

Empatia – a co to takiego?

Nasz zawód warunkuje stały, werbalny kontakt z pacjentem (z wyjątkiem anatomopatologa!) szukającym u nas pomocy w tak ważnej sprawie, jaką jest zdrowie. Odgórnie narzucane, zmieniające się warunki pracy, a zwłaszcza ostatnie związane z epidemią półrocze znacznie pogorszyły te relacje, a początkowe brawa uznania dla pracy lekarzy, pielęgniarek i ratowników w covidowej sytuacji szybko zamieniły się w personalnie kierowane inwektywy. Dlatego też ostatnio tak często pojawiające się w mediach słowo „empatia” jest przede wszystkim związane z naszą lekarską działalnością.

Znaczenie tego pojęcia w ciągu ostatniego półwiecza uległo dość istotnym zmianom. O ile Słownik Wyrazów Obcych Kopalińskiego z 1967 r. określa empatię jako umiejętność wczuwania się w położenie innej osoby, to obecnie Wikipedia ogranicza pojęcie empatii do umiejętności zrozumienia innych ludzi, ale też do zdolności współodczuwania z nimi ich uczuć i emocji. Tak więc jest to przede wszystkim zrozumienie, a nie tylko wczuwanie się w potrzeby drugiej osoby.

Student medycyny trzeciego roku (pierwszego kontaktu z chorym) już powinien znać starą lekarską zasadę, że „choremu należy współczuć, a nie płakać razem z nim”. Nie należy mylić empatii ze współczuciem dla osoby (tu chorego) z powodu trudnej sytuacji, w której się znalazł. Jednak powinniśmy w trakcie naszej pracy zawodowej starannie strzec zdolności zrozumienia odczuć chorego. Może być pewnym zaskoczeniem, że greckie słowo „empatia” (gr. *empathia*) znaczy cierpienie. Jest więc ściśle związane z osobami, z którymi lekarz ma do czynienia. Wyróżnia się empatię emocjonalną – jako zdolność odczuwania stanów psychicznych innych osób oraz empatię poznawczą – umiejętność zrozumienia sposobu myślenia tych osób, spojrzenia z ich perspektywy na rzeczywistość. W skład tzw. inteligencji emocjonalnej wchodzi też bardzo modne i aktualne obecnie pojęcie – asertywność, które Wikipedia określa jako umiejętność wyrażania własnego zdania, uczuć i postaw, bez zachowań agresywnych. Jest to umiejętność nabyta. Warto podkreślić, że określenie to w Słowniku Kopalińskiego z 1967 r. jeszcze nie istniało.

Uważa się, że zdolność do odczuwania empatii zakodowana jest w mózgu człowieka,

a więc jest czymś naturalnym. Za empatię odpowiedzialne są neurony w ośrodkowym układzie nerwowym. W sposób czasem dość skuteczny zapobiega agresji zarówno ze strony przemęczonego, ale też odczuwającego lekarską empatię pacjenta. Uważa się, że empatia jest swojego rodzaju naturalną zdolnością wrodzoną, zakodowaną w genach ludzkich. Ostatnio pojawiają się próby udowodnienia, że niektóre ssaki, jak małpy czy psy, zdolne są do okazywania uczucia empatii.

Współczesna medycyna znacznie odbiega od myśli i filozofii Władysława Biegańskiego czy ideałów dr. Judyma. Jest to niestety zupełnie zrozumiałe, związane z niebywałym postępem metod diagnostycznych, podziałem sztuki leczenia na różne specjalności czy stworzeniem społecznej służby zdrowia. Również teoretycznie (zwłaszcza obecnie) łatwiejszym dostępem do lekarza. Coraz częściej rezygnuje się z tych wzorów, wymyślonych i zapisanych przed dwoma tysiącami lat przez genialnego lekarza z wyspy Kos, którego słowa przysięgi nadal wypowiadają kończący studia medycy.

