Marek Motyka

Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum
Wydział Nauk o Zdrowiu
Zakład Psychologii Zdrowia

Komunikacja terapeutyczna jako ważny obszar psychologii zdrowia

1. Wprowadzenie

Dynamiczny rozwój psychologii zdrowia, formalnie datujący się od końca lat 70. XX w., w stosunkowo krótkim czasie doprowadził do uzyskania przez tę dyscyplinę znaczącej pozycji wśród innych dziedzin psychologii. Obecnie jej dorobek można uznać za imponujący, a lista zagadnień należących do obszaru psychologii zdrowia jest bardzo długa. W sposób oczywisty „manifestuje się” na tej liście problematyka stresu, a zwłaszcza radzenia sobie ze stresem, oraz salutogenezy, zależności psychosomatycznych i somatopsychicznych, psychoneuroimmunologii, psychospołecznych korelatów zdrowia i choroby, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, zdrowia publicznego, a także problematyka psychologiczna dotycząca zdrowia w cyklu życia człowieka (por. Bishop, 2000; Heszen, Sęk, 2007; Sanderson, 2004; Sarafino, 2002; Sheridan, Radmacher, 1998).

Szczególny obszar psychologii zdrowia stanowi tzw. kliniczna psychologia zdrowia będąca współczesną, poszerzoną wersją dawnej psychologii medycznej (Heszen-Klemens, 1983; Heszen, Sęk, 2007), czyli psychologii rozwijającej się na styku z medycyną i pielęgniarstwem, zaliczanym obecnie wraz ze zdrowiem publicznym do tzw. nauk o zdrowiu. Do najważniejszych zagadnień składających się na ten obszar (Heszen-Klemens, 1983; Heszen, Sęk, 2007) można zaliczyć:

- zależności psychosomatyczne, czyli udział czynników psychicznych w powstawaniu i przebiegu chorób oraz somatycznych dysfunkcji,
- zależności somatopsychiczne, czyli psychologiczne następstwa chorób somatycznych,
- psychologiczną charakterystykę sytuacji chorego,
- organizację i przebieg zachowania się wobec własnej choroby,
- problematykę kontaktu lekarz – pacjent.

Wśród wymienionych zagadnień, wciąż stosunkowo skromnie, jak na znaczenie tego tematu, rysuje się zagadnienie pomocy psychologicznej w chorobie. Zwykle ujmowane jest ono dwojako. Jako szczególny aspekt problematyki kontaktu i komunikowania się terapeuty (lekarz, pielęgniarka, położna, fizjoterapeuta, ratownik medyczny, pracownik socjalny) z pacjentem lub jako odrębna, psychologiczna forma terapii i interwencji o specjalistycznym charakterze zarezerwowanych dla psychologów lub psychoterapeutów (por. Bishop, 2000; Dolińska-Zygmunt, 2001; Heszen, Sęk, 2007; Sarafino, 2002; Sheridan, Radmacher, 1998).

Zdaniem autora, zwłaszcza ten pierwszy aspekt szeroko rozumianej pomocy psychologicznej udzielanej pacjentowi przez specjalistów z zakresu medycyny i pokrewnych dyscyplin, wymaga obecnie intensywnego rozwoju i to zarówno w płaszczyźnie teoretycznej (tworzenie teoretycznych podstaw dla integracji medycznej wiedzy na temat leczenia, pielęgnowania i rehabilitacji z wiedzą psychologiczną i psychoterapeutyczną), jak i praktycznej (rozwijanie stosownych, interpersonalnych umiejętności pracowników opieki zdrowotnej w oparciu o tę wiedzę). Jak się wydaje, proponowane przez autora pojęcie komunikacji terapeutycznej, zastępujące stosowane wcześniej pojęcie psychoterapii elementarnej, stosunkowo najlepiej określa ten bardzo ważny i wciąż niedoceniany obszar zastosowań psychologii w leczeniu różnych chorób, a zarazem dobrze określa jej najważniejszą płaszczyznę. Obszar ten, jak się wydaje, powinien szybko i zdecydowanie zyskać na znaczeniu, nie tylko w dziedzinie praktyki medycznej, ale też w obszarze psychologii zdrowia.

Celem opracowania stała się zatem próba zarysowania modelu (ogólnej koncepcji) komunikacji terapeutycznej i charakterystyka najważniejszych jej elementów, tj. opis pojęcia komunikacji terapeutycznej i opis podstawowych jej celów, opis relacji terapeutycznej, niespecyficznych czynników terapeutycznych *versus* zasobów osobistych szczególnie istotnych z punktu widzenia zdrowia i leczenia oraz opis podstawowych form i umiejętności liczących się w terapeutycznej komunikacji z pacjentem.

2. Pojęcie komunikacji terapeutycznej

Przez komunikację terapeutyczną, zgodnie z prezentowanym tu stanowiskiem, należy rozumieć „taki sposób kontaktu (komunikowania się) z chorym, który na drodze psychologicznej wspiera podejmowane wobec niego działania lecznicze, pielęgnacyjne i rehabilitacyjne, choć sam w sobie leczeniem nie jest” (Motyka, 1999, 2002, 2003, 2011). Mówiąc nieco innymi słowami, jest to „wspieranie leczenia i opieki medycznej (w tym diagnozy, terapii, pielęgnowania, rehabilitacji i readaptacji) za pomocą środków psychologicznych”, lub mówiąc jeszcze ogólniej – „tworzenie w kontakcie z pacjentem, klimatu

psychologicznego korzystnego dla postawienia trafnej diagnozy i powadzenia skutecznego leczenia (pielęgowania i rehabilitacji)”. Ten, kto choć raz znalazł się w roli pacjenta, doskonale zdaje sobie sprawę z tego, jak niezwykle ważny jest ten „klimat” i jak wiele od niego zależy. Zdają sobie z tego również sprawę rzecznicy praw pacjenta, rozpatrujący napływające do nich skargi i zażalenia. Jak bowiem wynika z analiz, przeważająca liczba skarg na błędy medyczne bierze się właśnie z niewłaściwego przebiegu komunikacji pomiędzy lekarzem a pacjentem (Gordon, Edwards, 1999).

