

Rozdział 5

Empatia i jej wpływ na relację terapeuta – pacjent

5.1. Empatia – jak rozumiemy to pojęcie?

„Pamiętajmy o tym, że medycyna urodziła się z niedoli, a jej rodzicami chrestnymi były miłosierdzie i współczucie. Bez pierwiastka filantropijnego medycyna byłaby najpospolitszym, a może wstrętnym nawet rzemiosłem” [Biegański, 1925].

Aforyzm Władysława Biegańskiego, żyjącego na przełomie XIX i XX stulecia lekarza, filozofa i działacza społecznego, nie bez powodu jest wstępem do rozdziału *Psychologii dla fizjoterapeutów i masażystów*, poświęconego empatii i jej znaczeniu w relacji profesjonalisty opieki zdrowotnej z pacjentem. Biegański podkreśla rolę miłosierdzia i współczucia, mówi o filantropii jako postawie, nieodłącznej od medycyny, bezinteresowności. Ten wszechstronny lekarz, naukowiec, popularyzator zagadnień higieny i autor podręczników medycznych, wśród wielu innych przesłań, wygłosił między innymi takie oto słowa: „Zreformujcie system nauczania medycyny. Nie o wiedzę wam tylko chodzić powinno, lecz i o serce. Rozwijajcie w uczniach współczucie, wszczepiajcie w nich poczucie obowiązku, uczcie, że chory to nie tylko mniej lub więcej ciekawy przypadek patologiczny, lecz nieszczęśliwy człowiek, nasz bliźni i nauczajcie przytem nie słowami, lecz własnym przykładem, a sądy honorowe będą zbyteczne” [Biegański, 1925].

I w ten sposób zbliżamy się do szczególnego aspektu interakcji terapeuta – pacjent, mianowicie empatii, która jest czynnikiem dynamizującym ten proces, wzbogacającym go, nadającym głębię i wielopłaszczyznowość w pojmowaniu świata z perspektywy cierpiącego człowieka. Pojęcie empatii, znane i stosowane również w języku potocznym, pochodzi od niemieckiego słowa *Einfühlung*, oznaczają-

cego „wczucie się”, w sensie przenoszenia się jaźni do postrzeganego przedmiotu. Autorem tego określenia jest Theodor Lipps – filozof i psycholog z przełomu XIX i XX wieku. Termin „wczucie się” przełożył na język angielski Edward Titchener w roku 1909 i od tego czasu wyobraźniowe przenoszenie siebie w myślenie i uczucia innego człowieka oraz w jego sposób strukturalizowania świata określa się mianem empatii. Przez dziesiątki lat rozwoju nauk społecznych i medycznych empatia doczekała się bogatej, opartej na licznych badaniach literatury. Ma swoje odniesienie do procesu antropogenezy i ontogenezy. Doniesienia ostatnich lat wskazują, że reakcje kooperatywne, mające postać udzielania pomocy innemu osobnikowi, pojawiły się u małych człokształtnych jeszcze zanim wyewoluował człowiek. W toku ewolucji zachowania te rozwijały się i utrwały, ułatwiały przetrwanie jednostce i gatunkowi poprzez wzajemną pomoc, troskę o współtowarzyszy i zdolność do otaczania opieką słabszych, mniej doświadczonych członków społeczności. Empatia, w najprostszej początkowo postaci – współodczuwania stanów emocjonalnych, z czasem przybrała bardziej złożoną – kognitywną – formę, przejawiającą się w umiejętności oceny sytuacji innego osobnika i zrozumienia przyczyn pojawiania się u niego określonych emocji. Rzecz jasna, aby z podstawowych zachowań społecznych reakcje te przekształciły się w skomplikowane schematy reagowania, dostosowane do zróżnicowanych warunków interakcyjnych, niezbędny był prawidłowy rozwój struktur układu nerwowego. Badania Josepha LeDoux’a i Richarda Davidsona wykazały, że w powstawaniu emocji zasadniczą rolę odgrywają obwody nerwowe łączące ciało migdałowate z przednimi częściami płatów czołowych, a jądra ciała migdałowatego są główną strukturą mózgu odpowiedzialną za określenie emocjonalnego znaczenia różnych rodzajów bodźców. Wzbudzenie emocji odbywa się na podłożu dwóch typów mechanizmów:

- bazującego na zadatkach wrodzonych, czyli na zdolności do rozpoznawania emocji podstawowych, bez analizy poznawczej bodźca,
- związanego z aktywizacją płatów przedczołowych, czyli uwzględniającego struktury korowe, które odpowiadają za aktywację i regulację emocji o źródle poznawczym [Maruszewski, Ścigała, 1998].

Wskutek zaangażowania obszarów kory przedczołowej możliwe stało się wyobrażenie sobie i zrozumienie przeżyć drugiej osoby. Z kolei rozwój procesów pamięci umożliwił gromadzenie i przetwarzanie informacji dotyczących motywów i następstw podejmowanych działań. Dzięki temu człowiek uzyskał zdolność rozumienia stanów emocjonalnych innej osoby znajdującej się w określonej sytuacji. Udział procesów poznawczych sprawił, że empatia podlega świadomej kontroli, to zaś oznacza, że człowiek może, ale nie musi przejmować na siebie emocji, które uzna za niekorzystne, czyli naruszające jego dobrostan. W konsekwencji pozwala mu to na zrozumienie przeżyć innej osoby oraz podjęcie działań

w kierunku zaspokojenia jej potrzeb i oczekiwań, przy jednoczesnym zachowaniu bezpiecznego dystansu emocjonalnego.

