



# FUNKCIONALNA VAŽNOST KOMUNIKACIJE U LIJEČNIKOVU DJELOVANJU

Živka STANIČIĆ  
Medicinski fakultet, Split

UDK: 614.253  
Stručni rad

Primljeno: 12. 3. 2001.

U radu se analiziraju dva osnovna pravca liječnikova djelovanja: svrhovito-racionalno i komunikativno djelovanje. Dokazuje se da ukupno liječnikovo djelovanje ne može polaziti isključivo od prirodnih, empirijskih znanosti, unatoč tomu što se mnogim liječnicima to područje čini najsigurnijim. U terapeutskoj stvarnosti svrhovito-racionalno djelovanje predstavlja još uvijek samo predstupanj; za potpunu obradu bolesnika liječnik treba, od razine ustanovljavanja činjenica "mjerenjem" i "računanjem", prijeći na razinu promatranja zbiljskog bolesnika a to pretpostavlja posve drukčije, načelno novo liječnikovo djelovanje: komunikaciju. Dobrom komunikacijom, liječnik uspijeva ukloniti najnegativnije implikacije uloge bolesnika zbog koje on privremeno i/ili trajno cijeli svoj socijalni život treba živjeti manje-više s ograničenjima. Komunikacija u interpersonalnom odnosu liječnika i bolesnika potrebna je ne samo zato što uspješno negira naglašenu asimetriju moći u njihovu odnosu, stvarajući time povoljno okruženje koje liječniku omogućuje postizanje maksimalnog, stvarnog, objektivnog terapeutskog učinka, već i zato što se čovjek, kao povijesno biće, ne može u potpunosti dokučiti čistom objektivizacijom i mjerenjem.

✉ Živka Staničić, Medicinski fakultet Sveučilišta u Splitu,  
Katedra Liječnik i bolesnik, Šoltanska 2, 21000 Split,  
Hrvatska. E-mail: zivka.stanicic@zg.hinet.hr

## NEKE PRELIMINARNE TVRDNJE I NAPOMENE

Potreba preciznog određenja svih komponenata liječnikova djelovanja nije samo teorijska potreba. Određenje svih bitnih aspekata ili pravaca liječnikova djelovanja (koje se podvodi pod zajednički nazivnik terapija) rezultirat će, naime, jasnijom slikom o liječnikovu držanju prema bolesniku kako bi u stvarnim situacijama, na konkretnoj razini, liječnik mogao primje-

njivati sve različite (ali ne i protuslovne) "zapovijedi" koje svaki od tih aspekata pred njega postavlja.

Kartezijanski rascjep, koji se postupno uspostavlja u prirodnoj znanosti od prve polovice XVII. stoljeća, bio je, nema nimalo sumnje, izvanredno uspješan nekoliko stoljeća. Držalo se da se svijet može opisati a da se pritom ne govori ni o Bogu ni o nama samima (Heisenberg, 1997., 62). Ta je mogućnost, nastavlja autor, vrijedila gotovo kao nužna pretpostavka za svaku prirodnu znanost, a, po svemu sudeći, i za medicinu. Upravo je takav pristup, međutim, medicinu doveo u krizu; u "industrijskom" modelu medicine liječnik odvaja bolesnu osobu od bolesti, a potom bolest promatra isključivo u terminima fiziologije bilo koga ("any-body") (Radley, 1998., 26).

Iako su liječnici i danas, u najvećem broju, oni koji donose konačan sud o dijagnozi,<sup>1</sup> izboru i provođenju tretmana bolesnika, u jedno smo posve sigurni: cijeli niz promjena u društvu, medicinskoj znanosti i tehnologiji u današnjim uvjetima "uništava mogućnost prave liječničke djelatnosti" (Jaspers, 1998.). Spomenimo, zasada, samo jednu: sadašnje profesionalno osposobljavanje liječnika stavlja naglasak na svladavanje tehničkih vještina u dijagnosticiranju i tretmanu patologije, fizioloških devijacija koje konstituiraju ili karakteriziraju bolest. S podukom koja ga usmjerava na bolest, liječnik, međutim, ne uspijeva razumjeti, u cjelini, potrebe svojega bolesnika (Freund, McGuire, 1991.). Sve te promjene dovode do toga da čovjek "kao bolesnik više ne ostvaruje svoje pravo, kad više nema pravih liječnika" (Jaspers, 1998., 66).

Usprkos nastalim promjenama, termin "odnos liječnik-bolesnik" još je uvijek široko prihvaćen. U današnjim je uvjetima, međutim, njegova uporaba u puno većoj mjeri ideološka nego teorijsko-deskriptivna; njegova daljnja uporaba govori samo o tome da su kliničko odlučivanje i medicinski zahtjevi postavljeni iznad bolesnikova zdravlja (Bury, 1997.).

Ne treba, stoga, čuditi da je u posljednje vrijeme zadovoljstvo bolesnika predmet pojačanoga socijalnoznanstvenoga istraživanja. Glavna, i najčešće rabljena, mjera kojom se mjeri ne samo zadovoljstvo bolesnika već i učinkovitost liječnika (ali i svih drugih zdravstveno-zaštitnih profesija) postaje: koliko liječnik učinkovito komunicira s bolesnikom.

## **OSNOVNI PRAVCI LIJEČNIKOVA DJELOVANJA<sup>2</sup>**

Sadašnjim djelovanjem liječnika malo je tko zadovoljan; protiv njega rogovore gotovo svi: bolesnik (čak i onaj potencijalni), zdravstveno-zaštitni sustav, političari, ekonomisti, planeri, osiguravajuća društva... Riječ je o orkestriranoj kritici kojoj su liječnici sve češće i sve otvorenije izloženi. Iako ih ne bi trebalo potpuno amnestirati za nastalo nezadovoljstvo, držimo

da su najvažniji razlozi zbog kojih se generira bolesnikovo nezadovoljstvo smješteni u društvenim procesima koji se nesmiljeno odvijaju, a na koje ni liječnik ni bolesnik nemaju veći utjecaj. (Iako važna, rasprava o tom pitanju izlazi iz okvira naših analiza.)

Držimo da nam, ne samo za postavljanje početne teze već i za njezino daljnje izvođenje i dokazivanje (dva pravca liječnikova djelovanja), Weberov pojam racionalnosti pruža nekoliko važnih početnih smjernica.

