

Bianka Lewandowska

EFEKTYWNOŚĆ KOMUNIKOWANIA SIĘ W RELACJI LEKARZ–PACJENT

1. Wstęp

„Są dwie strony: strona pacjenta i strona lekarza. W różnych okresach życia chorujemy i doświadczenie bycia pacjentem jest powszechne. Ale kim jest człowiek, który zbliża się do nas i od którego słów tak wiele zależy? Zatrzymujemy uwagę na jego ustach, które wypowiadają zdanie będące nieraz wyrokiem. Trzeba przyznać, że wyposażamy go w potęgę, której być może nie posiada. Jest dla nas magiem, szamanem, kimś w każdym razie, kogo zawód wynosi ponad nas, zwyczajnych śmiertelników” – pisze Czesław Miłosz we wstępie do książki wybitnego kardiologa Andrzeja Szczeklika [Szczeklik 2003, s. 5].

Jeśli zatem leczenie jest sztuką, to sztuka ta opiera się w znacznej mierze na porozumiewaniu się traktowanym możliwie szeroko, tzn. jako proces obejmujący zachowania werbalne i pozawerbalne, intencjonalne i nieintencjonalne, zjawiska psychiczne o charakterze świadomym i nieświadomym. Choć we współczesnej kulturze zachodniej lekarz jest „specjalistą od ciała”, pacjenci poszukują lekarzy nie tylko biegłych w technice leczenia, ale także potrafiących z nimi rozmawiać, budować z nimi odpowiednią relację. Oceniają jakość tych rozmów w oparciu na własnej intuicji i samopoczuciu. Jednak medycyna i psychologia zdrowia, aby ocenić jakość komunikacji lekarza i pacjenta czy stworzyć programy szkolenia lekarzy w tym zakresie, muszą dysponować czymś więcej niż intuicją czy nawet humanitarnymi zaleceniami; mianowicie: obiektywną miarą, uzasadnioną definicją jakości oraz uporządkowanym modelem poprawnego, wartościowego komunikowania się.

Niniejszy artykuł prezentuje taki model, oparty na założeniu, iż jakość należy tu ująć jako efektywność, czyli poziom stopnia osiągnięcia celów tego procesu. Budowanie modelu polega zatem na określaniu i porządkowaniu specyficznych celów komunikacji odbywającej się w trakcie spotkania lekarza z pacjentem, wynikających z nadrzędnego celu tej relacji, jakim jest leczenie.

Choć z zasady komunikowanie interpersonalne jest procesem interakcyjnym, w którym jednocześnie aktywne są obie strony, w omawianym przypadku główna

odpowiedzialność za jego przebieg i efektywność spoczywa na lekarzu [Heszen-Niejodek 1992].

Efektywność komunikowania się lekarza z pacjentem rozumiana jest jako poziom osiągania celów ogólnych komunikacji interpersonalnej, do których należą: zwiększanie wierności przepływu informacji, zaspokajanie psychologicznych potrzeb rozmówców i ich satysfakcja z kontaktu, a także optymalizowanie działań partnerów interakcji przy wykonywaniu wspólnych zadań. Cele te przyjmują tu formę specyficzną dla rozpatrywanej sytuacji, a specyfika ta wiąże się z zadaniami, jakie musi zrealizować lekarz w interakcji z pacjentem. Według Argyle'a [Argyle 1991], długoterminowe cele lekarzy to:

- leczenie pacjentów, kiedy są chorzy,
- jedynie przynoszenie ulgi w cierpieniu, gdy leczenie nie jest możliwe,
- zapobieganie chorobom i uczenie ludzi lepszego rozumienia zdrowia i choroby.

Podsumowując – główne cele lekarza to leczenie i edukowanie pacjentów. Aby dokładnie określić specyficzne cele komunikacji lekarskiej, warto zadać pytanie o to, jakimi drogami porozumiewanie się lekarza z pacjentem może wspierać leczenie.

2. Komunikowanie się a leczenie

Leczenie to całokształt procesów nakierowanych na poprawę zdrowia, leczenie zaś przebiegające w interakcji chorego z lekarzem to proces, w którego toku lekarz wykorzystuje zdolności i możliwości własne i chorego w celu uzyskania efektu zdrowotnego [Trzebna 1989]. Efekt ten ma charakter psychobiologiczny, co oznacza, że o wysokiej efektywności leczenia można mówić, gdy [Trzebna 1989]:

- obiektywne wskaźniki zdrowia (fizjologiczne, morfologiczne, czynnościowe) mieścić się będą w granicach normy fizjologicznej, a zatem osiągnięte zostaną efekty biologiczne,
- zostanie usunięte lub złagodzone subiektywne poczucie choroby – osiągnięte zostaną efekty psychologiczne.