Odwołując się do powszechnie akceptowanych terminów, komunikację terapeutyczną można traktować jako obszerną formę oddziaływań psychologicznych mieszczących się w obszarze leżącym pomiędzy psychoterapią wspierającą a pomocą psychologiczną. Można ją także zaliczyć do szeroko rozumianej pomocy psychologicznej, ale nie w specjalistycznej formie oferowanej przez psychologów i psychoterapeutów, lecz w formie bardziej podstawowej – oddziaływań o charakterze doraźnym, jakich należałoby oczekiwać od wszystkich profesjonalistów zatrudnionych w opiece medycznej i pozostających w bezpośrednim kontakcie z pacjentem. Należą do nich obok lekarzy także pielęgniarki i położne, fizjoterapeuci, ratownicy medyczni oraz asystenci socjalni.

Należy mocno podkreślić, że udzielanie kompetentnej pomocy psychologicznej, nawet na takim najbardziej podstawowym poziomie, wymaga posiadania pewnej wiedzy oraz umiejętności. Ich posiadanie powinno być traktowane jako niezbędny element profesjonalnego przygotowania medycznego, a nie jako wyraz dobrej woli, czy charakteru, życzliwie usposobionego lekarza lub pielęgniarki.

To jednak wymaga odwołania się do pewnych pojęć i założeń oraz wyników badań empirycznych, pozwalających oprzeć praktyczne propozycje z zakresu komunikacji terapeutycznej na mocnych, naukowych podstawach. Z jednej strony bardzo przydatna wydaje się tu wiedza z zakresu komunikacji interpersonalnej, z drugiej – z zakresu ogólnej problematyki kontaktu lekarz/terapeuta – pacjent, a z trzeciej – z zakresu psychoterapii, zwłaszcza psychoterapii wspierającej, relacji terapeutycznej i tzw. niespecyficznych, albo wspólnych czynników terapeutycznych.

Pojęcie komunikacji terapeutycznej wiąże mocno wszystkie te nurty, umieszczając je w kontekście niesienia pomocy choremu somatycznie, a więc wspomagania medycznych działań i procedur, przez środki psychologiczne „podawane” pacjentowi podczas towarzyszącego tym działaniom kontaktu. Łatwo zauważyć, że od strony teoretycznej kontakt z pacjentem zawsze jest „zanurzony” w kontekst całej problematyki związanej z psychologią medyczną (kliniczną psychologią zdrowia), tak jak ją opisuje I. Heszén-Kléms (1983). Chodzi tu o kontekst psychosomatycznych i somatopsychicznych zależności, kontekst psychospołecznej sytuacji pacjenta oraz kontekst organizacji i przebiegu zachowania się wobec choroby. Od strony praktycznej, „zanurzo-

ny” jest zwłaszcza w aktualnej sytuacji psychospołecznej pacjenta i jego osobistym doświadczeniu, zwłaszcza związanym z chorobą.

3. Cele komunikacji terapeutycznej

Co jest podstawowym celem komunikacji terapeutycznej? Zgodnie ze stanowiskiem autora, należy wskazać na trzy zasadnicze kategorie celów, ściśle powiązanych ze sobą, do których powinna zmierzać komunikacja z pacjentem.

Pierwszym, niejako doraźnym celem, jest łagodzenie bezpośrednich, działających negatywnie, psychicznych skutków choroby, do których przede wszystkim należy zaliczyć takie stany emocjonalne, jak: strach, lęk, depresja, złość i bezradność.

Kolejnym ważnym celem jest wzmacnianie psychicznych zasobów pacjenta, pozwalających na bardziej skuteczne zwalczanie choroby i stymulowanie biologicznych procesów zdrowienia, ewentualnie lepszą adaptację do sytuacji, w jakiej się znalazł w związku z chorobą.

Następnym ważnym celem komunikacji terapeutycznej jest zapewnienie dobrej współpracy z pacjentem w procesie leczenia (opieki medycznej), w tym także przeciwdziałanie powstawaniu urazów jatrogennych, jako zdarzeń szczególnie niekorzystnych dla właściwego przebiegu terapii.

Jak wspomniano wcześniej, wszystkie wymienione tu kategorie celów pozostają w ścisłym związku ze sobą i warunkują się wzajemnie. Trudno bowiem wyobrazić sobie skuteczne łagodzenie emocjonalnego stresu choroby u pacjenta, jeżeli brak jest z nim kontaktu lub jeśli ten kontakt jest zły i brak jest wzajemnej współpracy. Trudno też wyobrazić sobie w takiej sytuacji możliwość wzmacniania psychicznych zasobów pacjenta, albo redukowania ryzyka urazów jatrogennych. Z kolei wzmacnianie wewnętrznych sił/zasobów pacjenta jest bardzo ważne zarówno dla redukcji emocjonalnego stresu choroby, jak i dla wyzwiania uczuć pozytywnych, sprzyjających zdrowieniu, jak też dla poprawy wzajemnej współpracy.

