

*Karolina Sikora<sup>1</sup>, Joanna Biegańska, Agnieszka Baran*

Zakład Psychologii Lekarskiej, Katedra Psychiatrii, Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego

## **Kształcenie empatycznych lekarzy – wyzwanie dla psychologów edukatorów pracujących w obszarze ochrony zdrowia**

### **Streszczenie**

Prezentowany artykuł dotyczy treningów empatii jako elementu edukacji medycznej. Empatia jest jednym z konstruktywów teoretycznych, które nie posiadają jednoznacznej definicji. W literaturze zazwyczaj zwraca się uwagę na dwa podstawowe wchodzące w jej skład komponenty: emocjonalny – dotyczący wrażliwości na afektywne stany drugiej osoby, oraz poznawczy – związany z umiejętnością przyjęcia perspektywy innych ludzi. Wyniki badań potwierdzają, że wyższy poziom empatii lekarza jest związany z korzyściami dla relacji lekarz – pacjent oraz dla przebiegu procesu leczenia. W artykule omówiono wyniki badań dotyczących związków poziomu empatii z jakością relacji lekarz – pacjent oraz z edukacją medyczną. Następnie zaprezentowano opisane w literaturze propozycje treningów empatii wykorzystywanych w kształceniu przyszłych lekarzy.

**Słowa kluczowe:** empatia, kształcenie lekarzy, edukacja medyczna

### **Enhancing Physicians' Empathy – A Challenge for Psychologists Working in the Medical Field**

#### **Abstract**

The article concerns the training of empathy as part of medical education. Empathy is a theoretical construct that does not have a clear definition. Literature generally draws attention to two basic components of empathy: emotional – the ability to experience emotions of another person, and cognitive – associated with the ability to adopt the perspective of other people. The results confirm that higher levels of physician empathy are associated with benefits for the doctor-patient relationship and to the process of treatment. The article discusses the results of studies on the relationships among empathy, the quality of the doctor-patient relationship, and medical education. Empathy training proposals are later presented and discussed.

**Key words:** empathy, teaching medical students, medical education

---

<sup>1</sup> Adres do korespondencji: Karolina Sikora, Katedra Psychiatrii UJ CM, ul. M. Kopernika 21A, 31-501 Kraków; e-mail: karo.sikora@uj.edu.pl.

## Wprowadzenie

Psycholog, wykonując swój zawód, także w obszarze ochrony zdrowia, może występować w wielu rolach: praktyka, badaczka, nauczyciela czy też popularyzatora wiedzy psychologicznej (PTP, 1991). Pracując w środowisku lekarskim, może być zarówno konsultantem, niezależnym specjalistą podejmującym samodzielne działania w procesie leczenia, jak i stałym członkiem interdyscyplinarnego zespołu leczącego, umożliwiającym holistyczne spojrzenie zarówno na pacjenta, jak i na rozmaite kwestie zdrowotne. Może wreszcie podejmować się realizacji projektów naukowych mających na celu lepsze poznanie zjawisk w obszarze opieki medycznej i zdrowia publicznego. Psycholog pełni, co równie istotne, ważną rolę w procesie nauczania – nie tylko przyszłych oraz aktywnych już zawodowo psychologów, ale także przedstawicieli innych zawodów zatrudnionych w służbie zdrowia: lekarzy, pielęgniarek, pracowników służb społecznych.

W odniesieniu do kształcenia lekarzy rola psychologa jako edukatora realizowana jest zarówno w ramach kształcenia uniwersyteckiego przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza oraz lekarza stomatologa, jak i w różnych postaciach formalnego i pozaformalnego kształcenia ustawicznego lekarzy już aktywnych zawodowo. W obu obszarach zadaniem psychologa jest nie tylko przekazywanie podstawowej wiedzy z dziedziny, którą reprezentuje (szczególnie w odniesieniu do zagadnień z zakresu psychologii zdrowia, psychologii społecznej czy elementów psychoterapii), ale także – a może przede wszystkim – rozwijanie różnorodnych umiejętności i postaw przyszłych i obecnych lekarzy ułatwiających im nawiązywanie kontaktu i porozumienia z pacjentami. Współcześnie bowiem od lekarza wymaga się nie tylko szerokiej wiedzy biomedycznej i określonych fachowych umiejętności technicznych, lecz również kompetencji związanych z budowaniem relacji lekarz – pacjent (Bętkowska-Korpała, Gierowski, 2007; Kuper, D'Eon, 2011). Kompetencje te wyrażane są z jednej strony w oczekiwaniach pacjentów i ich rodzin, z drugiej zaś strony w opiniach samych pracowników służby zdrowia. Badania prowadzone przez Ośrodek Studiów, Analiz i Informacji Naczelnej Izby Lekarskiej we współpracy z Instytutem Filozofii i Socjologii Polskiej Akademii Nauk (2012) wśród polskich lekarzy i stomatologów pokazują, iż dla 92% praktykujących lekarzy kompetencje miękkie, związane z umiejętnościami efektywnej komunikacji i radzenia sobie w złożonych relacjach lekarz – pacjent – zespół leczący, są przynajmniej tak samo ważne (a niekiedy nawet ważniejsze) jak wiedza i umiejętności fachowe. Wychodząc na przeciw tym oczekiwaniom, już na etapie kształcenia uniwersyteckiego coraz większy nacisk kładzie się na nabywanie i doskonalenie wyżej wymienionych kompetencji, rozwijana jest także oferta różnego rodzaju szkoleń i warsztatów, w ramach których praktykujący medycy mogą uzupełniać i doskonalić umiejętności, między innymi z zakresu asertywności, radzenia sobie w sytuacjach konfliktowych czy też pracy zespołowej. Twórcy programów nauczania, ich realizatorzy, jak i specjaliści prowadzący różnego rodzaju zajęcia nakierowane na rozwijanie owych kompetencji (wśród których znajdują się w dużej mierze psychologowie) stają przed