Jednym z ważniejszych dokonań w dziedzinie neurobiologii końca XX wieku było odkrycie tzw. neuronów lustrzanych. Dokonali tego włoscy badacze Giacomo Rizzolatti, Leonardo Fogassi i Vittorio Gallese. Wykryli oni, że obserwacja ruchów innych osób wywołuje naśladownicze odpowiedzi w szlakach motorycznych obserwatora, a zjawisko to jest wywołane przez szczególny układ neuronów, zwanych lustrzanymi. Odgrywają one znaczącą rolę w komunikowaniu emocji i przewidywaniu zachowania innych jednostek. Pojawiła się jednak kwestia, czy układ ten bezpośrednio koduje emocje, czy tylko ruchy. Rozstrzygnął ją dopiero eksperyment Paoli Barroni i współpracowników z uniwersytetu w Mediolanie. Jego uczestnicy obserwowali na ekranie avatara, który chwycił piłeczkę w sposób naturalny (kierując palce w dół) i niemożliwy (na grzbiecie dłoni, wyginając palce ku górze). Badania wykazały, że nawet przy działaniach niemożliwych neurony lustrzane reagują na ruchy na tyle, ile jest to możliwe. Oznacza to, że nawet sama świadomość celu (obserwatorzy wiedzieli, że avatar na oba sposoby próbuje złapać piłeczkę) ma znaczenie dla aktywacji neuronów lustrzanych, czyli że intencje działania mogą być zakodowane jako reprezentacja czuciowo-ruchowa w wyższych piętrach neuronów lustrzanych, takich jak kora przedczołowa i ciemieniowa. Ich aktywność pozwala więc na „odczytywanie” i „odtworzenie” emocji innego osobnika. Innymi słowy, te same układy neuronów, które aktywuje system nerwowy w sytuacji cierpienia, radości czy agresji, uruchamiane są u obserwatora, umożliwiając mu współodczuwanie analogicznych doznań [<https://vetulani.wordpress.com/2011/08/23/neurony-lustrzane-odczytuja-intencje-czy-tylko-kopiuja-ruchy>; Ziółkowska-Rudowicz, Kładna, 2014].

Odkrycia neuronów lustrzanych dokonano przypadkiem. Podczas badań aktywności kory mózgowej u małpy w trakcie wykonywania określonego ruchu (chwytnie orzeszka) zaobserwowano, że ten sam układ neuronów zwierzęcia uaktywniał się, gdy czynność tą wykonywał człowiek. Naukowcy wysunęli więc przypuszczenie, że neurony lustrzane nastawione są na zrozumienie sygnałów wysyłanych przez inną jednostkę, umożliwiając tym samym reagowanie na jej stan emocjonalny. Wiele osób doskonale radzi sobie z odczytywaniem nastroju z twarzy rozmówcy, procesy uczenia się w znacznym zakresie odbywają się poprzez naśladowanie i to zarówno ruchowe, jak i emocjonalne. Tym samym można z dużym prawdopodobieństwem przyjąć, że neurony lustrzane odgrywają ważną rolę jako biologiczna podstawa zachowań empatycznych [Vetulani, tadeuszbartos.pl/04/neurony%20lustrzane%20Jerzy%20Vetulani.pdf].

5.2. Empatia w świecie medycyny

Jednym z częściej poruszanych i wzbudzających wiele refleksji zagadnień jest problem empatii w szeroko rozumianych relacjach terapeutycznych. Pytanie kierowane do studentów, pracowników opieki zdrowotnej, osób jakkolwiek związanych ze służbą zdrowia o to, czy lekarz, rehabilitant, pielęgniarz powinni współodczuwać emocjonalny stan pacjenta, najczęściej spotyka się z odpowiedzią przeczącą, ale już zagadnienie rozumienia jego potrzeb i oczekiwań, perspektywy, z jakiej widzi swoją aktualną sytuację, właściwej interpretacji znaczenia choroby i jej wpływu na życie jednostki, prowokuje do bardziej wnikliwej analizy i skłania do głębszego zastanowienia. Empatia w potocznym pojmowaniu często utożsamiana jest ze współczuciem, ale na gruncie relacji międzyludzkich właściwsze byłoby interpretowanie jej jako „współodczuwające rozumienie”, czyli zdolność odbioru i rozumienia uczuć, myśli oraz sytuacji drugiego człowieka. Zatem, idąc tym torem, można przyjąć dwupłaszczyznowe – emocjonalno-poznawcze pojmowanie empatii. Oznacza ono z jednej strony zdolność do percepcji emocji, z drugiej zaś – poznania i zrozumienia myśli, emocji i sytuacji drugiej osoby. I ten drugi – poznawczy – aspekt empatii wydaje się czynnikiem skutecznie zwiększającym efektywność relacji terapeuta–pacjent. Pozwala bowiem na intelektualne i racjonalne zaangażowanie się w sprawy innej osoby bez nadmiernej identyfikacji emocjonalnej, ułatwia zachowanie integralności własnej osobowości bez utożsamiania się z przeżyciami i cierpieniem drugiego człowieka. Chroni ponadto przed ujemnymi skutkami sprzężenia zwrotnego, wynikającymi z nadmiernego wnikania w uczuciowe aspekty sytuacji chorego [Gaertner, 1997].

Uwzględniając fakt, że relacja terapeuta–pacjent często dotyczy nie tylko kwestii stricte medycznych, ale także psychospołecznych, musimy zaakceptować to, że niesie z sobą duży ładunek emocjonalny. Ponadto cechuje się ona pewną, z góry założoną, asymetrią. Mimo iż obecnie powszechnie uznawanym modelem tej interakcji jest partnerstwo, jednak stroną dominującą pozostaje terapeuta. Od niego wymaga się umiejętności spostrzegania i interpretowania stanów pacjenta, tworzenia sprzyjającej atmosfery spotkania, efektywnej komunikacji intelektualnej i emocjonalnej. Zarazem, zachowując bezpieczny dystans uczuciowy, terapeuta musi wejść w świat przeżyć pacjenta, by spojrzeć na problem z jego perspektywy i zrozumieć jego punkt widzenia [Kliszcz, 2000].

Umiejętność przewidywania uczuć, reakcji, rozumienia świata widzianego oczami innej osoby nazywana jest trafnością interpersonalną i jako taka leży u podłoża empatii poznawczej. Jednak w przypadku relacji pomiędzy osobą pomagającą a podopiecznym należy uwzględnić jeszcze jeden ważny element empatii, mianowicie jej składnik behawioralny. Sprawia on, że jednostka nie tylko pojmuje

punkt widzenia innego człowieka, doświadcza jego stanu emocjonalnego, ale również potrzeb, co w konsekwencji stanowi inspirację do działań pomocowych na jego rzecz [Wilczek-Rużyczka, 1998].

