

NLP, CZYLI SKUTECZNOŚĆ W KONTAKCIE Z PACJENTEM

TEKST: AGATA DOMAŃSKA / FOTO: AGATA DOMAŃSKA, SHUTTERSTOCK

PROGRAMOWANIE NEUROLINGWISTYCZNE TO EFEKTYWNE NARZĘDZIE KOMUNIKACYJNE. POZWALA SZYBKO I SKUTECZNIE ZNALEŹĆ Z PACJENTEM NIĆ POROZUMIENIA. CO WIĘCEJ, POMAGA ZAŻEGNAĆ KOMUNIKACYJNE KRYZYSY, TAKIE JAK PRZYKŁADOWO GNIEWNA WYMIANA ZDAŃ.



Grażyna Brzeska, trenerka specjalizująca się w NLP.

Programowanie neurolingwistyczne (NLP) wywodzi się z badań nad skutecznymi formami komunikacji interpersonalnej oraz skutecznymi formami działania. Pozwala też szybko wywoływać zmiany. Wykorzystywane jest w terapii krótkoterminowej, ale też w budowaniu skutecznych technik handlowych. W jaki sposób można wykorzystać tę metodę w pracy farmaceuty, wyjaśnia **Grażyna Brzeska**, trenerka specjalizująca się w NLP.

Czy NLP może pomóc farmaceutycie w pracy z pacjentem?

Oczywiście! Metoda ta jest właśnie narzędziem do budowania porozumienia, nawiązywania kontaktu. Wskazówka kryje się w samej nazwie: programowanie jest „lingwistyczne”, czyli wykorzystujące sferę językową, a więc nasze podstawowe narzędzie porozumiewania się.

Przedrostek „neuro” odnosi się do procesów służących do przetwarzania pozyskiwanych przez zmysły informacji, czyli tego, co widzimy i słyszymy. W tej metodzie przyglądamy się sposobowi, w jaki kodujemy w języku swoje przekonania i wyobrażenia na temat świata i życia.

Co wobec tego oznacza pojęcie „programowanie”?

Stworzenie i wprowadzenie do codziennej praktyki „programów”, czyli pewnych schematów komunikacyjnych, pozytywnych nawyków, dzięki którym nasze życie stanie się prostsze, a komunikacja efektywniejsza. Proszę pamiętać, że dobra komunikacja to absolutna podstawa. Dzięki niej nie tylko dowiemy się, czego pacjent potrzebuje, ale też zbudujemy z nim poczucie łączy. W NLP ważne jest zrozumienie strategii działania ludzi, a potem skupienie się na rezultatach.

Co jest najważniejsze w NLP? Mam na myśli udane spotkanie farmaceuty z pacjentem.

Mówiąc „udane spotkanie”, zapewne mówi pani o budowaniu dobrego kontaktu? Służą temu dwa podstawowe procesy: dopasowanie i odzwierciedlanie, a następnie prowadzenie.

Dopasowanie i odzwierciedlanie, jak się domyślę, polegają na dostrojeniu się do rozmówcy?

Dopasowanie i odzwierciedlanie są w kontakcie z drugim człowiekiem absolutnie kluczowe i, tak, wymagają wejścia w jego rytm. Dopasowanie to obserwacja i dostrojenie się do rozmówcy; odzwierciedlenie to w miarę dokładne kopiowanie jego zachowania. Generalnie chodzi nam o to, by znaleźć się na

tym samym poziomie co pacjent – emocjonalnym czy związanym z zaangażowaniem.

Czasem ludzie osiągają ten stan spontanicznie?

