

Anna Trzcieniecka-Green, Kamilla Bargiel-Matusiewicz,
Monika Bąk-Sosnowska, Alicja Michalak

Znaczenie nauczania psychologii dla relacji lekarz–pacjent

The significance of psychology teaching for the relation between a doctor and a patient

Zakład Psychologii Śląskiej Akademii Medycznej

Cel pracy: Celem niniejszego artykułu jest uzasadnienie znaczenia nauczania psychologii w procesie kształcenia przyszłych lekarzy, wskazanie aspektów najbardziej istotnych dla relacji lekarz–pacjent.

Paradygmat biomedyczny, do niedawna powszechnie obowiązujący w medycynie, oparty jest na dualizmie kartezjańskim. Zakłada brak wzajemnych powiązań pomiędzy psychiką i ciałem, przyczyny chorób upatruje w czynnikach natury biochemicznej, a pracownikom służb medycznych przypisuje rolę, polegającą wyłącznie na reperowaniu niesprawnych narządów czy funkcji (13). Alternatywę stanowi model biopsychospołeczny, korzystający z osiągnięć medycyny psychosomatycznej oraz teorii systemów. Zakłada on całościowe podejście do pacjenta oraz uwzględnianie jego stanu psychicznego, a także ogółu czynników, które ten stan warunkują i ich wzajemnych powiązań (1).

W zawodzie lekarza rozumienie zależności psychosomatycznych jest sprawą niezwykle istotną, gdyż w związku z wypełnianiem procedur medycznych ma on bezpośredni kontakt z chorym. Daje to sposobność obserwowania i spożytkowania tego, że – jak pisał Mandsley (7): „... jeśli emocja nie znajdzie ujścia w zewnętrznej aktywności ciała lub odpowiednim działaniu umysłu, to odbije się na narządach wewnętrznych, psując ich funkcję”. Według Salmona (12) objawy fizyczne mogą wynikać z takich procesów psychologicznych, jak: wzorce chorobowe (np. powstałe na skutek błędów jatrogennych),

problemy emocjonalne (objaw staje się wyrazem wewnętrznych trudności, np. zaburzenia równowagi związane z utratą stabilizacji życiowej), urazy wczesnodziecięce (np. wczesna utrata rodzica, nadużycie seksualne). Również na samo odczuwanie objawów fizycznych mają wpływ dwa procesy psychiczne: uwaga, czyli koncentracja na ciele i płynących z niego odczuciach (np. uczucie niezadowolenia czy lęku zwiększa stopień doświadczenia objawów, zwłaszcza bólu), oraz odniesienie, czyli nadawanie znaczenia odczuciom (np. traktowanie bodźców z ciała jako wyrazu choroby bądź emocji). Choroba może być także symbolicznym wyrazem problemów występujących w systemie rodzinnym. Często jest odzwierciedleniem patologicznej struktury rodziny i z jednej strony służy utrzymaniu tej formy, z drugiej zaś jest próbą jej zmiany (14). Grupa badaczy skupiona wokół Minuchina (11) wyróżniła nawet zestaw cech charakterystycznych dla tzw. rodzin psychosomatycznych. Do cech tych należą: splątanie (skrajnie bliskie i intensywne relacje pomiędzy członkami rodziny), nadmierna opiekuńczość, sztywność (unikanie istotnych zmian), brak rozwiązywania konfliktów czy wiktanie dzieci w konflikt między rodzicami. Sposób interpretowania objawów i radzenie sobie z nimi jest ściśle związany ze znaczeniem, jakie choroba zajmuje w systemie wartości i przekonań pacjenta oraz z uwarunkowaniami rodzinnymi i społeczno-zawodowymi. Pacjent może przyjąć jedną z dwóch strategii radzenia sobie z chorobą (13):

- unikową, polegającą na odwracaniu uwagi od różnych przejawów choroby, co okazuje się skuteczne w przypadku krótkotrwałych dolegliwości i na początku cięższych chorób;
- koncentracji na chorobie, a dokładnie na wywołanych przez nią emocjach – co jest mało skuteczne – lub na odczuciach związanych z chorobą, poprzez dzielenie doznań na elementy, co okazuje się skuteczne zarówno w przypadku chorób krótkotrwałych, jak i przewlekłych.

