

W PRZESTRZENI STRESU I LĘKU

ZROZUMIEĆ DRUGIEGO CZŁOWIEKA.

EMPATIA W MEDYCYNIE I KOMUNIKACJI

SPOŁECZNEJ

W PRZESTRZENI STRESU I LĘKU

**ZROZUMIEĆ DRUGIEGO CZŁOWIEKA.
EMPATIA W MEDYCYNIE I KOMUNIKACJI
SPOŁECZNEJ**

pod redakcją

prof. Jadwigi Joško – Ochojskiej



Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, 2015

Recenzent

Prof. dr hab. n. med Wojciech Gruszczyński

Redakcja

Prof. zw. dr hab. n. med. Jadwiga Joško – Ochojska

Wydanie I**Copyright © Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice 2015**

Wszelkie prawa zastrzeżone

Dzieło może być wykorzystywane tylko na użytek własny,
do celów naukowych, dydaktycznych lub edukacyjnych.
Zabroniona jest niezgodna z prawem autorskim reprodukcja,
redystrybucja lub odsprzedaż.

ISBN: 978-83-7509-299-8

Projekt okładki i skład

Vero Graphic Design, Rybnik
www.vgd.com.pl

Druk i oprawa

“TOTEM.COM.PL Sp. z o.o.” Sp. K.
ul. Jacewska 89
88-100 Inowrocław



Publikacja jest sfinansowana w całości
przez Stowarzyszenie Wspierania Wiedzy Medycznej



PREZYDENT MIASTA RYBNIKA

Piotr Kuczera

Szanowni Państwo!

Rybnik to miasto, które ma bardzo wiele do zaoferowania dla swoich mieszkańców i gości. Jest miejscem, w którym nowoczesne rozwiązania korespondują z obiektami historycznymi, gdzie przemysł współistnieje z obszarami zielonymi, a szeroko rozumiany rozwój uwzględnia tradycyjne wartości.

Dzięki obecności firm reprezentujących różne branże gospodarcze, istnieniu instytucji organizujących życie społeczne, rozwiniętemu układowi drogowemu, dobrym połączeniom komunikacyjnym oraz wielu innym jeszcze czynnikom, Rybnik określany jest mianem stolicy subregionu zachodniego województwa śląskiego, stanowiącej ważny punkt odniesienia dla mieszkańców okolicznych miast.

Rybnik to także miasto akademickie — swoje siedziby mają tu renomowane uczelnie: Politechnika Śląska oraz Uniwersytet Ekonomiczny. Dzięki ich prężnej działalności oraz organizacji różnego typu spotkań czy konferencji miasto postrzegane jest nie tylko jako dynamiczne centrum skupione na rozwoju szeroko rozumianych usług, ale także jako ośrodek wspierający rozwój nauki.

Rybnik to również miejsce organizacji wielu wydarzeń kulturalnych i sportowych. Koncerty polskich i międzynarodowych gwiazd, festiwale muzyczne, imprezy literackie i teatralne, widowiska z udziałem światowej klasy sportowców — przede wszystkim żużlowców, z rozmachem przygotowywane Dni Miasta — to przedsięwzięcia, dzięki którym Rybnik znany jest nie tylko mieszkańcom Śląska, ale i całego kraju.

Więcej informacji na temat Rybnika znaleźć można na stronie www.rybnik.eu. Serdecznie zapraszam do odwiedzenia serwisu i wirtualnego zapoznania się z miastem. Szczególnie namawiam zaś do osobistego poznania wyjątkowej atmosfery Rybnika, miasta, w którym dynamiczne życie pozwala także na chwilę refleksji o tym, co naprawdę ważne.

Z serdecznymi pozdrowieniami

SPIS TREŚCI

WSTĘP	9
<i>Jadwiga Joško – Ochojska</i>	
NEUROFIZJOLOGIA EMPATII – O TYM, JAK CZŁOWIEK KSZTAŁTUJE CZŁOWIEKA	11
<i>Jadwiga Joško – Ochojska</i>	
EMPATIA – TRUDNY DAR. O INDYWIDUALNYM I SPOŁECZNYM ZNACZENIU EMPATII	41
<i>Andrzej Ochojski</i>	
EMPATIA W CHIRURGII	65
<i>Jerzy Arendt</i>	
SEN A EMPATIA: EPIDEMIOLOGIA, SKUTKI ZABURZEŃ, PROFILAKTYKA	73
<i>Janusz Kasperczyk</i>	
WIELOWYMIAROWOŚĆ AGRESJI. NARASTANIE AGRESJI W JEDNOSTKACH OCHRONY ZDROWIA	87
<i>Jacek Olszewski, Urszula Marcinkowska, Mirosław Tyrpień, Janusz Kasperczyk , Andrzej Ochojski., Jadwiga Joško – Ochojska</i>	
ZNACZENIE EMPATII W PRAKTYCE FARMACEUTY KLINICZNEGO	107
<i>Leszek Spandel</i>	

Prof. zw. dr hab. n. med. Jadwiga Joško – Ochojska

WSTĘP

W cyklu «W przestrzeni stresu i lęku» zostały wydane do tej pory dwie monografie. Kolejna, zatytułowana: «Zrozumieć drugiego człowieka. Empatia w medycynie i komunikacji społecznej» to zbiór artykułów z wielu dyscyplin naukowych, głównie medycznych, poświęconych problematyce empatii widzianej z nowych perspektyw, bowiem dotąd empatią zajmowali się głównie psycholodzy, socjolodzy i filozofowie.

Nowością jest przedstawienie empatii z punktu widzenia lekarza, neurofizjologa i powiązanie jej z patofizjologią niektórych chorób neuropsychiatrycznych. Już w życiu płodowym kształtują się w mózgu neurony, które są odpowiedzialne za empatię, stąd ważny jest zarówno zasób jak i aktywność neuronów z jakimi się rodzimy, a empatia w tym kontekście nie jest cechą immanentną każdego człowieka.

Ludzie mają różny poziom empatii: od bardzo niskiego, prawie zerowego, poprzez średni do bardzo wysokiego. Ważny jest jednak fakt, że w ciągu całego życia człowieka empatię można utracić (np. uraz mózgu), okresowo blokować (np. w pracy lekarza) oraz rozwijać (dzięki neuroplastyczności mózgu). Świadomy i celowy rozwój empatii odgrywa duże znaczenie w społeczeństwie. Jej wzrost wpływa na zmniejszenie liczby osób, które krzywdzą innych, a także zmniejsza liczebność osób z wypaleniem zawodowym.

Empatia jest rozważana także jako znaczący element komunikacji interpersonalnej. Potrzeba empatii w komunikacji między ludźmi jest bardzo silna, odczuwana niemal instynktownie. Nawet komunikacyjne media elektroniczne wzbogacane są działaniami społecznymi o elementy transmisji emocji. Dojrzała, zharmonizowana postawa empatyczna nie tylko nie szkodzi lekarzom, nauczycielom, księżom i innym grupom zawodowym o szczególnym znaczeniu w społeczeństwie, lecz odwrotnie, może dowartościować ich samych i chronić przed skutkami przewlekłych, zawodowych stresów.

Szczególny rodzaj komunikacji interpersonalnej zachodzi między lekarzem i chorym. Relacje te zawsze ulegały zmianom w zależności od ustroju społecznego, zamożności i zwyczajów społecznych i systemu opieki zdrowotnej. Współcześnie zmieniają się niestety na skutek zastąpienia relacji lekarz – chory relacją świadczeniodawca – świadczeniobiorca.

Zupełnie inne, odrębne od całej medycyny i wszystkich jej specjalności, kontakty lekarz – chory wytwarza chirurgia i wszystkie pokrewne specjalności zabiegowe. Jednak i tutaj można zbudować prawidłowo rozumiane i wykształcone reakcje emocjonalne i uzyskać: zdrowe, inspirujące relacje w pracy, atmosferę leczenia chorych pełną zaufania i bezpieczeństwa wiodącą ku zakończeniu leczenia, z wyrażanym przez chorego uczuciem spokoju i wdzięczności.

Empatia jest także ściśle związana z bólem. Dobrze rozwinięta inteligencja emocjonalna i wysoki poziom empatii wspomagają zrozumienie przeżyć człowieka doświadczanego przez ból i motywują do poszukiwania możliwości udzielenia mu bardziej wszechstronnej i skutecznej pomocy.

Niski poziom empatii wiedzie ku agresji. W placówkach ochrony zdrowia jest ona niestety zjawiskiem powszechnym. Dotyczy wszystkich pracowników ochrony zdrowia niezależnie od wykonywanej profesji, czy miejsca pracy. Narażeni na agresję są przede wszystkim lekarze, pielęgniarki i położne oraz ratownicy medyczni. Zachowania agresywne wyrastają z podłoża neurobiologicznego oraz społeczno-kulturowego. Monitorowanie agresji w społeczeństwie, wskazywanie jego przyczyn oraz wdrażanie środków zaradczych jest obecnie pilną potrzebą aby przeciwstawić się eskalacji tego zjawiska.

W monografii przedstawione są również najnowsze badania naukowe dotyczące problemów z bezsennością. Zaburzenia snu są powszechnym problem – wg WHO dotyczą prawie 1/3 ludności świata, istotnie częściej w krajach rozwiniętych, generując olbrzymie straty. Deficyt snu może prowadzić do szeregu powikłań w postaci chorób somatycznych i psychicznych. Często jest to zależność obustronna – choroba powoduje zaburzenia snu, które z kolei nasilają chorobę.

W ciągle rozwijającej się nowoczesnej medycynie, gdzie coraz bardziej popularnym i użytecznym modelem staje się współpraca i wspólne podejmowanie decyzji diagnostyczno–lecniczych w interdyscyplinarnym zespole specjalistów, ważną rolę pełni farmaceuta kliniczny. Ma on przede wszystkim funkcję integracyjną, utrzymując kontakt zarówno z pacjentem jak i personelem medycznym. W tej trudnej roli empatia jest dla farmaceuty klinicznego szczególnie potrzebna.

Niniejsza monografia nie wyczerpuje tematu, lecz podstawowym jej celem jest inspiracja do nowoczesnych, interdyscyplinarnych badań zjawiska empatii oraz upowszechnienie właściwego rozumienia roli empatii, której niedostatek staje się coraz bardziej dojmujący dla współczesnego człowieka.

Prof. zw. dr hab. n. med. Jadwiga Joško – Ochojska
Wydział Lekarski z Oddziałem Lekarsko–Dentystycznym w Zabrze
Katedra i Zakład Medycyny i Epidemiologii Środowiskowej
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

NEUROFIZJOLOGIA EMPATII – O TYM, JAK CZŁOWIEK KSZTAŁTUJE CZŁOWIEKA

Streszczenie

Jednym z najważniejszych aspektów człowieczeństwa jest zdolność tworzenia i utrzymywania udanych relacji z innymi ludźmi. Do tego potrzeba przede wszystkim umiejętności wczuwania się w sytuację drugiej osoby i spojrzenia na problem z jej perspektywy, czyli konieczna jest zdolność do empatii.

Za empatię odpowiedzialne są neurony w ośrodkowym układzie nerwowym. Bez ich prawidłowego działania człowiek nie jest zdolny do budowania pozytywnych więzi międzyludzkich. Dzięki empatii inicjowanej, między innymi, przez neurony lustrzane budujemy relacje społeczne. Zaburzenia w funkcjonowaniu neuronów odpowiedzialnych za empatię mogą mieć charakter przewlekły lub chwilowy. Osoby pozbawione empatii w sposób przewlekły to głównie ludzie z osobowością psychopatyczną, ludzie po wypadkach, w czasie których doszło do uszkodzenia mózgu oraz ludzie chorzy na różne schorzenia psychiatryczne i neurologiczne. Przejściowe obniżenie empatii jest odwracalne, może pojawić się u każdego zdrowego człowieka w sytuacjach trudnych emocjonalnie.

Neurony odpowiedzialne za zdolność do empatii odgrywają ważną rolę w patofizjologii niektórych chorób neuropsychiatrycznych, w tym: w autyzmie, zespole Aspergera, schizofrenii, stwardnieniu zanikowym bocznym, w zaburzeniach zachowań społecznych itd.

Już w życiu płodowym kształtują się w mózgu neurony, które są odpowiedzialne za empatię. Ważny jest zarówno zasób jak i aktywność neuronów z jakimi się rodzimy, a empatia w tym kontekście nie jest cechą immanentną człowieka.

U ludzi poziom empatii jest różny, od bardzo niskiego, prawie zerowego, poprzez średni, do bardzo wysokiego. W ciągu całego życia człowieka empatię można utracić (np. uraz mózgu), okresowo blokować (np. w pracy lekarza) oraz rozwijać (dzięki neuroplastyczności mózgu). Świadomy i celowy rozwój empatii odgrywa duże znaczenie w społeczeństwie, bowiem wiąże się ze zmniejszeniem liczby osób, które krzywdzą innych, a także liczby osób z wypaleniem zawodowym.

Wykonując badania neuroobrazowe mózgu można stwierdzić, że wszelkie zachowania człowieka, powstawanie relacji międzyludzkich, kształtowanie osobowości, doświadczanie przyjemności, bólu, smutku itd, wynikają zawsze z fizjologii,

biochemii a czasem anatomii mózgu. Badania neuroobrazowe mózgu pozwalają także zrozumieć, jak to jest możliwe, żeby «człowiek człowiekowi był wilkiem».

Neurofizjologia empatii

Jednym z najważniejszych aspektów człowieczeństwa jest zdolność tworzenia i utrzymywania udanych relacji z innymi ludźmi. Do tego potrzeba przede wszystkim umiejętności wczuwania się w sytuację drugiej osoby i spojrzenia na problem z jej perspektywy, czyli konieczna jest zdolność do empatii. Empatia to podstawa dobrych więzi społecznych i warunek harmonijnego rozwoju człowieka. Ludzie z obniżonym poziomem empatii w poważnym stopniu zakłócają poprawne funkcjonowanie społeczeństwa, a udane życie rodzinne, zawodowe i społeczne z ich udziałem jest wówczas bardzo trudne.

Empatia jest składową inteligencji emocjonalnej, jedną z najważniejszych zdolności, jakimi dysponuje człowiek. To umiejętność współodczuwania stanów emocjonalnych drugiego człowieka i przyjmowania jego perspektywy widzenia świata, aby zrozumieć motywację jego działań, zachowań i zamiarów [1].

Za empatię odpowiedzialne są neurony w ośrodkowym układzie nerwowym. Bez ich prawidłowego działania człowiek nie jest zdolny do budowania pozytywnych więzi międzyludzkich. Nie może odczuwać pełnej satysfakcji w żadnej sferze życia.

Do niedawna empatią interesowali się głównie filozofowie i psychologowie, gdyż nie było możliwości badania mózgu u żywych osób. Aby dowiedzieć się, jaką rolę odgrywa określona część mózgu należało obserwować pacjenta z uszkodzonym lub chirurgicznie usuniętym konkretnym jego fragmentem. Można było również oceniać mózg już po śmierci pacjenta, podczas jego sekcji. Wszystkie te metody stanowiły jedynie pośrednią drogę do wnioskowania o funkcji pełnionej przez dany obszar mózgu.

Przełom w badaniach nastąpił wraz z wynalezieniem i zastosowaniem współczesnych technologii neuroobrazowania mózgu. Umożliwiają one badanie mózgu żywego człowieka w czasie rzeczywistym. Pozwalają na obserwację czynności mózgu podczas wykonywania przez badanego określonych procesów, np.: odliczania, oglądania filmów, poruszania ręką, czytania. Obserwuje się także mózg badanego podczas zaleconego mu myślenia o konkretnych rzeczach. Badań tych używa się obecnie nie tylko dla celów medycznych, ale także w kryminalistyce, psychologii, czy nawet w marketingu (tzw. *neuromarketing*). W Stanach Zjednoczonych wyniki badań neuroobrazowych są dopuszczane, w wyjątkowych przypadkach, jako dowód w sądzie, mający pomóc ocenić wiarygodność świadka lub poczytalność oskarżonego, jednak niepewność uzyskanych wyników nie pozwala na powszechne stosowanie tej metody.

Zastosowanie metod neuroobrazowania mózgu pozwoliło lekarzom na podjęcie badań empatii. Do tego celu używany jest czynnościowy rezonans magnetyczny (*fMRI – functional magnetic resonance imaging*), tomografia emisyjna pojedynczego fotonu (*SPECT – single photon emission computed tomography*), pozytonowa

tomografia emisyjna (*PET – positron emission tomography*), przezczaszkowa stymulacja magnetyczna (*TMS – transcranial magnetic stimulation*), protonowa spektroskopia rezonansu magnetycznego (*HMRS – 1H magnetic resonance spectroscopy*).

Najnowsze wyniki badań przy użyciu neuroobrazowania mózgu wskazują, że za proces współodczuwania odpowiedzialne są liczne struktury mózgowe obejmujące zarówno korę mózgową jak i ośrodki podkorowe [2, 3, 4, 5, 6].

Należą do nich:

- **wyspa** (*Miejsce integracji różnych uczuć. Tam powstaje silne poczucie istnienia własnej osobowości.*);
- **ciało migdałowe** – odpowiada za agresję, lęk, dopasowanie tonu emocjonalnego do danego bodźca warunkowego. Uszkodzenie powoduje brak możliwości rozpoznawania strachu na twarzach innych ludzi, upośledzona jest zdolność do nawiązywania kontaktu wzrokowego;
- **kora zakrętu obręczy** – odpowiada za aspekt emocjonalny i poznawczy empatii. Związana jest z pobudliwością, agresją, lękiem, chwiejnością emocjonalną oraz epizodami niekontrolowania emocji. Umożliwia przenoszenie uwagi z jednej myśli na drugą, pełni funkcję regulacyjną pomiędzy procesami poznawczymi i emocjonalnymi, a jej wzmożona aktywność występuje wtedy, gdy doświadczamy bólu i gdy widzimy cierpienie innych ludzi. Tam odbywa się także rozważanie dylematów osobowych i konfliktów moralnych;
- **kora przedczołowa** – porównywanie własnego punktu widzenia z perspektywą innej osoby. Wykrywanie i przetwarzanie emocjonalne konfliktów w reakcjach, motywacja, rozważanie dylematów osobowych i konfliktów moralnych, zdolność do dostrzegania różnych opcji, zdolność do współpracy;
- **kora czuciowo-somatyczna** – odpowiada za to, że kiedy utożsamiamy się z czyimś cierpieniem, to czujemy się tak, jakbyśmy sami doznawali tego, czego doświadcza drugi człowiek;
- **górna bruzda skroniowa** – gdy obserwujemy oczy innej osoby, to wiemy na co ona patrzy, ale także uświadamiamy sobie jakich uczuć może doświadczać, gdy się temu przygląda;
- **kora oczodołowo-czołowa** – zdolność do oceny społecznej, świadomość, że popełniło się naruszenie normy. Uszkodzenie tej części powoduje trudności z oceną tego, czy popełniło się gafę. Zaburzona jest wtedy empatia. Ta część mózgu odpowiada także za ocenę, czy dane doświadczenie jest bolesne, czy nie;
- **skrzyżowanie skroniowo-ciemieniowe** – (*TPJ*) odgrywa ważną rolę w empatii wtedy, gdy oceniamy intencje i przekonania innej osoby;
- **System neuronów lustrzanych:**
wieczko czołowe – ośrodek smaku, zaburzenia w ekspresji słownej;
zakręt czołowy dolny – uszkodzenie powoduje trudności w rozpoznawaniu emocji, a im wyższy poziom empatii, tym większa aktywność tego obszaru;
płacik ciemieniowy dolny i bruzda ciemieniowa dolna – te części mózgu aktywują się nie tylko wtedy, kiedy człowiek patrzy w określonym kierunku, ale również wtedy, kiedy inny człowiek patrzy w tę samą stronę.

Neurony lustrzane

Wielu naukowców uznaje odkrycie neuronów lustrzanych za przełom o podobnej randze co poznanie funkcji DNA przez genetyków.

Neurony te odgrywają zasadniczą rolę podczas uczenia się przez naśladownictwo. U człowieka zdolność ta rozwinięta jest w nieporównywalnie wyższym stopniu niż u zwierząt, w tym małp człekokształtnych. Być może ta umiejętność zadecydowała o naszym sukcesie ewolucyjnym.

Dzięki empatii, inicjowanej między innymi przez neurony lustrzane, budujemy relacje społeczne.

Największe skupiska tych neuronów zaobserwowano w korze czołowej i skroniowej. Neurony lustrzane umożliwiają doznawanie bezpośrednich odczuć w sposób szybki, automatyczny, bez konieczności przeprowadzania operacji poznawczych i uruchamiania procesu myślenia. Jest to mechanizm «wbudowany» w nasz mózg.

Neurony lustrzane związane z ruchem

Na przełomie lat 80 i 90 ubiegłego wieku grupa włoskich naukowców z Uniwersytetu w Parmie, z Giacomo Rizzolattim na czele odkryła **neurony lustrzane** (*mirror neurons system – MNS*) w części struktur mózgu, które odpowiedzialne są za empatię i zostały wymienione powyżej: w płaciku ciemieniowym dolnym (*inferior parietal lobule – IPL*) i zakręcie czołowym dolnym (*inferior frontal gyrus – IFG*), [7, 8]. Rizzolatti zaobserwował, że w trakcie badania mózgu makaka rozłupującego orzechy, aktywuje się w badanym mózgu ściśle określona część. Podczas przerwy w badaniach, gdy aparatura była wyłączona, a małpa obserwowała badaczy siedząc nieruchomo, członek zespołu badawczego rozłupał orzech i sam go zjadł. Ku zdumieniu naukowców, aparatura natychmiast ujawniła u makaka aktywację tej samej części mózgu, która była aktywna podczas samodzielnego rozłupywania przez niego orzecha. W ten sposób dokonano niezwykle ważnego odkrycia [7].

Neurony lustrzane to takie neurony, które aktywują się podczas obserwacji innego osobnika w taki sam sposób, jak podczas własnego doznawania tych samych emocji, wykonywania tych samych czynności, itp. Neurony te występują również u ludzi, a mechanizm ich działania opiera się na zasadzie «lustra» – mimo, że człowiek sam nie wykonuje czynności, to gdy patrzy, jak czyni to ktoś inny, w jego mózgu dochodzi do aktywacji tego samego szlaku neuronów, jak w przypadku samodzielnego wykonania takiego ruchu [9].

W późniejszych badaniach ustalono, że aktywacja neuronów lustrzanych jest automatyczna. Ich aktywność umożliwia zrozumienie innej osoby [10].

Jeszcze ciekawszy wydaje się fakt, że intensywność uaktywniania się neuronów zależy od zamiarów i efektów obserwowanego zachowania innej osoby. Na przykład neurony lustrzane uaktywniają się bardziej intensywnie, gdy obserwowana osoba podnosi szklankę, by wypić znajdujący się w niej płyn, niż wówczas, gdy podnosi szklankę bez żadnego widocznego celu. Obserwujący doświadcza nie tylko samego zachowania nie obserwowanego, lecz także automatycznie łączy je z celem. Tłuma-

czy to ważne spostrzeżenie, że zamiar wykonania jakiejś czynności jest czytelny wyłącznie na bazie zdobytych wcześniej przez obserwującego doświadczeń.

Nurony lustrzane związane ze zmysłami

Dotyk

Inny rodzaj neuronów lustrzanych inicjujących empatię związany jest z dotykiem. Kiedy ktoś dotyka własnej ręki, wówczas dochodzi do pobudzenia neuronów w jego korze somato–sensorycznej, w czuciowej części mózgu. Te same neurony zostają również pobudzone, kiedy osoba ta patrzy na inną osobę, która jest dotykana w tym samym miejscu. W ten sposób rodzi się współodczuwanie z dotykaną osobą.

Mechanizm opisany powyżej może wyjaśnić bardzo ciekawe zjawisko dotyczące bólu fantomowego. Ból ten polega na tym, że np. po amputacji kończyny dolnej, pacjent odczuwa ból w nieistniejącej już stopie. Natomiast wtedy, gdy będzie obserwował masowanie stopy u innej osoby, odczuje ulgę we własnym bólu [11].

Słuch

Neurony lustrzane są aktywowane również przez usłyszany dźwięk, rozmowę lub tylko jej fragment. Na przykład większość neuronów lustrzanych reagujących podczas obserwowania jak inna osoba ostrzy nóż, aktywuje się także na sam dźwięk ostrzenia noża [12].

Węch

Kolejnym zmysłem, który jest pobudzany i jednocześnie aktywuje neurony lustrzane jest węch. Badania przeprowadzone metodą fMRI wykazały, że zarówno bezpośrednie wąchanie nieprzyjemnych zapachów, jak i obserwowanie osoby zde gustowanej zapachem prowadzą do pobudzenia analogicznych obszarów wyspy i przedniej części zakrętu obręczy, związanych z percepcją emocji wstrętu [13].

Nurony lustrzane związane z wyobrażeniem sobie danego zachowania

Stwierdzono, że czasem bodźce zmysłowe są niepotrzebne. Wystarczy już tylko wyobrażenie sobie danego zachowania, by neurony lustrzane podjęły aktywność.

Z punktu widzenia neurofizjologa fundamentem empatii jest więc funkcjonowanie następującego mechanizmu: w czasie obserwacji innej osoby lub jedynie wyobrażania sobie jej zachowania, u obserwatora aktywność podejmują te same neurony, które stają się czynne wtedy, kiedy on sam podejmuje obserwowane lub wyobrażane działania. W tym momencie aktywności neuronalne mózgów: osoby rzeczywiście coś przeżywającej i osoby ją obserwującej (lub wyobrażającej sobie tę sytuację) są do siebie zbliżone i stanowią podstawę do współodczuwania, będącego kluczowym elementem empatii [14].

Neurony lustrzane związane z emocjami

W badaniach z użyciem funkcjonalnego rezonansu magnetycznego (*fMRI*), w których osoby badane naśladowały ekspresje mimiczne różnych emocji lub obserwowały ekspresje mimiczne innych ludzi, dochodziło do zwiększenia aktywności w tych samych obszarach w mózgach badanych osób i obserwowanych osób [14, 15].

Neurony lustrzane pozwalają wejść w sytuację drugiej osoby. Za ich sprawą naprawdę czujemy to, co czuje inny człowiek. Możemy współodczuwać lub co najmniej naśladować emocje drugiego człowieka [16].

Wnioski z tych badań mogą sugerować, że analogicznie do **ruchowych neuronów lustrzanych**, istnieje w mózgu układ **afektywnych neuronów lustrzanych** związany z procesami emocjonalnymi [17].

Odbieramy i identyfikujemy i takie uczucia jak: onieśmienie, duma, obrzydzenie, poczucie winy czy odrzucenia. Jest to możliwe dzięki neuronom znajdującym się w części mózgu zwanej wyspą.

Nurony lustrzane związane z obietnicami

Obietnice są jednym z najstarszych, specyficznych dla człowieka mechanizmów psychologicznych sprzyjających współpracy i zaufaniu.

Badania dowodzą, że aktywność neuronów pozwala w dużym stopniu uprawdopodobnić, czy ktoś dotrzyma danego słowa, czy nie.

Naukowcy odkryli, że kiedy człowiek łamie dane komuś obietnice, to badania neuroobrazowe mózgu rejestrują mechanizmy fizjologiczne, a wzorce aktywności mózgu pozwalają nawet na to, żeby przewidywać, czy ktoś złamie obietnicę w przyszłości.

Wyniki badań wykazały, że złamanie obietnicy jest związane ze zwiększoną aktywnością w 46 polu Brodmanna, czyli w grzbietowo-brzuszej części kory przedczołowej (*DLPFC*). Ta część mózgu odpowiada za planowanie, myślenie koncepcyjne, rozwiązywanie problemów, a także za świadomość relacji jednostki z otoczeniem. Łamanie obietnic wiąże się również ze zmianami aktywności w ciele modzelowatym (*ACC*) i ciele migdałowatym. Ponadto naruszenie obietnicy może być sygnalizowane wcześniej przez zmianę aktywności mózgu w przednim płacie wyspy, *ACC* oraz w zakrętach czołowych [18].

W eksperymencie Baumgartnera i wsp. złamanie przysięgi prowadziło do korzyści finansowych dla wiarołomnych i kosztów w przypadku oszukanych. Okazało się, że niedotrzymaniu słowa przez wiarołomnych towarzyszyła wzmożona aktywność w wyżej wymienionych obszarach. Naukowcy przypuszczają, że niesłowność uruchamia konflikt emocjonalny, który stanowi skutek tłumienia uczciwej reakcji. Choć w momencie składania przysięgi wszyscy badani zachowywali się tak samo (zaklinali się na wszystko, że dotrzymają słowa), przyszłych nieuczciwych już wtedy zdradzała często wzmożona aktywność mózgu [18].

Hewitt w 2013 roku przeprowadził badanie neuroobrazowe mózgu związane ze

wzrostem aktywności neuronów w grupie osób wysokiego ryzyka zachowań antyspołecznych, wskazując czynniki, które zapowiadają nawrót takich zachowań [19].

Powyższe odkrycia pozwalają spekulować, że w przyszłości pomiar aktywności mózgu będzie można wykorzystać nie tylko do ujęcia winnych, ale nawet w ramach działań prewencyjnych, do uprawdopodobnienia zamiaru dokonania oszustwa czy przestępstwa innego rodzaju.

Rodzi się jednak pytanie natury etycznej: «Czy można ingerować tak głęboko w ludzką istotę?» Na razie, na pewno nie, bowiem wiemy zbyt mało na temat aktywności i metabolizmu układów neuronalnych w mózgu, a pochopne wnioski mogłyby prowadzić do niewyobrażalnych szkód. Do tej pory istnieje za mało danych na temat działania neuronów lustrzanych, czy neuronów w obwodach empatii w chorobach przewlekłych, w depresji, chorobach psychicznych, neurodegeneracyjnych, w trakcie przyjmowania alkoholu, narkotyków, leków uspokajających, przeciwdepresyjnych i psychotropowych, w anoreksji itd. W związku z tym, należy być bardzo ostrożnym w interpretacji badań neuroobrazowych oraz interpretacji wyników pochodzących z wykrywaczy kłamstw i tym podobnych urządzeń.

Zaburzenia neuronów lustrzanych

Zaburzenia w funkcjonowaniu neuronów odpowiedzialnych za empatię mogą mieć charakter przewlekły lub chwilowy.

Osoby pozbawione empatii w sposób przewlekły mają ogromne problemy z samymi sobą, są też powodem wielkiego cierpienia innych osób z otoczenia. Są to głównie ludzie z osobowością psychopatyczną, ludzie po wypadkach, w których doszło do uszkodzenia mózgu oraz ludzie chorzy na różne schorzenia psychiatryczne i neurologiczne. Pojęcia «przewlekłe» używam dlatego, że nie zgadzam się z opiniami ostatecznie determinującymi cechy człowieka. Uważam, że tak, jak znane są przypadki wyzdrowienia z «nieuleczalnej» choroby, tak można przypuszczać, że nawet w wypadku stwierdzenia zerowego poziomu empatii, nie można do końca wykluczyć możliwości jego zmiany w przyszłości.

Przejściowe obniżenie empatii jest odwracalne, może pojawić się u każdego zdrowego człowieka w sytuacjach trudnych emocjonalnie.

Neurony lustrzane odgrywają ważną rolę w patofizjologii niektórych chorób neuropsychiatrycznych, w tym w zaburzeniach ze spektrum autyzmu (*autism spectrum disorders — ASD*), do których należy: autyzm, zespół Aspergera i nieswoiste całościowe zaburzenia rozwojowe. Wyniki badań wskazują także na zmniejszenie aktywności neuronów lustrzanych w zaburzeniach zachowań społecznych, schizofrenii, stwardnieniu zanikowym bocznym itd.

Zaburzenia ze spectrum autyzmu

Od początku XXI wieku większość badań epidemiologicznych podaje wielkość rozpowszechnienia ASD na poziomie 62 / 10 000 [20].

Chłopcy chorują 4–krotnie częściej niż dziewczynki i w ciągu ostatnich 20 lat wskazuje się na znaczny wzrost chorobowości [21]. W Nowym Jorku stwierdzono 700% wzrost przypadków autyzmu pomiędzy rokiem 1992 a 2010 [22].

Można odnieść wrażenie, że wzrost liczby osób autystycznych, spowoduje zaburzenie równowagi w społeczeństwie, bowiem procentowo liczba osób z niskim poziomem empatii będzie rosła. Rybakowski i wsp. zwracają jednak uwagę na to, że oprócz rzeczywistego wzrostu występowania takich przypadków, częstość rozpoznawania ASD może zwiększać się także z innych powodów, jak: większa świadomość klinicystów, doskonalenie narzędzi skринingowych i diagnostycznych, rosnące uwrażliwienie klinicystów różnych specjalności, w tym lekarzy pierwszego kontaktu, na wczesne objawy sugerujące ryzyko ASD [23]. Trudno nie zgodzić się z takim punktem widzenia, niemniej wzrost zachorowań na autyzm jest faktem, jak sam podkreśla prof. Rybakowski. Z drugiej strony, oprócz tych chorych, odnotowujemy wzrost liczby osób ze zmniejszonym poziomem empatii. W tej sytuacji należy podjąć zdecydowane kroki w kierunku rozwoju empatii w społeczeństwie, aby przeciwdziałać zaburzeniu równowagi, które może mieć katastrofalne skutki.

Dzięki badaniom elektroencefalograficznym (EEG), badaniom przy użyciu funkcjonalnego rezonansu magnetycznego (*functional magnetic resonance imaging, fMRI*) i przezczaszkowej stymulacji magnetycznej (*transcranial magnetic stimulation, TMS*), możemy stwierdzić, że **u wszystkich osób z zaburzeniami ze spektrum autyzmu dochodzi do dysfunkcji neuronów lustrzanych.**

Deficyty te są tym bardziej widoczne, im większe znaczenie społeczne mają zlecone badanym do wykonania podczas eksperymentów zadania lub im bardziej wiążą się ze sferą emocjonalną. Obiecujące badania Perkinsa i wsp. wykazały, że interwencje ukierunkowane na stymulowanie neuronów lustrzanych mogą poprawić funkcjonowanie społeczne oraz rokowanie w ASD [24].

Autyzm

Zaburzenia w funkcjonowaniu neuronów lustrzanych u osób dotkniętych autyzmem, naukowcy przypisują nieprawidłowemu funkcjonowaniu ośrodków w mózgu, w których one występują. Wnioskuje się, że osoby takie mają przez to m.in. zaburzone interakcje społeczne i komunikację.

W najnowszym piśmiennictwie wiele prac naukowych poświęconych jest genezie autyzmu u dzieci, których matki w czasie ciąży przeżywają traumatyczne wydarzenia i przewlekły stres. Wzrasta wówczas stężenie kortyzolu i testosteronu we krwi matki i we krwi płodu, a wzrost stężenia testosteronu dodatnio koreluje z nasileniem objawów autyzmu. Z kolei spadek stężenia testosteronu koreluje z prawidłowym rozwojem społecznym i prawidłowym rozwojem empatii [25, 26].

Osoby autystyczne mają problemy z postrzeganiem zachowań jako intencjonalnych. Nie rozumieją, że obserwowany człowiek wsiada do samochodu, bo chce nim odjechać, wchodzi do sklepu, bo chce zrobić zakupy itd. Ludzie autystyczni mają obniżoną aktywność neuronów lustrzanych w zakręcie czołowym dolnym,

tj. części kory przedruchowej mózgu, co może tłumaczyć ich niezdolność do oceny zamiarów innych osób. Zaburzenia działania neuronów lustrzanych w wyspie i korze przedniej części obręczy mózgu mogą także tłumaczyć niski poziom empatii, a niedobory w zakręcie kątowym — trudności językowe [27, 28].

W badaniach opublikowanych przez Enticotta i wsp. porównano osoby autystyczne z osobami zdrowymi. Przy pomocy przezczaszkowej stymulacji magnetycznej (TMS) badacze oceniali czas odpowiedzi neuronów lustrzanych na obserwowane działania z dokładnością pomiaru do milisekund. Podczas obserwowania gestów osoby z autyzmem wykazały opóźnioną i osłabioną reakcję na pobudzenie kory ruchowej w porównaniu z grupą osób zdrowych. System neuronów lustrzanych był u nich mniej aktywny. Ponadto mniejsza aktywność neuronów lustrzanych wskazywała na większe upośledzenie społeczne.

Peter Enticott zapewnia, że obecnie jego zespół prowadzi intensywne badania nad nieinwazyjną stymulacją mózgu, która może być kiedyś stosowana do zwiększenia aktywności neuronów lustrzanych u osób z autyzmem. Można więc mieć nadzieję na istotne implikacje terapeutyczne w przyszłości [29].

Naukowcy z Uniwersytetu w Pittsburgu zapowiadają wręcz przełom w diagnostyce autyzmu. Jak donoszą, opracowana przez nich metoda, wykorzystująca badania aktywności mózgu, pozwala wykryć to zaburzenie nawet z 97% prawdopodobieństwem. Profesor Just tłumaczy: «Proszony o myślenie o przekonywaniu, przytulaniu, czy uwielbianiu kogoś, zdrowe osoby uwzględniają w tym siebie, uznają się za element tego kontaktu. W przypadku osób z autyzmem, takie myśli traktowane są w czysto słownikowy sposób, bez osobistego zaangażowania». Na podstawie badań naukowcy dowiedli, że mózg osoby z autyzmem może być odmienny, odmienna może być jego aktywność, ale także odmienny może być sposób, w jaki tworzą się w nim myśli. Można powiedzieć, że tak zidentyfikowano «myślowy marker autyzmu». Jest to pierwsza metoda, która pozwala na diagnozę w oparciu o analizę procesów biologicznych, a nie tylko zachowania pacjenta [30].

Odkrycie dysfunkcji neuronów lustrzanych u osób autystycznych stwarza więc nowe perspektywy diagnozowania i leczenia autyzmu.

Zespół Aspergera

Innym zaburzeniem powstałym już w życiu płodowym jest zespół Aspergera. Po raz pierwszy zostało ono opisane przez Hansa Aspergera, austriackiego psychiatrę i pediatrę w 1943 roku, lecz dopiero w połowie lat 80–tych XX wieku zostało zdefiniowane jako jednostka chorobowa.

Zespół Aspergera trwa przez całe życie, choć wraz z upływem czasu i podejmowaniem działań terapeutycznych część objawów łagodnieje. Niestety często współtowarzyszą mu inne zaburzenia. Chorzy mają większą podatność na schizofrenię, ADHD, zaburzenia obsesyjno–kompulsyjne, tiki, depresję, zaburzenia lękowe.

Osoby z zespołem Aspergera charakteryzują się trudnościami w kontaktach międzyludzkich, skłonnościami do wąskich, czasem obsesyjnych zainteresowań,

silną niechęcią do akceptowania zmian oraz **niskim poziomem empatii przy wysokim poziomie inteligencji racjonalnej i kompetencji językowej**. Nie rozumieją cudzych intencji, nie zwracają uwagi na zainteresowania innych, nie stosują się do ogólnie przyjętych wymagań, robią wrażenie osób bezmyślnych, nieuprzejmych, nie potrafiących okazać szacunku osobom trzecim. Są to błędne oceny osób z zewnątrz, ponieważ zachowania te są nieświadome i wynikają z istoty samego zaburzenia, jednostki chorobowej, jaką jest zespół Aspergera.

Mimo wielu różnic, zespół Aspergera bywa określany łagodniejszą formą autyzmu, w której stwierdza się zaburzenia w genie GABRB3 kontrolujący działanie neuroprzekaźnika GABA (*kwas gamma-aminomastowy*), potrzebnego do zapewnienia równowagi aktywności komórek nerwowych. Warianty genu GABRB3 odgrywają rolę nie tylko w rozwoju zespołu Aspergera, ale także mają związek z obniżonym poziomem empatii [31]. Osoby chorujące na zespół Aspergera można uczyć empatii, odwołując się do ich inteligencji racjonalnej i wyjaśniać im skutki niektórych ich działań, które mogą być krzywdzące dla innych osób. Jest to nie tylko możliwe, ale i dużo prostsze niż u osób chorujących na autyzm.

Schizofrenia

Od dawna wiadomo, że chorzy na schizofrenię charakteryzują się nieprawidłowościami w odczuwaniu empatii. Badania przeprowadzone przez Francesco Benedettiego i wsp. przy użyciu funkcjonalnego rezonansu magnetycznego (*fMRI*) dowiodły, że osoby chore na schizofrenię tym gorzej radziły sobie z testami sprawdzającymi zdolność do empatii, im większe zaburzenia występowały w ich górnym prawym płacie skroniowym (*BA 22–42*), w lewym skrzyżowaniu skroniowo–ciemieniowym (*BA 38 and 39*) oraz w substancji białej, w sąsiedztwie przyśrodkowej kory przedczołowej (*BA 10*). Wykazano także zmniejszoną objętość substancji szarej w prawym płacie skroniowym [32].

Zdaniem badaczy zmiany aktywności neuronów oraz zmiany anatomiczne w mózgu osób chorych na schizofrenię stanowią punkt wyjścia do zrozumienia mechanizmów odpowiedzialnych za doświadczane przez nich problemy w funkcjonowaniu w społeczeństwie i nieprawidłowy przebieg procesów myślowych.

Obecne badania wskazują także, że zaburzenie aktywności neuronów lustrzanych może występować u pacjentów ze schizofrenią podczas aktywnej fazy choroby (psychozy). Im większe zaburzenia w obrębie neuronów lustrzanych, tym cięższa postać psychozy [33].

Stwardnienie zanikowe boczne

Najnowsze badania z 2015 roku dotyczące stwardnienia zanikowego bocznego wskazują także na dysfunkcję neuronów lustrzanych. Prawdopodobnie dysfunkcja ta przyczynia się do zaburzeń ruchowych, zaburzeń w gestykulacji, zaburzeń mowy i obniżonej empatii [34].

Osobowość psychopatyczna

W badaniach wielu niezależnych zespołów stwierdzono, że w mózgach osób o osobowości psychopatycznej występują liczne zmiany pod postacią: zmniejszenia istoty szarej w przedniej części płatów czołowych, zmniejszenia tylnej części hipokampa, spadku aktywności neuronów w płatach czołowych, zredukowania perfuzji krwi w płatach czołowych oraz zaburzeń anatomicznych i czynnościowych w obrębie jąder migdałowych [35, 36].

Badania dowodzą także, że zmiany anatomiczne w tych właśnie regionach mózgu potęgują negatywne emocje, czym możemy tłumaczyć następującą z upływem czasu eskalację agresji i przemocy u osób psychopatycznych [37].

Należy podkreślić, że osoby z osobowością psychopatyczną mają niski lub zerowy poziom empatii i charakterystyczne dla nich jest dopuszczanie się przemocy w rodzinie, molestowania moralnego, seksualnego, mobbingu, a także ciężkich przestępstw jak: zabójstwa, gwałty itp. [38].

Im poważniejsze są zmiany w funkcji neuronów lustrzanych w ośrodkowym układzie nerwowym, tym występuje większe natężenie cech psychopatycznych [39]. Jeżeli w czasie ciąży traumatyczne przeżycia matki spowodują rozległe zmiany anatomiczne i funkcjonalne w jej mózgu i w mózgu płodu, to istnieje prawdopodobieństwo urodzenia dziecka z osobowością psychopatyczną [40].

Lecz nawet wtedy, kiedy ciąża przebiegała prawidłowo, wpływy środowiskowe odgrywają duże znaczenie już po urodzeniu się dziecka. Badania wykazały, że silne, traumatyczne przeżycia dziecka mogą przyczynić się do mutacji w obrębie genomu. U niekochanych, maltretowanych chłopców dochodzi do mutacji genu monoaminooksydazy A (*MAOA*). Istnienie mutacji tego genu można wykorzystać jako wskaźnik ryzyka zachowań psychopatycznych, gdyż udowodniono, że wzrasta wtedy możliwość, że chłopcy ci wyrosną na brutalnych psychopatów o niskim poziomie empatii [41].