wyzwaniem doboru treści oraz metod prowadzenia tego rodzaju zajęć. Aspegren (1998) zwraca uwagę na to, że ze względu na brak satysfakcjonującej całościowej teorii opisującej relację pacjent – lekarz programy treningów dla lekarzy są zazwyczaj tworzone *ad hoc*. W tym kontekście istotne wydaje się więc zwrócenie uwagi na doniesienia z badań pokazujące, jakie cechy i umiejętności pracowników służby zdrowia warto u nich rozwijać oraz uwzględniać w programach nauczania studentów medycyny. Wiele spośród dotyczących tego zagadnienia publikacji (Dehning i in., 2013, 1996; Hojat i in., 2002; Hojat, Axelrod, Spandorfer, Mangione, 2013; Walocha, Tomaszewska, Mizia, 2013; Ziółkowska-Rudowicz, Kładna, 2010) zwraca uwagę na znaczenie empatii dla budowania pozytywnej relacji lekarz – pacjent.

Wobec powyższego w artykule dokonany zostanie przegląd aktualnych doniesień naukowych dotyczących rozwijania umiejętności empatycznego budowania relacji z pacjentami u przyszłych lekarzy oraz podjęta zostanie dyskusja nad możliwościami wykorzystania implikacji z opisanych badań przy konstruowaniu programów nauczania na kierunkach medycznych. Wreszcie przedstawione zostaną opisane w literaturze propozycje gotowych programów ukierunkowanych na kształcenie empatycznych lekarzy. Najbogatsze doświadczenia w tym zakresie wydają się płynąć z krajów, w których rozwijanie empatii ustanowiono jednym z podstawowych celów kształcenia w edukacji medycznej, takich jak Wielka Brytania czy Stany Zjednoczone (Dehning i in., 2013; Hojat i in., 2002; Hojat, Axelrod, Spandorfer, Mangione, 2013; Walocha, Tomaszewska, Mizia, 2013).

## **Empatia i jej znaczenie w zawodzie lekarza**

### **Rozumienie pojęcia „empatia” na gruncie psychologii**

Angielski termin *empathy* został użyty po raz pierwszy przez Titchenera w 1909 roku jako odpowiednik niemieckiego terminu *Einfühlung*. Powstające na gruncie psychologii teorie empatii pozostawały pod dużym wpływem jego spojrzenia na empatię jako proces rozpoznawania i dzielenia uczuć drugiej osoby. W latach trzydziestych Mead dodał do tej konceptualizacji poznawczy komponent empatii, jakim jest zdolność rozumienia innej osoby (Duan, Hill, 1996).

W psychologii do dziś pojęcie empatii nie doczekało się jednoznacznej definicji (Duan, Hill, 1996; Hojat i in., 2002; Kliś, 2012). Duan i Hill (1996) zauważają, że termin ten jest obecnie używany w literaturze do opisanego trzech różnych konstruktywów. Część teoretyków traktuje zatem empatię jako cechę osobowości lub pewną ogólną zdolność związaną z rozpoznawaniem wewnętrznego doświadczenia i/lub odczuwaniem uczuć innej osoby. Podejście to zakłada, że indywidualne różnice w poziomie empatii są związane z wrodzonymi predyspozycjami lub z okresem rozwojowym, w związku z tym daje pole do badania empatii na gruncie psychologii rozwojowej i psychologii różnic indywidualnych. Drugie ujęcie proponuje rozumienie empatii nie jako cechy, lecz jako stanu, który jest zależny od sytuacji. Empatia jest więc tutaj definiowana jako swego rodzaju „zastępcza” (*vicarious*) reakcja na bodziec. Operacjonalizacja, umożliwiająca identyfikowanie i pomiar empatii, odnosi

się w tym ujęciu do stopnia zgodności pomiędzy procesami poznawczymi i emocjonalnymi obserwatora i osoby, która wyzwoliła empatyczną reakcję. Taka perspektywa pozwala na badanie roli czynników sytuacyjnych i różnic intraindywidualnych w poziomie doświadczanej empatii, a także na ocenę skuteczności zajęć, których celem jest uczenie czy też rozwijanie tak rozumianej empatii. Ostatni typ konceptualizacji empatii stanowią modele ujmujące ją jako proces wielofazowy. Pozwalają one na badanie poszczególnych procesów związanych ze wzbudzeniem i komunikowaniem empatii na przykład w relacji psychoterapeutycznej. Duan i Hill (1996) zauważają, że używanie jednego pojęcia do opisanie rozbieżnych konstruktów prowadzi do zamieszania w literaturze i proponują, aby autorzy unikali używania ogólnego terminu „empatia” i zamiast niego rozróżniali pojęcia: empatii jako pewnej dyspozycji (*dispositional empathy*), empatii jako doświadczenia (*emphatic experience*) oraz empatii jako procesu (*emphatic process*).

Dylematy związane z rozumieniem pojęcia empatii odnoszą się także do poglądów na naturę tego zjawiska i znaczenia komponentu emocjonalnego i poznawczego w jej definiowaniu. Pierwszy z nich dotyczy wrażliwości na emocjonalne stany innej osoby, współbrzmienia z jej emocjami, przy równoczesnym braku utożsamiania się z nimi. Drugi łączy się ze zdolnością do rozpoznawania myśli i uczuć otaczających osób, komunikowania ich rozumienia oraz adekwatnego reagowania na nie (Kliś, 2012; Marangoni, Garcia, Ickes, Teng, 1995). Różne modele konceptualne empatii przyznają odmienną rolę tym dwóm aspektom, ujmując je łącznie albo też niezależnie od siebie; traktując je równorzędnie, bądź włączając jeden w zakres drugiego (Smith, 2006). Istnieją także propozycje redukcjonistyczne, w których nie pojawia się jeden z elementów (Hojat i in., 2002), oraz takie, w ramach których proponowane jest rozszerzenie modelu empatii o dodatkowe aspekty – behawioralny i motywacyjny (Ziółkowska-Rudowicz, Kładna, 2010).

