Mariusz Oboda

Metaprogramy – strategia decyzyjna i motywacyjna pacjenta

Metaprograms – decision and motivation strategy of a patient

Omd Mariusz Oboda, ul. Szyperska 1, 61-754 Poznań,
e-mail: biuro@omd.edu.pl

Słowa kluczowe:
metaprogramy, strategia decyzyjna, metaprogram od problemu i na cel, autorytet wewnętrzny i zewnętrzny, ogół-szczegół, metaprogram zgodny i negujący

Key words:

Metaprogramy są koncepcją psychologiczną zgłębiającą i porządkującą różnice w sposobie myślenia, interpretowania i przetwarzania informacji przez różne osoby. Znajomość tego uporządkowania pozwoli lekarzowi zrozumieć różnice między ilością i jakością informacji, jaką potrzebują różni pacjenci w procesie podejmowania decyzji oraz w procesie budowania własnej motywacji. Metaprogramy są również zwane filtrami percepcji, co oznacza, że warunkują to, na co zwracamy uwagę, to, co uważamy za ważne dla nas w otaczającej nas rzeczywistości. Koncepcja metaprogramów ukazuje ich wpływ na jakość komunikacji pomiędzy poszczególnymi osobami. Pokazuje, w jaki sposób osoby o podobnych metaprogramach łatwiej się komunikują, oraz to, w jakim stopniu różne metaprogramy utrudniają komunikację np. lekarza z pacjentem. W tym artykule przedstawię 4 metaprogramy.

Streszczenie

Celem tego artykułu jest zaprezentowanie koncepcji metaprogramów, która opisuje, jak ludzie analizują informacje oraz podejmują decyzje w oparciu o posiadane filtry poznawcze. Zostaną zaprezentowane 4 podstawowe metaprogramy oraz przeanalizowane w kontekście gabinetu stomatologicznego i komunikacji lekarz-pacjent.

Abstract

Przyjrzyjmy się poszczególnym metaprogramom:

Metaprogram „na cel" i metaprogram „od problemu"

Osoby mające metaprogram „na cel" motywowane są poprzez świadomość celu, jaki mogą osiągnąć. Może to być w kontekście gabinetu stomatologicznego wyobrażenie wywołane opisem zmiany przez lekarza lub rzeczywisty obraz analogicznej zmiany u innego pacjenta. Osoby z tej grupy potrzebują widzieć korzyści lub słyszeć o nich, ponieważ to one pobudzają ich do działania, do zmiany. Wizja celu, pożądanego efektu jest dla nich bodźcem wywołującym stan motywacji. Ekscytują je obrazy, świadomość korzyści, które mogą osiągnąć.

Odwrotnie działają osoby motywowane „od problemu". Nie podejmują one działań dlatego, by było lepiej, a raczej dlatego, by nie było gorzej. W ich umysłach powstaje obraz problemu, jaki może się zdarzyć, jeżeli np. nie podejmą żadnych działań. Motywację u tych osób budują obrazy, wyobrażenia, które pokazują konsekwencje, negatywne skutki np. zaniechania, odwlekania działania. Pacjenci z tej grupy są dobrzy w przewidywaniu możliwych konsekwencji, problemów, złych scenariuszy. Podejmując decyzje o działaniu kieruje nimi chęć uniknięcia przyszłych trudności, kłopotów, a nie chęć poprawy. Mówiąc kolokwialnie, osoby skrajnie „od problemu" lepiej motywuje się metodą „kija", pokazującego, co może się stać w momencie, gdy nie podejmą określonych działań. Z kolei do osób „na cel" zagrożenia słabo przemawiają, zdecydowanie bardziej motywuje je wizja „marchewki", czyli tego, co może być lepiej, ładniej, wygodniej. Każdy z nas mieści się w jakimś określonym punkcie na tym kontinuum OD - DO i może mieć określone refleksje na temat tego, jak reaguje w danych sytuacjach, jakie obrazy powstają w jego umyśle i jakie wywołują emocje. W gabinecie stomatologicznym u pacjentów pod wpływem rozmowy z lekarzem powstaną dwa obrazy, jeden przedstawiający możliwy do uzyskania efekt, a drugi możliwą, przewidywalną konsekwencję niepodjęcia leczenia. U osób motywowanych na cel ten pierwszy wywoła silniejszy stan emocjonalny, drugi obraz będzie po prostu rozumiany, oczywiście niechciany, jednak nie wywoła on tak silnych emocji. Ten wewnętrzny proces reakcji umysłu jest dla nas często nieświadomy, a to, co świadomie zauważamy to stan emocjonalny warunkujący działanie.