Przedstawione powyżej cele komunikacji terapeutycznej opierają się na podstawowym i stosunkowo dobrze udokumentowanym założeniu, że dobry kontakt z pacjentem stwarza szczególną możliwość wykorzystania potężnych możliwości leczniczych tkwiących w psychice pacjenta, które bez pozytywnej, interpersonalnej stymulacji mogą pozostać nieaktywne. Założenie to, choć nie zawsze jasno werbalizowane, leży, jak się wydaje, u podstaw większości form psychoterapii, odnosząc się w szczególności do tzw. wspólnych albo niespecyficznych czynników leczących w terapii (por. Czabała, 2010; Frank, Frank, 2005; Garfield, 1992; Yalom, 1985; Grzesiuk, 1994; Prochaska, Norcross, 2006; Torrey, 1981).

4. Relacja terapeutyczna

Zgodnie z literaturą z zakresu psychoterapii, najważniejszym narzędziem wywierania pożądanego wpływu na psychikę pacjenta jest bez wątpienia relacja terapeutyczna (por. Aleksandrowicz, 1994; Czabała, 2010; Gelso, Hades, 2004; Hobbs, 1984). Relacja terapeutyczna to szczególnego typu pozytywny związek uczuciowy pomiędzy pacjentem a jego opiekunem (terapeutą), podporządkowany celom terapeutycznym. Można go porównać do psychologicznego katalizatora wszelkich medycznych działań, który podnosi znacznie ich skuteczność. Łączy w sobie dwa aspekty – zadaniowy i emocjonalny. Racjonalno-zadaniowy charakter kontaktu terapeutycznego w psychoterapii określany jest mianem przymierza terapeutycznego (*therapeutic alliance*) i jest podstawą przedmiotowego aspektu tej relacji. Specyficzny klimat emocjonalnej bliskości i wsparcia opisywany najczęściej w takich terminach, jak: poczucie bezpieczeństwa, akceptacja, szacunek, troska i zaufanie, stanowi podstawę jej osobowego aspektu.

Relacja terapeutyczna ma zawsze charakter indywidualny i jest specyficzną syntezą obu uzupełniających się aspektów, racjonalno-przedmiotowego oraz emocjonalno-podmiotowego. Dobrze, jeśli w praktyce klinicznej synteza ta w sposób elastyczny i adekwatny dopasowuje się do sytuacyjnego kontekstu, w jakim przebiega kontakt. W pewnych sytuacjach, jak np. podczas zabiegu operacyjnego albo wtedy gdy pacjent jest nieprzytomny, lub gdy o jego życiu decydują sekundy, zdecydowanie dominuje element przedmiotowy. Jednak w innych, kiedy np. lekarz tłumaczy pacjentowi konieczność poddania się leczeniu, informuje o diagnozie lub przekazuje niepomyślnie informacje, akcentowany powinien być element podmiotowy, a więc uwzględniający to, co myśli, czuje i czego w danym momencie psychicznie potrzebuje pacjent. Należy podkreślić, że osobisty aspekt relacji terapeutycznej musi pozostawać w granicach wyznaczonych wykonywanymi zadaniami zawodowymi, lecz aspekt zadaniowy z kolei musi być uzupełniony elementem osobistym. Relacja terapeutyczna z samego założenia nie jest relacją towarzyską, ale płaszczyzną osobistego kontaktu jest jej istotnym elementem.

Powstanie relacji terapeutycznej nie może się obyć bez komunikacji, której jest zarówno efektem, jak i od momentu swego powstania najważniejszym składnikiem. Komunikacja ma miejsce w każdym kontakcie lekarza i pielęgniarki z pacjentem. Omawiany tu rodzaj komunikacji różni się od zwykłej komunikacji tym, że zmierza do osiągnięcia celów terapeutycznych, przy uwzględnieniu zjawisk zachodzących w psychice pacjenta (jego myśli i przekonań, emocji i uczuć, a także potrzeb natury emocjonalnej). Jest więc działaniem zamierzonym, profesjonalnym i ukierunkowanym na szeroko rozumianą pomoc pacjentowi.

Jak się wydaje, zasadnicza różnica pomiędzy relacją terapeutyczną, jaką nawiązują lekarz lub pielęgniarka ze swym pacjentem, a tą, jaką nawiązuje psychoterapeuta w trakcie psychoterapii, nie polega na jej cechach formalnych, lecz bardziej na celu, w jakim jest wykorzystywana (pomoc w leczeniu choroby, a nie dokonywanie głębokich zmian w psychice i rozwiązywanie jego wewnętrznych problemów), bardziej doraźnym charakterze i znacznie większej różnorodności form, jaką przyjmuje zależnie od sytuacji.

W obu przypadkach relacja terapeutyczna jest co prawda istotnym narzędziem szeroko rozumianego wpływu na stan i zachowanie pacjenta, lecz w przypadku psychoterapii lub wykwalifikowanej pomocy psychologicznej wpływ ten jest znacznie głębszy i zmierza do wywołania względnie trwałych zmian w głębszych warstwach psychiki pacjenta, związanych z rozwiązaniem jego głębokich, wewnętrznych problemów. Relacja nadająca się do tego celu musi być nie tylko silna, ale i bardziej stabilna. Zwykle trwa przez dłuższy okres, co najmniej kilka tygodni, kilka miesięcy, a czasem nawet kilka lat. W przypadku relacji terapeutycznej nawiązywanej z osobami opiekującymi się chorymi somatycznie ten czas na ogół bywa dużo krótszy. Ponadto chodzi tu o doraźną pomoc w problemach stanowiących reakcję na trudną sytuację choroby i leczenia, a nie o pomoc w problemach intrapsychicznych.