Jak łatwo zauważyć, analizując zjawisko empatii i jego znaczenie dla relacji terapeuta – pacjent, oddalamy się coraz bardziej od utożsamiania go ze współczuciem (jeszcze bardziej z litością), a zbliżamy – do pojmowania w kategoriach profesjonalnej postawy klinicznej. To prawda, że wszystkie te stany pobudzają do zachowań prospołecznych, jednak u ich podstaw leży inna motywacja. Współczucie często prowokowane jest egocentryczną chęcią redukcji własnego dyskomfortu psychicznego, wywołanego uczestnictwem w cierpieniu innej osoby. Litość to uczucie żalu nad czyjś losem. Empatia wyrasta natomiast z prawdziwie altruistycznej potrzeby zrozumienia drugiego człowieka i gotowości do udzielenia mu pomocy w trudnej dla niego sytuacji [Kliszcz, 2012].

5.2.1. Empatia studentów kierunków medycznych i pracowników opieki zdrowotnej

Powszechny i często poruszany problem kształcenia na kierunkach medycznych, na których dominuje rozwijanie umiejętności intelektualnych i instrumentalnych nad kształtowaniem pożądanых cech osobowości i postaw, już od dawna inspiruje do podejmowania szeroko zakrojonych analiz w tej dziedzinie. Warto przytoczyć wyniki niektórych badań obrazujących poziom i dynamikę empatii wśród studentów, lekarzy i innych pracowników opieki zdrowotnej.

Pomiaru empatii na I, II i III roku wśród 459 studentów ratownictwa medycznego, położnictwa, pielęgniarstwa, fizjoterapii, nauk o zdrowiu oraz terapii zajęciowej dokonano na jednym z australijskich uniwersytetów. Najwyższym poziomem empatii wyróżnili się studenci tego ostatniego kierunku (średnia 111,55 w Jefferson Scale of Physician Empathy³¹), najniższym zaś studenci pielęgniarstwa (średnia 107,34). W cytowanych badaniach uwzględniono płeć oraz rok studiów. Kobiety uzyskały wyższy poziom empatii w porównaniu z mężczyznami. Różnice w poziomie empatii studentów poszczególnych kierunków nie osiągnęły istotności statystycznej, podobnie – rok studiów również nie okazał się czynnikiem różnicującym badaną zmienną [Boyle, Williams, Brown i in., 2009].

³¹ Skala Empatii Lekarskiej Jefferson ma dwie wersje – przeznaczoną dla osób pracujących w opiece zdrowotnej oraz studentów. Jest narzędziem samoopisowym, w którym badany za zakreślone na 7-stopniowej skali odpowiedzi może uzyskać maksymalnie 140 punktów. Została skonstruowana przez M. Hojata i współpracowników z Jefferson Medical College w Filadelfii. Polskiego tłumaczenia i walidacji dokonała J. Kliszcz, K. Nowica-Sauer i in. z Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego (Advances in Medical Sciences, 2006, t. 51, s. 219–225)

Jednak często powtarzającym się w badaniach wątkiem jest obserwowana u respondentów tendencja do obniżania się poziomu empatii w trakcie studiów medycznych. Zwrócił na to uwagę m.in. Bruce Newton i współpracownicy, którzy badali empatię studentów testem Balanced Emotional Empathy Scale. Okazało się, że jej poziom wyraźnie obniża się po I roku studiów, stabilizuje na II i ponownie obniża na III. Autorzy wyjaśniają ten stan stresem i współzawodnictwem charakterystycznym dla początkowego etapu studiów, okresem adaptacji do nowej sytuacji na II roku, i wreszcie – zderzeniem z kliniczną rzeczywistością III roku, na którym studenci po raz pierwszy wchodzi w kontakt z pacjentami i stykają się już nie z podręcznikową listą objawów danej choroby, ale z fizycznym i psychicznym cierpieniem konkretnego człowieka.

Oceny poziomu empatii emocjonalnej przyszłych lekarzy dokonano również w Akademii Medycznej w Gdańsku (obecnie Gdański Uniwersytet Medyczny). Wykorzystano w tym celu kwestionariusz A. Mehrabiana i N. Epsteina Skala Empatii Emocjonalnej (Emotional Empathy Scale – EES)³², który ocenia 7 aspektów empatii. Są to:

1. Emocjonalna wrażliwość na otoczenie.
2. Rozumienie uczuć osób nieznanymi.
3. Ekstremalna wrażliwość uczuciowa.
4. Skłonność do wzruszania się w odpowiedzi na reakcje emocjonalne pozytywne.
5. Skłonność do wzruszania się w odpowiedzi na reakcje emocjonalne negatywne.
6. Tendencja do współczucia.
7. Gotowość do kontaktu z osobami mającymi problemy.

Studentki I roku okazały się znacznie bardziej empatyczne w porównaniu z kolegami, natomiast na VI zaobserwowano zacieranie się różnic, czego przyczyną był spadek większości badanych aspektów empatii właśnie u kobiet, w tym ważnej dla pełnienia roli lekarza gotowości do kontaktu z osobami mającymi problemy [Kliszcz, Hebanowski, Rembowski, 1996].