Tak. Proszę sobie wyobrazić, że rozmawia pani z kimś, kto podziela pani pasję i dyskutujecie o czymś dla was jednakowo fascynującym. Prawdopodobnie będziecie oboje tak samo podnieceni, zainteresowani,

zanurzeni w temacie; będziecie mówić szybko i z zaangażowaniem. I oboje będziecie mieć poczucie, że się świetnie rozumiecie! To dlatego, że jesteście dopasowani i odzwierciedlacie siebie nawzajem. Choć nie zawsze potrzebna jest wspólna pasja. Są osoby, które mają talent do obserwacji innych osób: zauważają zmiany w tonie głosu, postawie ciała, sposobie mówienia – i dopasowują swoje zachowanie. To pomaga szybko pogłębić kontakt. NLP pomaga osiągnąć ten efekt w sposób świadomy.

Jak się więc do tego zabrać?

Postępujemy: jak mówi nasz rozmówca? Czy robi pauzy? Czy jego wypowiedź ma jakiś rytm? Czy głos podnosi się na początku zdania, a może na końcu? Czy mówi krótkimi zdaniami, czy buduje długie? Zmierz prosto do celu, czy pływa w dygresjach? Jeśli pacjent mówi powoli, my także spowalniamy – wchodzimy w jego tempo. Więcej: nie tylko zaczynamy mówić w podobnym rytmie, ale też dostosowujemy ton głosu.

I jeśli pacjent mówi cicho, my także ściszymy głos.

A jeśli mówi głośno? Nie możemy też zacząć mówić głośno, bo się zrobi z tego kłótnia...

Niekoniecznie. Jeśli dobrze zastosujemy tę metodę, poradziemy sobie z sytuacją. Wystarczy zacząć mówić o ton głośniejszy niż na początku rozmowy. Nie

DOPASOWANIE I ODZWIERCIEDLANIE SĄ W KONTAKCIE Z DRUGIM CZŁOWIEKIEM ABSOLUTNIE KLUCZOWE.

trzeba osiągać dokładnie tego samego poziomu, jaki prezentuje zdenerwowany pacjent. Głośniejszym tonem mówimy tylko przez chwilę (dwa, trzy zdania), po czym głos ściszymy; a pacjent podąży za nami i też ściszy głos; inaczej nie byłby w stanie nas usłyszeć – a w końcu oczekuje od nas odpowiedzi. Zaczynamy też używać podobnych słów czy metafor, jakich on używa.

Proszę o przykłady.

Proszę bardzo: jeśli pacjent mówi o „walce z bólem”, my także zaczynamy mówić o znoszeniu bólu w kategoriach walki: „Dzięki temu środkowi wygra pan z bólem”, „Po zażyciu tych tabletek pokona pan ból” itp. Warto też zwrócić uwagę na to, do jakiego zmysłu odwołuje się w rozmowie najczęściej.

Może to Pani wyjaśnić?

Już wyjaśniam: mamy pięć zmysłów. W NLP nazywamy je modalnościami. Używamy, oczywiście, wszystkich, ale jeden jest zawsze wiodący – mówimy wtedy o wiodącej modalności. Najczęściej jest to wzrok, ale zdarza się, że może to być słuch lub ruch (wtedy mowa o modalności kinestetycznej). Mówiąc, odwołujemy się do tej podstawowej, zmysłowej modalności, np. jeśli jest nią wzrok, powiemy „Nie widzę tu wyjścia”, „Proszę mi pokazać” itp.

A jeśli słuch?

Powiemy np. „To niesłyszane, o czymś takim świat nie słyszał”; a wyrażając prośbę, powiemy: „Proszę mi powiedzieć, chciałbym usłyszeć o...” itp. Czasem pacjent mówi: „Czuję, że bez leku się nie obejdzie” – wtedy my także powinniśmy odwołać się do czucia i odrzec „Mam dokładnie to, czego panu potrzeba; czuję, że ten lek panu szybko pomoże”. Warto przeanalizować wypowiedź pacjenta pod kątem jego wiodącej modalności, bo dzięki temu będziemy mogli zbudować na niej komunikat zwrotny. Taki komunikat najskuteczniej dotrze do pacjenta, zostanie najlepiej zrozumiany i pogłębi poczucie kontaktu.

