



Mowa ciała przy okienku

Agata Domańska

W rozmowie z pacjentem istotną rolę – poza wiedzą merytoryczną – odgrywają także: ton głosu, kontakt wzrokowy, odpowiednie operowanie gestem. Dzięki nim chory czuje się nie tylko fachowo obsłużony, ale też dobrze potraktowany i... z pewnością zechce do nas wrócić. Pomoże nam w tym umiejętne stosowanie mowy ciała.

Komunikacja niewerbalna to zestaw gestów, mimika, kontakt wzrokowy, postawa, ton głosu i jego modulacja – jednym słowem, wszystkie sygnały, które rozmówcy wysyła nasze ciało. Nie lekceważmy tego przekazu, gdyż jest on w komunikacji międzyludzkiej ważniejszy nawet niż słowa. Zdaniem specjalistów, komunikacja werbalna (czyli przekaz słowny) odpowiada jedynie za 10% procesu komunikacyjnego. Czterdzieści procent informacji dostarcza nam głos i jego modulacja, mowa ciała przekazuje kolejnych 50%. To, co komunikujemy pacjentowi za pomocą słów, jest zatem istotne, ale pamiętajmy, że pacjent nas posłucha, poczuje się „zaopiekowany” i dobrze potraktowany dzięki przekazowi pozasłownemu.

Jak cię widzą...

Skąd tak wielka siła komunikacji niewerbalnej? Po pierwsze: mowa ciała to nasz język pierwotny. Zanim ludzkość opanowała mowę, porozumiewaliśmy się językiem gestów (zwierzęta do dziś tak robią). Po drugie: przekaz mowy ciała dociera do nas niejako „tylnymi drzwiami” – trafia do podświadomości. Umysł działa najskuteczniej, kiedy część operacji (niektórzy specjaliści twierdzą nawet, że większość...) deleguje do podświadomości. Tam zapadają te decyzje, które nie muszą być podejmowane w operującej świadomości części, nie muszą zwracać naszej uwagi (np. kiedy chcemy złapać piłkę, nie musimy świadomie obliczać trajektorii jej lotu, robi to nasz umysł „w tle”). Rodzące się tam decyzje są instynktowne. Jedną z nich jest odbiór wysyłanych przez ciało rozmówcy sygnałów i ich interpretacja. Nazywa się to podszeptem intuicji, przeczuciem, impulsem.



Wiedza ta jest po prostu owocem percypowania pozawerbalnego przekazu.

Jak istotną rolę – ważniejszą wręcz niż fachowość i kompetencja – odgrywa wysyłanie odpowiednich sygnałów, ilustruje przykład z życia amerykańskich lekarzy. Pewna firma, zajmująca się ubezpieczeniem lekarzy od oskarżeń o błąd w sztuce dokładniej przyjrzała się, kto jest oskarżany, a kto nie. Okazało się, że ryzyko oskarżenia nie ma nic wspólnego z... faktyczną ilością pomyłek! Śledztwo ubezpieczeniowe wykazało, że niektórzy wysokiej klasy specjaliści o nieposzlakowanej opinii w świecie medycznym wciąż trafiają na ławę oskarżonych. A inni, często mylący się lekarze, nie znajdują się tam nigdy...

Ponadto pacjenci często skarżą np. specjalistę, tymczasem wina (np. zbyt późno postawiona diagnoza) leży po stronie lekarza pierwszego kontaktu. I nawet gdy sugeruje się im, że oskarżają nie tego człowieka, którego powinni, odpowiadają: „Skarżyc moją kochaną panią doktor? Nigdy w życiu!”. Amerykańska profesor psychologii, Wendy Levinson, nagrała fragmenty rozmów skarżonych i nieskarżonych lekarzy z pacjentami. Wyciągnęła zaskakujące wnioski: po obejrzeniu kilku minut takiej rozmowy można odgadnąć, który z lekarzy trafi (lub trafił) do sądu, a który nie. Nie trzeba przeglądać jego kartoteki, wystarczy zobaczyć, jak odnosi się do pacjenta. Jeśli jest przyjazny, cierpliwy, ciepły i „ludzki” – pacjent odczuwa do niego sympatię. Winą za błędy obarcza tego, który traktował go chłodno, z wyższością, mało przyjaźnie i nie miał dla niego czasu. Zapytani jednak, pacjenci tłumaczą, że skarżą lekarza, który jest mało fachowy, niekompetentny, niestaranny, nieuważny. O sympatii nie wspominają ani słowem. Co więcej, oni naprawdę są przekonani, że oburzyła ich niekompetencja! Tymczasem wystarczyło, by lekarz nie miał dla nich czasu lub całym ciałem dawał do zrozumienia, że pacjent nie jest tu najważniejszy, by ów poczuł się zlekceważony i posądził doktora o brak kompetencji.

