

EWA OGŁODEK¹, DANUTA MOŚ², ALEKSANDER ARASZKIEWICZ¹

Zasady kontaktu terapeutycznego lekarza z pacjentem

Streszczenie

Relacja lekarz-pacjent jest jednym z najważniejszych elementów efektywnego procesu terapeutycznego. Jakość kontaktu pomiędzy chorym a osobą leczącą, sposób przekazywania ważnych informacji, odpowiedni dobór słów, ilość czasu poświęcona choremu, a także cała niewerbalna strona komunikatu skierowanego do chorego mają istotne znaczenie w procesie zdrowienia. Wysoki wskaźnik rozpoznania chorób przewlekłych, zmiany świadomości społeczeństw i rosnące koszty powodują konieczność poszukiwania nowych modeli opieki zdrowotnej, w których kształtowanie komunikacji lekarz-pacjent spełnia istotną rolę w leczeniu i stopniu zadowolenia obu stron. Celem pracy jest omówienie komunikacji lekarza z pacjentem. Przekaz informacji pacjentowi powinien być ukierunkowany i dostosowany do specyficznej populacji chorych i indywidualnego człowieka. Znajomość chorób, z ich dużym zróżnicowaniem oraz życiowych problemów chorego, stanowi podstawę optymalnych wyników leczenia i zadowolenia pacjenta. Tworzenie właściwych relacji lekarz-pacjent rozpoczyna się od przekazywania informacji o rozpoznaniu, leczeniu i rokowaniu. Doświadczenia własne i badania naukowe wskazują, że powodzenie w leczeniu wynika z wiedzy lekarza i chorego. Stąd w modelach opieki medycznej podnoszenie wiedzy lekarza oraz upowszechnienie wiedzy wśród pacjentów i w społeczeństwie jest warunkiem poprawy opieki nad chorym. Nieodłączną cechą tworzenia właściwych relacji lekarz-pacjent jest bioetyka, która stanowi ważny element powodzenia terapeutycznego.

Słowa kluczowe: empatia, komunikacja, kontakt terapeutyczny.

Principles of therapeutic contact: physician-patient

Summary

The ability to communicate with patients is an important element of effective therapy. The quality of a relationship between physician and patient, the way of conveying information, the appropriate choice of words, the amount of time devoted to the patient as well as the nonverbal aspect of communication are all vital to recovery from illness. The high prevalence of chronic diseases, increasing social awareness and growing costs of treatment have created the need for new models of health care, proper of doctor-patient communication significantly contributes to improved therapeutic outcomes and mutual satisfaction. The aim of the research is to discuss the importance of doctor-patient communication for the quality of life of patients. Information with patients receive should be focused and adjusted to both the particular patient population and the individual recipient. In order to ensure optimal treatment outcomes and patient satisfaction, health care professionals must be aware of the peculiarities of diseases, their nature and social stigma as well as the vital problems of the patient. Creation of an appropriate doctor-patient relationship begins with a transmission of information about the diagnosis, treatment and prognosis. The way this information is framed must take into consideration the high sensitivity of certain groups to verbal messages. Scientific research suggest that success of the treatment depends on how well informed both the doctor and the patient are. Inherent in creating the appropriate doctor-patient relationship is bioethics, which is an important element in the success of therapeutic intervention.

Key words: empathy, communication, therapeutic contact.

¹ Katedra Psychiatrii Collegium Medicum w Bydgoszczy

² Indywidualna Praktyka Lekarska

WSTĘP

Kontakt terapeutyczny jest podstawą aktu komunikacyjnego między lekarzem i pacjentem. W rutynowym badaniu lekarskim możemy wyróżnić jego trzy zasadnicze składowe: wysłuchanie pacjenta i rozmowa z nim o jego problemie zdrowotnym; badanie lekarskie, w którym komunikacja angażuje wszystkie kanały sensoryczne; omówienie wyników tegoż badania przez lekarza [1].