Należy pamiętać o tym, że badania osób z osobowością psychopatyczną są bardzo trudne, gdyż w wypełnianych przez nich kwestionariuszach może dojść do zafałszowania wyników. Wysoka inteligencja racjonalna pomaga im rozpoznać cel badania i odpowiadać na pytania tak, by pokazać siebie w lepszym świetle, pozyskać aprobatę społeczną oraz poprawić własny wizerunek. W związku z tym, **nowoczesne badania osób wykazujących osobowość psychopatyczną powinny opierać się nie tylko o badania kwestionariuszowe, ale także o badania neuroobrazowania mózgu.**

Zrozumienie neurofizjologii i neuropatologii pozwoli, być może, na rozwój metod psychoterapeutycznych opartych na empatii między pacjentem a terapeutą. Ponadto niektórzy autorzy twierdzą, że techniki oparte na stymulacji układu neuronów lustrzanych mają korzystne działanie w leczeniu pacjentów po udarze mózgu ze stwierdzonymi deficytami motorycznymi.

Neurony lustrzane mogą także służyć jako podstawa do opracowania nowych terapii poznawczych. Konieczne są jednak dalsze badania w celu dokładnego wyjaśnienia mechanizmów działania i poznania ich funkcji w rozwoju niektórych chorób neuropsychiatrycznych [42].

Badania neuronów lustrzanych stwarzają zupełnie nową perspektywę dla zrozumienia rozmaitych zaburzeń i chorób psychicznych. Dają szansę na szybszą diagnozę i wcześniejsze wdrożenie terapii, zanim jeszcze pojawią się czytelne zmiany w zachowaniu pacjenta.

Wreszcie, mogłyby znaleźć także zastosowanie kliniczne w ćwiczeniach rehabilitacyjnych [43].

Neurony kanoniczne

Neurony lustrzane należy odróżnić od neuronów kanonicznych, które aktywizują się, kiedy działanie nakierowane jest na przedmiot (a nie działanie) i kiedy następuje wzrokowa percepcja tego przedmiotu. W badaniach Rizzolattiego i wsp. ta grupa neuronów aktywowała się wówczas, gdy osobnik wykonywał jakąś czynność (np. chwytania piłki), jak i wtedy, gdy widział sam obiekt, w stosunku do którego można podjąć czynność (np. piłkę, którą można złapać) [44]. Neurony kanoniczne reagują na wizualne aspekty trójwymiarowych przedmiotów.

Neurony von Economo

Empatia jest zintegrowana z samoświadomością w tych samych sieciach neuronalnych. Kiedy neurony lustrzane i inne obwody interakcji społecznych tworzą w mózgu rekonstrukcję tego, co dzieje się z inną osobą, struktura mózgu zwana wyspą podsumowuje to wszystko. W empatii mieści się akt samoświadomości — żeby odczytać innych, musimy się wczuć w siebie [45].

Komórki występujące w naszym mózgu, odpowiedzialne za samoświadomość, to neurony von Economo (*von Economo neurons*, *VENs*) to [46]. Odkrywcą tych szczególnych neuronów był rumuńsko-austriacki lekarz neurolog Constantin von Economo (1876–1931), trzykrotnie nominowany do nagrody Nobla. U ludzi neurony te są duże, wrzecionowate, dwubiegunowe i w największej liczbie występują w 5 warstwie kory przedniej zakrętu obręczy i kory czołowo-wyspowej. Niedawno wykazano obecność neuronów o podobnej morfologii również w korze przedczołowej [47].

Profesor John Allman uważa, iż neurony wrzecionowate to neurony, «które decydują o tym, że jesteśmy ludźmi». Odpowiadają za złożone emocje oraz za naszą zdolność do współpracy jak i do oszustwa. Jak dowodzi, orangutany mają tylko kilka neuronów wrzecionowatych, a ludzie — kilkaset tysięcy. Ponadto neurony wrzecionowate mają długie wypustki, dzięki czemu mogą kontrolować duże obszary kory mózgowej oraz są zaangażowane w intuicyjną ocenę sytuacji czy osób w kontekście społecznym. Wysyłają do poszczególnych części mózgu informację: «to mi się podoba» lub «to mi się nie podoba» [48, 49]. Komórki te umożliwiają łączność między korą przedczołową a wyspą, czyli między obszarami aktywnymi zarówno w chwilach introspekcji jak i empatii. Dzięki tej «społecznej superautostradzie» w mózgu możemy poznawać swoje i cudze emocje, a także poddawać je refleksji i kontroli [50]. Neurony te mogą pełnić kluczową rolę w ludz-

kiej świadomości i w zaburzeniach psychicznych, w tym w autyzmie i specyficznych formach demencji.

Neurony TPJ

Za blokowanie empatii odpowiedzialne są neurony zlokalizowane w skrzyżowaniu skroniowo–ciemieniowym (*temporo-parietal junction*, *TPJ*). Pełnią bardzo ważną rolę, gdyż służą zachowaniu równowagi w empatii. Dzieje się tak wtedy, kiedy lekarz musi wykonać bardzo bolesny zabieg, ratując życie pacjentowi. Wówczas biologia przychodzi mu z pomocą. **Mózg człowieka posiada niezwykle umiejętność blokowania automatycznych reakcji na ból i cierpienie u innych osób, poprzez jednoczesne zwiększenie koncentracji i uwagi na wykonywanym zadaniu** [51, 52]. Neurony TPJ pomagają lekarzowi w tych momentach, w których blokowanie empatii jest nieodzowne. Na szczęście zjawisko to jest odwracalne, więc lekarz nie musi bać się własnej wrażliwości, wręcz przeciwnie, powinien całe życie rozwijać w sobie zdolność do empatii.

Kiedy zaczynamy być zdolni do empatii?

Zdolność do empatii zależy głównie od sprawnie działających neuronów w mózgu. Ludzie w znacznym stopniu dziedziczą zdolność do empatii po swoich rodzicach. Udział odziedziczonych zdolności zawiera się w granicach 40–50% [53]. Pozostałe 50–60% empatycznych zdolności zależy od czynników, które działają już w życiu płodowym (wpływ traumatycznych przeżyć kobiety ciężarnej na rozwój płodu), jak i po urodzeniu, w trakcie całego życia (choroby, urazy, wpływ szerokiej gamy czynników środowiskowych).

Z licznych badań przeprowadzanych na całym świecie wiemy, że w ciąży emocje matki kształtują u płodu synapsy, a wydzielane przez matkę hormony stresu i neuroprzekazniki modyfikują rozwój mózgu dziecka [54, 55, 56, 57, 40].

Już w życiu płodowym kształtują się w mózgu neurony, które są odpowiedzialne za empatię. Jeżeli kobieta ciężarna przeżywa w czasie ciąży dramatyczne wydarzenia i jest pod wpływem przewlekłego stresu, wówczas dochodzi do licznych zmian biochemicznych, fizjologicznych i anatomicznych w mózgu jej dziecka [40]. W skrajnych przypadkach może nawet dojść do atrofii, czyli zaniku neuronów w wielu strukturach mózgu dziecka, bądź do spadku aktywności wielu układów neuronalnych, co może być przyczyną braku lub znacznego osłabienia zdolności do empatii już po urodzeniu się dziecka i w jego przyszłym życiu. Dziecko takie może urodzić się z autyzmem lub zespołem Aspergera. Może także dojść do podobnych zmian, czyli ubytków tkanki nerwowej lub obniżenia aktywności neuronów, które co prawda nie będą przyczyną żadnej konkretnej choroby, ale wpłyną na zaburzenia w kierunku osobowości psychopatycznej [26, 58, 59, 40, 38].

Ważny jest więc zarówno zasób jak i aktywność neuronów z jakimi się rodzimy, a poziom zdolności do empatii nie jest jednakowo dany każdemu człowiekowi w chwili urodzenia.

Empatia rozwija się w czasie, od najmłodszych lat dzieciństwa aż do śmierci. Aby dziecko mogło nauczyć się empatii potrzebna mu jest przede wszystkim miłość. We wczesnym dzieciństwie empatyczne współprzeżywanie stanów psychicznych otoczenia stanowi najpierw jedyny, a potem — przez kilka lat — najważniejszy sposób komunikowania się z innymi ludźmi. Właśnie z tego powodu dopiero co narodzone dzieci płaczą, gdy słyszą płacz innych noworodków. Reaktywny płacz niemowląt (kiedy dziecko zaczyna płakać, ponieważ inne dzieci płaczą) badacze nazywają prymitywnym przejawem empatii — tzw. **emocjonalnym zarażeniem**. Badania dowodzą, że dziewczynki niż chłopcy reagują częściej w ten sposób na płacz innych niemowląt [60]. Wynika to między innymi z różnic w liczbie neuronów lustrzanych determinowanych przez płeć. Stwierdzono, że u płci żeńskiej występuje więcej istoty szarej w części wieczkowej kory przedczołowej oraz w płaciku ciemieniowym dolnym, tj. w obszarach bogatych w neurony lustrzane, niż w tych samych obszarach u płci męskiej. Różnice w neuroanatomii i neurofizjologii wyjaśniają, dlaczego kobiety silniej od mężczyzn współodczuwają z innymi osobami [61, 62, 63].

Dzięki empatii niemowlęta potrafią emocjonalnie porozumieć się z matką. Wraz z rozwojem poznawczym empatia przybiera coraz bardziej złożoną formę, pojawia się pamięć emocji i zdolność dostrzegania podobieństwa między czymś stanem a własnymi doświadczeniami. W późniejszym okresie życia, po opanowaniu mowy i zdolności przyjmowania czyjejś perspektywy, reagujemy empatycznie nie tylko w danej chwili, ale nawet wtedy, kiedy przewidujemy działania innych ludzi.

Inteligencja emocjonalna

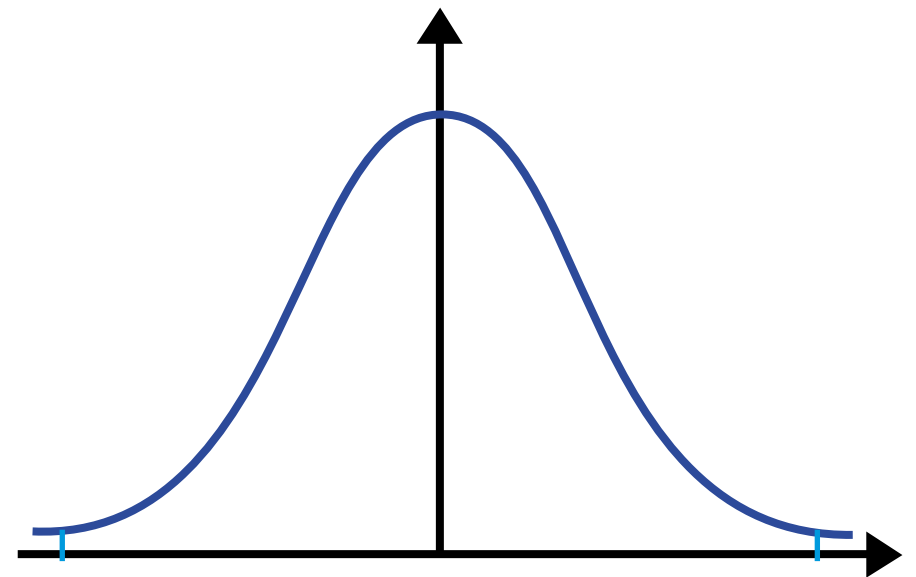
Inteligencja emocjonalna wpływa na relacje z innymi, umiejętność radzenia sobie ze stresem i satysfakcję z życia, pomaga w lepszym funkcjonowaniu w społeczeństwie i podnosi jakość kontaktów interpersonalnych [64]. Jednym z kluczy do uruchomienia inteligencji emocjonalnej jest zrozumienie **własnych emocji** oraz panowanie nad nimi, a kolejnym rozumienie **cudzych emocji** (empatia) ułatwiające dobrą relację z otoczeniem.

Chcąc zrozumieć czym jest ludzka inteligencja, można wyobrazić ją sobie jako górę lodową. To, co wystaje z powierzchni wody, czyli zdecydowanie mniejsza część, to **inteligencja racjonalna** (IQ), zasób naszej wiedzy, który możemy oznaczyć badając iloraz inteligencji (IQ). To, co ukryte jest pod powierzchnią wody, to **inteligencja emocjonalna** (EQ), która jest znacznie ważniejsza. Obserwuje się, że nawet ludzie z wysokim IQ nie zawsze dobrze radzą sobie w życiu, a czynnikiem osiągnięcia sukcesu życiowego nie jest jedynie wiedza i intelektualne zdolności, lecz głównie inteligencja emocjonalna (EQ).

Ludzie o wysokim EQ mają możliwość wglądu we własne stany emocjonalne, potrafią je nazywać, kontrolować oraz efektywnie wykorzystywać w obszarach funkcjonowania osobistego, społecznego i zawodowego. Częściej też odnoszą sukcesy w pracy oraz w życiu osobistym. Inteligencja emocjonalna ułatwia rozumienie

reakcji emocjonalnych innych osób, umożliwia identyfikowanie tych emocji i empatyczne reagowanie na nie.

Według Daniela Golemana inteligencja emocjonalna obejmuje: **samokontrolę** (umiejętność kontrolowania własnych emocji), **samoświadomość** (np. znajomość własnych słabości), **motywację** (umiejętność stymulowania samego siebie, by osiągnąć postawiony sobie cel), **umiejętności społeczne** (umiejętność budowania dobrych relacji z innymi ludźmi,) i **empatię** [64].



Ryc. 1. Rozkład normalny empatii — opracowanie własne, na podstawie [65].

Na wykresie można przedstawić, jaki poziom empatii prezentują ludzie [65]. Jest to tzw. rozkład normalny, zwany też rozkładem Gaussa lub krzywą Gaussa. Większość przypadków jest bliska średniemu wynikowi, a im dany wynik bardziej odchyła się od średniej tym jest mniej reprezentowany. Około 68% obserwacji znajduje się blisko średniej statystycznej, są to osoby o średnim poziomie empatii, zaś wraz z odsuwaniem się od średniej krzywa Gaussa opada i wartości skrajne (na krańcach krzywej) reprezentowane są przez znikomy procent obserwacji. Są to osoby z zerowym poziomem empatii oraz osoby z najwyższym poziomem empatii, w granicach 6 punktów.

POZIOM «0»

Całkowity brak empatii. Na tym poziomie człowiek popełnia przestępstwa: zabójstwa, napaści, gwałty, tortury. Nie ma poczucia winy!!!

POZIOM «1»

Jest zdolny do krzywdzenia innych, ale może odczuwać żal, gdy popełni czyn haniebny!!! Kiedy coś go rozżłości, wpada w szal i nie potrafi powstrzymać się przed

krzywdzeniem innych. W takiej chwili pragnienie «zniszczenia wroga» jest tak silne, że nie powstrzymuje go przed żadnym okrucieństwem.

POZIOM «2»

Krzyczy i rani innych, ale zdaje sobie sprawę, że zrobił coś złego. Potrzebuje jasnego komunikatu aby uświadomić sobie, że posunął się za daleko. Popelnia liczne gafy «oj, ale przytyłaś». Takie zachowania mogą być przyczyną zerwania związków lub utraty pracy.

POZIOM «3»

Ma problemy z empatią, jest tego świadomy i próbuje to ukryć. Unika takich zawodów i takich sytuacji, w których wyrażanie empatii jest nieuniknione. Interakcje społeczne sprawiają mu trudność. Rozmowy towarzyskie są dla niego koszmarem. Z przyjemnością wraca do domu, bo nie musi już nikogo udawać.

POZIOM «4»

Przeciętny poziom empatii. Nie lubi prowadzić rozmów na temat emocji. Zawierane przyjaźnie opierają się w większym stopniu na wspólnych działaniach i zainteresowaniach niż na bliskości emocjonalnej.

POZIOM «5»

Ponadprzeciętny poziom empatii. Przyjaźnie opierają się przede wszystkim na bliskości emocjonalnej, zwierzeniach, wsparciu, współczuciu. Osoba taka jest dużo bardziej uważna w interakcjach z innymi w pracy i w domu.

POZIOM «6»

Wysoki poziom empatii. Troszczy się o innych, skupia się na ich uczuciach, troszczy się o nich, wspiera. Zaniedbuje siebie, by pomóc innym.

Niski poziom empatii

Osoba z niskim poziomem empatii staje się zdolna do ranienia innych, może być bezlitosnym, pozbawionym sumienia katem dla społeczeństwa i być powodem cierpienia, czasem ogromnej liczby innych ludzi.

Należy wyraźnie podkreślić, że w licznych badaniach naukowych stwierdzono nieprawidłowości w budowie jak i funkcjonowaniu mózgu u osób z niskim poziomem empatii. Mózg osoby z zerowym poziomem empatii różni się od mózgu osoby bez takich zaburzeń nie tylko zmianami w istocie szarej, ale także w istocie białej, szczególnie w tzw. pęczku haczykowatym. Pęczek haczykowaty łączy ciało migdałowate z korą przedczołową, czyli struktury odpowiedzialne między innymi za empatię. Okazało się, że nie tylko mikrostruktura pęczka haczykowatego u osób zaburzonych znacząco różniła się od grupy kontrolnej, ale zmiany korelowały z wynikiem diagnostycznym psychopatii — były wprost proporcjonalne do wyniku uzyskanego w skali psychopatii Hare'a PCL-R (66).

Moment, w którym uprzedmiotowiamy drugą osobę, przy równoczesnym wyłączeniu wrażliwości na jej emocje, jest początkiem drogi ku zerowemu poziomowi empatii. Taki stan umysłu umożliwia podejmowanie coraz bardziej krzywdzących zachowań.

Najczęściej ludzie z niskim poziomem empatii byli krzywdzeni w dzieciństwie. Wykonując nowoczesne badania prospektywne, polegające na badaniach mózgów osób krzywdzonych w dzieciństwie po wielu latach, można wykazać, że w ich mózgach doszło do dużych zmian anatomicznych i funkcjonalnych w obrębie obwodu empatii. Stwierdza się mniejszą ilość istoty szarej w obrębie kory skroniowej, zmniejszoną objętość hipokampa i kory przedczołowej [67, 68].

Badając osoby o osobowości psychopatycznej wykazano ponadto, że oprócz zmian anatomicznych i funkcjonalnych związanych z obwodem empatii, dochodzi jeszcze do czegoś więcej. Kiedy osoby te widzą, jak inni cierpią, dochodzi do pobudzenia układu nagrody (*prążkowia brzuszego*) i wówczas zaczynają odczuwać przyjemność [69].

Z neurobiologicznego punktu widzenia osoby o osobowości psychopatycznej z zerowym poziomem empatii odznaczają się «upośledzonymi» wzorcami aktywności neuronalnej i zaburzonymi mechanizmami, które nie pozwalają im na przyjęcie cudzej perspektywy i zrozumienie cudzego bólu. Na dodatek, mechanizmy te związane są z odczuwaniem przyjemności w trakcie zadawania bólu.

Jednak, kiedy opisujemy akty okrucieństwa jako po prostu złe, tak naprawdę niczego nie wyjaśniamy. Nie zastanawiamy się, jakie są uwarunkowania biologiczne, jak funkcjonują komórki nerwowe w mózgu osób pozbawionych empatii.

Niejednoznaczny jest także pogląd, że wszyscy ludzie pozbawieni empatii są źli. W niektórych wypadkach brak empatii jest bardzo niebezpieczny (np. akty terroru) podczas gdy w innych może oznaczać odmienny sposób interpretowania świata (np. w autyzmie lub w zespole Aspergera).

Ponadto, osoby z niskim poziomem empatii mogą z jednej strony bardzo krzywdzić swoich bliskich, ale... z drugiej strony, mogą wzbogacać społeczeństwo i chronić je dzięki stalowym nerwom, pewności siebie i szybkiemu podejmowaniu decyzji [70].

Ludzi z niskim poziomem empatii spotykamy we wszystkich zawodach, jednakże w niektórych, szczególnie często można ich spotkać. Są to: chirurdzy, żołnierze, szpiedzy, przedsiębiorcy, prawnicy, dziennikarze, pracownicy mediów, kapłani, urzędnicy administracji państwowej [65].

Ludzie z niskim poziomem empatii, z bardzo rozwiniętą, ponadprzeciętną inteligencją racjonalną mają czasem nadzwyczajne zdolności do systematyzowania informacji. To dzięki nim, między innymi, stworzyliśmy różne rozwiązania techniczne, prowadzące do niezwykłych wynalazków, wprowadziliśmy innowacje w różnych dziedzinach nauki, w naukach przyrodniczych, matematyce, inżynierii, muzyce, itd.

Można mieć niski poziom empatii i być «przydatnym» dla społeczeństwa. Cechy takie, jak: narcystyczny obraz własnego ciała, powierzchowny urok, siła

perswazji, bezwzględność, brak wyrzutów sumienia, to również cechy, jakie możemy zauważyć u światowych przywódców.

Według ostatnich badań opublikowanych w 2013 roku, osoby o osobowości psychopatycznej w wyjątkowych przypadkach są jednak zdolne do odczuwania empatii, jeśli się o to starają [71].

Możliwe, że ludzie z osobowością psychopatyczną nie są całkowicie niezdolności do odczuwania empatii, ale mają zmniejszoną skłonność do jej odczuwania.

W badaniu brali udział przestępcy o osobowości psychopatycznej oraz grupa kontrolna. Uczestników poproszono o obejrzenie krótkich filmów przedstawiających interakcje dwóch osób ze zbliżeniem na ich ręce. Nagrania ukazywały różnego rodzaju gesty: neutralne, sugerujące miłość, odrzucenie, bądź zadawanie bólu.

Badania podzielono na trzy etapy:

- 1 / Najpierw badani zostali poproszeni, aby potraktowali scenki tak, jakby właśnie oglądali jeden ze swoich ulubionych filmów;
- 2 / Podczas drugiego seansu mieli za zadanie spróbować postawić się na miejscu jednego z aktorów i zrozumieć jego emocje;
- 3 / W ostatnim etapie badania odegrano sytuacje przedstawione na filmach, ale tym razem uczestnicy badania doświadczali osobiście tego, co aktorzy. Jednocześnie monitorowano aktywność ich mózgów;

Badanie opierało się na obserwacji układu neuronów lustrzanych. Z dotychczasowych badań wiemy, że im słabsza aktywacja tych neuronów, tym niższy poziom empatii. Rezultaty tego badania wykazały, że w trakcie pierwszego seansu system neuronów lustrzanych osób z osobowością psychopatyczną funkcjonował dużo gorzej niż u osób z grupy kontrolnej, co potwierdza zaburzone odczuwanie empatii. Jednakże po przeprowadzeniu kolejnych etapów badania stwierdzono, iż osoby z osobowością psychopatyczną poproszone o próbę wczucia się w sytuację innej osoby, miały prawie tak samo sprawnie działający system neuronów lustrzanych, jak pozostali badani. Meffert i wsp. uważają, że osoby z osobowością psychopatyczną są zdolne do odczuwania empatii, jednak ta umiejętność nie jest aktywowana u nich w sposób spontaniczny [71].

Umiarkowany poziom empatii

Umiarkowany poziom empatii ma największą zdolność przystosowawczą. Dzięki empatii rozwiązujemy konflikty, zwiększamy spójność grupy, w której żyjemy, łagodzimy cierpienie innych ludzi.

Wiele sytuacji wymaga zarówno logicznego myślenia jak i empatii. Większość ludzi wykazuje umiarkowany poziom empatii, co powoduje stabilną równowagę w społeczeństwie. Pomaga w rozwiązywaniu konfliktów i łagodzi cierpienia u innych, a także przyczynia się do dobrego samopoczucia i zadowolenia z życia.

Niezależnie od tego czy chodzi o konflikt rodzinny, konflikt w pracy czy konflikt międzynarodowy, połączenie logiki i empatii jest niezwykle pożądane.

Wysoki poziom empatii

Kiedy poziom empatii jest zbyt wysoki to cena, jaką płaci się za ten «przywilej» jest duża. Osoby posiadające zdolność do empatii na poziomie 6 punktów, czyli najwyżej w skali empatii, są tak bardzo skoncentrowane na innych ludziach, którym chcą pomóc, że zaniedbują siebie samych i nie podejmują zadań rywalizacyjnych w obawie, że kogoś skrzywdzą. Nie zwracają uwagi na siebie, swoje ambicje, rozwój i potrzeby. Nie awansują nie chcąc zrobić przykrości innym. Są całkowicie skoncentrowane na innych, doznając często cierpienia, gdy widzą cierpienie innych lub słyszą o nim.

Badania genetyczne, epigenetyczne i badania neuroobrazowe mózgu dowodzą, że bez optymalnego funkcjonowania mózgu trudno o powodzenie w jakimkolwiek aspekcie życia.

Empatię można utracić

Najsłynniejszym przypadkiem znanym w piśmiennictwie neuropsychologicznym związanym z utratą empatii jest przypadek Phineasa Gage'a. W 1848 roku, 25 letni Phineas Gage podczas wysadzania skał uległ wypadkowi. Metalowy pręt o wadze 6 kg i długości 1 metra uderzył Phineasa w twarz pod lewą kością policzkową, przebił mózg, po czym opuścił czaszkę górą i poszybował blisko 30 metrów dalej, gdzie został odnaleziony. Zaskakujące było, iż Gage odzyskał po kilku minutach świadomość i był w stanie mówić. Po krótkiej rekonwalescencji powrócił do pracy, a po wypadku żył jeszcze przez prawie 13 lat. Z opisów jego lekarza dowiadujemy się jednak, że jego osobowość uległa całkowitej zmianie — pracowity, miły i zrównoważony dotąd Gage stał się po wypadku agresywny, porywczy, wulgarny, narcystyczny i niezdolny do konsekwentnego dążenia do celów.

Przypadek Gage'a jest jednym z pierwszych opisanych naukowo dowodów na to, że uszkodzenie płatów czołowych może wpływać na osobowość i interakcje społeczne jednostki.

Antonio Damasio, portugalski profesor neurologii behawioralnej pracujący w Stanach Zjednoczonych na Uniwersytecie w Południowej Kalifornii przedstawił teorię łączącą działanie płatów czołowych z kontrolowaniem emocji i procesem podejmowania decyzji. Analizę przypadku Gage'a uznał za jeden z historycznych kroków w badaniu biologicznych podstaw zachowania osobników.

Dzisiaj, dzięki badaniom neuroobrazowym czaszki Gage'a jakie wykonała Hanna Damasio, wiemy, że doszło do uszkodzenia brzusznej części przyśrodkowej kory czołowej [72].

W 2012 roku Van Horn JD i wsp. wykonali komputerowy model czaszki Gage'a. Pokazali najbardziej prawdopodobną rekonstrukcję trajektorii włókien istoty białej mózgu, wskazując na te włókna, które zostały uszkodzone przez pręt [73].

Na podstawie badań neuroobrazowych oraz trajektorii włókien nerwowych, z dużym prawdopodobieństwem można stwierdzić, że zmiana anatomiczna w mózgu stała się przyczyną spadku empatii u tego pacjenta.

Empatię można blokować

Empatię można, a czasami trzeba blokować, aby móc sprawnie wykonywać swój zawód. Dzieje się tak na przykład wtedy, kiedy lekarz musi udzielać pomocy osobom poszkodowanym w czasie tragicznego wypadku. Dochodzi wówczas do blokowania empatii po to, aby móc się maksymalnie skoncentrować na działaniu. Odpowiedzialne za ten mechanizm są neurony TPJ (*Temporo-parietal junction*) zlokalizowane w skrzyżowaniu skroniowo–ciemieniowym oraz okolicach kory przedczołowej [74, 75].

Reakcja hamowania empatii poprzez obwody neuronalne TPJ jest reakcją nabytą. Studenci medycyny uczą się jej w trakcie studiów medycznych, będąc świadkami powszechnego cierpienia i bólu. Neurony TPJ tłumią empatyczną reakcję lekarzy na cudzy ból, pomagając im zachować spokój i jasność umysłu w podejmowaniu decyzji o leczeniu.

Jak wobec tego znaleźć równowagę, która umożliwiałaby pozostanie empatycznym, aby nieść skuteczną pomoc pacjentowi, nie szkodząc jednocześnie sobie samemu? Wydaje się, że odpowiedzi na to pytanie udzielił Jean Decety, neurobiolog z University of Chicago, kierownik zespołu badającego rolę TPJ w odbieraniu cudzego bólu, mówiąc: «Kiedy cierpię, chcę, żeby lekarz na mnie patrzył, żeby był ze mną obecny, ale nie żeby był zbyt wrażliwy, aby dobrze leczyć mój ból» [74].

Środowisko, w jakim przebywa człowiek może również mieć wpływ na blokowanie empatii. Dobrym przykładem jest stanfordzki eksperyment więzienny, który miał za zadanie zbadać psychologiczne efekty symulacji życia więziennego. Przeprowadziła go grupa psychologów pod przewodnictwem Philipa Zimbardo w 1971 roku. 24 losowo wybranych studentów podzielono na więźniów i strażników. Zaplanowany na dwa tygodnie eksperyment przerwany został już po sześciu dniach ze względu na brutalne zachowania osób, które przyjęły role strażników. Amerykański psycholog udowodnił, że ludzie zdrowi psychicznie w specyficznych warunkach szybko wcielają się w role oprawców. Powodów takich zachowań upatruje on nie w zaburzeniach ludzkiej psychiki, lecz we wpływie otoczenia na jednostkę [76].

Empatię można rozwijać

Dzięki neuroplastyczności mózgu (zdolności tkanki nerwowej do tworzenia nowych połączeń mających na celu zreorganizowanie się, adaptację, zmienność, samonaprawę, uczenie się i pamięć) możemy ćwiczyć empatię, wzmacniając mechanizmy za nią odpowiedzialne. Pomocne mogą być w tym różne techniki poczynając od uczenia się rozpoznawania własnych emocji i radzenia sobie z nimi. Dużą rolę odgrywa także medytacja, wizualizacja, nauka komunikowania się z drugim człowiekiem, koncentracja na drugim człowieku poprzez aktywne słuchanie.

Badania rozwoju empatii są przeprowadzane głównie wśród młodzieży. W wybranych hiszpańskich miastach dla kilkusetosobowej grupy młodzieży zaplanowano, trwający dwa lata, program rozwijania empatii. Młodzież brała udział w 24 se-

sjach trwających 1 godzinę każda. Dane na temat psychologicznej regulacji, zdrowia psychicznego, jak i negatywnych wpływów, oznaczane były na początku badania, po zakończeniu programu szkoleniowego oraz 6 miesięcy później. Pozytywne rezultaty treningów inteligencji emocjonalnej i wzrost poziomu empatii odnotowano już po krótkim czasie, a efektem była znacząca poprawa zdrowia psychicznego [77].

Powyższe wyniki sugerują, że warto upowszechniać takie programy. Są one skuteczne w rozwoju inteligencji emocjonalnej i w promowaniu zdrowia psychicznego u młodzieży. Redukują zarówno zachowania z użyciem przemocy, jak i sięganie po substancje psychotropowe i uzależnianie się od Internetu.

W Stanach Zjednoczonych w 2015 roku zostanie wprowadzony w szkołach nowy przedmiot, na którym dzieci będą uczyły się, jak rozwijać swoją empatię. W Polsce potrzeba rozwijania empatii została już także dostrzeżona i stworzono w związku z tym szereg kursów, na których doskonalili się empatię i inteligencję emocjonalną.

Empatię można ćwiczyć i rozwijać zwiększając tym samym swoje kompetencje interpersonalne i szanse na sukces w wielu dziedzinach życia.

Potrzeba rozwoju empatii w zawodach medycznych

Największy paradoks w medycynie w dzisiejszych czasach polega na tym, że dzięki rozwojowi wiedzy i technologii biomedycznej udało się osiągnąć olbrzymi postęp w ratowaniu życia ludzkiego i leczeniu chorób, ale jednocześnie wzrosła liczba niezadowolonych pacjentów wnoszących skargi sądowe na lekarzy i liczba osób przewlekłe chorych [78]. Lekarz leczy chorobę a nie chorego. Coraz częściej koncentruje się na szukaniu choroby na ekranie komputera lub w wydruku wyników, zaniedbując rozmowę z pacjentem, co przynosi szkody obu stronom.

Wyniki badań świadczą o obniżaniu się poziomu empatii w czasie studiów medycznych. W odniesieniu do lekarzy i studentów starszych lat studiów, obserwuje się: utratę idealizmu, cynizm, obojętność wobec pacjentów i ich cierpienia [79].

Badania wykonane w USA przez Sarę Konrath w grupie 14 000 studentów wykazały, że dzisiejsi studenci wykazują o około 40% mniejszą empatię niż ci sprzed dwudziestu lat. Szczególny spadek wystąpił w ciągu ostatnich 10 lat [80].

Niepokojącym jest również fakt, że w tym samym okresie czasu błyskawicznie wzrasta poziom narcyzmu wśród studentów. Narcyzm zaś, jak podkreślają autorzy jest jedną z cech osobowości psychopatycznej [81].

Niektórzy badacze uważają, że obecnie studenci są najbardziej egocentryczną, narcystyczną, nastawioną na rywalizację, pewną siebie i indywidualistyczną grupą w całej historii. Nazywa się ją «Pokoleniem JA» [82]. Zjawisko to badacze nazywają różnorako: «Digital Natives» (*Cyfrowi Autochtoni*), «Pokolenie iPod'a», «Pokolenie iPhone'a», «Pokolenie Milenium» (pieszczotliwie «Milenialsi»), «Pokolenie Klapek» czy «Pokolenie Dłaczego». To różne określenia pokolenia ludzi urodzonych między 1980 a 2000 rokiem. Wśród nich badacze wyróżniają jeszcze «Pokolenie Y» – to urodzeni do 1995 roku i «Pokolenie Z» — urodzeni po 1996 roku (zaraz po «Pokoleniu X» — 1965–1979).

«Pokolenie JA» urodzonych w latach 1980-2000 to pierwsze pokolenie, które swoim zasięgiem obejmuje cały świat. Więcej dzieli ich z wcześniejszymi pokoleniami niż z rówieśnikami z drugiej półkuli. Jest to jednocześnie najbardziej kreatywne i najlepiej adaptujące się pokolenie w historii.

Najbardziej optymistyczny jest fakt, że są oni zdolni do zmian. Choć są mało empatyczni, to dzięki plastyczności mózgu mogą rozwinąć swoją empatię, której odpowiedni poziom empatii pozwala łatwiej okazać komuś szczerą troskę, dodać otuchy, pomaga utrzymać emocjonalny kontakt, zbudować bliższą i bardziej satysfakcjonującą obydwie strony relację.

Przejawianie empatii w sytuacjach klinicznych jest korzystne nie tylko dla pacjenta ale również dla lekarza. W piśmiennictwie medycznym istnieje zgodność co do tego, że empatię można rozwijać i udoskonalać zarówno u studentów medycyny, jak i praktykujących lekarzy [83].

Najnowsze wyniki badań z 2015 roku potwierdziły, że dzięki empatii budowane są pozytywne cechy osobowości, które sprzyjają lepszym relacjom międzyludzkim pomiędzy studentami medycyny, lekarzami i pacjentami [84].

Podobne badania, również z 2015 roku dowodzą, że empatia jest wysoko oceniana przez studentów medycyny w kontekście cechy branej pod uwagę u osoby będącej liderem w grupie. Ta cecha sprzyja bowiem budowaniu relacji, która jest ważnym elementem skutecznego przywództwa. Autorzy uważają, że wyniki badań mają znaczenie dla identyfikacji i szkolenia potencjalnych liderów w zespołach medycznych (85). W relacji między lekarzem i pacjentem, która ma charakter bardziej kameralny, to lekarz jest liderem. **Wyższy poziom empatii chroni ponadto przed wystąpieniem wypalenia zawodowego [86].**

Badania wykazały, że lekarze niezabiegowi posiadali wyższy poziom empatii i jednocześnie wyróżniali się najniższym poziomem wypalenia zawodowego [87].

Badania Kliš i Kossewskiej, prowadzone przez 11 lat, od 1992 do 2002 roku wskazują również na adaptacyjną rolę empatii w tak szczególnych sytuacjach życiowych człowieka, jak przezwyciężanie objawów zespołu wypalenia zawodowego oraz obniżanie poziomu destruktywnego poczucia osamotnienia [88, 89, 90].

A przecież historycznie i współcześnie lekarze bliscy są kapłanom — jedni i drudzy zajmują się podstawowymi problemami człowieka — życia i śmierci. Wybitni lekarze uczą bezinteresownej, odpowiedzialnej pracy dla chorych oraz tego, że zawód lekarza jest służbą, a nie drogą do kariery. Należy obserwować, poznawać i naśladować wielkich lekarzy, aby rozwijać swoją empatię i mieć nieustającą satysfakcję z wybranego kiedyś zawodu. Niewątpliwie jednym z wielkich lekarzy był prof. Antoni Kępiński, znany psychiatra, który pokazał, jak można połączyć podejście medyczne z humanistycznym, jak w praktyce pogodzić naukową wiedzę i ludzkie rozumienie chorego, jak leczyć, a zarazem z godnością traktować pacjenta. Jeden z jego pacjentów tak powiedział kiedyś o swoim lekarzu: «Gdy wchodziło się do jego gabinetu, wystarczyło często jedno spojrzenie profesora, by się lżej zrobiło chorym nerwom. Stosunek jego do pacjenta był cudowny. Pacjent po wizycie u profesora wychodził pełen otuchy i stan jego zmieniał się radykalnie. Siebie umniejszał, a nas wywyższał. Bo przypisywał sobie przeciętność, niezarad-

ność, niezręczność, a nam siłę, sprawność, inteligencję i dobroć. Starał się dostrzec w nas, co dobre i piękne — i pięknieliśmy we własnych oczach, nabieraliśmy do siebie szacunku, nieraz po raz pierwszy w życiu akceptowaliśmy siebie.» [91].

Nowy sposób myślenia lekarzy i psychologów w XXI wieku

Dzięki odkryciu neuronów lustrzanych i mózgowego układu empatii, dzięki badaniom neuroobrazowym mózgu, pojawia się nowy sposób myślenia lekarzy i psychologów w XXI wieku.

O coraz szerszym zakresie zastosowania nowych technik i związanych z tym możliwości diagnostycznych wypowiedział się konsultant krajowy w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej — prof. Jerzy Walecki: «Coraz szerzej stosowane są techniki obrazowania hybrydowego, czyli wykorzystanie zarówno PET, jak i rezonansu oraz tomografii. Tworzone są fuzje obrazów. Obecnie trendem jest na pewno obrazowanie czynnościowe, molekularne. I to jest dziś najważniejszy znak czasu: **dynamicznie określamy i rozpoznajemy coś, czego jeszcze nie widzi oko.** Oceniamy funkcje, przepływ, a także molekularne podstawy, np. w PET widzimy zmiany na poziomie biochemicznym, zmiany subkomórkowe. Nie tylko wykorzystujemy obraz, który często jest pewnym faktem potwierdzającym, że jest już za późno na rozpoczęcie skutecznej terapii. Teraz obrazowanie wyprzedza funkcje, czynności. Wyprzedza morfologię. Większość nowych, obecnie montowanych aparatów, ma możliwość wykonania perfuzji, czyli w wypadku rezonansu – badania funkcjonalnego: oceny kory i wszystkich czynności, od ruchu począwszy, przez myślenie, postrzeganie czy mowę. To są niewątpliwie olbrzymie dokonania i one dzieją się w radiologii i obrazowaniu światowym na naszych oczach» [92].

Wykonując badania neuroobrazowe mózgu można stwierdzić, że wszelkie zachowania człowieka, powstawanie relacji międzyludzkich, kształtowanie osobowości, doświadczanie przyjemności, bólu, smutku....itd, wynikają zawsze z fizjologii, biochemii a czasem anatomii mózgu.

Wiemy, że na skutek zmian w mózgu, uczciwy, porządny człowiek o «gołębiej sercu» może przeobrazić się w psychopatę zdolnego do najokrutniejszych przestępstw. Z drugiej strony wiemy również, że na skutek ciężkiej traumy przeżywanej przez kobietę ciężarną w trakcie ciąży, u jej dziecka jeszcze nienarodzonego mogą powstać liczne zaburzenia w mózgu, które spowodują już po urodzeniu powstanie osobowości psychopatycznej. Jak widać, w obu przypadkach nie może być mowy o złej woli osoby, a jedynie o uszkodzeniach jej mózgu. Inną kwestią, nierozzerwalnie łączącą się z powyższymi przykładami jest ponoszenie odpowiedzialności za swoje czyny. **W każdym przypadku popełnienia haniebných czynów, bez względu na to, czy oprawca ma zmiany w mózgu czy nie, musi ponieść karę.** Badania neuroobrazowe mózgu pozwalają jedynie zrozumieć, jak to jest możliwe, żeby «człowiek człowiekowi był wilkiem».

Lekarz, który obserwuje mózg pacjenta przed leczeniem i po leczeniu, powinien mieć przekonanie o tym, że terapia lekami zmienia fizyczne funkcjonowanie mózgu nawet wtedy, kiedy problem jest uznawany za czysto psychologiczny [93].

«I to jest dziś najważniejszy znak czasu: dynamicznie określamy i rozpoznajemy coś, czego jeszcze nie widzi oko.»

prof. Jerzy Walecki

Dzięki badaniom neuroobrazowym mózgu mamy dowody na to, że nieprawidłowo działający mózg wiąże się z powstawaniem takich objawów, jak: lęk, panika, agresja, zaburzenia nerwicowe, czy depresyjne, do tej pory związanymi wyłącznie z nieprawidłowościami w sferze psychicznej, które były domeną psychologii.

Wiemy także, że każde działanie w sferze psychicznej wiąże się ze zmianą anatomiczną bądź funkcjonalną konkretnych komórek nerwowych w mózgu.

Wiedza ta będzie potrzebna w przyszłości do zrozumienia patomechanizmów wielu chorób psychicznych i neurologicznych oraz do opracowania nowych metod diagnostycznych i terapeutycznych.

Nowoczesny sposób podejścia do pacjenta jest już na świecie znany i praktykowany. Daniel G. Amen, który jest neuropsychiatrą, pionierem w nowoczesnym myśleniu psychiatrycznym, udowadnia w swojej praktyce klinicznej, że wiele zaburzeń behawioralnych, uznawanych wcześniej za psychologiczne, w rzeczywistości ma biologiczne podstawy [94]. **To on hołduje zasadzie, żeby nie przypisywać działań ludzi ich złemu charakterowi, gdyż mogą one nie wynikać z ich wyboru, ale z problemów zaburzonej fizjologii mózgu.**

Od wielu lat Daniel G. Amen stosuje metodę obrazowania mózgu SPECT w psychiatrii. Jest to złożona metoda badawcza z dziedziny medycyny nuklearnej umożliwiająca wizualizację przepływu mózgowego krwi i metabolizmu mózgu. Wynikiem badania są mapy przepływu/metabolizmu mózgowego na trójwymiarowych obrazach. Wykorzystuje te mapy zestawiając je z obrazami prawidłowej czynności zdrowego mózgu oraz obrazami mózgu osób chorych psychicznie lub cierpiących na zaburzenia neurologiczne.

Dzięki nowej technologii obrazowania pacjenci i ich rodziny mogą «zobaczyć» obraz mózgu i problemy leżące u podstaw ich emocjonalnych oraz behawioralnych problemów. Zamiast obwiniać się o słabość charakteru lub chorobę psychiczną, mogą zrozumieć źródło swoich zaburzeń oraz uzyskać właściwą pomoc z trafniejszym i skuteczniejszym leczeniem.

Daniel G. Amen bardzo trafnie podsumował swoją dotychczasową pracę psychiatrii [94]: «Wychowałem się w bardzo katolickiej rodzinie. Nauczono mnie wierzyć, że jeśli prowadzisz przyzwoite życie i ciężko pracujesz, to ci się powiedzie. Uważałem, że coś musiało być nie tak z charakterem ludzi, którzy byli narkomanami, mordercami, pedofilami, czy nawet tych, którzy targnęli się na własne życie. Po przeanalizowaniu ponad 5 tysięcy badań SPECT całkowicie zmieniłem zdanie. Jestem teraz przekonany, że kiedy zachowanie przekracza pewne granice, trzeba zbadać mózg. To organ mający olbrzymi wpływ na zachowanie, myśli i uczucia. Te przypadki, jak wiele innych, są dla mnie kolejnymi dowodami na to, by naciskać na badanie mózgów osób przejawiających anomalie w zachowaniu. Potrzebujemy więcej wiedzy i zrozumienia, a mniej osądzania».