To wszystko wydaje się skomplikowane...

Na pierwszy rzut oka tak, ponieważ trzeba bardzo szybko ocenić sytuację i przeanalizować wiele czynników naraz. Ale to kwestia treningu. Na początku taka analiza będzie od nas wymagała uwagi; może się nam też na początku wydawać to wszystko nienaturalne – przecież trzeba zaobserwować, jak mówi inny człowiek i potem go „małpować”. Ale zapewniam, że kiedy się przyzwyczaimy i kiedy zauważymy, jakie korzyści daje to obu stronom, chętnie będziemy stosować tę metodę – i z każdym kolejnym dniem będzie się wydawała bardziej naturalna.

A czy można dopasować także ułożenie ciała?

Można i warto to zrobić. Kiedy rozmawiamy z pacjentem, zwróćmy uwagę na to, jak jest ułożone jego ciało – a przynajmniej ta jego część, którą widzimy. Czy wychyla się w naszym kierunku, czy raczej odchyła się od nas? Jak ma ułożone dłonie? A jak ramiona lub głowę? Czy gestykułuje, czy raczej ramiona i dłonie trzyma nieruchomo?

A potem naśladujemy gesty pacjenta?

Tak. Jeśli trzyma dłonie nieruchomo, my robimy to samo – i w miarę możliwości układamy je podobnie. Jeśli gestykułuje, nie tylko także zaczynamy gestykułować, ale staramy się naśladować te gesty.

A nie zostaniemy przytłamani na „małpowaniu”? Obawiam się, że pacjent może się poczuć przydrzeżniany...

To dobre i ważne pytanie. Tak, zostalibyśmy przytłamani na „małpowaniu” i sprawilibyśmy, że pacjent poczułby się niezręcznie, gdybyśmy robili wszystko dosłownie tak samo i zaraz po tym, jak pacjent zrobił gest.



Kluczowy jest tu pewien odstęp: trzeba odczekać kilka sekund, nim przyjmujemy tę samą pozycję. Jeśli pacjent, po podejściu do okienka, położy obie splecio-

A konkretnie? Proszę o szczegóły, bo to ciekawe!

Najpierw dostrajamy się do pacjenta, tzn. przyjmujemy podobną postawę, czyli także wychy-

z głosem – ale o tym już mówiliśmy. I to samo można zrobić z oddechem.

Z oddechem? Naprawdę?

Tak, to bardzo potężna technika, bo oddech jest esencją życia i automatycznie jesteśmy z nim mocno związani. Praca z oddechem może pomóc uspokoić zdenerwowaną osobę, np. pacjenta, który usłyszy od nas coś, co mu się nie spodobało. W tym celu należy zharmonizować oddech ze zdenerwowaną osobą, a po kilku sekundach zacząć oddychać nieco wolniej, i jeszcze trochę wolniej... Mamy naturalną tendencję do dopasowywania się do rozmówcy, więc jest duża

tym większa szansa, że skutecznie naprowadzimy pacjenta na poziom, o jaki nam chodzi. To trzeba zrobić z dużym wyczuciem. I, oczywiście, wymaga treningu, więc zalecałabym najpierw poćwiczenie „na sucho”.

Czyli w jaki sposób?

Zwracajmy baczniejszą uwagę na zachowanie innych wtedy, kiedy możemy ich spokojnie obserwować, np. oglądając telewizję. Dobrym ćwiczeniem jest wyciszenie głosu w odbiorniku i obserwacja samej mowy ciała. Wtedy lepiej widać każdy gest. Obserwujmy też ludzi na ulicy, w kawiarni, sklepie – kiedy rozmawiają, kłócą się, okazują sobie czułość – i analizujmy ich gesty. W ten sposób nauczymy się je świadomie postrzegać. Możemy je też poćwiczyć przed lustrem.