Osoby motywujące się na cel muszą uważać na istniejące zagrożenia na drodze do jego realizacji. Są one skłonne je bagatelizować, ponieważ ich umysł nawykowo produkuje obrazy celu, a słabo radzi sobie z tworzeniem obrazów ew. problemów. Z kolei osoby motywowane od problemu potrzebują nauczyć się myśleć w kategoriach celu, ponieważ wiedzą one, czego nie chcą, ale nie zawsze wiedzą, czego chcą i co dalej robić. Ich umysł słabo radzi sobie z wyobrażeniami atrakcyjnego, motywującego celu.

Wyobraźmy sobie sytuację w relacji lekarz-pacjent, w której lekarz ma silny metaprogram na problem, a pacjent silny metaprogram na cel. Będą oni mówili innymi językami. W umyśle lekarza powstanie obraz problemów pacjenta, np. braków zębowych, przebarwionych, połatanych zębów itd. Dla lekarza ten obraz byłby wystarczająco motywujący do podjęcia działania w kierunku jego zmiany, dlatego w rozmowie z pacjentem nieświadomie koncentruje się na opisywaniu niesatysfakcjonującej go obecnej rzeczywistości zakładając, że taki opis będzie również motywujący dla pacjenta. Lekarz w naturalny dla niego sposób będzie koncentrował się w rozmowie z pacjentem na obecnej sytuacji i niepożądanym jej rozwoju. Pacjent nastawiony na cel będzie rozumiał argumenty lekarza, jego przekaz, jednak nie wywoła on w jego umyśle atrakcyjnego obrazu celu, który wzbudziłby w nim silne pozytywne emocje i chęć ich osiągnięcia (jak np. piękny, pełen uśmiech, trwałość, naturalność, poprawa komfortu żucia etc).. Mając świadomość istnienia metaprogramów łatwo możemy dopasować nasz przekaz do danego pacjenta lub po prostu stworzyć motywację uwzględniającą zarówno metaprogram na cel i od problemu.

Metaprogram „wewnętrzny" i metaprogram „zewnętrzny"

Ten metaprogram dotyczy strategii decyzyjnej pacjenta. Osoby silnie nastawione „do wewnątrz" charakteryzuje wysoce rozwinięta potrzeba decydowania, samodzielnego dokonywania wyborów. Przejawia się to tym, że mają tendencję, by samemu gromadzić i analizować informacje, a następnie podejmować decyzje w oparciu o własne rozeznanie w sytuacji. Zadają dużo pytań, są dociekliwi, zbierają materiał do przemyślenia. Nie muszą i nie potrzebują wiedzieć, jak w tej sytuacji zachowaliby się inni, jaki podjęliby wybór. Przeciwnie do osób skierowanych na zewnątrz, które uważają, że najlepszą strategią w celu podjęcia dobrej decyzji nie jest zbieranie informacji tylko poszukanie odpowiedniego autorytetu w danej dziedzinie. Ich strategia polega na oddaniu się jego wiedzy i doświadczeniu. Większą wagę przywiązują do wyboru osoby, czyli autorytetu, a mniejszą do gromadzenia dużej ilości informacji, którą mieliby samodzielnie przetwarzać. Dla lekarza, który będzie autorytetem, pacjent motywowany zewnętrznie będzie wymarzonym, łatwym pacjentem, gdyż może przejawiać zdecydowaną chęć, by scedować całą odpowiedzialność za proces decyzyjny na lekarza, uznając go za zaufanego specjalistę. Zupełnie inaczej będzie wyglądała sytuacja, gdy lekarz będzie miał metaprogram zewnętrzny, a pacjent będzie miał silny metaprogram wewnętrzny. Lekarz swój przekaz, argumentację będzie ograniczał do autorytatywnej sugestii dotyczącej właściwego z jego punktu widzenia postępowania pacjenta, jako że ze swoim metaprogramem na jego miejscu takiego właśnie prowadzenia by oczekiwał. Pacjent jednak będzie słabo reagował na taki przekaz, ponieważ oczekuje on odpowiedniej ilości argumentów, informacji, które on sam logicznie przeanalizuje i podejmie decyzje. Osoby motywowane wewnętrznie nie lubią być pouczane, oceniane oraz nie znoszą, gdy wywiera się na nie presję. Czasem wręcz budzi w nich to chęć zrobienia na przekór. Znacznie skuteczniejszą strategią jest dawanie takiej osobie jasnego poczucia, że ma wpływ na to, jakie środki ostatecznie zostają podjęte, że to ona sama podejmie określoną decyzję. Te osoby nie lubią czuć, że narzuca się im coś. Zalecam z takimi osobami bardzo dużą ostrożność w komunikatach wysoce perswazyjnych, typu „powinien Pan", „należy", „musi Pan" itd.