Radzenie sobie z chorobą zależy od indywidualnych uwarunkowań związanych z takimi czynnikami, jak: doświadczenie życiowe, osobowość, odporność na stres, wsparcie społeczne, wiedza na temat choroby, posiadane zasoby. Wpływ ma również płeć (kobiety zgłaszają więcej objawów, zażywają więcej leków, częściej korzystają też z konsultacji lekarskich i sygnalizują fizyczny dyskomfort) oraz stan cywilny (osoby samotne mają gorszy stan zdrowia i podejmują mniej zachowań prozdrowotnych, co wynika z braku wsparcia społecznego i związków emocjonalnych, jakie zapewnia rodzina) (15).

W pracy lekarza istotne miejsce zajmuje relacja pomiędzy nim a pacjentem, dokonująca się na wielu płaszczyznach. Kontekst medyczny jest tylko jednym z elementów sytuacji. Spotkanie z pacjentem ma zawsze charakter międzyludzki. Pacjent uczestniczy w nim jako osoba i oczekuje uwzględnienia swych obaw, emocji, poglądów oraz dążeń. Kontakt z pacjentem jest bardzo złożonym zjawiskiem, stanowi fundament, na którym opiera się system opieki medycznej. Od lekarza wymaga się posiadania wiedzy medycznej oraz odpowiednich umiejętności, które stanowią istotę funkcji instrumentalnej. Równie ważnym aspektem jest funkcja ekspresywna, czyli zdolność nawiązywania kontaktu, empatii, oddziaływania na stan emocjonalny pacjenta. Kształtowanie tych umiejętności stanowi jeden z głównych celów prowadzonych zajęć z psychologii.

Doświadczenie umiejętności porozumiewania się z pacjentem przyczynia się do poprawy jakości kontaktu z chorym oraz skuteczności terapii. Oprócz werbalnych form przekazu, istotne są również informacje przekazywane na poziomie niewerbalnym przez dotyk, wzrok, mi-

mikę i ton głosu. Zakłócenia relacji z pacjentem, mogą prowadzić do braku satysfakcji z usług medycznych ze strony pacjenta oraz niekorzystnie wpływać na efekty terapii.

Nawiązanie kontaktu z chorym jest jednym z najważniejszych zadań lekarza. Pozwala na uzyskanie podstawowej wiedzy o dolegliwościach chorego, prowadzi do zrozumienia jego zachowania, umożliwia udzielenie mu właściwej pomocy.

Podejście do pacjenta, które cechuje koncentracja wyłącznie na medycznym aspekcie sytuacji, jest nie tylko niewystarczające, lecz również często niemożliwe. Każda relacja z pacjentem zawiera bowiem wymianę informacji, oddziaływanie na zachowanie drugiej strony oraz wymianę emocjonalną.

Całościowe podejście do pacjenta przeciwstawiane jest podejściu skoncentrowanemu na chorym narządzie. Oznacza ono uwzględnienie w postępowaniu z pacjentem wszystkich czynników, które stan chorobowy warunkują. Znajdują się wśród nich między innymi percepcja sytuacji choroby, sytuacja rodzinna oraz zawodowa pacjenta, a także jego plany na przyszłość (1, 2, 13).

Istnieją liczne argumenty przemawiające za całościowym podejściem do pacjenta. Poniżej przedstawiono najważniejsze z nich.

W kontakcie z pacjentem lekarz wywiera wpływ, co najmniej dwójakiego rodzaju: oddziaływanie o charakterze stricte medycznym oraz oddziaływanie na drodze psychologicznej, które prowadzi do zmian w zakresie stanu emocjonalnego pacjenta.

Część pacjentów zgłaszających się do lekarzy różnych specjalności stanowią osoby, których dolegliwości nie mają uchwytneho podłoża somatycznego lub nawet powód zgłoszenia może być natury pozamedycznej.

Poziom komfortu psychicznego pacjenta podczas procesu leczenia ma wpływ na jego efektywność. Wpływ ten wiąże się m.in. z zależnością pomiędzy stanem emocjonalnym pacjenta, jego wiarą w możliwość powrotu do zdrowia, nastawieniem do stosowanych wobec niego procedur medycznych a stopniem przestrzegania zaleceń lekarskich. Warto również pamiętać, iż negatywne emocje związane ze stanem stresu niekorzystnie oddziałują na możliwości obronne organizmu. Należy tutaj wspomnieć chociażby

o immunosupresyjnym działaniu kortyzolu, którego zwiększone wydzielanie stanowi fizjologiczny komponent odpowiedzi na stres (10,13).