5. Formy komunikacji terapeutycznej

W najbardziej ogólnym ujęciu, biorąc pod uwagę dominującą w danym momencie czasowym funkcję, można wyróżnić trzy podstawowe formy komunikacji terapeutycznej, takie jak: „dostrajanie”, czyli budowanie relacji terapeutycznej z pacjentem, „kierowanie”, czyli wykorzystanie relacji terapeutycznej do wywierania pożądanego wpływu na uczucia, poglądy i zachowanie pacjenta oraz „towarzyszenie”, czyli bycie z pacjentem i wspieranie go w trudnych momentach choroby.

Formy te mogą pojawiać się w postaci kolejno następujących po sobie etapów, ale mogą się też wzajemnie przeplatać lub powtarzać. Szczególnie istotną formą wydaje się dostrajanie do pacjenta, które potrzebne jest zarówno dla skutecznego pokierowania jego zachowaniem, jak i do towarzyszenia mu w jego przeżyciach.

Biorąc pod uwagę formalnotreściowy aspekt komunikacji terapeutycznej, z praktycznego punktu widzenia wyróżnić można takie jej formy, jak: „zbieranie informacji”, „udzielanie wyjaśnień”, „udzielanie porad i zaleceń”, „pocieszanie i uspokajanie”, „wyrażanie ciepła i życzliwości” oraz „okazywanie empatii” (Motyka, 2011).

Wszystkie, wymienione tu formy terapeutycznej komunikacji, wchodząc w skład tradycyjnych etapów postępowania lekarskiego, takich jak: zbieranie

wywiadu, stawianie diagnozy, formułowanie zaleceń i leczenie, powodują, że postępowanie to zostaje wzbogacone o ważny element psychoterapeutyczny, łagodzący stres choroby i leczenia oraz zwiększający skuteczność stosowanych środków medycznych.

Warto podkreślić, że komunikacja terapeutyczna to zwykle rozmowa prowadzona z pacjentem i to rozmowa, która wcale nie musi trwać długo. Czasem większe znaczenie ma kilka trafnych, rzuconych we właściwym momencie słów, niż długie tłumaczenia, a czasem głębokie porozumienie może zostać nawiązane w sekundach, w tym także na drodze pozawerbalnej, np. poprzez spojrzenie, dotyk lub pełne zrozumienia milczenie.

6. Umiejętności i postawy interpersonalne istotne z punktu widzenia komunikacji terapeutycznej

Do najważniejszych umiejętności interpersonalnych, szczególnie istotnych dla budowania oraz podtrzymywania relacji terapeutycznej, należy zaliczyć z jednej strony empatię, a z drugiej – asertywność. Empatia ma szczególne znaczenie, jeśli chodzi o stworzenie dobrego emocjonalnego klimatu w kontakcie i dobrego porozumienia, natomiast asertywność ma szczególne znaczenie, jeśli idzie o utrzymanie jego zadaniowego charakteru, stawianie granic i wymagań. W tym pierwszym przypadku, szczególną rolę odgrywają umiejętności stosowane techniki aktywnego słuchania, takie jak: potwierdzenie odbioru informacji od pacjenta, konkretyzowanie jego wypowiedzi (pytania uściślające znaczenie wypowiedzianych przez pacjenta słów), parafrazowanie, odzwierciedlanie uczuć oraz odzwierciedlanie potrzeb. Empatia pozwala lepiej zrozumieć pacjenta, dostarcza mu emocjonalnego wsparcia i stwarza dogodne warunki dla bezpiecznego odreagowania nagromadzonych uczuć.

W przypadku asertywności, szczególna rola przypada postawie, którą analiza transakcyjna określa mianem postawy „Ja jestem OK – Ty jesteś OK”. Chodzi tu postawę szacunku i akceptacji wobec przekonań, uczuć i potrzeb pacjenta, przy zachowaniu podobnego stosunku wobec siebie.

Carl Rogers (1951, 1973), opisując postawę sprzyjającą budowaniu relacji terapeutycznej, wymienił jej trzy główne komponenty, takie jak: empatia, akceptacja i autentyczność. Antoni Kępiński (1972), opisując charakterystyczne błędy postawy terapeuty, wymienił w zasadzie te same komponenty, tyle że w formie zaprzeczeń. W jego ujęciu są to: błąd naukowej obiektywności (przeciwieństwo empatii), błąd sędziego (przeciwieństwo akceptacji) oraz błąd maski (przeciwieństwo autentyczności). Pomimo że wiele już lat minęło od śmierci obu autorów, ich uwagi na temat istoty relacji terapeutycznej nic nie straciły ze swej aktualności.

7. Niespecyficzne czynniki psychoterapeutyczne a zasoby osobiste

Zainteresowanie czynnikami wspólnymi w psychoterapii określanymi też jako czynniki niespecyficzne, datuje się od lat 30. poprzedniego wieku. W latach 70. przeżywało swoje apogeum, ale do dzisiaj termin ten jest ważny w psychoterapii. Autorem, którego prace wniosły szczególnie duży wkład w omawianą problematykę, był J. Frank (Frank, 1977; Frank, Frank, 2005). Jego opis „upadku morale”, jako wspólnego problemu dla wszystkich osób szukających pomocy u psychoterapeutów, jest bardzo bliski temu, co obserwować można u pacjentów poddanych stresowi choroby somatycznej i bardzo bliski temu, co obecnie rozumie się pod pojęciem utraty zasobów osobistych (Hobfoll, 2006). Również w koncepcji komunikacji terapeutycznej to samo zagadnienie, a więc spadek poziomu posiadanych zasobów (w języku J. Franka „upadek morale”), stanowi podstawowy problem, z jakim pomagający pacjentowi usiłuje się zmierzyć.