Ważnym elementem w procesie leczenia są psychologiczne czynniki oddziałujące na relację między pacjentem a lekarzem oraz istotny jest ich wpływ na efekty leczenia. Zaburzenie tej relacji bardzo szybko może spowodować pogorszenie się stanu chorobowego pacjenta [2]. Kluczową rolę w tej relacji odgrywa właściwa komunikacja (werbalna i niewerbalna) – ilość i jakość przekazywanych informacji. Komunikowanie werbalne stanowi około 35% przekazu, resztę przekazu dokonuje się niewerbalnie, poprzez ciszę, ekspresję twarzy, ruch ciała, ton głosu. Możemy wyróżnić pięć podstawowych funkcji komunikacji niewerbalnej: informacyjną, definiowania i wspierania przekazów niewerbalnych, wyrażania postaw i emocji, definiowania relacji, kształtowania i kierowania wrażeniami. Funkcje te wpływają na kształtowanie i modelowanie niewerbalnego stylu emocjonalnego osoby oraz na jej kreatywność emocjonalną [3].

Celem pracy jest przypomnienie podstawowych zasad kontaktu terapeutycznego lekarza z pacjentem.

Materiał ten był tematyką warsztatu zorganizowanego przez Katedrę Psychiatrii w Bydgoszczy w ramach konferencji „Nowe trendy w Psychiatrii – Zaburzenia psychiczne jako problem interdyscyplinarny” (Bydgoszcz, 11-12.10.2008).

ISTOTA JAKOŚCI KONTAKTU LEKARZA Z PACJENTEM

W procesie komunikacji terapeutycznej współuczestniczą trzy czynniki: nadawca, czyli osoba, która przesyła określoną informację; odbiorca, czyli osoba do której informacja jest kierowana oraz określony kod, czyli sposób przekazu tej informacji – gest, słowo. Istotny jest w relacji terapeutycznej właściwy sposób porozumiewania się lekarza z pacjentem. Muszą w tym procesie istnieć trzy ogniwa: aktywne słuchanie, słowne przekazywanie i sygnały niewerbalne.

Właściwa komunikacja lekarza z pacjentem ma istotny wpływ na:

- Kompletność wywiadu klinicznego,
- Trafność rozpoznawania chorób,
- Poczucie zrozumienia przez pacjenta i jego współpracę z lekarzem,
- Reakcje pacjenta na proponowane mu leczenie,
- Zadowolenie pacjenta z leczenia i jego poczucie bezpieczeństwa.

Porozumienie między lekarzem a pacjentem wpływa na wypełnienie zadań warunkujących rozwiązanie problemów zdrowotnych. Często nie zła wola pacjenta, lecz niezrozumienie zaleceń lekarskich niweczy całą procedurę terapeutyczną [4].

WAŻNE ELEMENTY KONTAKTU TERAPEUTYCZNEGO

Spotkanie lekarza z pacjentem skutkuje koniecznością nawiązania kontaktu terapeutycznego.

Zasadniczymi elementami kontaktu terapeutycznego są:

- 1) Nawiązanie dobrej relacji wstępnej:
 - lekarz powinien przedstawić się pacjentowi, uspokoić go, gdy jest zdenerwowany – szczególnie przy pierwszej wizycie;
 - w kontakcie terapeutycznym lekarz powinien okazać pacjentowi cierpliwość i szacunek;
 - lekarz powinien wyodrębnić cechy osobowości zarówno pacjenta, jak również być świadomym cech własnej osobowości, które mogą ułatwiać lub utrudniać nawiązanie relacji [5];
- 2) Określenie najważniejszych problemów pacjenta:
 - zebrać rzetelnie istotne informacje dotyczące choroby;
 - okazywać zrozumienie i wczuwać się w doznania pacjenta;
 - pozwolić pacjentowi swobodnie mówić kontrolując przebieg wywiadu;
 - używać języka odpowiedniego do wieku i środowiska pacjenta;
 - sprawnie przechodzić od omówienia jednego zagadnienia do następnego;
 - pozwolić pacjentowi na wyrażanie uczuć;
 - wyjaśnić niespójność i ambiwalencję w odpowiedziach i oświadczeniach pacjenta;
 - kierować się delikatnością podczas stawiania pytań dotyczących drażliwych sfer życia;
 - należy zwrócić uwagę jak pacjent reaguje emocjonalnie na chorobę;
- 3) Zrozumienie pacjenta i jego zadowolenie:
 - w czasie zbierania wywiadu lekarskiego, który stanowi formę kontraktu między lekarzem i pacjentem ważne jest wytworzenie otwartego i rzeczowego sposobu porozumiewania się;
 - podczas wywiadu należy okazywać pacjentowi współczucie, zainteresowanie jego problemami oraz umożliwić pacjentowi stawianie pytań pamiętając równocześnie o celu terapeutycznym dialogu;
 - w trakcie procesu leczniczego należy sformułować zasadnicze cele terapeutyczne, poinformować pacjenta o podejmowanych działaniach wobec niego w możliwie zrozumiały dla pacjenta sposób objaśnić mu zasadność podejmowanych działań;
 - głównym celem końcowej fazy kontaktu terapeutycznego jest takie jego zakończenie, które pozostawi w świadomości pacjenta zadowolenie i pewność, że został dobrze zrozumiany [6].

ZACHOWANIA TERAPEUTYCZNE W RELACJI LEKARZ – PACJENT

W relacji lekarza z pacjentem mogą występować zarówno zachowania terapeutyczne, które będą korzystnie wpływały na proces leczenia oraz zachowania niekorzystne – nieterapeutyczne, które wymagają w trakcie leczenia wyeliminowania z kontaktu terapeutycznego z pacjentem.

Do zachowań terapeutycznych zaliczamy:

1) Zachowania początkujące kontakt i komunikację:

- dostrzeganie pacjenta i spostrzeganie zmian – zwracanie się do pacjenta po nazwisku lub imieniu, spostrzeganie zmian w jego wyglądzie i zachowaniu. Zwrócenie się do pacjentki słowami: „dzisiaj ma pani nową fryzurę” – stanowi dla niej pytanie, co wydarzyło się w jej życiu, że postanowiła dokonać zmiany w swoim wyglądzie. Możemy też stawiać pytania dotyczące zmian mniej korzystnych dla pacjenta, a będących być może sygnałem pogorszenia jego zdrowia;
- oferowanie siebie – lekarz w kontakcie z pacjentem daje mu poczucie poświęcenia czasu i uwagi w omówieniu jego problemów, unikania niewłaściwego pośpiechu [7];

2) Zachowania podtrzymujące kontakt i komunikację:

- akceptacja wyrażana werbalnie i niewerbalnie – lekarz przekazuje pacjentowi komunikaty dotyczące rozumienia jego problemów, dolegliwości. Sposobem niewerbalnego wyrazu może być: skinienie głowy, pochylenie ciała w stronę pacjenta. Werbalnie lekarz może potwierdzać kolejne fragmenty wypowiedzi słowem: „rozumiem”. Nie powinno być sprzeczności między komunikatami wyrażanymi werbalnie i niewerbalnie. Gesty te nie muszą oznaczać całkowitej aprobaty dla treści wypowiedzi pacjenta, lecz powinny świadczyć o zrozumieniu jego stanowiska wobec problemu;
- parafraza – powtórzenie sensu wyrażonej myśli pacjenta w nieco zmienionej formie. Pacjent wypowiedzieć może do lekarza zdanie: „lęk mnie paraliżuje”. Lekarz podtrzymując w dobry sposób komunikację może parafrazować wypowiedź, odpowiadając pacjentowi: „rozumiem, że czuje się pan obezwładniony przez lęk”. W ten sposób zostaje przekazana informacja pacjentowi, że jest uważnie słuchany. Równocześnie pacjent może w odpowiedzi nieco przeredagować swoją pierwotną wypowiedź, co pozostawia w nim pewność, że został przez lekarza dobrze zrozumiany;
- odzwierciedlenie – kierowanie do pacjenta wypowiedzianych wcześniej przez niego pytań, myśli, żądań. Zniecierpliwiony pobytem w szpitalu pacjent może zapytać lekarza: „czy mógłbym dzisiaj wyjść ze szpitala?” Lekarz chcąc podtrzymać we właściwy sposób komunikację pyta pacjenta: „czy sądzi pan, że miałyby to sens w pana przypadku?”. W ten sposób dialog ten umożliwił pacjentowi dokładne zrozumienie tego, co powiedział i nakłonił go do refleksji nad własnymi wypowiedziami;
- informowanie – dokładne i wyczerpujące podawanie pacjentowi niezbędnych informacji dotyczących metod diagnostycznych i terapeutycznych, które pozwolą mu lepiej zrozumieć sytuację choroby i problem;
- milczenie – celowo użyte milczenie jest ważnym narzędziem terapeutycznym. Redukuje tempo rozmowy, daje czas na zastanowienie się. Zachęca pacjenta do ujawnienia ważnych problemów i nazwania swoich uczuć;
- zachęcenie pacjenta do podjęcia tematów interesujących jego samego – to sposób stymulowania pacjenta niepewnego, obawiającego się podjąć inicjatywę;
- zachęcanie do kontynuowania – wtrącanie do wypowiedzi pacjenta zwrotów takich, jak: „rozumiem”, „i co dalej?”. Zachęcać można głosem, ruchem głowy [8];