Różnice w definiowaniu empatii są związane z odmiennymi poglądami dotyczącymi możliwości jej rozwijania oraz – często diametralnie różnorodnymi – propozycjami działań ukierunkowanych na dalszy wzrost w obrębie określonych umiejętności czy kompetencji. Zgodność wśród współczesnych badaczy zjawiska dotyczy natomiast zasadności zajmowania się problematyką empatii – wydaje się bowiem, iż bez względu na to, jak empatia jest rozumiana, każdorazowo uznawana jest za istotną i potrzebną w codziennym funkcjonowaniu, w tym w sposób szczególny w relacji lekarz – pacjent.

### **Znaczenie empatii w relacji lekarz – pacjent**

W literaturze (Dehning i in., 2013; Di Blasi, Harkness, Ernst, Georgiou, Kleijnen, 2001; Newton, 2013; Ziółkowska-Rudowicz, Kładna, 2010) dotyczącej znaczenia empatii w budowaniu relacji lekarz – pacjent odnajdujemy kolejne, zasygnalizowane już powyżej echa dyskusji dotyczącej jej rozumienia i definiowania. Halpern (2013) proponuje, aby w odniesieniu do relacji lekarz – pacjent używać pojęcia *clinical empathy*. Autorka zwraca uwagę na to, że w sytuacji leczenia korzyść przynosi zarówno poznawcza, jak i komunikacyjna komponenta empatii, a więc zarówno poznawcze

zaciekawienie oraz zdolność przyjmowania perspektywy drugiej osoby, jak i afektywnie dostrojona, empatyczna komunikacja. Tak rozumiana empatia pozwala na rozumienie doświadczenia pacjenta, które będzie wystarczające dla efektywnego leczenia jego choroby, oraz na skuteczną komunikację z pacjentem – pozwalającą na zbudowanie przymierza terapeutycznego koniecznego do efektywnego leczenia (Halpern, 2013).

Jeszcze w latach pięćdziesiątych i sześćdziesiątych XX wieku obecny był pogląd mówiący o tym, że emocjonalne zaangażowanie ze strony lekarza przeszkadza w skutecznym leczeniu. Obiektywizm i emocjonalne odcięcie postrzegano jako kluczowe dla procesu stawiania diagnozy oraz leczenia – szczególnie wtedy, gdy było ono związane z wykorzystaniem inwazyjnych i bolesnych interwencji terapeutycznych (Halpern, 2013).

We współczesnej literaturze przedmiotu podkreśla się, że wyższy poziom empatii u studentów medycyny i lekarzy niesie korzyści dla budowania relacji lekarz – pacjent i właściwego przebiegu procesu leczenia. Umiejętność empatycznej komunikacji buduje zaufanie pacjenta w stosunku do leczącego go personelu, redukuje przeżywane napięcie i lęk, przez co zwiększa zaangażowanie w proces leczenia i satysfakcję z kontaktu z lekarzem zarówno samego pacjenta, jak i jego bliskich (Dehning i in., 2013; Newton, 2013). To z kolei przekłada się także na mniejszą gotowość do formowania myśli dotyczących możliwości angażowania się w spór z lekarzem (Smith i in., 2016). Korzyści z bycia empatycznym czerpie zatem ostatecznie także lekarz. Lekarze o wyższym poziomie empatii są bardziej efektywni w podejmowanych działaniach, a zapewniając pacjentowi lepszą opiekę, przeżywają więcej zadowolenia i satysfakcji z kontaktu z pacjentami, co chroni ich przed wypaleniem zawodowym (Di Blasi i in., 2001; Wilczek-Rużyczka, 2006). Badania (Hojat i in., 2002; Newton, 2013) potwierdzają także pozytywny związek empatii z chęcią pomagania innym, z wyższym poziomem rozumowania moralnego, umiejętnością zbierania wywiadu i prowadzenia badania lekarskiego oraz dobrym nastawieniem do pacjentów w starszym wieku. Pedersen (2010) zwraca też uwagę, iż empatyczne rozumienie wpływa na właściwe traktowanie i zdiagnozowanie pacjenta, a ponadto zmniejsza ryzyko podejmowania działań przebiegających wbrew woli pacjenta.

Należy jednak pamiętać, iż osobiste zaangażowanie może niekiedy utrudniać wykonywanie przez lekarza czynności zawodowych. Osobiste zaangażowanie w pracę narażającą na codzienny kontakt z cierpieniem innych ludzi może być związane z przeżywaniem dużego poziomu napięcia i niepokoju, wpływając na gorsze radzenie sobie z zadaniami zawodowymi, mniej profesjonalne wchodzenie w kontakt z pacjentami (na przykład przyjmowanie agresywnej postawy w stosunku do osób będących źródłem empatycznego pobudzenia; Kliś, 2012) oraz prowadząc do ponoszenia przez lekarza wysokich kosztów osobistych (Duan, Hill, 1996). Z tego też względu Bruks i Kobus (2012) oraz Newton (2013) zwracają uwagę, iż istotne jest nie tylko rozwijanie empatii u przyszłych lekarzy, ale także uczenie ich, jak regulować jej poziom i radzić sobie z emocjonalnym obciążeniem.

## **Treningi empatii – wyzwanie w edukacji medycznej**

### **Związek edukacji medycznej z poziomem empatii studentów**

W kontekście doniesień potwierdzających pozytywne znaczenie empatii dla procesu leczenia niepokojące mogą być wyniki badań Newtona i współpracowników (2008) wskazujące, iż w toku edukacji medycznej jej poziom ulega obniżeniu. Spadek wyników w teście empatii odnotowano szczególnie po pierwszym roku studiów oraz na roku trzecim, gdy studenci rozpoczynali zajęcia kliniczne wymagające kontaktu z pacjentem. Spadek ten wiązany jest z utratą idealnego wyobrażenia na temat lekarza i jego roli zawodowej, z jakim młodzi ludzie rozpoczynają studia medyczne. Obniżenie wyników po ukończeniu pierwszych zajęć klinicznych można też rozumieć jako rodzaj mechanizmu obronnego w sytuacji zetknięcia się z wieloma trudnymi i poważnymi sytuacjami zagrożenia życia pacjentów. Jednocześnie wskazuje się na możliwe znaczenie negatywnego modelowania określonych postaw przez starszych kolegów na oddziałach klinicznych.