U osnovi Weberova pojma racionalnosti mogu se, bez većih poteškoća, uočiti četiri osnovna tipa racionalnosti: "praktična", "teorijska", "substantivna" te "formalna" racionalnost (Ritzer, 1994., 165). "Praktična" racionalnost (koju možemo nazvati racionalnost u užem smislu) primjenjuje se u svakodnevnim aktivnostima; ljudi rutinski analiziraju sva moguća korisna sredstva, odabirući ona koja im na najbolji način omogućuju ostvarenje krajnjega cilja. (Zbog duboke uronjenosti u svakodnevno djelovanje, ovom tipu racionalnosti bolje odgovara termin "pragmatična" racionalnost.) "Teorijska" racionalnost odnosi se na nastojanja da se stvarnost svlada primjenom što preciznijih i apstraktnih pojmova, dakle intelektualno.

Daljnjom raščlambom pojma racionalnost Weber dolazi do "substantivne" racionalnosti koja uključuje postulirane vrijednosti ili skupinu vrijednosti koje se pojavljuju kao vodič ljudima u njihovu svakodnevnom životu. Za razliku od "praktične" racionalnosti, koja je čisto pragmatična, "substantivna" racionalnost uključuje djelovanje koje je vođeno širim ljudskim vrijednostima. "Formalna" racionalnost uključuje racionalni izbor sredstava koji je vođen univerzalnim primijenjenim pravilima, regulama, zakonima (Ritzer, 1994., 165).

Liječnik u svojem svakodnevnom djelovanju, u terapeutskoj stvarnosti, primjenjuje, nema nimalo sumnje, sve navedene tipove racionalnosti. Postoji, dakle, analogija između navedenih tipova racionalnosti i ukupnoga sadržaja/pravca/aspekata liječnikova ukupnog djelovanja; drugim riječima, četiri tipa racionalnosti, u Weberovu izvođenju, određuju i ukupan prostor liječnikova djelovanja.

Radi jasnije argumentacije naše osnovne teze (dva osnovna pravca liječnikova djelovanja) dopustivo je, od četiri navedena Weberova tipa racionalnosti oblikovati dvije skupine: prvi i drugi tip racionalnosti ("praktična"/"pragmatična" i "teorijska") u bitnome određuju jedan pravac liječnikova djelovanja koji bismo mogli nazvati svrhovito-racionalnim djelovanjem, a treći i četvrti ("substantivna" i "formalna" racionalnost) u bitnome određuju sadržaj drugoga pravca liječnikova djelovanja: komunikaciju.<sup>3</sup>

Nema nimalo sumnje, liječnik u svojem svakodnevnom djelovanju primjenjuje načela "praktične" i "teorijske" racionalnosti. Riječ je o racionalnosti koja je neizostavan vodič njegovu stručno-racionalnom, tehničkom djelovanju koje polazi s tla čiste, empirijske, analitičko-eksperimentalne prirodne znanosti (na kojem se mnogi liječnici osjećaju najsigurnijim). Ta dva tipa racionalnosti ("praktična" i "teorijska") jamstvo su da liječnik djeluje strogo po pravilima umijeća, u skladu sa zakonima struke u užem smislu. Riječ je o racionalnom, jednostavnom tehničko-mehaničkom djelovanju koje, sa sadašnjim stupnjem razvoja medicinske znanosti i tehnologije, postiže nedvojbeno velike, zapravo zapanjujuće rezultate. Ovom jednostavno-mehaničkom pravcu liječnikova djelovanja, koji se uvijek strogo drži onoga što je organsko, nužni su tek "mišljenje i računanje" (Jaspers, 1989.). "Praktična"/"pragmatična" i "teorijska" racionalnost zajedno čine sadržaj liječnikovih djelovanja koja se mogu podvesti pod zajednički nazivnik "rad" u smislu "svrhovito-racionalnog, instrumentalnog djelovanja" koje se "ravna po tehničkim pravilima koja se temelje na empirijskom znanju" (Habermas, 1986., 62).

Ali, u odnosu prema bolesniku, u tzv. terapijskoj stvarnosti, liječnikova "racionalna pomoć u svojoj značajnosti" predstavlja samo "jednu enklavu sa, svakako, zapanjujućim", ali ne i jedinim djelovanjem (Jaspers, 1989.).

Liječnik, djelujući po smjernicama "praktične" i "teorijske" racionalnosti, bolesniku pristupa reducirano: bolesnik se promatra kao puki objekt, tvar koja je podvrgnuta isključivo prirodnim zakonima.<sup>4</sup>

U terapijskoj stvarnosti taj pravac liječnikova djelovanja mora biti samo predstupanj, tranzitoran; za potpunu obradu bolesnika valja mu, naime, od razine ustanovljavanja činjenica (za što mu je dostatan tek "praktičan" i "teorijski" tip racionalnosti), prijeći na razinu promatranja zbiljskoga bolesnika koje je uvijek posredovano njegovim iskustvom sveobuhvatnog smisla. Drugim riječima, istodobno s "mišljenjem" i "računanjem" (ili, Weberovim riječima, s "praktičnom" i "teorijskom" racionalnošću) (bez obzira na to koliko zapanjujući njihov rezultat bio) liječnik mora primjenjivati i treći i četvrti tip racionalnosti: "substantivnu" i "formalnu" racionalnost koje stoje u osnovi drugoga (jednako bitnog) pravca njegova djelovanja – komunikacije s bolesnikom.

Valja posebno naglasiti da se, iza podjele liječnikova djelovanja na dva osnovna pravca ne skriva pledoaje protiv "praktične" i/ili "teorijske" racionalnosti; jer, izostanu li manje-više pouzdane znanstveno-stručne informacije o prirodi bolesnikove potrebe, liječnik s bolesnikom ne bi mogao ništa suvislo i smisleno započeti; ali, zasigurno, riječ je o pledoajeu za slje-

DRUŠ. ISTRAŽ. ZAGREB  
GOD. 11 (2002),  
BR. 2-3 (58-59),  
STR. 469-484

STANIČIĆ, Ž.:  
FUNKCIONALNA...

deću bitnu postavku: ako liječnik u svojem djelovanju primjenjuje isključivo pragmatični i teorijski tip racionalnosti, on nije u mogućnosti razjasniti bolesnikov ukupan životni kontekst koji uključuje i prirodu i društvo u čijem se ustroju bolesnik nalazi.

## **SADRŽAJ I FUNKCIJA LIJEČNIKOVA KOMUNIKATIVNOG DJELOVANJA**

Dakle, osim svrhovito-racionalne dimenzije liječnikove djelatnosti, jednako važnu dimenziju njegove djelatnosti predstavlja tzv. komunikativno djelovanje. Drugim riječima, liječnikov profesionalni habitus, koji predstavlja skup dispozicija koji on stječe tijekom profesionalizacije, mora uključiti i sposobnost/vještinu dobre komunikacije s bolesnikom (Argyle, 1981.).