Zarówno doświadczenie, jak i dziesiątki badań stale potwierdzają ogromne znaczenie relacji między lekarzem i pacjentem oraz odbywającej się w jej obrębie komunikacji – jej treści, formy, dla tak rozumianych efektów [Little i in. 2001; Meryn 1998; Stewart 1995]. Wciąż jednak wiedza na temat odpowiedzialnych za to mechanizmów jest niekompletna i słabo uporządkowana.

Jak pisze Kępiński, „pierwsze próby ulżenia drugiemu człowiekowi w cierpieniu, w najwcześniejszych okresach rozwoju medycyny różnych kręgów kulturowych, polegały przede wszystkim na oddziaływaniach psychicznych (maski, zaklęcia, śpiewy, tańce rytualne itd.). W dalszym etapie dopiero formowały się metody manualne, tj. takie, w których lekarz działał na swojego pacjenta za pomocą zabiegów ręcznych (pielęgnacja, operacje, podawanie leków itp.)” [Kępiński 1992, s. 253]. Rewolucja techniczna w medycynie spowodowała usunięcie tych pierwot-

nych narzędzi leczenia na margines praktyki, a także teorii i nauczania. Jedynie negatywny wpływ komunikowania się lekarza z pacjentem omawia się tu w ramach jatropatogenii. Na przykład: zgromadzono wiele danych świadczących o tym, jak ludzie reagują, gdy dowiadują się, że są lub mogą być poważnie chorzy. Niektórzy pacjenci wpadają wtedy w stan chronicznego stresu, który zwrótnie pogarsza ich zdrowie jeszcze bardziej. Doświadczenia przeprowadzone przez Rostrupa i Ekeberga [Rostrup, Ekeberg 1992] wykazały, że nawet prosta informacja o wysokim ciśnieniu krwi wpływa na rzeczywiste podwyższenie ciśnienia, a dodatkowo zwiększa reaktywność na stresory. W związku z tymi efektami, jak zauważa Martin [Martin 2000], lekarze zdecydowanie powinni liczyć się z możliwymi psychologicznymi, emocjonalnymi i fizycznymi konsekwencjami przekazywania pacjentom niepokojących informacji o stanie ich zdrowia.

Jeśli natomiast chodzi o pozytywny wpływ komunikowania się lekarza z pacjentem na wynik leczenia, to zauważyć można, że w ostatnich dziesięcioleciach w podręcznikach medycyny i poradnikach dla lekarzy poruszano to zagadnienie sporadycznie, i to doceniając jedynie wpływ pośredni, dokonujący się dzięki ewokowaniu jego aktywności ukierunkowanej na cele zdrowotne i usprawnianiu współdziałania z lekarzem. W naukowych pracach medycznych od niedawna pojawiają się coraz częstsze doniesienia z badań, dotyczące bezpośredniego – tzn. jedynie poprzez efekty psychologiczne – pozytywnego wpływu komunikacji lekarskiej na stan somatyczny pacjenta [Suchmann, Matthews 1988; Brody i in. 1989; Lown 1999].

Przyjmując, iż komunikowanie się lekarza z pacjentem może poprawiać stan somatyczny tego ostatniego pośrednio – poprzez zwiększanie aktywności ukierunkowanej na cele zdrowotne i usprawnianie współdziałania z lekarzem, ale także bezpośrednio – poprzez wywoływanie lub wzmacnianie u pacjenta takich stanów psychicznych, o charakterze poznawczym lub emocjonalnym, które mają pozytywny wpływ na jego stan somatyczny, można wyróżnić odpowiednio: funkcję pośrednio terapeutyczną i funkcję bezpośrednio terapeutyczną komunikacji lekarskiej.

3. Funkcja pośrednio terapeutyczna komunikacji lekarskiej

Jak już wspomniano, jest to funkcja komunikowania się z pacjentem bardziej doceniana (przynajmniej na poziomie teoretycznych deklaracji) w obrębie współczesnej medycyny naukowej. Przyjmuje się, iż lekarz powinien się tak komunikować, aby zebrać odpowiednio dużo informacji przydatnych do postawienia właściwej diagnozy, co ma z kolei posłużyć do zaordynowania możliwie skutecznego programu leczenia. Jak sugerują Sheridan i Radmacher [Sheridan, Radmacher 1998], wielu lekarzy w tym właśnie miejscu uznaje, że osiągnęło swój cel, uznając, że ich praca kończy się wraz z postawieniem diagnozy i zaleceniem właściwej terapii. Jednak niektórzy z nich starają się oprócz tego wpłynąć na pacjenta tak, żeby ten wykonywał ich zalecenia.

Zalecenia lekarskie dotyczą różnych czynności, które można pogrupować w następujące kategorie:

- przyjmowanie leków,
- wykonywanie zabiegów,
- prowadzenie określonego trybu życia (np. rezygnacja ze szkodliwych dla zdrowia nawyków),
- wykonywanie badań kontrolnych,
- uczęszczanie na wyznaczone wizyty.

