

Empatia jako zasadnicza kompetencja współczesnego lekarza

Janusz Janczukowicz

Zarówno w rozdziałach dotyczących profesjonalizmu lekarskiego, jak i w codziennych rozmowach prowadzonych przez lekarzy i pacjentów związanych z właściwymi standardami opieki medycznej bardzo często posługujemy się terminem „empatia”, traktując go jako coś zrozumiałego i jasnego. W tym rozdziale postaramy się przybliżyć Czytelnikom pojęcie empatii, omawiając jej definicje i podłoże neurobiologiczne, a także wyjaśnić jej związek z właściwą komunikacją z pacjentem. Empatia jest często wymieniana jako jeden z atrybutów dobrego lekarza. Jak wynika z jeszcze nieopublikowanych badań przeprowadzonych przez autora tego rozdziału we współpracy z Centrum Edukacji Medycznej Uniwersytetu w Dundee, prawie 40% studentów medycyny, omawiając cechy profesjonalnego lekarza, wymienia (bez korzystania z jakiegokolwiek listy możliwych do wyboru opcji) empatię jako element osobowości lekarza, jego relacji z pacjentami, altruizmu lub też, co ciekawe, jako jedną z naturalnych predyspozycji. Czy więc pojęcie empatii daje się jasno i wyraźnie określić?

DEFINICJA EMPATII I JEJ PODSTAWY NEUROBIOLOGICZNE

Empatia, według „Słownika języka polskiego” PWN, to „umiejętność wczuwania się w stan wewnętrzny drugiej osoby”. Definicja taka nawet na poziomie wiedzy ogólnej, niemedycznej wydaje się znacznym uproszczeniem. Pamiętajmy, że empatia to nie tylko zdolność do rozumienia czyichś emocji, lecz także umiejętność przekazania drugiej osobie tego zrozumienia i podjęcia odpowiednich działań w celu udzielenia pomocy.

Jak się jednak okazuje, ten bardzo subiektywnie rozumiany termin można opisać z czysto neurobiologicznego punktu widzenia.¹ Już wczesne prace z wykorzystaniem podstawowych metod, czyli pomiaru tętna oraz przewodnictwa skóry, wykazały, że interakcje pacjent-lekarz mogą wpływać na te wskaźniki, zarówno je synchronizując (co odpo-

wiada sytuacjom, w których pacjent odczuwa empatię lekarza), jak i desynchronizując (brak empatii ze strony lekarza). W późniejszych pracach dowiedziono, że struktury ośrodkowego układu nerwowego (OUN) wpływające na przewodnictwo skóry w znaczący sposób odpowiadają obszarom, które na podstawie badań obrazowych uznano za odpowiedzialne za odczuwanie empatii. Za pomocą podobnej metodyki wykazano również, że osoby obserwujące ból u bliskiej osoby i mówiące „czuję twój ból” nie wygłaszają jedynie grzecznościowego sloganu, ale rzeczywiście odczuwają ból, jednak w formie na tyle ograniczonej, by motywował do działania, a nie uniemożliwiał udzielenie pomocy. Obecnie już wiemy, że istnieje związek pomiędzy funkcjonowaniem odkrytych w latach 90. neuronów lustrzanych a zdolnością właściwej oceny ludzkich emocji przekazywanych w sposób niewerbalny, którą nazywamy empatią, oraz blisko związanym z nią uczuciem współczucia. Osoby zainteresowane bardziej szczegółowym zgłębieniem tej tematyki odsyłamy do proponowanego piśmiennictwa.¹⁻⁴

Uważa się, że proces rozpoznawania cudzych emocji składa się z trzech komponentów: emocjonalnej symulacji odzwierciedlającej obserwowane zachowania innej osoby, w której biorą udział właśnie neurony lustrzane, konceptualnego „nabrania właściwej perspektywy” oraz regulacji własnych emocji w celu zmniejszenia poczucia dyskomfortu związanego z obserwowaniem cierpienia lub bólu u drugiej osoby do poziomu umożliwiającego udzielenie pomocy. Liczni badacze zidentyfikowali konkretne obszary OUN odpowiedzialne za opisane wyżej procesy.^{1,2}