Uogólniając złożoną problematykę czynników wspólnych/niespecyficznych oraz zróżnicowane stanowiska autorów proponujących odmienne klasyfikacje tych czynników, można powiedzieć, że są to te elementarne składniki psychoterapeutycznych oddziaływań, które okazują się wspólne dla różnych kierunków i metod psychoterapii, a które pomagają przezwyciężyć podstawowy dla osób szukających pomocy problem, obniżenia się lub wyczerpania ich zasobów. Głębsza analiza wskazuje ponadto, że są to odpowiedniki ważnych, psychologicznych zasobów człowieka, potrzebnych wtedy, gdy trzeba konfrontować się z trudami życia, w tym także z trudami choroby. Interakcja pacjenta z psychoterapeutą lub grupą psychoterapeutyczną powoduje, że działające w tej interakcji aktywnie czynniki terapeutyczne prowadzą do uzupełnienia i podniesienia poziomu zasobów osobistych pacjenta. Przykładowo, jeśli pacjent czuje się akceptowany przez osobę terapeuty lub przez innych pacjentów, z którymi się liczy, to pomimo utraty dotychczasowej sprawności fizycznej, utraty pracy, realnych albo wymyślonych defektów urody, lub pomimo niezwykle krytycznych myśli w stosunku do siebie, ta płynąca z zewnątrz akceptacja może sprawić, że podniesie on swą zaniżoną samoocenę i własny poziom samoakceptacji. To samo dotyczy nadziei i innych wspólnych czynników terapeutycznych.

M. Motyka (2002; 2011) w swoich pracach, zawierających obszerny przegląd literatury dotyczącej czynników wspólnych, wymienia aż 14 takich czynników, przypisując im jednocześnie funkcję psychicznych zasobów wpływających na konstruktywne przeżywanie siebie i świata, które wydaje się mają zastosowanie w ramach komunikacji terapeutycznej. Tu należy wymienić tylko 7, koncentrując się na tych, które wydają się najważniejsze dla pomyślnej konfrontacji ze stresem choroby somatycznej i których aspekty były traktowane wcześniej jako odrębne zasoby.

7.1. Poczucie wewnętrznej siły

Poczucie wewnętrznej siły doświadczane przez jednostkę można utożsamić z poczuciem mocnego oparcia się na samym sobie. Poczucie to posiada wiele powiązanych ze sobą aspektów. Z jednej strony jest to pozytywna samoocena, poczucie własnej wartości oraz szacunek, jaki dana osoba żywi wobec siebie. Z drugiej jest to przekonanie o własnej zaradności i skuteczności w działaniu, dające poczucie możliwości wywierania wpływu na sytuację. Z trzeciej składa się na nią poczucie poznawczej kontroli, a więc posiadanie pewnej wiedzy i rozumienia swej sytuacji. Poczucie siły wewnętrznej pozwala człowiekowi przetrwać trudne momenty i odważnie stawiać czoła przeciwnościom losu. Globalnie wyraża się wysokim poziomem samoakceptacji.

Zadaniem komunikacji terapeutycznej jest wzmacniać poczucie siły pacjenta, czyli wzmacniać jego poczucie własnej wartości, dostarczać wyjaśnień i informacji pozwalających czuć się zorientowanym w swej sytuacji i kompetentnym, a także liczyć się z jego zdaniem na tyle, by posiadał poczucie wpływu na to, co się z nim i wokół niego dzieje.

Niekiedy już samo nazwanie choroby lub udzielenie ogólnych wyjaśnień, co do planowanego leczenia, może przynieść uspokajające efekty. Sytuacja komplikuje się jednak, kiedy diagnoza jest niepomyślna i można się spodziewać, że prawda o stanie zdrowia wywoła strach lub przygnębienie pacjenta. Należy wtedy postępować wyjątkowo rozważnie, dostosowując informacje i wyjaśnienia do możliwości przyjęcia ich i zaakceptowania przez chorego.

7.2. Poczucie wsparcia

Poczucie wsparcia rodzi się w świadomości pacjenta, gdy dostrzega on obecność i opiekę życzliwie nastawionych do niego osób. W najprostszej formie poczucie wsparcia może wynikać z samego faktu pozostawania w kontakcie z innymi ludźmi. Szczególną formą poczucia wspólnoty może być także świadomość chorego, że nie tylko on ma kłopoty i zmartwienia, bo podobne problemy dotyczą także i innych pacjentów. Świadomość tego rodzaju jest określana w literaturze przedmiotu jako uniwersalizacja.

Zadaniem komunikacji terapeutycznej jest zarówno bezpośrednie przekazywanie wsparcia emocjonalnego, komunikowanego pacjentowi w sposób werbalny i niewerbalny, jak i zachęcanie go do kontaktów z innymi, przeciwdziałanie jego izolacji i samotności. W grę wchodzi oczywiście także wsparcie informacyjne, a w niektórych, choć rzadkich przypadkach, także wsparcie instrumentalne.