Komunikowanie się lekarza z pacjentem wspomaga leczenie, jeśli doprowadzi do następujących efektów:

1) pacjent faktycznie podejmie pewne działania w kierunku poprawy zdrowia – zalecone przez lekarza lub inne w jakiś sposób zainspirowane przez kontakt z lekarzem,

2) działania podjęte przez pacjenta okażą się skuteczne w zakresie poprawy jego stanu somatycznego i/lub samopoczucia.

Jeśli chodzi o efekt pierwszy, to miarą osiąganej terapeutycznej skuteczności komunikacji jest stopień podporządkowania się przez pacjenta zaleceniom lekarza. Tradycyjnie używanym tu terminem było „stosowanie się do zaleceń terapeutycznych” [Bishop 2000]. Jednak rosnąca w zachodniej kulturze tendencja do postrzegania relacji lekarz–pacjent w kategoriach partnerskich manifestuje się obecnie używaniem w pracach naukowych bardziej „poprawnego politycznie” terminu: „stopień współpracy pacjenta z lekarzem” [Bishop 2000]. Znaczącymi czynnikami są tutaj: wysoki poziom odczuwanej przez pacjenta satysfakcji z kontaktu i jego znajomość sposobu przyjmowania leków.

Istotny może być sam przebieg komunikacji. Jak pokazały badania, pacjenci, którzy byli aktywni w trakcie komunikowania się z lekarzem, np. zadawali dużo pytań i sami udzielali informacji, lepiej później realizowali jego zalecenia [Rost, Carter, Inui 1989]. Z kolei Davis [Davis 1971] wykazał, że pacjenci ściślej stosują się do zaleceń wtedy, gdy lekarz zachowuje swoją rolę kierującą w interakcji, natomiast chętnie informuje pacjenta, a także dba o sferę społeczno-emocjonalną kontaktu (np. wyrażanie wzajemnych pozytywnych uczuć).

Niewątpliwie ważna jest także treść przekazywanych pacjentowi informacji. O tym, jakiego typu informacje mogą wspierać wykonywanie zaleceń przez pacjenta, wiele mówi pogłębiona analiza poznawczych podmiotowych uwarunkowań zachowań prozdrowotnych [Dolińska-Zygmunt 2001b; Heszen-Klemens 1979]. Innymi słowy – warto przyrzeć się temu, jakie przekonania i jakiego typu wiedza pacjenta pozytywnie korelują z różnymi formami zachowań nastawionych na utrzymanie i poprawę zdrowia, ponieważ w tym właśnie kierunku powinien oddziaływać lekarz, udzielając informacji. Jak wskazują Kirscht i Rosenstock [Kirscht, Rosenstock 1979], prowadzone badania bardzo wyraźnie i jednoznacznie wskazują na znaczenie trzech czynników o charakterze poznawczym, obecnych u pacjenta:

- znajomości nie tylko treści zaleceń, ale także ich celu, sensu,
- przekonania o realnym zagrożeniu dla zdrowia (np. możliwości zaostrenia się objawów choroby),
- przekonania o skuteczności własnych działań w zakresie poprawy zdrowia.

Przekonania te stanowią elementy systemu wiedzy pacjenta na temat własnego zdrowia, określanych często jako model przekonań zdrowotnych [Dolińska-Zygmunt 2001b; King 1983].

Niektórzy badacze (por. [Heszen-Klemens 1979; Kulczycki 1998]) wyróżniają też inną strukturę poznawczą regulującą zachowanie pacjenta: koncepcję lub obraz własnej choroby – zestaw przekonań odnoszących się do istoty danej choroby (czym ona jest i jak się objawia), jej przyczyn (atrybucja wewnętrzna lub zewnętrzna), przebiegu i jego uwarunkowań, przypuszczeń dotyczących następstw zdrowotnych i psychospołecznych oraz zmian w ogólnym stanie własnego zdrowia spowodowanych chorobą. Obrazy własnej choroby mogą mieć bardziej lub mniej złożoną i uporządkowaną strukturę formalną, treściowo zaś mogą być mniej lub bardziej racjonalne, tj. zgodne ze stanem faktycznym czy wartościową wiedzą medyczną. Jak zauważa Dolińska-Zygmunt [Dolińska-Zygmunt 2001a], zachowaniom prozdrowotnym sprzyja realistyczny obraz choroby, czyli trafna ocena stanu swojego zdrowia, jego uwarunkowań i udziału określonych czynników w procesie zdrowienia. Jedynie w przypadku chorób terminalnych nierealistyczny obraz choroby może mieć znaczenie pozytywne. Realistyczny, niezniekształcony obraz własnej choroby ułatwia powrót do zdrowia, głównie poprzez stymulowanie konstruktywnych zachowań.