W kontynuowanych w późniejszych latach badaniach podłużnych nad empatią studentów medycyny zauważono stabilność empatii emocjonalnej, a w niektórych przypadkach tendencje wzrostowe. Wzrost poziomu nastąpił u kobiet w większości badanych skalą EES składowych empatii, poza gotowością do

³² W polskiej wersji metoda znana jest jako Test Ocen. Jej standaryzacji dokonano na Uniwersytecie Gdańskim, w pracach pod kierunkiem prof. J. Rembowskiego. Zawartość treściowa poszczególnych stwierdzeń odnosi się do związku empatii z tendencją do hamowania reakcji agresywnych oraz do jej wpływu na gotowość do udzielania pomocy. Wynik końcowy stanowi suma algebraiczna odpowiedzi na 33 itemy kwestionariusza. Test Ocen znajduje zastosowanie jako narzędzie pomiaru sukcesu zawodowego wśród przedstawicieli tzw. *helping professions*.

udzielania pomocy osobom w sytuacji trudnej. Pozytywne zmiany zaobserwowano również w odniesieniu do empatii poznawczej. Wzrosła ona w stopniu statystycznie istotnym zarówno u kobiet, jak i mężczyzn. Przyczyn tego stanu rzeczy można upatrywać w kilku źródłach. Na pewno jednym z nich jest gromadzenie się życiowych i zawodowych doświadczeń w okresie studiów, większa świadomość realiów pracy lekarza, w których pacjent to nie tylko osoba, którą trzeba leczyć, ale także klient, którego trzeba zdobywać. Drugi ważny czynnik zmian można wiązać z reorganizacją systemu nauczania. Lata 90. XX wieku to czasy zmian programowych na studiach lekarskich. Program nauczania rozszerzono o większą liczbę godzin z przedmiotów humanizujących, w tym psychologii i psychiatrii, gdzie zwraca się szczególną uwagę na podmiotowość pacjenta, odpowiednią jakość komunikacji interpersonalnej i zrozumienie dla potrzeb i oczekiwań chorego [Kluszcz, Nowicka-Sauer, Hebanowski, 1996].

Bardziej jednoznaczny, w sensie tendencji wzrostowych, okazał się związek poziomu empatii z rokiem studiów, uzyskany w badaniu Skalą Jefferson japońskich studentów medycyny. Autorzy tłumaczą ten fakt tamtejszym systemem organizacji studiów. Pierwsze lata edukacji poświęcone są głównie naukom humanistycznym. Do pracy z pacjentem studenci przystępują dopiero na roku V i VI, co po czterech latach spędzonych w salach wykładowych i laboratoriach wyzwała w nich uzasadniony entuzjazm i motywację do działania [Ziółkowska-Rudowicz, Kładna, 2014].

Interesujących danych w dziedzinie predyspozycji empatycznych dostarczyły badania 177 lekarzy różnych specjalności, którzy wypełnili wspomnianą już Skalę Empatii Emocjonalne oraz Interpersonalny Indeks Reaktywności (IRI)³³. Ramka 8. przedstawia ranking specjalizacji pod względem średniej z sumy punktów uzyskanych przez respondentów w obu metodach badawczych.

Związek poziomu empatii z praktykowaną specjalizacją lekarską daje sporo do myślenia. Wbrew temu, czego można by oczekiwać, czyli wyższej empatii emocjonalnej w specjalizacjach „szerokich” (psychiatria, ginekologia, interna), związanych z podstawową opieką zdrowotną, stosunkowo wysoki jej poziom reprezentują onkolodzy – lekarze „zabiegowcy”, w większości zatrudnieni w lecznictwie zamkniętym. Najniższe zaś wyniki średnie, zarówno w odniesieniu do empatii emocjonalnej, jak i poznawczej, uzyskali lekarze specjalizujący się w internie i ginekologii, zatrudnieni głównie w przychodniach rejonowych. Uwzględnienie

³³ Interpersonalny Indeks Reaktywności (Interpersonal Reactivity Index – IRI) M. Davisa jest narzędziem pomiaru empatii emocjonalnej i poznawczej. Składa się z czterech podskal badających zdolność przyjmowania perspektywy, rozumienia uczuć postaci fikcyjnych, współodczuwania emocji innych osób oraz przeżywania cudzych nieszczęść. Zadaniem osoby badanej jest ustosunkowanie się do każdego z 28 stwierdzeń na 5-stopniowej skali. Wynik końcowy stanowi suma algebraiczna zakreślonych odpowiedzi (Davis, 1999).

w badaniu innych zmiennych różnicujących pokazało, że na dynamikę poziomu empatii ma wpływ płeć i wiek respondentów, a nie miejsce i charakter pracy [Kliszcz, Hebanowski, 2001].

Ramka 8. Ranking specjalizacji na podstawie wyników średnich w skali EES i IRI

Metoda badań	Specjalizacja
Skala Empatii Emocjonalnej (EES)	Lekarze rodzinni Pediatrizy Onkolodzy Psychiatrzy Ginekologodzy Interniści
Interpersonalny Indeks Reaktywności (IRI)	Pediatrizy Psychiatrzy Lekarze rodzinni Onkolodzy Interniści Ginekologodzy

Źródło: Kliszcz, Hebanowski, 2001.

Podobnie jak w przypadku lekarzy i pielęgniarek, również w pracy fizjoterapeuty empatia odgrywa ważną rolę. Etos pracy w tym zawodzie wymaga obecności szczególnych cech i umiejętności warunkujących właściwą postawę wobec pacjentów, współpracowników i otaczającego świata. Z uwagi na szczególny rodzaj relacji między fizjoterapeutą i pacjentem istotne jest, by ten pierwszy cechował się cierpliwością, tolerancją, wyrozumiałością i dużym pokładem motywacji do działania. Pacjent fizjoterapeuty to osoba, która pozostaje z nim w długotrwałym kontakcie. Zaangażowanie, uprzejmość, poszanowanie autonomii chorego to warunek niezbędny do ukształtowania właściwej relacji terapeutycznej, której specyfika oparta jest na empatii. Badania nad umiejętnością komunikowania się i wynikającą z niej satysfakcją pacjentów przeprowadzono w Lublinie w ramach wieloletniego projektu monitorowania jakości edukacji medycznej. Objęto nimi 115 respondentów, w tym:

- 35 zawodowo czynnych fizjoterapeutów objętych standardowym programem edukacyjnym, a nieprzeszkolonych w umiejętności komunikacji interpersonalnej,
- 60 studentów fizjoterapii objętych standardowym programem edukacyjnym, również nieprzeszkolonych w umiejętności komunikacji interpersonalnej,

- 20 studentów fizjoterapii, którzy, oprócz standardowego programu edukacyjnego, uczestniczyli dodatkowo w profesjonalnych kursach komunikacji interpersonalnej.