Wbrew powyższemu bardzo schematycznemu opisowi natura empatii jest niezwykle złożona i wielowymiarowa, udało się jednak opracować wiele sposobów jej pomiaru. Są one oparte na ocenie empatii przez niezależnego obserwatora (ekspresja empatii), przez pacjenta (odbiór empatii) i przez samego lekarza lub terapeutę (rezonans empatii) oraz w końcu na analizie zgodności oceny percepcji empatii dokonywanej przez terapeutę i pacjenta.²

EMPATIA A UMIEJĘTNOŚĆ ROZPOZNAWANIA CIERPIENIA U PACJENTA

O znaczeniu umiejętności właściwego rozpoznawania bólu u pacjenta nie musimy nikogo przekonywać. Obserwowanie bólu odczuwanego

przez drugą osobę nie tylko wywołuje reakcję ze strony tych samych ośrodków obserwatora, które u pacjenta odpowiadają za powstanie bólu, lecz także prawdopodobnie angażuje te same substancje biochemiczne, które biorą udział we własnym odczuwaniu bólu.⁵ Proces ten jest bardzo skomplikowany i zależy od wielu czynników niezwiązanych z umiejętnościami lekarza, takich jak symulacja lub dysymulacja pacjenta, endo- i egzogenne czynniki wpływające na odczuwanie bólu przez pacjenta oraz czynniki wpływające na chwilową zdolność lekarza do empatycznej reakcji.

Rola odczuwania bólu i jego okazywania jest szeroko badana i opisywana zarówno w literaturze medycznej, jak i biologicznej. O ile funkcja bólu wydaje się oczywista – ma on na celu zwrócenie uwagi na jego przyczynę (uraz, proces patologiczny) oraz podjęcie właściwych działań (ucieczka, unikanie aktywności, leczenie), o tyle odpowiedź na pytanie: „Jaka jest rola ekspresji bólu poprzez mimikę?”, jest znacznie bardziej złożona. Oczywiście podstawową funkcją tej ekspresji jest przekazywanie innym informacji o swoim cierpieniu w celu uzyskania pomocy. Może też nią być świadoma próba manipulowania obserwatorem, mająca wywołać współczucie i związane z nim działania. Jak się jednak okazuje, reakcje mimiczne będące jednym z elementów reakcji na ból odgrywają prawdopodobnie również istotną rolę w zmniejszaniu odczucia bólu i odwracaniu od niego uwagi, podobnie jak zaciskanie zębów, wbijanie paznokci w dłonie czy też napinanie mięśni.^{6,7} Ponownie jedynie sygnalizujemy ten problem, zwracając uwagę na jego znaczenie, gdyż do właściwego interpretowania bólu pacjenta i reagowania na niego potrzebne są poza wrażliwością lekarza również naukowe podstawy umożliwiające zrozumienie przekazu chorego, na który powinniśmy w odpowiedni sposób zareagować.

Ekspresja bólu wyrażanego poprzez mimikę u osób dorosłych i dzieci została szczegółowo przeanalizowana i opisana, a fundamentalną rolę w tych badaniach odegrały prace Ekmana i współpracowników powstałe w latach 60. i 70. XX w.^{8,9} Wykazano w nich, że pewne reakcje twarzy na podstawowe emocje nie różnią się kulturowo i podlegają obiektywnemu rozpoznawaniu, a nawet kodowaniu. Odkrycia te umożliwiły dalsze badania nie tylko nad reakcjami pacjentów, lecz także nad umiejętnościami ich odczytywania przez członków zespo-

tów diagnostyczno-terapeutycznych. Zatem możemy uznać, że proces właściwego rozpoznawania cierpienia pacjenta jest oparty nie tylko na podświadomej empatii; możemy też skutecznie poprawić jego efektywność poprzez odpowiednie szkolenia.

EMPATIA – PROFESJONALNY OBOWIĄZEK CZY ZAWODOWY PRZYMUS

Każdy z nas na co dzień boryka się z własnymi emocjami, które mogą nam ułatwiać, ale też bardzo często utrudnić życie prywatne i zawodowe. Szczególnie dotyczy to tych zawodów, w których konieczny jest kontakt z innymi osobami oraz w których praca wiąże się z wpływaniem na czyjeś emocje. W tych przypadkach do własnego, prywatnego procesu zmagania się z emocjami dochodzą wymagania dotyczące odpowiedniego wyrażania ich wobec klientów, pacjentów i współpracowników. Takie wymagania określone przez Hochschilda¹⁰ jako „emotional labor”, czyli „organizacyjna kontrola nad emocjami pracownika”, są typowe m.in. dla zawodów medycznych. Jakkolwiek nieprzyjaźnie i złowieszczo brzmi ten termin, funkcjonuje on w piśmiennictwie i praktyce już od lat 80. ubiegłego stulecia.