3) Zachowania porządkujące komunikację:

- porządkowanie zdarzeń w czasie lub według ich skutków – nacisk kładzie się na znalezienie logiki w wypowiedziach pacjenta;
- klaryfikowanie – próba nadania jasnego sensu wypowiedziom nieprecyzyjnym. Lekarz upewnia się, czy dobrze zrozumiał wypowiedź pacjenta;
- podsumowanie spotkania – pozwala na zamknięcie dyskusji oraz na usunięcie nieistotnych szczegółów. Najlepiej, gdy spotkanie podsumowuje pacjent. Jeśli robi to lekarz, musi uzgodnić z pacjentem to podsumowanie [9];

4) Zachowania pogłębiające komunikację:

- przekazywanie obserwacji – komunikowanie pacjentowi swoich spostrzeżeń i odczuć. Lekarz zwraca się do pacjenta słowami: „słyszę wahanie w pani głosie lub „sprawia pan wrażenie rozdrażnionego”. W ten sposób lekarz może uświadomić pacjentowi, że jego zachowania komunikują mu wiele o jego stanie wewnętrznym: lękach, o nastawieniu do otoczenia;
- zachęcanie do opisu przeżyć – to zachęcanie pacjenta do wyrażenia sposobu widzenia i rozumienia swojej choroby. Nie powinno mieć charakteru wypytywania, ale być zachętą do mówienia o swoich spostrzeżeniach;
- zachęcanie do porównań – prośba o zauważanie podobieństw i różnic. Lekarz rozmawiając z pacjentem o dolegliwościach może zapytać: „czy te objawy wydają się panu znane?”, „czy miał pan podobne dolegliwości?”. Pytania te sprzyjają bardziej refleksyjnemu spojrzeniu na własne objawy. Zachęta do koncentracji na temacie i eksploracja – to sięganie głębiej w omawiany temat chorobowy. Lekarz może zachęcić pacjenta: „proszę powiedzieć o tym coś więcej”;
- werbalizacja – nazwanie tego co pacjent mówi w bardziej prosty sposób; Pacjent, obawiając się opowiedzenia lekarzowi o swoich dolegliwościach, mówi: „po co o tym mówić, mówiłem, o tym po kolei wszystkim lekarzom”. Lekarz werbalizuje niepokój pacjenta odpowiadając: „czuje pan, że nikt pana nie rozumie?” W ten sposób lekarz poprawia kontakt terapeutyczny z pacjentem, podkreślając zrozumienie jego niepokoju;
- modelowanie – zachęcanie do konstruowania modeli zachowań, opisywania ich przez przenośnię. Pacjent w trakcie wizyty lekarskiej, chcąc opowiedzieć o swoim lęku dotyczącym przeżywania choroby, może zakomunikować: „jestem jak rozpędzony pociąg”. Lekarz, pogłębiając proces właściwej komunikacji z pacjentem, pyta go: „jak ten pociąg pokonuje wzniesienia?”, „czy zdarzają się stacje?”, „kto jest maszynistą?”. Zaletą tej metody jest umożliwienie pacjentowi dokładniejszego przedstawienia dolegliwości, pacjent w bezpieczny sposób może wiele o sobie powiedzieć [10];