Dakle, liječnik u svojem djelovanju mora primjenjivati svrhovito-racionalno, stručno ili jednostavno tehničko-mehaničko djelovanje, ali i komunikaciju koja "često pokazuje onaj širi suodnos u kojem su razumljivi postupci i sudovi nekog čovjeka, njegova djelatnost i njegovi propusti" (Uslar, 1999., 29). Vrlo često, liječnikovo usko stručno, svrhovito-racionalno djelovanje "dolazi do svoje granice gdje nailazi na smetnje, jer se ispriječi nešto drugo što omogućava neko novo djelovanje" (Jaspers, 1989., 133), a to "novo djelovanje" jest upravo komunikacija.

Svrhovito-racionalno ili strategijsko djelovanje razlikuje se od komunikativnog djelovanja "po tome što je odluku između alternativnih mogućnosti izbora principijelno moguće i obvezno donijeti monologično, to jest *ad hoc* bez sporazumijevanja, zato što su pravila preferencije i maksime, obvezatne za partnere, unaprijed određeni" (Habermas, 1986., 37). Nasuprot svrhovito-racionalnom djelovanju, komunikativno djelovanje predstavlja "simbolično posredovanu interakciju" koja se "ravna po obvezno važećim normama koje definiraju recipročna očekivanja o ponašanju i što ih moraju razumjeti i priznati barem dva djelatna subjekta" (Habermas, 1986., 62). I dok vrijednost tehničkih pravila i strategija ovisi o "valjanosti empirijski istinitih ili analitički točnih rečenica, važenje je društvenih normi utemeljeno jedino u intersubjektivnosti sporazumijevanja o intencijama i osigurano općim priznavanjem obligacija" (Habermas, 1986., 62). Ono što nam se čini iznimno važno istaknuti svodi se na sljedeće: liječnik može povrijediti pravila jednoga i drugog djelovanja; kad povrijedi tehnička pravila (po kojima se ravna svrhovito-racionalno djelovanje), za njegovo ćemo ponašanje reći da je nekompetentno ("naučena pravila svrhovito-racionalnog ponašanja daju nam disciplinu umijeća"); kad povrijedi uvriježene norme ponašanja, dolazi do sankcija koje su samo vanjske. Upravo zato li-

ječnik, uz svrhovito-racionalno djelovanje, mora usvojiti još jednu vrstu umijeća: interiorizirati društvene norme koje pružaju "disciplinu strukture osobnosti" (Habermas, 1986., 62). Praktični i teorijski ekvivalent tom Habermasovu izrazu je izraz "rođeni liječnik".

Ako liječnik, djelujući po načelima "praktične"/"pragmatične" i "teorijsko"/"intelektualne" racionalnosti, na najbolji način može steći "disciplinu umijeća" u užem smislu, primjenom "substantivne" racionalnosti on dokazuje svoju neposrednu i osebujnu nazočnost u terapijskoj stvarnosti ili, kako bi Jaspers rekao, do(po)kazuje svoju "vitalnu prisutnost".

"Substantivna" racionalnost, primijenjena u kontekstu liječnikova djelovanja, znači da određene postulirane vrijednosti, ili skupovi vrijednosti, moraju postati stalan vodič njegovu djelovanju. Primjena "substantivne" racionalnosti (postuliranih vrijednosti, odnosno etike) postaje osnovna zapreka istiskivanja etike u izvanvremensko carstvo natprirodnoga ideala. Na taj način etika prestaje biti puki visokoparni regulativ koji se samo mehanički-linearano, i samo po potrebi, nakalemljuje na liječnikovo djelovanje (ponekad kao ukras, ponekad zbog osobne taštine, ponekad zbog straha od sankcija...).

"Substantivna" racionalnost, određujuća za drugi pravac liječnikova djelovanja – komunikaciju, stvara uvjete da se liječnik, u terapeutskoj stvarnosti, empatički odnosi spram bolesnika. Polazimo, naime, od toga da svaka etika, a ponajviše upravo liječnička, započinje "time da pojedinačni individuum uzimamo beskrajno važnim – drukčije no priroda koja postupi okrutno i igrajući se" (Nietzsche, 1999., 27).

Drugim riječima, liječnik se, u svojem svakodnevnom djelovanju mora othrvati gravitacijskoj masi profesionalne ravnodušnosti (koja se nalazi u osnovi "praktične" i "teorijske" racionalnosti) te postati interpersonalno senzitivnim; komunikativnim djelovanjem on, dakle, djeluje na "bolesnikovu dušu" (Jaspers, 1989.).

Iako scijentistički orijentirani liječnici djelovanje na "bolesnikovu dušu" smatraju samovoljnim, nesigurnim, neobjektivnim, neznanstvenim, apstraktnim i, zato, beskrajnim gubitkom liječnikova "dragocjenog" vremena, sve je više dokaza koji potvrđuju kako, izostane li na dulji rok, liječnikovo komunikativno djelovanje, izostaje, sasvim sigurno, i medicinskoterapeutski učinak. Posve tehničkim, stručno-racionalnim, pragmatičnim djelovanjem, liječnik, naime, ne uspijeva provoditi genuinu skrb za bolesnika.

Komunikativno djelovanje važno je, među ostalim, i zato što liječnik i bolesnik čine "par ujedinjen zajedničkim pothvatom: jedan treba liječiti, njegovati, a drugi se treba izliječiti", a to nije moguće "bez uzajamnog povjerenja" (Sartre, 1984., 65).



Potvrdu našoj osnovnoj tezi o tome da je komunikacija *conditio sine qua non* svakoga dobrog liječnikova djelovanja pružaju nam brojna sociološka istraživanja. U opisu idealnoga profesionalnog ponašanja liječnika laici rabe upravo koncept komunikacije, ističući kako liječnici moraju doprijeti do bolesnika, a to mogu samo ako saslušaju sve njegove probleme te ako medicinski jezik prevode u termine koje bolesnici mogu lagano razumjeti (Lupton, 1997.). Paternalistički tip liječnika<sup>5</sup> – koji danas dominira – ne uspijeva uspostaviti aktivnu komunikaciju s bolesnikom: takav tip liječnika ne pruža detaljna objašnjenja o dijagnozi, ne ukazuje na mogućnost alternativnoga mišljenja, odnosno različitih dijagnoza, određujući, pritom, samo jedan tip tretmana (Leathers, 1997.).