Z głosem pewnie na początku łatwiej pracować przez telefon?

Tak, to prawda. Wtedy można się wsłuchać w głos, zauważyć jego niuanse i dostrajać się do rozmówcy. To nie tylko pomoże nam się nauczyć czegoś, co wykorzystamy w pracy, ale też poprawi jakość naszych kontaktów telefonicznych (śmiej). Dostrajania oddechu łatwo można się nauczyć, obcując z dziećmi: kiedy są smutne, przestraszone, rozczłosczone.

Świetnie. To na koniec jeszcze jedno pytanie: skoro się dostroimy do pacjenta, to czy potem trzeba ten pogłębiony kontakt zerwać za pomocą jakiejś specjalnej techniki?

Nie (śmiej). To nie tak, że kiedy odwrócimy wzrok, pacjent poczuje się zagubiony. Po prostu skończymy rozmowę miłym pożegnaniem, bez przerywania dostrojenia. Ale jeśli jakiś pacjent zagadał się za bardzo, możemy to dostrojenie zerwać, zmieniając pozycję ciała czy wyraz twarzy. Pacjent szybko skonstatuje, że już pora kończyć.

WARTO PRZEANALIZOWAĆ WYPOWIEDŹ PACJENTA POD KĄTEM JEGO WIODĄCEJ MODALNOŚCI, BO DZIĘKI TEMU BĘDIEMY MOGLI ZBUDOWAĆ NA NIEJ KOMUNIKAT ZWROTNY.

ne dłonie przed sobą, mówimy „dzień dobry, w czym mogę pani pomóc” i dopiero wtedy składamy dłonie i kładziemy je przed sobą. Zanim powtórzymy jego gesty, trzeba odczekać jakieś 20–30 sekund.

Gesty naśladujemy co do joty?

Niekoniecznie, wystarczy zachować ogólną konwencję. Założmy, że pacjent, np. mówiąc o tym, że lekarze odsytają go od gabinetu do gabinetu, zatacza przy tym koło ręką, by pokazać „ogrom” wrogiemu świata. My po chwili informujemy go, że mamy na naszych półkach rozwiązanie na wiele problemów i wtedy też możemy zatoczyć ręką szeroki gest, pokazujący „ogrom” naszych możliwości. Pamiętajmy, że rozmowa to nie tylko słowa.

Liczy się też język ciała.

Otóż to. I w języku ciała też trzeba mówić podobnie, żeby się dobrze ze sobą poczuć. Teraz wróćmy na chwilę do postawy ciała. Jeśli rozmówca odsuwa się od nas górną częścią ciała, to znaczy, że nie cieszy go kontakt z nami. Z tak ustawioną osobą ciężko będzie nawiązać nić porozumienia. I tu dochodzimy do tzw. naprowadzania: po zharmonizowaniu się z zachowaniem pacjenta i zbudowaniu w ten sposób kontaktu, możemy zacząć wywierać na niego wpływ.

lamy się nieco do tyłu. Podczas rozmowy zmieniamy to jednak i powolutku zaczynamy przechylać tors do przodu, w kie-



runku pacjenta. Pacjent najprawdopodobniej zrobi to samo i nieświadomie odzwierciedli nasz ruch, nasz gest. A kiedy już nasze ciała będą się ku sobie lekko pochyłać...

...czyli jakby „mieć się ku sobie”...

Tak (śmiej), wtedy umysł także staną się bardziej otwarte na kontakt, bo umysł chętnie podąża za ciałem. To samo można zrobić

szansa, że pacjent za nami podąży (da się naprowadzić).

Brzmi obiecująco, ale pewnie są tu jakieś kuczki?

Tak. Ważne, by nie robić tego zbyt nachalnie, bo wtedy druga strona może się nie dopasować i za nami nie podążyć. Dopasowanie powinno trochę trwać, tzn. dostrajamy się do drugiej strony przez kilka minut. Im dłuższe dostrojenie,