Relacja pacjent-lekarz zamienia się coraz częściej z systemu paternalistycznego na partnerski, ze względu na coraz większą wiedzę pacjenta o swojej chorobie. Stąd też poczucie empatii w tej nowoczesnej medycynie, w której chory czuje się często osamotniony, jest tak ważne. W niektórych oddziałach, ze względu na wprowadzenie systemu pracy zmianowej, chory nie zna, a nawet nie ma „swojego lekarza”. Kto inny go przyjmuje i zbiera wywiad, kto inny leczy, a wreszcie ktoś inny drukuje kartę informacyjną i ustala dalsze zalecenia lecznicze. Dlatego okolicznością łagodzącą tę niemiłą sytuację dla pacjenta powinno być poczucie chorego, że każdy z tych lekarzy okazuje mu minimum empatii. Niestety, przeprowadzone badania w Stanach Zjednoczonych na kilkunastu tysiącach studentów wykazały, że w ciągu ostatnich dwudziestu lat poziom empatii spadł aż o 40 procent. Sądzę, że takie badania wśród polskich studentów medycyny mogłyby mieć podobny, a nawet wyższy odsetek. Dlatego też z przykrością przeczytałem w październikowym „Panaceum” wypowiedź niewątpliwie sympatycznej i pełnej zapału rezydentki szpitala im. N. Barlickiego, która myśląc z pewnością o chorych, używa określenia „czynniki ludzkie”. Również niepokój budzi coraz częściej użycie słowa „klient” w odniesieniu do pacjenta, co nasuwa skojarzenie, że tak o nas mówi członek palestry, broniąc lekarza w sądzie.

Empatia niesie za sobą same korzyści, zwłaszcza dla nas lekarzy czy pielęgniarek. Im

człowiek jest bardziej empatyczny, tym mniej zagrożony wypaleniem zawodowym (Jadwiga Jośko-Ochojska – 2015). Poczucie empatii jest niekiedy uważane za oznakę słabości, co jest pojęciem z gruntu błędnym. Osoby, które są pozbawione empatii, nie potrafią ocenić ani dostrzec stanów emocjonalnych innych, a zwłaszcza chorych, są wybitnie egoistyczne, a często nawet agresywne. A przecież nasza lekarska działalność, zwłaszcza w specjalnościach zabiegowych jakże często wymaga pokory. Stąd każdy chory, z którym się spotykamy, powinien mieć poczucie, że może z naszej strony oczekiwać odczucia empatii (Joanna Wróbel – jw.).

Jednak jakże często spotykamy się też z tzw. trudnym pacjentem. Temu problemowi poświęcone było lutowe spotkanie w Okręgowej Izbie Lekarskiej z p. Anną Małagowską. Istnieje przekonanie, zwłaszcza w pierwszym okresie pracy zawodowej, że „moja relacja z chorym” jest najlepsza i wystarczająca. Teraz, kiedy zarówno my, jak i nasi pacjenci staliśmy się ofiarami epidemii COVID-19, możemy oczekiwać uzasadnionych pretensji i zarzutów, za które jakże często odpowiada fatalna organizacja, błędne i zmieniające się decyzje rządowe, jak i lokalne (np. tryb przyjmowania pacjentów do Szpitala Narodowego w Warszawie). Nie można się dziwić, że takie informacje budzą niezadowolenie, a nawet agresję pacjenta. O tym świadczą przytaczane przez media coraz częstsze fizyczne ataki na lekarzy, a przede wszystkim pracowników Pogotowia Ratunkowego. Odnosząc się do mojego dość długiego okresu pracy w Pogotowiu, nie przypominam sobie ani jednego tego typu zdarzenia (ale to były lata siedemdziesiąte ub. wieku).

W związku z tym, że nasz wpływ (ale też władz naszej korporacji, jaką jest Naczelna Rada Lekarska) na te wszystkie destrukcyjne zmiany jest praktycznie niewielki, szczególnie powinniśmy dbać o zachowanie, a nawet nasilanie lekarskiej empatii dla naszych pacjentów, którzy przychodzą do nas nie tylko z problemami zdrowotnymi, ale i otaczającej, coraz bardziej deprymującej rzeczywistości, gwałtownej utraty zarobków, niespełnianych obietnic rządowych i niepewności jutra. Określenie „tak jeszcze nigdy nie było”, wypowiadamy zarówno my, jak i nasi pacjenci.

Ryszard Markert

Panaceum 12/2020