5) Zachowania konfrontujące z rzeczywistością:

- urealnienie – próba przybliżenia rzeczywistości. Kiedy poprzez chorobę postrzeganie i rozumienie rzeczywistości jest zniekształcone, lekarz powinien powiedzieć pacjentowi o swoim widzeniu istoty choroby. Nie powinien kategorycznie zaprzeczać sądom pacjenta, tylko wskazywać na alternatywną możliwość postrzegania rzeczywistości;

- słowne wyrażanie wątpliwości – wyrażanie wątpliwości co do adekwatności spostrzeżeń i sądów pacjenta. Lekarz może zapytać: „czy nie wydaje się to panu nie-rzeczywiste?”. Lekarz nie wyraża swojej aprobaty czy dezaprobaty – wskazuje tylko na odmienne widzenie zjawisk opisanych przez pacjenta, próbuje zachęcić do zmiany sposobu patrzenia;
 - poszukiwanie źródeł emocji – proponowanie refleksji nad stanem emocjonalnym i jego bezpośrednimi przyczynami. W czasie wizyty lekarz pyta: „jakie to budzi w panu uczucia?”. Zachęca w ten sposób do poszukiwania związków między zachowaniem pacjenta i jego otoczenia, a uczuciami;
 - zachęcanie do oceny – zachęcanie pacjenta do skonfrontowania zachowań ze swoim systemem wartości. Lekarz pyta: „jak pan ocenia swoje postępowanie?” lub: „czy jest pan zadowolony z siebie w tej chwili?”;
 - próby przetłumaczenia języka uczuć – lekarz musi skoncentrować się na tym, co może czuć pacjent, który wypowiada swoje obawy w stosunku do choroby. Pacjent zwraca się do lekarza: „jestem martwy”. Lekarz odpowiada: „rozumiem to tak, że nie ma pan energii do życia” [11];
- 6) Zachowania przygotowujące podstawy pod dalszą psychoterapię:
- proponowanie współpracy – oferowanie współuczestnictwa, dążenia do pracy razem z pacjentem dla jego korzyści. Proponujemy pacjentowi takie relacje, w których może rozeznaczyć swoje problemy. Proponujemy pracę nie dla niego, lecz z nim;
 - Planowanie – obejmuje zakres problemów wymagających rozwiązania, wyodrębnionych przez pacjenta. Planowanie zadań przez pacjenta zachęca go do wzięcia odpowiedzialności za swoje postępowanie [12, 13].

ZACHOWANIA NIETERAPEUTYCZNE W RELACJI LEKARZ – PACJENT

Niektóre zachowania lekarza nie mają wartości terapeutycznej, są błędami jatrogennymi w komunikacji terapeutycznej lekarza z pacjentem.

Do błędów w kontaktach z pacjentami należą m.in.:

- wypowiadanie przez lekarzy zdawkowych komentarzy na tematy poruszane przez pacjenta,
- nagłe odejścia lekarza od tematu dolegliwości omawianych z pacjentem, nawet jeśli problem poruszony przez pacjenta niepokoi samego lekarza,
- nakłanianie do udowodnienia prawdziwości zgłaszanych objawów przez pacjenta,
- pomniejszanie cierpień opisywanych przez pacjenta,
- wypytywanie o objawy z nadmiernym naciskiem,
- sugerowanie pacjentowi dolegliwości, odpowiedzi na zadane przez lekarza pytania,
- ocenianie, aprobowanie lub dezaprobaty opisywanych dolegliwości,
- uspokajanie pacjenta przez lekarza bez przekonania i braku zrozumienia. Lekarz może błędnie radzić pacjentowi: „niech pan będzie dzielny”, „nie ma powodu do obaw”.