Niemniej Colliver i in. (2010) nie zgadzają się z doniesieniami mówiącymi o spadku poziomu empatii w toku edukacji medycznej, wskazując, iż obniżenie poziomu empatii jest tak naprawdę niewielkie, a ze względu na wykorzystywanie w większości badań narzędzi samoopisowych wyniki te mogą być dodatkowo przeszacowane. Jednak nawet jeśli zauważane różnice w poziomie empatii u studentów medycyny na różnych etapach edukacji są nieznaczne, warto, szczególnie tam gdzie odnotowuje się tego typu spadek wyników w testach empatii, przyjrzeć się bliżej proponowanym programom nauczania. Badania prowadzone bowiem w krajach, w których większy nacisk kładzie się na włączanie elementów / przedmiotów humanistycznych i artystycznych do programów kształcenia, wskazują, że poziom empatii u studentów medycyny w toku edukacji nie zmienia się bądź nawet wzrasta (Bratek i in., 2015; Dehning i in., 2013; Kataoka, Koide, Ochi, Hojat, Gonnella, 2010).

### **Trening empatii w edukacji medycznej w Polsce**

Przytoczone wyniki badań, potwierdzające pozytywny związek poziomu empatii z jakością relacji lekarz – pacjent oraz negatywny związek edukacji medycznej z poziomem empatii u studentów, wskazują na to, że istotnym uzupełnieniem programu studiów medycznych mogą być oddziaływania mające na celu rozwijanie empatii.

Przyjęcie odmiennych definicji empatii warunkuje różnice w propozycjach programów treningów ukierunkowanych na jej rozwijanie u studentów medycyny i praktykujących lekarzy. Ziółkowska-Rudowicz i Kładna (2010) dokonały przeglądu artykułów z lat 1990–2010 dotyczących problematyki kształcenia empatycznych lekarzy. Wyróżniły cztery rodzaje metod rozwijania empatii u studentów medycyny: (1) metody oparte o uczenie się poprzez doświadczenie i zmierzające do kształtowania postawy skoncentrowanej na pacjencie poprzez towarzyszenie pacjentowi podczas wizyt u lekarza oraz uczestniczenie w wizytach domowych; (2) metody związane z przyjmowaniem roli pacjenta zarówno w ramach zajęć odbywających

się w sali zajęciowej, jak i bezpośrednio na oddziałach klinicznych; (3) metody wykorzystujące kontakt studentów z literaturą, teatrem, filmem i sztuką i poprzez kontakt z nimi rozwijające umiejętności rozumienia przeżyć i doświadczeń pacjentów; (4) metody koncentrujące się na rozwijaniu umiejętności stanowiących kluczowy warunek empatii: umiejętności komunikowania się, radzenia sobie ze stresem czy też kompetencji narracyjnych. Jeżeli chodzi o skuteczność wymienionych metod, porównanie stopnia, w jakim zwiększają one poziom empatii u studentów medycyny i praktykujących lekarzy, napotyka poważną trudność. Badacze podejmujący się ewaluacji ich efektywności dokonują jej z wykorzystaniem różnorodnych metod – zarówno standaryzowanych narzędzi pomiaru empatii, obserwacji zachowań osób biorących udział w treningu empatii, jak i opierając się na subiektywnych ocenach dokonywanych przez samych badanych.

W literaturze brakuje doniesień na temat metod rozwijania empatii wykorzystywanych w polskim systemie edukacji studentów medycyny. W ocenie autorek kształtowanie empatycznej relacji lekarz – pacjent, które odbywa się zgodnie ze standardami kształcenia na kierunkach lekarskich (zawartych w Rozporządzeniu MNiSW z 5 czerwca 2012 r., DzU 2012, poz. 631 z późn. zm.) w ramach między innymi przedmiotów takich jak psychologia lekarska i psychologia kliniczna, najczęściej jest realizowane poprzez treningi i warsztaty umiejętności komunikacyjnych. Doświadczenie własne autorek oraz przegląd sylabusów tego typu zajęć proponowanych przez różne uczelnie medyczne w Polsce<sup>2</sup> wydają się wskazywać, że w ramach zajęć studenci stosunkowo często mają okazję do przyjmowania roli lekarza lub roli pacjenta. Doświadczenia kontaktu z symulowanym pacjentem są również wykorzystywane w ramach, zalecanego w wyżej wspomnianych standardach kształcenia, sposobu sprawdzania oceny efektów kształcenia na kierunkach medycznych – obiektywnego, standaryzowanego egzaminu umiejętności klinicznych (OSCE – Objective Structured Clinical Examination). Ta metoda sprawdzania kompetencji studentów od wielu lat stosowana jest z powodzeniem na uczelniach medycznych w różnych krajach. Z wiedzy autorek wynika, iż coraz częściej wykorzystywana jest także na polskich uczelniach, między innymi w Lublinie, Krakowie czy Poznaniu. OSCE, jako praktyczny egzamin polegający na wykonaniu przez studentów konkretnych procedur medycznych, pozwala ponadto na weryfikację umiejętności komunikacyjnych, wykorzystania technik asertywnych czy wyrażania empatii (Harden, Stevenson, Downie, Wilson, 1975; Ogle, Bushnell, Caputi, 2013; Wimmersa, Stubera, 2010; Zayyan, 2011). Ustanowienie ich elementami składowymi oceny studenta wyznacza konieczność wcześniejszego, odpowiedniego przygotowania przyszłych lekarzy oraz podkreśla wagę tych właśnie kompetencji komunikacyjnych i związanych z budowaniem relacji lekarz – pacjent. Badania nad możliwością mierzenia empatii studentów podczas egzaminów OSCE (Ogle, Bushnell, Caputi, 2013) zwracają