Sytuacja choroby wiąże się zawsze ze zwiększonym poziomem odczuwanego stresu. Dlatego bardzo ważna jest dla lekarza znajomość najważniejszych reguł z nim związanych. Współczesne rozumienie stresu polega na definiowaniu go jako złożonej relacji pomiędzy podmiotem a otoczeniem. To interakcyjne podejście do zagadnienia stresu oznacza koncentrację zarówno na sytuacyjnych, jak i indywidualnych uwarunkowaniach, a także na wzajemnych powiązaniach pomiędzy tymi obszarami. Zgodnie z tym ujęciem stres nie jest umiejscawiany ani w jednostce, ani w otoczeniu, lecz dotyczy relacji pomiędzy nimi i jest definiowany jako zakłócenie lub zapowiedź zakłócenia równowagi pomiędzy możliwościami jednostki a wymaganiami otoczenia (3).

Kryterium wystąpienia stresu stanowi ocena poznawcza sytuacji dokonana przez podmiot (5). Poziom doświadczonego stresu w sytuacji choroby podlega wpływowi czynników związanych z jej percepcją. Możliwe jest zatem zwiększenie przez personel medyczny komfortu psychicznego pacjenta poprzez dostarczenie informacji niwelujących poczucie zagrożenia, a otwierających możliwość poradzenia sobie z chorobą poprzez wykorzystanie odpowiednich zasobów.

Zawód lekarza wiąże się z dużą odpowiedzialnością oraz wymaga stałej gotowości psychofizycznej, dlatego powoduje znaczne obciążenie psychologiczne. Ponieważ wynikające z niego reakcje emocjonalne, poznawcze i behawioralne znajdują wyraz zarówno w relacjach ze współpracownikami, jak i w kontakcie z pacjentem, niezwykle istotną staje się umiejętność rozpoznawania własnych emocji związanych z wykonywanym zawodem. Jak wynika z doniesień amerykańskich (12), badani lekarze i pielęgniarki mieli bardziej pozytywne nastawienie do pacjentów, którzy nie okazywali cierpienia, niż do osób zgłaszających liczne skargi, proszących o leki, określając ich jako pacjentów „wymagających” lub „zależnych”.

Bardzo często bariery w kontakcie są związane z obciążeniem spowodowanym m.in.: brakiem czasu, cierpieniem, seksualnością pacjentów (9). Naturalne staje się wówczas uruchamianie

mechanizmów obronnych, które mogą znajdować wyraz w takich zachowaniach, jak: zwiększanie dystansu, blokowanie wyrażania uczuć, depersonalizacja chorych, minimalizacja ich skarg i objawów, nieprawidłowa komunikacja. Może to powodować trudności we współpracy z pacjentem, jak również przyczyniać się do powstania zespołu wypalenia zawodowego, który charakteryzuje się: emocjonalnym wyczerpaniem, depersonalizacją oraz obniżonym zadowoleniem z osiągnięć zawodowych (8). Wynika z tego, że umiejętność rozpoznawania i kontrolowania własnych reakcji psychologicznych związanych ze specyfiką zawodu stanowi istotny element zarówno ze względu na jakość relacji interpersonalnych w miejscu pracy, jak i z uwagi na samopoczucie oraz efektywność zawodową.

Podsumowanie

Z powyższych rozważań wynika przekonanie o potrzebie nauczania psychologii na studiach medycznych, o znaczeniu rozumienia procesów i zjawisk psychologicznych w praktyce zawodowej lekarza. Studenci podczas zajęć z psychologii powinni nie tylko zgłębiać wiedzę dotyczącą psychologicznych aspektów funkcjonowania człowieka, ale również widzieć jej praktyczne zastosowanie dla kontaktu z pacjentem, skuteczności zabiegów leczniczych i radzenia sobie z własnymi problemami oraz obciążeniami w pracy zawodowej. Tego typu zadanie może spełniać program nauczania odwołujący się do doświadczeń własnych studentów i weryfikujący rozpowszechnione błędne przekonania, dotyczące ludzkiej natury. Aby skutecznie leczyć i pielęgnować ludzi, absolwenci kierunków medycznych potrzebują znajomości zachowań człowieka wykraczającej poza wiedzę zdroworozsądkową. Znajomość reakcji człowieka na stres, chorobę, śmierć, a także podstawowych metod pomocy psychologicznej i komunikacji jest niezbędna w praktyce klinicznej.