Piśmiennictwo

- 1 Eisenberg N. *Emotion, regulation, and moral development*. Annu Rev Psychol 2000;

- 51: 665–697.
- 2 Stone V, Baron-Cohen S, Knight K. *Frontal lobe contributions to theory of mind*. Journal of Cognitive Neuroscience. 1998; 10: 640–656.
- 3 Shamay-Tsoory S.G, Aharon-Peretz J, Perry D. *Two systems for empathy: A double dissociation between emotional and cognitive empathy in inferior frontal gyrus versus ventromedial prefrontal lesions*. Brain. 2009; 132, 617–627.
- 4 Craig A.D. *How do you feel now? The anterior insula and human awareness*. Nature Reviews Neuroscience. 2009; 10. 59–70.
- 5 Perrett D.I, Penton-Voak I.S, Little A.C, Tiddeman B.P, Burt D.M, Schmidt N, Oxley R, Kinloch N, Barrett L. *Facial attractiveness judgements reflect learning of parental age characteristics*. Proceedings of the Royal Society of London, Series B. 2002; 269, 873–880.
- 6 Le Doux J. *Mózg emocjonalny*. Wyd. Media Rodzina, Poznań 2000.
- 7 Rizzolatti G, Fadiga L, Gallese V, Fogassi L. *Premotor cortex and the recognition of motor actions*. Cognitive Brain Research. 1996; 3.131–141.
- 8 Rizzolatti G, Fogassi L, Gallese V. *Neurophysiological mechanisms underlying the understanding and imitation of action*. Nat Rev Neurosci 2001; 2: 661–670.
- 9 Rizzolatti G, Craighero L. *The mirror-neuron system*. Annu Rev Neurosci 2004; 27: 169–192.
- 10 Spunt R. P, Lieberman M.D. *The Busy Social Brain Evidence for Automaticity and Control in the Neural Systems Supporting Social Cognition and action Understanding*. Psychological Science. 2013; 24 (1): 80–86.
- 11 Yang T.T, Gallen C.C, Ramachandran V.S, Cobb S, Schwartz B.J, Bloom F.E. *Noninvasive detection of cerebral plasticity in adult human somatosensory cortex*. Neuroreport. 1994; 24; 5(6): 701–4.
- 12 Bauer J. *Empatia. Co potrafią neurony lustrzane*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008.
- 13 Wicker B, Keysers C, Plailly J, et al. *Both of us disgusted in My insula: the common neural basis of seeing and feeling disgust*. Neuron 2003; 40: 655–664.
- 14 Carr L, Iacoboni M, Dubeau M.C, Mazziotta JC, Lenzi G.L. *Neural mechanisms of empathy in humans: a relay from neural systems for imitation to limbic areas*. Proc Natl Acad Sci USA. 2003; 100: 5497–5502.
- 15 Dijksterhuis A, Bargh J.A. *The perception-behavior expressway: Automatic effects of social perception on social behavior*. Experimental Social Psychology. 2001; 33, 1–40.
- 16 Davis M.H. *A multidimensional approach to individual differences in empathy*. JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology. 1980; 10 (4), 85.
- 17 Jankowiak-Siuda K, Siemieniuk K, Anna Grabowska. *Neurobiologiczne podstawy empatii*. Neuropsychiatria i Neuropsychologia 2009; 4, 2: 51–58.
- 18 Baumgartner T, Fischbacher U, Feierabend A, Lutz K, Fehr E. *The neural circuitry of a broken promise*. Neuron 2009; 64 (5), 756–770.
- 19 Hewitt J. *Predicting repeat offenders with brain scans: You be the judge*. 2013. medicalxpress.com. Retrieved 2013; 03. 26.
- 20 Elsabbagh M, Divan G, Koh Y.J, Kim Y.S, Kauchali S, Marcín C. i wsp. *Global prevalence of autism and other pervasive developmental disorders*. Autism Res. 2012; 5 (3): 160–179.

- 21 Pietras T., Witusik A., Galecki P. (red.) *Autyzm — epidemiologia, diagnoza i terapia*. Continuo. 2010.
- 22 *New York State's Children and the Environment*. A Report from the Children's Environmental Health Center Icahn School of Medicine at Mount Sinai. December 2013.
- 23 Rybakowski F, Białek A, Chojnicka I, Dziechciarz P, Horvath A, Janas-Kozik M, Jeziorrek A, Pisula E, Piwowarczyk A, Słopeń A, Sykut-Cegielska J, Szajewska H, Szczałuba K, Szymańska K, Urbanek K, Waligórska A, Wojciechowska A, Wroniszewski M, Dunajska A. *Zaburzenia ze spektrum autyzmu — epidemiologia, objawy, współzachorowalność i rozpoznawanie*. Psychiatr. Pol. 2014; 48 (4): 653–665.
- 24 Perkins T, Stokes M, Mc Gillivray J, Bittar R. *Mirror neuron dysfunction in autism spectrum disorders*. J Clin Neurosci. 2010 Oct; 17 (10): 1239–43.
- 25 Corbett B.A., Mendoza S., Abdullah M., at al. *Cortisol circadian rhythms and response to stress in children with autism*. Psychoneuroendocrinology. 2006; 31: 59–68.
- 26 Ingudomnukul E, Baron-Cohen S, Wheelwright S, at al. *Elevated rates of testosterone-related disorders in women with autism spectrum conditions*. Hormones and Behavior. 2007; 51: 597–604.
- 27 Ruggieri V.L. *Empathy, social cognition and autism spectrum disorders*. Rev Neurol. 2013 Feb 22; 56 Suppl 1: S13–21.
- 28 Cornelio-Nieto J.O. *Infantile autism and mirror neurons*. Rev Neurol. 2009 Feb 27; 48 Suppl 2: S27–9.
- 29 Enticott P.G, Kennedy H.A, Rinehart N.J, Tonge B.J, Bradshaw J.L, Taff J.R, Daskalakis Z.J, Fitzgerald P.B. *Mirror Neuron Activity Associated with Social Impairments but not Age in Autism Spectrum Disorder*. Biological Psychiatry. 1, 2012; 71, 5, 427–433.
- 30 Just M.A, Cherkassky V.L, Keller T.A, Kana R.K, Minshew N.J. *Functional and anatomical cortical underconnectivity in autism: evidence from an FMRI study of an executive function task and corpus callosum morphometry*. 2007; Cereb Cortex 17 (4): 951–6.
- 31 Warrier V, Baron-Cohen S, Chakrabarti B. *Genetic variation in GABRB3 is associated with Asperger syndrome and multiple endophenotypes relevant to autism*. Molecular Autism; 2013; 4:48.
- 32 Benedetti F, Bernasconi A, Bosia M, Cavallaro R, Dallspezia S, Falini A, Poletti S, Raedelli D, Riccaboni R, Scotti G, Smeraldi E. *Functional and structural brain correlates of theory of mind and empathy deficits in schizophrenia*. Schizophrenia Research. 2009; 114, 1–3, 154–160.
- 33 Mc Cormick L.M, Brumm M.C, Beadle J.N, Paradiso S, Yamada T, Andreasena N. *Mirror neuron function, psychosis, and empathy in schizophrenia*. Psychiatry Res. 2012; 31; 201 (3): 233–239.
- 34 34. Eisen A, Lemon R, Kiernan M.C, Hornberger M, Turner M.R. *Does dysfunction of the mirror neuron system contribute to symptoms in amyotrophic lateral sclerosis?* Clin Neurophysiol. 2015 16.
- 35 Pridmore S, Chambers A, McArthur M. *Neuroimaging in psychopath*. Australian and New Zeland Journal of Psychiatry. 2005; 39, 856–865.
- 36 Teicher M.H, Andersen S.L, Polcari A, Anderson C.M, Navalta C.P. *Developmental neurobiology of childhood stress and trauma*. Psychiatr Clin North Am. 2002 Jun; 25 (2): 397–426.

- 37 Agustin-Pavon C, Braesicke K, Shiba Y, Santangelo A.M, Mikheenko Y, Cockroft G, Asma F, Clarke H, Man M.S, Roberts A.C. *Lesions of ventrolateral prefrontal or anterior orbitofrontal cortex in primates heighten negative emotion*. Biol Psychiatry. 2012, 15; 72 (4): 266–72.
- 38 Joško-Ochojska J. *Kat w domu, czyli o molestowaniu moralnym w rodzinie*. W: *W przestrzeni stresu i lęku. Stres nasz codzienny*. Red. Joško – Ochojska J. Śląski Uniwersytet Medyczny. Katowice. 2014.
- 39 Fecteau S, Pascual-Leone A, Theoret H. *Psychopathy and the mirror neuron system: preliminary findings from a non-psychiatric sample*. Psychiatry Res. 2008; 15; 160 (2): 137–44.
- 40 Joško-Ochojska J. *Wpływ dramatycznych przeżyć i lęków matki ciężarnej na losy jej przyszłego dziecka*. W: *Lęk-nieodłączny towarzysz człowieka od poczęcia aż do śmierci*. Red. Joško – Ochojska J. Śląski Uniwersytet Medyczny. Katowice. 2013.
- 41 Caspi A, McClay J, Moffitt T.E, Mili J, Martin J, Craig I.W, Taylor A, Poulton R. *Role of genotype in the Cycle of Violence in Maltreated Children*. Science. 2002. 2 / 97; 5582: 851–54.
- 42 Mathon B. *Mirror neurons: from anatomy to pathophysiological and therapeutic implications*. Rev Neurol (Paris). 2013 Apr;169 (4): 285–90.
- 43 Kim S. *Neuro-cognition and social-cognition: application to exercise rehabilitation*. J Exerc Rehabil. Dec 2013; 9 (6): 496–499.
- 44 Rizzolatti G, Fogassi L, Gallese V. 2000. *Cortical mechanisms subserving object grasping and action recognition: A new view on the cortical motor functions*. W: *Gazzaniga 2000*. The New Cognitive Neurosciences. Second edition. Cambridge MA: MIT Press.
- 45 Goleman D. *Focus. Sztuka koncentracji jako ukryte dążenie do doskonałości*. Media Rodzina. 2014.
- 46 Watson K.K, Jones T.K, Allman J.M. *Dendritic architecture of the von Economo neurons*. Neuroscience. 2006; 141 (3), s. 1107–12.
- 47 Fajardo C, Escobar M.I, Buriticá E, Arteaga G et all. *Von Economo neurons are present in the dorsolateral (dysgranular) prefrontal cortex of humans*. Neuroscience Letters. 2008; 435 (3), s. 215–8.
- 48 Allman J.M, Watson K.K, Tetreault N.A, Hakeem A.Y.: *Intuition and autism: a possible role for Von Economo neurons*. Trends Cogn Sci. 2005, 9 (8), 367–373.
- 49 Korenicka D. *Czy mamy wolną wolę? Neurony lustrzane a wolna wola*. Neurokognitywistyka w patologii i zdrowiu, 2009-2011. Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie. 33–35.
- 50 Decety J, Lamm C. *The role of the Right Temporoparietal Junction in Social Interaction: How Low-Level Computational Process Contribute to Meta-Cognition*. Neuroscientist. 2007; 13 / 6, 580–593.
- 51 Decety J. et all. *Physicians Down — Regulate Their Pain — Empathy Response: An ERP Study*. Neuroimage. 2010; 50 / 4, 1676–1682.
- 52 Abu-Akel, A; Shamay-Tsoory, S. *Neuroanatomical and neurochemical bases of theory of mind*. Neuropsychologie. 2011; 49 (11): 2976.
- 53 Davis M.H. *Empatia. O umiejętności współodczuwania*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 1999. Gdańsk.

- 54 Karten Y.J, Olariu A, Cameron H.A. *Stress in early life inhibits neurogenesis in adulthood*. Trends Neurosci. 2005; 28: 171–2.
- 55 Glover V, Bergman K, Sarkar P, O'Connor T.G. *Association between maternal and amniotic fluid cortisol is moderated by maternal anxiety*. Psychoneuroendocrinology. 2009; 34: 430–435.
- 56 Laplante D.P, Brunet A, Schmitz N, Ciampi A, King S. *Project Ice Storm: prenatal maternal stress affects cognitive and linguistic functioning in 5½-year-old children*. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2008; 47 (9): 1063–1072.
- 57 Lupien S.J, Parent S, Evans A.C, et al. *Larger amygdala but no change in hippocampal volume in 10-year-old children exposed to maternal depressive symptomatology since birth*. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 2011; 108: 14324–14329.
- 58 Ock J, Lee H, Kim S, et al. *Induction of microglial apoptosis by corticotropin-releasing hormone*. Journal of Neurochemistry. 2006; 98: 962–972.
- 59 Warrier V, Baron-Cohen S, Chakrabarti B. *Genetic variation in GABRB3 is associated with Asperger syndrome and multiple endophenotypes relevant to autism*. Molecular Autism; 2013, 4: 48.
- 60 Hein G, Singer T. *I feel how you feel but not always: the empathic brain and its modulation*. Curr Opin Neurobiol 2008; 18: 153–158.
- 61 Yang C.Y, Decety J, Lee S, et al. *Gender differences in the Mu rhythm during empathy for pain: An electroencephalographic study*. Brain Res 2009; 1251: 176–184.
- 62 Cheng Y, Chou KH, Decety J, et al. *Sex differences in the neuroanatomy of human mirror-neuron system: a voxel-based morphometric investigation*. Neuroscience 2009; 158: 713–720.
- 63 Cheng Y, Yang C.Y, Lin C.P, et al. *The perception of pain in others suppresses somatosensory oscillations: a magnetoencephalography study*. Neuroimage 2008; 40: 1833–1840.
- 64 Goleman D. *Inteligencja emocjonalna*, Media Rodzina, Poznań 2007, ISBN 978–83–7278–217–5.
- 65 Baron-Cohen S. *Teoria zła. O empatii i genezie okrucieństwa*. Smak Słowa. Sopot 2014.
- 66 Craig M.C, Catani M, Deeley Q, Latham R, Daly E. R, Kanaan R. M, Picchioni M, McGuire P.K, Fahy T, Murphy D.G.M. *Virtual dissection of the major association pathways connecting to the amygdala and orbitofrontal cortex*. 2009. Molecular Psychiatry, 14, 907.
- 67 Brambilla P, Soloff P.H, Sala M, Nicoletti M.A, Keshavan M.S, Soares J.C. *Anatomical MRI study of borderline personality disorder patients*. Psychiatry Research. 2004; 131. 125–133.
- 68 Fertuck E.A, Jekal A, Song I, Wyman B, Morris M.C, Wilson S.T, Brodsky B.S, Stanley B. *Enhanced Reading the Mind in the Eyes in border-line personality disorder compared to healthy controls*. Psychological Medicine. 2009; 39. 1979–1988.
- 69 Buckholtz J.W, Treadway M.T, Cowan R.L, Woodward N.D, Benning S.D, Li R, Ansari M.S, Baldwin R.M, Schwartzman A.N, Shelby E.S, Smith C.E, Cole D, Kessler R.M, Zald D.H. *Mesolimbic dopamine reward system hypersensitivity in individuals with psychopathic traits*. Nature Neuroscience. 2010; 3. 419–421.

- 70 Dutton K. *Mądrość psychopatów*. Warszawskie Wydawnictwo Literackie MUZA SA. Warszawa 2014.
- 71 Meffert H, Gazzola V, den Boer J.A.N, Bartels A.A, Keysers C. *Reduced spontaneous but relatively normal deliberate vicarious representations in psychopathy*. Brain 2013; 136; 2550–2562.
- 72 Damasio H, Grabowski T, Frank R, Galaburda A.M, Damasio A.R. *The return of Phineas Gage: Clues about the brain from the skull of a famous patient*. Science; 1994; 264, 1102–1105.
- 73 Van Horn J.D, Irimia A, Torgerson C.M, Chambers M.C, Kikinis R, et al. *Mapping Connectivity Damage in the Case of Phineas Gage*. PLoS ONE. 2012; 7 (5): e 37454
- 74 Decety J. et al. *Physicians Down — Regulate Their Pain — Empathy Response: An ERP Study*. Neuroimage. 2010; 50 / 4, 1676–1682.
- 75 Abu-Akel, A; Shamay-Tsoory, S. *Neuroanatomical and neurochemical bases of theory of mind*. Neuropsychologie. 201; 49 (11): 2976.
- 76 Zimbardo P. *Efekt Lucyfera. Dlaczego dobrzy ludzie czynią zło?* Warszawa: PWN, 2008.
- 77 Ruiz-Aranda D, et al. *Short- and midterm effects of emotional intelligence training on adolescent mental health*. Journal of Adolescent Health 2012; 51 (5): 462–7.
- 78 Ziolkowska-Rudowicz E, Kładna A. *Kształcenie empatycznych lekarzy. Część I — Przegląd stosowanych metod*. Pol. Merk. Lek., 2010; XXIX, 172, 277.
- 79 Croasdale M. *Indiana University School of Medicine is changing the academic climate at the institution and could be creating more sensitive physicians*. Am. Med. News, 2006; April 24.
- 80 Konrath S, O'Brien E.H, Hsing C. *Changes in Dispositional Empathy in American College Students over Time: A Meta-Analysis*, Personality and Social Psychology Review. 2011; 15. 2: 180–98.
- 81 Twenge J.M, Konrath S, Foster J.D, Campbell W.K, Bushman B.J. *Egos Inflating Over Time: A Cross-Temporal Meta-Analysis of the Narcissistic Personality Inventory*. Journal of Personality. 2008a; 76; 4: 875–901.
- 82 „Today's College Students More Likely to Lack Empathy, „U.S. News” (Health, 28 maja 2010, <http://healthusnews.com/health-news/family-health/brain-andbehavior/articles>. 2010/05/28today's-college-students-more-likely-to-lack-empathy.)
- 83 Neumann M, Bensing J, Mercer S, Ernstmann N, Ommen O, Pfaff H. *Analyzing the "nature" and "specific effectiveness" of clinical empathy: a theoretical overview and contribution towards a theory-based research agenda*. Patient Educ Couns. 2009; Mar; 74(3):339–46.
- 84 Hojat M, Vergare M, Isenberg G, Cohen M, Spandorfer J. *Underlying construct of empathy, optimism, and burnout in medical students*. Int J Med Educ. 2015; Jan 29; 6: 12–6.
- 85 Hojat M, Michalec B, Veloski J.J, Tykocinski M.L. *Other Personality Attributes, and Level of Positive Social Influence in Medical School Identify Potential Leaders in Medicine?* Acad Med. 2015; Jan 27. [Epub ahead of print].
- 86 Wilczek-Różycka E. *Wypalenie zawodowe a poziom empatii u pielęgniarek*. Sztuka leczenia. 2003; tom IX, 1:91–95.
- 87 Wilczek-Różycka E. *Empatia a wypalenie zawodowe u pracowników ochrony zdrowia*. Sztuka leczenia. 2006; tom XIII, 1-2, 39-49.

- 88 Kliś M. *Adaptacyjna rola empatii w różnych sytuacjach życiowych*. Horyzonty psychologii. 2012; Tom II. Rozprawy i artykuły naukowe. 147–171.
- 89 Kliś M, Kossewska J. *Zespół wypalenia zawodowego a cechy osobowości nauczycieli*, [w:] *Zdrowie psychiczne w zawodzie nauczycielskim*, (red.) Rongińska T, Gaida W, Schaarschmidt U. (1998), Zielona Góra–Potsdam, s. 87–96.34.
- 90 Kliś M, Kossewska J. *Prewencyjna rola empatii wobec poczucia osamotnienia*, „*Sztuka Leczenia*”. 2000; 1, 47–58.
- 91 <https://www.przewodnikkatolicki.pl/.../2006/.../Samarytanin-psychiatrii>.
- 92 Rozmowa z prof. Jerzym Waleckim, konsultantem krajowym w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej, kierownikiem Zakładu Diagnostyki Radiologicznej CSK MSW Radiologia — dziedzina coraz bardziej atrakcyjna. *Ogólnopolski Przegląd Medyczny*. 2014; 3. 14–16.
- 93 Zametkin A.J, Nordahl T.E, et all. *Cerebral glucose metabolism in adults with hyperactivity of childhood onset*. *New England Journal of Medicine*. 1990; 323 (20), 1361–1366.
- 94 Amen D. G. *Zmień swój mózg, zmień swoje życie*. Laurum. MT Biznes Sp. z o.o. ul. Kolejowa 9/ 11, 01–217 Warszawa. 2009.

mgr Andrzej Ochojski

EMPATIA – TRUDNY DAR. O INDYWIDUALNYM I SPOŁECZNYM ZNACZENIU EMPATII

Streszczenie

Wiemy, że jest, ale... niewiele więcej. Przesycony emocjami przełom XIX i XX wieku wyzwolił wielkie poszukiwania empatii, które rozpoczęły się od prób budowania filozoficznych definicji i wiodły ku usiłowaniom zrozumienia tej niezwyklej zdolności człowieka. Uświadomiono sobie, że porozumienie werbalne a nawet symboliczne jest niepełne bez zrozumienia emocji i przeżyć drugiego człowieka. By to osiągnąć, konieczne jest odsunięcie na chwilę własnego Ja i wejście, «wczucie się», dostrojenie się do myśli i uczuć drugiej osoby.

Empatia – to źródło poznania zarówno innego człowieka, jak i świata widzianego na nowo, bo jego oczami. To w końcu źródło poznania samego siebie, doświadczanego z zewnętrznego punktu widzenia. Ta konstatacja stanowi punkt wyjścia do zainteresowania empatią różnych dziedzin nauki: od psychologii i medycyny poczynawszy, przez pedagogikę, językoznawstwo, naukę o komunikacji interpersonalnej i społecznej, po językoznawstwo, poetykę i teorię sztuki.

Empatia towarzyszy wszystkim ludziom na co dzień. Nie wszyscy jednak zostali nią jednak obdarzeni, a ci, którzy posiadli ten dar nie zawsze potrafią go właściwie wykorzystać. Potrzeba empatii w komunikacji między ludźmi jest bardzo silna, odczuwana niemal instynktownie. Nawet komunikacyjne media elektroniczne wzbogacane są działaniami społecznymi o elementy transmisji emocji.

W służbie zdrowia empatia jest i powinna pozostać fundamentem wszystkich działań. Nie może być ona jedynie wartością dodaną, uzupełnieniem wiedzy i umiejętności lekarza, pielęgniarki czy farmaceuty, lecz winna być punktem wyjścia zarówno ich decyzji o wyborze zawodu jak i imperatywem działania, który pozostaje z nimi na całe życie. Dojrzała, zharmonizowana postawa empatyczna nie tylko nie szkodzi lekarzom, nauczycielom, księżom i innym grupom zawodowym o szczególnym znaczenia społeczeństwa, lecz odwrotnie, może dowartościować ich samych i chronić przed skutkami przewlekłych, zawodowych stresów.

Niestety, empatia jest trudnym darem. Może powodować obawy o utratę własnej integralności, stać się ścieżką donikąd dla ludzi borykających się z kryzysem poczucia własnej wartości a dla wielu innych może być narzędziem do cynicznych manipulacji innymi. Jak dowodzi historia takie manipulacje w wymiarze społecznym mogą prowadzić do poważnych kryzysów a czasami nawet katastrof o nieprzewidywalnym wymiarze.

Kłopoty z definicją

«Empatia» to słowo, które zrobiło niezwykłą karierę. Pojawiło się stosunkowo niedawno i bardzo szybko weszło na trwałe do powszechnie użytkowanego zasobu językowego. Niestety, jego dość krótka historia nie doprowadziła do wykształcenia precyzyjnej, powszechnie uznanej definicji. W świadomości językowej użytkowników funkcjonuje ono często jako pojęcie dookreślane przez kontekst, co pozwala na indywidualne przesuwanie jego znaczenia.

Próby wykazania pochodzenia tego słowa przypominają poszukiwania źródeł rzeki Amazonki. Do dziś, choć badacze dotarli do źródeł wszystkich jej dopływów, trudno im zgodzić się co do wskazania jednego z odgałęzień, które by można uznać za główny nurt początkujący tę najdłuższą rzekę świata, niosącą najwięcej wód i obejmującą swym dorzeczem największy obszar na Ziemi. Bezsporny za to jest fakt przemożnego wpływu dorzecza Amazonki na klimat na całym świecie.

Podobnie jest z empatią. Sięgając w głąb historii, zainteresowanie zjawiskami związanymi z rozumieniem drugiego człowieka odnaleźć można już w pismach Arystotelesa i stoików. Być może stąd, we współczesnych definicjach empatii znajdują się częste odwołania do greckiego słowa «ἐμπάθεια» (*empathia*) oznaczającego dosłownie «miłość fizyczną, pasję, stronniczość» i będące zbitką «ἐν» (en), «w co» + «πάθος» (pathos), «pasja» i «cierpienia». Jednakże zgodzić się trzeba, że to greckie słowo nie odnosiło się w czasach Arystotelesa do znaczeń łączonych z nim dzisiaj.

Używane dziś pojęcie «empatii» wywodzi się od niemieckiego terminu «Einfühlung», oznaczającego wczucie. Termin został zastosowany w drugiej połowie XIX wieku na gruncie teorii poznania przez Vischera¹ który w swojej pracy doktorskiej² użył go do przedstawienia procesu odbioru formy dzieła sztuki. Wkrótce pojęcie to zostało przez Lippsa odniesione do opisu percepcji innych osób i zyskało popularność w psychologii przełomu XIX i XX w.

Sławny brytyjski psycholog Edward Bradford Titchener zainteresowany pracami Wilhelma Wundta, w których występowało trudne, niemieckie słowo «Einfühlungsvermögen», (*zdolność wczuwania się*) przetłumaczył je w 1906 r. na język angielski jako «empathy». Autorytet i popularność Titchener'a, rosnąca pozycja języka angielskiego w literaturze naukowej, a również większa łatwość wymowy i zdolność do adaptacji terminu «empathy» w innych językach sprawiły, że zastąpił on w powszechnym obiegu swego niemieckiego poprzednika. Już wkrótce także w niemieckiej literaturze naukowej pojawił się termin «Empathie» i szybko wszedł do powszechnego obiegu.

Owo «przetłumaczenie» dokonane przez Titchener'a polegało na tym, że tworząc potrzebny mu neologizm odwołał się do wzorca istniejącego już wyrazu «sympathy». Jego źródłosłów, niewątpliwie greckiego pochodzenia, to «sympatheia» powstała z połączenia «συν» + «πάσχω» = «συμπάσχω» co oznacza «cierpieć wspólnie» lub

¹ Jolanta Tomczuk: Związek empatii z doświadczeniem – narracyjne badania eksperymentalne. W: Roczniki Psychologiczne, Tom VII, nr 2 -2004, s. 106

² Robert Vischer: Über das optische Formgefühl – ein Beitrag zur Ästhetik, Diss., Tübingen 1872

«odczuwać z». Zmieniając przedrostek z «sym-» na «em-» chciał zapewne Titchener zaakcentować odmienną relację interpersonalną przeciwstawiając sympatii – rozumianej jako relację równoległą, lecz odrębną, współodczuwanie z zachowaniem odrębności podmiotów, empatię – jako relację wejścia w uczucia innej osoby, dążenie do wniknięcia w jej stan emocjonalny i doznania go osobiście.

Współcześnie opozycyjność powyższych pojęć nie jest już tak wyrazista, bowiem stale następuje erozja i przesuwanie ich znaczeń. Żywy język podlega zmianom. Jego społeczne użytkowanie wywołuje ciągłe zmiany znaczeń niezależnie od woli i usilnych starań autorów nowych słów. Trwałości nadanych znaczeń nie gwarantują żadne autorytety naukowe ani aktywne działania językowych purystów.

Znaczenie słów może zostać zamienione na niezgodne lub nawet przeciwne intencjom autora. W Sienkiewiczowskim Potopie, Wołodyjowski mówi do Kmici: «Potem był jeszcze i Skrzetuski, przyjaciel mój serdeczny i konfident, o którym waść musiałeś słyszeć.»³ Dziś nikt nie użyje określenia konfident w stosunku do powiernika, człowieka godnego zaufania.

Słownik Języka Polskiego hasło «sympatia» definiuje następująco:

- 1 / «życzliwy lub przyjazny stosunek wobec kogoś lub czegoś»
- 2 / «osoba, którą się lubi lub w której jest się zakochanym»⁴

Zaś znaczenie słowa «empatia» określa jako:

- 1 / «umiejętność wczuwania się w stan wewnętrzny drugiej osoby»
- 2 / «przypisywanie komuś własnych odczuć w danej sytuacji»⁵

Okazuje się jednak, że w Słowniku Języka Polskiego istnieje także pojęcie «intropatia» rozumiane jako: «zdolność wczuwania się w sytuację innych»⁶, zaś w Słowniku Wyrazów Obcych określane jako:

«psychol. wczuwanie się w stan emocjonalny innych osób; przypisywanie własnych stanów duchowych innym osobom, z którymi się utożsamiamy w myśli».⁷

Wydaje się więc, że dalej istnieje potrzeba precyzyjnego nazwania zdolności wczuwania się w stan wewnętrzny innej osoby mimo, iż uznane autorytety podejmowały szereg prób zdefiniowania empatii:

- «Motywacja ukierunkowana na innych» – D. Batson
- «Zdolność emocjonalnego postrzegania tego, co inni przeżywają wewnętrznie w ramach odniesienia do drugiej osoby, zdolność do próbowania uczuć drugiej osoby i / lub wchodzenia w czyjeś buty» – D. M. Berger
- «Poczucie podobieństwa uczuć doświadczanych przez siebie i innych, bez myślenia obu osób» J. Decety
- «Zdolność do (a) wpływania i działania na stan emocjonalny innej osoby, (b) ocenianie przyczyny danego stanu drugiej osoby, oraz (c) identyfikacji z in-

³ H. Sienkiewicz: Potop. cyt. za: <http://univ.gda.pl/~literat/potop/0009.html>

⁴ <http://sjp.pwn.pl/sjp/sympatia;2525672.html>

⁵ <http://sjp.pwn.pl/szukaj/empatia.html>

⁶ <http://sjp.pwn.pl/slowniki/intropatia.html>

⁷ „Słownik Wyrazów Obcych” Wydawnictwa Europa, pod redakcją naukową prof. Ireny Kamińskiej-Szmaj, autorzy: Mirosław Jarosz i zespół. Rok wydania 2001.

nymi, poprzez przyjęcie jego lub jej perspektywy. Ta definicja wykracza poza zjawisko występujące u wielu zwierząt, ale termin «empatia» jest stosowany nawet jeżeli spełniony jest tylko warunek (a)». F. de Waal

- «Empatyzować to znaczy odczuwać, doświadczać uczuć drugiej osoby». R. R. Greenson
- «Możliwość umieszczenia siebie w mentalnych butach innej osoby tak, by zrozumieć własne emocje i uczucia». A. Goldman
- «Złożona forma psychologicznego wnioskowania, w którym obserwacja, pamięć, wiedza i rozumowanie łączą się w celu uzyskania wglądu w myśli i uczucia innych». W. Ickes
- «Empatia to zdolność do myślenia i odczuwania siebie w wewnętrznym życiu innej osoby». H. Kohut
- «Emocjonalne zrozumienie, które pozwala terapeutce w wejście w głęboko emocjonalny rezonans z pacjentem, który wpływa na podejście terapeutyczne i kontrakt z pacjentem». H. Prosen
- «Odbieranie wewnętrznego układu odniesienia drugiej osoby z dokładnością i emocjonalnymi komponentami i znaczeniami, gdzie częściowo występuje utożsamienie się z daną osobą, jednak bez utraty warunkowego «tak, jak». W tym sensie znaczy to odczuwanie bólu i przyjemności drugiej osoby tak jak ona to odczuwa oraz postrzeganie ich, tak jak ona je postrzega, ale bez utraty rozpoznania tego, że odbieramy to tak, jak bym to ja był zraniony lub zadowolony i tak dalej.» C. Rogers
- «Empatia obejmuje wewnętrzne doświadczenie dzielenia się i rozumienia chwilowego stanu psychicznego drugiej osoby». R. Schafer
- «Postrzegamy innych jako empatycznych, gdy czujemy, że działają oni lub w inny sposób uwzględniają bezpośrednio lub w nieokreślony sposób nasze wartości i motywacje, naszą wiedzę i nasze umiejętności lub kompetencje, ale przede wszystkim, kiedy przejawiają one rozpoznanie naszych działań w sposób, który można przyjąć jako ich uznanie». W. Schwartz
- «Empatia jest to spontaniczne i naturalne dostrojenie się do myśli i uczuć drugiej osoby, cokolwiek by to nie było (...) drugim elementem empatii jest jej afektywny składnik. To obserwator stosownie reaguje emocjonalnie na cudzy stan emocjonalny». S. Baron-Cohen
- «Empatia jest doświadczeniem obcej świadomości jako całości». E. Stein
- «Empatia jest tym, co dzieje się z nami, kiedy opuszczamy własne ciała, by znaleźć się na chwilę lub na dłuższy czas w umyśle drugiej osoby, by obserwować rzeczywistość jej oczami, odczuwać jej emocje i akcje w jej bólu». K. Lampert⁸

Przytoczone powyżej, wybrane próby opisanie istoty empatii ilustrują rozległość definicyjną i różnice w oznaczaniu zakresu znaczeniowego tego pojęcia. Dodajmy, że zacytowano tu w większości definicje autorstwa psychologów i psychiatrów, a tylko dwie ostatnie definicje pochodzą od filozofów. Jednak jak wiadomo,

⁸ przytoczone definicje empatii za: D. Szczepan-Jakubowska, J. Jakubowski: Czym jest empatia? <http://www.akcja-empatia.pl/index.php/o-empatii/czym-jest-empatia>

empatia jest przedmiotem zainteresowania znacznie szerszego spektrum nauk humanistycznych, więc jej funkcjonalne dookreślenia będą zapewne jeszcze bardziej różnorodne a próba skatalogowania używanych definicji mogłaby zaowocować sporej wielkości słownikiem. W świetle tego niewielkim ryzykiem obarczone będzie stwierdzenie, iż każdy badacz starał się opisać pojęcie empatii uzupełniając i modyfikując zakres znaczeniowy stosownie do własnych potrzeb.

Stajemy zatem w miejscu, gdzie nasza Amazonka – empatia tak się rozgałęzia, iż niełatwo podjąć decyzję, w którą stronę skierować łódź badacza. Wybór jest trudny, ale spojrzenie z dystansu uspokaja, bowiem z jakiegokolwiek punktu widzenia spróbujemy dalej zająć się zjawiskiem empatii, będzie to zawsze część składowa jego szerokiego znaczenia, podobnie jak każdy, najodleglejszy strumień wpadający do wielkiej rzeki wnosi do jej nurtu swój własny udział.

Źródło poznania, lustro człowieczeństwa

Interdyscyplinarną refleksję nad empatią musi poprzedzić odwołanie się do dorobku filozofów niezmiennie poszukujących odpowiedzi na nieskończone pytania o istotę człowieczeństwa, źródła poznania rzeczywistości i sfer, których istnienie od wieków jest przeczuwane, choć wymyka się doświadczałnej weryfikacji.

Przełom wieków XIX i XX, czasy symbolizmu i ekspresjonizmu, to epoka pełna niejednoznaczności, eksploracji świata gwałtownych emocji, przeżyć i błędzeń, a jednocześnie wynikającego stąd wielkiego wołania o sens ludzkiego istnienia. Stopień społecznego zaangażowania w dramatyczne poszukiwania celu ludzkiej egzystencji był wtedy, jak się wydaje, większy niż kiedykolwiek. Zewnętrznym przejawem tych poszukiwań okazał się niezwykle rozwój myśli filozoficznej, bowiem do filozofii odwoływali się zarówno szukający prawdy o człowieku artyści, jak i uczeni, uprawiający tak odległe na pozór dziedziny jak matematyka czy fizyka. Z dojmującej potrzeby zbadania tego, co w człowieku wewnętrzne zrodziła się psychologia, której początek, jako nauki, datuje się na rok 1879, kiedy Wilhelm Wundt założył w Uniwersytecie w Lipsku słynne laboratorium psychologiczne.

Bliskości sztuki, nauki i filozofii dowodzi szybkie upowszechnienie się pojęcia «*Einfühlung*» zastosowanego najpierw przez Roberta Vischer'a w rozważaniach na temat estetyki i percepcji dzieła sztuki. «*Einfühlung*» (*wczucie się*) jako droga poznania zainteresowało natychmiast psychologów, jak i ówczesnych filozofów. Szczegółne miejsce temu pojęciu poświęciła w swoich rozważaniach Edith Stein, niemiecka filozof — fenomenolog, późniejsza św. Teresa Benedykta od Krzyża.

Wspominając swoje studia w Getyndze pisała: «(...) na wykładach o naturze i duchu Husserl nam mówił, że obiektywnego świata zewnętrznego można doświadczać tylko intersubiektywnie, tzn. jedynie przez mnogość poznających indywiduów, pozostających między sobą we wzajemnym porozumieniu. Należałoby więc z góry założyć doświadczenia innych indywiduów. Nawiązując do prac Teodora Lippsa, Husserl nazywał to doświadczenie «wczuciem się» (*Die Einfühlung*)...»⁹ Owo «wczucie się» było przedmiotem dociekań filozoficznych Edith Stein, których

⁹ Edith Stein, Teresa Benedykta od Krzyża: Pisma. Tłum. I. J. Adamska. T.1. Kraków 1982, s. 265.

rezultaty przedstawiła w rozprawie doktorskiej «O zagadnieniu wczucia».¹⁰

Nie wdając się znowu w teorię i metodologię dociekań fenomenologicznych, jakie za Edmundem Husserlem przyjęła Stein, trzeba zwrócić uwagę na rzecz dla niej niezwykle istotną, że najdogodniejszą okolicznością «wczucia się» jako poznania jest spotkanie, bezpośredni kontakt między człowiekiem a człowiekiem. Wtedy najpełniej można doświadczyć aktu poznawczego nastawionego na wewnętrzne przeżycia innego, na jego osobowość, bowiem wczucie się jest doświadczeniem cudzej świadomości, najpełniej realizowanym wobec podmiotu jakim jest człowiek.¹¹

Tak rozumiane wczucie się jest jednak aktem pośrednim. W doświadczeniu, poprzez wczucie się, przeżyć drugiego człowieka «nie dochodzi do wymieszania i naruszenia odrębności własnego i cudzego Ja».¹² To nie to samo co «współodczuwanie» czy też «odczuwanie jedności».

Przy tym należy pamiętać, że ta droga nie gwarantuje nam wiedzy pełnej i pewnej. Przecież możemy się mylić, kiedy w owym akcie za podstawę przyjmujemy własne, indywidualne przeżycie. Kiedy «(...) komuś niemuzycznemu imputuję we wczuciu moje rozkoszowanie się symfonią Beethovena, to złudzenie zniknie, skoro patrząc na jego twarz zobaczę tam wyraz śmiertelnej nudy».¹³

Tłumaczy to Roman Ingarden potwierdzając wczucie jako drogę do wnętrza człowieka, które «(...) pozwala nam odkryć cielesno-psychiczną istotę człowieka, natomiast dopiero nadbudowujące się nad wczuciem rozumienie otwiera dostęp do ludzkiego bytu duchowego»¹⁴. Poznanie świadomości drugiego człowieka jest odczuwane jako wartość i prowadzi do porównywania wartości, a dalej umożliwia także poznanie «z zewnątrz» własnej osoby, bowiem «(...) mogę przeżywać wartości i odkrywać odpowiednie warstwy mojej osoby, do których odsłonięcia moje źródłowe przeżywanie jeszcze nie dało sposobności».¹⁵

Choć «wczucie» jako droga poznania w ujęciu Stein miało licznych krytyków, wskazujących na subiektywizm i brak naukowej pewności, to jej propozycja jest szczególnie atrakcyjna, głównie przez rozpoznawalną w jej poglądach potrzebę autentycznego dialogu. Jej rozprawa doktorska powstała w 1917 r., pod koniec dramatycznych doświadczeń ludzkości wywołanych I wojną światową. Wkrótce, z potrzeby głębszej refleksji zrodził się nowy kierunek zwany filozofią dialogu, filozofią spotkania, u którego początków niewątpliwie lokować trzeba Edith Stein. Ona sama, ofiara przemysłu śmierci w Auschwitz–Birkenau, stała się symbolem jeszcze strasliwszych doświadczeń ludzkości w czasach II wojny światowej, które rozważaniom filozoficznym skierowanym na rozumienie i porozumienie człowieka z człowiekiem przydały nieoczekiwanych, najtragiczniejszych doświadczeń.

¹⁰ Edith Stein: O zagadnieniu wczucia. Rozprawa doktorska (Zum Problem der Einfühlung. Dissertation), Halle 1917. Wyd. polskie: "O zagadnieniu wczucia" Kraków 1988.

¹¹ Przemysław Biela: Einfühlung jako dialogiczność personalizmu fenomenologicznego Edith Stein. Czasopismo Filozoficzne, nr 4/5 – październik 2009, s. 122.

¹² Tamże, s. 123

¹³ A. Węgrzecki: O poznawaniu drugiego człowieka. Kraków 1992, s. 117-118

¹⁴ Roman Ingarden: Wstęp do fenomenologii Husserla. Tłum. A. Półtawski. Warszawa 1974, s. 42

¹⁵ Edith Stein: O zagadnieniu, s. 149.

Doświadczenia, których depozytariuszami zostali ludzie ocaleli z zagłady, na nowo pobudziły myśl filozoficzną w kierunku dialogu, spotkania z drugim człowiekiem a do sławnych przedstawicieli filozofii dialogu jak: Gabriel Marcel, Martin Buber czy Emmanuel Levinas dołączyli także Józef Tischner i Karol Wojtyła, którego personalistyczna postawa filozoficzna, wychodzenie na spotkanie człowiekowi, zyskała w powszechnym odbiorze miano filozofii miłości.

Spotkanie jako warunek dialogu i aktu «wczucia się», definiowanego już przez Edith Stein, wymaga autentyczności. Wymóg ten zostaje spełniony «(...) gdy jego uczestnicy rzeczywiście uobecniają się sobie, gdy w swych działaniach i czynach manifestują siebie takimi, jakimi są. (...) Spotkanie przybiera zaś charakter nieautentyczności, gdy choćby jeden jego uczestnik manifestuje się w sposób pozorny»¹⁶. W trakcie spotkania, dialogu i aktu «wczucia się» nie tylko doświadczamy Innego. «W akcie wczucia konstytuuje się zarówno osoba poznającego (wczuwającego), jak i osoba poznawanego. Są one we wzajemnej zależności i poszukiwaniu siebie»¹⁷

Taka współzależność pozwala także poznawać siebie «(...) w spostrzeżeniu wewnętrznym, tzn. oglądać nasze psychiczne Ja i jego własności, znaczy: widzieć siebie tak, jak widzimy innego i jak ktoś inny nas widzi»¹⁸.

To zdanie z napisanej przed ponad 100 laty rozprawy doktorskiej Edith Stein implikuje rozległe konsekwencje. Jeśli bowiem nie tylko doświadczam stanów psychicznych Innego, rozszerzając zakres poznania o niedostępne dotąd przestrzenie, ale także, otwierając się na niego bez warunków wstępnych, poznaję świat «jego oczami», konfrontuję wartości, to w końcu, jak gdyby «stając po drugiej stronie lustra», mogę zobaczyć siebie samego, lepiej się zrozumieć, a może nawet zdumieć się lub zaniepokoić.

Takie rozumowanie prowadzi nas nie tylko ku wyjaśnieniu przyczyn pojawiającej się, często nieświadomej, potrzeby «wczucia się» a powszechniej – empatii, ale także ku uzasadnieniu konieczności jej świadomego rozwoju i pielęgnowania dla rozwoju własnego człowieczeństwa. W końcu zaczynamy rozumieć jak wielkim i trudnym dla człowieka darem jest empatia.