Mnoge studije o očekivanjima i zadovoljstvu bolesnika potvrđuju kako postoji jasan zahtjev za liječnicima koji bi puno više vremena posvetili pružanju konzultacija bolesnicima kod kojih su naglašene psihosocijalne, jednako kao i fizičke, potrebe (Carlos, Aruguete, 2000.).

Najveći dio liječnikova djelovanja usmjeren je na komunikaciju: i onda kad uspostavlja prvi kontakt s bolesnikom, kad pokušava proniknuti u razloge bolesnikova posjeta, kad uzima anamnezu, kad ga pregledava fizički, kad razmatra uvjete ozdravljenja, kad provodi terapiju, kad objašnjava dužinu i sadržaj tretmana te daljnjih, mogućih ispitivanja, kad određuje vrijeme i oblik kontrole, daje upute, pruža umirenje, sažaljeva ili suosjeća..., uvijek je riječ o komunikaciji *par excellence*. Ali, ne samo ono što liječnik priopći već i ono što on prešuti, kao i svako "zahtijevanje i očekivanje, svako pitanje i postavljanje cilja spada u taj povijesni proces komunikacije između egzistencija koje stoje jedna naspram drugoj kao liječnik i bolesnik" (Jaspers, 1989., 133).

Komunikacija u liječnikovu djelovanju u neposrednoj je funkciji povećavanja njegove stručnosti. Ukratko ćemo obrazložiti našu tezu. Stručnost na bilo kojem području, pa tako i na području liječničke djelatnosti, je "zapravo umnažanje aspekata koje smo spremni otkriti, uvećano za naviku da odračunavamo naša očekivanja" (Lippmann, 1995., 90). Polazeći isključivo od tehničkoga djelovanja, liječnikova spremnost i mogućnost uočavanja svih aspekata bolesnikove potrebe dolazi, vrlo brzo, do svojih imanentnih granica koje se ne mogu prekoračiti ako liječnik ne primjenjuje načelno drukčiji tip djelovanja – komunikaciju; kako bi, dakle, u potpunosti razumio/procijenio ukupno stanje bolesnika, liječnik ga mora promotriti u kontekstu njegova životnog položaja ili s njegove točke gledišta (Radley, 1998., 139), a to nije moguće bez komunikacije. Uostalom, maksimalna, odnosno optimalna racionalnost u djelovanju liječnika potvrđuje se tek s obzirom na to koliko

je to djelovanje korisno za bolesnika. U postizanju krajnjega cilja – pomaganja bolesniku, nije dostatno da samo liječnikov izbor između raznih mogućnosti bude racionalan; on svojim djelovanjem, odnosno komunikacijom, mora dovesti bolesnika u situaciju da njegov izbor između ponuđenih mogućnosti bude najracionalniji, odnosno svrhovit i koristan, a to, opet, nije moguće bez komunikacije, kao medija i sredstva.

Zaključak koji neposredno iz toga proizlazi sažima se u sljedećem: u biti liječnikova djelovanja ne može se "racionalizirati ono što pojedini radnik čini, jer je riječ o egzistencijalnom opstanku", jer liječnik, a tako stoji i sa svim onim djelatnostima koje imaju atribut zvanja, "služi ljudskoj individualnosti" (Jaspers, 1998., 64). Jaspers upravo računa, i priziva, onu dimenziju liječničkog rada koja se u cjelini zasniva na "instinktu osjećaja života" koji je, nažalost, vrlo neujednačeno prisutan u liječnika, a po čemu se "rođeni" liječnik razlikuje od "tehničara".<sup>6</sup>

## **FUNKCIONALNA VAŽNOST KOMUNIKACIJE U KONTEKSTU LIJEČENJA IZ PERSPEKTIVE BOLESNIKA**

Važno je istaknuti kako bolesnik nikada ne upućuje liječnika isključivo na bolest, već uvijek, u većoj ili manjoj mjeri, na sebe. Upravo zato, u kontekstu liječenja komunikacija ima veliku funkcionalnu važnost za bolesnika, i to zbog najmanje dva važna razloga:

1) *Komunikacija bolesnika rasterećuje od osjećaja straha koji generira bolest, bol.* Liječnik, uz to što omogućuje ispunjenje fundamentalnoga ljudskog zahtjeva za rasterećenjem u doslovnom, fizičkom smislu (tegobe, boli, aberacije, disfunkcionalnosti...), svojim djelovanjem mora bolesnog čovjeka rasteretiti i osjećaja bespomoćnosti, straha... koji, u pravilu, obuzimaju svakoga tko oboli, tko se suočava sa svojom bolešću.<sup>7</sup> Opće je poznato da je strah neizostavna popudbina mnogih bolesti, pa čak i onih minornih. (Nerijetko, taj strah prerasta u strah od smrti koji je takvih dimenzija da ga Hegel drži "apsolutnim gospodarem".) Zapravo, kad je o bolestima riječ, vrlo često nije riječ samo o strahu koji pripada emocijama koje se odnose na poznato, određeno, nešto čemu se možemo suprotstaviti (Delumeau, 1987.). Bolest, naime, čovjeka dovodi u stanje strepnje jer bolesnik, u pravilu, nema jasnu, određenu sliku predmeta kojega se boji; on se, dakle, nalazi u stanju bolnoga "iščekivanja pred nekakvom opasnošću koja je toliko strašnija jer nije jasno identificirana: ona je opće stanje nesigurnosti" (Delumeau, 1987.). Strepnja je, to treba posebno naglasiti, stanje "u isto vrijeme organsko i afektivno"; strepnja se "u blažem obliku izražava kroz 'mučno stezanje u grlu, klecanje koljena, drhtanje', sve to povezano sa zebnjom od budućnosti; a u izraženijem obliku kroz žestoku krizu" (Delumeau,



1987.). Najučinkovitiji način kojim se može odagnati strah bolesnika "ovdje i sada" jest upoznavanje bolesnika s mogućnostima i vjerojatnošću koju donosi (bliska i daleka) budućnost. Suvremeni liječnik, međutim, prognozu smatra "neobjektivnom" i nastoji je pošto-poto lukavo izbjeći (posebno u slučajevima kad je dijagnosticirana teška bolest, npr. rak) (Schou, 1993.).