Wyniki badań potwierdziły niedostatek umiejętności komunikowania się w grupach, które zrealizowały tylko przewidziany programem nauczania moduł w zakresie psychologii ogólnej, ale nie odbyły kursu komunikacji. Okazało się, że wśród tych respondentów odnotowuje się spadek nabytych umiejętności wraz ze stażem pracy. Wiedza psychologiczna nieoparta treningiem w zakresie komunikacji interpersonalnej wykorzystywana była przez nich bardziej w celu wywierania wpływu na pacjentów i współpracowników niż nawiązywania efektywnej, opartej na empatii, relacji terapeutycznej [Włoszczak-Szubzda, Jarosz, 2013].

Interesująca kwestia pojawiła się w analizie komunikacji werbalnej w trakcie 26 konsultacji prowadzonych przez 10 fizjoterapeutów. Nagrane rozmowy z pacjentami, którzy po raz pierwszy zgłosili się do prywatnych praktyk rehabilitacyjnych, pokazały, że fizjoterapeuci preferują raczej biomedyczny model kontaktu, a swoje reakcje empatyczne ograniczają do sytuacji, w których pacjenci/klienci mówią o problemach życiowych lub podkreślają psychospołeczny aspekt bieżących fizycznych dolegliwości [<http://about.brighton.ac.uk/sohp/research/news-events/SECRN/Jo-Gladwin.pdf>].

Przegląd badań nad empatią wśród różnych grup respondentów wyraźnie wskazuje, że jest ona zjawiskiem dynamicznym, zmiennym, zależnym od płci i wieku badanych, statusu zawodowego, etapu studiów i wielu zmiennych osobowościowych. Potwierdzeniem tych zależności są badania D. Thomson i współpracowników z Wydziału Nauk o Zdrowiu University of East London. Porównano w nich poziom empatii studentów fizjoterapii i aktywnych zawodowo fizjoterapeutów pracujących w przychodniach. W drugim etapie badań oceniano poziom empatii tej grupy zawodowej, ale tym razem wśród fizjoterapeutów zatrudnionych w placówkach klinicznych, z uwzględnieniem zmiennej wieku respondentów. Wyniki pierwszej części badań wykazały wyższy poziom empatii u osób pracujących zawodowo w porównaniu ze studentami, co sugeruje rozwój zdolności empatycznych wraz z wykształceniem, stażem i doświadczeniem zawodowym. Drugi etap przyniósł zgoła odmienne rezultaty. Młodszy fizjoterapeuci okazali się bardziej empatyczni niż starsi koledzy po fachu, co dało się zauważyć podczas konsultacji prowadzonych z pacjentami pierwszorazowymi [Thomson, Hassenkamp, Mansbridge, 1997].

Empatia jest więc zespołem umiejętności, które podlegają zmianom, a jako takie mogą stanowić przedmiot kształcenia i rozwijania. Taką możliwość wykorzystano w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznym o Profilu Rehabilitacyjnym we Wrocławiu. Zrealizowany tam projekt badawczy miał na celu usprawnienie relacji między fizjoterapeutami i pacjentami geriatrycznymi, u większości których

występowały deficyty poznawcze oraz zaburzenia nastroju. Kontakt z takimi osobami często wzbudza skrajne emocje: niechęć, irytację, zniecierpliwienie. Terapeuci pracujący z nimi mają poczucie nadmiernego obciążenia emocjonalnego. Aby pomóc im w zmianie nastawienia wobec pacjentów z zespołem otępiennym lub depresją, najpierw oceniono ich stosunek do poszczególnych podopiecznych poprzez zaznaczenie „+”, jeśli pracowali z tą osobą z przyjemnością, „0”, gdy ich stosunek był neutralny i „-” w przypadku, gdy dany pacjent wzbudzał ich negatywne emocje. Następnie pracownicy oddziału odbyli 15-godzinne szkolenie poświęcone zaburzeniom funkcji poznawczych u osób w wieku podeszłym (pamięć, orientacja przestrzenna, myślenie abstrakcyjne) i współistniejącym zaburzeniom zachowania (agresja, urojenia, splątanie, labilność emocjonalna). Uczestnikom przedstawiono najczęstsze przyczyny i objawy zaburzeń nastroju u osób starszych. Ostatni etap szkolenia poświęcony był superwizji, w ramach której omówiono trudności wynikające z pracy na oddziale: jej ciężkość, towarzyszące napięcie psychiczne, frustrację, gdy mimo dużego zaangażowania rehabilitantów nie widać efektów. Po kilku tygodniach przeprowadzono ponowne badanie stosunku fizjoterapeutów do pacjentów. Okazało się, że w stopniu istotnym statystycznie zmniejszyła się liczba ocen negatywnych na rzecz neutralnych. Autorzy badania sugerują, że wysoki poziom negatywnych emocji wobec chorych spowodowany był niedostatkami wiedzy na temat psychicznych zaburzeń wieku podeszłego. Niewykluczone zatem, że zdobyte informacje pozwoliły terapeutom spojrzeć na trudną rzeczywistość oczami chorych i zrozumieć, skąd bierze się ich agresja, roszczeniowość, niechęć do współpracy, brak wdzięczności i niezadowolenie z efektów terapii. Z drugiej strony trudno przyjąć, że pracownicy „na starcie” cechowali się niską empatią i stąd ich negatywny stosunek do pacjentów. Raczej należy założyć, że ogromne obciążenie emocjonalne związane z pracą o takim charakterze wyzwała potrzebę obrony własnych emocji przed nadmiernym zaangażowaniem się w sprawy osób ciężko chorych, zaburzonych psychicznie, z którymi praca, mimo wielkiego zaangażowania, nie daje spodziewanych efektów [Szczepańska-Gieracha, Wieprow, Kowalska, 2009].