Nie oznacza to, że wystarczy być jedynie miłym i przyjaznym. Trzeba jeszcze wysłać właściwy przekaz pozawerbalny, który nasz umysł traktuje priorytetowo w stosunku do słów. Obrazuje to doskonale kolejna historia, chętnie powtarzana przez trenerów mowy ciała: pewien kelner bardzo miło traktował klientów. Był uprzejmy, chętnie odpowiadał na pytania, pytał grzecznie, czy jedzącym smakował posiłek. Mimo to bardzo rzadko dostawał napiwki. Dlaczego? Ponieważ jego mowa ciała „wypromieniowywała” poczucie wyższości – wysoko nosił brodę, dosłownie „zadzierając nosa”, nie pokazywał wnętrza dłoni, miał zawsze bardzo proste plecy. Kiedy stał przy stoliku, dosłownie górował nad gośćmi, jego słowa „płynęły” nad ich głowami. To wszystko sprawiało, że klienci czuli się traktowani z góry, protekcyjnie. Ich psychiczna „niewygoda” wyrażała się w braku napiwków.

Wyciągnijmy wnioski z tych lekcji. Nas wprowadzie nikt nie oskarży o błąd w sztuce, ani nie odmówi napiwku, ale pacjent, który odbierze niewłaściwe sygnały, po prostu do nas nie wróci. Oto kilka rad, jak „rozmawiać” z nim językiem bez słów.

Nie unikajmy kontaktu wzrokowego z chorym

Spojrzenie zwane jest „mostem porozumienia”. Kiedy obsługujemy kogoś, nie podnosząc wzroku i uparcie patrząc w monitor, nasz klient może się poczuć zignorowany, zlekceważony – skoro szkoda nam wysiłku, by na niego spojrzeć... Brak kontaktu wzrokowego sprawia, że kontakt ogólny staje się zupełnie bezosobowy – a w dzisiejszym świecie ludzie cierpią na niedobór uwagi, sympatii i ciepła – zwłaszcza że przed naszym okienkiem stoją ludzie chorzy. Uciekanie spojrzeniem, unikanie kontaktu wzrokowego jest też typowe dla kogoś, kto kłamie. Jeśli więc nie podniesiemy wzroku podczas zachwalania jakiegoś specyfiku, jest bardzo prawdopodobne, że pacjent nam zwyczajnie nie uwierzy. Ale uważajmy także, by nie wpatrywać się w oczy zbyt natęrczywie. Takie zachowanie może zostać uznane za próbę flirtu (podobnie zostaną odebrane spojrzenia tzw. powłóczyste, rzucane spod półprzymkniętych powiek). Gdy natomiast dodatkowo napinamy kark – możemy zostać posądzeni o „zaczepkę” (czasem kłócący się ludzie „mierzą się” spojrzeniami, przegrywa ten, który pierwszy spuści oczy). Człowiek, który chce o czymś kogoś przekonać, ale nie jest pewien swoich racji, zwykle nie spuszcza wzroku z rozmówcy. Osiąga efekt odwrotny niż zamierzony: rozmówca po kilku minutach, zamiast słuchać, zaczyna szykować się do podjęcia wyzwania. Zbyt intensywne wpatrywanie się w oczy sprawi, że pacjent poczuje się nieswojo lub się zdenerwuje. Dlatego trzeba co jakiś czas spojrzenie odwrócić, np. zerkając na monitor, by umożliwić mu przeanalizowanie otrzymanej informacji, pozbieranie myśli. A potem wracamy do kontaktu wzrokowego.