Okazywanie pacjentom empatii może funkcjonować na dwóch poziomach, porównywalnych do różnych metod aktorskich. Może być odzwierciedleniem rzeczywistych emocji lekarza, a może być tylko powierzchownym prezentowaniem (odgrywaniem) oczekiwanych zachowań przy jednoczesnym braku zgodnej z nimi rzeczywistej reakcji emocjonalnej. Chociaż obydwie strategie mogą być przydatne w różnych sytuacjach profesjonalnych, to jednak pierwsza z nich sprzyja nie tylko lepszej efektywności zawodowej, lecz także odczuwaniu większego zadowolenia z wykonywanej pracy.¹¹ O ile metoda „powierzchnowego odgrywania emocji” może sprawdzać się w przypadku prostych zachowań, takich jak uprzejmość czy uśmiech (znajomość zasad kodowania emocji według Ekmana umożliwia łatwe odróżnienie uśmiechu grzecznościowego od szczerego, jednak nawet zdawkowy uśmiech jest lepszy od jego braku), o tyle nie można na niej polegać w tak złożonym procesie, jakim jest empatia. Niestety, w codziennej praktyce, zaleceniach, a nawet publikacjach związanych z tym tematem znacznie więcej wagi przykładania się do zachowania odpowiedniego ze-

wewnętrznego wizerunku niż do rozwijania głębokich metod prawdziwego odczuwania empatii poprzez stosowanie strategii „mindfulness”, czyli świadomej i nieosądzającej uwagi skierowanej na „tu i teraz”, będącej skutkiem wysokiego stopnia rozwoju umiejętności refleksyjnego myślenia. Wyniki prac naukowych jasno wskazują na rolę samoświadomości i regulowania własnych emocji w zapewnianiu pacjentom właściwego komfortu poprzez okazywanie im empatii i współczucia.

W przypadku medycyny jeszcze do niedawna rozumienie empatii było zupełnie inne od ogólnie przyjętej definicji. Nawet oficjalne organizacje medyczne określały ją jako odpowiednie rozpoznawanie stanu emocjonalnego pacjenta bez jednoczesnego doświadczania tego samego odczucia przez lekarza.¹² Nieco bardziej kompromisowe i nowsze definicje empatii medycznej opisują ją jako przede wszystkim kognitywny atrybut zawierający w sobie rozumienie przeżyć i doświadczeń pacjenta połączone z umiejętnością okazania tego zainteresowania oraz z intencją udzielenia pomocy.¹³ Nadal jednak zwraca uwagę nacisk kładziony na kognitywne (rozumowe), a nie emocjonalne podejście do zagadnienia empatii, co nie jest zgodne z jej fizjologicznymi uwarunkowaniami.

Wydaje się, że wszystkie omówione w rozdziale fakty, a szczególnie wyniki badań neurobiologicznych, wyraźnie wskazują na to, że prawdziwa empatia, również w medycynie, nie może polegać na czysto rozumowym podejściu do pacjenta z jednoczesnym odcięciem się dla własnej ochrony od reakcji emocjonalnych. Zamiast przyjmować tak zachowawczą definicję, powinniśmy się zwrócić w stronę empatii opartej na samorefleksji i umiejętności odczuwania stanu pacjenta zapewniającej pojawienie się prawdziwych emocji na takich poziomach, by motywowały do podjęcia odpowiednich działań, a jednocześnie aby nie powodowały nadmiernego stresu i wypalenia zawodowego działających na niekorzyść zarówno lekarza, jak i pacjenta.