Iako je već Hipokrat iskazivao skeptičnost "proricanja", odnosno strah da bi ljudi "mogli medicinu izjednačiti s predviđanjem s pomoću znakova" (Cazes, 1992., 41), neosporno je da svi ljudi (a ne samo "prosta i nerazumna svjetina", Aristotel), i ne samo nekada već i u suvremenim uvjetima, traže od liječnika, među ostalim, i sposobnost proricanja budućnosti. Bolestan čovjek, na sličan način kao nekada "molitelj" u Delfima, očekuje da liječnik "proriče" budućnost, jer time stječe "sigurnost u božansko protiv zle kobi" (Cazes, 1992.); i "molitelju" u Delfima i bolesniku zajedničko je to što su u nevolji, što ih je preplavio/paralizirao strah, zapravo zebnja pred nepoznatim...<sup>8</sup>

Suvremeni liječnik, međutim, u pravilu strah, strepnju, zebnju drži apstraktnim, eluzivnim pojmom, tako da to "etičko-metafizičko i estetsko područje" definitivno nestaje kao ozbiljan predmet interesa liječnika "relativno bezbrižno na smetlište netočnog" (Sloterdijk, 1988., 26).

Proricanje budućnosti, kojem je osnovni cilj odagnati taj golemi strah, ne može se izvršiti izvan medija komunikacije; liječnik upravo komunikacijom mora "proricati", odnosno predviđati budućnost bolesnika. I dok sofisticirana medicinska znanost i tehnologija posreduju samo sadašnje stanje bolesti, dobrom komunikacijom s bolesnikom liječnik uspijeva "proricati", tj. ukazivati na moguće buduće situacije, potičući bolesnika na uočavanje prošle, sadašnje i buduće moguće, vrlo sigurne ulančanosti uzroka i posljedica bolesti.

2) *Komunikacija uklanja najnegativnije posljedice bolesnikove ovisnosti o liječniku.* Stupajući u odnos (društveni i materijalni) s liječnikom, bolesnik dolazi u stanje potpune ovisnosti.

Svojstva čovjekove potrebe (nerijetko instinkta) za eliminacijom boli (Parsons, 1991.) proizlaze iz važne činjenice: ona ulazi u red "potreba-iz-prve-ruke" (Gehlen, 1990.). To, drugim riječima, znači da takva potreba ima vrlo malu ili nikakvu mogućnost zakočenja i pomicanja.<sup>9</sup> Vidimo, dakle, da "bježanje pred neugodom" (koju, među ostalim, donosi bolest) bolesnika dovodi u neposrednu ovisnost o liječniku-pomagaču. Bolest, odnosno bol koja se obično drži njezinim pokazateljem (iako između tih dviju činjenica "postoji odnos, nedostaje mu postojanosti i točnosti", Durkheim, 1999., 59), svoju potvrdu, međutim, dobiva isključivo od liječnika koji jedini u društvu ima legitimitet prepoznati i razlučiti bolesne od zdravih. Jasno, od liječnika se traži da prisutnost bolesti/boli prepozna isključivo na "objektivan" način (Kugelmann, 1999., 1663).

Ovisnost bolesnika o liječniku proizlazi, nadalje, iz još jedne važne činjenice: nakon što je bolest ustanovljena na objektivnan način, problem liječenja je, u pravilu, takav da ga ne može riješiti bolestan čovjek sam, bez pomoći liječnika.

Navedena tvrdnja zahtijeva postupniju analizu. Zato podimo redom.

Čovjek je "zoon politikon" ili "društvena životinja"/ "društveno biće". Ovo višeznačno Aristotelovo određenje čovjeka primarno znači da čovjek ne može živjeti ni opstati izvan društva. Kod čovjeka je, naime, problem "održavanja života" – u što se, sasvim sigurno, ubraja i liječenje bolesti – postavljen tako da ga "nikada ne može riješiti pojedinac za sebe" (Gehlen, 1990., 51). I jedno i drugo određenje čovjeka upućuju na sljedeći bitan zaključak: on je u svojem životu, u svakoj pori svojega (svakodnevnog) života nužno i trajno upućen na druge ljude. Činjenica da je bolestan čovjek upućen na one ljude koji "posjeduju ispravno znanje" dovodi ga u "licem-u-lice" interakcije s drugima. U njegovoj je društvenosti, prema tome, sadržano poglavito to da "mora smjeti posezati za znanjem i umijećem drugoga; tom drugom se daruje povjerenje jer se vjeruje da posjeduje ispravno znanje" (Gadamer, 1997., 122). Kad je riječ o bolesnom čovjeku, njegova se upućenost, ovisnost o drugim ljudima multiplicira; priroda njegove potrebe (a ne želje) ultimativno ga upućuje na drugoga čovjeka, čineći ga za(o)visnim od(o) drugog(m) čovjeka(u) – pomagača(u). Bolestan čovjek, dakle, prije i više od drugih ljudi mora "smjeti posezati za znanjem i umijećem drugoga; tom drugom se daruje povjerenje jer se vjeruje da drugi ima 'ispravno znanje' o prirodi njegove potrebe. U kontekstu liječenja bolesniku je, dakle, primarno potreban saveznik za kojega može 'vjerovati da je u sprezi sa životom'" (Sloterdijk, 1991.). Bolesnik je ovisan o liječniku (što nerijetko poprima oblike interakcijske pokornosti) među ostalim i zato što on, u pravilu ništa, ili vrlo malo zna o prirodi svoje potrebe, što znači da ne može do kraja procijeniti liječnikove prosudbe i izbor tretmana. Za ovisnost bolesnika o liječniku mogli bismo reći da je, po svojem bitnom sadržaju, dvostruka; naime, s jedne strane, bolestan čovjek potpuno autonomno donosi odluku o tome hoće li i kada potražiti neki oblik medicinske/liječnikove pomoći; s druge strane, kad tretman jednom otpočne, traži se da se bolesnik u potpunosti pokorava odlukama profesionalca (Parsons, 1958.).

Upravo, dakle, "slijepa težnja ka dobijanju pomoći i slijepa vjera u potpunu mogućnost te pomoći" dovode bolesnika u krajnje podčinjen položaj (Jaspers, 1989., 133), u stanje ovisnosti o liječniku – "pomagaču". Taj odnos u sebi sadrži još neke druge problematične elemente: pomagač/ekspert/stručnjak, smatra se, prije svega onaj tko isključuje tradiciju, narodna vjerovanja, a uzima u obzir kritičko istraživanje i nadziranje, odbacuje običaje i "pogrešne načine liječenja", a uklju-

čuje kontrolu pomoću znanosti i tehničku regulaciju tijela (Hyo-Je Cho, 2000.). Bolesnik nije, međutim, "tabula rasa"; naprotiv, svaki čovjek već ima određeno shvaćanje, poimanje zdravlja i bolesti koje je vrlo često u opreci s mišljenjem "eksperta". Drugim riječima, činjenica da je netko "ekspert", tj. činjenica da netko ima "ispravno znanje" postaje osnova za provođenje kontrole i mijenjanje onoga svijeta na koji su ljudi osuđeni i na koji imaju pravo, a to je njihov život u svim svojim mnogobrojnim facetama. Na taj se način, međutim, oduzima (ili, u najboljem slučaju, suzbija) "veliko ljudsko pravo na subjektivnu spoznaju, na subjektivnu slobodu" (jer svaki "ljudski um ima pravo" da se s time ne suglasi), a takav je postupak, nema nimalo sumnje, ističe Hegel, nešto "najstrašnije" (Hegel, 1983.).