Panujmy nad mimiką

Twarz potrafi zdradzić bardzo wiele. Zmarszczona nasada nosa oznacza niezadowolenie, odrzucenie, przesyłany wówczas komunikat brzmi: „to mi się nie podoba”. Jeśli pacjent opowiada nam o swoich bólach, a my marszczymy nos, to tak, jakbyśmy mówili „strasznie marudzisz, nie chcę tego słuchać”. Twarz powinna zatem być przyjaźnie uśmiechnięta, o miłym wyrazie. Nieruchome oblicze, przypominające maskę oznacza dystans i niechęć do kontaktu. Zaciśnięte wargi to komunikat: „nie akceptuję czegoś lub kogoś”. Obserwator będzie miał wrażenie, że od osoby, która ma taką minę, może oczekiwać tylko krytyki lub odmowy. Zwróćmy też uwagę, by nasze usta były zamknięte – wpółotwarte mówią: „ten człowiek myśli powoli i nie jest zbyt bystry”. Zagryzione usta sugerują, że – mimo dobrych chęci – nie będziemy w stanie pomóc rozmówcy.

Ważna jest pozycja głowy

Lekko opuszczona i lekko przekrzywiona głowa plus spojrzenie z ukosa oznacza: „osądzam cię”.

Unikajmy takiego ustawienia. Natomiast możemy słuchać pacjenta z prostą, lecz przechyloną w bok głową, odsłaniając bok szyi – to oznaka akceptacji wypowiedzi i zaufania do rozmówcy (kiedy coś nas rozdrażni albo zirytuje, głowa jak na sprężynie wraca do pionowej pozycji – zwróćmy uwagę, czy tak nie zachowuje się głowa pacjenta, ponieważ to oznacza, że pilnie trzeba kontrolować przebieg rozmowy). Ale już odsłonięcie przedniej części szyi i głowa podniesiona do góry, tak że podbródek wystaje i „celuje” w czoło rozmówcy, to oznaka konfrontacji, mówi: „jestem lepszy od ciebie, czuję się lepszy” – i na pewno nie zjedna nam sympatii, tym bardziej że w podtekście dodaje: „rzucam ci wyzwanie, i co mi zrobisz?”. Pochylenie głowy z jednoczesnym podciągnięciem barków to gest obronny, świadczący o poczuciu zagrożenia. Nasza postawa przestaje więc być przyjazna i otwarta.

Uważajmy na dłonie i ramiona

Są jednym z ważniejszych instrumentów w niewerbalnej komunikacji. Nie unośmy ich podczas rozmowy do ust, nie pocierajmy nosa ani oka czy ich okolic – to gesty towarzyszące często ukrywaniu lub fałszowaniu prawdy – tak jakby symboliczne zasłanianie twarzy czy „kłamliwych” ust. Drapanie się po szyi oznacza: „nie jestem pewien” – ten gest zdradza brak naszej znajomości tematu, o którym mówimy. Podobnie drapanie się po głowie. Dłoń położona na szyi (z przodu lub z boku) to gest obronny. Ramiona przyciśnięte sztywno do boków ciała są sygnałem: „nie czuję się dobrze, bezpiecznie, odpycham cię”; skrzyżowane na piersi: „blokuję komunikację” lub – gdy plecy mamy proste: „wstrzymuję się od aktywności”. Gdy jedna ręka przebiega przez pierś na ukos, mówi: „osłaniam się od ciebie” – nie wysyłajmy takich sygnałów pacjentom. Zaufanie i gotowość do komunikacji wyrażają swobodne gesty. Kiedy wskazujemy coś na recepcie, uczynimy to otwartą dłonią, wnętrzem skierowaną do góry – taki gest uchodzi za przyjacielski, otwarty, mówiący: „nie mam złych zamiarów, ani nic do ukrycia”. Wskazanie czegoś palcem, w dodatku dłonią skierowaną grzbietem do góry, jest nakazujące, władcze, agresywne – przez co pacjent może poczuć się traktowany protekcyjnie, naciskany. Starajmy się raczej w ogóle nie używać w gestykulacji palca wskazującego, jego symbolika oznacza dominację, a to często blokuje rozmówcę. Jeśli dłonie są przez cały dialog skierowane grzbietami do góry, można pomyśleć, że osoba coś ukrywa – i odwrotnie, pokazanie nadgarstków i wnętrza dłoni oznacza przyjazne podejście, zaufanie i gotowość do współpracy. Podawanie czegoś w „otwartej” dłoni (otwartej płasko lub tworzącej jakby skierowaną ku górze miseczkę, utworzoną z wnętrza dłoni) jest niczym obdarowywanie – nawet jeśli podajemy kupowany przez pacjenta lek.