Celem informowania pacjenta przez lekarza powinno być zatem racjonalizowanie posiadanego przez niego obrazu choroby, realistyczne przedstawianie istniejących zagrożeń (jeśli choroba nie ma charakteru terminalnego), a także takie informowanie o leczeniu, które przekona pacjenta o sensowności leczenia i własnych możliwościach skutecznego działania.

Istotne znaczenie dla poziomu współpracy pacjenta mają także przeżywane przez niego emocje. Przedmiotem badań zespołu pod kierunkiem Heszen-Niejodek [Heszen-Niejodek 2000] była zależność pomiędzy poziomem lęku rozumianego jako stan a wykonywaniem zaleceń lekarskich oraz własną aktywnością prozdrowotną. Wykazano tu istnienie zależności krzywoliniowej – w podgrupach ze średnim poziomem lęku. Większość pacjentów wykazywała owe pożądane formy aktywności, podczas gdy w podgrupach z niskim i wysokim poziomem lęku pacjenci tacy stanowili mniejszość. Niestety, nie badano tu istotności wpływu na aktywność pacjentów pozytywnych emocji, takich jak zapał czy nadzieja.

W serii innych prac badawczych ustalono, że zaangażowanie matek w wypełnianie zaleceń pediatry zależało w dużej mierze od ich satysfakcji z relacji z lekarzem [Heszen-Niejodek 1992]. Ettlinger i Freeman [Ettlinger, Freeman 1981] również wykazali pozytywną zależność między realizowaniem zaleceń a stopniem odczuwanej przez pacjenta zażyłości z lekarzem.

Jeśli chodzi o drugi z wymienionych wcześniej efektów, to zależy on od kompetencji medycznej lekarza, a także fizykalnego działania przepisanych środków na organizm pacjenta – a są to już podstawowe problemy medyczne. Warto jednak zwrócić uwagę na to, że wyniki badań empirycznych nad związkiem przestrzegania przez pacjentów zaleceń i poprawą ich zdrowia są niejednoznaczne.

Evans i Spelman (1983) stwierdzają, że przyjmowanie leków zgodnie z zaleceniami lekarza nie gwarantuje pomyślnych wyników, ponieważ osiągane rezultaty zależą również od wielu innych czynników. U części pacjentów, mimo przestrzegania zaleceń, dochodzi do rozwoju choroby, niejednokrotnie też udaje się uniknąć choroby lub wyleczyć ją, mimo nieprzestrzegania lub niewłaściwego stosowania zaleceń. Można szukać tu różnych sposobów wyjaśniania tych tendencji. Po pierwsze – warto wskazać na nieznaną w istocie mechanizm działania oraz skutki uboczne wielu stosowanych przez medycynę środków. Dochodzi do tego niedoskonałość samych lekarzy, którzy nie dość dobrze stawiają diagnozę lub źle dostosowują program leczenia do potrzeb pacjenta, co sami pacjenci mogą trafnie oceniać. Oddają to słowa pewnego lekarza: „Być może należy uszanować w jakimś zakresie niestosowanie się pacjentów do zaleceń, jako odzwierciedlenie pierwotnego zdrowego rozsądku rodzaju ludzkiego, który pozwolił mu przetrwać tysiąclecia fałszywych porad medycznych” [Heszen-Niejodek 1992, s. 155]. Po drugie – naukowa medycyna notuje wiele przypadków wyleczeń samoistnych, bez interwencji lekarza [Dolińska 1997; Martin 2000]. Interesującą hipotezę stawia Heszen-Niejodek [Heszen-Niejodek 1992], która sugeruje, by związek między brakiem wykonywania zaleceń i poprawą stanu zdrowia pacjenta wyjaśniać poprzez interpretowanie zachowania, niektórych przynajmniej, niepodporządkowujących się pacjentów nie w kategoriach ich buntu czy ignorancji (jak czynią to z reguły lekarze), ale jako przejawu dążenia do podmiotowości, polegania na sobie. Wtedy towarzyszącą niekiedy nieprzestrzeganiu zaleceń poprawę stanu somatycznego można by przypisać właśnie podmiotowemu stosunkowi do własnego zdrowia. Za tą hipotezą przemawia stwierdzony przez tę autorkę związek pozytywny między samodzielnie podejmowanymi zachowaniami leczniczymi pacjenta, które też można uznać za wyraz poczucia podmiotowości pacjenta, a stanem jego zdrowia. Rzecz jasna, własna aktywność pacjenta i wykonywanie zaleceń lekarza mogą współwystępować, sprzeczność między tymi rodzajami działań notuje się tylko sporadycznie. Celem lekarza powinno być zatem takie formułowanie zaleceń, które nie osłabi u pacjenta podmiotowego stosunku do własnego zdrowia, ale wręcz będzie do niego adresowane.