Metaprogram „na ogół" i metaprogram „na szczegół"

Pacjenci posiadający silny metaprogram na ogół oczekują w procesie komunikacji przedstawiania im opisu sytuacji na dość sporym poziomie ogólności, nie czują potrzeby wchodzenia w szczegóły, które dla nich często są nieistotnymi komunikatami zaśmiecającymi komunikację i zrozumienie całości. Często dokonują podsumowań, uogólnień, patrzą na konkretną sytuację całościowo, nie zwracając uwagi na detale. Z kolei typy szczegółowe koncentrują się na detalach, które mają dla nich często większe znaczenie niż obraz całości sytuacji. Lubią analizować poszczególne elementy oraz nie męczą się dużą ilością danych. W przekazie oczekują dużej ilości konkretnych informacji. Oni są autorem powiedzenia „Diabeł tkwi w szczegółach"

Jak przekłada się to na pracę lekarza dentysty? Pacjenci nastawieni na ogół mogą reagować zniecierpliwieniem w momencie przekazywania szczegółowych informacji na temat procesu leczenia czy też jego poszczególnych etapów. Jest im mniej potrzebny plan działania krok po kroku. Za to osoby nastawione na szczegół do pełnego komfortu w trakcie leczenia potrzebują dokładnie wiedzieć, co i kiedy będzie robione, na czym to będzie dokładnie polegało, jakie konkretnie przyniesie efekty itd. Lubią używać słów „dokładnie", „konkretnie". Warto się na to wyczulić w komunikacji z pacjentem i reagować na bieżąco na to, jak zachowuje się w trakcie rozmowy z nami. Jeśli widzimy wyraźnie, że pacjent np. w trakcie kompleksowej diagnostyki zadaje bardzo dużo pytań, należy założyć, że jest to pacjent z silnym nastawieniem na szczegół i będzie on potrzebował znacznie więcej informacji (i też co też za tym idzie pewnie więcej czasu przeznaczonego na rozmowę) niż pacjent silnie nastawiony na ogół. Dla lekarzy mających metaprogram na ogół, pacjent z metaprogramem na szczegół jest często klasyfikowany jako trudny. Tymczasem świadomość potrzeby dokładniejszych informacji wynikającej z „natury" pacjenta może ułatwić wewnętrzną mobilizację do spokojnego uszczegółowienia swojego przekazu.

Metaprogram „zgodny" i „negujący"