W kręgu różnych dyscyplin nauki

Przedstawione powyżej spojrzenie na zagadnienie empatii z punktu widzenia filozofa jest oczywiście, by ponownie przywołać analogię z rozległym dorzeczem Amazonki, jedynie próbą wpłynięcia do jednego z odgałęzień wielkiej rzeki, z całą świadomością faktu dokonania wyboru oraz z koniecznym zastrzeżeniem, że wybór ten nie był ani wartościowaniem, ani też decyzją przewodnika, lepiej niż inni znającego teren. Można się bez wstydu przyznać do ciekawości, która jest zawsze ważnym motywem odkrywców. Wszakże wracamy stamtąd do głównego nurtu z głębokim szacunkiem dla niezwykłych dokonań, wielkiego dorobku myśli wszystkich przedstawicieli filozofii dialogu, filozofii spotkania.

¹⁶ A. Węgrzecki: Zarys fenomenologii podmiotu. Kraków 1996. s. 141.

¹⁷ Przemysław Biela: Einfühlung jako dialogiczność personalizmu fenomenologicznego Edith Stein. Czasopismo Filozoficzne, nr 4/5 – październik 2009, s. 130.

¹⁸ Edith Stein: O zagadnieniu, s. 119.

Wytyczone przez nich kierunki stanowią dziś podwaliny nowych gałęzi nauki, a wiele z wcześniejszych, intelektualnych konstatacji udało się już zweryfikować badaniami empirycznymi, metodami dostępnymi dopiero współcześnie. Empatia – jako pojęcie bardzo się upowszechniła i «uzwyczajniła» we współczesnym języku, w różnych sferach życia społecznego i różnych dziedzinach nauki.

Dziś badaniem zagadnień empatii zajmuje się szeroko psychologia, lecz bez monopolu, bowiem empatia, jako niezwykła zdolność człowieka, jest także przedmiotem zainteresowania, medycyny, pedagogiki¹⁹, nauk zajmujących się komunikacją interpersonalną i społeczną. Empatię zawsze wykorzystywały religie i ideologie. Dziś pojawia się ona także w kręgu zainteresowań językoznawców²⁰, a nawet na gruncie poetyki zaczyna mówić się o empatii, jako kategorii literackiej²¹.

Ta cenna i niekwestionowana zdolność człowieka, stanowiąca od stuleci najsłabszą motywację działania lekarza – osoby spieszącej na ratunek innej osobie, cierpiącemu pacjentowi, ta, wykorzystywana w medycynie od zawsze, ścieżka poznania, przez wieki stanowiąca jedyny, dostępny wgląd do wnętrza człowieka potrzebującego pomocy, ta właściwość człowieka, sama w sobie staje się dopiero teraz przedmiotem systematycznego, empirycznego, medycznego poznania.

Dzięki osiągnięciom nauk ścisłych jak matematyka, fizyka, elektronika, technologia materiałowa i innych, współczesna medycyna otrzymuje precyzyjne narzędzia umożliwiające poznawanie ludzkiego mózgu in vivo, wyjaśniające coraz więcej uwarunkowań, ułatwiające samopoznanie się człowieka.

Jeśli przypomnieć, iż ścieżki naukowych eksploracji Edmunda Husserla czy Romana Ingardena wyrosły z matematycznych fascynacji, można sądzić, że niezwykły splot pozornie odległych dziedzin nauki nie jest przypadkiem, a raczej dowodem, iż współczesna wiedza wymaga współpracy różnych dziedzin, przezwyciężania ich odrębności i rezygnacji z przesadnie podkreślanej niekiedy autonomii na rzecz szeroko pojętych badań interdyscyplinarnych i wzajemnego wzbogacania się różnych gałęzi nauki ich wynikami.

Wszyscy jesteście empatyczni?

O co chodzi z tą empatią? Przecież wszyscy ją mamy! O czym tu można dyskutować? – oto przykład częstych, potocznych opinii ilustrujący brak zainteresowania tym zagadnieniem. Podobne opinie słyszy się czasem o języku: Przecież wszyscy mówimy, więc chyba każdy potrafi używać języka? Czym można się tu zajmować? Z odrobiną humoru można by wyobrazić sobie wypowiedź bałtyckiego śledzia zagadniętego o cechy morskich głębin: No cóż, panie...Woda! Pływa się...

Czy rzeczywiście wszyscy zostaliśmy jednak obdarzeni zdolnością empatii? Niestety, zdolność empatyzowania nie jest dana każdemu człowiekowi w jednako-

19 Maria Woźniak: Empatia w uczeniu dzieci. <http://www.szkolnictwo.pl/index.php?id=PU1080>

20 por. Seminarium RRR - Kognitywizm. III Seminarium Kognitywistyczne Lublin, 19-20 maja 2005.

21 Marta Suchańska: O empatii jako kategorii literackiej – koncepcje języka poetyckiego a empatia. Podteksty. Czasopismo kulturalno-naukowe. Nr 1 (15) / 2009.

wy sposób. Jednymi z tych, u których empatia jest znacznie ograniczona są osoby cierpiące na zespół Aspergera. Jak wspomina matka Maćka: «(...)osoby z zespołem Aspergera, tak jak mój syn, mają ograniczoną empatię, nie umieją się wczuć w uczucia drugiego człowieka. Opierają się na logice. Ale nie knują, nie kombinują, nie kłamią. Są szczerze.»²²

Brak empatii to wielki problem w społecznym funkcjonowaniu. W przytaczanym przykładzie ujawnił się już na poziomie edukacji młodego człowieka. Według opowiadania jego matki: «Wyniki miał bardzo dobre, mimo to niektórzy «profesorowie» mówili mu wprost, że «ta szkoła nie jest dla ciebie». Zwłaszcza polonista. Syn pisał pięknie — do dziś mam jego artykuł z astronomii — ale za nic w świecie nie mógł pojąć relacji między Romeem a Julią, a w żadnym z analizowanych wierszy nie mógł dociec, «co poeta miał na myśli». Jak to osoby z aspergerem, wszystko odczytywał dosłownie. Przez to polonista powiedział mi w drugiej klasie, że Maciek nie zda matury. «No, może uda mu się za pięć, a może za dziesięć lat». I zagroził, że nie da synowi promocji do następnej klasy. Nie potrafił pojąć, że kłopoty z polskim nie wynikają z zaniedbania czy braku inteligencji, ale są charakterystyczne dla tego zaburzenia. To tak jakby zmuszać daltonistę do nazywania barw, choć pokazuje nam zaświadczenie, że nie rozróżnia kolorów».²³

Wobec takiego świadectwa, przytoczone wcześniej pytanie «O czym tu dyskutować?» traci założone przez nadawcę, cechy pytania retorycznego i pozostaje jedynie dowodem nieznamości rzeczy. Zaś przywołana historia ucznia ukazuje jak trudno jest, bez odpowiedniej wiedzy, rozpoznać i zrozumieć osobę, której «inność» nie jest od razu dostrzegalna w wyglądzie zewnętrznym, lecz pozostaje ukryta głęboko w strukturach mózgu. Daje o sobie znać nieoczekiwanie przez reakcje i działania, których otoczenie nie jest w stanie zrozumieć opierając się wyłącznie na typowych, powszechnych schematach.

Codziennie spotykamy się z wieloma ludźmi. Mijajmy tłumy przechodniów na ulicach. Czy wtedy zastanawiamy się nad odmiennością innych, nad tym, że jednolity na pozór tłum to zgromadzenie różnych jednostek, odmiennych sposobów postrzegania rzeczywistości, innych «światów» istniejących tuż przy nas, razem z nami, w tym samym czasie? Uświadomienie sobie tej inności, możliwości innego widzenia to wstępny warunek empatii, pierwszy krok na drodze do «wczucia się», poznania alternatywnego świata drugiego człowieka.

Dowiedziano już niezbicie, że zdolnością do empatii nie są obdarzeni wszyscy w jednakowy sposób. Badania ludzkiego mózgu wykazują częste, biologiczne ograniczenia utrudniające lub wręcz uniemożliwiające realizację tej zdolności. Nawet u ludzi, którzy nie mają biologicznych ograniczeń empatia może być mniej lub bardziej rozwinięta.

W koncepcji znanego psychologa Marka Davisa istnieją grupy konstruktów, obiektywnych i subiektywnych uwarunkowań, które wpływają na indywidualną

22 Izabela Żbikowska: 100 proc. logiki, zero empatii. Czy dziecko z zespołem Aspergera może się z kimś zaprzyjaźnić? http://wyborcza.pl/1,87648,16731257,100_proc_logiki_zero_empatii_Czy_dziecko_z_zespolem.html#ixzz3Pmm6sqWF

23 Tamże.

reakcję człowieka na doświadczenia innych. Uważa on, że «zachowania empatyczne są następstwem ukształtowania «osobowości empatycznej». Przejawia się ona skłonnością do empatycznego myślenia i działania oraz we względnie stały sposób decyduje o wyborze zachowań empatycznych».²⁴

Wśród psychologów i pedagogów zajmujących się empatią powszechny jest pogląd o współzależności bogatego doświadczenia życiowego z wysoką empatią. Pogląd ten dodatkowo uzasadnia troskę o kształtowanie od wczesnego dzieciństwa zachowań prospołecznych, przyswajanie wartości i zachowań związanych z empatią. Dziecko, niezbędne do empatyzowania doświadczenia, czerpie ze świata rzeczywistego: relacji z rodzicami, najbliższym otoczeniem, jak i spoza tego świata – z bajek, opowieści i legend, przy czym oba źródła traktuje równoprawnie. Z tego punktu widzenia niezwykle ważny jest dobór narracji stanowiących wczesne źródła doświadczeń dziecka, bowiem ich zasób buduje dla niego bazę do zachowań empatycznych. Jerzy Trzebiński, «nawiązując do pojęcia schematu poznawczego w psychologii poznawczej, wprowadził pojęcie schematu narracyjnego. (...) reprezentuje on fragment rzeczywistości (dla schematu narracyjnego jest to fragment rzeczywistości opowiedzianej) i zawiera reguły jej przetwarzania».²⁵ Wielu badaczy posługuje się dziś pojęciami: narracyjna tożsamość, narracyjna struktura ludzkiej wiedzy czy narracyjny sposób interpretowania świata.²⁶

Jakże często przy próbach rozumienia nowych zdarzeń czy innych ludzi odwołujemy się do narracji, opowieści o zdarzeniach podobnych lub przeciwnych, lecz wywodzących się z tych samych przyczyn, do znanych nam lub zasłyszanych historii innych ludzi. «Filmy, reportaże, plotki słyszane w autobusie prawie zawsze mają formę narracji – są opowieściami o pewnych historiach. Nawet przypadkowe zdarzenia staramy się uczynić bardziej zrozumiałymi przez narzucenie im spójnej całości opowiadania. To sprawia, że narrację można uznać za swoistą próbę stworzenia przez człowieka pewnej konstrukcji rzeczywistości jako poznawczej reprezentacji naszego otoczenia, w której właśnie przedstawiamy sobie świat i zaistniałe zdarzenia jako historie».²⁷

Jak twierdzi Trzebiński wielość własnych schematów narracyjnych umożliwia i usprawnia interpretowanie własnych, a szczególnie cudzych doświadczeń. Bez wątpliwości pozostaje więc wniosek o bliskim, wprost proporcjonalnym związku między posiadanymi doświadczeniami (uzyskanymi przez empirię oraz narrację) a realizacją zdolności empatycznych.

Na świetle powyższych konstatacji warto powrócić na chwilę do historii Maćka, ucznia cierpiącego na chorobę Aspergera. Jego problemy polonistyczne w szkole brały się stąd, iż jednym z celów nauczania literatury jest właśnie wzbogacanie schematów narracyjnych, a szerzej, budzenie i rozwijanie empatii. To zada-

²⁴ Jolanta Tomczuk: Związek empatii z doświadczeniem – narracyjne badania eksperymentalne. W: Roczniki Psychologiczne, Tom VII, nr 2–2004, s. 107

²⁵ Jerzy Trzebiński. : Narracyjne konstruowanie rzeczywistości. W: J. Trzebiński (red.), Narracja jako sposób rozumienia świata (s. 17–42). Gdańsk 2002, s. 108.

²⁶ por. Błażej Błaszczak: Tożsamość człowieka a pojęcie narracji. W: Analiza i Egzystencja.

Czasopismo Filozoficzne, nr 14, 2011 r.

²⁷ Tamże, s.126–127.

nie, choć jego realizacja przychodzi często z trudem, ma sens w stosunku do zdecydowanej większości uczniów. Określenie «z trudem» jest też znaczące, bowiem różne są zdolności empatyczne konkretnych uczniów, różne ich poziomy rozwoju, wiążące się z przed szkolnym okresem rozwoju w różnych środowiskach rodzinnych. Jednakże wobec nielicznych, pozbawionych empatycznego daru, podejmowanie takiego zadania jest bezsensowne i skazane na porażkę.²⁸

Czy zatem dla tych ludzi niedostępnym pozostanie świat literatury, sztuki i kultury? Nie, nie musi tak się stać jeśli tylko empatyczny nauczyciel zrozumie, że odwołać się powinien do racjonalnej, a nie emocjonalnej inteligencji swojego ucznia, który w ten sposób dostąpi racjonalnego poznania. I choć nie dane mu będzie doznać emocjonalnego przeżycia, to pozostanie mu racjonalna wiedza o literaturze i kulturze, często nieodczuwalna w późniejszym życiu.

A historia Maćka potoczyła się optymistycznie: «Przeniosłam go więc po raz kolejny, tym razem do szkoły pod miastem. Tam wprowadzona w temat polonistka rozrysowała mu na kartonach epoki i najważniejsze motywy literackie. Po rozłożeniu, wszystkie karty zajęły niemal całą salę gimnastyczną, ale syn chwycił w mig. Komentował potem: «Ale to proste! Dlaczego nikt mi tego wcześniej nie pokazał?». Dzięki tej nauczycielce uwierzył w siebie, a maturę z polskiego zdał na 100 proc.! Dziś ma już licencjat z geografii na Uniwersytecie Jagiellońskim i wybiera się na studia magisterskie.»²⁹

Empatia w komunikacji interpersonalnej

Zdolność człowieka do doświadczenia stanów emocjonalnych innych osób, a przez to, uświadamiania sobie ich uczuć i potrzeb, co wiedzie w końcu do poznawania i lepszego rozumienia innych ludzi, posiada wartość trudną do przecenienia w procesie komunikacji interpersonalnej.

Werbalny komunikat językowy niesie podstawowe znaczenia. Świadomy nadawca wie dobrze, że ich odczytanie przez odbiorcę nigdy nie będzie w pełni zgodne z jego intencją i dlatego stara się o doprecyzowanie, używając często dodatkowych, słownych omówień, uzupełnień i przykładów. To także nie wszystko. Nieporozumienia w komunikacji językowej zdarzają się bardzo często. Łatwiej o porozumienie, jeśli komunikat ma swój dźwiękowy kształt. Akcent, intonacja, barwa głosu, natężenie a nawet szybkość wypowiedzi mają tu niebagatelne znaczenie. Komunikat może być dookreślany także przez przekaz wizualny: mowę ciała i gestykulację. Odbieramy wtedy całą, wielopiętrową jego strukturę, choć często i to nie wyłącza możliwości niewłaściwego zrozumienia. Nawet kontekst sytuacyjny nie zawsze stanowi o jednoznaczności komunikatu, bowiem różnie postrzegany przez odbiorcę może prowadzić ku nieoczekiwanym, paradoksalnym interpretacjom.

Wydawałoby się więc, że dłuższe wypowiedzi, pełne zastrzeżeń i dopowiedzeń powinny być najczęściej użytkowane, a tymczasem obserwacja potocznej komunikacji dowodzi czegoś wręcz przeciwnego. Porozumiewamy się krótkimi wypo-

²⁸ To zdanie z trudem napisał autor – z zawodu i zamiłowania nauczyciel polonista.

²⁹ Izabela Żbikowska: 100 proc. logiki, zero empatii...

wiedzeniami, używając ograniczonego zasobu słów, słów — symboli, bywa, że polisemantycznych wulgaryzmów, a często nawet bez słów jakoś to działa, większość komunikatów jest odbieranych poprawnie.

Nieodparcie nasuwa się wniosek, że jest to możliwe dzięki zdolności do empatii, zdolności, którą wykorzystuje odbiorca, aby rozumieć i doświadczać stanu emocjonalnego, w jakim znajduje się nadawca. Ów nadawca z kolei, jeśli jest empatyczny w stosunku do odbiorcy, weryfikuje tą drogą stopień zrozumienia swojego przekazu.

Sama zdolność jednak nie wystarcza. Do uruchomienia empatii, jeśli taka możliwość u konkretnego człowieka istnieje, potrzebna jest gotowość otwarcia na drugiego człowieka, swoisty stan skupienia wewnętrznego, nie na sobie samym właśnie, lecz na tym, z którym się komunikujemy. Ten stan wymaga, co najmniej, przyjęcia postawy szacunku dla drugiego, a otwarcie na Innego jest tym większe, im większe jest pozytywne zaangażowanie podmiotu empatyzującego w jego kierunku.

Szczególnie wyrazistym przykładem mógłby tu być stan zakochania. Dwoje ludzi jest całkowicie zorientowanych na siebie nawzajem. Tak intensywnie współodczuwają, wczuwają się w siebie wzajemnie, że ich empatia staje się głównym kanałem porozumiewania się, redukując potrzebę wypowiedziania słów. W końcu ich wzajemne komunikowanie się może odbywać się nawet w całkowitym milczeniu.

Oczywiście zawsze w empatii potrzebne są osobnicze katalogi doświadczeń, schematy narracyjne, odczytywanie emocji na podstawie zewnętrznych jej przejawów, jednakże u podstawy każdej próby «wzucia się» w innego jest akt, jak mówi Levinas, «zwrócenia się jednej twarzy ku drugiej, «twarzą w twarz» (...)).»³⁰

W życiu codziennym trudno o tak szczególnie silne, emocjonalne zaangażowanie w stosunku do mijającego nas co chwilę człowieka. Wystarczającym jednak i koniecznym warunkiem każdego empatycznego podejścia jest uznanie podmiotowości Innego, zgoda na jego prawo do inności i pragnienie poznania go takim jakim jest, bez, podążającej jak cień za naszym postrzeganiem, chęci dopasowania go do naszych ulubionych schematów.

Są jednak role społeczne, gdzie empatia jest wyjątkowo potrzebna. Niezbędna jest ona rodzicom, szczególnie tym, którzy wychowują «trudne dzieci», dzieci niepełnosprawne i dzieci chore. Bywa jednak i tak, że brak empatii rodziców powoduje jej zanik lub niedostateczne wykształcenie u dzieci. Rodzi to liczne, rodzinne dramaty, których przyczyny rzadko bywają kiedykolwiek odkrywane.

Bardzo potrzebujemy empatycznych nauczycieli, księży i lekarzy. Ludzi pełniących te role społeczne zwie się często ludźmi «społecznego zaufania». Owego zaufania udzielamy zazwyczaj «na kredyt» oczekując, że przedstawiciel takiego zawodu jest właśnie, jako empatyczna osobowość, starannie ukształtowany. Tymczasem przyjęte systemy nauczania, szkolenia i przygotowania do pełnienia tak odpowiedzialnych zadań społecznych z wielkim mozołem rozwijają sferę inteligencji racjonalnej IQ, a w niewielkim stopniu zajmują się EQ — inteligencją emocjonalną i kształtowaniem zachowań empatycznych. Wbrew powszechnemu przekonaniu właśnie w tych grupach wiedza na temat empatii jest niedostatecznie upowszechniana.

30 cytata za: Janusz Litewka: Twarzą w twarz – według Emmanuela Levinasa. <http://www.racionalista.pl/kk.php/s.823>

Tym bardziej interesujące są badania, dotyczące adaptacyjnej roli empatii w różnych sytuacjach życiowych³¹. «(...)współautorskie badania (Kliś, Kossewska, 1997), przeprowadzone w grupie 197 nauczycieli (szkół podstawowych, liceum ogólnokształcącego oraz szkoły dla uczniów specjalnej troski), w wieku od 21 do 57 lat (150 kobiet i 47 mężczyzn), wykazały znaczenie empatii w minimalizowaniu efektów syndromu wypalenia zawodowego nauczycieli».³²

Wnioski z tych badań są niezwykle interesujące, stwierdzono bowiem, jak pisze Kliś, że poznawczy komponent empatii łagodzi nasilenie symptomu depersonalizowania innych osób. «Na podstawie uzyskanych wyników można też sądzić, że u osób czerpiących satysfakcję z pracy zawodowej, nawet pomimo nasilających się niekiedy objawów wyczerpania emocjonalnego oraz umiarkowanej tendencji do depersonalizowania innych osób, nie dochodzi do zaburzeń natury psychosomatycznej, czy do społecznie negatywnych konsekwencji funkcjonowania z objawami wypalenia zawodowego. Natomiast wówczas, gdy przy średnim lub wyższym poziomie wyczerpania emocjonalnego, nauczyciele uciekają się do depersonalizowania innych osób jako mechanizmu obronnego, bądź też jako sposobu radzenia sobie ze stresem zawodowym, dochodzi do wyraźnego obniżania się poziomu satysfakcji zawodowej».³³

Najciekawszy jest jednak wniosek końcowy autorek tych badań. Postulują one bowiem trening wrażliwości empatycznej jako sposób na radzenie sobie ze stresem i zabezpieczanie się przed rozwojem i nasilaniem się zespołu wypalenia zawodowego. Powyższe zalecenie kierują szczególnie do znajdujących się na początku swojej kariery zawodowej nauczycieli «(...) o wysokim poziomie neurotyzmu i introwersji, silnym poczuciu zewnętrznego umiejscowienia kontroli zachowania, wysokiej ruchliwości zachowania, niskiej samoocenie i silnym poczuciu osamotnienia (...). Kształtowanie wrażliwości empatycznej nauczycieli oraz zdolności do kontrolowania przez nich natężenia przeżywanego w danej chwili empatii może odgrywać istotną rolę w organizowaniu tego rodzaju prewencyjnych oddziaływań.»³⁴

Potrzeba wyrażania uczuć w Internecie

Analizując zagadnienie empatii w komunikacji interpersonalnej nie sposób nie wspomnieć o nowej ścieżce porozumiewania się jaką jest komunikacja SMS-owa w telefonii komórkowej, czy też komunikatory typu Gadu-Gadu. To szczególne drogi porozumiewania się. Ich popularność wiąże się niewątpliwie z technologicznymi zaletami. SMS (*Short Message System*) umożliwia szybkie przesłanie informacji za cenę wielokrotnie niższą od telefonicznego połączenia głosowego. Do sukcesu SMS-u przyczynili się niewątpliwie młodzi użytkownicy, którym ograniczone

31 Maria Kliś: Adaptacyjna rola empatii w różnych sytuacjach życiowych. W: Horyzonty psychologii, 2012, T.II, Rozprawy i artykuły naukowe, <http://wydawnictwo.wsei.lublin.pl/files/147-171%20Maria%20Klis,%20Adaptacyjna%20rola%20empatii%20w%20roznych%20sytuacjach%20zyciowych.pdf>

32 Tamże, s. 158.

33 Tamże, s.163.

34 Tamże, s. 163.

zasoby finansowe i wysokie tempo ich życia nie pozwalały na długie rozmowy. Ten sposób porozumiewania się miał od początku ograniczenie technologiczne — maksymalną długość pojedynczego komunikatu akceptowaną przez system.³⁵ Choć dzisiejsza technologia zmniejszyła to ograniczenie, większość użytkowników SMS nadal nadaje krótkie teksty.

Podobną popularność zdobyły szybko komunikatory internetowe jak np.: Gadu–Gadu, Tlen, MNS Messenger. W swych pierwotnych wersjach umożliwiały one bezpośrednią komunikację z innymi użytkownikami Internetu za pomocą tekstów pisanych on–line. Komunikacja jest tu bezpłatna, klawiatura komputera wygodniejsza od telefonicznej, a dzięki rosnącym możliwościom programów można komunikować się w czasie rzeczywistym zarówno z pojedynczymi odbiorcami, jak i z całymi grupami użytkowników znajdującymi się jednocześnie w przestrzeni wirtualnej.

Okazało się jednak bardzo szybko, że użytkownikom najbardziej doskwiera inne ograniczenie obu ścieżek porozumiewania się — brak możliwości przekazywania emocji. Już łączność telefoniczna znacznie zredukowała możliwość uzupełniania przekazywanych komunikatów treściami pozawerbalnymi w porównaniu z bezpośrednią rozmową twarzą w twarz. Pozwala jednak nadal na uzupełnianie znaczeń akcentem, intonacją, siłą lub barwą głosu. Dzięki temu można przekazać żart i wyrazić uczucia (ironię, sarkazm, zachwyt, radość, przygnębienie itp.) zmniejszając ryzyko nieporozumienia. Niestety, zarówno SMS jak i wspomniane komunikatory internetowe zlikwidowały i te możliwości komunikacji pozajęzykowej, co okazało się natychmiast dotkliwym problemem. Powrót do dawnej sztuki epistolarnej — pisanie listów był niemożliwy z uwagi na ograniczenia długości komunikatów.

Wymyślono więc emotikony. Zbudowano z dostępnych znaków graficznych, jak np.: () - : ; / «elektroniczne buźki», stanowiące zarazem dowód inwencji użytkowników, jak i wyraz dojmującej potrzeby wyrażania uczuć, uzupełnienia tekstu o prymitywne wprawdzie ale jakże istotny przekaz emocjonalny. «Najpopularniejsze i jednocześnie najstarsze emotikony:

- :-) uśmiech (najbardziej typowy)
- ;-) uśmiech z przymrużeniem oka
- :-(smutek, zmartwienie
- ;-(płacz
- :-p pokazanie języka
- :-o zdziwienie
- :-D śmiech
- :-/ grymas niezdecydowania, zniesmaczenia
- : - obojętność, zdecydowanie».³⁶

³⁵ Maksymalna długość pojedynczej wiadomości mogła kiedyś wynosić do 160 znaków 7-bitowych, 140 znaków 8-bitowych lub 70 znaków 16-bitowych. Obecnie możliwe jest wysyłanie znacznie dłuższych wiadomości, lecz tylko dlatego, że system dzieli je samodzielnie na części i wysyła jako serię komunikatów, które są następnie automatycznie scalane w urządzeniu odbiorcy.

³⁶ Wojciech Jurek: Emotikona – ozdoba czy konieczność? W: Wyrażanie emocji. pod red. Kazimierza Michalewskiego. Łódź 2006.

Dynamiczny rozwój technologii sprawił, że aktualnie użytkownicy dysponują setkami emotikon, jednakże te podstawowe, zaprezentowane powyżej są tak łatwe i częste w użytkowaniu, że pojawiły się także w osobistej komunikacji e-mailowej. Wprawdzie opisujący to zjawisko Wojciech Jurek uznaje używanie emotikonów bardziej za chęć ozdoby tekstu niż konieczność³⁷, lecz wydaje się to mało przekonujące, jako że obserwacja tej formy komunikacji dowodzi, iż zdecydowana większość jej użytkowników bardziej dba treść, a lekceważy formę swoich przekazów.

Natomiast analiza funkcji emotikonów, potraktowanych przez Joannę Szczęk jako «swoiste innowacje semantyczne w komunikacji»³⁸, jest mocno osadzona na gruncie doświadczeń językowych, które dowodzą, że zmiany w języku mają tym bardziej dynamiczny charakter im silniejsze jest społeczne zapotrzebowanie. Autorka stwierdza, że «wzbogacają one komunikację tradycyjną i pomagają wyrażać emocje nadawcy komunikatu. Ze względu na bogactwo interpretacyjne są znakami wieloznacznymi. Stanowią w znacznym stopniu substytut werbalnego wyrażania emocji (...)».³⁹ Charakterystyczne jest też jej spostrzeżenie o podobieństwie tych znaków do ludzkiej twarzy komunikującej uczucia za pomocą mimiki. Wszystko to prowadzi do ostatecznego wniosku, że nawet w środowisku komunikacyjnym tak ubogim w ekspresywne środki daje o sobie znać dojmująca potrzeba wyrażania uczuć a tym samym stworzenia przynajmniej szansy na empatyczne porozumienie.

Empatia w służbie zdrowia

Wiele mówi się i pisze o potrzebie empatii w służbie zdrowia. Postawa empatyczna jest tu szczególnie oczekiwana przez człowieka dotkniętego przez chorobą, który zdając sobie sprawę z własnej ograniczoności i bezsiły, poszukuje pomocy u drugiego, któremu powierza swój los ufając w jego dobre intencje. U podłoża decyzji oddania się w ręce lekarza leży bez wątpienia konieczność, wołanie o ratunek, lecz jednocześnie głębokie pragnienie, by ten, któremu się oddaje, nie zawiódł mojego zaufania a przede wszystkim, by mnie zrozumiał.

Nie bez powodu użyto tu wyrażenia «służba zdrowia», które w praktyce codziennej niestety wychodzi z użycia, a tam, gdzie się je jeszcze stosuje, zatracą swoje pierwotne, głębokie znaczenie. «Służba» według Słownika Języka Polskiego to «praca na rzecz jakiejś wspólnoty, wykonywana z poświęceniem»⁴⁰, czyli pełne otwarcie na potrzeby drugiego człowieka, wymagające przede wszystkim jego dobrego rozumienia. Wynika z tego, że podstawą dobrej służby innemu jest empatia, zrozumienie jego cierpienia, potrzeb i pragnień. W świetle tej definicji apele o zwiększenie empatii w relacjach z pacjentem, o empatyczne przygotowanie lekarzy i całego personelu medycznego, brzmią nieco groteskowo, jeśli uświadomić sobie, że empatia jest i powinna pozostać fundamentem wszystkich działań służby zdrowia.

³⁷ Tamże, s.152.

³⁸ Joanna Szczęk: Emotikona – wyrażanie emocji w nowych technikach komunikacyjnych. W: Wyrażanie emocji. pod red. Kazimierza Michalewskiego. Łódź 2006. s. 185.

³⁹ Tamże.

⁴⁰ Słownik Języka Polskiego PWN, <http://sjp.pwn.pl/sjp/2521967>

Nie może być ona jedynie wartością dodaną, uzupełnieniem wiedzy i umiejętności lekarza, pielęgniarki czy farmaceuty, lecz winna być punktem wyjścia zarówno ich decyzji o wyborze zawodu jak i imperatywem działania, który pozostaje z nimi na całe życie.

Empatia leży u podstaw sukcesu wywiadu lekarskiego i wszelkich kontaktów w relacjach lekarz – pacjent. Świadomy, posiadający wiedzę o podstawowych zasadach komunikacji interpersonalnej, doświadczony lekarz zwraca uwagę nie tylko na to «co» komunikuje mu pacjent, lecz na to «jak» to komunikuje. Postawa empatyczna pozwala mu wejść w stan psychiczny pacjenta i wtedy, dysponując już wiedzą «rozejrzeć się», zidentyfikować nie tylko dolegliwości chorego, lecz także ustalić możliwości jego współuczestnictwa w terapii. Empatia umożliwi nawiązanie kontaktu, wzbudzenie zaufania a także psychicznie wzmocni pacjenta, pobudzi go do walki z chorobą i pomoże mu uwierzyć w możliwość wyzdrowienia.

Empatia dla lekarza, podobnie jak dla nauczyciela, to także szansa na uniknięcie negatywnych skutków uprawiania trudnego, pełnego stresów zawodu, mogących prowadzić w dłuższym okresie do zjawiska wypalenia zawodowego. Porozumienie z pacjentem, szczególnie w trudnych chwilach, może być źródłem podniesienia poziomu satysfakcji zawodowej, zaś empatyczna więź, często niedoceniany element terapii, aktywizując chorego, w znacznym stopniu przyczynia się do wspólnego sukcesu lekarza i jego pacjenta. Każdy sukces uskrzydla, a więzi pomiędzy pacjentami i lekarzami nawiązane podczas leczenia i trwające często przez lata, mogą być przez długi czas źródłem zawodowej satysfakcji lekarza, a w chwilach trudnych stanowić dla niego mocny punkt oparcia. Jak mówi przysłowie gruzińskie: «Człowiek jest dla człowieka lekarstwem»⁴¹.

Niebezpieczeństwa na ścieżce empatii

Empatia jako sposób dowartościowania siebie

Postawa empatyczna rodzi szereg problemów. Wynikają one głównie stąd, że empatyczny stosunek do drugiego człowieka wymaga, by choć na chwilę odejść od własnego «ja», wyjść poza granice siebie. Próbuąc spojrzeć na rzeczywistość oczyma drugiego trzeba odsunąć na czas pewien własne postrzeganie, w pewnym sensie zrezygnować przynajmniej z części siebie samego. Trudność dla jednych polega na tym, że instynktownie traktują oni taką postawę jako uszczuplenie siebie samego, swojej własnej istoty, odsłanianie i poświęcanie siebie i obawiając się tego zamykają się w sobie, broniąc swego kruchej poczucia własnej wartości. Inni zaś przeciwnie, odczuwając niedostatek własnej wartości, traktują empatię łączoną ze skrajnym altruizmem jak koło ratunkowe, jedyne uzasadnienie sensu własnego istnienia. To postawy skrajnie przeciwne.

Tymczasem właściwie rozumiana, oparta na wewnętrznej równowadze empatia jest drogą do kreowania własnej osobowości, rozwijania siebie i postrzegania całej złożoności świata z coraz to nowych punktów widzenia. Punktem wyjścia do kształtowania postawy empatycznej powinien być poprawnie ukształtowany stosunek do siebie samego, rozumienie siebie, samoakceptacja.

⁴¹ <http://obliczagruzji.monomit.pl/przyslowia-gruzinskie>

Posłużmy się przykładem: Przed startem każdego samolotu stewardesa instruuje pasażerów, jak zachować się w trudnych sytuacjach. Pokazując maskę tlenową stwierdza, że w razie dekompresji kabiny należy założyć maski. Podkreśla, że najpierw należy założyć maskę sobie, a dopiero potem dziecku, czy innej osobie, która jest pod naszą opieką. Ten nakaz budzi czasem zdumienie pasażerów podróżujących samolotem po raz pierwszy. Jednakże jeśli nie zadamy najpierw o siebie, nie będziemy mogli pomóc innym, a wtedy życie nasze i innych będzie poważnie zagrożone.

Podobne przykłady można by mnożyć. Lekarze, czy misjonarze pracujący w najuboższych regionach świata nie mogą dzielić się z lokalnymi mieszkańcami wszystkim, co posiadają. Muszą najpierw zadbać o swoje własne, podstawowe potrzeby, by przeżyć i móc pomagać innym, którzy często wokół nich umierają z głodu. Bywa, że takie postawy wywołują wewnętrzne wątpliwości, bo przecież w naszej kulturze pozostawiły swoje ślady wzorce średniowiecznego ascetyzmu. Do dziś w programie lektur szkolnych odnaleźć można piętnastowieczny tekst «Legendy o świętym Aleksym», gdzie uduchowiony asceta oddaje innym wszystko co posiada, sam cierpi głód i niedostatek a w końcu umiera.

Z upływem wieków zmieniły się wzorce i współcześnie, w odróżnieniu od Średniowiecza, życie jest uznawane za jedną z najwyższych wartości, podlegającą szczególnej ochronie. Jednakże często spotkać można «osoby nadmiernie empatyczne, [które – przyp. autora] nie tylko przepraszają za swoje istnienie, ale dodatkowo «zarażają się» wszystkimi cierpieniami świata. Chłoną problemy zarówno z najbliższego otoczenia, jak i te dziejące się setki kilometrów od ich miejsca pobytu. Na skraj rozpacz i wypalenia mogą doprowadzić ich domowe awantury sąsiadów, ale także konflikty wojenne w dalekim Sudanie».⁴² To ludzie o zaniżonym poczuciu własnej wartości, przekonani, że sensem ich istnienia jest całkowite i bezgraniczne oddanie innym, aż do zaprzeczenia własnego prawa do życia. Prawdopodobnie dorastali w patologicznym środowisku rodzinnym, w którym rodzice nie uznawali potrzeby budowania poczucia wartości swojego dziecka a główną, przekazywaną mu wytyczną był swoisty utylitaryzm: Jesteś tyle wart na ile możesz się przydać?

Patologiczna empatia jest często związana z patologicznym altruizmem. Te same postawy, które stanowią wysoko oceniane wzorce społeczne, przy zaburzeniu poczucia własnej wartości mogą przynosić negatywne rezultaty. Patologiczne kumulowanie w sobie cierpienia innych może czasami prowadzić do głębokich frustracji, a nawet agresji, zaś skrajny altruizm połączony z zaprzeczeniem własnej wartości obserwowany jest w postawach pracoholizmu, poświęcania nie tylko siebie, lecz i dobra własnej rodziny na rzecz innych, co w efekcie prowadzi do skutków negatywnych, zaprzeczających wyjściowym motywacjom.

Ciekawe są spostrzeżenia Rachel Bachner-Melman, psychologa z University Medical Center w Jerozolimie, badającej młode kobiety zagrożone anoreksją. «To osoby niezwykle czułe na potrzeby innych ludzi, wiedzą, kto potrzebuje słowa otu-

⁴² Joanna Krupa: Empatia w życiu codziennym czyli przepraszam, że żyję... http://www.poradnikzdrowie.pl/psychologia/dusza/empatia-w-zyciu-codziennym-czyli-przepraszam-ze-zyje_35400.html

chy, a kto po prostu wyręczenia w trudnym zadaniu (...)Wydaje się, że niemal od-mawiają sobie prawa do istnienia, starają się przebłagać los za swe znienawidzone ja, dając innym nieskończenie wiele. Jednym z głównych elementów terapii jest uprzytomnienie im, że to one liczą się przede wszystkim»⁴³. Akceptowane społecznie rozwijanie postawy empatycznej przyniosłoby w tych przypadkach ewidentne szkody w terapii.

Manipulacje empatią

Ludzka zdolność i gotowość do wczuwania się w sytuację i przeżycia innych jest bardzo często wykorzystywana przez innych w sposób nieetyczny. Empatia jest niezwykle cenną właściwością dla profesjonalnych specjalistów od reklamy i PR, a przede wszystkim dla polityków. Wiedzą oni, że wczuwanie się w sytuację i emocje innych osób to proces szybki, automatyczny, a intelektualna refleksja przychodzi znacznie później i ma dużo słabszą moc oddziaływania. Aby więc osiągnąć swój cel wystarczy zaaranżować, wyglądającą jak najbardziej naturalnie, taką sytuację, która pobudzi emocjonalną, opartą na empatii reakcję społeczeństwa w zaplanowanym od początku kierunku.

Znakomitymi manipulatorami w tej dziedzinie są osoby o cechach psychopatycznych. Ich wysoko rozwinięta inteligencja racjonalna pozwala na budowanie przekonującej argumentacji, zaś brak inteligencji emocjonalnej czyni ich całkowicie odpornymi na argumenty etyczno-moralne. Działają w sposób zaplanowany, celowy i pozbawiony emocji, z dużym powodzeniem łącząc przemoc fizyczną i psychiczną. Nie liczą się z faktami i najstraszliwszymi nawet konsekwencjami dla innych. Są gotowi kłamać «w żywe oczy», z głębokim przekonaniem, że ich kłamliwa wersja, choćby była najbardziej nieprawdopodobna, powtórzona wiele razy zostanie w końcu uznana za prawdziwą.

Podczas I i II wojny światowej, każda z zantagonizowanych stron sięgała po drastyczne plakaty ukazujące przeciwnika jako drapieżną, agresywną bestię. Ukazując zagrożenie niewinnych kobiet, dzieci i starców gwałtem, śmiercią i wielkimi cierpieniami, których dopuszcza się wróg, oddziaływano bezpośrednio, wykorzystując zjawisko empatii, na własne społeczeństwo, mobilizując miliony ludzi do krwawej wojny.

Reżimy totalitarne i dyktatury wykorzystywały jednak empatię znacznie szerzej. Czołowi przywódcy totalitaryzmu hitlerowskiego i stalinowskiego, których nazwiska stanowią niezmywalną, hańbiącą plamę w historii ludzkości, znacząco udoskonalili mechanizm manipulacji empatią własnych społeczeństw i właśnie dzięki temu osiągnęli sukces, który wydawałby się niemożliwy.

Do dziś trudno jest zrozumieć, jak mogło dojść do niewyobrażalnych zbrodni za milczącym przyzwoleniem całych narodów. Próbę odpowiedzi na to pytanie podejmuje Simon Baron-Cohen.⁴⁴ Wychodzi on z założenia, że genezą okrucieństwa jest brak empatii. W swoim wywodzie zastępuje nawet termin «zło» pojęciem «erozja

⁴³ cytata za: Ewa Nieckuła: Piekło brukowane dobrocią. <http://www.focus.pl/czlowiek/pieklo-brukowane-dobrocia-8806?strona=2>

⁴⁴ Simon Baron-Cohen: Teoria zła. O empatii i genezie okrucieństwa. Sopot 2014.

empatii».⁴⁵ Według niego już obniżony poziom empatii może być zagrożeniem, bo «przestajemy wtedy traktować drugiego człowieka jak osobę, która ma swoje uczucia, i zaczynamy go traktować jak przedmiot».⁴⁶ Cohen dopowiada to pozornie niegroźne stwierdzenie wyjaśniając, że wkraczamy wtedy na początek drogi prowadzącej ku wszelkim możliwym, krzywdzącym zachowaniom.

Hannah Arendt zaproponowała pojęcie banalności zła⁴⁷, do sformułowania którego doprowadziła ją obserwacja procesu Adolfa Eichmanna, jednego z głównych twórców Holocaustu. «W trakcie procesu stało się dla niej jasne, że Eichmann nie był szalony ani nie różnił się istotnie od reszty ludzi. Był całkiem zwyczajny».⁴⁸

Psychopatyczni przywódcy nie są tak liczni, jak by się to na pozór wydawało. Zapewniają oni jednak sobie współpracę, pomoc lub choćby milczącą akceptację «zwyczajnych ludzi», dzięki którym upowszechnia się owo «banalne zło». Jak to się dzieje?

Wyjaśnienie nie wydaje się być szczególnie skomplikowane. Człowiek posiada wbudowane mechanizmy hamujące empatię. Działają one zarówno nie tylko wtedy, gdy lekarz na miejscu katastrofy decyduje, którymi ofiarami zajmie się natychmiast, a którymi później. Hamowanie empatii następuje także wtedy, gdy ojciec na prośbę dziecka o wspólną zabawę odpowiada: «Pobaw się sam. Teraz mam pilną pracę».

Jednakże hamowanie empatii w skali społeczeństwa, czy narodu to domena świadomej, zaplanowanej propagandy, która znając te mechanizmy wykorzystuje je cynicznie do własnych celów. Jej działanie koncentruje się najpierw na różnicowaniu społeczeństwa, dowartościowaniu jednych grup, przy jednoczesnej deprecjacji innych, prowadząc w końcu do uprzedmiotowienia, całkowitego pozbawienia wartości grup przeznaczonych do wykluczenia. Kiedy uprzedmiotowienie grup niepożądanych staje się już faktem, ugruntowanym w świadomości reszty społeczeństwa, pozostaje tylko obciążyć te grupy winą za niedogodności, niespełnione pragnienia czy dotkliwe przypadłości reszty społeczeństwa. Apel o aktywny udział w usunięciu grup niepożądanych, winnych wszelkich plag spotka się wtedy z poparciem większości i milczącym przyzwoleniem nielicznych. Tu też dochodzi do manipulacyjnego oddziaływania na empatię za pomocą haseł: Dla dobra narodu... Dla lepszej przyszłości Twoich dzieci ... itp. W ten sposób angażuje się zwykłych ludzi do czynienia «zbanalizowanego zła», które przedstawia się jako misję czynienia dobra w imię wielkiej idei.

Takie działanie jest właściwe ludzkości od czasów najdawniejszych. Zdumiewa tylko fakt, iż trzeba było dwudziestowiecznej hekatombi, by wzbudzić refleksję i naukowo opisać to zjawisko. Dziś ten rodzaj manipulacji uprawiany jest niestety nadal, choć w większości przypadków stosowane techniki stały się bardziej wyrafinowane, a ich mechanizmy kamufluje się znacznie staranniej. Dzięki powyższemu opisowi można uświadomić sobie skalę niebezpieczeństwa, jakie niosą współcześnie wszelkie wykluczenia: rasowe, etniczne, polityczne czy religijne. Prowadzą one

⁴⁵ Tamże, s.23.