---

<sup>2</sup> <https://zpm.wum.edu.pl/content/sylabusy>; <http://www.umlub.pl/studenci-i-doktoranci/sylabusy/kierunek-lekarski/sylabusy-lekarski/szukaj,kategoria:20132014-ii-wl-zoa-mgr,strona:6.html>; [https://www.usosweb.uj.edu.pl/kontroler.php?\\_action=katalog2/przedmioty/pokazPrzedmiot&kod=WL-L6.Tren.Um.Psych](https://www.usosweb.uj.edu.pl/kontroler.php?_action=katalog2/przedmioty/pokazPrzedmiot&kod=WL-L6.Tren.Um.Psych).

jednocześnie uwagę na pewne wpisane w nią ryzyko. Za takie uznać należy z całą pewnością uczenie się przez studentów zachowań świadczących o empatii, nie zaś samej empatii, co z kolei może być tendencją o ile nie dalece negatywną, to z całą pewnością mało zadowalającą w kontekście spodziewanych efektów kształcenia, a przede wszystkim – przyszłego kontaktu lekarza z pacjentem. Odrębną kwestią jest miejsce oceny kompetencji komunikacyjnych i relacyjnych pośród innych składowych elementów w trakcie egzaminu OSCE. Przekaz samych studentów medycyny pozwala autorkom na sformułowanie przypuszczenia, iż niekiedy jest ono mało znaczące, gdyż pozostaje bez wpływu na ostateczne zaliczenie w sytuacji, gdy pozostałe elementy wykonywanych zadań egzaminacyjnych zostają ocenione pozytywnie. To z kolei w dalszej perspektywie sprzyjać może wypracowaniu poglądu, że umiejętności dotyczące budowania relacji lekarz – pacjent są ostatecznie równie marginalne, czy wręcz błahе, w przyszłej pracy diagnostycznej czy leczniczej.

W polskich uczelniach rozwijanie empatii odbywa się także w ramach warsztatów mających na celu nabywanie i doskonalenie umiejętności radzenia sobie ze stresem oraz z napięciem psychofizycznym związanym z zawodem lekarza. Nierzadko w toku zajęć wykorzystywany jest kontakt z filmem, pozwalający spojrzeć na sytuację leczenia z perspektywy pacjenta, rzadziej – z wytworami pacjentów (jak w przypadku rozpatrywania relacji lekarskiej z dzieckiem). Wydaje się, że najrzadziej stosowanymi w Polsce są metody mające na celu kształtowanie postawy skoncentrowanej na pacjencie poprzez towarzyszenie mu podczas wizyty w przychodni czy też organizowanie wizyt domowych. Można przypuszczać, że realizacja tego rodzaju zajęć może być utrudniona ze względów organizacyjnych (duża liczebność grup, w jakich prowadzone są zajęcia) oraz etycznych (nauczanie zdolności pozaspécialistycznych w bezpośrednim kontakcie z pacjentami). Ponadto istotne znaczenie może mieć także brak tradycji nauczania tego rodzaju umiejętności podczas praktyk klinicznych. W kolejnej części artykułu pragniemy przedstawić opisywane w literaturze propozycje treningowe, które mogłyby stanowić rozszerzenie repertuaru metod związanych z rozwijaniem empatii, stosowanych aktualnie w warunkach polskich.

### **Wybrane propozycje treningów empatii**

Przegląd artykułów poświęconych problematyce kształcenia empatycznych lekarzy pozwala odnaleźć kilka opisów warsztatów, które z powodzeniem można wykorzystać także w polskim systemie kształcenia lekarzy. Planując ich włączenie do programu edukacyjnego należy mieć świadomość, iż proponowane w nich treści są niejednorodne. Zróżnicowanie to zasadza się w odmiennych ramach teoretycznych, których zalety oraz niedostatki dyskutowane były wcześniej. Stąd opisane niżej treningi warto ostatecznie potraktować raczej jako swoistą inspirację, zaproszenie do samodzielnego konstruowania kolejnych, które odpowiadałyby na większą ilość potencjalnych ograniczeń w kształtowaniu empatii. Implementując opisane niżej treningi do polskiego systemu edukacji lekarskiej, należy także (co oczywiste) każdorazowo uwzględnić szeroko rozumiany kontekst, w jakim jest on



osadzony. To z kolei z całą pewnością nie pozostanie bez wpływu na ostateczny przebieg i formę treningu.

Interesującą propozycję treningową opisują Riess i in. (2012). Program tego treningu obejmuje trzy sześćdziesięciminutowe spotkania, realizowane w odstępie czterech tygodni. Ma on na celu zwiększenie świadomości uczestników w zakresie fizjologii emocji przeżywanych w kontakcie z pacjentem, a także rozwijanie umiejętności rozpoznawania mimicznej ekspresji emocji oraz kształtowanie empatycznych reakcji werbalnych i behawioralnych (z uwzględnieniem zdolności do samoregulacji przy użyciu technik oddechowych bazujących na pracy przepony i praktyk *mindfulness*). W trakcie szkolenia wykorzystywano nagrania interakcji klinicznych z pacjentami oraz monitorowano reakcje fizjologiczne (reakcję skórno-galwaniczną) uczestników treningu, co pozwalało rezydentom zaobserwować ich fizjologiczną zgodność bądź niezgodność z pacjentami, jak również stopień, w jakim oni oraz pacjenci reagują na fizjologicznym poziomie na różnego rodzaju komunikaty czy postawy trudne (takie jak arogancja czy lekceważenie).