Osoby wysoce zgodne zdecydowanie unikają konfrontacji i nawet w momencie, gdy nie zgadzają się z rozmówcą rzadko wyrażają swoją opinię wprost. Ich percepcja koncentruje się na tym, co buduje zgodę, porozumienie. Nie dzielą się z rozmówcą swoimi wątpliwościami, krytyką, refleksjami itd. Wolą przemilczeć niż wchodzić w rozmowę, która w efekcie może dla nich okazać się nieprzyjemna i obciążająca emocjonalnie. Bardzo zależy im na dobrej relacji. Co innego osoby nastawione negująco, które nie mają żadnego problemu z mówieniem „nie", z dzieleniem się swoimi wątpliwościami bądź też z bardzo bezpośrednim wyrażaniem dezaprobaty dla danego pomysłu czy koncepcji. Osoby te często też widzą wszelkie niedociągnięcia czy odstępstwa. Ich umysł automatycznie je wyłapuje i werbalizuje. Moje doświadczenie jasno mi podpowiada, że pacjentów silnie negujących w gabinecie często się nie lubi, lekarze są nimi zmęczeni i odbierają ich jako roszczeniowych. W związku z tym chciałbym zwrócić uwagę na bardzo ważną rzecz. Oczywiście część osób z silnym metaprogramem na zgodność rzeczywiście nie widzi żadnych niedociągnięć i jest po prostu zadowolona z opieki stomatologicznej. Jednak zdecydowanie nie można brać tego za pewnik. Pacjenci wysoce zgodni to często ta grupa pacjentów, która nigdy nie wyraziła swojego niezadowolenia z żadnego aspektu opieki, a nagle po prostu, z niewiadomego powodu, przestała przychodzić do gabinetu. Z dużą dozą prawdopodobieństwa możemy założyć, że jej silny zgodny metaprogram nie tyle spowodował, że była ona z wszystkiego zadowolona, a że nie czuła potrzeby, chęci rozmowy na temat elementów, które jej nie pasowały – wolała po prostu zmienić gabinet. Z osobami negującymi tego problemu nie ma – choć bywają one ciężkie w komunikacji, możecie mieć Państwo pewność, że jeśli coś im nie pasuje, na pewno to wyrażą. W przypadku osób wysoce zgodnych zalecam bardzo dużą uważność i otwartość na wszelkie sygnały zawahania, wątpliwości, które możecie zauważyć w ich komunikacji niewerbalnej. Warto wtedy delikatnie podpytać, stworzyć klimat, w którym pacjent podzieli się swoimi wątpliwościami czy obawami. W przypadku osób wysoce negujących tego typu zabiegi nie są potrzebne, gdyż nie potrzebują one sprzyjającego klimatu, by mówić o wątpliwościach. Tutaj z kolei skuteczną strategią często okazuje się wysłuchanie z uwagą wszelkich krytycznych zastrzeżeń oraz bardzo poważne i rzeczowe się do nich ustosunkowanie.

Podsumowanie

Przedstawione powyżej metaprogramy to kropla w morzu wiedzy psychologicznej na temat sposobu postrzegania przez określone osoby świata, sposobu jego interpretowania i reagowania na wszelkie zdarzenia i komunikaty. Nie zachęcam Państwa do tego, by teraz każdą napotkaną osobę, każdego pacjenta kwalifikować do określonej grupy i dopasowywać do tego strategię komunikacyjną. Uważam, że nie ma to większego sensu i może być na dłuższą metę męczące. Jednak zdecydowanie zachęcam do dogłębnej refleksji, gdy czujemy, że coś w danej komunikacji nie gra, nie idzie po naszej myśli. Gdy druga strona nie reaguje na nasz przekaz tak, jakbyśmy chcieli. Wtedy warto zastanowić się, jak inaczej można do niej dotrzeć, co można zmienić w swoim sposobie przekazywania określonych treści. Efekty naprawdę bywają spektakularne. Moje wieloletnie badania jednoznacznie pokazują, że 80% tzw. trudnych pacjentów to pacjenci własnej roboty, ich reakcja jest lustrem „profesjonalizmu" osób mających z nimi kontakt w klinice. Niedopasowana komunikacja często sabotuje motywację pacjenta i sprawia, że nie podąża on za argumentami i oczekiwaniami lekarza.

Na koniec zachęcam do refleksji, jak może wyglądać przekaz, komunikacja lekarza mającego silny metaprogram na cel, na ogół i mającego zewnętrzny autorytet w relacji z pacjentem nastawionym na problem, na szczegół i mającego autorytet wewnętrzny. Ich metaprogramy będą w znaczący sposób wpływały na ich komunikację, która z pewnością nie będzie łatwa dla żadnej ze stron, a porozumienie będzie wymagało określonej elastyczności i zrozumienia, że druga strona ma inne potrzeby, a nie przypisywanie jej złych intencji, czy co gorsze etykietowanie jako trudnego pacjenta.

Piśmiennictwo

[1] Bandler R. (2010) Sekret NLP. Wydawnictwo Helion, Gliwice
Grinder J., Dilts R., Bandler R., Delozier J. (2006) Studium struktury subiektywnych doświadczeń. Wydawnictwo Helion, Gliwice
[2] Deering A., Dilts R., Russell J. (2009) Przywództwo alfa. Wydawnictwo Oficyna Łódź
[3] Dilts R. (2006) Zręczność językowa. Magia zmiany przekonań poprzez rozmowę. NLP Neuroedukacja Lublin