EMPATIA JAKO ELEMENT EFEKTYWNEJ TERAPII

Mimo wszystkich ograniczeń czasowo-organizacyjnych naszej pracy pamiętajmy o tym, że pacjent zgłasza się do lekarza nie tylko po to, by jego problem zdrowotny został w obiektywny sposób zdiagnozowany i poddany skutecznemu leczeniu, lecz także po to, by odczuć zrozu-

mienie i zainteresowanie jego problemami. Empatia lekarza odgrywa w tym przypadku bardzo istotną rolę, ponieważ umożliwia zaspokojenie potrzeb pacjenta związanych z interakcjami społecznymi i wpływa na obiektywną poprawę wskaźników skuteczności terapii.

Odpowiednie połączenie wiedzy i umiejętności lekarskich z pełnią funkcją daje też pacjentowi poczucie holistycznego traktowania, a właściwa emocjonalnie relacja pomiędzy pacjentem a lekarzem określana jest jako „context effect”, czyli efekt kontekstu, zbliżony w swoim znaczeniu do efektu placebo.

Empatia jest złożonym procesem psychologicznym zawierającym w sobie afektywne, kognitywne i behawioralne mechanizmy reagowania na przeżycia, doświadczenia i emocje innych osób. Elementy te wymieniliśmy w takiej kolejności, w jakiej występują w przypadku obserwowania przeżyć (np. bólu lub smutku) innych osób. Pierwsze reakcje pojawiają się na poziomie naszych własnych emocji (smutek, współczucie, radość), po nich następuje faza analizy, porównywania obserwowanego zachowania z naszymi wcześniejszymi doświadczeniami i dokonywania osądów, aż w końcu w wyniku poprzednich przemysłów podejmujemy odpowiednie działania. Ogólnie mówiąc, działania te mogą być w zależności od sytuacji ukierunkowane na pomaganie drugiej osobie lub też wręcz przeciwnie – na agresję lub ucieczkę, ale oczywiście w przypadku relacji lekarz – pacjent oczekujemy przede wszystkim zachowań wspierających. Świadomość przebiegu tego typu stadiów procesu empatii oraz czynników wpływających na nie jest niezwykle istotna w pracy lekarza. Warto na przykład zdawać sobie sprawę z tego, że większości osób łatwiej jest okazywać empatię tym, którzy są według nich do nich podobni. Z tego bowiem może wynikać okazywanie mniejszej empatii osobom znacznie się od nas różniącym, co oczywiście nigdy nie powinno mieć miejsca. Istnieje też cały szereg pętli dodatniego sprzężenia zwrotnego związanych z okazywaniem empatii, ponieważ właściwe komunikowanie się z pacjentem obniża stres nie tylko jego, lecz także lekarza, co redukuje obustronne okazywanie negatywnych emocji i tym bardziej wpływa pozytywnie na chorego.¹¹

W wielu pracach wykazano pozytywne korelacje pomiędzy empatyczną relacją pacjent – lekarz a obiektywnymi i mierzalnymi wskaźnikami wyników leczenia, począwszy od poprawy wyników badań la-

boratoryjnych, a skończywszy na skróceniu hospitalizacji. Przykładem może być klasyczna praca Hojata i wsp. z 2011 r., w której wykazano, że chorzy na cukrzycę pacjenci lekarzy uzyskujących wysokie wartości na skali oceny empatii mieli znacząco większe szanse na uzyskanie dobrej kontroli odsetka hemoglobiny glikowanej i stężenia cholesterolu frakcji LDL.^{13,14} Możemy więc stwierdzić, że dzięki zwiększaniu zaufania pacjenta do lekarza oraz dzięki ułatwianiu szczerej komunikacji empatia ma bezpośrednie znaczenie terapeutyczne.¹² Jednocześnie jej brak prowadzi do powstania błędnego koła, ponieważ nieufność pacjenta do lekarza wpływa na pogorszenie ich wzajemnych relacji, a w konsekwencji – na większą liczbę skarg, co z kolei obniża satysfakcję lekarza z pracy i nasila proces wypalenia zawodowego.¹⁴

