**B/1.    Kommunikáció akut betegekkel**

 Az akut betegség krízisállapot. A krízisállapotban lévő beteggel kapcsolatos első kommunikációs teendőnk a kapcsolat (szakszóval: raport) felvétele és a negatív transzállapot pozitívra, vagy legalább semlegesre módosítása. Ez még nem kooperáló partner esetén is lehetséges olyan szuggesztív technikák alkalmazásával, mint pl. a pacing-leading módszer vagy az implikációk megfelelő alkalmazása a szuggesztív kommunikáció szabályai szerint. Ez az út azért járható, mert a szuggesztív üzenetek hatása nem kapcsolható ki. Az akut beteg Cheek szerinti besorolásban „kritikus állapotú beteg”. Rájuk a negatív értelmezés törvénye és a fokozott szuggesztibilitás állapota jellemző, ezt nevezi Bonke szorongás-indukálta *elsődleges* *folyamatgondolkodás*nak. Ilyenkor a beteg minden kommunikációs megnyilvánulást magára vesz, szó szerint értelmez, ráadásul a lehető legnegatívabb értelemben.

Az akut stresszreakció megoldásában elsődleges fontosságú

* a beteg megnyugtatása és
* figyelmének elterelése a fájdalomról.

E célok elérésére nemcsak verbális, hanem egyéb technikák is használatosak. Pl. megkínáljuk a beteget egy forró teával a következő szavak kíséretében: Kérem, igya meg ezt a gyógyteát, segít megnyugodni és ellazulni.” – A hatás többsíkú:

1. placebo-hatás
2. a meleg megnyugtató hatása
3. a beteg lelassul, megnyugszik, mert a forró teát nem lehet gyorsan felhajtani

A beteg megnyugtatása mellett másik célunk az akut fájdalom „kiemelése” a figyelem középpontjából. Alaptörvény, hogy egyszerre egy dologra tudunk igazán összpontosítani. Akut fájdalom esetén ez az egy dolog maga a fájdalom lesz. Erről elterelhető a beteg figyelme (pl. ez a bohócdoktorok módszerének alapja is) pl. beszéltetéssel, elfoglaltság adásával, pozitív szuggesztiókkal, átkeretezéssel. Pl. a hasfájós (akut has gyanús) kisiskolás gyerek hasának betapintásához elvonhatjuk a gyerek figyelmét a hasfeszítésről, ha megkérdezzük: „Mennyi 8-6-13?” - mire válaszol, hasát megvizsgáltuk.

A következő lépés a kapcsolat fenntartása. Ebben alkalmazkodnunk kell a beteg vonatkoztatási rendszeréhez, azaz ahhoz a módhoz, ahogyan a partner a nyelvet mint jelrendszert használja és értelmezi. A vonatkoztatási rendszer az egyén aktuális tudatállapotának függvénye, amit a külső körülmények (betegség, trauma, riasztó, idegen környezet) jelentősen megváltoztathatnak. Ez a módosulás egészen a teljes gyógyulásig fennáll és fokozott szuggesztibilitással jár, amiről nem szabad megfeledkeznünk.

Célunk kettős:

 biomedikális cél: a panaszok🡪diagnózis🡪terápia út végigjárása

 humánus cél: emberközpontúság (lelki-szociális tényezők és rejtett összefüggések feltárása – nem a betegséget, hanem a beteget gyógyítjuk (Bálint Mihály)

A kommunikációban az orvosé a főszerep, hiszen személyisége maga is gyógyító tényező lehet (Bálint Mihály).

Ezért fontos hogy az akut beteggel való kommunikációban:

* kerüljük a nem rá vonatkozó kijelentéseket (főleg más betegek állapotáról)
* konkrétan fogalmazzunk, nyelvi árnyalatok nélkül, egyértelműen, hiszen nem a szándék a fontos, hanem az amit ebből a másik fél felfog és megért
* közöljük a beteggel, hogy biztonságban van és a körülötte zajló tevékenység, az őt érő ingerek mind javulása érdekében történnek (átkeretezzük a stresszt kiváltó körülményeket = reframing)
* kerüljük az negatív vagy bizonytalan implicit (= mögöttes) tartalmú kijelentéseket, alkalmazzuk a nyelvet mint jelrendszert elsődleges jelentésében
* figyeljük a beteg reakcióit és ennek megfelelően vezessük a beszélgetést – pl. egyes betegeket megnyugtat, ha érthetően és pozitívan elmagyarázzuk a következő beavatkozásokat, mások viszont nem akarnak részleteket hallani az ellátásukról; ilyenkor csak azt kell közölnünk vele, hogy biztonságban van, szakszerű ellátást kap, és segítünk rajta.

A hozzátartozókkal folytatott kommunikáció ugyancsak a fenti elvek alkalmazását igényli, mivel a helyszínen tartózkodó hozzátartozókra, szemtanúkra ugyancsak hatással vannak az események és körülmények. Akut ellátásban pedig a jelenlévők kikérdezése (heteroanamnézis) az esetek nagy részében nem kerülhető el. Az adott helyzet és a jelenlévők verbális és nonverbális jelzések alapján felmérhető lelkiállapota határozza meg a követendő stratégiát. Bár a nonverbális jelzések szerepét általában jobban kiemelik, a verbális megnyilvánulásokban is felfedezhetők önkéntelen, a tudatállapotra utaló jelek: elszólás, dadogás, hosszú szünet, hibás szórend, stb. Ezeknek az ún. zavarjeleknek a segítségével is értékelhető a partner belső feszültsége, ami a Mahl-féle skálával kategorizálható.

Mindenkinek egyéni a kommunikációs stílusa, ami a személyiségen alapul, de megfelelő példaképek követésével, a kommunikációelmélet elsajátításával és gyakorlással fejleszthető. A legfontosabb, mindig szem előtt tartandó elv, hogy ***az információ nem az, amit közölni szeretnénk, hanem az, amit ebből a címzett felfog***. Ezt betartva elkerülhetők azok a félreértések, amelyek később az ellátók és ellátottak közötti szakadék kialakulásához – és ezáltal az ellátás kisebb hatékonyságához, sőt sikertelenségéhez is vezethetnek.

Kész recept vagy forgatókönyv nincs, de a szuggesztív hatások ismeretében vezetett verbális és nonverbális kommunikáció megkönnyíti az ellátást és az irányítószerep fenntartását.