7.3. Poczucie sensu

Sprawą o podstawowym dla każdego człowieka znaczeniu jest to, jak spostrzega on siebie, swoje życie i swą aktualną sytuację, odnosząc się do cenionych przez siebie wartości: „Czy moje życie ma sens?”, „Czy sens ma cierpienie, jakiego doświadczam?”, „Czy sens ma leczenie, jakie tu otrzymuję?” Pytania te w okolicznościach poważnej choroby nabierają szczególnego znaczenia. Rodzaj nasuwającej się odpowiedzi bywa wówczas zasadniczą podstawą doznawanego poczucia słabości lub siły. Pomoc pacjentowi w pozytywnej interpretacji sytuacji i znalezieniu jej sensu może mieć decydujące znaczenie dla jego postawy wobec choroby i podjętego leczenia. Z psychologicznego punktu widzenia chodzi tu przede wszystkim o nadanie pozytywnego znaczenia doświadczeniom i wysiłkom pacjenta. Ważne jest dostarczenie choremu takich ram odniesienia, które w sposób korzystny pomogą mu zmienić perspektywę spojrzenia na jego problemy i cierpienia. Jednak zwykle sens życia ma na tyle jednostkowy i unikalny charakter oraz na tyle ściśle powiązany jest z indywidualnymi doświadczeniami danego pacjenta, że pomoc polega tu nie tyle na dostarczeniu gotowych odpowiedzi, co na towarzyszeniu pacjentowi w jego własnych dociekaniach i ewentualnie delikatnych podpowiedziach, które mogą mu ułatwić pozytywną reinterpretację jego życia, a także wpłynąć na pozytywny jego bilans.

W sytuacjach, które z ludzkiej perspektywy należałoby uznać za beznadziejne, można odnaleźć sens w wartościach transcendentálnych, wykraczających poza jednostkowe istnienie, odwołujących się do Boga i religii. Stąd dopomożenie choremu w dostrzeżeniu także duchowej płaszczyzny życia w niektórych przypadkach może okazać się również bardzo ważne.

Pozytywną rolę odegrać może także zaangażowanie pacjenta w jakiś sposób, w realizację liczących się dla niego wartości, tworzące poczucie realizowania jakiejś ważnej misji. Funkcję taką pełni np. altruizm związany z poświęceniem się na rzecz innych, często wymieniany jako ważny czynnik terapeutyczny.

7.4. Nadzieja

Nadzieja jest ogromną siłą, dostarczającą człowiekowi energii i mającą wiele wspólnego z chęcią życia. Zajmuje szczególne miejsce wśród psychologicznych zasobów stymulujących psychiczne i biologiczne procesy obronne ustroju. Przeciwdziała załamaniu się i rozpaczcy oraz sprawia, że walka z chorobą oraz proces zdrowienia przebiegają bardziej skutecznie.

Nadzieja to zarówno pozytywne oczekiwania chorego, co do uzyskania skutecznej pomocy bądź wyleczenia, jak i specyficzne uczucie towarzyszące przekonaniu, że sytuacja się poprawi i będzie lepiej, cokolwiek by to „lepiej” znaczyło. Nadzieja ma wiele wspólnego z optymizmem i jak się wydaje jest

głównym źródłem efektu placebo, który jak wiadomo często odgrywa w leczeniu bardzo istotną rolę.

W kontakcie z chorym należy kierować się ogólną zasadą mówiącą, że nigdy nie należy odbierać nadziei, co jednak nie oznacza, aby budzić i na siłę podtrzymywać irracjonalne oczekiwania pacjenta, o których z góry wiadomo, że wkrótce i tak runą w konfrontacji z bolesną rzeczywistością. Nie oznacza to również, by ukrywać przed chorym trudną prawdę, jeśli ten gotów jest do jej udźwignięcia. Ważne natomiast, aby pacjenta przygotować na przyjęcie złych wiadomości oraz by wiadomości te przekazywać w sposób dostosowany do jego możliwości, zapewniając potrzebne wsparcie oraz możliwość bezpiecznego odreagowania pojawiających się uczuć.

7.5. Humor

Humor łączy się zarówno z uzdrawiającą siłą pozytywnych uczuć, jak i z kataraktycznym efektem śmiechu, pozwalającym na bezpieczne rozładowanie napięcia. Co więcej, humor często przynosi nową perspektywę spojrzenia na problemy i zaistniałą sytuację. Perspektywa ta mieści w sobie szczególny element dystansu, osłabiający powagę i znaczenie występujących problemów. Dlatego też umiejętność podchodzenia do napotykanym trudności z humorem należy traktować jako ważną i niezwykle przydatną w trudnych sytuacjach właściwość (zasób osobisty). Być może właśnie dlatego pacjenci szczególnie lubią tych lekarzy i te pielęgniarki, które swoim pogodnym nastrojem oraz żartem potrafią wnieść promyk radości do „poważnej” atmosfery szpitala.

7.6. Zdolność do autoekspresji

Zdolność do autoekspresji posiada dwa istotne aspekty. Jeden z nich to otwartość, pozwalająca na ujawnienie osobistych informacji, w formie podzielenia się swymi problemami, z godnym zaufania, uważnym i rozumiejącym słuchaczem. Efektem może być uzyskanie wspomnianego już wcześniej poczucia wsparcia, ale także poczucie oczyszczenia i autentyczności. Pacjent pozbywa się części swoich zmartwień, mówiąc o nich, a więc dzieląc się nimi np. z lekarzem, psychologiem lub pielęgniarką.