Wniosek nasuwa się jednoznaczny. Trzeba znaleźć dystans pomiędzy światem drugiego człowieka a własnym przeżywaniem jego doświadczeń. Problem zacierania się granic oddzielających „moje ja” od „ja” pacjenta dobitnie ilustruje historia młodej masażystki, która zawsze uważała się za osobę bardzo empatyczną. W którymś momencie swojej pracy zawodowej zaczęła odczuwać fizyczne dolegliwości, najczęściej mdłości lub bóle i skurcze żołądka, albo nagle wybuchać płaczem podczas wykonywania masażu. Zauważyła również, że oglądanie zdjęć, na których widać kogoś ранego, okaleczonego wywołuje u niej reakcje bólowe dokładnie w tych samych miejscach jak u osoby na fotografii. Objawy ustępują

natychmiast po zaprzestaniu masażu lub oglądaniu zdjęć. Terapeutka zastanawia się nad przyczyną tego zjawiska, które wydaje się klasycznym przykładem nadmiernego zaangażowania emocjonalnego w problemy innych ludzi i prowadzi do przejmowania na siebie ich bólu i cierpienia [<http://www.psychic-experiences.com/real-psychic-story.php?story=10887>]. Dzieląc się swoimi refleksjami na stronach serwisu masażysta.pl, jeden z autorów rozważa problem empatii w pracy masażysty. Podejmuje kwestię bardzo ważną, ale często zaniedbywaną w procesie edukacji. Przyznaje, że na początku nauki mówi się o konieczności empatycznego podejścia do pacjenta, ale nikt nie wyjaśnia, co to oznacza i na czym ma polegać. Istnieje więc realna obawa przed niewłaściwym interpretowaniem empatii w relacji z pacjentem. W pracy masażysty niezwykle ważna jest umiejętność rozumienia obaw, oczekiwań, barier emocjonalnych drugiego człowieka, jego sposobu postrzegania świata. Problemy, z jakimi zgłaszają się pacjenci do masażysty, nierzadko jednak znacznie wykraczają poza zakres jego kompetencji zawodowych. Ludzie wnoszą do gabinetu swoje traumatyczne przeżycia, życiowe niepowodzenia, cierpienie fizyczne i psychiczne. Oczekują ulgi, wyciszenia, poprawy sprawności, czasem masażystę utożsamiają z psychoterapeutą. Zwierają się ze spraw osobistych, proszą o radę i pomoc. Nie każdy jest w stanie wytrzymać tak duże obciążenie, a grozi ono niekiedy zachwianiem równowagi psychofizycznej. Empatyczny masażysta ma obowiązek chronić swoje zdrowie dla dobra własnego i osób, którym pomaga. Musi przyjąć do wiadomości i zaakceptować fakt, że nie każdemu pacjentowi można pomóc i że nie obniża to jego wartości jako człowieka i terapeuty. Musi przy tym postawić wyraźną granicę pomiędzy światem pacjenta i własnym. W obu jednocześnie żyć się nie da [Czaja, <http://www.serwis-masazysta.pl/abc-masazu/3290/rola-empatii-w-pracy-z-pacjentem>].

5.2.2. Empatia w komunikacji interpersonalnej

Czego pacjenci oczekują od terapeuty? Na to pytanie można odpowiedzieć na wiele sposobów. Na pewno większość chciałaby doświadczyć postawy życzliwości, profesjonalnej kompetencji, umiejętności komunikowania się, uważnego słuchania, gotowości do udzielenia pomocy. Tymczasem postępujący dynamicznie rozwój nauk medycznych stał się przyczyną odejścia od traktowania człowieka jako jedności psychofizycznej, w kierunku koncentracji na stanie poszczególnych narządów i układów jego ciała. Kontakt z pacjentem wypiera aparatura badawczo-diagnostyczna i komputerowo opracowane wyniki badań. Często słyszy się od chorych, że ich skargi nie są właściwie rozumiane, że nie czują atmosfery otwartości skłaniającej do zadawania pytań, dzielenia się obawami i refleksjami, że bagatelizuje się ich stan emocjonalny, poświęcając czas wyłącznie na

fizyczny aspekt dolegliwości. Zatem wiele wskazuje na to, że komunikacja między terapeutą i pacjentem odbywa się głównie na płaszczyźnie instrumentalnej, gdzie dominującymi tematami są kwestie somatyczne, z niedostatkami płaszczyzny emocjonalnej, na której powinna być kreowana atmosfera zaufania i bezpieczeństwa, okazywanie szacunku i zrozumienia, motywowanie do terapii, prowadzenie dialogu, podmiotowość w traktowaniu pacjenta, czyli po prostu empatia jako skuteczne podejście do chorego i jako forma komunikacji interpersonalnej. Jakość opieki zdrowotnej jest często oceniana przez pacjentów bardziej z perspektywy emocjonalnego stosunku terapeuty do nich, niż zachowań instrumentalnych, jakkolwiek w żadnym razie nie oznacza to, że chorzy nie doceniają wagi jego kompetencji zawodowych. Po prostu jest dla nich równie ważny profesjonalizm w działaniach stricte medycznych (opiekuńczych, usprawniających, pielęgnacyjnych), jak i postawa szacunku, życzliwości i otwartości terapeuty wobec wszystkich oczekujących pomocy i wsparcia.

Budowanie empatycznej relacji z pacjentem najlepiej zacząć od postawienia sobie dwóch fundamentalnych pytań:

- Jak czułbym się w sytuacji tej osoby?
- Czego bym wówczas oczekiwał?