⁴⁶ Tamże, s. 162.

⁴⁷ Hannah Arendt: Eichmann w Jerozolimie. Rzecz o banalności zła. Kraków 1987.

⁴⁸ Simon Baron-Cohen: Teoria zła.... s.147.

do pozbawiania wartości i uprzedmiotowienia innych ludzi, a wtedy możliwe jest każde okrucieństwo. Pamiętać należy o skrytym, pełzającym rozwoju owego «banalnego zła», o łatwej możliwości «zarażania nim» całych społeczeństw i o tym, że jedynym możliwym przeciwdziałaniem jest stałe przywoływanie podstawowych wartości, bezustanne wspieranie wrażliwości i empatii w życiu społecznym oraz upowszechnianie wiedzy o jej mechanizmach i zagrożeniach.

Trudny dar

Poważna refleksja nad empatią nie pozwala uchylić się od rodzących się pytań o istotę człowieczeństwa, sens życia, a przede wszystkim cel mozolnej pracy nad sobą, samodoskonalenia, które prowadzi ku wspaniałym horyzontom opiewanym przez filozofów, lecz w praktyce dnia codziennego bliższe jest uciążliwej wędrówce wyboistą, błotnistą drogą. Dla wielu podążanie tą drogą, pełną zakrętów, stwarza w końcu wrażenie, że to nie świadomie ukierunkowany ruch, lecz tylko banalne przesuwanie się w koleinie życia, w której znaleźliśmy się z nieznanego powodu. Być może tak swoją egzystencję postrzegali ludzie, zanim Prometeusz podarował im skradziony z Olimpu ogień.

Ogień zmienił człowieka, umocnił go, uczynił bliższego bogom, lecz był to trudny dar. Wymagał stałej troski, podsycania żaru, chronienia go przed ulewą i wichurą. A jednak zmienił obyczaje ludzi. Połączył ich w kręgu ogniska, w ciepłe, przy którym stawali się dla siebie jakby lepsi. Do dziś używając określenia «ciepło domowego ogniska» mamy na myśli nie tyle sam żar z ognia, lecz ciepło dobrych, okazywanych sobie uczuć, pozytywnych emocji.

Niestety bogowie olimpijscy byli mściwi i zawistni. Wymyślili straszliwą karę dla tych, którzy, ulepieni z gliny, chcieli polepszyć, uszlachetnić swoje życie. Wysłali do ludzi piękną kobietę – Pandorę z kunsztowną puszką, której miała nigdy nie otwierać. Finał tej historii jest dobrze znany. Pandora otworzyła puszkę i na świat wydostało się wszelkie zło, tragedie, cierpienia i choroby. Do dziś przeciwko nim dysponuje my jedynym tylko narzędziem obrony – żarem boskiego ognia, miłością i empatią.

To empatia motywuje przechodnia do udzielenia pomocy temu, kto przed chwilą zasłabł na ulicy. To empatia wyciąga sąsiadów z ciepłych domów, by szukać małego Adasia, który zaginął w mroźną noc. To empatia pobudza do szlachetnych działań lekarzy, pielęgniarzy, nauczycieli, księży, choć wśród nich tak wielu jest zatrutych jadem z puszki Pandory.

Empatia to wspaniały dar. Jego dobroczynne skutki mogą oddziaływać na każdego człowieka, niezależnie od tego, czy sam jest empatyczny, czy na to zasłużył, czy dopuścił się przestępstw. Jednakże dobroczynne skutki wracają przede wszystkim do tych, którzy przejawiają postawę empatyczną w swoim życiu. Im wszakże nie jest łatwo. Prawdziwa empatia wymaga dojrzałości, starań o wewnętrzne doskonalenie siebie, a przede wszystkim, zgodnie z ewangelicznym przykazaniem miłości: «kochaj bliźniego swego, jak siebie samego», akceptacji siebie, uznania swojej własnej wartości jako człowieka. Podobnie jak przy katastrofie samolotu, gdzie najpierw trzeba uratować siebie, by móc później pomagać innym.

Obserwuje się paradoksalne istnienie dwóch przeciwnych sobie zjawisk: zanikania zachowań empatycznych w społeczeństwie i coraz większej tęsknoty za empatią, której brak prowadzi wielu do poczucia alienacji, do nieszczęść i tragedii. Tadeusz Gadacz, w wykładzie o wyzwaniach i zagrożeniach współczesności wygłoszonym do europejskich parlamentarzystów, ostrzegał przed zachwianiem równowagi między materialnym a duchowym wymiarem życia.⁴⁹ Wskazywał jak rozwój cywilizacji technicznej niosący ludziom dobra ułatwia działanie tym, którzy zatruci są «złem z puszki Pandory». Są oni nawet szybsi, bo ich decyzji nie hamują żadne ograniczenia etyczne. Zwrócił uwagę, że «cywilizacja techniczna, która rozwija się coraz szybciej musi zatem zostać zrównoważona przez cywilizację etyczną, która na naszych oczach coraz bardziej ulega degradacji»⁵⁰, a zastanawiając się nad przyszłością, wyraził jedynie nadzieję na uniknięcie kataklizmu.

Kataklizm jest możliwy. Mit grecki i przekaz starotestamentowy mówią o potopie, który zniszczył całą, zatrutą złem ludzką cywilizację. Przetrwali najuczciwsi, Deukalion i Pyrra w przekazie greckim, a Noe z rodziną w przekazie biblijnym po to, by wszystko zacząć od początku.

Ale szansa na odwrócenie katastroficznej wizji nadal istnieje. Potrzebna jest refleksja, zaangażowanie emocjonalne i powrót do prawdziwej wartości człowieka. Znany podróżnik, reportażysta, poeta i filozof Ryszard Kapuściński jasno sformułował istniejące możliwości zawrócenia człowieka z drogi wiodącej ku unicestwieniu: «Drzwi i bramy służą nie tylko do zamykania przed Innym – mogą także otwierać się przed nim, zapraszać w gościnę. Droga nie musi służyć wrażym armiom, może być też traktem, którym idzie do nas, ubrany w strój pielgrzyma, któryś z bogów. Dzięki takim interpretacjom znaczeń zaczynamy obracać się w świecie nie tylko bogatszym i różnorodniejszym, ale również bardziej nam życzliwym, w świecie, w którym sami będziemy chcieli spotkać się z Innym»⁵¹.

⁴⁹ Tadeusz Gadacz: Kryzys „europejskiego człowieczeństwa”. Wykład wygłoszony 26 września 2011 r. w sejmie na konferencji parlamentarzystów państw NATO „Wyzwania i zagrożenie współczesności” w ramach polskiej prezydencji w Unii Europejskiej, <http://www.iumw.pl/kryzys-europejskiego-czlowieczestwa.html>

⁵⁰ Tamże.

⁵¹ Ryszard Kapuściński: *Ten Inny*. Kraków 2013, s. 69.

Piśmiennictwo

- 1 Tomczuk J. *Związek empatii z doświadczeniem – narracyjne badania eksperymentalne*. W: Roczniki Psychologiczne, Tom VII, nr 2, 2004 r.
- 2 Vischer R. *Über das optische Formgefühl – ein Beitrag zur Ästhetik*, Diss., Tübingen 1872 r.
- 3 Sienkiewicz H. *Potop*. cyt. za: <http://univ.gda.pl/~literat/potop/0009.htm>.
- 4 *Słownik Języka Polskiego* PWN, <http://sjp.pwn.pl>
- 5 *Słownik Wyrazów Obcych* Wydawnictwa Europa, pod redakcją naukową prof. Ireny Kamińskiej-Szmaj, autorzy: Mirosław Jarosz i zespół. 2001.
- 6 Szczepan-Jakubowska D, Jakubowski J. *Czym jest empatia?* <http://www.akcja-empatia.pl/index.php/o-empatii/czym-jest-empatia>
- 7 Stein E. *Teresa Benedykta od Krzyża: Pisma*. Tłum. I. J. Adamska. Rozprawa doktorska (Zum Problem der Einfühlung. Dissertation), Halle 1917. Wyd. polskie: Kraków 1982.
- 8 Stein E. *O zagadnieniu wczucia. wczucia* Kraków : Wydawnictwo ZNAK, 1988.
- 9 Biela P. *Einfühlung jako dialogiczność personalizmu fenomenologicznego Edith Stein*. Czasopismo Filozoficzne, nr 4/5 – październik 2009.
- 10 Węgrzecki A. *O poznawaniu drugiego człowieka*. Kraków 1992.
- 11 Ingarden R. *Wstęp do fenomenologii Husserla*. Tłum. A. Półtawski. Warszawa 1974.
- 12 Węgrzecki A. *Zarys fenomenologii podmiotu*. Kraków 1996.
- 13 Suchańska M. *O empatii jako kategorii literackiej – koncepcje języka poetyckiego a empatia*. Podteksty. Czasopismo kulturalno-naukowe. Nr 1 (15) / 2009.
- 14 Żbikowska I. *100 proc. logiki, zero empatii. Czy dziecko z zespołem Aspergera może się z kimś zaprzyjaźnić?* http://wyborcza.pl/1,87648,16731257,100_proc__logiki__zero_empatii__Czy_dziecko_z_zespolem.html#ixzz3Pmm6sqWF
- 15 Trzebiński J. *Narracyjne konstruowanie rzeczywistości*. W: J. Trzebiński (red.), *Narracja jako sposób rozumienia świata* (s. 17–42). Gdańsk 2002.
- 16 Błaszczak B. *Tożsamość człowieka a pojęcie narracji*. W: *Analiza i Egzystencja*. Czasopismo Filozoficzne, nr 14, 2011 r.
- 17 Litewka J. *Twarzą w twarz – według Emmanuela Levinasa*. <http://www.racionalista.pl/kk.php/s.823>
- 18 Kliś M. *Adaptacyjna rola empatii w różnych sytuacjach życiowych*. W: *Horyzonty psychologii*, 2012, T.II, Rozprawy i artykuły naukowe, <http://wydawnictwo.wsei.lublin.pl/files/147-171%20Maria%20Klis,%20Adaptacyjna%20rola%20empatii%20w%20roznych%20sytuacjach%20zyciowych.pdf>
- 19 Jurek W. *Emotikona – ozdoba czy konieczność?* W: *Wyrażanie emocji*. Pod red. Kazimierza Michalewskiego. Łódź 2006.
- 20 Szczęk J. *Emotiklona – wyrażanie emocji w nowych technikach komunikacyjnych*. W: *Wyrażanie emocji*. pod red. Kazimierza Michalewskiego. Łódź 2006.
- 21 <http://obliczagruzji.monomit.pl/przyslowia-gruzinskie>
- 22 Krupa J. *Empatia w życiu codziennym czyli przepraszam, że żyję...* http://www.poradnikzdrowie.pl/psychologia/dusza/empatia-w-zyciu-codziennym-czyli-przepraszam-ze-zyje_35400.html

- 23 Nieckuła E. *Piekło brukowane dobrocią*. <http://www.focus.pl/czlowiek/pieklo-brukowane-dobrocia-8806?strona=2>
- 24 Baron-Cohen S. *Teoria zła. O empatii i genezie okrucieństwa*. Sopot 2014.
- 25 Arendt H. *Eichmann w Jerozolimie. Rzecz o banalności zła*. Kraków 1987.
- 26 Gadacz T. *Kryzys «europejskiego człowieczeństwa»*. Wykład wygłoszony 26 września 2011 r. w sejmie na konferencji parlamentarzystów państw NATO «Wyzwania i zagrożenie współczesności» w ramach polskiej prezydencji w Unii Europejskiej, <http://www.iumw.pl/kryzys-europejskiego-czlowieczestwa.html>
- 27 Kapuściński R. *Ten Inny*. Kraków 2013.

prof. dr hab. n. med. Jerzy Arendt
Kierownik Oddziału Klinicznego Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej
Szpitala Specjalistycznego nr 1 w Bytomiu

EMPATIA W CHIRURGII

Streszczenie

Szczególny rodzaj komunikacji interpersonalnej zachodzi między lekarzem i chorym. Kamienie milowe tych relacji od tysiącleci wyznacza przysięga Hipokratesa. Relacje te ulegają zmianom w zależności od ustroju społecznego, zamożności i wyuczajów społecznych, systemu opieki zdrowotnej i współcześnie niestety od zastąpienia relacji lekarz – chory relacją świadczeniodawca – świadczeniobiorca. Chirurgia i wszystkie pokrewne zabiegowe specjalności wytwarzają zupełnie inne odrębne od całej medycyny i wszystkich zawodów kontakty lekarz – chory. Albowiem podmiotem działania jest ciało i umysł chorego człowieka, który odczuwa ból, ma inne odczucia i który ma uczucia wpływające na jego wyobraźnię. Działającym natomiast jest lekarz, który dokonuje uszkodzenia ciała, czasami prowadzi do kalectwa, czasami do śmierci ale najczęściej do wyleczenia chorego. Dla sprawnego działania i osiągania sukcesów przez zespół chirurgiczny niezbędne jest między ordynatorem i asystentami zrozumienie zadaniowe, mentalne i empatyczne. Spotkanie pacjenta z całym zespołem oddziału chirurgicznego stanowi specyficzny, naładowany ogromnymi emocjami sytuacyjny związek. Jak stwierdziła Smoczyńska: «Pacjent szuka sygnałów, które utwierdzą go w przekonaniu, że lekarz oprócz tego, że jest profesjonalistą jest także człowiekiem, który się nim interesuje». Lekarz natomiast chciałby, aby chory docenił jego pracę, starania, kompetencje, żeby opuszczając oddział powiedział «magiczne słowo dziękuję».

Te powyżej opisane relacje empatyczne w chirurgii są instytucjonalnie chorem zabierane przez urzędników Ministerstwa Zdrowia i NFOZ, którzy czas przeznaczony na leczenie zabierają lekarzom, wymuszając jako płatnik wypełnianie coraz większej liczby formularzy. Jeżeli jednak uda się nam «mimo wszystko» ogromnym osobistym wysiłkiem zbudować w chirurgii prawidłowo rozumiane i wykształcone reakcje emocjonalne możemy uzyskać: zdrowe, inspirujące relacje w pracy, atmosferę leczenia chorych pełną zaufania i bezpieczeństwa oraz zakończenie leczenia i opuszczenie oddziału chirurgicznego przez chorego z wyrażanym uczuciem spokoju i wdzięczności. Tego życzę wszystkim chirurgom i ich pacjentom.

Emocje

Coraz częściej wielu ludzi zauważa, że tak zwany «sukces w życiu», który chociaż zawsze jest niejednoznaczny i wielowymiarowy ale do którego podświadomie wszyscy dążymy, nie zależy od ukończonych fakultetów, poziomu sprawności zawodowej,

zdolności intelektualnych ale od umiejętności kierowania swoimi emocjami a więc od tzw. inteligencji emocjonalnej.

Według Golemana [1] cyt.: «Emocje przejawiają się przede wszystkim w postaci impulsów, źródłem zaś wszystkich impulsów jest uczucie, które musi wyrazić się w działaniu. Osoby, które zdane są na łaskę i niełaskę impulsów, którym brakuje zdolności samokontroli, cierpią na swego rodzaju deficyt moralny, ponieważ zdolność panowania nad impulsami jest potrzebą woli i charakteru».

Już Arystoteles w Etyce nikomachejskiej [2] nawołuje do dobrego wykorzystania własnych namiętności, które mogą kierować naszym myśleniem, wyznaczać pożądane wartości, zapewniać nam przetrwanie, ale mogą też sprowadzić nas na manowce, co zdarza się zbyt często.

Jedną z najważniejszych cech świadomego człowieka jest umiejętność skupienia się i oceny otaczającej rzeczywistości. Niestety współczesne czasy i obrazkowo–internetowy przekaz informacji szczególnie u młodego pokolenia powoduje znaczny niedobór tych jakże ważnych życiowych umiejętności.

Ocena otaczającej rzeczywistości może dotyczyć: rzeczy, sytuacji, działania a także własnej empatii w stosunku do ludzi i zwierząt jak i potrzeby oceny empatii naszych podmiotów komunikujących się z nami.

Szczególny rodzaj komunikacji interpersonalnej zachodzi między lekarzem i chorym. Kamienie milowe tych relacji od tysiącleci wyznacza przysięga Hipokratesa. Relacje te ulegają zmianom w zależności od ustroju społecznego, zamożności i zwyczajów społecznych, systemu opieki zdrowotnej i współcześnie niestety od zastąpienia relacji lekarz – chory relacją świadczeniodawca – świadczeniobiorca.

Obecnie nie tylko w Polsce został złamany, oczekiwany przez chorego, kontakt z lekarzem, który powinien być przewodnikiem, swego rodzaju powiernikiem dającym nadzieję na wyleczenie z choroby a chorym, któremu będzie «słodko» znosić ciężar choroby i leczenia jeżeli będzie w stanie zaufania, wiary i uczucia do własnego lekarza podobnego do «zakochania». Ta idealna relacja jest coraz rzadsza ale mam nadzieję, że się zdarza.

Chirurgia i wszystkie pokrewne zabiegowe specjalności wytwarzają zupełnie inne, odrębne od całej medycyny i wszystkich zawodów, kontakty lekarz – chory. Albowiem podmiotem działania jest ciało i umysł chorego człowieka, który odczuwa ból, ma inne odczucia i który ma uczucia wpływające na jego wyobraźnię. Działającym natomiast jest lekarz, który dokonuje uszkodzenia ciała, czasami prowadzi do kalectwa, czasami do śmierci ale najczęściej do wyleczenia chorego. Tylko chirurg jest zwolniony z odpowiedzialności za uszkodzenie ciała drugiego człowieka, jeżeli zrobił to za jego zgodą, zgodnie z lekarskimi wskazaniami, współczesną wiedzą, należytych kompetencjami i najwyższą starannością.

Chirurgia

Czym zatem jest chirurgia? Czy jest to zawód, czy powołanie, czy nauka powiązana z perfekcyjnym rzemiosłem? Czy powinna być pasją życiową czy rzetelną pracą? Nie ma jednej prawidłowej odpowiedzi. Każdy chirurg jest niezależnym i różnym

posiadaczem powyższych przymiotów. Ale każdy powinien starać się udźwignąć jak najwięcej i stworzyć najlepszą osobowość chirurga na jaką go stać.

W udzielonym wywiadzie prof. Witold Rudowski [3] nestor polskiej chirurgii próbował określić jakie warunki powinien spełniać chirurg: «Najważniejsze to umysł i wiedza, dalej odwaga, wytrzymałość, odpowiedzialność za życie i śmierć chorego. Zdecydowanie to cechy niezbędne. Życie chirurga to ciągła droga od jednego dramatycznego przypadku do drugiego. A łączy się to z uczuciem lęku, niekiedy niezadowolenia i osamotnienia». Tak więc lata pracy wyciskają piętno na każdym chirurgu zależnie od jego drogi zawodowej i właściwości psychofizycznych.

Amerykański chirurg Rudolph Matas (1860–1957) powiedział cyt. za [4] «Chirurg zostawia swój ślad na ciałach pacjentów ale i oni rzeźbią bruzdy i zmarszczki pomiędzy jego brwiami». A zatem każdy z nas, potencjalny pacjent chirurga powinien mieć chociaż minimalne wyobrażenie o jego pracy i mimo swej choroby i oczekiwań wykazać zrozumienie i empatię dla jego pracy i wysiłków ratujących mu zdrowie a często życie. Chirurg to też człowiek – my pacjenci starajmy się okazać mu empatię, to nic nie kosztuje a naprawdę procentuje.

Empatia

Według hasła encyklopedycznego [5] empatia jest to: «Zdolność odczuwania stanów psychicznych innych ludzi (empatia emocjonalna), umiejętność przyjęcia ich sposobu myślenia, spojrzenia z ich perspektywy na rzeczywistość (*empatia poznawcza*)».

Należy sprecyzować często używane pojęcie «współczucie». Jeżeli jest to uczucie litości, uzalania się nad kimś itp. jest ono niekorzystne dla adresowanej osoby i nie ma nic wspólnego z empatią. Jeżeli natomiast przez współczucie rozumiemy współodczuwanie – jest to element empatii. Typową pułapką w próbie zrozumienia przeżyć i oczekiwań drugiego człowieka jest ich interpretowanie z punktu widzenia własnych doświadczeń, poglądów i subiektywnych osądów.

Dlatego najbardziej pożytecznym «słuchaczem empatycznym» będzie osoba o dojrzałej, prawidłowo wykształconej emocjonalnie osobowości, która ma w swoim wnętrzu bogatą różnorodną «bibliotekę odczuć i uczuć» oraz sama potrafi się do własnych uczuć odnieść z empatią.

Widzimy zatem, że człowiek nie posiadający takich przymiotów jeżeli jest naszym rozmówcą często nie jest w stanie nas zrozumieć, nie obwiniamy go – to jest ponad jego siły. Nie każdy może unieść sto kilogramów.

Jeżeli decydujemy się odpowiedzialnie na przyjęcie zwierzeń drugiego człowieka, musimy mieć wiedzę o uwarunkowaniach «słuchania empatycznego». Pozwala ono wejść w świat myśli, przeżyć i oczekiwań rozmówcy. Powinniśmy słuchać i oceniać jego słowa, gesty, mimikę, jego wzruszenie i milczenie.

Podstawowym warunkiem słuchania empatycznego jest ważny życiowo, moralnie czy intelektualnie powód. Nie może to być wysłuchiwanie z grzeczności, obowiązku, ciekawości czy dla własnych korzyści. Pełne wczucie się w drugiego człowieka, w myśli, przeżycia i reakcje jest możliwe tylko kiedy jest bezinteresowne i ma służyć dobru rozmówcy.

Ks. Marek Dziewiecki [6] napisał: «Aby słyszeć – wystarczy mieć uszy. Aby widzieć – wystarczy oczy. Aby wczuwać się i rozumieć – trzeba kochać». To jest ideał. Starajmy się tak zbliżyć emocjonalnie do rozmówcy, aby go «w jakiś sposób pokochać». Jest to czasem łatwe a czasem możliwe «mimo wszystko».

Następnym warunkiem jest umiejętność dystansowania się od własnych interpretacji, różnych pojęć i sytuacji, które przedstawia nam rozmówca. Ból, lęk, konflikt, grzech, samotność itp. często co innego znaczą dla naszego rozmówcy i dla nas. Jako «słuchacze empatyczni» powinniśmy być dojrzały, stabilni emocjonalnie, mieć bogactwo przeżyć, z którymi sami dobrze sobie radzimy, mądrość życiową oraz gotowość do akceptacji odrębnych poglądów rozmówcy, nawet jeżeli się z nim nie zgadzamy. Czy mamy korzyści z empatii? Empatyczne słuchanie i empatyczne przedstawianie swoich uczuć służy pogłębieniu relacji międzyludzkich, znosi bariery, ułatwia porozumienie. Empatia stanowi bazę więzów miłosnych, rodzinnych przyjacielskich, zawodowych i altruistycznych. Umiejętność empatycznego słuchania jest niełatwa ale pozwala nam na poszerzenie i wzbogacenie naszego wnętrza.

Empatia w chirurgii

W szeroko pojętej chirurgii a więc wśród całego personelu tej działalności oraz między nim a pacjentami leży ogromna przestrzeń często trudna do wypełnienia wcześniej wspomnianą empatią emocjonalną i poznawczą. W naszych warunkach organizacyjnych kieruje, odpowiada i wywiera zasadniczy wpływ na wszystkich pracowników oddziału ordynator lub kierownik kliniki uniwersyteckiej. Liczba przymiotów jakie powinien posiadać ordynator jest niezwykle długa. Wiemy jednak, że «nikt nie jest doskonały». Jednak inteligencja emocjonalna kierownika oddziału oprócz wiedzy i zdolności manualnych jest podstawą sukcesu całego zespołu oraz osiąganych wyników leczenia i opinii chorych. Znane są liczne przykłady sprawnych zawodowo chirurgów, którzy doprowadzili kierowane przez siebie oddziały i siebie samych do upadku z powodu braku zdolności kierowania emocjami.

W przeprowadzonych badaniach dotyczących poziomu empatii wśród lekarzy różnych specjalności stwierdzono, że lekarze dyscyplin niezabiegowych wykazują większy poziom empatii niż chirurdzy. Stwierdzono znaczny negatywny wpływ depersonalizacji i wyczerpania emocjonalnego na poziom empatii lekarzy [7].

Dla sprawnego działania i osiągania sukcesów przez zespół chirurgiczny niezbędne jest zrozumienie zadaniowe, mentalne i empatyczne między ordynatorem i asystentami. Ordynator powinien wykazać zrozumienie dla dążeń i odczuć asystentów dotyczących chęci ich doskonalenia się, rywalizacji, dorównywania do najlepszych, zajmowania pozycji w hierarchii oddziału a jednocześnie pomagać w łagodzeniu uczuć niepewności, strachu przed nową operacją, jak i lęku przed możliwymi jej powikłaniami. Asystenci powinni rozumieć odczucia ordynatora związane z całością procesu leczenia i prowadzenia oddziału, z odpowiedzialnym rozpisem operacji, wynikami przeprowadzonych operacji oraz wielkim napięciem i często zmęczeniem psychicznym.

Charles Bell, szkocki profesor chirurgii (1774–1842) cyt. za [8] «Prawdę mówiąc, niepokój lekarza przed poważną operacją to największa obawa jaką może mieć człowiek i nie myślcie, że dotyczy to tylko początkujących lekarzy».

Spotkanie pacjenta z całym zespołem oddziału chirurgicznego stanowi specyficzny, naładowany ogromnymi emocjami sytuacyjny związek. Chory o różnym poziomie emocji, wykształcenia, oczekiwań trafia w ręce ludzi, o których najczęściej wie niewiele, a od których zależy wszystko związane z jego zdrowiem i życiem. Przeprowadzone badania wykazały, że zasadniczą rolę w odczuwaniu przez chorych satysfakcji leczenia w oddziale chirurgicznym ma wyrażanie przez personel medyczny empatii, wysokie kompetencje zespołu oraz dzielenie się informacjami na temat choroby i możliwości jej leczenia. Jednak decydujący wpływ na ocenę zadowolenia chorych z leczenia szpitalnego miały warunki materialne pobytu (komfort, aparatura, funkcjonalność oddziału [9, 10]. Zatem we wzajemnych relacjach lekarz – pacjent pożądane byłoby obustronne wyrażanie empatii w stopniu adekwatnym do oczekiwań naszego rozmówcy.

W czasie takiego spotkania lekarza i chorego zostaje podświadomie wyrażona zasadnicza potrzeba psychologiczna bycia ważnym i docenionym. Jak stwierdziła Smoczyńska [11] cyt. «Pacjent szuka sygnałów, które utwierdzą go w przekonaniu, że lekarz oprócz tego, że jest profesjonalistą jest także człowiekiem, który się nim interesuje». Lekarz natomiast chciałby aby chory docenił jego pracę, starania, kompetencje, żeby opuszczając oddział powiedział «magiczne słowo dziękuję».

Zatem w czasie takiego spotkania, wyrażając obustronnie empatię, starajmy się zaspokoić te przecież niewygórowane oczekiwania.

Dla chirurga i operowanego najważniejszy jest sprawny przebieg operacji i jej pozytywny wynik. Gdzie leży granica między zaangażowaniem empatycznym chirurga w leczenie chorego a zimnym skupieniem się na operacji? Chirurg profesjonalnie powinien okazywać choremu empatię tak, jak aktor zawodowo przedstawia rolę ale nie umiera razem z tragiczną postacią. Jak ważny jest kontakt chirurga z chorym przed operacją, napisał amerykański chirurg Bernie Siegel w książce «Miłość, medycyna i cuda» (cyt. za [12]) Gdy pacjenta przywieziono na salę operacyjną, spotkał w holu chirurga, który miał go operować. Wyciągnął do niego rękę ale lekarz cofnął swoją. Pomyślał, że chirurg próbuje ochronić dłoń przed jego mocnym uściskiem, więc zamiast tego poprosił o poklepanie po głowie. Ale lekarz znowu cofnął się mówiąc, że się spieszy, że jest spóźniony i powinien być już na bloku operacyjnym. W tym momencie pacjent ryknął: «Nie zgadzam się, aby ten człowiek mnie operował. Jeżeli on nie chce uścisnąć mi ręki ani poklepać mnie po głowie, nie pozwalam aby wchodził do mojego mózgu».

Lekarz bronił się przed drobnym, bezpośrednim kontaktem, może to było dla niego zbyt kosztowne emocjonalnie. Ale podświadome zaniechanie tego gestu, które będzie pamiętał, może przez długi czas być emocjonalnym, jeszcze bardziej dojmującym, obciążeniem.

Każdy chory jest inny, ma inną wiedzę o pracy chirurga, ma swoją własną interpretację kontaktu z chirurgiem. Jeżeli ten kontakt jest dobry i zadowalający pacjenta to wiele on może chirurgowi i oddziałowi wybaczyć. Ale gdzie leży granica

empatii i zrozumienia przez chorego niekorzystnych zdarzeń związanych z jego leczeniem? Pacjent lekarzowi, który wyraża zainteresowanie, opiekuńczość, potrafi wiele wybaczyć. Powinni o tym pamiętać szczególnie młodzi często aroganccy i pewni siebie lekarze.

Niezwykle mocne emocje towarzyszą chirurgowi, który sam ma być operowany. Lekarz decydujący o operacji w czynnościach diagnostycznych i przygotowawczych nie powinien stosować żadnej taryfy ulgowej i traktować pacjenta – chirurga w sposób normalny, przyjęty w oddziale. Natomiast chirurg powinien mieć możliwość wyboru lekarza operatora, do którego ma zaufanie i na którego zgadza się ordynator oddziału. Pobyt lekarza czy pielęgniarki w roli pacjenta jest zawsze wielkim przeżyciem, które często wzbogaca ich zawodowe doświadczenie.

Podsumowanie

Te powyżej opisane relacje empatyczne w chirurgii są instytucjonalnie chorem zabierane przez urzędników Ministerstwa Zdrowia i NFOZ, którzy czas przeznaczony na leczenie zabierają lekarzom, wymuszając jako płatnik wypełnianie coraz większej liczby formularzy. Zatem obecnie największym wrogiem empatii w relacji chirurg – chory jest brak czasu, co może wyrażać się między innymi powierzchownością kontaktu, okazywaniem nerwowości czy opryskliwością.

Jeżeli jednak uda się nam, «mimo wszystko», ogromnym osobistym wysiłkiem zbudować w chirurgii prawidłowo rozumiane i wykształcone reakcje emocjonalne możemy uzyskać: zdrowe, inspirujące relacje w pracy, atmosferę leczenia chorych pełną zaufania i bezpieczeństwa oraz zakończenie leczenia i opuszczenie oddziału chirurgicznego przez chorego z wyrażanym uczuciem spokoju i wdzięczności. Tego życzę wszystkim chirurgom i ich pacjentom.

Piśmiennictwo

- 1 Goleman D. *Inteligencja emocjonalna*. Media Rodzina of Poznań. Poznań 1997 ; 16.
- 2 *Arystoteles. Etyka nikomachejska*. Wydawnictwo Naukowe PWN. Warszawa 2012.
- 3 Bochenek K., Kordko D. *Rozmowa z prof. Witoldem Rudowskim*. Dodatek «Magazyn». Gazeta Wyborcza 2001; 233:8.
- 4 Schein M. *Aforyzmy i cytaty dla chirurga*. Medipage. Warszawa 2009; 75.
- 5 Rawicz J. i wsp. *Encyklopedia*. Agora S.A. 2005; 4:55.
- 6 Dziewięcki M. *Empatia i asertywność jako korelaty dojrzałości człowieka*. <http://www.cfd.sds.pl/> 2015;7.
- 7 Walocha E., Tomaszewski KA., Wilczek-Rużyczka E. i wsp. *Empathy and burnout among physicians of different specialties*. Folia Med Cracov 2013;53;35-42.
- 8 Schein M. *Aforyzmy i cytaty dla chirurga*. Medipage. Warszawa 2009; 86.
- 9 Szyca R., Rosiek A., Nowakowska U. i wsp. *Analiza czynników wpływających na satysfakcję chorych z leczenia szpitalnego na oddziale chirurgicznym*. Pol Przegl Chir 2012; 84:234–247.

- 10 Steinhausem S., Ommen O., Antonie SL. at al. *Short – and long-term subjective medical treatment outcome of trauma surgery patients: the importance of physician empathy*. Patient Preference and Adherence 2014; 8: 1239–1253.
- 11 Smoczyńska B.J. *Podstawy psychologii komunikacji lekarza z pacjentem – cz. I. Medycyna praktyczna – Chirurgia* 2011; 95: 102–106.
- 12 Eichelberger W., Stanisławska I. *Być lekarzem być pacjentem. Rozmowy o psychologii relacji*. Wydawnictwo Czarna Owca. Warszawa 2013; 39.

dr hab. n. med. Janusz Kasperczyk

Wydział Lekarski z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym w Zabrze

Katedra i Zakład Medycyny i Epidemiologii Środowiskowej

Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

SEN A EMPATIA: EPIDEMIOLOGIA, SKUTKI ZABURZEŃ, PROFILAKTYKA

Streszczenie

Człowiek przesypia ponad 30% swojego życia. Przez tysiące lat próbowano zgłębić rolę snu w naszym życiu. Początkowo skupiano się na marzeniach sennych, później, wraz z rozwojem techniki, na skutkach deficytu i funkcjonowaniu mózgu podczas snu. Mimo wielu badań do dziś nie jest całkowicie znana rola snu. Daje nam regenerację, wypoczynek, redukuje zmęczenie, stres, pomaga w zapamiętywaniu. Zaburzenia snu są powszechnym problemem – wg WHO dotyczą prawie 1/3 ludności świata, istotnie częściej w krajach rozwiniętych, generując olbrzymie koszty. Deficyt snu może prowadzić do szeregu powikłań w postaci chorób somatycznych i psychicznych. Często jest to zależność obustronna – choroba powoduje zaburzenia snu, które z kolei nasilają chorobę. Na sen wpływa bardzo wiele czynników. Poza chorobami somatycznymi i psychicznymi, istotnym elementem jest higiena snu. Pod tym pojęciem rozumiemy zachowania i praktyki sprzyjające zachowaniu ciągłego, regenerującego snu. Składają się na to: czas trwania snu, regularność, zgodność z rytmem dobowym, właściwe miejsce do spania, przygotowania do snu oraz styl życia, w którym najistotniejsze elementy to: aktywność fizyczna, odpowiednia dieta, właściwa ekspozycja na światło, rozważne stosowanie używek czy praktykowanie drzemek. Wszystkie te elementy wpływają istotnie na jakość snu. Ich modyfikacja jest możliwa i niezbyt trudna pod warunkiem posiadania odpowiedniej wiedzy.

Omówienie

Sen zajmuje ponad 30% życia i jak świadczą wyniki licznych badań, jest to czas niezmiernie istotny dla zachowania zdrowia i dobrego samopoczucia. Mimo to poświęcamy mu zdecydowanie za mało uwagi. Wprawdzie zainteresowanie snem datuje się od czasów najdawniejszych⁵², jednak systematyczne badania są prowadzone dopiero od niedawna. Wynika to z rozwoju technik obrazowania mózgu oraz oceny jego aktywności bioelektrycznej. Stąd medycyna snu jest jedną z najmłodszych

⁵² Przez długi czas interesowano się głównie treścią i interpretacją marzeń sennych.

i najprężniej rozwijających się dziedzin medycyny. W toku badań udowodniono ponad wszelką wątpliwość związek pomiędzy snem a funkcjonowaniem w ciągu dnia, licznymi chorobami i samopoczuciem. Jednak mimo dużego zainteresowania świata nauki fenomenem snu [1–3], częste jest przekonanie, że nie warto się tym tematem zajmować, a nawet, jak wynika z moich badań, wiele osób twierdzi, że jest to strata czasu [4].

Czym jest sen?

Sen jest cyklicznie pojawiającym się w rytmie okołodobowym stanem, podczas którego dochodzi do utraty świadomego kontaktu z otoczeniem, ograniczona zostaje aktywność ruchowa i przyjmowana jest charakterystyczna postawa spoczynku. Dochodzi również do zmniejszonej reaktywności na bodźce zewnętrzne. W badaniach czynności elektrycznej mózgu obserwuje się cyklicznie zmieniającą się aktywność. Sen, w odróżnieniu od innych stanów ograniczonej świadomości, jest w pełni odwracalny pod wpływem adekwatnych bodźców.

Mimo wielu lat badań naukowcy nie są do końca zgodni co do funkcji snu. Z pewnością daje on wypoczynek, regenerację, wspomaga procesy pamięciowe, redukuje reakcję stresową, daje oszczędność energii (zwłaszcza w przypadku zwierząt przesiypiających zimę), jak również poprawia bezpieczeństwo⁵³.

Przeciwnością snu jest stan czuwania. Trzeba pamiętać, że oba stany są od siebie zależne. Od jakości snu zależy funkcjonowanie w ciągu dnia, a sposób spędzenia dnia wpływa na sen (zmęczenie, styl życia, stres, zdenerwowanie, zwłaszcza wieczorem) [3–5].

Co to jest dobra jakość snu

Pomimo mnogości metod pomiaru, z których każda ma liczne zalety i wady, trudno jest precyzyjnie zdefiniować czym jest dobry sen.. Upraszczając – sen dobry jakościowo powinien spełnić szereg warunków (czas, regularność, latencja, ciągłość, zgodność z rytmem dobowym) i co najważniejsze – umożliwiać regenerację i satysfakcjonować. Reasumując, dobry sen daje zdolność do dobrego funkcjonowania następnego dnia.

Trudności w ocenie powodują problemy w definicjach pojęć związanych ze snem: jakość snu, senność, deficyt snu, bezsenność. Czasem nawet w stosowanych narzędziach pomiarowych spotkać można różnice terminologiczne. Utrudnia to komunikację z osobą badaną i często wpływa na zafałszowanie subiektywnych ocen snu. Zazwyczaj respondenci przez «jakość snu» (dobrą lub złą) rozumieją senność po przebudzeniu, trwającą przez cały dzień, uczucie wypoczęcia, obecność wybudzeń w nocy.

Deficyt snu można rozpoznać w przypadku niskiej jakości snu lub jego zbyt małej ilości w stosunku do zapotrzebowania. Deficyt snu może być rezultatem zbyt

⁵³ Człowiek prowadzi dzienny tryb życia. Aktywność w nocy wiązałaby się z narażeniem na szereg niebezpieczeństw.

krótkiego czasu trwania, częstych wybudzeń i długiego czasu czuwania w nocy, fragmentacji snu i różnych chorób, które powodują, że sen nie spełnia swojej regenerującej roli. Wymienione przyczyny powodują obniżenie oceny snu, sam sen staje się nieregenerujący, pojawia się senność, zaburzenia funkcjonowania w czasie dnia (co jest najważniejszym kryterium do uznania zaburzeń za istotne) oraz, z czasem, skutki bezpośrednie i odległe.

Niska jakość snu dość często, chociaż niezbyt poprawnie, utożsamiana jest z bezsennością. Rzeczywiście, w większości przypadków zasadniczym problemem obniżającym poczucie jakości snu jest właśnie bezsenność. Może ona wynikać z problemów z zasypianiem, częstych lub długich przebudzeń nocnych, nieodpowiedniego (zazwyczaj zbyt krótkiego) czasu trwania snu, zbyt wczesnego przebudzenia i niemożności ponownego zaśnięcia, nieregenerującego snu, trudności z jego utrzymaniem. Rozpoznanie stawia się, jeśli wymienione problemy występują częściej niż 3 noce w ciągu tygodnia przez okres dłuższy niż miesiąc. Podkreśla się również, że zaburzenia snu muszą prowadzić do pogorszenia funkcjonowania w czasie dnia lub wystąpienia stresu emocjonalnego.

Bezsennność można klasyfikować na podstawie czasu trwania objawów. Warto zwrócić uwagę na wymienione poniżej przyczyny – zazwyczaj wynikają one z błędów w higienie snu [3, 6–9]:

- **Bezsennność przysogodna**, trwająca kilka dni, będąca zazwyczaj efektem pracy zmianowej, ostrego stresu, emocjonujących wydarzeń, podróży związanych z przekraczaniem stref czasowych. Ten typ bezsenności może wystąpić u każdej zdrowej osoby i zazwyczaj ustępuje bez jakiegokolwiek interwencji, po ustąpieniu czynnika wywołującego.
- **Bezsennność krótkotrwała** (do 3 tygodni) jako wynik przewlekłego stresu (żałoby), ale też choroby somatycznej. Również ten stan można traktować jako, może zbyt silną, ale jednak fizjologiczną odpowiedź na różne bodźce u ludzi zdrowych.
- **Bezsennność przewlekła**, trwająca powyżej miesiąca. Zazwyczaj towarzyszy różnym schorzeniom somatycznym, psychicznym, zażywaniu środków psychoaktywnych, zaburzeniom rytmu snu i czuwania, ale też może wynikać z pierwotnych zaburzeń snu oraz nieprawidłowej higieny snu.

Badania snu

Obiektywna ocena jakości snu od dawna stanowiła wyzwanie metodologiczne. Początkowo, od starożytności, zajmowano się głównie interpretacją marzeń sennych, chociaż już wtedy wskazywano na rolę snu w zachowaniu dobrego samopoczucia i zdrowia (Hipokrates). Przełomem w badaniach było odkrycie i zapis czynności bioelektrycznej mózgu w 1929 roku przez H. Bergera. Jednak dopiero w 1937 roku dokonano próby zapisu EEG podczas snu⁵⁴. Dzięki tym odkryciom badania snu zo-

⁵⁴ Dokonano tego przez przypadek, bo dominował wtedy pogląd, że podczas snu nic ciekawego się nie dzieje i wyłączano aparaturę aby nie marnować taśmy do zapisu.

stały zobiiektywizowane i aktualnie badanie polisomnograficzne⁵⁵ jest standardem, do którego porównywane są inne metody (w tym kwestionariuszowe). Sen można badać metodami obiektywnymi (instrumentalnymi). Najpopularniejsze są: badanie polisomnograficzne (zapis przebiegu snu prowadzony w laboratorium snu podczas jednej do kilku nocy), test wielokrotnej latencji snu (ocena senności i skłonności do drzemek, MSLT), neuroobrazowanie (ocena funkcjonowania mózgu podczas snu, metoda stosowana w badaniach naukowych), aktygrafia (ocena aktywności ruchowej podczas snu i wniaskowania na tej podstawie o przebiegu snu). Powyższe metody są dokładne, ale nie diagnozują wszystkich problemów. Badanie trwa krótko i prowadzone jest w warunkach sztucznych (poza aktygracją), co może sprawiać trudności w uchwyceniu sporadycznych zaburzeń lub błędów w higienie snu. W takim wypadku (jak również do badań przesiewowych) stosowane są walidowane skale kwestionariuszowe. Ocenie podlega przebieg snu (Skala Jakości Snu, PSQI) lub oceniana jest senność i jej wpływ na wykonywanie codziennych czynności (Skale FOSQ, ESS). Zaletą tych metod jest ocena w dłuższym przedziale czasowym (zazwyczaj miesiąc), oceniany jest rzeczywisty wpływ na codzienną aktywność, niska cena, małe zaangażowanie personelu. Niestety poważną wadą jest subiektywizm, problemy z pamięcią oraz wpływ aktualnego samopoczucia na ocenę snu. Kwestionariuszy badawczych powstało bardzo wiele, podlegają one stałym modyfikacjom, podobnie jak kryteria oceny, dzięki czemu stają się coraz dokładniejsze. Niestety z tego samego powodu bardzo trudno jest porównać dane pochodzące z różnego czasu, czy od różnych autorów [1, 4, 8–11].