Jednocześnie lekarz nie daje pacjentowi rzetelnej informacji na temat choroby i propozycji leczenia.

- doradzanie – lekarz zakłada, że wie lepiej, co jest dla pacjenta najlepsze [14, 15].

PODSUMOWANIE

Podjęty temat jest ważny w medycynie, ponieważ duży wpływ na zdrowie pacjenta ma podejście lekarza do jego osoby, a także postawa pacjenta wobec lekarza, co wynika ze wzajemnego oddziaływania tej relacji w procesie terapeutycznym. Prawidłowy terapeutyczny kontakt lekarza z pacjentem jest podstawą dobrej współpracy (alianсу terapeutycznego) z osobą chorującą.

PIŚMIENNICTWO

1. Norfolk T, Birdi K, Patterson F. Developing therapeutic rapport: a training validation study. *Qual Prim Care*. 2009;17(2):99-106.
2. Lin CS, Hsu MY, Chong CF. Differences between emergency patients and their doctors in the perception of physician empathy: implications for medical education. *Educ Health*. 2008;21(2):144.
3. Selph RB, Shiang J, Engelberg R, Curtis JR, White DB. Empathy and life support decisions in intensive care units. *J Gen Intern Med*. 2008;23(9):1311-7.
4. Baile WF, Aaron J. Patient-physician communication in oncology: past, present, and future. *Curr Opin Oncol*. 2005;17(4):331-5.
5. Garfinkle CL, Block P. Physicians' interactions with families of terminally ill patients. *Fam Med*. 1996;28(10):702-7.
6. Heiskell LE, Pasnau RO. Psychological reaction to hospitalization and illness in the emergency department. *Emerg Med Clin North Am*. 199;9(1):207-18.
7. Stuart S, Noyes R. Interpersonal psychotherapy for somatizing patients. *Psychother Psychosom*. 2006;75(4):209-19.
8. Dibbelt S, Schaidhammer M, Fleischer C, Greitemann B. Patient-doctor interaction in rehabilitation: the relationship between perceived interaction quality and long-term treatment results. *Patient Educ Couns*. 2009;76(3):328-35.
9. Broglie M. Therapeutic contract from the perspective of patient's rights. *Internist*. 1999;40(11):336-40.
10. Koocher GP. The commerce of professional psychology and the new ethics code. *Prof Psychol Res Pr*. 1994;25(4):355-61.
11. Ventegodt S. Every contact with the patient should be therapeutic. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2007; 20(6): 323-4.
12. Griffith LJ. Why psychotherapy helps the patient in chronic pain. *Psychiatry*. 2008;5(12):20-7.
13. Rhead JC. What might psychotherapy have to do with peace? *Explore*. 2009;5(4):186-93.
14. Itzhar-Nabarro Z, Silberschatz G, Curtis JT. The adjective check list as an outcome measure: Assessment of personality change in psychotherapy. *Psychother Res*. 2009;15(1):1-11.
15. Weis DA, Schottenbauer MA, Gray SH. Delineating prototypes of training psychotherapy. *J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry*. 2009; 37(2):353-63.

Informacje o Autorach

Dr n. med. EWA OGŁÓDEK – Katedra Psychiatrii Collegium Medicum w Bydgoszczy; lek. stom. DANUTA MOŚ – indywidualna praktyka lekarska, prof. dr hab. ALEKSANDER ARASZKIEWICZ – kierownik, Katedra Psychiatrii Collegium Medicum w Bydgoszczy.

Adres do korespondencji

Dr n. med. Ewa Ogłodek
Katedra i Klinika Psychiatrii
ul. Kurpińskiego 19, 85-094 Bydgoszcz
Tel. +48(52) 585-42-60, fax: +48(52) 585-37-66