W ten sposób stawiamy pierwszy krok w kierunku spotkania ze światem przeżyć drugiego człowieka, a każdy następny pozwoli nam coraz bardziej zbliżyć się do rzeczywistości takiej, jaką on postrzega i odczuwa. Oparta na empatycznej więzi relacja oznacza bycie „tu i teraz”, współodczuwanie doznań innej osoby, ale z zachowaniem własnej tożsamości. Dążąc do tego celu, warto uwzględnić kilka wskazówek:

- postaw się w sytuacji pacjenta,
- pozostań wraz z nim w tym samym miejscu i czasie,
- zadaj sobie te same pytania, które postawił ci pacjent,
- spróbuj doznać tych samych uczuć, których – jak sądzisz – doznaje chory,
- powiedz mu to, co sam chciałbyś w analogicznej sytuacji usłyszeć,
- zachowaj się tak, jak życzyłbyś sobie, aby inni zachowali się wobec ciebie [Bradley, Edinberg, 1982, za: Hebanowski, Kliszczyk, Trzeciak, 2005].

Wzmacniając efektywność komunikacji opartej na postawie empatii i zrozumienia, należy pamiętać o ogólnych zasadach interakcji, które wymagają odpowiednich technik zadawania pytań, stosowania parafrazy i odzwierciedlenia dla pogłębienia toku narracji rozmówcy, umiejętności redagowania komunikatów asertywnych, świadomości asertywnych praw własnych i pacjenta i, oczywiście, znajomości reguł rządzących informacjami przepływającymi kanałem niewerbalnym.

Kilka poniższych przykładów ilustruje sposób, w jaki reakcja empatyczna zmienia charakter rozmowy:

Dialog 1

Lekarz: Od jak dawna jest pani mężatką?

Pacjentka: Od sześciu lat.

Lekarz: To jest pani pierwsza ciąża?

Pacjentka: Nie, raz poroniłam.

Lekarz: Kiedy to było?

Pacjentka: Cztery lata temu.

Lekarz: W którym miesiącu nastąpiło poronienie?

Pacjentka: To był początek, dopiero dziesiąty tydzień.

Lekarz: Czy miała pani wyłyżeczkowanie macicy?

Pacjentka: Tak, miałam.

Lekarz: W jakim szpitalu?

Pacjentka: Mieszkałam wtedy w innym mieście (wymienia nazwę).

Lekarz: Proszę spróbować przypomnieć sobie, jaki to był szpital, to dosyć ważne, może nazwisko lekarza, który przeprowadzał zabieg?

W trakcie tak prowadzonej rozmowy pacjentka ma poczucie, że nie jest w stanie sprostać oczekiwaniom lekarza, co więcej nie dano jej szansy na podzielenie się przeżyciami w związku z utratą dziecka.

A oto drugi, **empatyczny, wariant tej samej rozmowy**:

Lekarz: W którym miesiącu nastąpiło poronienie?

Pacjentka: To był początek, dopiero dziesiąty tydzień.

Lekarz: Długo przedtem starała się pani zajść w ciążę?

Pacjentka: Tak, prawie trzy lata.

Lekarz: Musiała się pani czuć strasznie rozczarowana.

Pacjentka: To było jak koniec świata. Mąż też bardzo to przeżył. Długo nie mogłam dojść do siebie, dlatego teraz tak się niepokoję. Wciąż boję się uwierzyć, że wreszcie będę miała dziecko.

[na podstawie: Mayerscough, Ford, 2001].

W tej wersji dialogu pacjentka dzieli się poczuciem straty, jakiej doznała w związku z poronieniem. Lekarz okazuje zrozumienie dla jej smutku, jak i obaw dotyczących kolejnej ciąży.

Dialog 2

Matka: Wszystko, co zje, natychmiast zwraca.

Lekarz: Czy ma temperaturę?

Matka: Nawet wodę zwraca.

Lekarz: Czy oddawała dzisiaj mocz?

Matka: Wymiotowała przez całą noc.

Lekarz: Czy kiedy płacze, są łzy?

Matka: Co mam robić, jeśli nadal będzie wymiotować?

Matka jest w rozpacz, ponieważ jej trzytygodniowe niemowlę wymiotuje. Ktoś jej powiedział, że wymioty u tak małego dziecka mogą spowodować przepuklinę brzuszną. Lekarz nie zwraca uwagi na przerażenie kobiety, koncentruje się wyłącznie na możliwym ryzyku odwodnienia.

Wersja „empatyczna” dialogu:

Matka: Wszystko, co zje, natychmiast zwraca.

Lekarz: Rozumiem, że bardzo to panią niepokoi. Mnie zresztą też. Czy ma temperaturę?

Matka: Nawet wodę zwraca.

Lekarz: Wiem, że bardzo pani przeżywa chorobę córeczki, ale muszę się dowiedzieć, czy oddawała dzisiaj mocz, to ważne.

Matka: Wymiotowała przez całą noc.

Lekarz: Dziecko może się odwodnić, a to jest niebezpieczne, dlatego pytam, czy kiedy płacze, są łzy?

Matka: „Panie doktorze, to... tak od wczoraj... Jestem z nią sama, mąż wyjechał, co mam robić, jeśli nadal będzie wymiotować?”

W tak prowadzonej rozmowie lekarz uzyskuje cenną informację: matka aktualnie nie może liczyć na pomoc ojca dziecka, czuje się bezradna i przytłoczona poczuciem odpowiedzialności za niemowlę, co dodatkowo nasila jej lęk i co może tłumaczyć trudności w komunikowaniu się z nią [na podstawie: Korsch, Harding, 1999].

Sprawna i jednocześnie empatyczna komunikacja jest, zdaniem wielu badaczy zainteresowanych relacją fizjoterapeuta–pacjent, jak i samych fizjoterapeutów, podstawowym narzędziem skutecznego oddziaływania, zarówno w sensie edukowania, jak i pomocy pacjentom w budowaniu przez nich właściwych strategii radzenia sobie z chorobą i niesprawnością. Projekt badawczy, w którym uczestniczyło 21 duńskich fizjoterapeutów pracujących w gabinetach prywatnych, wykazał, że zwracają oni szczególną uwagę na różnicę pomiędzy „mówieniem do...” a „rozmawianiem z...”. W pierwszym przypadku zachodzi obawa utraty aktywnego uczestnictwa chorego w procesie terapii, natomiast dialog, szczególnie podczas pierwszego spotkania, od początku sprzyja kształtowaniu zaufania, wzajemnego szacunku i utwierdzenia w przekonaniu, że terapeuta z całym zaangażowaniem „pochyli się” nad sytuacją pacjenta. Co więcej, fizjoterapeuci uważają komunikację z pacjentem za jeden z głównych wyróżników etyki tego zawodu [Praestegaard, Gard, 2011].