Lekarze określili szkolenie jako interesujące i pomocne, wskazując na poprawę funkcjonowania w wielu obszarach, w szczególności: ciągłym, uważnym słuchaniu pacjentów, wykorzystywaniu kontaktu wzrokowego w kontakcie z pacjentem, interpretowaniu sygnałów niewerbalnych, umiejętności rozpoznawania reakcji fizjologicznych i emocjonalnych oraz zarządzania nimi. Pacjenci wskazali na istotną poprawę wskaźników empatii w grupie objętej treningiem, a także – co ciekawe – na postępujący spadek empatii w grupie, która nie wzięła w nim udziału. Wydaje się zatem, że trening mógł zahamować proces obniżania się poziomu empatii, a nawet stymulować jej przyrost.

Zaletą treningu wydaje się możliwość analizowania relacji lekarz – pacjent w czasie jej trwania (dzięki wykorzystaniu nagrań) oraz możliwość porównania reakcji fizjologicznych, będących efektem doświadczanych emocji, przebiegających często bez udziału świadomości, z procesem poznawczego doświadczania sytuacji klinicznej przez lekarza oraz pacjenta, który uczestnicy mogą zrelacjonować po spotkaniu. W ten sposób trening pośrednio zwiększa samoświadomość lekarza w relacji z pacjentem. Istotną przeszkodą utrudniającą aplikowanie proponowanego modelu rozwoju empatii w naszym kraju mogą być wymagania techniczne – jednoczesny trening kilku lekarzy wymaga odpowiedniej ilości aparatury. Co więcej, wprowadzenie aparatury umieszczanej na ciele pacjenta oraz lekarza, przy równoczesnym nagrywaniu spotkania za pomocą sprzętu audiowizualnego, determinuje ograniczoną trafność ekologiczną tak przeprowadzanej rozmowy z pacjentem. Na tę ostatnią trudność wydaje się nieco lepiej odpowiadać kolejna z propozycji treningowych.

Trening zaproponowany przez Bonviciniego i współpracowników (2009) kładzie większy nacisk na rozwój umiejętności komunikacyjnych i ekspresji empatycznej lekarzy z wykorzystaniem wielu metod opartych na doświadczeniu sytuacji klinicznej oraz przyjmowaniu roli pacjenta. W okresie trzech miesięcy uczestnicy wzięli udział w trzech sześćdziesięciogodzinnych warsztatach, podczas których poznali skuteczne techniki komunikacyjne oparte o program „4ES”: „engage, empathatize,

educate, enlist". Ponadto, uczyli się, w jaki sposób pomagać pacjentom we wprowadzaniu zmian w budowaniu relacji z pacjentem. Doskonalili także umiejętności związane z empatycznym reagowaniem: rozpoznawanie i ocenę napięć w relacjach, zauważanie problemów i okazywanie współczucia. Podczas zajęć wykorzystywano nie tylko metody podające, ale także aktywizujące, zwłaszcza związane z odgrywaniem ról. Po każdym z trzech warsztatów lekarze brali udział w sesji coachingu, w czasie której omawiano nagranie ostatniej wizyty pacjenta. Wyniki ujawniły pozytywny wpływ szkolenia na zwiększenie empatii przejawianej przez lekarzy podczas interakcji z pacjentami. Ogólne wskaźniki poprawy w zakresie globalnej empatii, w grupie lekarzy poddanych treningowi, wyniosły ponad 37% w stosunku do pomiaru wyjściowego, przy braku jakiegokolwiek efektu w grupie kontrolnej.

Opisana propozycja wydaje się interesującą próbą połączenia bardzo zróżnicowanych metod kształtowania empatycznej postawy wobec pacjentów. Włączenie bowiem do treningu analizy nagrań kontaktu z pacjentem pozwala uczestnikom nie tylko na praktyczne wykorzystanie nowo zdobytych umiejętności oraz użyskiwanie informacji zwrotnej na temat czynionych postępów dydaktycznych, lecz także umożliwia samoobserwację własnych reakcji czy zachowań, co jest kluczowym elementem dalszej pracy samorozwojowej. Taka formuła treningu umożliwi zatem uczestnikom konsekwentne budowanie indywidualnego warsztatu pracy, dostosowanego do własnych predyspozycji oraz podlegającego nieustannemu rozbudowywaniu. Należy w tym miejscu zauważyć, iż ukierunkowanie na te właśnie cele dydaktyczne nie wymusza konieczności współdziałania realnych pacjentów. Równie korzystne mogą być bowiem próby kontaktu z pacjentami symulowanymi – na przykład w osobach aktorów czy przeszkolonych ku temu osób. Korzyścią z zastosowania tego rodzaju żywych modeli, zamiast kolegów z grupy szkoleniowej, jest minimalizacja wpływu czynników zakłócających przebieg treningu związanych z kształtem relacji z daną, znaną studentowi, osobą. Tym, co wydaje się natomiast najistotniejsze, jest sposób wykorzystania i omówienia zebranego w ten sposób materiału. Ważne jest zatem, aby zajęcia tego rodzaju były prowadzone przez osoby kompetentne, potrafiące nie tylko pomóc studentom opisać i zinterpretować określoną sytuację treningową, lecz także podjąć merytoryczną dyskusję nad możliwościami dalszych usprawnień czy modyfikacji określonych działań. W dłuższej perspektywie do spodziewanych efektów treningu warto byłoby włączyć możliwość zaobserwowania przez studenta indywidualnych zmian w określonym obszarze, które można by przypisać efektom treningu, na przykład drogę porównania nagrań z różnych okresów czasowych. Dopiero tak skonstruowane zajęcia mają szansę na uruchomienie transferu efektów kształcenia do codziennej praktyki – studenckiej, a wreszcie także lekarskiej, a zatem na wzmocnienie motywacji do podejmowania kolejnych wysiłków samorozwojowych w obszarze kompetencji pozamedycznych, również po ukończeniu studiów.

