnego jest dodatkowo obciążona odpowiedzialnością merytoryczną. Dlatego jego zobrazowanie w środkach masowego przekazu nie jest rzeczą łatwą, zwłaszcza kiedy twórcy medialni mają świadomość ciężącego na nich zadania. Medialnym przykładem przedstawienia komunikowania się lekarza i pacjenta jest serial medyczny *Szpital*, produkowany od 2013 do 2018 roku przez jedną ze stacji komercyjnych w Polsce. Metodą wywiadu pogłębionego, którego udzieliła mi Monika Szczęsna-Jurga – jedna z reżysek serialu – zbadalam, jak nadawca medialny stara się pokazać kontakt lekarza z pacjentem. Na potrzeby niniejszego artykułu główny nacisk badawczy został położony na pokazanie sfery fundamentalnej komunikowania między lekarzem i pacjentem.

W serialu *Szpital* lekarz jest przedstawiany zawsze w pozytywnym świetle jako otwarty i gotowy do kontaktu z pacjentem, nawet podczas nocnego dyżuru. Jest zawsze w pełni zaangażowany w komunikację z pacjentem. Informacje merytoryczne o stanie zdrowia pacjenta, które przekazuje, są konsultowane z lekarzami specjalistycznymi oraz konsultantami medycznymi. Warto również zwrócić uwagę na fakt, że postać serialowego lekarza jest odgrywana zawsze przez aktora profesjonalistę, bądź autentycznego lekarza. Podczas gdy pozostałe serialowe postacie, to role statystów. Dlatego przed nagraniem reżyserzy serialu proszą osoby statystujące o empatyczną pracę z tekstem

w celu wzbudzenia autentycznych przeżyć emocjonalno-aksjologicznych zarówno u nadawcy – aktorów, jak i odbiorcy – widza. W przypadku nadawcy takie odgrywanie scen warunkuje komunikacyjną autentyczność przekazu.

Problem jednak powstaje w sytuacji odgrywania sytuacji najbardziej tragicznych i trudnych. Zważywszy na fakt, iż scenariusz jest napisany w taki sposób, aby oprócz zajmowania się pokazaniem terapeutycznej strony medycznych przypadków, opowiedzieć również historię bohaterów danego odcinka. W kolejnych częściach mamy do czynienia z konkretnym dramatem, konkretnych ludzi. Możemy się utożsamiać z nimi mniej lub bardziej, mimo to ich problemy niosą ze sobą konkretny ładunek emocjonalny, w konkretny sposób wpływający na odbiorcę. Spośród wszystkich historii, zdarzają się zatem takie, podczas których trudno jest odegrać dosłowne dialogi między lekarzem i pacjentem w taki sposób, by oddały cały patos sytuacji. Jak bowiem odegrać dialog między lekarzem a matką, która jest właśnie informowana o śmierci swojego dziecka? Jak uchronić taką scenę przed banalnością słów i sztucznością aktorską? Jeśli więc odegranie sceny za pomocą komunikacji werbalnej lub niewerbalnej zawodzi, w przypadku informowania o sprawach bolesnych, reżyserzy serialu *Szpital* komponują wymowne sceny, np. pokazujące lekarza i pacjenta, ewentualnie jego rodzinę rozmawiających, a w tle słychać jedynie muzykę – żadnych słów. Innym sposobem na pokazanie trudnych sytuacji jest przejście do następnej sceny z informacją „kilka dni później”, kiedy np. matka dostaje worek z rzeczami zmarłego syna.

Wynik analizy przeprowadzonego wywiadu pokazał budowanie pozytywnego wizerunku lekarza i służby medycznej przez autorów serialu *Szpital*. Ponadto twórcy serialu dbają, aby do widza dotarły rzetelne informacje na temat konkretnego przypadku medycznego. Natomiast sam akt komunikacyjny ukazywany jest w sposób przystępny, zrozumiały dla widza i taki, który podkreśli pełne zaangażowanie lekarza w problem pacjenta. Bywają jednak niezwykle skomplikowane szpitalne przypadki, których nie sposób odtworzyć, zagrać, aby nie uniknąć ich trywializacji. Są to momenty informowania pacjenta lub jego rodziny o terminalnej chorobie, śmierci, bądź innej ludzkiej tragedii. I tutaj dochodzimy do kwestii zasadniczej dla niniejszego artykułu, kiedy analiza wywiadu potwierdza jego założenie teoretyczne. Otóż nie zawsze można przedstawić relację lekarza i pacjenta w sposób werbalny bądź niewerbalny. Często słowa działają na niekorzyść przekazu i niemożliwym staje się werbalizowanie relacji lekarz–pacjent. Z odgrywanymi gestami jest podobnie, by uniknąć sztuczności w medialnym przekazie. Zatem zamysł nadawcy medialnego polega na rezygnacji z komunikacji werbalnej i niewerbalnej aktorów na rzecz uciekania się do pokazania artefaktów (np. puste szpitalne łóżko w sytuacji śmierci), bądź niemej rozmowy aktorów z adekwatnym podkładem muzycznym. Stąd nasuwa się wniosek, że jest to bardzo wymowna próba pokazania sfery fundamentalnej aktu komunikacyjnego mieszczącego się w sferze wartości interlokutorów, w historii ich indywidualnego życia.

Na podstawie filozofii dramatu ks. Józefa Tischnera starałam się pokazać, iż płaszczyzna fundamentalna aktu komunikacyjnego między lekarzem i pacjentem jest często jedyną drogą porozumienia między nimi, co zostało potwierdzone w obrazie serialu *Szpital*. Kiedy zawodzą słowa, a emocje wymykają się spod kontroli, paraliżując tym samym system racjonalnego myślenia, komunikują wartości osób będących uczestnikami

dialogu. Oczywiście powyższe refleksje nie wyczerpują tak głębokiego i trudnego tematu. Moim celem było jedynie wskazać na fundamentalną płaszczyznę aktu komunikacyjnego, która w literaturze przedmiotu jest niezauważana, bądź pomijana poprzez zdawkowe informacje w ramach pozostałych płaszczyzn. Twierdzę, że jest ona podstawowa, dlatego wymaga bardziej wnikliwego opisu. I tak, jak w przypadku opisu płaszczyzny niewerbalnej nieodzowna jest pomoc psychologii, tak w przypadku opisu werbalnego – językoznawstwa. Z kolei w przypadku opisu płaszczyzny fundamentalnej, konieczna jest perspektywa filozofii.

## LITERATURA

- Bobrowski I., *Zaproszenie o językoznawstwa*, Kraków 1998.
- Leathers D.G., *Komunikacja niewerbalna. Zasady i zastosowania*, przeł. M. Trzcińska, Warszawa 2007.
- Makara-Studzińska M., *Komunikacja z pacjentem*, Lublin 2012.
- Morreale S.P., Spitzberg B. H., Barge J.K., *Komunikacja między ludźmi. Motywacja, wiedza, umiejętności*, Warszawa 2012.
- Stewart J., *Mosty zamiast murów*, Warszawa 2010.
- Tischner J., *Filozofia dramatu*, Kraków 1998.
- Tischner J., *Myślenie według wartości*, Kraków 2002.
- Tischner J., *Spór o istnienie człowieka*, Kraków 1998.