Liječnikova rekonstrukcija bolesti ne smije rezultirati gubitkom integriteta bolesnikove individualnosti (Dahrendorf, 1989.), a to znači da liječnik mora prihvatiti činjenicu da zdravlje/bolest nisu "samo stvar liječnika nego stvar čovjeka kao takvog, temeljni nalaz ljudskog bitka na koji treba pronaći ljudski dostatan a ne samo medicinski poentiran odgovor" (Wisser, 1988., 1353). Budući da je zdravlje povezano s cjelinom (na što nas, uostalom, upućuje etimologija pojma zdravlje u engleskom jeziku – "hale"), mudrost očuvanja zdravlja bitno nadilazi okvire medicine. Liječnikova moć nad bolesnikom legitimira se i potvrđuje ne samo "u djelotvornosti praktičnih mjera za liječenje (lijekovi, zahvat, dijetetika)" već i "u djelotvornosti vitalnih sugestija (pa ma što to bilo)". Tek ako liječnik ima sposobnosti vladanja "i jednim i drugim, on sebe smije smatrati profesionalnim pomagačem" (Sloterdijk, 1991., 176).

Bitna pretpostavka bolesnikova stupanja u "licem-u-lice" odnose s liječnikom sadržana je u tome da bolesnik uzima zdravo za gotovo liječnikove kompetencije, sposobnosti (kognitivne, tehničke, manipulativne...); on, međutim, zauzvrat za to "bianco" povjerenje u liječnikovo znanje i sposobnosti traži ono što Giddens naziva "ontološkom sigurnošću" ("ontological security") (Bilton i sur., 1996., 12). Ovisnost bolesnika o liječniku je, naime, u toj mjeri izražena da bolesnik traži određeno jamstvo za "izručenost" liječniku. Promatrajući taj odnos iz perspektive bolesnika, jedino jamstvo, odnosno oblik, stabilnost i značenje pruža mu "razumljivo, predvidljivo, rutinizirano" ponašanje liječnika. Potreba za "ontološkom sigurnošću" nije ništa drugo doli snažna potreba za emocionalnom i kognitivnom sigurnošću/spasom bolesnoga čovjeka (ali ne samo njega), preplavljenoga anksioznošću (Mellor, 1993.).

Najvažnije negativne implikacije asimetrije moći – do koje dolazi u paternalističkom modelu (Wiles i Higgins, 1996.) u međuodnosu liječnika i bolesnika – mogu se prilično uspješno ukloniti ili, u najmanju ruku, ublažiti upravo komunikacijom. Komunikacija je, naime, onaj medij unutar kojega se zbiva "posredovanje stajališta i perspektiva" između liječnika

i bolesnika, "posredovanje" u kojem se svijet bolesnoga čovjeka "pokazuje u svim svojim nijansama i mnogostrukosti" (Uslar, 1999., 28). To je moguće zato što je govor, u svojoj biti, "postupanje čovjeka s čovjekom", u čemu liječnik i bolesnik "zajedno ili jedan protiv drugog poravnavaju prostor djelovanja, bitka i vladanja" (Uslar, 1999., 23).

## UMJESTO ZAKLJUČKA

---

a) Ukazivanje na važnost dobre, aktivne komunikacije liječnika s bolesnikom ne krije u sebi zahtjev za uklanjanjem prirodnih znanosti i stečevina tehnike, odnosno opasnost da će se prirodno-znanstveni, objektivni pristup "razvodniti"/"rasplinuti"; mi samo želimo istaknuti kako u liječenju ljudi i očuvanju njihova zdravlja nije dostatno polaziti od čiste, prirodne znanosti, jednostavno zato što se čovjek treba promatrati ne samo kao organsko, prirodno biće već i kao socijalno, kognitivno, voljno, emocionalno biće.

b) Upravo komunikacijom s bolesnikom liječnik biva upućen ne samo na "gole sada-situacije" već dobiva "pregled prošlosti i budućnosti, kao i onog odsutnog" (Gehlen, 1990., 49) što ne može zabilježiti nijedan medicinski instrument; bez toga šireg uvida, liječnik, sasvim sigurno, ne može ništa suvislo saznati o samom bolesniku. Drugim riječima, dugotrajniji nedostatak dobre komunikacije između liječnika i bolesnika sasvim sigurno će dovesti i u pitanje i tehnički, odnosno specifičan farmaceutsko-medicinski, terapijski učinak.

c) Isticanje važnosti dobre komunikacije liječnika s bolesnikom nije, međutim, pokušaj da liječnika izdresiramo u ljubaznosti jednostavno zato što se ni "liječnik ni bolesnik ne daju napeti na tekuću vrpcu organizacije" (Jaspers, 1998., 65). Kad bi se pod "ovladavanjem vještinom komunikacije" mislilo i htjelo samo oblikovati puku ljubaznost liječnika koja ne mari odveć za pružanje genuine skrbi bolesniku, s pravom bismo mogli reći kako taj pokušaj ne bi bio ništa drugo doli "urota protiv bolesnika".

## BILJEŠKE

---

<sup>1</sup> Suvremeni liječnici se trude dokazati da je monopol na postavljanje dijagnoza vrlo važan za njihov profesionalni identitet; u tom su smislu, u posljednje vrijeme, čak voljni podijeliti monopol s alternativnom, neortodoksnom medicinom u izboru i pružanju tretmana bolesniku, i dalje energično braneći svoje ekskluzivno pravo na postavljanje dijagnoza...

<sup>2</sup> Pod pojmom "djelovanje", koje uključuje i liječnikovo komunikativno djelovanje, podrazumijevamo djelovanje posebno, karakteristi-

čno za liječnika, specifičan tijek radnje, zahvat koji ima poseban cilj, dakle plansku promjenu stvarnosti (Gehlen, 1991.).

<sup>3</sup> Ukupno liječnikovo djelovanje smo, samo u analitičke svrhe, podijelili na dva osnovna pravca; u stvarnosti nije riječ o dva odijeljena skupa djelovanja među kojima bi postojala puka koegzistencija; na protiv, među njima postoji čvrsta, organska veza.