## Podsumowanie

Przytoczone wyniki badań potwierdzają, że poziom empatii studentów medycyny i lekarzy ma istotny związek z zadowoleniem pacjenta, z jakością relacji lekarz – pacjent oraz z przebiegiem procesu leczenia. W związku z tym znajomość literatury dotyczącej metod i podejść do kształtowania empatii i empatycznych zachowań u studentów medycyny wydaje się wartościowym źródłem wiedzy i inspiracji dla psychologów edukatorów pracujących w służbie zdrowia.

Twórcy treningów empatii kładą nacisk na rozwijanie różnorodnych zdolności: większej świadomości własnych emocji i towarzyszących im reakcji fizjologicznych, rozpoznawania uczuć wyrażanych przez pacjenta i adekwatnego reagowania na nie, rozumienia sytuacji choroby z perspektywy pacjenta itd. Ziółkowska-Rudowicz i Kładna (2010), pisząc o kształceniu empatycznych lekarzy, wymieniają różnorodne metody nauczania – od kontaktu z literaturą i filmem, przez treningi komunikowania się i radzenia sobie ze stresem, aż po wizyty w domu pacjenta. Warto wspomnieć, iż tym, co łączy wszystkie wymieniane wyżej metody, jest dążenie do tego, aby w ramach edukacji medycznej tworzyć okazje nie tylko do zdobywania wiedzy na temat empatii i jej znaczenia w relacji lekarz – pacjent, ale także do ćwiczenia i rozwijania konkretnych umiejętności. Z tego względu warto, aby – niezależnie od tego, w jakim stopniu przyczyniają się one do wzrostu empatii – włączać je do programu nauczania studentów medycyny już na wczesnym etapie edukacji. Tak wczesne przyuczanie przyszłych lekarzy do procesu uzyskiwania wglądu w psychospołeczną sytuację pacjentów może zapobiegać utrwaleniu się niewłaściwych wzorów relacji lekarz – pacjent. Badania jakościowe (Tavakol, Dennick, Tavakol, 2012) prowadzone na Uniwersytecie Nottingham wśród studentów czwartego i piątego roku studiów medycznych potwierdziły, że także w ocenie samych studentów empatia powinna być rozwijana już w toku kształcenia akademickiego, uwzględniając szczególną rolę uczenia się poprzez modelowanie empatycznych postaw i zachowań przez starszych stażem kolegów.

Dla lekarzy wielu specjalności kontakt z pacjentem stanowi codzienny element pracy. Przeprowadzenie wywiadu, postawienie diagnozy, udzielenie pacjentowi wsparcia emocjonalnego, dbanie o własny dobrostan w celu zapobiegania wypaleniu zawodowemu – to tylko niektóre spośród zadań wymagających od lekarza posiadania zróżnicowanych umiejętności: spojrzenia na sytuację z perspektywy pacjenta, rozpoznania przeżywanych przez pacjenta uczuć i adekwatnego zareagowania na nie, nazywania własnych reakcji emocjonalnych. Zdolność holistycznego spojrzenia na pacjenta, oceny jego stanu zdrowia na podstawie zebranych danych, przy równoczesnym uwzględnieniu jego rozumienia sytuacji choroby i leczenia, jak również świadomość emocji towarzyszących obu stronom interakcji pozwala lekarzowi na efektywne radzenie sobie z kompleksowością problemów, z którymi zgłasza się do niego pacjent. Dlatego też rozwijanie umiejętności związanych z szeroko rozumianą empatią powinno należeć do istotnych zadań programów edukacji medycznej uwzględniającej biopsychospołeczny model zdrowia.

## Bibliografia

- Aspegren, K. (1998). BEME Guide No. 2: Teaching and learning communication skills in medicine – A review. *Medical Teacher*, 21(6), 563–570.
- Bętkowska-Korpała, B., Gierowski, J.K. (2007). Psychologia lekarska a profesjonalny kontakt lekarza z pacjentem. W: B. Bętkowska-Korpała, J.K. Gierowski (red.), *Psychologia lekarska w leczeniu chorych somatycznie* (s. 7–15). Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Bonvicini, K.A., Perlin, M.J., Bylund, C.L., Carroll, G., Rouse, R.A., Goldstein, M.G. (2009). Impact of communication training on physician expression of empathy in patients encounters. *Patient Education and Counseling*, 75, 3–10.
- Bratek, A., Bulska, W., Bonk, M., Seweryn, M., Krysta, K. (2015). Empathy among physicians, medical students and candidates. *Psychiatria Danubina*, 27(1), 48–52.
- Bruks, D.J., Kobus, A.M. (2012). The legacy of altruism in health care: the promotion of empathy, prosociality and humanism. *Medical Education*, 46(3), 317–325.
- Colliver, J.A., Conlee, M.J., Verhulst, S.J., Dorsey J. (2010). Reports of the decline of empathy during medical education are greatly exaggerated: A reexamination of the research. *Academic Medicine*, 85(4), 588–593.
- Dehning, S., Gasperi, S., Tesfaye, M., Girma, E., Meyer, S., Krahl, W., Riedel, W., Möller, H., Müller, N., Siebeck M. (2013). Empathy without borders? Cross-cultural heart and mind-reading in first-year medical students. *Ethiopian Journal of Health Science*, 23(2), 113–122.
- Di Blasi, Z., Harkness, E., Ernst, E., Georgiou, A., Kleijnen, J. (2001). Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. *The Lancet*, 357(9258), 757–762.
- Duan, C., Hill, C.E. (1996). The current state of empathy research. *Journal of Counseling Psychology*, 43(3), 261–274.
- Halpern, J. (2014). From idealized clinical empathy to empathic communication in medical care. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 17(2), 301–311.
- Harden, R.M., Stevenson, M., Downie, W.W., Wilson, G.M. (1975). Assessment of clinical competence using objective structured examination. *British Medical Journal*, 1(5955), 447–451.
- Hojat, M., Axelrod, D., Spandorfer, J., Mangione, S. (2013). Enhancing and sustaining empathy in medical students. *Medical Teacher*, 35(12), 996–1001.
- Hojat, M., Gonnella, J., Nasca, T., Mangione, S., Vergare, M., Magee M. (2002). Physician empathy: definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty. *American Journal of Psychiatry*, 159(9), 1563–1569.
- Kataoka, H., Koide, N., Ochi, K., Hojat, M., Gonnella, J. (2010). Measurement of empathy among Japanese medical students: psychometrics and score differences by gender and level of medical education. *Academic Medicine: Journal of The Association of American Medical Colleges*, 84(9), 1192–1197.
- Kliś M. (2012). Adaptacyjna rola empatii w różnych sytuacjach życiowych. *Horyzonty Psychologii*, 2, 147–171.
- Kuper, A., D'Eon, M. (2011). Rethinking the basis of medical knowledge. *Medical Education*, 45(1), 36–43.
- Marangoni, C., Garcia, S., Ickes, W., Teng, G. (1995). Empathic accuracy in a clinically relevant setting. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(5), 854–869.