Epidemiologia zaburzeń snu

Dokładna ocena częstości zaburzeń snu jest utrudniona ze względu na wspomniane powyżej trudności metodologiczne. Według danych WHO problemy ze snem dotyczą 1/3 ludności świata. W krajach rozwiniętych częstość występowania zaburzeń snu szacuje się w granicach od 35% do 41% dorosłych, natomiast objawy bezsenności spotkać można u 4,4% do 48% osób (9,5% w USA, 7,9% w Wielkiej Brytanii, 10% w Grecji). Okresowe problemy ze snem występują u 40–50% dorosłej populacji. Tak duży rozrzut wyników jest efektem wspomnianych powyżej trudności metodologicznych, jak również niedokładnymi szacunkami. Między 9 a 15% ludności krajów rozwiniętych ma rozpoznane zaburzenia snu zgodnie z obowiązującymi kryteriami. Do tych osób należy dodać 15–20% osób, u których kłopoty występują krócej niż miesiąc lub choroba, ze względu na niewielkie nasilenie objawów, nie spełnia wszystkich kryteriów diagnostycznych. W Polsce według CBOS problemy z zaśnięciem zgłaszało 24% osób, a ich liczba wzrastała z wiekiem. Trudności z zasypianiem występowały u 24% badanych osób, trudności w utrzymaniu snu u 29%, przedwczesne budzenie się 24%, sen niepokrzepiający – 27%. Z moich badań wynika, że ponad połowa badanych, zdrowych osób zgłaszała jakieś problemy ze

⁵⁵ Na badanie składa się: elektroencefalogram (EEG), aktywność mięśni okoruchowych (elektrookulogram), rejestracja napięcia mięśni (elektromiogram), elektrokardiogram (EKG), aktywność ruchowa, ruchy oddechowe, temperatura ciała, zapis dźwięku – chrapanie.

snem. Po zastosowaniu narzędzi pomiarowych okazało się, że niska jakość snu jest udziałem prawie ¼ badanych.

Kobiety śpią zazwyczaj lepiej od mężczyzn, jednak problemy ze snem 1,5 raza częściej zgłaszają właśnie one. Istotną rolę odgrywają: menopauza, zaburzenia hormonalne, cykl miesięczny oraz depresja, występująca częściej niż u mężczyzn. Zauważono również, że przy tym samym nasileniu objawów, kobiety częściej informowały lekarza o zaburzeniach snu niż mężczyźni.

Częstość zaburzeń snu rośnie z wiekiem. Wynikać to może z procesów degeneracyjnych struktur odpowiedzialnych za regulację snu oraz towarzyszących schorzeń (według niektórych badań częstość zaburzeń snu u osób starszych bez towarzyszących schorzeń somatycznych nie różniła się istotnie od osób młodszych). Nie bez znaczenia jest również zmiana trybu życia po zaprzestaniu aktywności zawodowej (brak synchronizatorów społecznych, np. konieczności porannego wstawania do pracy). [4, 6–13].

Dlaczego zaburzenia snu są tak częste?

Poza oczywistymi czynnikami (tryb życia, stres, choroby), do znacznego rozpowszechnienia zaburzeń snu przyczyniamy się sami. Powszechne jest niedocenywanie roli snu i bagatelizowanie pojawiających się zaburzeń wynikające z nieświadomości czy braku wiedzy. Powoduje to z jednej strony powstanie problemu (np. systematyczne niedosypianie, błędy w higienie snu), z drugiej – niedocenywanie początkowych objawów. Istotną rolę ogrywa również to, że zaburzenia narastają powoli i można się do nich przyzwyczaić (ale nie przystosować!). Do tego dodać należy niedocenywanie problemu przez lekarzy, którzy często albo lakonicznie, albo wcale nie pytają o jakość snu, a w razie stwierdzenia zaburzeń ich postępowanie ogranicza się do przepisania środka nasennego [2, 4, 11].

Skutki zaburzeń snu

Konsekwencje zaburzeń snu można podzielić na globalne – ponoszone przez całą gospodarkę i społeczeństwo (wypadki, niższa produktywność, błędy, absencja chorobowa, koszty leków, wizyt lekarskich⁵⁶) oraz dotyczące chorującej jednostki. W tym wypadku wymieniane są skutki bezpośrednie oraz odległe. Bezpośrednie, pojawiające się często po jednej nieprzespanej nocy, to senność, nieuwaga, wypadki, urazy, gorsze wyniki w nauce, upośledzenie aktywności układu immunologicznego. Natomiast do skutków odległych zaliczyć można choroby układu krążenia, choroby nowotworowe, cukrzycę, alergie, jak również gorszą pracę, zarobki, niższy status ze względu na braki w wykształceniu spowodowane przez chroniczną senność. Nie można również zapominać, że zaburzenia snu dotyczą również rodziny osób chorujących. Jak wynika nie tylko z moich badań, często zgłaszanymi problemami jest drażliwość, kłótnie, niechęć do wspólnego spędzania czasu, czy też rozmijanie się

⁵⁶ Znaczący wzrost nakładów na badania był wynikiem udowodnienia olbrzymich kosztów zaburzeń snu dla gospodarki USA.

czasu snu i czuwania pomiędzy członkami rodziny, co negatywnie wpływa na więzi rodzinne i społeczne⁵⁷[4, 6, 14–16].

Przyczyny zaburzeń snu

Zaburzenia jakości snu są bardzo powszechne, a ich skutki poważne. Ważnym zatem jest poznanie czynników mogących zaburzyć delikatny proces zasypiania i podtrzymania snu. Wiele z omówionych poniżej czynników charakteryzuje się działaniem dwukierunkowym, jak np. choroby układu krążenia – mogą być zarówno skutkiem, jak i przyczyną zaburzeń snu.

Do przyczyn zaburzeń snu można zaliczyć stres, czynniki fizjologiczne (wiek, płeć, ciąża), choroby układu nerwowego (m.in. zespoły otępienne, choroba Huntingtona, choroba Parkinsona, padaczka), choroby psychiczne (m.in. choroby afektywne, zespół maniakalny, zaburzenia lękowe, schizofrenia), choroby somatyczne (choroby układu krążenia, nowotworowe, płuc, choroby przebiegające z bólem, dusznością, zaburzenia hormonalne, choroby wirusowe i bakteryjne przebiegające z gorączką, otyłość, zaburzenia oddychania). Pamiętać należy, że na sen wpływają również niektóre leki zażywane z powodu wymienionych chorób, jak również konieczność przyjmowania leków lub prowadzenia zabiegów w nocy. Z innych przyczyn wymieniane są również: niski status społeczno-ekonomiczny, bezrobocie, miejsce zamieszkania, stan cywilny, styl życia.

Jednak należy mieć świadomość, iż nie tylko klinicznie rozpoznane zaburzenia snu są istotne. Bardzo niedoceniane są niewielkie problemy ze snem u ludzi zdrowych. Są one ważne, ponieważ dotyczą milionów względnie zdrowych osób, wpływając na ich produktywność, samopoczucie oraz mogą przejść w postać przewlekłą. Zaburzenia te wynikają najczęściej z drobnych, nawarstwiających się błędów w higienie snu. Pod tym pojęciem rozumiemy zachowania i praktyki sprzyjające dla zachowania ciągłego, regenerującego snu. Aby zrozumieć wpływ stylu życia na jakość snu należy odpowiedzieć na pytanie: Kiedy śpimy? Sen pojawia się, gdy jest odpowiednia ku temu pora (a więc zgodnie z rytmem okołodobowym) i kiedy pojawia się biologiczne zapotrzebowanie na sen (czyli aktywności podejmowane w dzień doprowadziły do zmęczenia – głównie aktywność fizyczna). Niezbędnym warunkiem jest również relaks i wyciszenie w godzinach wieczornych [2–5, 7].

Higiena snu

Na właściwą higienę snu składa się wiele czynników:

Czas trwania snu

Czas trwania snu jest uwarunkowany genetycznie i nie może być modyfikowany (skraccany) bez konsekwencji zdrowotnych. Można wprawdzie spać krócej i stosunkowo dobrze funkcjonować, lecz objawy deficytu będą zauważalne. Również długofalowe obserwacje potwierdzają negatywne skutki skracania czasu snu.

⁵⁷ Szczególnie jest to widoczne w rodzinach pracowników zmianowych.

Sen jest zjawiskiem cyklicznym, podczas którego przechodzimy przez fazy snu NREM i REM w ściśle określonej kolejności. Zarówno czas trwania pojedynczego cyklu (80–120 minut) jak i liczba cykli, jaką należy przespać, aby być wypoczętym (zazwyczaj 4–6) jest cechą indywidualną. Tłumaczy to znaczne rozbieżności w pożądanej długości snu u różnych osób. Zazwyczaj podawane wartości mieszczą się w zakresie 7–9 godzin⁵⁸. W badaniach populacyjnych przeprowadzonych w Kalifornii zauważono, że prawie 45% ludzi śpi 8–9 godzin, a 1/3 7–8 godzin (ale 1% populacji potrzebuje mniej niż 5 godzin snu, brak jest jednak danych o skutkach zdrowotnych tak krótkiego snu). Najniższą umieralność obserwowano w grupie śpiących 7–8 godzin. Nie jest do końca jasne, czy sen dłuższy lub krótszy od 7–8 godzin rzeczywiście skutkuje wzrostem umieralności, czy też zmiany długości snu poza wspomniane ramy czasowe są wynikiem jakiegoś problemu zdrowotnego, który wiąże się ze wzrostem prawdopodobieństwa zgonu [2, 4, 7].

Regularność

Sen jest najefektywniejszy, jeśli zaczyna się i kończy o stałych porach, również w dni wolne od pracy. Dzięki temu wieczorem, o stałej porze, pojawia się senność i gotowość na sen, natomiast rano, dzięki synchronizacji cykli snu łatwo się obudzić (bardzo nieprzyjemna jest pobudka ze snu głębokiego) [17, 18].

Zgodność z rytmem okołodobowym

Człowiek, podobnie jak i inne zwierzęta powinien żyć zgodnie z rytmem dobowym i wewnętrznym zegarem synchronizowanym zewnętrznymi bodźcami (światło słoneczne, bodźce społeczne, praca, hałas, rytm posiłków, wskazania zegarów). W nocy sen jest najefektywniejszy ze względu na cykliczne zmiany w wydzielaniu hormonów, regulujących funkcjonowanie całego organizmu. Można wprawdzie przystosować się do aktywności w nocny i snu w dzień, ale wiąże się to z poważnymi konsekwencjami zdrowotnymi (choroby układu krążenia, nowotwory, choroby przewodu pokarmowego jak również konsekwencje społeczne i rodzinne wynikające z różnych pór aktywności) [7, 17].

Miejsce – sypialnia

Sypialnia powinna kojarzyć się wyłącznie ze snem, dlatego też miejsce to nie powinno służyć do innych aktywności (poza seksem), a już z pewnością nie do pracy czy klótni. Powinna być wygodna, odprężająca, dawać poczucie bezpieczeństwa. Szczególną uwagę należy zwrócić na dobór łóżka, materaca i pościeli. Zła organizacja miejsca do spania, niewygodne łóżko często wymieniane było jako przyczyna złej jakości snu. Nie ma uniwersalnych zasad wyboru – każdy powinien urządzić sypialnię zgodnie z własnymi upodobaniami, zwracając uwagę nie tylko na wygodę, ale też na alergię, łatwość utrzymania w czystości. W sypialni powinien panować porządek, zasypianie ułatwia również odpowiedni zapach, kolor ścian. Jest to ostateczna rzecz, którą widzimy przed zaśnięciem.

⁵⁸ Najgwałtowniejsze skrócenie czasu trwania snu datuje się na koniec XIX w. od upowszechnienia oświetlenia elektrycznego (Edison). Od tego czasu przeciętny Amerykanin spał 3 godziny krócej niż wcześniej.

Miejsce to powinno być odizolowane od sztucznego oświetlenia. Nawet niewielkie źródło niebieskiego światła (np. kontrolki urządzeń RTV) może zaburzyć sen. Nie należy jednak całkowicie izolować sypialni od naturalnego światła. Ekspozycja na poranne światło (przewaga w widmie koloru niebieskiego) pełni ważną rolę w synchronizacji rytmów biologicznych.

W czasie snu powinno być cicho. Wpływ hałasu na sen jest determinowany przez szereg czynników: indywidualną wrażliwość, płeć, wiek, stan zdrowia, status socjoekonomiczny. Hałas w czasie snu prowadzi do stymulacji współczulnego układu nerwowego i uwolnienia adrenaliny, noradrenaliny i kortyzolu. Efektem tego jest skrócenie najbardziej regenerujących głębokich faz snu, wydłużenie płytkiego snu, pojawiają się wybudzenia, w efekcie czego obserwowane jest poranne zmęczenie. Badania wielu autorów nie pozostawiają złudzeń – nie można przyzwyczaić się do hałasu. Wskazane zatem jest izolacja od niego (lokalizacja sypialni, szczelne okna, w ostateczności stopery lub generatory białego szumu).

W sypialni należy zapewnić odpowiedni mikroklimat. Temperatura powinna być dobrana do indywidualnych preferencji, choć większość autorów sugeruje nieco niższą niż podczas dziennej aktywności (zazwyczaj 18–20°C). Zarówno zbyt niska, jak i zbyt wysoka temperatura doprowadza do spłycenia snu i zwiększa liczbę nocnych wybudzeń. Podobny efekt może dać intensywna aktywność fizyczna przed snem, gorąca kąpiel, ciężkostrawny posiłek. Powoduje to zaburzenie fizjologicznego nocnego obniżenia temperatury ciała. Wskazane jest również zapewnienie ciągłej wentylacji lub przynajmniej intensywne przewietrzenie sypialni przed snem.

Na sen może wpływać elektroklimat w sypialni. Wprawdzie badacze nie są zgodni co do związku pól elektromagnetycznych o niskim natężeniu ze snem, jednak w wielu publikacjach podkreśla się ich wpływ na wegetatywny układ nerwowy, układ endokrynnny jak i fazy snu. Opisywano również osoby szczególnie wyczerpane na ten rodzaj pola. Mimo braku niezbitych dowodów wskazane zatem jest ograniczenie emisji pól elektromagnetycznych w sypialni poprzez usunięcie zbędnych urządzeń elektrycznych lub ich odłączanie od zasilania. Nie bez znaczenia jest też emisja zanieczyszczeń chemicznych z tych urządzeń (ozon, różne związki chemiczne uwalniane z nagrzanych elementów) oraz jonizacji powietrza. Istotnym problemem negatywnie wpływającym na sen jest również korzystanie z omawianych urządzeń w sypialni, o czym poniżej [3, 16, 19–22].

Przygotowanie do snu

Aby zasnąć należy się do tego odpowiednio przygotować. Sen należy wpisać do codziennych obowiązków. Niestety, jak wynika z moich badań, dla wielu ludzi jest to czas stracony. Przy takim nastawieniu udanie się na spoczynek łączy się z poczuciem winy, zwłaszcza jeśli są jakieś zaległości do nadrobienia. Takie nastawienie nie sprzyja regenerującemu snu.

Przygotowanie do snu to codzienny, wieczorny rytuał, składający się z niewymagających zaangażowania czynności. Takie działanie ułatwia zasypianie i skraca latencję snu. Są to aktywności związane z przygotowaniem do snu – zabiegi higieniczne, przygotowanie sypialni, ubrań na dzień następny, sprawdzenie mieszkania

(poczucie bezpieczeństwa). Przed samym snem – wyciszenie i relaks – techniki relaksacyjne, medytacja, modlitwa, zależnie od własnych preferencji. Wieczorem unikać należy czynności pobudzających, zwłaszcza w sypialni, aby nie kojarzyła się ona z niczym innym poza snem. Wieczorna kłótnia, rozmowa na trudne tematy, próba rozwiązywania konfliktów poprzez pobudzenie układu współczulnego utrudnia zaśnięcie i zwiększa liczbę wybudzeń nocnych. Dość często zgłaszanym problemem było wieczorne rozmyślanie o codziennych kłopotach. Jak wynika z moich badań wpływa to negatywnie na sen.

Jakość snu pogarsza również oglądanie telewizji przed udaniem się na spoczynek, zwłaszcza emocjonującego programu. Silniej od oglądania telewizji działa wieczorne przeglądanie internetu ze względu na to, iż jest to czynność wymagająca aktywności w odróżnieniu do biernego oglądania telewizji. Z badań Nation Sleep Foundation wynika, że korzystanie z komputera na godzinę przed planowanym zaśnięciem może prowadzić do bezsenności lub innych zaburzeń snu. Nie bez znaczenia jest jasne światło emitowane przez ekran, hamujące wydzielanie melatoniny [4, 7, 15, 20, 21].

Aktywność fizyczna

Aktywność fizyczna jest kluczowa dla zachowania zdrowia. Działanie jest wielokierunkowe, w omawianym temacie należy zaznaczyć korzystny wpływ na psychikę, redukcję napięcia psychicznego i stresu. Rolę wysiłku w jakości snu potwierdza również omówiony wyżej mechanizm – zmęczenie fizyczne powoduje wzrost biologicznej potrzeby snu. Zmęczenie psychiczne takiego działania nie ma, często wręcz utrudnia zaśnięcie (brak gotowości na sen). Tak więc aktywność fizyczna jest szczególnie wskazana u pracowników umysłowych. Korzystny wpływ obserwowany jest nawet u osób dobrze śpiących. Czas trwania snu wydłuża się, zwiększa się ilość snu głębokiego, skraca się latencja snu. Jednak należy pamiętać, że intensywny wysiłek fizyczny przed snem zaburza jego przebieg (głównie – wydłużenie latencji snu). Dzieje się tak ze względu na wzrost napięcia układu współczulnego oraz wzrost temperatury ciała. Biorąc pod uwagę rytmy biologiczne, optymalną godziną na aktywność fizyczną jest 17–18 (nie później niż 3 godziny przed udaniem się na spoczynek), przez co najmniej 30 minut 5 razy w tygodniu [20, 23].

Odpowiednia dieta

Sposób żywienia może odgrywać zarówno pozytywną jak i negatywną rolę w przebiegu snu. Podobnie jak i cały organizm, przewód pokarmowy pracuje zgodnie z rytmem okołodobowym. Tłumaczy to problemy u pracowników zmianowych wynikające z nocnego spożywania pokarmów. Udając się na spoczynek nie można być ani głodnym, ani najedzonym. Brak kolacji powoduje zaburzenia snu, zwłaszcza w drugiej połowie nocy – wybudzenia powodowane spadkiem poziomu glukozy⁵⁹. Istotne znaczenie mają również alergie i nietolerancje pokarmowe (zaburzenia trawienia, kolki, wzdęcia).

⁵⁹ Szczegółne często obserwowane u osób odchudzających się.

Korzystnie na sen wpływa lekkostrawna dieta o prawidłowo rozłożonych posiłkach w ciągu dnia (zgodnie z aktualnie obowiązującymi zaleceniami, np. Instytutu Żywności i Żywienia w Warszawie), z tym, że ostatni posiłek nie powinien być później niż 2–3 godziny przed snem (ostatni «duży» posiłek nie później niż 5 godzin przed snem). Lekkostrawna kolacja powinna dostarczać około 20% dziennego zapotrzebowania energetycznego, z ograniczeniem białka, bogata w tryptofan. Korzystnie działanie na sen wykazują: mleko (tryptofan – prekursor melatoniny, ale wchłaniany jest w obecności węglowodanów), sok z wiśni (wzrost produkcji melatoniny), banany (źródło potasu, magnezu i tryptofanu), miód (spadek produkcji oreksyny), migdały (tryptofan, magnez), mięso z indyka (bogate źródło tryptofanu) oraz ziemniaki (tryptofan). W razie konieczności przed samym snem można spożyć lekką przekąskę węglowodanową. Przed snem wskazane jest również ograniczenie płynów, gdyż konieczność skorzystania z toalety w nocy istotnie zaburza sen (należy unikać wtedy jasnego oświetlenia) [18, 20].

Ekspozycja na światło

Światło słoneczne jest wyznacznikiem czasu, synchronizuje nasz rytm okołodobowy. Ekspozycja o niewłaściwych porach zaburza funkcję wewnętrznego zegara utrudniając zaśnięcie i poranne wstawanie. W widmie porannego światła przeważa kolor niebieski (szczyt 460 nm), który najsilniej działa na komórki zwojowe siatkówki odpowiedzialne za przekazywanie bodźców do wewnętrznego zegara. Ekspozycja na poranne światło hamując wydzielanie melatoniny stopniowo wybudza za snu (dlatego niewskazane jest całkowite zasłanianie okien w sypialni). W ciągu dnia, celem synchronizacji wewnętrznego zegara wskazane jest przebywanie co najmniej 30 minut na zewnątrz (naturalne światło słoneczne). Wieczorem natomiast, na 3 godziny przed snem, należy unikać jasnego światła, zwłaszcza padającego na wprost oczu o temperaturze barwowej «zimnej». Niestety monitory komputerów, tabletów, ale i też telewizorów emitując białe–niebieskie światło silnie hamują wydzielanie melatoniny. Wieczorem optymalne jest światło o zmniejszonym natężeniu, o dłuższej fali określane jako «ciepłe». Korzystnie na jakość snu wpływało również zainstalowanie oświetlenia nocnego (w razie konieczności skorzystania z toalety) w kolorze żółtym lub czerwonym [3, 20].

Używki

Alkohol

Alkohol, ze względu na skracanie latencji snu i działanie miorelaksacyjne stosowany jest powszechnie jako środek ułatwiający zasypianie (przyznaje się do tego ponad 28% osób cierpiących na bezsenność, zwłaszcza mężczyzn i około 8% ogólnej populacji). Nie jest to dobry wybór z wielu względów: alkohol jest znacznie droższy od leków nasennych, wiąże się ryzykiem uzależnienia i powikłań, ale najistotniejszym przeciwwskazaniem jest obniżenie jakości snu. U osób, które spożyły alkohol przed snem obserwuje się skrócenie latencji snu i głębszy sen przez początkowe 2–3

godziny (zwiększenie ilości snu NREM, spadek czasu trwania snu REM). Później pojawiają się zaburzenia architektury snu, zwłaszcza w drugiej połowie nocy (sen płytki, częste wybudzenia, skrócenie całkowitego czasu snu – spadek ilości snu NREM a wzrost REM, co wiąże się z koszmarami sennymi). Jest to powodowane nagromadzeniem się metabolitów alkoholu i ustaniem działania uspokajającego (osoba taka wybudza się i na nowo pojawiają się problemy powodujące bezsenność). Alkohol wzmacnia również zaburzenia oddychania podczas snu, zwłaszcza u osób chorujących na obturacyjny bezdech senny (miorelaksacja i zwiotczenie ścian gardła). Wszystko to powoduje skrócenie całkowitego czasu snu, wczesne wybudzenie i uczucie niewyspania. Duża ilość alkoholu zaburza całkowicie architekturę snu, brak jest wyraźnego podziału na fazy snu, jest to więc rodzaj śpiączki farmakologicznej nie mającej nic wspólnego ze snem. Skutkuje to złym samopoczuciem, zmęczeniem i niewyspaniem. Alkohol działa również moczopędnie, co w powiązaniu z pogorszeniem sprawności psychoruchowej może prowadzić do wypadków.

Należy unikać spożywania alkoholu na 4–6 godzin przed udaniem się na spoczynek, ale negatywny wpływ na sen (badania polisomnograficzne) utrzymuje się do 12 godzin od spożycia [12, 21, 24, 25].

Środki pobudzające (kawa, herbata, itp.)

Substancje zawarte w środkach pobudzających częściowo blokują układ adenyzynowy, odpowiedzialny za wystąpienie senności. Trudno jednoznacznie ocenić ich wpływ. Do korzystnych działań można zaliczyć zmniejszenie senności, poprawę uwagi, spadek liczby wypadków (badania na kierowcach). Niestety środki te nie zmniejszają skłonności do popełniania błędów, mogą zaburzać wykonywanie precyzyjnych czynności, a zastosowane zbyt późno – wydłużają latencję snu i skracają ilość snu głębokiego.

Środków tych należy unikać 4–6 godzin przed snem (często zapomina się o pobudzającym działaniu czekolady, zwłaszcza u dzieci), optymalnie – powinno się je spożywać wyłącznie rano [5, 24].

Papierosy

Dym tytoniowy wykazuje wielokierunkowe, negatywne oddziaływanie na nasz organizm. Wprawdzie nikotyna działa krócej od innych środków pobudzających, ale niektóre efekty palenia tytoniu (np. nocne ataki kaszlu, zespół odstawienia pojawiający się w nocy) skutecznie pogarszają nocny wypoczynek. Za zaburzenia snu odpowiedzialna jest głównie nikotyna. Obserwowane jest wydłużenie latencji snu, skrócenie głębokiej fazy snu NREM, a wydłużenie stadiów płytkich. Palacze często skarżą się na uczucie zmęczenia po nocy (sen nieregenerujący). Jeśli więc nie można całkowicie zrezygnować z palenia, należy powstrzymać się na 2–3 godziny przed snem (absolutne minimum to 30 minut) oraz unikanie palenia podczas nocnych przebudzeń [4, 5, 26].

Drzemki

Badacze nie są do końca zgodni w ocenie drzemek. Prawie 85% wszystkich ssaków śpi dwukrotnie w ciągu doby, więc nie ma pewności, czy ludzie są «jednofazowi» z natury, czy też jest to wymóg obecnych czasów. Przyzwolenie na drzemkę jest uwarunkowane kulturowo. Wśród mieszkańców krajów południowych przyjęła się «siesta», która jest przystosowaniem nie tylko do fizjologicznego spadku wydolności w godzinach wczesnopołudniowych, ale też do panujących warunków (upał).

Jak wspomniano wcześniej, aktywność człowieka uwarunkowana jest zegarem biologicznym. Wiele badań potwierdza to, że nasilona senność, wzmożona gotowość na sen występuje nie tylko w nocy, ale również w godzinach 14–16. Ta senność nie zależy od zmęczenia, czy niewyspania – pojawia się codziennie i jest funkcją zegara biologicznego. Poza sennością obserwuje się spadek zdolności poznawczych (pamięć, koncentracja, uwaga). Jak więc radzić sobie z popołudniową sennością? Większość ludzi stosuje w tym celu stymulanty – głównie kawę. Jak opisano powyżej – działa ona pobudzająco, ale nie redukuje skłonności do popełniania błędów. Wiele badaczy proponuje zatem krótką drzemkę. Przemawiają za tym wyniki badań – nawet 15 minut snu znacząco poprawia nasze samopoczucie, zdolności poznawcze i redukuje senność. Wnioski z tych badań wyciągnęło wielu pracodawców, umożliwiając swoim pracownikom krótką drzemkę w czasie pracy. Należy jednak pamiętać, że drzemki są niewskazane w przypadku bezsenności (mogą nasilać dolegliwości). Nie mogą stanowić substytutu snu nocnego.

Aby drzemka było korzystna powinno przestrzegać się kilku zasad. Drzemać powinno się w zgodzie z naszym zegarem biologicznym w godzinach wczesnopopołudniowych [14–16]. Drzemka powinna być krótka – 15–20 minut. Krótsza zazwyczaj nie spełnia swojej roli⁶⁰ a podczas dłuższej sen przechodzi w głębsze fazy, z których trudniej jest się obudzić i wrócić do pracy, zaburza to również sen nocny. Jak wynika z wielu badań (w tym na kierowcach) – miejsce, pozycja, czy warunki drzemki nie odgrywają tak istotnej roli, jak w czasie snu nocnego. Efektem drzemki jest zmniejszenie senności, poprawa logicznego myślenia, skrócenie czasu reakcji, zwiększenie zdolności poznawczych, poprawa samopoczucia, redukcja stresu [5, 27].

Podsumowanie

Sen jest bardzo istotnym i jednocześnie niedocenianym elementem zdrowego stylu życia. W ostatnich latach daje się zauważyć wzrost zainteresowania rolą snu zarówno w społeczeństwie jak i w świecie nauki. Wyniki wieloletnich badań naukowych zaczynają przekładać się na praktyczne zastosowania i prowadzą do wzrostu świadomości wśród społeczeństwa. Można się o tym przekonać chociażby z lawinowego wzrostu liczby tradycyjnych publikacji (podręczniki, poradniki), artykułów naukowych, jak również licznych stron internetowych przeznaczonych zarówno dla lekarzy, jak i (głównie) dla laików zainteresowanych swoim zdrowiem. Mało jednak poświęca się miejsca błędom w higienie snu u ludzi jeszcze zdrowych. Świat

⁶⁰ Jednak u osób, które nauczyły się drzemać nawet 5 minut jest zaskakująco skuteczną metodą radzenia sobie z sennością.

nauki koncentruje się głównie na osobach z klinicznie rozpoznanymi problemami, a badań populacyjnych jest jak na razie niewiele. Z nielicznych opracowań (w tym własnych) wynika, że czynniki ryzyka zaburzeń snu są powszechne, jednak mówi się o nich znacznie rzadziej niż przykładowo o czynnikach ryzyka nowotworów, czy chorób układu krążenia.

Mimo dostępu do wiedzy, nadal wielu ludzi nie jest świadomych popełnianych błędów i ich konsekwencji. Wynika to po części z adaptacji (opisanej powyżej), jak również z powszechnego przekonania, że deficyty snu kiedyś „się odeśpi”. Niestety wyniki licznych badań wskazują, że takie podejście jest błędne i prowadzić może do opisanych wyżej konsekwencji zdrowotnych.

Do zadań zdrowia publicznego należałoby włączyć działania edukacyjne ukierunkowane na wzrost wiedzy społeczeństwa na temat roli snu w zachowaniu zdrowia. Dla większości ludzi znaczącą poprawę uzyskać można poprzez zwrócenie uwagi na opisane w niniejszej pracy elementy prawidłowej higieny snu. Oczywiście nie wyczerpuje to problemu, ale dzięki właściwej edukacji skorzystać mogą również osoby chore, z klinicznymi postaciami zaburzeń snu. Zyskując świadomość istnienia problemu, poszukają pomocy specjalisty [2, 4, 14].

Piśmiennictwo

- 1 Prusiński A. *Bezsennność i inne zaburzenia snu*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2007.
- 2 Nowicki Z. *Uwagi ogólne dotyczące problematyki snu*. Sen 2002; 2(A): A1–A6
- 3 Skalski M. *Zaburzenia snu w codziennej praktyce*. Medical Tribune Polska, Warszawa 2012.
- 4 Kasperczyk J. *Zaburzenia jakości snu w populacji zdrowych, pracujących osób jako istotny problem zdrowia publicznego*. Rozprawa habilitacyjna, Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice 2013.
- 5 Caldwell J.P. *Sen*. Dom Wydawniczy Rebis, Poznań 2006.
- 6 Rosekind M.R., Gregory K.B. *Insomnia Risks and Costs: Health, Safety, and Quality of Life*. Am J Manag Care. 2010; 16 (8): 617–626.
- 7 Szelenberger W.(red.) *Bezsennność*. Via Medica, Gdańsk 2007.
- 8 Ohayon M.M. *Epidemiological Overview of Sleep Disorders in the General Population*. Sleep Med. Re. s 2011; 2: 1–9.
- 9 Roth T., Drake C. *Evolution of insomnia: current status and future direction*. Sleep Medicine 2004; 5 (1): 23–30.
- 10 Pracki T., Pracka D. *Polisomnografia. Rozwój metod badawczych nad czynnością bioelektryczną mózgu we śnie*. Sen 2006; 6(1): 30–40.
- 11 Morin C.M., LeBlanc M., Daley M., Gregoire J.P., Mérette C. *Epidemiology of insomnia: prevalence, self-help treatments, consultations, and determinants of help-seeking behaviors*. Sleep. Med. 2006; 7 (2): 123–130.
- 12 Daley M., Morin Ch.M., LeBlanc M., Grégoire J., Savard J. *The Economic Burden of*

- Insomnia: Direct and Indirect Costs for Individuals with Insomnia Syndrome, Insomnia Symptoms, and Good Sleepers.* Sleep 2009; 32 (1): 55–64.
- 13 Centrum Badania Opinii Społecznej www.cbos.pl [dostęp: 20.02.2015].
 - 14 Grabowski K., Jakitowicz J. *Zaburzenia snu jako problem społeczny i ekonomiczny.* Sen 2006; 6(1): 41–46.
 - 15 Kasperczyk J., Joško J. *The estimation of sleep quality by means of SEN questionnaire.* W: Kaczor A., Borzęcki A., Iskra M. (red.) Środowiskowe źródła zagrożeń zdrowotnych. Wydawnictwo Polihymnia, Lublin 2007: 225–227.
 - 16 Gaultney J.F. *The prevalence of sleep disorders in college students: impact on academic performance.* J. Am. Coll. Health. 2011; 59 (2): 91–7.
 - 17 Kasperczyk J., Joško J. *Ocena rozpowszechnienia i uwarunkowań zaburzeń snu u pracowników zmianowych.* Medycyna Pracy 2012; 63(5):573–583.
 - 18 Andrzejczak D., Kapała-Kempa M., Zawilska J.B.: *Skutki zdrowotne pracy zmianowej.* Przegl. Lek. 2011; 68 (7): 383–7.
 - 19 Kasperczyk J., Joško J. *Analiza czynników odpowiedzialnych za złą jakość snu u studentów Śląskiego Uniwersytetu Medycznego.* Hygeia Public Health 2012; 47 (2): 191–195.
 - 20 Leibold G. *Zaburzenia snu.* Agencja Wydawnicza AWM, Janki 2001.
 - 21 Catalano E.M., Weeb W., Walsh J., Morin Ch. *Bezsennność.* Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2001.
 - 22 Bąk M., Zmysłony M. *Wpływ pola elektromagnetycznego doręcznych telefonów komórkowych na wybrane funkcje ośrodkowego układu nerwowego — przegląd literatury.* Medycyna Pracy 2010; 61 (6): 671–683.
 - 23 Flausino N.H., Da Silva Prado J.M., de Queiroz S.S., Tufik S., de Mello M.T. *Physical exercise performed before bedtime improves the sleep pattern of healthy young good sleepers.* Psychophysiology 2012; 49(2): 186–92.
 - 24 Lohsoonthorn V., Khidir H., Casillas G., Lertmaharit S., Tadesse M.G., Pensuksan W.C., Rattananupong T., Gelaye B., Williams M.A. *Sleep quality and sleep patterns in relation to consumption of energy drinks, caffeinated beverages, and other stimulants among Thai college students.* Sleep Breath. 2012 Dec 14 DOI: 10.1007/s11325-0792-1.
 - 25 Ebrahim I.O., Shapiro C.M., Williams A.J., Fenwick P.B. *Alcohol and Sleep I: Effects on Normal Sleep.* Alcohol Clin Exp Res. 2013 Jan 24. doi: 10.1111/acer.12006.
 - 26 Jaehne A., Unbehaun T., Feige B., Lutz U.C., Batra A., Riemann D. *How smoking affects sleep: A polysomnographical analysis.* Sleep Med. 2012;13(10):1286–92.
 - 27 Pilcher J.J., Michalowski K.R., Carrigan R.D. *The prevalence of daytime napping and its relationship to nighttime sleep.* Behav. Med. 2001; 27 (2): 71–6.

Olszewski J. B., Marcinkowska U., Tyrpień M., Kasperczyk J., Ochojski A., Joško-Ochojska J.
Wydział Lekarski z Oddziałem Lekarsko–Dentystycznym w Zabrze
Katedra i Zakład Medycyny i Epidemiologii Środowiskowej
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

WIELOWYMIAROWOŚĆ AGRESJI. NARASTANIE AGRESJI W JEDNOSTKACH OCHRONY ZDROWIA

Streszczenie

W ochronie zdrowia agresja zdarza się coraz częściej. Dotyczy ona wielu pracowników ochrony zdrowia niezależnie od wykonywanej profesji, czy miejsca pracy. Narażeni na agresję są przede wszystkim lekarze, pielęgniarki i położne oraz ratownicy medyczni. Zachowania agresywne wyrastają z podłoża neurobiologicznego oraz społeczno–kulturowego. Pierwsze z nich związane jest bezpośrednio z funkcjonowaniem poszczególnych struktur ośrodkowego układu nerwowego odpowiedzialnych za percepcję, kontrolę i ekspresję emocji. Drugie, społeczno – kulturowe warunkowane jest środowiskiem psychospołecznym danej jednostki – zasady, normy moralne, wychowanie oraz postrzeganie otaczającego świata wpływają na poziom agresji w życiu codziennym oraz determinują rodzaj agresji oraz formę jaką przybiera.

Z dostępnych badań naukowych wynika, iż najczęściej odnotowywanym rodzajem agresji pacjentów w stosunku do personelu medycznego jest agresja emocjonalna. Spowodowana jest wieloma czynnikami, m.in.: stresem, odczuwanymi dolegliwościami związanymi z chorobą oraz zachowaniem personelu medycznego. Formy agresji, z jakimi najczęściej spotykają się zarówno lekarze jak i pozostały personel medyczny, to: krzyk, szantaż oraz zachowania wulgarne przy pacjentach oraz współpracownikach. Należy jednak zaznaczyć, że tego typu formy agresji stosowane są także przez przełożonych oraz współpracowników.

Monitorowanie agresji w społeczeństwie, wskazywanie jego przyczyn oraz wdrażanie środków zaradczych powinno odbywać się w sposób ciągły tak, aby zapobiegać eskalacji tego zjawiska.

Omówienie

W ostatnich latach problem agresji w sektorze publicznym staje się coraz poważniejszy. Obserwuje się narastanie działań agresywnych w całej przestrzeni publicznej.

Co najbardziej niepokojące agresja pojawia się w obszarach, w których pierwotnie nie występowała, lub była odnotowywana sporadycznie. Dziś jej obecność staje się widoczna w miejscach, które powinny być szczególnie przed nią chronione: w szkołach, placówkach ochrony zdrowia a nawet w obiektach kultu religijnego.

Powszechnie wiadomo, że nasilający się i wszechobecny stres jest główną przyczyną agresji. Człowiek w silnym stresie, mając często zaburzone postrzeganie i prawidłową ocenę sytuacji, sięga po agresję uznając, że jest to jedyna pozostająca mu jeszcze forma obrony. Dzieje się tak jeżeli stres jest przewlekły i o dużym nasileniu. Powoduje on wtedy zmiany fizjologiczne, biochemiczne a nawet anatomiczne w mózgu. Na skutek zmian strukturalnych w mózgu rośnie intensywność działań agresywnych a poprzez osłabianie naturalnych mechanizmów hamowania agresji wzrasta także częstotliwość takich działań jako automatycznych reakcji nawet na słabe bodźce.

Z punktu widzenia pedagogiki agresja jest także postawą, której można się szybko i łatwo nauczyć. Od wczesnego dzieciństwa rodzice i wychowawcy dokładają wielu starań, by tłumić postawy agresywne a rozwijać empatię, umiejętność porozumienia, gotowość do kompromisu i chęć wzajemnej współpracy. Obserwacja życia społecznego wiedzie jednak do konstatacji, że agresja jako sposób rozwiązywania problemów nie spotyka się z powszechnym potępieniem. Wręcz przeciwnie, zyskuje często zrozumienie i usprawiedliwienie a co gorsza, szybko upowszechniają się podglądy głoszące pochwałę agresji jako jedynej prawdziwie skutecznej metody osiągnięcia celów. Skuteczność zaś stała się jedynym miernikiem wartości tychże celów.

Głębokie zmiany społeczno – kulturowe zachodzące współcześnie w społeczeństwie wywołały szereg negatywnych zjawisk: upadek dotychczasowych systemów wartości, cynizm i egocentryzm (czasami, o zgrozo, oceniane nawet jako zalety), postawy skrajnie roszczeniowe, nieliczenie się z innymi, powszechny brak zaufania i uznanie za jedyne skuteczne, a przez to słuszne i sprawiedliwe, zaspokajanie siłą własnych żądań.

W miejsce dotychczasowych, społecznych mechanizmów hamujących pojawia się bierność spowodowana brakiem empatii lub strachem, rezygnacja z obrony podstawowych wartości i uleganie powszechnej manipulacji w przekazach medialnych, która oparta jest na braku odpowiedzialności i kłamstwie a jej działanie skutecznie rozmywa prawidłowe zasady zachowań społecznych.

Agresja nie jest zjawiskiem jednoznacznie zdefiniowanym i jednorodnym. Składa się z wielu elementów różnicujących. Najczęstsza klasyfikacja form i rodzajów agresji oparta jest na dychotomii: międzygatunkowa i wewnątrzgatunkowa, bezpośrednia i pośrednia, fizyczna i psychiczna, chłodna i emocjonalna itd. Należy jednak pamiętać, że praktyczne przejawy agresji nigdy nie są jednorodne formalnie, a jej rodzaje i przejawy w różny sposób się ze sobą łączą. [1].

W analizie zjawiska agresji najczęściej występuje podział na agresję planowaną i impulsywną. Elementami znaczącymi są tu: czas reakcji, zamiar i cel. Ma to fundamentalne znaczenie dla określenia stopnia udziału świadomości w czynieniu agresywnym. Przepisy kodeksu karnego odzwierciedlają społeczną zgodę, iż ów udział świadomości w przypadku agresji impulsywnej jest znacznie niższy niż

w przypadku agresji planowanej. Badania naukowe dowodzą, że jest to związane z silną reakcją emocjonalną, pobudzeniem układu limbicznego oraz układu autonomicznego i tym samym ograniczeniem racjonalnego myślenia do minimum. W przypadku agresji planowanej mamy natomiast do czynienia ze świadomym zamiarem wyrządzenia szkody, której przyświeca określony cel [2–3].

Agresję można opisywać badając jej podłoże neurobiologiczne i społeczno – kulturowe. Analiza neurobiologiczna zajmuje się obserwacją aktywności poszczególnych struktur mózgu oraz badaniem roli neuroprzekaźników (neurotransmiterów) w powstawaniu zachowań agresywnych, zaś w opisie społeczno – kulturowych źródeł agresji istotne są teorie: frustracji – agresji oraz społecznego uczenia się.

Otoczenie społeczne, warunki socjo – ekonomiczne, bieda, brak perspektyw, społeczna alienacja rodzą kulturę wszechobecnej nienawiści i wrogości, która prowadzi do zaburzeń w kontroli impulsywności i łatwości wystąpienia reakcji agresywnych. Stres związany z frustracją przekłada się na wzrost impulsywności i agresji poprzez zmniejszenie hamującego wpływu kory przedczołowej [28–29].

Dostępne badania naukowe dość dobrze opisują problem agresji jaka dotyka pracowników sektora medycznego. Zajmują się przejawami agresji nie tylko ze strony pacjentów ale także przełożonych oraz współpracowników, najczęściej występującymi w postaci krzyków, prób ataku lub publicznego obrażania w obecności pacjentów i personelu medycznego. Rodzi to dodatkowy stres – potencjalne źródło eskalacji agresji.

Neurobiologiczne podłoże agresji.

Mózgowa kontrola percepcji i ekspresji emocji jest procesem złożonym. Struktury zaangażowane w ten proces ściśle ze sobą współpracują, tak aby odbiór oraz wyraz emocjonalny był spójny i adekwatny do napotkanej sytuacji. Ponieważ zachowania agresywne są ściśle powiązane z postrzeganiem i interpretacją otoczenia oraz kontrolą i przeżywaniem emocji, dotyczą tych samych struktur mózgu, które odpowiedzialne są za emocje. Zalicza się do nich m.in.: zespół jąder ciała migdałowatego, podwzgórze, istotę szarą okołowodociągową, brzuszna część prążkowia, brzuszna część przedniego zakrętu obręczy, grzbietową część zakrętu obręczy, korę przedczołową oraz hipokamp. Szczególną rolę w ekspresji i kontroli agresji przypisuje się podwzgórzowi, ciału migdałowatemu i korze przedczołowej.

Kluczowe znaczenie w kontroli agresji wykazuje kora przedczołowa i przednia część zakrętu obręczy. Struktury te stanowią jeden z biegunów kontroli «góra-dół», hamując reakcje agresywne. Na przeciwległym biegunie znajduje się ciało migdałowate wraz z wyspą, odpowiedzialne za generację zachowań agresywnych. Kontrola behawioralna odbywająca się w tym układzie jest procesem wieloetapowym, w skład którego wchodzi analiza sensoryczna i kognitywna odbieranego bodźca. Zaburzenia pojawiające się w mózgu powodowane stresem, zażywaniem lekami, zaburzeniami rozwojowymi, chorobami bądź uwarunkowaniami kulturowymi, mogą znacząco wpłynąć na wynik końcowy, wywołując reakcję nieadekwatną do zaistniałej sytuacji (nadmierną agresję, bądź jej brak) [3,27].