Przedstawione dane, dotyczące funkcji pośrednio terapeutycznej komunikowania się lekarza, pozwalają wyróżnić następujące pożądane efekty relacji lekarza z pacjentem, które zwiększają prawdopodobieństwo podjęcia przez pacjenta różnych form aktywności prozdrowotnej:

- zebranie informacji: lekarz musi otrzymać od pacjenta wszystkie istotne informacje,

- instruowanie: lekarz musi przekazać pacjentowi potrzebne zalecenia i instrukcje w sposób czytelny i zrozumiały,
- edukowanie: lekarz musi poinformować pacjenta w zakresie satysfakcjonującym go i koniecznym do podjęcia przez niego aktywności zdrowotnej,
- utrwalenie: pacjent musi zapamiętać instrukcje i zalecenia lekarza,
- motywowanie i aktywizowanie: pacjent musi zostać przekonany o sensowności i konieczności wykonywania zaleceń, powinien mieć poczucie skuteczności w zakresie działań zmierzających do poprawy stanu swojego zdrowia, pod wpływem lekarza powinien docenić istniejące zagrożenia, jednocześnie jednak nie powinien przeżywać silnego lęku.

4. Funkcja bezpośrednio terapeutyczna komunikacji lekarskiej

Komunikowanie się lekarza z pacjentem, jak każda komunikacja, wywiera bezpośredni wpływ na obie uczestniczące w nim osoby. Wpływ ten może być wykorzystywany do wspomagania leczenia, ten aspekt to właśnie funkcja bezpośrednio terapeutyczna komunikacji lekarskiej.

Intencjonalne wykorzystywanie samego kontaktu z drugą osobą i komunikowania się w leczeniu zaburzeń natury psychicznej i somatycznej nosi miano psychoterapii. Najczęściej kojarzy się psychoterapię z leczeniem zaburzeń natury psychologicznej, czyniąc z niej również zjawisko charakterystyczne dla współczesności, dużo „młodsze” niż medycyna, jednak jest raczej odwrotnie. Jak pisze Lewis Thomas: „Dopiero niedawno lekarze nauczyli się, jak leczyć choroby czymś więcej niż za pomocą placebo – tych nieszkodliwych substancji, które stawały się skuteczne za sprawą zaufania, jakie pacjenci pokładali w lekarzach.” (za: [Gardner 1998, s. 474]).

Medycyna i psychoterapia mają wspólne korzenie. Zanim się rozdzieliły lekarze „z urzędu” zajmowali się psychiką pacjentów, dopiero po wyemancypowaniu się psychoterapii pojawił się model kulturowy lekarza jako specjalisty od ciała pojmowanego jako biologiczna maszyna. Od zarania dziejów do momentu, w którym ruszyła lawina rozwoju farmakologii i technologii medycznej (a stało się to przecież stosunkowo niedawno), także w leczeniu chorób somatycznych, najsilniejszym środkiem, którym posługiwali się lekarze, był osobisty wpływ lekarza, jego sugestia oparta na bliskiej relacji z pacjentem. Od czasów starożytnych zwracali na to uwagę niektórzy lekarze. Słynne słowa Balinta – „Najważniejszym lekiem w medycynie jest sam lekarz. Działa on na chorego całą swoją osobowością.” (za: [Kępiński 1992, s. 197]) – są nawiązaniem do zdania wypowiedzianego już przez Paracelsusa: „charakter lekarza może działać silniej na chorego niż wszystkie leki.” (za: [Gaertner 1997, s. 40]). Jak pisze Imieliński: „Po przyjaznej rozmowie z lekarzem, jeszcze bez stosowania jakichkolwiek leków, pacjent powinien czuć się lepiej” (za: [Wojtasiński 1999, s. 66]). Odpowiedni kontakt pacjenta z lekarzem wybitnie stymuluje mechanizmy samonaprawcze chorego organizmu.

Możliwość pozytywnego wpływu kontaktu z drugim człowiekiem na stan somatyczny i zdrowie potwierdzany jest obecnie w ramach badania wielu różnych zjawisk. Badania te pozwalają coraz lepiej rozumieć, jakie mechanizmy psychologiczne leżą u podstaw pozytywnego oddziaływania lekarza na stan somatyczny pacjenta.