Czując się rozumiany i akceptowany, zyskuje dodatkowe potwierdzenie, że jego myśli i uczucia związane z trudnymi przeżyciami są jak najbardziej w porządku. Jeśli nie wywołują z mieszanina lub lęku u rozmówcy ani też krytycznych ocen i komentarzy, chory czuje się bardziej bezpiecznie.

Drugi aspekt autoekspresji dotyczy nie tyle uzewnętrznienia informacji o sobie, co uzewnętrznienia aktualnie doznawanych uczuć. Terapeutyczne odreagowanie wyrażać się może w różnej formie, np. poprzez płacz czy śmiech, lecz najczęściej jest to słowny opis przeżywanych emocji, wraz z towarzyszą-

cymi temu opisowi gestami i mimiką. Mówienie o swoich uczuciach może być nieraz dla pacjenta bardzo trudne, dlatego bardzo pomocna jest tu empatia terapeuty i stosowanie metod aktywnego słuchania.

Najważniejszym warunkiem terapeutycznego odreagowania, podobnie jak i skutecznej stymulacji pozostałych osobistych zasobów pacjenta, jest bezpieczny związek z rozmówcą, czyli wspomniana już wielokrotnie relacja terapeutyczna. Tworzy ona psychologiczną przestrzeń, w której pacjent może bezpiecznie pomieścić swe żale, obawy i zmartwienia bez obaw, że z ich powodu zostanie potępiony, wyśmiany czy odtrącony.

7.7. Motywacja do wyleczenia

Chęć życia i powrotu do zdrowia w sposób naturalny mobilizuje cały organizm do walki z chorobą. W większości przypadków człowiek chory chce się pozbyć objawów choroby, gdyż utrudniają mu życie i obniżają jego jakość. Jednak nie oznacza to wcale, że zawsze jest on w pełni zmotywowany do leczenia, jakiemu został poddany, oraz że jest przekonany do zaleconych mu form postępowania. Wystarczy, że zaleceń tych nie rozumie, nie uświadamia sobie ich znaczenia lub nie widzi związku pomiędzy ich przestrzeganiem a postępami w leczeniu.

Zadaniem profesjonalistów opiekujących się chorym jest to znaczenie i te powiązania ukazać, tłumaczyć, tak by pacjent dobrze je zrozumiał. Kolejnym ważnym zadaniem jest uświadomienie pacjentowi znaczenia jego aktywnego udziału w prowadzonym leczeniu i wyjaśnienie, na czym konkretnie ten udział ma polegać (dzielenie się z pacjentem odpowiedzialnością za leczenie).

Zdarza się czasem, że pacjent świadomie deklaruje chęć wyleczenia, ale nieświadomie pragnie chorować. Tego typu przypadki, cechujące się m. in. nieoczekiwanymi komplikacjami i brakiem spodziewanych postępów w leczeniu, zwykle wymagają głębszych interwencji psychoterapeutycznych. Niemniej jednak nawet samo uświadomienie pacjentowi motywów mogących działać wbrew jego chęciom powrotu do zdrowia może przynieść efekt terapeutyczny.

Scharakteryzowany krótko powyżej, oparty na obszernej analizie literatury i doświadczeniach autora, zespół zasobów osobistych, warunkujących przebieg procesu zdrowienia oraz radzenia sobie ze stresem choroby, można traktować jako zbiór punktów odniesienia dla komunikacji terapeutycznej. Są one rozwinięciem najważniejszego celu tej komunikacji, jakim jest wzmacnianie osobistych zasobów pacjenta, ważnych z punktu widzenia przywracania zdrowia oraz adaptacji do trudnej sytuacji choroby i leczenia. Ludziom chorym często brakuje wewnętrznej siły, poczucia wsparcia, sensu, nadziei, otwartości i motywacji do walki o zdrowie, potrzebnych do tego, aby leczenie przebiegało lepiej i bardziej skutecznie. Dlatego uzupełnianie tych psychologicznych zasobów podczas terapeutycznej komunikacji z chorym należy uznać za niezwykle istotny aspekt wszelkich działań o medycznym charakterze.

8. Podsumowanie

Zaprezentowany powyżej model komunikacji terapeutycznej stanowi swoistą syntezę wybranych elementów psychologii i psychoterapii, zastosowanych do obszaru szeroko rozumianej praktyki medycznej, a więc dotyczącej nie tylko lekarzy, lecz i innych związanych z tym zawodem profesji, działających w bezpośrednim kontakcie z pacjentem. Wydaje się, że powinien on znaleźć również swoje miejsce w klinicznej psychologii zdrowia.

Szczególnym rysem tego modelu, poza zawężeniem terminu „komunikacja z pacjentem”, do terminu „komunikacja terapeutyczna”, jest przyjęcie kilku podstawowych założeń.

Pierwsze założenie dotyczy podstawowej funkcji komunikacji, jaką ma być wspomaganie leczenia środkami psychologicznymi. Drugie założenie dotyczy tak, a nie inaczej, sformułowanych celów. Trzecie, najważniejsze założenie, polega na zdecydowanym wyróżnieniu roli, jaka w psychologicznym wspomaganiu działań leczniczo-opiekuńczych przypada wewnętrznym zasobom pacjenta.

Wynikająca z modelu konieczność nawiązania kontaktu z tymi zasobami albo ich odtworzenie, w sposób naturalny wskazują na konieczność dialogu z pacjentem w procesie leczenia. Dialog ten powinien zastąpić model jednostronnej komunikacji, zdecydowanie dominujący w praktyce medycznej. Można powiedzieć, że w świetle znaczenia przypisanego wewnętrznym zasobom pacjenta, jego osoba w sposób oczywisty i uzasadniony merytorycznie, a nie tylko ideologicznie, staje się dla personelu medycznego podmiotem, a nie tylko przedmiotem leczenia.