Różne rodzaje agresji u ludzi mają odmienne podłoże neurobiologiczne.

- **Agresja emocjonalna** jest wywołana pobudzeniem podwzgórza przyśrodkowego (MH), grzbietowo – bocznej części istoty szarej okołowodociągowej (PAG) oraz dolnej części pnia mózgu[4]. Projektja eferentna biegnąca z istoty szarej okołowodociągowej aktywuje neurony układu autonomicznego i somatycznego wywołując objawy w całym organizmie.
- **Agresja chłodna**, z którą mamy do czynienia w przypadku zaplanowanego działania, jest wywoływana głównie stymulacją podwzgórza bocznego (LH), ale także brzuszno–bocznej części istoty szarej okołowodociągowej i brzusznej części pola nakrywki.

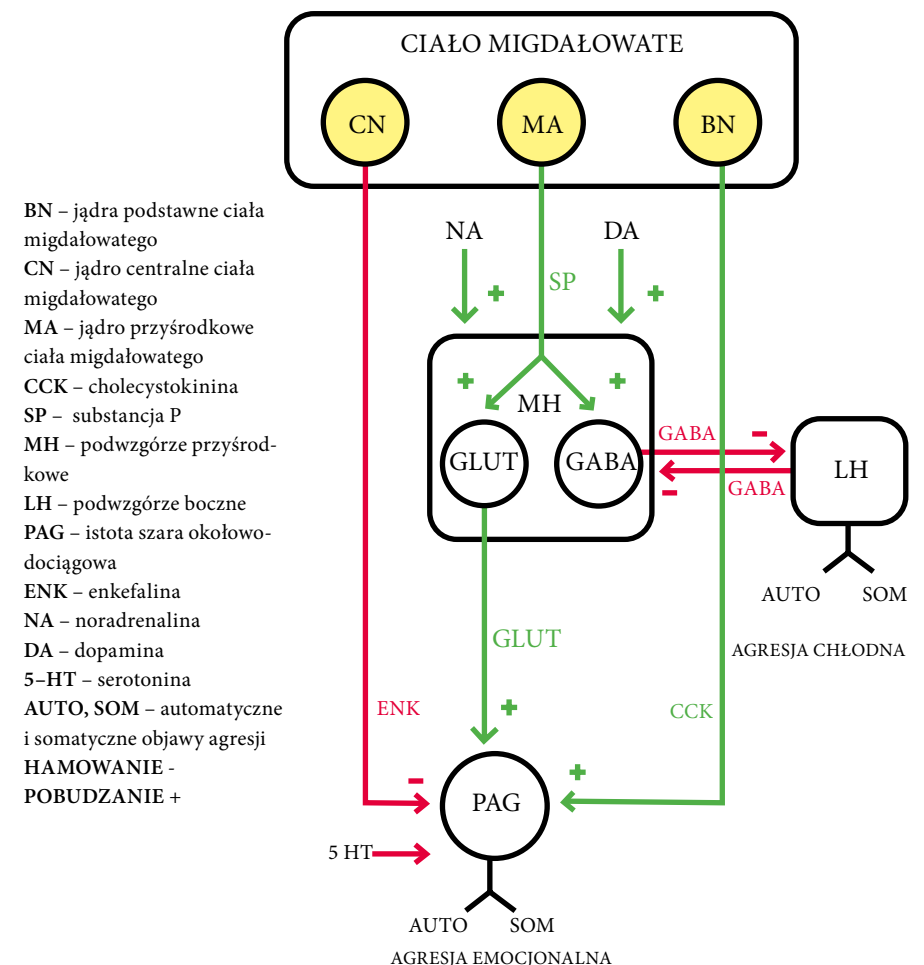
Istotną rolę w mózgowym podłożu powstawania agresji odgrywa zespół jąder ciała migdałowatego. W procesie percepcji emocji stanowi on pierwszy element analizujący ekspresję emocjonalną oraz nastawienie do nas innego człowieka, przez co zapewnia nam możliwość automatycznej i natychmiastowej reakcji na wypadek zagrożenia życia. Jego rola jest uwarunkowana ewolucyjnie w celu zapewnienia przeżycia oraz przedłużenia gatunku.

Aby dokładnie zrozumieć istotę działania tej struktury mózgu oraz sposób w jaki wpływa na nasze emocje, należy prześledzić połączenia neuronalne ciała migdałowatego z podwzgórzem przyśrodkowym (Ryc. 1).

Jądro przyśrodkowe ciała migdałowatego (MA) pobudza podwzgórze przyśrodkowe (MH) za pośrednictwem substancji P (SP). Dochodzi w ten sposób do pobudzenia neuronów GABA-ergicznych (GABA) których neuroprzekaźnikiem jest kwas γ -aminomasłowy i glutaminergicznych (GLUT), których neuroprzekaźnikiem jest kwas glutaminowy [10].

Neurony glutaminergiczne podwzgórza przyśrodkowego wysyłają projekcję pobudzającą do istoty szarej okołowodociągowej wywołując zachowania agresywne o podłożu emocjonalnym [5]. Ponieważ są to reakcje nagłe, gwałtowne, uwarunkowane ewolucyjnie na reakcję typu „walka lub ucieczka”, konieczne jest jednocześnie zablokowanie podwzgórza bocznego, które odpowiedzialne jest za powstawanie planowanej reakcji agresywnej. W tej reakcji uczestniczy grupa neuronów GABA, która hamuje aktywność podwzgórza bocznego (LH) [6–7].

Jądro centralne ciała migdałowatego (CN) pełni odmienny udział w kontroli reakcji agresywnej (Ryc. 1). Wysyła ono projekcję hamującą do istoty szarej okołowodociągowej hamując agresję emocjonalną. Neurotransmiterami w tym przypadku są enkefaliny (endogenne opioidy) działające za pośrednictwem receptora opioidowego μ . U pacjentów uzależnionych od leków działających poprzez te same receptory opioidowe np. morfiny, reakcja agresywna typu emocjonalnego będzie bardzo silnie hamowana. Podobne zjawisko obserwuje się u narkomanów uzależnionych od opioidów (efekt euforyczny).



Ryc. 1. Mechanizmy powstawania agresji emocjonalnej i chłodnej w mózgu. Opracowanie własne.

Zachowania agresywne mają także podłoże neurochemiczne (Tab. 1). Jest ono związane z różnymi klasami neuroprzekaźników występujących w ośrodkowym układzie nerwowym, w strukturach wcześniej wymienionych. Należą do nich: acetylocholina (ACh), kwas γ -aminomasłowy (GABA), kwas glutaminowy, dopamina (DA), noradrenalina (NA), serotonina (SA), oraz neuropeptydy, wśród których największe znaczenie odgrywa wazopresyna, peptydy opioidowe oraz substancja P (SP). Niektóre z nich indukują zachowania agresywne, inne powodują ich zahamowanie [4, 8, 9].

Dopamina i noradrenalina są neuroprzekaźnikami w neuronach katecholaminergicznych znajdujących się w pniu mózgu, w szczególności w jądrze sinawym (noradrenalina) i brzusznej części pola nakrywki (dopamina). Neurony te wysyłają projekcje do kresomózgowia, w tym do podwzgórza i układu limbicznego. W obrębie podwzgórza przyśrodkowego działanie noradrenaliny i dopaminy odbywa się po-

przez pobudzenie odpowiednio receptora $\alpha 2$ dla noradrenaliny oraz receptora D2 dla dopaminy powodując wzrost agresji emocjonalnej (Ryc. 1).

Serotonina uwalniana jest z neuronów jądra szwu do istoty szarej okołowodociągowej, układu limbicznego i podwzgórza, wykazując przeciwstawne działania w zależności od rodzaju pobudzonego receptora. Indukcja zachowań agresywnych związana jest z aktywacją receptora 5-HT₂, odwrotne działanie wykazuje aktywacja receptora 5-HT_{1A} [5, 9]. Na skutek pozytywnych emocji w mózgu wzrasta stężenie serotoniny i wówczas człowiek doświadcza szczęścia. Rzadziej reaguje agresywnie, jest spokojniejszy, zdrowszy, a stres, który towarzyszy reakcji agresywnej emocjonalnej jest u niego znacznie niższy.

Substancja P jest neurotransmiterem w neuronach jądra przyśrodkowego ciała migdałowatego i aktywuje agresję emocjonalną (afektywną), a jednocześnie wycisza agresję planowaną.

Kwas glutaminowy uwalniany jest z neuronów podwzgórza przyśrodkowego i aktywuje receptory NMDA w istocie szarej okołowodociągowej (PAG). W tym mechanizmie również dochodzi do powstania zachowań agresywnych o podłożu emocjonalnym.

Acetylocholina jest neurotransmiterem w układzie cholinergicznym. Badania wykazały, że wzrost przewodnictwa cholinergicznego związanego z aktywacją receptorów muskarynowych, zwłaszcza w regionie podwzgórza przyśrodkowego pobudza wystąpienie agresji emocjonalnej.

Cholecystokinina (CCK) działając w mózgu za pośrednictwem receptora CCKB także aktywuje agresję emocjonalną [14].

Za uwarunkowanie ewolucyjne do walki lub ucieczki, czyli za wyzwalenie agresji odpowiada więcej neuroprzekaźników, niż za jej hamowanie.

Wazopresyna (V). W badaniach eksperymentalnych wykonanych u szczurów wykazano, że jeżeli wazopresyna działa za pośrednictwem receptora V1A, w podwzgórzu przednim, to następuje wzrost agresji. Zaobserwowano, że jednoczesna aktywacja serotonergiczna redukuje stężenie wazopresyny w podwzgórzu i powoduje zahamowanie zachowań agresywnych. Wykazano również podobieństwa pomiędzy zwierzęcymi modelami agresji, a agresją u ludzi związaną z działaniem wazopresyny [11–13].

Działanie hamujące reakcje agresywne wykazują tylko niektóre neuroprzekaźniki i ich działanie jest związane z rodzajem pobudzanego przez nie receptora.

Serotonina. Aktywacja i pobudzenie receptora serotonergicznego 5-HT_{1A} w podwzgórzu przyśrodkowym lub istocie szarej okołowodociągowej (PAG) za pośrednictwem serotoniny pochodzącej z neuronów jądra szwu hamuje reakcje agresywne [15–16].

Enkefalin są peptydami opioidowymi. Mimo iż pod względem chemicznym nie są podobne do morfiny, oddziałują na te same receptory, wywołując uczucia przyjemności i zadowolenia. Aktywacja neuronów enkefalinergicznym w jądrze centralnym ciała migdałowatego (CN) powoduje silną supresję zachowań agresywnych przez aktywację receptora opioidowego μ w PAG.

Kwas γ -aminomasłowy (GABA). Kwas γ -aminomasłowy jest neuroprzekaź-

nikiem zarówno w podwzgórzu przyśrodkowym jak i podwzgórzu bocznym, które to struktury odpowiadają za odmienne rodzaje agresji (emocjonalnej i chłodnej). Wzajemne oddziaływania pomiędzy tymi częściami podwzgórza wykazują silne działanie hamujące agresję poprzez aktywację receptora GABAA [17].

Należy zatem pamiętać, że u podstaw zachowania człowieka leżą uwarunkowania ewolucyjne związane z neurotransmiterami oraz aktywacją bądź hamowaniem licznych struktur w mózgu.

TABELA

Neuroprzekaźniki	Receptor	Rodzaj agresji	Efekt
Dopamina	D2	Agresja emocjonalna i planowana	+
Serotonina	5-HT _{1A} 5-HT ₂	Agresja emocjonalna Agresja emocjonalna	+ -
Noradrenalina	$\alpha 2$	Agresja emocjonalna	+
Wazopresyna	V1A	Agresja w modelu zwierzęcym	+
Substancja P	NK1	Agresja emocjonalna Agresja chłodna	+ -
Cholecystokinina	CCKB	Agresja emocjonalna	+
GLUT	NMDA	Agresja emocjonalna	+
GABA	GABAA	Agresja emocjonalna Agresja chłodna	- -
Peptydy opioidowe	μ	Agresja emocjonalna	-
Acetylocholina	Muskarynowy	Agresja emocjonalna	+
+ pobudzenie - hamowanie			

Tab. 1. Neuroprzekaźniki a agresja (opracowanie własne)

Spółeczny wymiar agresji

Wskazuje się dwie podstawowe teorie wyjaśniające społeczne pochodzenie agresji. Pierwsza z nich – teoria frustracji-agresji zakłada, że do agresji prowadzi frustra-

cja, czyli nieprzyjemne uczucie zawodu, niepowodzenia w osiągnięciu zamierzonego celu. Frustracja jest tym silniejsza, im przeszkody są bliższe celu. Ważne jest również to, jak duże znaczenie ma dla nas cel. Ponadto frustrację rodzi poczucie deprywacji relatywnej. Ma ona miejsce, gdy porównujemy się do podobnych osób, które mimo obiektywnego podobieństwa uważamy za znajdujące się w lepszym położeniu. Źródłem frustracji jest więc poczucie niesprawiedliwości i przekonanie, że nie zasłużyliśmy na los, jaki nas spotkał, że osoby, które się do niego przyczyniają postępują świadomie i celowo, np. zabierają nam to, co, jak jesteśmy przekonani, nam się należy.

Drugą koncepcją opisującą mechanizm powstawania agresji jest teoria społecznego uczenia się. Mówi ona o tym, że wystąpieniu zachowań agresywnych sprzyja istnienie modeli agresji w otoczeniu człowieka, czyli osób przejawiających zachowania agresywne. Pierwotnie teoria ta podkreślała przede wszystkim udział znaczących innych (rodziców, dziadków, rodzeństwa) jako pierwowzorów dla zachowań agresywnych, współcześnie natomiast równorzędne znaczenie przypisuje się także grupie rówieśniczej oraz wpływowi mediów.

Teoria społecznego uczenia się agresji nawiązuje do psychologii rozwojowej człowieka. Dzieci w wieku 2–4 lat przejawiają agresję poprzez zły humor, krzyk, tupanie nogami, dąsanie się lub narzekanie. Dwuletnie dziecko, które nie chce dzielić się własnymi zabawkami z innymi dziećmi krzyczy, płacze czy bije inne dziecko. Agresja jest w tym wieku skierowana głównie przeciwko rodzicom, opiekunom dziecka i jest nazywana agresją instrumentalną, ponieważ jej celem jest chęć odzyskania swojej rzeczy. Agresja ta pozwala na zaspokojenie własnych potrzeb i nie ma w niej frustracji czy gniewu. Jednak gdy dziecko zauważy, że jego działanie jest skuteczne, bo rodzice zaspokoją jego potrzebę, następnym razem wzmocni swoje agresywne zachowanie, by szybciej osiągnąć cel.

Wraz z rozwojem mowy pojawia się agresja werbalna – dziecko swoje potrzeby wyraża poprzez krzyk, przezywanie, wyzywanie, plotkowanie. W pierwszych latach pobytu w szkole podstawowej agresja instrumentalna zaczyna przeradzać się w agresję wroga, która ma na celu pokonanie drugiej osoby także przez jej skrzywdzenie [28].

Między 3 a 10 rokiem życia w życiu dziecka zaczyna rozwijać się proces socjalizacji agresji zgodny z płcią. Chłopcy przejawiają agresję fizyczną, natomiast dziewczynki używają agresji werbalnej i pośredniej, czyli najczęściej obmawiania czy przezywania.

Niestety obecnie dziewczęta nie ograniczają się do agresji pośredniej. W ciągu ostatnich kilku lat stwierdzono nasilenie występowania agresji wrogiej stosowanej przez dziewczęta. Nadano temu zjawisku nawet odrębną nazwę: «dziewczęta pokolenia T» (gdzie T oznacza transformację lub tsunami). Pokolenie T to młode kobiety przejawiające zwiększony poziom agresji obserwowany w porównaniu do starszych kobiet a nawet przewyższające w agresywnych zachowaniach mężczyzn. Ponadto kobiety te cechuje częste zażywanie narkotyków, brak tolerancji oraz skłonności do zachowań przestępczych i destrukcyjnych [29]. Trudno wskazać wszystkie mechanizmy generujące nasiloną agresję u współczesnych młodych kobiet, jednak-

że zwraca się uwagę przede wszystkim na zmiany wzorców zachowań w kulturze zachodniej. Badania wskazują, iż dziewczęta silniej niż chłopcy utożsamiają się z bohaterami medialnymi [30], silnymi, bezkompromisowymi, odpornymi na ból i stosującymi przemoc.

Obok teorii wyjaśniających mechanizm powstawania agresji zwrócić uwagę należy na czynniki generujące agresję. Zalicza się do nich: ubóstwo, niski poziom bezpieczeństwa, ekspozycję na przemoc ze strony najbliższego otoczenia, konflikty w rodzinie [31, 32], brak wsparcia społecznego a także niski poziom intelektualny jednostki [33], oraz narażenie na kulturę przemocy propagowaną przez media. Wpływ przemocy i agresji zawartej w przekazach medialnych jest bezsprzeczny. Choć z badań wynika, że przeciętny Polak spędza przed telewizorem ponad 3,5 godziny dziennie, to ponad 95% polskich dzieci ogląda telewizję codziennie, ponad 60% czyni to przez kilka godzin dziennie, a ponad 28% tych dzieci ma do własnej dyspozycji odbiornik telewizyjny, z którego nie korzystają inni członkowie rodziny.

Jednak obecnie dominującym medium jest Internet. Jego znacząca rola uwidacznia się również w modelowaniu zachowań agresywnych. Stwierdza się już nową formę agresji – agresji elektronicznej, której zasięg i siła oddziaływania dynamicznie wzrasta. Znaczenie Internetu dostrzega się również jeśli chodzi o modelowanie zachowań agresywnych – pojawia się nowa forma agresji – agresja elektroniczna, która się dynamicznie upowszechnia. Poza tradycyjnymi przejawami, w agresji elektronicznej mamy do czynienia z kradzieżami tożsamości, upublicznianiem tajemnic (udostępnianiem prywatnych materiałów bez wiedzy ofiary), tzw. flamingiem, czyli agresywną wymianą poglądów na czatach, forach internetowych, poniżaniem (upublicznianiem nieprawdziwych godzących w dobre imię ofiary informacji) czy prześladowaniem (regularnym przesyłaniem nieprzyjemnych wiadomości) [34]. Częstotliwość tych zjawisk stale rośnie.

Badania przeprowadzane wśród młodzieży w USA wskazują, że 62% nastolatków było świadkami przemocy w wirtualnym świecie, 23% było celem tej przemocy, 9,5% było jej sprawcami [35]. Główną przestrzenią cyberagresji jest Facebook, najpopularniejszy portal społecznościowy także i w Polsce. Zachowania internautów przenoszą się także z wirtualnego do realnego świata – dwie trzecie polskich uczniów badanych w 2011 r. zostało co najmniej raz obrażonych, wyśmianych lub przezwanych. Odręczenia lub złośliwych plotek, a więc przemocy relacyjnej doświadczyło dwie piąte badanych uczniów, zaś agresji fizycznej (potrącanie, pobicie) doświadczyło 40% uczniów i 26% uczennic [36].

Agresja w chorobach somatycznych i psychicznych.

Wśród pacjentów chorych na choroby somatyczne jak i psychiczne, zachowania agresywne mają różnorodne podłoże. W głównej mierze ich przyczynami są odczuwane dolegliwości indywidualne, bezpośrednio związane z chorobą, takie jak ból, ogólny dyskomfort, a także konieczność hospitalizacji bądź częstych zabiegów i kontroli lekarskich.

Jednakże współczesne realia systemu opieki zdrowotnej tj.: utrudniona często dostępność do świadczeń zdrowotnych, kolejki oczekujących, czas spędzany przez pacjenta w jednostkach ochrony zdrowia a przede wszystkim bardzo częste podmiotowe traktowanie pacjentów, brak szacunku, okazywane im poczucie wyższości są silnymi, a przecież możliwymi do wyeliminowania, dodatkowymi stresorami. Nie sposób tu pominąć upowszechnianych, coraz gorszych opinii o służbie zdrowia, co rodzi głębokie przekonanie, że jej skuteczną pomoc trzeba sobie wywalczyć za wszelką cenę i wszelkimi sposobami. Stąd konieczność skorzystania ze świadczeń zdrowotnych, w sytuacji kiedy wiemy ile będzie to kosztowało wysiłku, czasu i pieniędzy, od początku budzi w pacjentach negatywne emocje [45].

Agresja, najczęściej emocjonalna, jaką spotyka się w takich sytuacjach nie ma bezpośredniego, patologicznego pochodzenia organicznego. Związana jest ze zjawiskiem osłabienia hamującego wpływu kory mózgu, co jest bezpośrednim rezultatem stresu.

Są jednak pacjenci, u których agresja jest wynikiem zmian patologicznych. Wpływają one dysfunkcyjnie m.in. na zdolności poznawcze znacznie je upośledzając, zaburzenia świadomości (głównie jakościowe), bądź cały ośrodkowy układ nerwowy zaburzając w ten sposób funkcje organizmu. W wielu wypadkach agresja pacjenta jest spowodowana kilkoma czynnikami występującymi jednocześnie, na które składa się np.: czas oczekiwania na wizytę, brak empatii ze strony personelu medycznego oraz choroba organiczna predysponująca do wystąpienia tego rodzaju zachowania np. guz płata czołowego. Zachowanie agresywne takiego pacjenta niewątpliwie będzie miało podłoże emocjonalne.

W różnych stanach klinicznych zwiększa się ryzyko wystąpienia agresji. Są to: zaburzenia metaboliczne i wodno-elektrolitowe (hipoglikemia, hiponatremia), duszność w przebiegu chorób układu oddechowego, obrażenia ośrodkowego układu nerwowego (stłuczenie płata czołowego, wstrząśnienie mózgu itd.) [18], choroby organiczne OUN (udar mózgu, przemijające napady niedokrwienne (TIA), infekcje wirusowe i bakteryjne, zaburzenia rozwojowe itd.), wahania poziomu hormonów (testosteronu, hormonu tyreotropowego przysadki mózgowej (TSH), hormonów tarczycy – fT3, fT4 itd.) [25] oraz wahania poziomu amin katecholowych (adrenaliny i noradrenaliny).

Przykładem obrazującym zmiany zachowania u pacjentów po urazach czaszkowo-mózgowych, guzach, bądź zaburzeniach metabolicznych wpływających na prawidłowe funkcjonowanie kory przedczołowej jest przypadek Phineasa Gagea. Ten pracownik kolejowy wiódł spokojne, stabilne życie rodzinne i zawodowe do czasu wypadku, podczas którego wbijany przez niego pręt wystrzelił, przebił mu czaszkę i przeszedł przez korę oczodołowo czołową. Po zabiegu neurochirurgicznym, którego efektem była resekcja znacznej części płata czołowego Phineas Gage stał się agresywny, nerwowy, szybko się irytował, a decyzje przez niego podejmowane były nieadekwatne do sytuacji. W konsekwencji utracił swoją pozycję zawodową oraz rozpadło się jego życie rodzinne [19].

Osoby z osobowością psychopatyczną charakteryzują się przede wszystkim brakiem empatii co oceniane jest jako zachowanie bezduszne, pozbawionym kontroli

emocjonalnej. Obserwowane są w tej grupie osób zachowania agresywne o charakterze antysocjalnym i kryminalnym.

Kolejną grupą chorób predysponującą do zachowań agresywnych są choroby psychiczne, głównie zaburzenia osobowości typu «borderline», zespół stresu pourazowego (PTSD), uzależnienia, depresja, choroba afektywna dwubiegunowa oraz psychozy. Zaburzenia zachowania oraz kontroli impulsywności i agresji w chorobach psychicznych mają różne podłoże neurobiologiczne.

Zaburzenia stężenia serotoniny u chorych na depresję czy chorobę afektywną dwubiegunową powodują spadek aktywności kory przedczołowej, a co za tym idzie, jej hamującego wpływu na układ limbiczny. Spadek stężenia serotoniny skutkuje także brakiem hamującego wpływu na substancję szarą okołowodociągową. Efektem zmniejszonego hamowania czołowego może być nasilona agresja, w tym także autoagresja a w najcięższej jej postaci samobójstwo [20–22].

W badaniach potwierdzono, że u pacjentów depresyjnych zaburzenia dopaminergiczne oraz spadek aktywności receptora D1 powodują częstsze ataki gniewu i złości [23–24].

Wśród chorych z zaburzeniami osobowości typu «borderline» zaburzenia układu cholinergicznego powodują zaburzenia depresyjne oraz zwiększają niestabilność emocjonalną predysponując do ataków agresji poprzez zwiększenie aktywności limbicznej i zmniejszenie hamowania czołowego [26].

Pacjent agresywny to często pacjent pozostający pod wpływem substancji psychoaktywnych. Do substancji zwiększających agresję zalicza się: alkohol, kokainę i amfetaminę, kannabinole np. tetrahydrokannabinol (THC) oraz ecstasy.

Alkohol hamuje ośrodki korowych zajmujące się tłumieniem agresji czego następstwem jest łatwość agresywnego pobudzenia. Kokaina i amfetamina pobudzają układ dopaminergiczny co powoduje wzrost aktywności podwzgórza przysiódkowego i wzrost poziomu agresji. THC powoduje wzrost agresji chłodnej (planowanej), natomiast długotrwałe stosowanie ecstasy powoduje deficyty serotoninergiczne i liczne zaburzenia zachowania w tym wzrost impulsywności i agresji. Agresję wśród narkomanów indukują także zespoły abstynencyjne związane z okresami, w których nie zażywają narkotyków z powodu ich braku w danej chwili bądź w okresach prób odstawienia substancji uzależniających.

Agresja w jednostkach ochrony zdrowia

Agresja w placówkach ochrony zdrowia jest szczególnie negatywnym zjawiskiem, bowiem są to miejsca, do których z jednej strony udaje się człowiek cierpiący a z drugiej przychodzi lekarz, drugi człowiek, który ma zamiar ulżyć, pomóc cierpiącemu. Z logicznego punktu widzenia tam właśnie przejawy agresji powinny być najrzadsze, bo równie nie logicznym wydaje się (pomijając choroby psychiczne) agresywny atak chorego na swego wybawcę, jak i atak niosącego pomoc skierowany na swego podopiecznego. Zaś wzajemna agresja wśród zespołów ludzi, których praca motywowana winna być działaniem dla dobra drugiego człowieka wydaje się logicznie niemożliwa.

Rzeczywistość jednak przeczy takiej logice. Obserwuje się wyraźnie rosnącą agresję w jednostkach ochrony zdrowia i nie występuje ona jedynie w relacji pacjent – lekarz. W ostatnich latach problem ten dotyczy relacji interpersonalnych pomiędzy wszystkimi członkami personelu medycznego w przychodniach, szpitalach oraz klinikach, zaś hierarchizacja funkcji medycznych i podległość służbowa pracowników są czynnikami szczególnie chętnie wykorzystywanymi do działań agresywnych. Dotyczy to relacji personel średni – personel wyższy oraz pracownik – szef (np. pielęgniarka – pielęgniarka oddziałowa; lekarz – ordynator). Rezultatem jest spotęgowanie stresu, utrata poczucia własnej wartości przez osobę zaatakowaną oraz trudna do zniesienia atmosfera w miejscu pracy.

Należy otwarcie przyznać, że w znacznej części odpowiedzialność za występujące w placówkach medycznych przejawy agresji ponosi sam personel służby zdrowia. Zdarza się przecież traktowanie szpitala, kliniki czy przychodni jak fabryki czy zakładu rzemieślniczego. To początek zła. Kolejnym krokiem jest uprzedmiotowienie pacjentów, których traktuje się jak rzeczy oddane do zakładu serwisowego. To uprzedmiotowienie łatwo jest rozszerzyć na współpracowników i w ten sposób powstają sprzyjające warunki do zachowań agresywnych. Słyszane czasem twierdzenia, że lekarz musi wyłączyć empatię, bo szkodzi ona jego profesjonalnemu działaniu dowodzą braków w wiedzy, a pojawiające się niekiedy tłumaczenia, że na kulturę osobistą nie ma czasu brzmią jak ponury żart.

W takiej atmosferze pacjenci obserwujący wzajemne, agresywne relacje pomiędzy personelem, odczuwający na sobie lekceważenie i przedmiotowe traktowanie, nawet najbardziej cierpliwi, stają się w końcu «pacjentami trudnymi».

Wśród personelu medycznego najbardziej narażeni na agresję są ci pracownicy, którzy mają bezpośrednią styczność ze stanami nagłego zagrożenia życia lub zdrowia pacjenta. Są to głównie pracownicy Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych, systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego, izb przyjęć oraz oddziałów intensywnej terapii. Dotyka ich głównie agresja emocjonalna przybierająca różne formy – od agresji słownej po fizyczną. Jest ona związana z negatywnymi emocjami pacjentów, bądź członków ich rodzin, które są konsekwencją zaistniałych sytuacji zdrowotnych. Niewątpliwie elementem towarzyszącym i jednocześnie sprzyjającym tego typu reakcjom jest arogancja, brak empatii oraz lekceważenie okazywane przez personel medyczny.

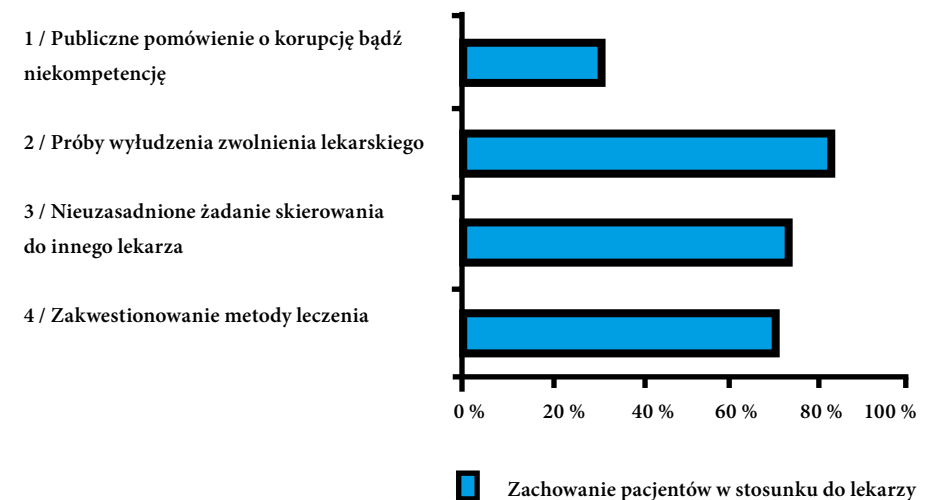
Agresja wobec lekarzy

Z badań przeprowadzonych na zlecenie Naczelnej Izby Lekarskiej w czerwcu 2007 roku wynika, że 51% lekarzy uczestniczących w badaniu padło ofiarą przemocy ze strony pacjentów lub osób, które występowały w ich imieniu. Najczęściej, bo w 94% lekarze doświadczali agresji w swoim miejscu pracy, natomiast sporadycznie w miejscach publicznych. Sprawcą najczęściej był pacjent – w 62% przypadków, rzadziej, jego krewny – 36% przypadków. Najpopularniejszą formą agresji była agresja słowna w postaci obelg (52%), w mniejszym stopniu agresja fizyczna – popychanie, plucie czy szarpanie (18%). Straszenie, bądź groźby usłyszało 18%

badanych, a 11% padło ofiarą pobicia lub duszenia [37].

Najczęstszym powodem ataku pacjenta była odmowa wydania orzeczenia o zdolności, bądź niezdolności do pracy, skierowania na badania oraz recepty, czy zaświadczenia (32%). Nieco rzadziej, bo w 20% zdarzeń zachowanie pacjenta było spowodowane niezadowoleniem z jakości opieki zdrowotnej, pracy jednostki ochrony zdrowia lub zbyt długiego oczekiwania na przyjęcie na oddział. Kolejne powody ataku agresji pacjenta to nietrzeźwość lub pozostawianie pod wpływem narkotyków. Ostatnim i z kolei najrzadszym powodem ataku agresji był zły stan zdrowia pacjenta lub jego pogorszenie [37].

Poza przypadkami agresji emocjonalnej lekarze spotykali się także z agresją planowaną ze strony pacjenta. Dotyczyła ona przede wszystkim takich zachowań jak publiczne pomówienie o niekompetencję bądź korupcję w celu uzyskania korzyści majątkowych, próba wyłudzenia zwolnienia lekarskiego, zakwestionowanie metody leczenia oraz nieuzasadniona próba wyłudzenia skierowania do innego lekarza.



Ryc. 2. Zachowania pacjentów w stosunku do lekarzy.
(Opracowanie własne na podstawie [37]).

Badania Ziółkowskiej – Rudowicz i wsp. wskazują, że rosnące niezadowolenie pacjentów wiąże się bezpośrednio ze sposobem w jaki postrzegają oni lekarzy. Pacjenci twierdzą nie tylko, że lekarze są emocjonalnie zimni i wyobcowani, ale przede wszystkim nie potrafią słuchać, posługują się językiem i zwrotami niezrozumiałymi dla chorego oraz koncentrują się głównie na sobie, a nie na pacjencie [42].

W odniesieniu do lekarzy i studentów medycyny starszych lat studiów, obserwuje się utratę idealizmu, cynizm oraz narastającą obojętność wobec pacjentów i ich cierpienia [43].

Z badań Kowalczuk i wsp. dotyczących wpływu agresji na występowanie stresu w środowisku lekarzy jednoznacznie wynika, iż ci, którzy w swojej codziennej pracy

doświadczali zachowań agresywnych częściej byli narażeni na stres. Jego źródłem w głównej mierze były zachowania agresywne ze strony pacjentów, innych lekarzy, pielęgniarek a także położonych.

Zachowania z jakimi spotkali się lekarze ze strony pacjentów to: szantaż (41%) oraz groźna postawa (53%). Ze strony innych lekarzy, jak i pielęgniarek był to najczęściej poniesiony głos, odpowiednio 44% i 25% badanych. Wśród najczęstszych zachowań agresywnych ze strony położonych, które wywoływały stres wśród lekarzy to podniesiony głos (37%), pogroźki (17%) oraz zachowania wulgarne przy współpracownikach (18%).

Ponadto badania wykazały, że przyczyną częstego denerwowania się lekarzy w miejscu pracy były zachowania pacjentów takie jak: podniesiony głos (88%), zachowania wulgarne przy współpracownikach (65%) oraz zachowania wulgarne przy innych pacjentach (59%).

Powodów do zdenerwowania nie oszczędzali lekarzom także ich przełożeni. Najczęstszymi formami stosowanej przez nich agresji są: podniesiony głos (45%) oraz pogroźki (19%).

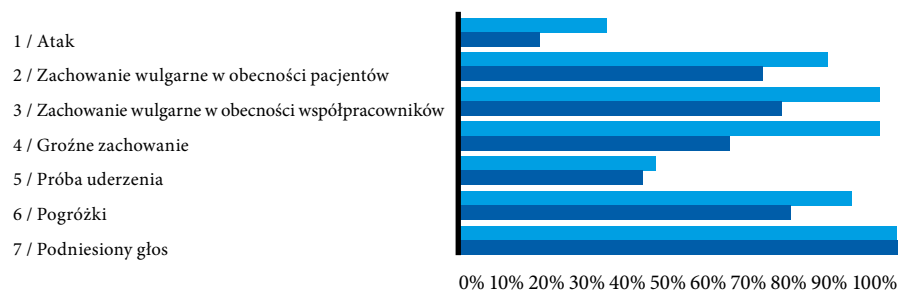
Podobne zachowania w stosunku do lekarzy wykazywały pielęgniarki. Z ich strony byli oni narażeni na podniesiony głos (33%), zachowania wulgarne przy pacjentach oraz współpracownikach (po 15%).

Ze strony innych lekarzy typowym zachowaniem był podniesiony głos wskazany przez 53% lekarzy i pogroźki wskazane przez 17% z nich [38].

Agresja wobec ratowników medycznych

Kolejną grupą narażoną na agresję pacjentów i ich rodzin są niewątpliwie ratownicy medyczni. Jest to po części związane ze specyfiką wykonywanego zawodu, która wiąże się z częstym kontaktem ze śmiercią, cierpieniem i odpowiedzialnością za ludzkie życie. Do tego dochodzi praca poza jednostką ochrony zdrowia, co sprzyja tego typu zachowaniom, gdyż pacjenci przebywając podczas wizyty zespołu ratowniczego we własnym domu czują się bezkarni.

Z przeprowadzonych badań wynika, że najczęstszą formą agresji ze strony pacjentów jakiej doświadczali ratownicy medyczni to podniesiony głos, pogroźki, szantaż, próba ataku, atak lub uderzenie oraz wulgarne zachowanie przy pacjentach bądź współpracownikach. Szczegółowy rozkład procentowy form agresji doświadczanej przez ratowników przedstawia rycina nr 3.



■ Zespół wyjazdowy «R»

■ Szpitalny Oddział Ratunkowy

Ryc. 3. Formy agresji ze strony pacjentów wobec ratowników medycznych. (Opracowanie własne na podstawie [39]).

Ratownicy medyczni bardzo często padali także ofiarami agresji ze strony lekarzy. Podniesiony głos zgłaszało 51% badanych ratowników, pogroźki 14%, wulgarne zachowanie przy pacjentach bądź współpracownikach zgłosiło odpowiednio 25 i 11%. Zachowania tego typu były częstsze w zespołach wyjazdowych, niż na oddziałach ratunkowych. Agresja ze strony położonych wobec ratowników medycznych ulegała nasileniu także w zespołach wyjazdowych [39].

Agresja wobec pielęgniarek i położnych

Analogiczne badania przeprowadzone wśród położnych potwierdzają zależności obserwowane we wcześniejszych badaniach.

Zachowania agresywne ze strony pacjentek częściej występują w opiece zamkniętej niż otwartej. Agresja słowna dotyczyła 93% przypadków, próba ataku 14%, zachowania wulgarne pacjentek przy współpracownikach dotyczyły 21% a przy innych pacjentach 14%.

Agresja ze strony współpracowników zdarza się stosunkowo często. Co ciekawe 100% badanych położnych stwierdziło, że zdarzało się, iż lekarz mówił do nich podniesionym głosem. Dotyczyło to położnych pracujących na sali porodowej. 75% z nich zaświadczyło, że lekarze stosowali wobec nich pogroźki, bądź je szantażowali [40].

Drabek i wsp. z Instytutu Medycyny Pracy przeprowadzili w 2007 roku badania wśród 1163 losowo wybranych pielęgniarek pod kątem agresji w miejscu pracy. Wynika z nich, iż agresji ze strony pacjentów w postaci krzyku doświadczyło 84% badanych pielęgniarek, pogroźki dotyczyły 57%, obrażania przy współpracownikach doświadczyło 51%, a przy pacjentach 50% badanych. Szantaż ze strony pacjentów zgłosiło 34% respondentów, próbę ataku zgłosiło 30%, a dokonany atak fizyczny 14%. Najpopularniejszą formą zachowań agresywnych wśród położnych pielęgniarek był krzyk, którego doświadczyło 52% z nich. Kolejne pod względem liczby zgłoszeń były pogroźki (15%), obrażanie przy pracownikach (11.5%) oraz przy pacjentach 7.5% [41].

Stan, jaki odzwierciedlają badania naukowe w Polsce nie jest odosobniony. Wysoki poziom agresji w ochronie zdrowia obserwuje się także od wielu lat w innych krajach m.in.: Stanach Zjednoczonych Ameryki, Wielkiej Brytanii, Szwecji, Holandii, Belgii, Australii oraz we Włoszech. Formami agresji z jakimi najczęściej stykają się pracownicy sektora medycznego to obelgi słowne, próby ataku oraz agresja fizyczna [46–51].

W celu umożliwienia lekarzom i pielęgniarkom zgłaszania przypadków agresji w miejscach pracy Naczelna Izba Lekarska i Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych uruchomiły w 2010 roku System Monitorowania Agresji w Ochronie Zdrowia (MAWOZ). Wypełnienie formularza zgłoszeniowego zajmuje według autorów 5–7

minut. Zgłoszenia mogą dokonać jedynie osoby posiadające prawo wykonywania zawodu lekarza, lekarza denty, pielęgniarki, bądź położnej w dowolnie wybranej przez siebie formie – zgłoszenie anonimowe, lub jako zarejestrowany użytkownik systemu. Zgodnie z danymi statystycznymi otrzymanymi od Rzecznika Praw Lekarzy pierwsze zgłoszenie przypadku agresji do systemu miało miejsce 4 października 2010 roku, ostatnie (w momencie tworzenia statystyki) 19 lutego 2015 roku. W ciągu niespełna pięciu lat funkcjonowania systemu skorzystało z niego zaledwie 157 pracowników ochrony zdrowia, średnio 30 rocznie.

Liczbę zgłoszeń z podziałem na lata przedstawia tabela nr. 2.

Rok	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Ilość zgłoszeń	2	63	44	29	15	4
Łącznie	157					
Średnio	30 rocznie					

Tab. 2. Zgłoszenia zarejestrowane w systemie MAWOZ w okresie 04.10.2010–19.02.2015.

Na tej podstawie można odnieść wrażenie, iż problem agresji w ochronie zdrowia nie istnieje. Nic bardziej mylnego. Należało by więc zadać sobie pytania: dlaczego liczba zgłoszeń zarejestrowanych w systemie zupełnie nie odzwierciedla stanu rzeczy, jaki opisują nie tylko badania naukowe, lecz także osobiste doświadczenia licznej grupy personelu medycznego? Czy w związku z tym istnienie systemu MAWOZ jest konieczne? Czy Naczelna Izba Lekarska oraz Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych dołożyły wszelkich starań aby przekonać lekarzy i pielęgniarki do korzystania z systemu?

Idea istnienia systemu MAWOZ jest słuszna. Można przekonywać do korzystania z niego pracowników ochrony zdrowia, używając argumentu, że ma on służyć poprawie ich bezpieczeństwa w miejscu pracy. Pozostanie jednak pytanie: Jak przekonać ich do skuteczności działania tego systemu? Tu jedynymi, liczącymi się argumentami będą konkretne fakty, dowody na to, że udało się skutecznie pociągnąć agresora do odpowiedzialności.

Według Zbigniewa Brzezina Rzecznika Praw Lekarzy pacjenci odreagowują na lekarzach swoje frustracje, które są warunkowane przez podłoże systemowo – społeczno – ekonomiczne. Pacjenci obwiniają lekarzy za to, w jaki sposób funkcjonuje system ochrony zdrowia, zapominając o tym, że lekarze wykonują swój zawód w ściśle określonym systemie prawnym. Lekarze uważają, że niesłusznie padają ofiarą społecznego niezadowolenia z kształtu i funkcjonowania opieki zdrowotnej oraz jej finansowania. Nie są przecież odpowiedzialni za długie kolejki oczekujących na wizytę lekarską, przyjęcie do szpitala, czy badania diagnostyczne. Pacjenci często widzą to inaczej. Za problemy na kolei winią kolejarzy, za błędy systemu

edukacji – nauczycieli a za niedostatki opieki zdrowotnej tych, którzy się nią profesjonalnie zajmują – lekarzy.

Według danych zgromadzonych przez Rzecznika Praw Lekarzy najczęstszymi rodzajami agresji ze strony pacjentów są: obelgi słowne, pisanie bezpodstawnych skarg, oraz agresja fizyczna (złamania kończyn górnych, nosa, wybitcia zębów). Dochodzą do tego zachowania, na które trudno reagować, bo dotyczą obelżywych wpisów internetowych. Opinie o lekarzach krążące w Internecie bardzo często są nieprawdziwe i krzywdzące, a walka z nimi jest walką z wiatrakami.

W przypadku bezpodstawnego pomówienia w mediach, lekarzom przysługuje prawo do procesu z powództwa cywilnego. Nawet wygrany proces, jest traktowany bardziej w kategoriach satysfakcji niż zadośćuczynienia. Zasądzane przez sądy kary finansowe są niskie i na samym początku w kalkulowane w budżet redakcji, która posunęła się do pomówienia lekarza. Należy pamiętać o tym, iż z powodu obowiązującej lekarzy tajemnicy zawodowej, nie mogą oni na bieżąco odpowiadać na stawiane im przez media zarzuty [44].