Jednym z takich zjawisk jest hipnoza i jej udział w leczeniu. Jakkolwiek hipnoza jest zjawiskiem jeszcze dość tajemniczym, a o naturę tego stanu spierają się dziś w psychologii stanowiska: „transowe” i „nietransowe” [Siuta 2000], można przyznać rację wybitnemu hipnoterapeucie Miltonowi Eriksonowi, który podkreślał, iż hipnotyzowanie jest szczególnym przypadkiem komunikowania się w diadzie – jedynym środkiem oddziaływania są tu przecież nadawane przez hipnotyzera komunikaty [Haley 1995]. Pod wpływem tych komunikatów hipnotyzowana osoba osiąga stan, którego najistotniejszą cechą jest zwiększona podatność na sugestie [Gheorghiu 1984]. Wielu badaczy uważa przy tym, że różnica między stanem czuwania a stanem hipnozy ma charakter raczej ilościowy niż jakościowy [Siuta 2000], a także, że sytuacje podobne do relacji hipnotycznej mają często miejsce w codziennej ludzkiej komunikacji. Zatem znaczące dla omawianego problemu mogą być dane dotyczące skuteczności hipnoterapii, czyli użycia hipnozy w leczeniu. Jak podaje Gheorghiu [Gheorghiu 1984], hipnoza jest szczególnie skuteczna w walce z bólem. Wykorzystuje się ją nie tylko do leczenia bólów przewlekłych, ale także krótkotrwałego znieczulania przy porodach, zabiegach dentystycznych, a nawet przy poważnych operacjach chirurgicznych. Sugestie hipnotyczne mogą też zmniejszyć krwawienie podczas operacji. Na oddziałach chirurgicznych wykorzystuje się ją także w celu przygotowania pacjentów do operacji. Hipnoza skutecznie leczy 30-40% przypadków migreny, nadciśnienia tętniczego i zaburzeń układu trawienego, jest pomocna w leczeniu astmy oskrzelowej i problemów skórnych, takich jak alergia, półpasiec czy brodawki. Podejmowane są interesujące próby wykorzystania hipnozy do zwiększenia motywacji chorych przewlekle, skłonienia ich do bardziej czynnego radzenia sobie ze skutkami choroby.

Innym zjawiskiem wskazującym na terapeutyczną funkcję komunikowania się jest efekt placebo. Mówi się o nim wtedy, gdy można stwierdzić, że przyczyną poprawy zdrowia jest przekonanie pacjenta o skuteczności zastosowanego leczenia, nie zaś jakiegokolwiek fizykalne metody postępowania medycznego [Dolińska 1997]. Efekt placebo prowadzi do znacznej poprawy u co najmniej jednej trzeciej wszystkich pacjentów. Jest on skuteczny w przypadku bardzo wielu dolegliwości – „od przewlekłego bólu, poprzez nadciśnienie tętnicze i astmę oskrzelową, po depresję, schizofrenię, a nawet nowotwory złośliwe” (za: [Martin 2000, s. 273]). Wykazano, że efekt ten jest uwarunkowany przez wiarę chorego w skuteczność leczenia, a także w skuteczność leczenia odpowiednio komunikowaną przez osobę ordynującą terapię. Jak pisze Dolińska: „Dużą rolę odgrywa także struktura komunikacji między personelem medycznym a pacjentem. Im więcej pacjent wie na

temat tego, co dobrego może zdarzyć się w jego organizmie i jakich pozytywnych zmian można oczekiwać, tym większe są szanse na efektywną terapię” [Dolińska 1997, s. 207]. Ogromnie istotnym warunkiem wystąpienia efektu placebo jest zaufanie pacjenta do osoby ordynującej lek. Przedstawiciele paramedycyny poświęcają dużo czasu i środków na zbudowanie takiego zaufania, co często czyni ich terapie typu placebo bardziej skutecznymi niż terapie medyczne.

Jak się wydaje, nie ma powodów, aby nie wykorzystywać tych pozytywnych efektów niejako równolegle do fizykalnego działania leku. Jak pisze Korsch, „Kiedy medyk ordynuje ci lekarstwo, to jest w tym coś, co wykracza poza czystą chemię działania tego konkretnego specyfiku. [...] Przyjmowanie lekarstwa zaleconego przez lekarza to coś zupełnie innego, niż gdybyśmy je mieli zaaplikować sobie sami.” [Korsch, Harding 1999, s. 100]. Autorka ta jednak zaznacza, że osiągnięcie efektu placebo wymaga albo głębokiej wiary samego lekarza w dany specyfik, albo też zmniejszenia autentyczności jego zachowania – swoistego „grania roli” dla dobra pacjenta.

Interesującym zjawiskiem jest także przeciwny efekt, określany jako nocebo – nagłe pogorszenie stanu zdrowia pod wpływem wiary w to, że działa jakiś szkodliwy czynnik. Tym szkodliwym czynnikiem może być również komunikat pochodzący od drugiej osoby – najbardziej dramatycznym przykładem jest nagła śmierć na skutek rzuconej klątwy u wyznawców *voodoo*.