Autor jest przekonany, podobnie jak wcześniej (Motyka, 2002), że prezentowana tu w skrócie propozycja nie dostarcza pełnego obrazu komunikacji terapeutycznej, pozostawiając wiele miejsca na jej doskonalenie i rozwój. Ma jednak nadzieję, że wraz ze zwiększającą się liczbą badań empirycznych związanych z tematem komunikacji terapeutycznej, a być może także badań związanych z jej negatywem, w postaci komunikacji jatrogennej, temat ten wzbogaci znacznie naszą wiedzę w obszarze klinicznej psychologii zdrowia, a w obszarze praktyki wpłynie w sposób znaczący na poprawę jakości opieki medycznej.

Bibliografia

- Aleksandrowicz J. (1994), *Psychoterapia medyczna*, PZWL, Warszawa.
- Bishop G. (2000), *Psychologia zdrowia*, Wydawnictwo ASTRUM, Wrocław.
- Czabała Cz. (2010), *Czynniki leczące w psychoterapii*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Dolińska-Zygmunt G. (2001), *Podstawy psychologii zdrowia*, Wydawnictwo UW, Wrocław.
- Frank J. (1977), *Jak leczy psychoterapia*, „Psychoterapia”, 20, 3–10.

- Frank J. D., Frank J. B. (2005), *Perswazja i uzdrawianie. Analiza porównawcza psychoterapii*, IPZ, Warszawa.
- Garfield S. L. (1992), *Eclectic psychotherapy. A common factors approach*, [w:] J. C. Norcross, M. R. Goldfried (eds.), *Handbook of psychotherapy integration*, Basic Publication, New York.
- Gelso Ch., Hades J. (2004), *Relacja terapeutyczna*, GWP, Gdańsk.
- Gordon T., Edwards S. (1999), *Pacjent jako partner*, Wydawnictwo PAX, Warszawa.
- Grzesiuk L. (1994), *Psychoterapia. Szkoły, zjawiska, techniki, specyficzne problemy*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Heszen I. (1983), *Psychologia medyczna. Główne kierunki badań*, UŚ, Katowice.
- Heszen I., Sęk H. (2007), *Psychologia zdrowia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Hobbs M. (1984), *The psychological treatments*, [w:] N. B. Rose (ed.), *Essential psychiatry*, Blackwell Scientific Publication, Oxford.
- Hobfoll S. (2006), *Stres, kultura i społeczność*, GWP, Gdańsk.
- Kępiński A. (1972), *Rytm życia*, Wydawnictwo Literackie, Kraków.
- Motyka M. (1999), *Pielęgnowanie a pomoc psychiczna w chorobie*, CEM, Warszawa.
- Motyka M. (2002), *Psychoterapia w opiece ogólnomedycznej*, Wydawnictwo UJ, Kraków.
- Motyka M. (2003), *Komunikacja terapeutyczna*, [w:] A. Kwiatkowska, E. Krajewska-Kulak, W. Panek (red.), *Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie*, Wydawnictwo Czelej, Lublin.
- Motyka M. (2011), *Komunikacja terapeutyczna w opiece ogólnomedycznej*, UJ, Kraków.
- Prochaska J. O., Norcross J. C. (2006), *Systemy psychoterapeutyczne. Analiza transteoretyczna*, IPZ, Warszawa.
- Rogers C. (1951), *Client centered psychotherapy*, Houghton Mifflin, Boston.
- Rogers C. (1973), *The characteristics of helping relationship*, [w:] W. G. Bennis, D. E. Berlew, E. H. Schein, F. Steele (eds.), *Interpersonal dynamics. Essays and readings on human interactions*, The Dorsey Press, Ontario.
- Sanderson C. A. (2004), *Health psychology*, Willey & Sons, New York.
- Sarafino E. P. (2002), *Health Psychology, Biopsychosocial interactions*, J. Willey & Sons, New York.
- Torrey F. (1981), *Czarownicy i psychiatrzy*, WSiP, Warszawa.
- Sheridan Ch. L., Radmacher S. A. (1998), *Psychologia zdrowia*, PTP, Warszawa.
- Yalom I. (1985), *The theory and practice of group psychotherapy*, Basic Books, New York.

Marek Motyka

Therapeutic communication as an important area within health psychology

The dynamic development of health psychology has led this discipline to take a significant position among other psychological disciplines in a relatively short time. Its attainments can be considered outstanding, and the list of issues belonging to the field of health psychology is enormous at present. This list manifests close relations with the psychology of stress, health

promotion and medicine. Simultaneously, the problem of psychological support in illness, including the relation between a therapist and a patient, remains relatively insignificant.

According to the author, the idea of the therapeutic communication suggested by him nicely describes the important, though still undervalued, area of applying psychology for treating various diseases. This area should definitely be treated with more respect not only in medicine, but also in health psychology.

In his work the author presents the therapeutic communication model, describing its most important components, e.g. definition, purposes, therapeutic relationship, personal resources of vital importance for this relationship and the basic therapeutic communication forms and abilities.

Keywords: health psychology, therapeutic communication, therapeutic relationship, personal resources (psychologia zdrowia, komunikacja terapeutyczna, relacja terapeutyczna, zasoby osobiste).