Niewątpliwie empatia jest nie tylko zagadnieniem moralnym i filozoficznym; jest też jedną z istotnych kompetencji współczesnego lekarza.¹ Jest też kompetencją, która może – i powinna – być efektywnie nauczana na wszystkich etapach studiów przed- i podyplomowych, poczynając od wyjaśnienia jej podstaw neurobiologicznych i prezentowania wyników badań naukowych wskazujących na jej istotną rolę w procesie terapeutycznym, aż do praktycznego rozwijania umiejętności zachowania właściwego dla relacji pacjent – lekarz poziomu empatii z wykorzystaniem strategii refleksyjnego uczenia się i samooceny. Niestety, z dotychczasowych wielośrodkowych danych wynika, że już w czasie studiów medycznych spada poziom empatii, co wskazuje na bardzo istotne znaczenie wdrożenia odpowiednich programów edukacyjnych oraz efektywnego egzaminowania z tego zakresu.¹⁵

Wyniki badań naukowych wykazują też, że samoocena empatii dokonywana przy zastosowaniu różnego rodzaju kwestionariuszy nie jest zbieżna z oceną obserwatorów zewnętrznych (np. w czasie obiektywnych strukturyzowanych egzaminów klinicznych [OSCE – Objective Structured Clinical Examination]).^{16,17} W związku z tym musimy pamiętać, że tak jak w przypadku pozostałych domen w naukach medycznych podlegających egzaminowaniu, analizując empatię i jej rozwój, musimy opierać się na wiarygodnych i powtarzalnych sposobach jej oceny. W czasie egzaminowania zarówno przed-, jak i podyplomowego przypadki przedstawiane zdającym osobom powinny służyć sprawdzeniu nie tylko wiedzy teoretycznej i kompetencji technicznych, lecz

także kompetencji społecznych i umiejętności odczuwania oraz okazywania empatii. W przeciwnym wypadku możemy doprowadzić do sytuacji, w której studenci i lekarze nabiorą przekonania, że empatię można i warto udawać.¹⁷

PODSUMOWANIE

Mówiąc o konieczności odzyskania zaufania społeczeństwa do profesji lekarskiej, musimy pamiętać o roli, jaką odegrała utrata empatii w doprowadzeniu do kryzysu tego zaufania.¹

Oczywiście zachowanie właściwej równowagi jak zawsze odgrywa tutaj kluczową rolę. Nadmierna reakcja empatyczna może uniemożliwić niesienie pomocy i skierować nasze działania w stronę ochrony własnej osoby przed nadmiernym stresem. Jednocześnie brak empatii uniemożliwia holistyczne postrzeganie pacjenta, co w konsekwencji prowadzi do traktowania go jak zespołu narządów i wyników badań.¹ Gleichgerrcht i wsp.,¹⁸ omawiając wyniki badań przeprowadzonych w grupie ponad 7500 lekarzy, zwracają uwagę na istnienie dwóch kategorii altruistycznego pomagania innym. Pierwszą z nich stanowią działania ukierunkowane na konkretną osobę (np. pomoc starszej osobie w przejściu przez ruchliwą ulicę), a drugą – działania bardziej abstrakcyjne i niezwiązane z określoną osobą (np. krwiodawstwo). Jak się okazuje, działania zaliczane do drugiej kategorii umożliwiają osiągnięcie wyższych poziomów zadowolenia, a dzieje się tak prawdopodobnie dlatego, że nie są obciążone kosztami psychicznymi związanymi z udzielaniem pomocy konkretnej osobie, co jest przecież stałym elementem pracy lekarskiej. Wynika z tego, że jednocześnie z rozwijaniem umiejętności prawdziwej, głębokiej empatii powinniśmy pracować nad wdrożeniem strategii zapobiegających negatywnym kosztom reakcji emocjonalnych, które w efekcie prowadzą do utraty wrażliwości na problemy pacjenta.

Piśmiennictwo

1. Riess H. Empathy in Medicine – A Neurobiological Perspective. *JAMA* 2010;304(14):1604-5.
2. Elliott R, Bohart AC, Watson JC, et al. Empathy. *Psychotherapy* 2011;48(1):43-9.
3. Lamm C, Batson CD, Decety J. The neural substrate of human empathy: effects of perspective-taking and cognitive appraisal. *J Cogn Neurosci* 2007;19(1):42-58.
4. Singer T, Lamm C. The social neuroscience of empathy. *Ann NY Acad Sci* 2009;1156:81-96.
5. Botvinick M, Jha AP, Bylsma LM, et al. Viewing facial expressions of pain engages cortical areas involved in the direct experience of pain. *NeuroImage* 2005;25:312-9.