Streszczenie

W ostatnim okresie coraz większe znaczenie w opiece medycznej zyskuje model biopsychologiczny.

społeczny. Zakłada on całościowe podejście do pacjenta oraz docenianie jego stanu psychicznego, także ogółu czynników, które stan ten warunkują oraz ich wzajemnych powiązań. W pracy lekarza istotne miejsce zajmuje relacja pomiędzy nim a pacjentem zachodząca na wielu płaszczyznach. Spotkanie z pacjentem ma zawsze charakter międzyludzki. Pacjent uczestniczy w nim jako osoba i oczekuje uwzględnienia swych obaw, emocji, poglądów oraz dążeń.

Studenci powinni zgłębiać nie tylko zasady rządzące postrzeganiem człowieka czy prawidłowościami jego rozwoju, ale również widzieć ich praktyczne zastosowanie dla kontaktu z pacjentem, skuteczności zabiegów leczniczych i radzenia sobie z własnymi problemami i obciążeniami w pracy zawodowej. Tego typu zadanie może spełnić program nauczania, odwołujący się do doświadczeń własnych studentów i weryfikujący rozpowszechnione błędne przekonania dotyczące natury ludzkiej. Aby skutecznie leczyć i pielęgnować ludzi, absolwenci kierunków medycznych potrzebują znajomości zachowań człowieka wykraczającej poza wiedzę zdroworozsądkową. Znajomość reakcji człowieka na stres, chorobę, śmierć, a także podstawowych metod pomocy psychologicznej i komunikacji jest niezbędna w praktyce klinicznej.

Słowa kluczowe: **edukacja psychologiczna, kształcenie lekarzy**

Summary

During the past decade the biopsychosocial approach to a patient became increasingly important in the health care model. The relationship between various factors influencing the well-being of patients is now considered to be important and value of their psychological condition for their health is fully appreciated. In health care settings both patient and staff are taking part in multidimensional human relationship which is present in the process of treatment. Patients relate to a doctor as human beings and expect their fears, emotions, attitudes and aspirations to be respected.

Therefore, future doctors should not only study the theoretical principles of human perception or development, but should also consider their application in clinical practice. Such an approach may only be adapted through the introduction of a practical training programme, related to students' own experience and based on the idea that effective clinical practice requires more than just sense understanding of human behaviour. Clinicians need to be aware of patients' responses to stress, illness and death so that appropriate information or psychological intervention is offered at the suitable moment.

Key words: **psychological education, physicians education**

Piśmiennictwo

1. Bishop D.G.: Psychologia Zdrowia. Wydawnictwo Astrum, Wrocław 2000.
2. Heszen-Niejodek I.: Lekarz i pacjent. Wydawnictwo Universitas, Katowice, 1992.
3. Heszen-Niejodek I.: Coping Style and Its Role in Coping with Stressful Encounters. *European Psychologist* 1997, 2: 342-351.
4. Lazarus R. S.: The stress and coping paradigm. [W:] Bond L. A., Rosen J. C. (red.): Competence and coping during adulthood. The University Press of New England. London 1980, 28–74.
5. Lazarus R. S.: Coping theory and research, past, present and future. *Psychosomatic Medicine* 1993, 55, 234–247.
6. Lazarus R. S., Folkman S. Stress, appraisal and coping. Springer-Verlag, New York 1984.
7. Luban-Plozza B., Poldinger W., Kroger F., Wasilewski B.: Zaburzenia psychosomatyczne w praktyce lekarskiej. PZWL, Warszawa 1995.
8. Maslach Ch.: Koncepcja wypalenia zawodowego, *Przeгляд Psychologiczny* 2001, 44 (3), 301–317.
9. Mayerscough Ph., Ford M.: Jak rozmawiać z pacjentem. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2001.
10. Melzack R.: From the gate to neuromatrix. *Pain* 1999, 6, 121–126.
11. Minuchin S.: My many voices. [W:] Zeig J. K. (red): The evolution of psychotherapy. Bruner/Mazel Publishers, New York 1987, 5–14.
12. Salmon P.: Psychologia w medycynie. GWP, Gdańsk 2002.

13. Sheridan Ch., Radmacher S.: Psychologia Zdrowia. Instytut Psychologii Zdrowia, Warszawa 1998.
14. Simon F., Stierlin H.: Słownik terapii rodzin. GWP, Gdańsk 1998.
15. Tobiasz-Adamczyk B., Szafraniec K., Bajko J.: Zachowania w chorobie. Collegium Medicum UJ, Kraków 1999.

Adres do korespondencji

dr Anna Trzcieniecka-Green
dr Kamilla Bargiel-Matusiewicz
Zakład Psychologii
Śląskiej Akademii Medycznej
ul. Medyków 12
40-752 Katowice
e-mail: kamillamatusiewicz@poczta.onet.pl