Podejmowane są szczegółowe badania nad fizjologicznymi zmianami, jakie powstają w organizmach komunikujących się osób. Badacz tej problematyki, James J. Lynch, jedną ze swoich książek rozpoczyna słowami: „Jak się przekonamy, kolejne badania wykazują, że dialog między ludźmi nie tylko w sposób znaczący wpływa na pracę serca, lecz może nawet zmieniać biochemię pojedynczych tkanek na najdalszych peryferiach ciała. Ponieważ krew dociera do każdej ludzkiej tkanki, dialog ma wpływ na całe ciało” [Lynch 1985, s. 3]. Lynch twierdzi, że jakość komunikacji wpływa na „fizjologiczną jakość życia”. Do jego ważnych odkryć należy to, że ciśnienie krwi zmienia się znacznie szybciej i częściej niż wcześniej sądzono, a największe zmiany ciśnienia zachodzą m.in. wówczas, gdy mówimy lub gdy ktoś mówi do nas. Skomputeryzowane przyrządy pomiarowe pozwalają badaczom tych zagadnień śledzić w sposób ciągły ciśnienie krwi w takich sytuacjach, jak wejście do pokoju, kontakt niewerbalny, czytanie na głos czy rozmowa. Okazuje się, że nawet spokojne mówienie do kogoś podnosi ciśnienie krwi i przyspiesza akcję serca, podczas gdy uważne słuchanie go obniża tętno i ciśnienie. Pewne procesy fizjologiczne mogą być zatem modyfikowane pod wpływem interakcji z drugim człowiekiem. Jak się okazuje, może to mieć znaczny wpływ na stan zdrowia. W eksperymencie prowadzonym przez Orthę i współpracowników [Bishop 2000] odkryto, że wskaźniki ciśnienia krwi u osób z nadciśnieniem znacząco korelowały z występowaniem słownej interakcji między pacjentem a personelem dokonującym pomiaru. Im więcej czasu pacjenci spędzali na opisywaniu doświadczanych objawów, tym mniejsza była średnia wartość

ciśnienia ich krwi w czasie kolejnych dwóch tygodni. Oprócz tego, im więcej czasu lekarz prowadzący poświęcał wyjaśnianiu problemów związanych z chorobą i terapią, tym niższy był pomiar ciśnienia dokonywany przez pacjenta w dwa tygodnie później.

Z kolei – jak podaje Martin [Martin 2000] – doświadczenia przeprowadzone w wielu różnych krajach potwierdziły korzystny wpływ, jaki na rodzące kobiety wywiera obecność innej kobiety lub troskliwego partnera – osoby rozmawiającej z nimi i dającej im emocjonalne wsparcie. Skraca to poród, zmniejsza prawdopodobieństwo infekcji i innych powikłań, o 75% zmniejsza liczbę koniecznych znieczuleń nadoponowych.

W innych badaniach [Martin 2000] ochotnikom biorącym udział w dyskusji mierzono puls i ciśnienie tętnicze. Każdy z ochotników padał ofiarą słownej napaści ze strony dwóch członków zespołu naukowego; była to stresująca sytuacja, która powodowała przyspieszenie tętna i podwyższenie ciśnienia. Dyskusji przysłuchiwała się zawsze czwarta osoba, która albo stała po stronie badanego, albo milczała. Okazało się, że kiedy ochotnik otrzymywał wsparcie, jego reakcje naczyniowe były zmniejszone – wsparcie wyrażone przez drugą osobę redukowało fizjologiczne efekty stresora.

Na gruncie psychologii zdrowia podejmowane są próby określenia mechanizmów odpowiedzialnych za wszystkie opisane tu zależności. Niewątpliwie czynnikiem pośredniczącym pomiędzy komunikowaniem interpersonalnym a stanem somatycznym rozmówców jest ich psychika, a wzajemne związki między psychiką i ciałem są centralnym punktem zainteresowań tej dziedziny. Tradycyjnie za najważniejsze ogniwo łączące zjawiska psychiczne ze stanem zdrowia jednostki uznawano tu reakcję stresową. Bardzo liczne wyniki badań (por. [Martin 2000; Sheridan, Radmacher 1998; Goleman 1997; Glaser, Kiecolt-Glaser 1988 i in.]) wskazują na związek silnego stresu z następującymi po nim chorobami, takimi jak przebiegnięcie, atak opryszczki czy infekcja górnych dróg oddechowych.

Stres – w ujęciu Lazarusa – to „transakcja zachodząca między jednostką a otoczeniem, obejmująca ocenę wyzwań stawianych przez daną sytuację oraz zasobów radzenia sobie z nią, a także psychologiczne i fizjologiczne reakcje na tak oceniane wyzwania” [Bishop 2000, s. 180]. Reakcja stresowa, jakkolwiek zwykle jej przyczyną są zdarzenia w otoczeniu zewnętrznym jednostki, zaczyna się w mózgu i jest przez niego koordynowana. Dwoma głównymi systemami biologicznymi, które biorą udział w tej reakcji, są współczulny układ nerwowy i system „podwzgórze–przysadka–nadnercza”. Ten pierwszy łączy mózg z innymi narządami wewnętrznymi, takimi jak serce, układ oddechowy, pokarmowy, zmieniając ich funkcjonowanie w kierunku tzw. reakcji alarmowej. Ponadto mobilizuje zasoby energetyczne i powoduje wydzielanie hormonów – głównie adrenaliny i noradrenaliny. Drugi układ – uruchamiający się z reguły przy długotrwałym lub silnym stresie – jest odpowiedzialny za wydzielanie wielu różnych hormonów modyfikujących funkcjonowanie organizmu, spośród których największą rolę odgrywa