<sup>4</sup> Jedan od dokaza koji govori u prilog našoj tezi (da liječnik tretira bolesnika tek kao objekt, tvar, a ne kao osobu) sadržan je u izrazu "ovladati" kojim se liječnici u svojem radu vrlo često služe. Liječnici su taj izraz ("ovladati"), "što pomalo drsko zvuči, očito odabrali zato što je u borbi s premoći prirode na njihovom polju samo malo onoga čime su doista ovladali". Ali, ako se i može "imati smisla kada se kaže kako se ovladalo određenim bolestima", "svakako nema smisla kaže li se kako se ovladalo zdravljem" (Gadamer, 1997., 22, 23).

<sup>5</sup> Paternalizam je "na mjestu samo kad postoje izgledi da bi sloboda izbora mogla biti izrazito samorazarajuća, a osobito kad bi mogla ugroziti i druge ljude" (Elster, 2000., 83).

<sup>6</sup> U posljednje vrijeme, međutim, u svim porama društva, a ne samo u medicini/liječnikovu djelovanju, dolazi do ubrzanoga razvoja isključivo pragmatičnoga i teorijskoga vida racionalnosti na čijoj podlozi mogu nicati samo liječnici-tehničari; ta činjenica ima za neposrednu posljednicu gotovo pogubno izmještanje drugoga (jednako) važnog tipa racionalnosti – "substantivne" racionalnosti koja određuje sadržaj komunikativnog djelovanja, zbog čega bolesniku prijete opasnost da mu se "oduzme njegov liječnik" (Jaspers, 1989.). Suočeni smo, dakle, s osnovnim protuslovljem: s jedne strane, suvremeno društvo nastoji pod svaku cijenu razvijati pragmatičan tip racionalnosti, a s druge strane, pokazuje se da se svačiji rad, pa i rad liječnika, sastoji od onoga što kažemo. "Pođite u liječničku ordinaciju i vidjet ćete da je postavljanje dijagnoze jedan dio medicinske konzultacije: od liječnika se očekuje da razgovaraju na jednakoj razini s pacijentom, a pacijent ima pravo ispitati i zahtijevati baš kao i liječnik" (Zeldin, 1999.).

<sup>7</sup> Za mnoge bolesnike već i sam zdravstveno-zaštitni kontekst generira strah i nesigurnost; to posebno vrijedi za bolnicu koja kao "totalna institucija" nameće pravila pomoću vanjskih, formalnih sankcija zbog kojih bolesnik određeno vrijeme cijeli svoj intimni život mora živjeti s ograničenjima. Svaki zdravstveno-zaštitni kontekst predstavlja za bolesnika nepoznato područje na kojem se zbiva intruzivan upad u njegovu privatnost (Leathers, 1997.).

<sup>8</sup> Sličnost između ta dva tipa savjetovanja/proricanja budućnosti, može se zapaziti već na razini formulacije pitanja: i jedan i drugi "molitelj" (onaj u Delfima i bolesnik) rabe tip zatvorenog pitanja koje se iskazuje alternativno – "da neku stvar učinim ili ne?"; potom 'otvoreno' pitanje 'što moram učiniti da neka stvar uspije?'. Vrlo često se događa, u oba slučaja, da "zatvoreno pitanje sadrži produbljenu alternativu u obliku dviju pozitivnih opcija (učiniti ovo ili ono)" (Cazes, 1992., 33).

<sup>9</sup> Svatko u prirodi, a ne samo čovjek, "poseže za ugodom i bježi pred neugodom"; riječ je o vječnom prirodnom zakonu: "cijela logika u prirodi se razrješuje u sustavu ugone i neugode" (Nietzsche, 1999., 37).

## LITERATURA

---

- Argyle, M. (1981.), *Social skills and health*, ed. by Argyle M., Methuen, London and New York.
- Bilton, T., Bonnett, K., Jones, P., Skinner, D., Stanworth, M., Webster, A. (1996.), *Introductory sociology*, Macmillan Press. Third Edition.
- Bury, M. (1997.), *Health and illness in a changing society*, Routledge, London and New York.
- Carlos A. R. i Aruguete, M. S. (2000.), Task and socioemotional behaviors of physicians: a test of reciprocity and social interaction theories in analogue physician-patient encounters, *Social Science and Medicine* 50 (2000), pp. 309-315
- Cazes, B. (1992.), *Povijest budućnosti. Likovi budućnosti od Svetog Augustina do XXI. stoljeća*, Zagreb, August Cesarec.
- Dahrendorf, R. (1989.), *Homo sociologicus*, Gradina, Academus.
- Delumeau, J. (1987.), *Strah na Zapadu (od XIV do XVIII stoljeća). Op-sjednut grad. II*, Književna zajednica Novog Sada.
- Durkheim, E. (1999.), *Pravila sociološke metode*, Zagreb, Naklada Jesenski i Turk.
- Elster, J. (2000.), *Uvod u društvene znanosti. Matice i vijci za objašnjenje složenih društvenih pojava*, Zagreb, Naklada Jesenski i Turk, Hrvatsko sociološko društvo.
- Freund, P. E. S. i McGuire, M. B. (1991.), *Health, illness, and the social body: a critical sociology*, Prentice Hall: Englewood Cliffs, New Jersey 07632.
- Gadamer, H. G. (1997.), *Naslijeđe Europe*, Zagreb, Matica hrvatska.
- Gehlen, A. (1990.), *Čovjek. Njegova priroda i njegov položaj u svijetu*, Sarajevo, Svjetlost.
- Gehlen, A. (1991.), *Čovjek i tehnika*. U: A. Šarčević (ur.), *Filozofija u Vremenu*, Sarajevo, Biblioteka Polis.
- Habermas, J. (1986.), *Tehnika i znanost kao "ideologija"*, Zagreb, Školska knjiga.
- Hegel, W. G. F. (1983.), *Historija filozofije*, Beograd, BIGZ.
- Heisenberg, W. (1997.), *Fizika i filozofija*, Zagreb, Kruzak.
- Hyo-Je Cho (2000.), Traditional medicine, professional monopoly and structural interests: a Korean case, *Social Science and Medicine*, 50, 123-135.
- Jaspers, K. (1989.), *Filozofija. Filozofska orijentacija u svijetu. Rasvjetljavanje egzistencije. Metafizika*. Sremski Karlovci, Izdavačka knjižarnica Zorana Stojanovića.
- Jaspers, K. (1998.), *Duhovna situacija vremena*. Zagreb, Matica hrvatska.
- Kugelmann, R. (1999.), Complaining about chronic pain, *Social Science and Medicine*. 49, 1663-1676.
- Leathers, D. G. (1997.), *Successful Nonverbal Communication. Principles and Applications*, Allyn and Bacon. Boston, Third edition.
- Lippmann, W. (1995.), *Javno mnijenje*, Naprijed, Zagreb.
- Lupton, D. (1997.), Doctors on the medical profession, *Sociology of Health and Illness*, Vol. 19, No. 4, 1997, pp 480-497.
- Mellor, P. A. (1993.), Death in high modernity: the contemporary presence and absence of death. U: D. Clark (ur.), *The sociology of death*.