Taki gest odpręża i otwiera rozmówcę. Natomiast ruch otwartą dłońią z góry na dół (grzbietem do góry), przypominający uderzenie w stół (choć bez jego mocy), jest bardzo dominujący – zamyka rozmowę i ucisza protest. Lekkie trzymanie serdecznego palca jednej dłoni palcami drugiej podczas rozmowy sugeruje, że przysłuchujemy się z uwagą i napięciem. Gdy rozmawiamy z pacjentem, chowając dłonie za plecami, mówimy: „ruszę się dopiero, kiedy będę musiał”. Pamiętajmy, że jeśli w jakimś gościu uczestniczą obie dłonie, to wymowa gestu jest podwójna.

Właściwa postawa jest istotna...

...ponieważ pacjenci widzą nasze ciało od pasa w górę. Nasza postawa powinna być wyprostowana, sprężysta, ale naturalna. Wysunięcie głowy do przodu oznacza zainteresowanie, wypatrywanie sygnałów, wysyłanych przez drugą stronę. Lekkie pochycenie ciała w kierunku rozmówcy oznacza akceptację i gotowość do kontaktu. Natomiast zapadnięta klatka piersiowa z zaokrąglonymi, pochylonymi plecami zdradza obciążenie psychiczne. Taka osoba budzi raczej współczucie i obawę, że nie sprosta naszym wymaganiom niż zaufanie, jakie powinien wzbudzać farmaceuta.

Z kolei cofnięta klatka piersiowa oznacza wycofanie się, podkreślenie dystansu wobec rozmówcy. Podobnie odbierane jest ściągnięcie barków i cofnięcie tułowia; taka pozycja podkreśla dodatkowo chęć uniku, sugeruje, że poruszany temat jest dla nas niewygodny, obawiamy się go. Wciągnięta w ramiona głowa, skrócona i napięta szyja to znak nieustępliwości – osoba o takiej pozycji nie jest skłonna nas wysłuchać i nie zmieni zdania. Nie kładźmy też dłoni na biodrach, to pozycja dominująca i zadziorna. Starajmy się, aby nasze ciało było skierowane w stronę rozmówcy – jeśli kierujemy w jego stronę tylko głowę, a ciało odkręcamy w bok, to mówimy: „nie mam ochoty z tobą rozmawiać”.

Obserwujemy reakcje pacjenta

ZWRÓĆMY UWAGĘ NA ZACHOWANIE CHOREGO:

- Jeśli podczas słuchania naszych porad nagle napelnia klatkę piersiową powietrzem, to znak, że chce coś powiedzieć – dopuśćmy go do głosu.
- Jeśli robi szybki, płytki wdech, a potem wypuszcza powietrze, to podjął decyzję, że nie warto zabierać głosu – wtedy możemy dopytać, co chciał powiedzieć.
- Jeśli jego wzrok gdzieś błądzi, a chory zachowuje się, jakby nas nie słyszał – straciliśmy jego zainteresowanie.
- Jeśli zaciska ręce – jest to gest wrogi, świadczący o stłumionym gniewie – być może rozmowa trwa już zbyt długo, a pacjent się spieszy.
- Jeśli marszczy czoło, drapie się po głowie, zaciska wargi, wygląda na zmieszanego – to prawdopodobnie nie zrozumiał czegoś, co usłyszał, ale nie chce zadawać „głupich” pytań. Dopytajmy, czy na pewno wszystko jasne (jeśli nie, nawet gdy zaprzeczy, w jego głosie będzie słychać brak pewności).
- Jeśli w pewnym momencie szerzej otwiera oczy, to znaczy, że pragnie więcej informacji – być może czegoś nie zrozumiał i potrzebuje wyjaśnień. Zwężenie oczu to także żądanie informacji, ale bardziej dokładnych – być może nie rozumie jakiegoś szczegółu.
- Jeśli pacjent zamyka oczy i kiwa głową, to znak: „wystarczy tych informacji”. Podobnie, kiedy opada mu szczeka i usta uchylają się – już więcej informacji nie jest w stanie przyjąć.
- Jeśli rozmówca palcami jednej dłoni łaskocze wnętrze drugiej, to znaczy, że chciałby już dostać to, na co czeka.

Chcesz wiedzieć więcej? Przeczytaj:

1. Samy Molcho „Mowa ciała”, Świat Książki, 1997
2. Vera F. Birkenbihl „Komunikacja niewerbalna”, Astrum, 1998
3. Mary Hartley „Mowa ciała w pracy”, Jedność, 2006
4. Gordon R. Wainwright „Mowa ciała. Praktyczne wprowadzenie”, Power 2006
5. Kurs multimedialny na CD „Mowa ciała”, Avalon, 2009