Nie ma wątpliwości co do tego, że umiejętność prowadzenia rozmowy, poparta zrozumieniem sposobu, w jaki pacjent postrzega chorobę i wynikające z niej ograniczenia, jest ważnym elementem jego satysfakcji z oferowanej opieki. W czasach komercjalizacji usług medycznych, gdy pacjent staje się klientem, wiele przemawia za tym, że prawidłowo ukształtowana relacja zwiększa szanse sukcesu zawodowego terapeuty, a u chorego wpływa pozytywnie na stan zdrowia. W przeglądzie literatury poświęconej wpływowi relacji terapeuta – pacjent wielu autorów jest zgodnych co do jej znaczenia w holistycznym podejściu do chorych, we włączaniu ich w proces podejmowania decyzji odnośnie do terapii. Badacze zwracają także uwagę na pozytywne oddziaływanie terapeutycznej relacji na poziom stresu pacjenta poddanego hospitalizacji w sensie skrócenia czasu jego pobytu w szpitalu i, tym samym, obniżenia kosztów leczenia. Wiele przemawia za tym, że relacja fizjoterapeuta – pacjent ma znaczący wpływ na przebieg terapii, ponieważ jednak zagadnienie ma charakter wieloaspektowy, niezbędne są dalsze badania nad związkiem między stanem pacjenta a rodzajem stosowanej fizjoterapii [Mikołajewska, 2011]. Przyjmując za E.S. Bordinem³⁴ i A.O. Horvathem³⁵ [Kulikowski, 2013] trzyskładnikowy model relacji terapeutycznej, na który składa się:

- siła więzi między terapeutą i pacjentem,
- zgoda co do celów terapii,
- porozumienie co do metod osiągnięcia tych celów,

musimy uwzględnić w tym procesie kwestię wzajemnego emocjonalnego stosunku uczestników interakcji, zrozumienia ich potrzeb i oczekiwań oraz efektywnej, opartej na empatii, komunikacji interpersonalnej. Między terapeutą i pacjentem powinna ukształtować się pozytywna, poparta sympatią więź. Sprawia ona, że łatwiej o porozumienie w kwestii celów, jakie obaj zamierzają osiągnąć, jak również sposobów, które można wykorzystać dla ich realizacji. Warto w tym miejscu zaznaczyć, że cele pacjenta i terapeuty nie zawsze są zgodne, ponieważ zdarza się, że ten pierwszy nie kieruje się zasadą realizmu, a bardziej reprezentuje nastawienie życzeniowe, drugi zaś – zadaniowe. Ponieważ pacjent jest aktywnym uczestnikiem relacji, jednostką autonomiczną samodzielnie podejmującą decyzje, musi mieć pełną świadomość działań, które będzie musiał podjąć, by cele terapii zostały zrealizowane. Wydaje się, że niewielkie są szanse osiągnięcia pożądanego rezultatu, jeśli zabraknie wzajemnego porozumienia i skutecznej komunikacji, zwłaszcza w pracy fizjoterapeuty czy masażyisty, która, ze względu na swoją specyfikę, często charakteryzuje się długotrwałą relacją z pacjentem.

³⁴ E.S. Bordin, *The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. Psychology and Psychotherapy Theory*, „Research and Practice” 1979, t. 16, nr 3, s. 252–260.

³⁵ A.O. Horvath, *The therapeutic relationship: from transference to alliance*, „Journal of Clinical Psychology” 2000, t. 56, nr 2, s. 163–173.

Model relacji terapeuty – pacjenta oparty na współuczestnictwie (typy relacji omówiono w rozdziale 2, *Pacjent jako podmiot w procesie terapii*) zakłada, że współpraca chorego jest uwarunkowana uświadomieniem mu odpowiedzialności za stan zdrowia i efekty leczenia. Osiągnięcie relacji o takim charakterze jest możliwe wówczas, gdy jak zaznacza w jednym ze swoich artykułów Martha Funnell – certyfikowany edukator diabetyków i pracownik naukowy Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu w Michigan, zaakceptuje się postawę, którą można oddać słowami: „The best thing you can do for your patients with chronic diseases is to let them run with the ball”³⁶.

Jak w takim razie powinno wyglądać spotkanie terapeuty z pacjentem? Zdaniem Funnell zamiast sięgać na początku po wyniki badań, sprawdzać ciśnienie czy wagę, lepiej zapytać, co go najbardziej martwi, z czym sobie nie radzi i co przede wszystkim chciałby zmienić w swojej obecnej sytuacji. Chodzi po prostu o to, by chory sam znalazł w sobie potencjał w aktywności, którą może podjąć, i aby to była jego niezależna decyzja. Jeżeli pacjent deklaruje: „będę więcej ćwiczyć”, należy zapytać, co to oznacza, o ile więcej, więcej czego? Jeżeli mówi: „będę chodził na długie spacerowanie” – jak często, jak długie?

Ten rodzaj podejścia – skoncentrowanego na pacjencie – może się wydać działaniem wbrew instynktowi terapeuty, który zazwyczaj doradza, sugeruje, mówi pacjentom, co i jak mają robić. Pytanie, czy w ten sposób pomaga im wprowadzić długotrwałe zmiany w życiu, czy uspokaja własne sumienie? Funnell stoi na stanowisku, że pacjent sam musi znaleźć rozwiązanie swoich problemów, motywację do ich realizacji, a rolą terapeuty jest uświadamianie mu jego potencjału i wspieranie go w tych działaniach [Funnell, 2000].

³⁶ Angielski idiom *the best thing you can do for your patients...is to let them run with the ball* w tłumaczeniu na język polski oznacza w tym przypadku stworzenie pacjentom możliwości samodzielnego podejmowania decyzji, planowania i realizacji celów.