DRUŠ. ISTRAŽ. ZAGREB  
GOD. 11 (2002),  
BR. 2-3 (58-59),  
STR. 469-484

STANIČIĆ, Ž.:  
FUNKCIONALNA...

Blackwell Publishers/The sociological review.

Mouzelis, N. (2000.), *Sociologijska teorija: Što je pošlo krivo? Dijagnoza i pomoć*, Zagreb, Naklada Jesenski i Turk, Hrvatsko sociološko društvo.

Nietzsche, F. (1999.), *O istini i laži u izvanmoralnom smislu*, Zagreb, Matica hrvatska.

Nietzsche, F. (1984.), *Vesela nauka*, Beograd, Grafos.

Parsons, T. (1958.), Definitions of health and illness in the light of American values and social structure, U: E. G. Jago (ur.), *Patients, physicians and illness*, The Free Press: New York.

Parsons, T. (1991.), *Društva: evolucijski i poredbeni pristup*, Zagreb, August Cesarec.

Radley, A. (1998.), *Making sense of illness. The social psychology of health and disease*, London: SAGE Publications.

Ritzer, G. (1994.), *Sociological Beginnings. On the Origins of Key Ideas in Sociology*, McGraw-Hill, Inc., New York.

Sartre, J. P. (1984.), *Kritika dijalektičkog uma*, Beograd, Nolit.

Scheler, M. (1986.), Čovjek i povijest. U: A. Šarčević (ur.), *Filozofija modernog doba. Filozofska antropologija*, Sarajevo, Veselin Masleša.

Schou, K. C. (1993.), Awareness contexts and the construction of dying in the cancer treatment setting: 'micro' and 'macro' levels in narrative analysis, U: D. Clark (ur.), *The sociology of death*. Blackwell Publishers/The sociological review.

Scott, A. (2000.), The relationship between the arts and medicine. *Med J Ethics. Medical humanities* 2000; 26. 3-8.

Sloterdijk, P. (1988.), *Kopernikanska mobilizacija i Ptolomejsko razoružanje*, Novi Sad.

Sloterdijk, P. (1991.), Pariški aforizmi o racionalnosti, U: A. Šarčević (ur.), *Filozofija u Vremenu. Filozofija modernog doba II*, Sarajevo, Veselin Masleša.

Uslar, von D., (1999.), *Psihologija i svijet*, Matica hrvatska, Zagreb.

Wiles, R., Higgins, J. (1996.), Doctor-patient relationships in the private sector: patients' perception, *Sociology of Health and Illness*, Vol. 18, No. 3, pp. 341-356.

Wisser, R. (1988.), Nagađanje o bolu, bolesti i ljudskom bitku, *Filozofska istraživanja* 4: 1089-1360.

Zeldin, T. (1999.), *Kako razgovor može promijeniti vaš život*, Edicija Božičević, Zagreb.

## The Functional Importance of Communication in Doctors' Activities

Živka STANIČIĆ

School of Medicine, University of Split, Split

The paper analyses two main directions of doctors' activities: purposeful-rational and communicative activities. It is proven that the overall activity of doctors cannot be based exclusively on natural, empirical sciences, in spite of the fact

DRUŠ. ISTRAŽ. ZAGREB  
GOD. 11 (2002),  
BR. 2-3 (58-59),  
STR. 469-484

STANIČIĆ, Ž.:  
FUNKCIONALNA...

that many doctors find this field the safest. In therapeutic reality the purposeful-rational activity represents not more than a preliminary stage; for the complete treatment of a patient, the doctor needs to move from the level of establishing facts by "measurement" and "calculation" to the level of observation of the actual patient, which, however, involves a completely different and in principle new medical activity: communication. Through good communication the doctor can eliminate the most negative implications of the role of patient due to which the patients may have to live temporarily and/or permanently their whole social lives with limitations. Communication in an interpersonal relationship between the doctor and patient is necessary not only because it successfully denies the emphasised asymmetry of power in their relationship, creating thus a satisfactory environment enabling the doctor to achieve maximum, real, objective therapeutic effects, but also because people, as historical beings, cannot be completely understood by pure objectivisation and measurement.

## Die funktionale Bedeutung der Kommunikation in der ärztlichen Praxis

Živka STANIČIĆ  
Medizinische Fakultät, Universität Split

In dieser Arbeit werden zwei Grundhaltungen in der ärztlichen Praxis analysiert: eine rational-zweckausgerichtete und eine kommunikative. Es wird nachgewiesen, dass der Arzt in seiner Gesamttätigkeit nicht ausschließlich von naturwissenschaftlichen, empirischen Disziplinen ausgehen kann, auch wenn viele Ärzte nach wie vor diesen Bereich für den sichersten halten. Im Behandlungsalltag stellt die rational-zweckausgerichtete Arbeitshaltung auch weiterhin nur eine Vorstufe dar. Um den Gesamtzustand eines Patienten vollständig zu erfassen, muss der Arzt von der Ermittlung des Tatbestands anhand von Untersuchungen – also mittels "Messen" und "Rechnen" – zur Beobachtung des Patienten, d.h. des Menschen übergehen, und das setzt eine grundsätzlich neue Vorgehensweise voraus, nämlich die Kommunikation. Durch gute Kommunikation gelingt es dem Arzt, die ungünstigsten Implikationen des Krankheitszustands zu beseitigen, infolge deren der Patient kurz- oder langfristig gezwungen ist, seine Lebensweise mehr oder weniger einzuschränken. Die Kommunikation im Arzt-Patient-Verhältnis ist notwendig, weil dadurch die nicht von der Hand zu weisende Macht-Asymmetrie wirkungsvoll ausgeschaltet und somit eine Atmosphäre geschaffen wird, die ein maximales, wirkliches und objektives Behandlungsergebnis ermöglicht, aber auch weil der Mensch als geschichtliches Wesen nicht vollständig durch reine Objektivierung und Messungen erfasst werden kann.