- Newton, B.W. (2013). Walking a fine line: Is it possible to remain an empathic physician and have a hardened heart? *Frontiers in Human Neuroscience*, 7, 1–12.
- Newton, B.W., Barber, L., Clardy, J., Cleveland, E., O'Sullivan, P. (2008). Is there hardening of the heart during medical school? *Academic Medicine*, 83(3), 244–249.
- Ogle, J., Bushnell, J.A., Caputi, P. (2013). Empathy is related to clinical competence in medical care. *Medical Education*, 47(8), 824–831.
- Ośrodek Studiów, Analiz i Informacji Naczelnej Izby Lekarskiej i Instytut Filozofii i Socjologii Polskiej Akademii Nauk (2012). *Raport Możliwości i bariery rozwoju zawodowego lekarzy i lekarzy dentyistów. Skrócona wersja raportu z badania – wyniki, wnioski i rekomendacje*, Warszawa.
- Pedersen, R. (2010). Empathy development in medical education: A critical review. *Medical Teacher*, 32(7), 593–600.
- Polskie Towarzystwo Psychologiczne (1991). Kodeks Etyczno-Zawodowy Psychologa. Pozyskano z <http://www.ptp.org.pl/modules.php?name=News&file=article&sid=29> (Dostęp 14-września-2016).
- Riess, H., Kelley, J.M., Baileys, R.W., Dunn, E.J., Phips, M. (2012). Empathy training for resident physicians: A randomized controlled trial of a neuroscience-informed curriculum. *Journal of General Internal Medicine*, 26(1), 1280–1286.
- Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 9 maja 2012 r. w sprawie standardów kształcenia dla kierunków studiów: lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa, DzU 2012, poz. 631.
- Smith, A. (2006). Cognitive empathy and emotional empathy in human behavior and evolution. *The Psychological Record*, 56(1), 3–21.
- Smith, D.D., Kellar, J., Walters, E.L., Reibling, E.T., Phan, T., Green, S.M. (2016). Does emergency physician empathy reduce thoughts of litigation? A randomised trial. *Emergency Medicine Journal*, 33(8), 548–552.
- Tavakol, S., Dennick, R., Tavakol, M. (2012). Medical students' understanding of empathy: A phenomenological study. *Medical Education*, 46(3), 306–316.
- Thirioux, B., Birault, F., Jaafari, N. (2016). Empathy is a protective factor of burnout in physicians: New neuro-phenomenological hypotheses regarding empathy and sympathy in care relationship. *Frontiers in Psychology*, 7, 763. DOI: 10.3389/fpsyg.2016.00763.
- Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum. *Trening Umiejętności Psychologicznych*. Pozyskano z <https://www.usosweb.uj.edu.pl/kontroler.php?action=katalog2/przedmioty/pokazPrzedmiot&kod=WL-L6.Tren.Um.Psych> (Dostęp 30-września-2016).
- Uniwersytet Medyczny w Lublinie. *Sylabus Psychologia Lekarska*. Pozyskano z <http://www.umlub.pl/studenci-i-doktoranci/sylabusy/kierunek-lekarski/sylabusy-lekarski/szukaj,kategoria:20132014-ii-wlzoa-mgr,strona:6.html> (Dostęp 30-września-2016).
- Walocha, E., Tomaszewska, I.M., Mizia, E. (2013). Empathy level differences between Polish surgeons and physicians. *Folia Medica Cracoviensia*, LIII(1), 47–54.
- Warszawski Uniwersytet Medyczny. *Sylabusy*. Pozyskano z <https://zpm.wum.edu.pl/content/sylabusy> (Dostęp 30-września-2016).
- Wilczek-Rużyczka, E. (2006). Empatia a wypalenie zawodowe u pracowników ochrony zdrowia. *Sztuka Leczenia*, XIII(1–2), 39–49.
- Wimmersa, F.P., Stubera, M.L. (2010). Assessing medical students' empathy and attitudes towards patient-centered care with an existing clinical performance exam (OSCE). *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 2(2), 1911–1913.

Zayyan, M. (2011). Objective structured clinical examination: The assessment of choice. *Oman Medical Journal*, 26, 219–222.

Ziółkowska-Rudowicz, E., Kładna, A. (2010). Kształcenie empatycznych lekarzy. Część I – przegląd stosowanych metod. *Polski Merkurusz Lekarski*, XXIX(172), 277–281.

„Wynagrodzenie autorskie sfinansowane zostało przez Stowarzyszenie Zbiorowego Zarządzania Prawami Autorskimi Twórców Dzieł Naukowych i Technicznych KOPIPOL z siedzibą w Kielcach z opłat uzyskanych na podstawie art. 20 oraz art. 20<sup>1</sup> ustawy o prawie autorskim i prawach pokrewnych”.