Trzeba tu także wyraźnie stwierdzić, że próby obciążania lekarzy pełnią odpowiedzialności za funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia są przesadą i znacząco wpływają na spadek zaufania pacjentów do lekarzy. System ochrony zdrowia jest częścią systemu zorganizowania społeczeństwa i ono w całości za niego odpowiada. Jego przedstawiciele wybierani są po to, by reprezentować wszystkich w procesie stanowienia prawa. Każdy z wyborców odpowiedzialny jest za swego reprezentanta i winien jego właśnie rozliczać za podjęte decyzje i postanowienia.

Zakończenie

Agresja w ochronie zdrowia jest problemem, który narasta w ciągu ostatnich kilkunastu lat i osiągnął już poziom alarmowy. Obietnice działań naprawczych i próby usprawiedliwień z powoływaniem się na czynniki obiektywne nie są w żadnej mierze wystarczające. Wspomniane wyniki badań dowodzą, że problem agresji w społeczeństwie a szczególnie w systemie ochrony zdrowia nie może być dłużej ignorowany.

Agresja jako droga do osiągnięcia własnych celów jednostki nie może być społecznie akceptowana, niezależnie od tego jak szczytny jest cel. Podstawą stabilizacji emocjonalnej społeczeństwa jest szacunek dla drugiego człowieka, gotowość do wysłuchania i zrozumienia jego racji, poglądów i zachowań. Niezbędne jest stałe, systematyczne działanie w celu powrotu w życiu społecznym do wypracowanych przez wieki etycznych zasad i wartości, które porzucono w pogoni za dobrami materialnymi.

Reagowanie na zachowania agresywne powinno mieć charakter powszechny, począwszy od społecznego potępienia tych zachowań poprzez przeciwdziałanie, bieżące ich ściganie, potępienie sprawców w kręgach zawodowych i towarzyskich aż do adekwatnego karania wyrokami sądowymi.

Agresji jednak nie da się całkowicie wyeliminować z życia społecznego. To przecież naturalny mechanizm dany człowiekowi od początku, jako chroniący

jego istnienie. Trzeba więc czynić wszystko, co możliwe, by ograniczać ją zarówno w relacjach interpersonalnych jak i w życiu społecznym. Podstawą działań winno być permanentne wychowywanie, kształcenie empatii, promocja pozytywnych zachowań, uświadamianie negatywnych dla wszystkich skutków niepożądanego agresji.

Piśmiennictwo

- 1 Anderson. C.A., Bushman B.J., *Human aggression: A Social-Cognitive View*, Annual Review Psychology 2002. 53:27–51.
- 2 Barratt E.S., Felthous A.R., *Impulsive versus premeditated aggression: implications for mens rea decision*. Behav Sci Law 2003, 21: 619–630.
- 3 Blair R.J., *The roles of orbital frontal cortex in the modulation of antisocial behavior*. Brain Cogn 2004, 55: 198–208.
- 4 Siegel A., *The neurobiology of aggression and rage*. CRC press, Boca raton. FL.pp. 2005.1–293.
- 5 Han Y., Shaikh M.B., Siegel A. *Medial amygdaloid suppression of predatory attack behavior in the cat: II. Role of GABAergic pathway from the medial to the lateral hypothalamus*. Brain Res., 1996, 716,72–83.
- 6 Chi C.C., Flynn J.P. *Neuroanatomic projections related to biting attack elicited from hypothalamus in cats*. Brain Res., 1971, 35, 49–66.
- 7 Cheu J.W., Siegel A. *GABA receptor mediated suppression of defensive rage behavior elicited from the medial hypothalamus of the cat: role of the lateral hypothalamus*. Brain Res. 1998, 783, 293–304.
- 8 Siegel A., Schubert K. L., Shaikh M. B., *Neurotransmitters regulating defensive rage behavior in the cat*. Neurosci. Biobehav. Res. 1997, 21,733–742
- 9 Gregg T. R., Siegel A., *Brain structures and neurotransmitters regulating aggression in cats: implication for human aggression*. Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry. 2001, 25,91–140.
- 10 Gregg T. R., Siegel A., *Differential effects of NK1 receptors in the midbrain periaqueductal grey upon defensive rage and predatory attack in the cat*. Brain. Res., 2003, 994, 55–66.
- 11 Coccaro E. F., Kavoussi R. J., Hauger R. L., Cooper T. B., Ferris C. F., *Cerebrospinal fluid vasopressin levels: correlates with aggression and serotonin function in personality disordered subjects*. Arch. Gen. Psychiatry. 1998, 55, 708–714.
- 12 Ferris C. F., Delville Y., *Vasopressin and serotonin interaction in the control of agonistic behavior*. [Review] Psychoneuroendocrinology. 1994, 19, 593–601.
- 13 Wersinger, S. R., Ginns, E. I., O'Connell, A. M., Lolait, S. J., Young, W. S. *Vasopressin V1b receptor knockout reduces aggressive behavior in male mice*. Mol. Psychiatry, 2002, 7, 975–984.
- 14 Luo, B., Cheu, J. W., Siegel, A. *Cholecystokinin B receptors in the periaqueductal gray potentiate defensive rage behavior elicited from the medial hypothalamus of the cat*. Brain Res., 1998, 796, 27–37.
- 15 Hassanain, M., Bhatt, S., Siegel, A. *Differential modulation of feline defensive rage behavior in*

- the medial hypothalamus by 5-HT1A and 5-HT2 receptors*. Brain Res., 2003, 981, 201–209.
- 16 Shaikh, M. B., De Lanerolle, N. C., Siegel, A. *Serotonin 5-HT1A and 5-HT2/1C receptors in the midbrain periaqueductal gray differentially modulate defensive rage behavior elicited from the medial hypothalamus of the cat*. Brain Res., 1997, 765, 198–207.
 - 17 Shaikh, M. B., Siegel, A. *GABA-mediated regulation of feline aggression elicited from midbrain periaqueductal gray upon affective defense behavior in the cat*. Brain Res., 1990, 507, 51–56.
 - 18 Grafman J, Schwab K, Warden D, Pridgen A, Brown HR, Salazar AM. *Frontal lobe injuries, violence and aggression: a report of the Vietnam Head Injury Study*. Neurology. 1996; 46: 1231–1238.
 - 19 Damasio H, Grabowski T, Frank R, Galaburda AM, Damasio AR. *The return of Phineas Gage: clues about the brain from the skull of a famous patient*. Science. 1994; 264:1102–1105.
 - 20 Siever L, Trestman RL. *The serotonin system and aggressive personality disorder*. Int Clin Psychopharmacology. 1993; 8 (suppl 2): 33–39.
 - 21 New AS, Trestman RL, Mitropoulou V, Benishay DS, Coccaro E, Silverman J, Siever LJ. *Serotonergic function and self-injurious behavior in personality disorder patients*. Psychiatry Res. 1997; 69:17–26.
 - 22 Coccaro EF, Siever LJ, Klar HM, Mauerer G, Cochrane K, Cooper TB, Mohs RC, Davis KL. *Serotonergic studies in patients with affective and personality disorder: correlates with suicidal and impulsive aggressive behavior*. Arch Gen Psychiatry. 1989; 46: 587–599.
 - 23 De Almeida RM, Ferrari PF, Parmigiani S, Miczek KA. *Escalated aggressive behavior: dopamine, serotonin and GABA*. Eur J Pharmacol. 2005; 526: 51–64.
 - 24 Dougherty DD, Bonab AA, Ottowitz WE, Livni E, Alpert NM, Rauch SL, Fava M, Fischman AJ. *Decreased striatal D1 binding as measured using PET and [11C]SCH23,390 in patients with major depression with anger attacks*. Depress Anxiety. 2006; 23:175–177.
 - 25 Archer J. *The influence of testosterone on human aggression*. Br J Psychol. 1991; 82 (pt 1): 1–28.
 - 26 Steinberg B. J., Trestman R., Mitropoulou V., Serby M., Silverman J., Coccaro E.F., Weston S., deVegvar M., Siever L.J. *Depressive response to physostigmine challenge in borderline personality disorder patients*. Neuropsychopharmacology. 1997; 17: 264–273.
 - 27 Coccaro EF, McCloskey MS, Fitzgerald DA, Phan KL. *Amygdala and orbitofrontal reactivity to social threat in individuals with impulsive aggression*. Biol Psychiatry. 2007; 62: 168–178.
 - 28 Rumpf J., Krzyczek, bić, niszczyć. *Agresja u dzieci w wieku do 13 lat*. Gdańskie wydawnictwo psychologiczne. Gdańsk 2003. Str. 21–30
 - 29 Skaleczone pokolenie. Rozmowa z dr C. Żechowskim na: http://www.sprawynauki.waw.pl/?section=article&art_id=2078
 - 30 Snethen G., M von Puymbroeck, *Girls and physical aggression: Causes, trends, and intervention guided by Social Learning Theory*. Aggression and violent behavior 13 (5), 346–354
 - 31 Gentile DA, Coyne S, Walsh DA. *Media violence, physical aggression, and relational aggression in school age children: a short-term longitudinal study*. Aggress Behav. 2011 Mar–Apr; 37 (2): 193–206. doi: 10.1002/ab.20380. Epub 2010 Nov 23.
 - 32 Krahe B., Busching R., Mölle I., *Media Violence Use and Aggression Among German Adolescents: Associations and Trajectories of Change in a Three-Wave Longitudinal Study* Psychology of Popular Media Culture 2012, Vol. 1, No. 3, 152–166

- 33 Imtiaz R., Yasin G., Yaseem A., *Sociological study of the factors affecting the aggressive behavior among youth*. Pakistan Journal of Social Sciences (PJSS) Vol. 30, No. 1 (September 2010), pp. 99–108
- 34 Pyżalski, J. (2012). *Agresja elektroniczna i cyberbullying jako nowe ryzykowne zachowania młodzieży*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls, s.126–128
- 35 *The Digital Divide: How the Online Behavior of Teens is Getting Past Parents* <http://www.mcafee.com/us/resources/misc/digital-divide-study.pdf>
- 36 Komendant-Brodowska A. *Agresja i przemoc szkolna Raport o stanie badań* Warszawa, 2014 Instytut Badań Edukacyjnych
- 37 Mokrzyński A., Wenzel M., Krajewski L. *Agresja wobec lekarzy*. Gazeta lekarska, nr 4 (208), 2008.
- 38 Kowalczyk K., Jankowska B., Krajewska-Kułak E., i wsp. *Aggression as the causes of stress among physicians*. Annales Academiae Medicae Stetinensis., 2009, 55, 3, 70–75
- 39 Kowalczyk K., Jankowska B., Krajewska-Kułak E., i wsp. *Exposure of medical rescuers to aggression AT the workplace*. Annales Academiae Medicae Stetinensis., 2009, 55, 3, 76–80.
- 40 Jankowska B., Kowalczyk K., Krajewska-Kułak E., i wsp. *Endangerment the nurses on aggression in place of work-preliminary report*. Annales Academiae Medicae Silesiensis., 2006, 60, 5, 405–409.
- 41 Drabek M., Mercz D., Mościcka A., *Exposure to aggression AT work in the health care and public service sectors*. Medycyna Pracy, 2007, 58 (4): 299–306.
- 42 Ziółkowska-Rudowicz E., Kłoda A., *Kształcenie empatycznych lekarzy. Część 1 – Przegląd stosowanych metod.*, Pol. Merk. Lek., 2010, XXIX, 172, 277.
- 43 Croasdale M., *Indiana University School of Medicine is changing the academic climate AT the institution and could be creating more sensitive physicians.*, Am. Med. News, 2006, April 24 (<http://www.ama-assn.org/amednews.pl>)
- 44 Brzezina Z., *Wobec agresji potrzebne jest wsparcie.*, Gazeta Lekarska, 3/2015, s.20-21.
- 45 Irzyniec T., Konodyba-Szymański P., Szczerba H., *Identification of threats and the classification of the occupational hazards of medical doctors (initial results)*. JEcolHealth, vol. 14, nr 6/2010.
- 46 Gascon S., Martinez-Jarreta B., Gonzales-Anrade J.F., i wsp. *Aggression Towards Health Care Workers in Spain: A Multi-facility Study to Evaluate the Distribution of a Growing Violence Among Professionals, Health Facilities and Departments*. Int. J. Occup. Environ. Health. 2009; 15: 30–36.
- 47 Chapman R., Styles I., *An epidemic of abuse and violence: Nurse on the front line*. Accident and Emergency Nursing (2006) 14, 245–249.
- 48 Tyrrell M. *The prevention of aggression and violence in the accident and emergency department*. Nursing Review (Ireland) 2000; 18 (1), 14–18.
- 49 Winstanley, S., Whittington, R., 2004. *Aggression towards health care staff in a UK general hospital: variation among professions and departments*. Journal of Clinical Nursing 13, 3–10.
- 50 Rippon T., J. *Aggression and violence in health care professions*. Journal of Advanced Nursing, 31, 2, February 2000, 452–460.
- 51 Eker H. H., Özder A., Tokaç M., Topçu I., Tabu A. *Aggression and violence towards health care providers, and effects thereof*. Archives of Psychiatry and Psychotherapy, 2012; 4: 19–29

mgr farm. Leszek Spandel
farmaceuta kliniczny w Powiatowym Publicznym Zakładzie Opieki
Zdrowotnej w Rydułtowach i Wodzisławiu Śląskim

mgr farm. Agata Zuch
absolwentka Wydziału Farmaceutycznego SUM w Katowicach

ZNACZENIE EMPATII W PRAKTYCE FARMACEUTY KLINICZNEGO

Streszczenie

W ciągle rozwijającej się nowoczesnej medycynie, gdzie coraz bardziej popularnym i użytecznym modelem staje się współpraca i wspólne podejmowanie decyzji diagnostyczno-leczniczych w interdyscyplinarnym zespole specjalistów. W związku z tym rola farmaceuty klinicznego kreuje się na nowo. Pełni on przede wszystkim funkcję integracyjną, mając kontakt zarówno z pacjentem jak i personelem medycznym. Jego zadanie polega na wdrażaniu osiągnięć nowoczesnej farmakoterapii: począwszy od stania na straży skuteczności i bezpieczeństwa stosowania leków, poprzez indywidualizację ich dawkowania, uczestnictwo w badaniach klinicznych, współpracę w optymalizacji kosztów terapii, a skończywszy na edukowaniu w bezpośrednim kontakcie zarówno pacjentów jak i personelu medycznego.

Szczególnie niedoceniony w polskich realiach wydaje się być wymiar indywidualnego kontaktu farmaceuty klinicznego z pacjentami oraz innymi specjalistami medycznymi. Ważna jest prawidłowa komunikacja, ponieważ od niej zależy często efektywność leczenia. Szczególną rolę odgrywa tutaj empatia. Zjawisko empatii jest istotne ze względu na potrzebę delikatności w komunikacji z pacjentem. Ten, który ma pomóc cierpiącemu człowiekowi, powinien być uważny, współczujący i wrażliwy. Może to pomóc w zrozumieniu uczuć, obaw, lęków i zachowania pacjenta, a co za tym idzie we wdrożeniu najlepszej z medycznego punktu widzenia farmakoterapii. Praca w zespole interdyscyplinarnym wymaga także wykształcenia w sobie odpowiednich cech ułatwiających komunikację. Empatia może tutaj pomóc w zrozumieniu nierzadko trudnych emocjonalnie, z punktu widzenia personelu, sytuacji: choroby, niepomysłnej diagnozy, śmierci, czy też ograniczeń wynikających z realiów polskiej służby zdrowia.

Farmaceuta kliniczny ma trudne zadanie. Z jednej bowiem strony komunikuje się z chorym pacjentem, który potrzebuje wsparcia i pomocy w zaakceptowaniu choroby oraz wdrożeniu skutecznej farmakoterapii, z drugiej strony natomiast musi w sposób rzeczowy przekazać konkretne treści personelowi medycznemu. Pomocne wydaje się tutaj wykształcenie empatycznych umiejętności jako zestawu kompeten-

cji, które mogą skutecznie poprawić komunikację, wpłynąć na zwiększenie poziomu zaufania, otwartości, zrozumienia i bezpieczeństwa emocjonalnego. Współczesna medycyna ujmuje człowieka w sposób holistyczny, gdzie jednym z aspektów jest wymiar społeczno-psychologiczny. Patrząc z tej perspektywy empatia jest bardzo ważną składową w całym procesie diagnostyczno-terapeutycznym na każdym jego etapie.

Omówienie

Ogromny rozwój medycyny w ostatnich kilkudziesięciu latach doprowadził do powstania w każdej jednostce chorobowej kilku alternatywnych metod leczenia. Dokonując wyboru odpowiedniego postępowania terapeutycznego lekarze w codziennej praktyce muszą uwzględnić wiele elementów takich jak: skuteczność i bezpieczeństwo ocenione w kontrolowanych badaniach klinicznych, najnowsze rekomendacje towarzystw naukowych, wytyczne NFZ-u, koszt zastosowanego leczenia. Ważnymi są także indywidualne cechy osobowościowe zarówno pacjenta jak i personelu medycznego, które odgrywają kluczową rolę między innymi w procesie komunikacji. Szczególnie istotne znaczenie ma tutaj zdolność do empatii.

W związku z nowymi trendami i zapotrzebowaniem w medycynie pojawia się również nowa, wspomagająca i integrująca funkcja farmaceuty klinicznego. Bardzo często bowiem lekarze pozostają osamotnieni w podejmowaniu decyzji terapeutycznych, co przy dużej ilości obowiązków, braku czasu i dostępu do odpowiednich źródeł może negatywnie wpływać na ich zasadność, a w konsekwencji efekt kliniczny u indywidualnego pacjenta. W Stanach Zjednoczonych oraz wielu wysoko rozwiniętych krajach Europy Zachodniej (Wielka Brytania, Niemcy, Holandia, Francja, Belgia) grupą zawodową, która wspomaga lekarzy zarówno w podejmowaniu decyzji terapeutycznych, jak i monitorowaniu skutków leku przekazanego pacjentowi do zastosowania, są właśnie farmaceuci kliniczni [1, 2].

Rola farmaceuty klinicznego

Nasuwa się wobec tego pytanie: Jaka jest, w nowoczesnym systemie medycznym, rola farmaceuty klinicznego. Europejskie Towarzystwo Farmacji Klinicznej (ESCP – *European Society of Clinical Pharmacy*) charakteryzuje farmaceutów klinicznych jako osoby zapewniające opiekę medyczną, promujące skuteczne, bezpieczne i racjonalne stosowanie leków u pacjentów indywidualnych oraz kształtowanie w tym zakresie właściwych postaw społecznych [3]. Wbrew powszechnie panującej w Polsce opinii powinności i zadania tej grupy zawodowej nie ograniczają się jedynie do wydawania produktów leczniczych i dbałości o ich odpowiednią jakość, ale przede wszystkim ukierunkowane są na pacjenta i jego sytuację zdrowotną, w celu uzyskania jak najlepszych wyników leczenia. Miejscem pracy farmaceutów klinicznych powinny być przede wszystkim oddziały szpitalne, gdzie optymalizacja i indywidualizacja zastosowanej u pacjenta farmakoterapii ma kluczowe znaczenie. Są to głównie oddziały geriatryczne, onkologiczne, ale także hospicja, czy domy opieki społecznej. Sytu-

acja farmacji klinicznej w Polsce jest jednak bardzo trudna. Mimo coraz większej liczby farmaceutów, którzy uzyskali specjalizację w tej dziedzinie tylko nieliczne zakłady opieki zdrowotnej zatrudniają w swoich oddziałach farmaceutów klinicznych. Powodem takiego stanu rzeczy jest mała świadomość dyrektorów szpitali odnośnie roli jaką może spełniać tam ta grupa zawodowa i korzyści wynikających z ich zatrudnienia.

Nadrzędnym celem działań farmaceutów klinicznych jest nadzór nad bezpieczeństwem i skutecznością stosowanych produktów leczniczych i wyrobów medycznych, co w istotny sposób przekłada się na: maksymalizację efektu farmakologicznego leków, minimalizację ryzyka leczenia wywołanego działaniami niepożądanymi oraz zmniejszenie kosztów [3, 4]. Doświadczenia krajów Europy Zachodniej i Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej wyraźnie pokazują, że tworzenie w szpitalu interdyscyplinarnych zespołów terapeutycznych prowadzących pacjenta wymiennie przekłada się na lepszy efekt leczenia chorych, a ponadto pozwala obniżyć koszty hospitalizacji. Farmaceuci w takim wielodyscyplinarnym zespole, złożonym ze specjalistów różnych dyscyplin klinicznych (lekarzy, farmakologów, psychologów, dietetyków, pielęgniarek), pełnią rolę integracyjną. Pomagają lekarzom w wyborze odpowiednich procedur i strategii leczniczych, dokonują oceny farmakoekonomicznej wdrożonych terapii, udzielają informacji na temat ryzyka i korzyści wynikających z zastosowanego leczenia farmakologicznego. Ponadto monitorują przebieg terapii, starają się zapobiegać wystąpieniu działań niepożądanych, które mogą mieć miejsce w trakcie hospitalizacji oraz podczas kontynuacji leczenia w domu. Stoją także na straży ochrony pacjenta przed niewłaściwym stosowaniem leku, podejmują działania pozwalające uniknąć niekorzystnych interakcji lekowych oraz polipragmazji, szczególnie niebezpiecznej podczas stosowania wielolekowych schematów leczenia w chorobach przewlekłych, u pacjentów geriatrycznych itp. Oprócz tego rozszerzają oni wiedzę personelu lekarskiego, pielęgniarskiego oraz samych pacjentów w zakresie działania leków oraz zależności efektów leczenia od sposobu podania i dawkowania [4, 5].

Ekspansja firm farmaceutycznych oraz pojawiająca się na rynku duża ilość nowych preparatów generycznych z całą pewnością wymaga zwiększonej czujności farmakologicznej (pharmacovigilance) i szybkiego dostępu do rzetelnej informacji o leku.

Znaczenie komunikacji w opiece medycznej / farmaceutycznej

Relacja personel medyczny - pacjent jest interakcją w wymiarze społecznym, podczas której obie strony oddziałują na siebie za pośrednictwem komunikowania, wymiany symboli werbalnych, a także przez wzajemną modyfikację swoich zachowań [6]. Proces ten jest nieodzownym elementem skutecznego leczenia. Od jakości komunikacji zależy zarówno to, czy pacjent będzie miał na tyle zaufania, aby poinformować personel o swoich dolegliwościach, objawach, jak i to, czy zaakceptuje postawioną diagnozę oraz czy będzie właściwie realizował program terapeutyczny, w tym zażywanie leków.

Komunikacja pełni trzy ważne funkcje:

- **informacyjno–diagnostyczną**, gdzie pacjent uzyskuje wiedzę o samej chorobie, jej etiologii, diagnostyce, leczeniu, rokowaniu, zaleceniach lekarskich,
- **perswazyjną**, gdzie personel stara się wykształcić pozytywną reakcję chorego na chorobę oraz aktywizuje pacjenta do współpracy,
- a także **terapeutyczną**, gdzie rola personelu sprowadza się do łagodzenia trudności emocjonalnych i wsparcia [7].

Wydaje się, iż dobra komunikacja prowadzi do sprzyjającej atmosfery wzajemnego zaufania, życzliwości, budowania intymnej więzi, która wzbudzi u pacjenta poczucie bezpieczeństwa. Szczególnie ważne jest dla pacjenta poczucie zainteresowania jego osobą, dostrzeganie chęci pomocy ze strony zespołu medycznego oraz odczuwanie satysfakcji z kontaktu z personelem [8].

Farmaceuta kliniczny, jako członek zespołu terapeutycznego, pełni tutaj wyjątkowo ważne zadanie. Z przeprowadzonych badań wynika bowiem, iż jedną z głównych przyczyn nieskuteczności zastosowanej u pacjenta terapii, a tym samym braku poprawy stanu zdrowia, jest nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych (szczególnie dotyczących brania leków) przez chorego (z ang. *non compliance*). Szacuje się, że 45–65% pacjentów nieprawidłowo stosuje przepisane leki, co poza konsekwencjami medycznymi (mniejsza skuteczność leczenia, wzrost ryzyka powikłań polekowych, rozwój lekooporności) istotnie podnosi także koszty opieki medycznej [9]. Pośpiech, duża ilość pracy, źle funkcjonująca komunikacja i zbyt krótki czas jaki lekarze mogą poświęcić pacjentowi w trakcie wizyty sprawiają, że chorzy często wychodzą ze szpitala lub ośrodka zdrowia zdezorientowani i nieświadomie nie stosują się do zaleceń. Dlatego pomoc farmaceutów klinicznych w uzupełnieniu i poprawnym odbiorze informacji uzyskiwanych przez pacjenta może okazać się nieoceniona i w wielu przypadkach znacząco poprawić wynik leczenia.

W zależności od potrzeb edukacja prowadzona przez farmaceutę może przybierać różne formy. Najczęściej polega na informowaniu o celu i prawidłowym stosowaniu leków, możliwych działaniach niepożądanych, interakcjach z żywnością lub innymi lekami. W razie konieczności i potrzeb chorego może także obejmować naukę obsługi urządzeń dozujących leki (inhalatorów, turbuhalerów), aparatów pomiarowych (np. glukometrów) itd. [1, 5]. Bardzo pomocna w komunikacji z pacjentem jest umiejętność dopasowania przekazu do jego zachowania, osobowości, toku myślenia, potrzeb, tzw. «technika kalki» [10].

Niezwykle istotny wpływ na efektywność procesu leczenia ma ilość i sposób przekazywanych pacjentom informacji na temat ich stanu zdrowia i postępów w terapii. Z przeprowadzonych w Polsce badań wynika, że ponad 90% pacjentów oczekuje rzetelnych informacji na temat swojej choroby i wdrożonego leczenia, nawet gdy postawiona diagnoza jest dla nich niekorzystna. Jak już wspomniano wcześniej skutki niedoinformowania pacjentów mogą być bardzo poważne. Chorzy czują się wówczas niepewnie, nie mają zaufania do personelu medycznego, a co za tym idzie często nie stosują się do zaleceń, np. nie przyjmują leków. Nieświadomi tego, co

się z nimi dzieje, zaczynają szukać informacji o swojej chorobie w Internecie lub u innych pacjentów, co nie zawsze jest korzystne dla powodzenia terapii [11, 12].

Rola empatii w relacji:

personel medyczny / farmaceuta kliniczny – pacjent

W 1909 r. Titchener określił empatię jako proces wczuwania się w stany psychiczne innych osób.

Aby komunikacja była skuteczna i tym samym zapewniała pożądane skutki leczenia, powinien wystąpić w niej jeden z najważniejszych czynników, który wpływa na kształtowanie się relacji pomiędzy personelem medycznym a pacjentem: empatia. Koncepcja empatii została po raz pierwszy opisana w 1887 r. przez niemieckiego psychologa Theodora Lippsa. Można ją zdefiniować jako zdolność rozpoznania i rozumienia stanów psychicznych innych osób. Jest to umiejętność przyjęcia ich stanów myślenia, spojrzenia z ich perspektywy na rzeczywistość, a w konsekwencji chęć służenia im pomocą, zwłaszcza, kiedy doświadczają oni przykrości i cierpienia [13]. W 1909 r. Titchener określił empatię jako proces wczuwania się w stany psychiczne innych osób. Literatura przedmiotu wyróżnia empatię emocjonalną i poznawczą. Reykowski uważa, że empatia emocjonalna to doświadczanie stanów afektywnych innej osoby, które wydają się być własnymi stanami. Empatia poznawcza natomiast to proces polegający na «stawianiu się w czyimś położeniu, a w związku z tym na trafnym rozumieniu cudzych uczuć, myśli, pragnień i trafnym spostrzeganiu cudzych reakcji». Empatia poznawcza wydaje się być szczególnie korzystna w relacji personel leczący – pacjent [14]. Empatii powinny towarzyszyć życzliwość, autentyczność, otwartość, bezpośredniość i konkretność. Stosowanie jej w kontakcie z pacjentem pozwala uniknąć rutyny oraz schematycznych zachowań.

Tak rozumiana empatia pozwala personelowi medycznemu zauważyć trudne stany emocjonalne pacjenta (jak gniew, lęk, przygnębienie) oraz w zależności od wymogów sytuacji podjąć aktywność terapeutyczną, służyć tylko wsparciem duchowym.

Węgliński wyodrębnił pięć tendencji empatycznych. Są to: wrażliwość na przeżycia innych osób, współdzwienienie emocjonalne (syntonia), wzruszenie się pozytywnymi i negatywnymi emocjami innych osób, wczuwanie się w przeżycia innych oraz gotowość do poświęcania się dla innych [15]. Wydaje się, iż farmaceuta kliniczny jako członek interdyscyplinarnego zespołu ma tu dwojakie zadanie. Z jednej strony komunikuje się z pacjentem, z drugiej natomiast z innymi specjalistami. Barret-Lennard opracował wielowymiarowy model empatii, określany jako «cykl empatii». Składa się z trzech etapów:

- faza 1 to słuchanie drugiego człowieka,
- faza 2 to próba przekazania mu, że rozumie się jego doświadczenia,
- zaś faza 3 to odbiór i zrozumienie przez pacjenta komunikatu lekarza [16].

Nastawienie empatyczne wymaga od farmaceuty aby w komunikacji z pacjentem monitorował emocje, których sam doznaje, gdyż mogą być one projekcjami stanów emocjonalnych chorego. I tak, gdy w kontakcie z chorym odczuwa złość, frustrację, rozgoryczenie lęk czy niepokój powinien zastanowić się, co spowodowa-

ło, iż pacjent mógł się tak poczuć. Warto pamiętać bowiem, że emocje modyfikują procesy poznawcze takie jak: pamięć, uwaga, ocena sytuacji, co może mieć wpływ na sposób rozumienia przez pacjenta konkretnych treści, które chciałby przekazać mu farmaceuta. Zapoczątkowane w krajach zachodnich (Wielka Brytania, Niemcy), a coraz częściej praktykowane przez personel medyczny w Polsce, tak zwane grupy Balinta mają na celu zdobywanie umiejętności stawiania się w emocjonalnej sytuacji pacjenta.

Kolejnym istotnym elementem empatycznego podejścia jest uważne słuchanie chorego. Szczególnie w początkowej fazie rozmowy lepiej mniej mówić, a więcej słuchać, zadając pytania otwarte, na które pacjent może swobodnie odpowiedzieć, unikając tym samym pytań zamkniętych, gdzie odpowiada się: tak, nie. Buduje to bezpieczeństwo i daje poczucie bycia akceptowanym. Ważne jest utrzymywanie kontaktu wzrokowego oraz dbanie o spójność komunikatów werbalnych z niewerbalnymi. W momencie przekazywania konkretnych treści, a w przypadku farmaceuty są to zazwyczaj informacje dotyczące farmakoterapii, należy budować atmosferę zachęcającą do pytań, jednocześnie dokładnie wyjaśniając omawiane zagadnienie. Dobrze jest się posłużyć szkicem, rysunkiem, zalecenia dokładnie zapisać i dopasować język wypowiedzi do możliwości intelektualnych chorego. Daje to pacjentowi poczucie dobrego zrozumienia, co jednocześnie zmniejsza lęk związany z nową, trudną emocjonalnie sytuacją nakazu zażywania leków.

Należy też zorientować się w jakim stanie emocjonalnym jest pacjent. Silne emocje (jak np. szok, rozedrganie, lęk, złość, napięcie) mogą wyraźnie ograniczyć zdolności percepcyjne. Należy pamiętać, iż pacjent w gorszym stanie emocjonalnym podczas przyjmowania kolejnych informacji może reagować narastającym lękiem i w efekcie odmówić współpracy lub zamknąć się w sobie, przyjmując postawę obronną [17].

Pomimo wyraźnych korzyści płynących z empatycznego zachowania, zarówno dla pacjenta jak i dla personelu medycznego, temat ten jest w medycynie wciąż niedoceniany i nierozumiany [13, 16]. W szpitalu, gdzie rutynowo ma się do czynienia z najbardziej bolesnymi emocjonalnie sytuacjami: chorobą, śmiercią i cierpieniem, utrzymanie empatycznej wrażliwości bywa często trudne. Bolesna rzeczywistość, z którą pracownicy służby zdrowia stykają się na co dzień, może z czasem prowadzić do zmęczenia, wypalenia i wyczerpania emocjonalnego. Należy jednak pamiętać, że empatia to nie przeżywanie emocji innych, lecz próba zrozumienia drugiego człowieka i jego sytuacji [18]. Wiele osób bierze pod uwagę tylko emocjonalny aspekt empatii i często niepokoi je niebezpieczeństwo nadmiernego emocjonalnego zaangażowania się.

Jednak empatia jest odmienna od sympatii. Mamy tutaj do czynienia z wspomnianą już empatią poznawczą, gdzie jest ona postrzegana jako forma interakcji zawodowej (zestaw umiejętności i kompetencji), a nie subiektywne doświadczenie emocjonalne, czy cecha osobowości, którą się posiada albo nie [16]. Trzeba pamiętać, że nasze emocje i sposób myślenia są widoczne w naszym zachowaniu, a ono wpływa na zachowanie pacjentów. Mowa naszego ciała ma często większe znaczenie dla pacjenta niż to, co mówimy. Badania przeprowadzone przez amerykański

Royal College of Physicians of Psychiatric pokazuje, iż pacjenci po wizycie u lekarza znacznie częściej pamiętają jego stan emocjonalny i stosunek do niego, niż treść przekazu [13]. Jeżeli wykazujemy zainteresowanie wobec naszych pacjentów, wzbudzamy w nich poczucie bezpieczeństwa, bycia rozumianym, dodajemy otuchy, zmniejszamy odczuwany przez nich stres i polepszamy ich samopoczucie.

Wpływ empatii na pracę zespołu interdyscyplinarnego

Obecność farmaceuty na oddziale klinicznym jest szczególnie wskazana w przypadku hospitalizacji pacjentów z licznymi chorobami przewlekłymi, u których stosowano polipragmazję, a także kiedy skutki prowadzonej farmakoterapii są trudne do przewidzenia. Aby proces leczenia był skuteczny potrzeba zintegrowanej pracy wielu specjalistów. Wydaje się, iż podstawowym warunkiem skutecznego działania zarówno farmaceutów klinicznych, jak i pozostałych członków interdyscyplinarnego zespołu, poza konieczną wiedzą fachową, jest odpowiednia umiejętność współpracy i komunikacji [12]. Praca z człowiekiem chorym jest szczególnie trudna i wymaga często od personelu medycznego odpowiednich predyspozycji psychicznych oraz przygotowania. Farmaceuta kliniczny ma konkretne zadanie w zespole. Jednakże nierzadko styka się ze specjalistami, którzy są zmęczeni trudami pracy, zestresowani, sfrustrowani, przeżywający smutek po przekazaniu nieprzychylniej diagnozy pacjentowi. Musi wykazać się więc postawą empatyczną, której bliskie są: delikatność, wyrozumiałość i współodczuwanie. Farmaceuta kliniczny z racji swojej podwójnej roli kontaktu i przekazu konkretnych treści zarówno pacjentowi jak i personelowi powinien być wyjątkowo wrażliwy, z wysokimi umiejętnościami komunikacyjnymi wspartymi empatią [19]. Międzynarodowe badania australijskich naukowców pokazują jak duże korzyści mogą wpływać ze wspólnej, opartej na empatycznych relacjach, pracy farmaceuty i lekarza. To harmonijne współdziałanie wpływa to na polepszenie bezpośredniej opieki nad pacjentem, który dzięki osobistemu kontaktowi łatwiej akceptuje zalecenia farmaceuty. Lekarze zyskują natomiast ogromne wsparcie w prowadzeniu farmakoterapii, co zwiększa komfort ich pracy [20].

Spośród czynników, które wpływają na efektywność pracy całego zespołu najczęściej wymienia się: jasno zdefiniowane role przedstawicieli poszczególnych zawodów medycznych, poczucie celu i kierunku, zbiorowe poczucie odpowiedzialności, otwartość, serdeczność, empatię, wzajemne zaufanie i przekonanie, że każda z osób uczestniczących w procesie terapeutycznym może w zakresie swoich kompetencji przyczynić się do poprawy stanu zdrowia chorego [21]. Warto uczyć się siebie nawzajem oraz doceniać mocne strony każdego z pracowników. Niezwykle istotna jest również umiejętność stworzenia dobrej i przyjaznej atmosfery w miejscu pracy, która sprzyja wyrażaniu opinii, pozwala poszczególnym członkom na dzielenie się swoimi spostrzeżeniami, a ponadto ułatwia radzenie sobie ze stresem i emocjami, które często towarzyszą kontaktom z tzw. trudnymi pacjentami. Niestety, obowiązująca w większości szpitali hierarchia zawodowa, nie pozwala na równy wkład umiejętności i wiedzy poszczególnych członków zespołu niebędących lekarzami.

Zapomina się, iż brak partnerskich relacji pomiędzy poszczególnymi, predestynowanymi do zgodnej współpracy, grupami zawodowymi, znacznie zmniejsza szansę osiągnięcia celu nadrzędnego, jakim jest osiągnięcie najlepszego z możliwych wyników leczenia pacjenta, a także uniemożliwia efektywne wykorzystanie środków finansowych przeznaczonych na ten cel [18, 21].

Podsumowanie

Podjęty temat jest niezwykle istotny w medycynie, gdyż odpowiednie podejście personelu medycznego do pacjenta a także postawa pacjenta wobec personelu, wpływa na skuteczność zastosowanej terapii i stan zdrowia chorego. Wszędzie, gdzie człowiek wchodzi w interakcję z innymi ludźmi, empatia odgrywa zasadniczą rolę, zaś służba zdrowia jest szczególnym tego przykładem. Uświadomienie sobie tego, na co mamy, a na co nie mamy wpływu (m.in. postawa wobec pacjenta, współpracownika) pomoże podnieść jakość naszych usług medycznych, zdystansować się względem trudnych kontaktów z chorymi i ze współpracownikami, jak również budować satysfakcjonujące, profesjonalne relacje. Umiejętność wczucia się w sytuację innych osób (pacjentów, personelu medycznego), posługiwanie się konkretnymi metodami, a także wprowadzanie w życie nowych nawyków, z pewnością ułatwia rozładowanie negatywnych emocji będących wynikiem wielu trudnych sytuacji, takich jak: śmiertelna, przewlekła choroba, konflikty, wątpliwości terapeutyczne.

Empatia potrzebna jest na każdym etapie procesu leczenia, zarówno w trakcie diagnozy, jak i podczas wprowadzania rozwiązań medycznych, w tym farmakoterapii. Współczesna medycyna traktuje człowieka chorego w sposób holistyczny. Uwzględnia wiele czynników różnej natury, od biologicznych, przez fizyczne, chemiczne, do psychologiczno-socjologicznych. To całościowe podejście łączy empatia, która pozwala dostrzec człowieka w człowieku. Dobrze obrazują to słowa Alberta Schweitzera: «Otwórz szeroko oczy i rozejrzyj się, czy ktoś nie potrzebuje trochę czasu, trochę uwagi. Może jest to człowiek samotny lub zgorzkniały, albo chory, albo niedołączony. Może starzec, a może dziecko. Nie pomini okazji, gdy możesz coś z siebie ofiarować ludziom jako człowiek» [15].

Piśmiennictwo

- 1 Zygałło E. Rola farmaceutów szpitalnych i klinicznych w udzielaniu informacji o lekach i terapiach. *Farmakoekonomika szpitalna* 2014; 26: 6–8.
- 2 Kusowska J. *Współczesne aspekty współpracy lekarza i farmaceuty. Informacja naukowa o leku*. Wrocław 1999: 73–80.
- 3 Jaehde U, Radziwill R., Kloft Ch. *Farmacja kliniczna – rozwój, cele, perspektywy*. W: Wiela-Hojeńska A, Grześkowiak E i inni (red.) *Farmacja kliniczna*. Wrocław: MedPharm Polska; 2014: 3–8.
- 4 Zygałło E. *Standardy praktyki farmaceutów klinicznych opracowane przez ACCP*. *Farmakoekonomika szpitalna* 2014; 28: 20.

- 5 Francis J, Abraham S. Clinical pharmacists: *Bridging the gap between patients and physicians*. *Saudi Pharmaceutical Journal* 2014; 22: 600–602.
- 6 Tobiasz-Adamczyk B, Bajka J, Marmon G. *Wybrane elementy socjologii zawodów medycznych*. Collegium Medicum UJ, Kraków, 1996.
- 7 Barański J. *Niektóre aspekty komunikowania się lekarza z pacjentem*. Red. Barański J, Piątkowski W, Oficyna Wydawnicza Atut–Wrocławskie Wydawnictwo Oświatowe, 2002, 162–163.
- 8 Barański J. *Satysfakcja pacjenta z kontaktu z lekarzem*. *Polski Merkuriusz Lekarski*, 1999, VI, 33.
- 9 Lennecke K, Simons S, Schwalbe O. *Przestrzeganie zaleceń terapeutycznych*. W: Wiela-Hojeńska A, Grześkowiak E i inni (red.) *Farmacja kliniczna*. Wrocław: MedPharm Polska; 2014: 269–282.
- 10 Stangierska I, Horst-Sikorska W. *Ogólne zasady komunikacji między pacjentem a lekarzem*. *Forum Medycyny Rodzinnej*, 2007; 1: 58–68.
- 11 Kuczyńska A. *Modele kontaktu lekarza z pacjentem*. W: G. Dolińska-Zygmunt (red.) *Podstawy psychologii zdrowia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław, 2001: 273–276.
- 12 Czerw A, Religioni U, Matuszna A, Lesiak K, Olejnik A, Śniadała D. *Zasady skutecznej komunikacji w placówkach medycznych*. *Hygeia Public Health*, 2012; 47: 247–253.
- 13 Ziółkowska-Rudowicz E, Kładna A. *Empatia jako jedna z ważnych umiejętności klinicznych*. W: *Pielęgniarstwo. Desmurgia. Stany Zagrożenia życia*. Red. Kładna A. Wydawnictwo Pomorskiej Akademii Medycznej, Szczecin 2007: 9–20, 12–13.
- 14 Krajewska-Kułak E, Von Damme-Ostapowicz K, Bielemuk A, Penar-Zadarko B, Rozwadowska E, Lewko J, Kowalewska B, Kondzior D, Kowalcuk K, Klimaszewska K, Terlikowski R. *Samoocena postrzegania zawodu pielęgniarki oraz zdolności rozumienia empatycznego innych ludzi przez studentów pielęgniarstwa*. *Problemy Pielęgniarstwa*, 2010; 18: zeszyt nr 1.
- 15 Rozwadowska E, Krajewska-Kułak E, Guzowski A, Wiśniewska A, Cybulski M. *Samoocena poziomu rozumienia empatycznego innych ludzi przez wolontariuszy medycznych*. *Medycyna Paliatywna*, 2012; 3: 168–174.
- 16 Mercer SW, Reynolds WJ. *Empathy and quality of care*. *Br J Gen Pract*. 2002; 52: 9–12.
- 17 Ratajska A, Kubica A. *Co leży u podłoża złej współpracy lekarz–pacjent spojrzenie psychologa*. *Folia Cardiologica Excerpta*, 2010; 5: 84–87.
- 18 Gleichgerrcht E, Decety J. *The relationship between different facets of empathy, pain perception and compassion fatigue among physicians*. *Front Behav Neurosci*, 2014; 8: 243.
- 19 Kowalska A, Jarosz M, Sak J, Pawlikowski J, Patryn R, Pacian A, Włoszczak-Szubzda A. *Etyczne aspekty Komunikacji Lekarz–Pacjent*. *Medycyna Ogólna*, 2010; 16: 3r.
- 20 *Australian Prescribe Collaboration between doctors and pharmacists in the community*, 2010, volume 33, nr 6. www.australianprescriber.com/magazine/33/6/191/3
- 21 Horodeńska M. *Komunikacja w zespole interdyscyplinarnym*. *Medycyna Praktyczna*. <http://www.mp.pl/komunikacja/zespol/show.html?id=108942>