kortyzol. Częsty lub długotrwały stres wywiera wpływ na stan zdrowia poprzez wyczerpanie zasobów energetycznych oraz pogorszenie funkcjonowania poszczególnych organów, które jest zbyt często modyfikowane, ale przede wszystkim poprzez swoje oddziaływanie na układ immunologiczny. Mianem układu immunologicznego określa się całość mechanizmów odpornościowych organizmu, zajmujących się obroną przed czynnikami chorobotwórczymi i nowotworami oraz odbudowywaniem uszkodzonych tkanek. Ze stresem powiązane są dwa typy odporności: humoralna – są to szybkie w działaniu przeciwciała wytwarzane w szpiku kostnym – i komórkowa – czyli wolniej działające limfocyty T dojrzewające w grasicy. Od dawna wiadomo, że wydzielane w czasie stresu hormony, zwłaszcza kortyzol, oddziałują silnie hamująco na układ odpornościowy. Tym mechanizmem tłumaczy się negatywny wpływ stresu, zwłaszcza silnego i długotrwałego, na spadek odporności i prawdopodobieństwo zaatakowania organizmu przez te czynniki, z którymi w stanie równowagi skutecznie on sobie radzi. Uzasadnia to pozytywne dla zdrowia znaczenie redukcji przyczyn i objawów stresu.

Choroby, podobnie jak zabiegi medyczne i operacje chirurgiczne, zaliczane są do stresorów fizycznych, mają więc charakter praktycznie uniwersalny. Im poważniejsze są problemy zdrowotne i ingerencje medyczne, tym bardziej silna i przedłużająca się jest reakcja stresowa pacjenta. Przytoczone dane wskazują, iż przedmiotem uwagi lekarza powinno być redukcje poziomu przeżywanego przez pacjenta stresu. Jak może temu służyć komunikowanie się?

Według Folkman (za: [Makowska 2001]), do radzenia sobie ze stresem jednostka potrzebuje pewnej liczby informacji po to, aby dostosować się do sytuacji: ocenić jej charakter w kategoriach szkody, straty czy zagrożenia oraz podjąć możliwie konstruktywne działania. Ponadto pewne informacje mogą się przyczynić do uporządkowania obrazu sytuacji i wzrostu odczuwanej przez jednostkę kontroli nad nią, z analiz zaś wynika, że wraz ze wzrostem odczuwanej kontroli nad stresorami obniża się poziom fizjologicznej szkodliwości stresu i słabnie jego negatywny wpływ na układ immunologiczny [Martin 2000]. Jak sugeruje Martin, być może u źródła poszukiwania pomocy medycznej leży właśnie potrzeba zwiększenia subiektywnie odczuwanej kontroli nad stresem, jakim jest choroba, co – redukując reakcję stresową – pomaga organizmowi uaktywnić układ immunologiczny.

O pozytywnym wpływie informowania pacjentów na ich stan somatyczny świadczą wyniki badań i naturalnych eksperymentów. Na przykład Egbert i współpracownicy (za: [Bishop 2000]) przeprowadzili eksperyment, w którym grupa pacjentów przed operacją jamy brzusznej uzyskała od lekarza wyczerpujące informacje o skali i rodzaju bólu, jakiego należy się spodziewać po zabiegu, oraz wskazówki dotyczące tego, jak zminimalizować ból. W grupie kontrolnej przeprowadzono rutynowy zabieg bez udzielania wyjaśnień. Pacjenci w grupie eksperymentalnej zgłaszali mniej bolesnych objawów, rzadziej prosili o środki uśmierzające, a okres hospitalizacji po zabiegu był u nich średnio 2,7 razy krótszy niż

w grupie kontrolnej. Przedoperacyjne szkolenia dla pacjentów oparte na wynikach tego badania i innych testów, prowadzone w niektórych szpitalach, polegające na udzielaniu im wyjaśnień, odpowiadaniu na pytania oraz instruowaniu ich, jak uśmierzać objawy bólowe i zapanować nad złym samopoczuciem, powodują, że pacjenci wracają do zdrowia przeciętnie o dwa-trzy dni wcześniej [Goleman 1997].

Jednak istnieją również dane [Makowska 2001; Heszen-Niejodek 2000] wskazujące na indywidualne różnicowanie zapotrzebowania na informacje przy radzeniu sobie ze stresem. Dlatego zadaniem lekarza jest nie tyle wyczerpujące informowanie, ile dostosowanie poziomu dostarczonej choremu informacji do jego indywidualnego zapotrzebowania.

Przedmiotem oddziaływania lub przynajmniej uwagi lekarza powinny być także emocje pacjenta. Emocje towarzyszą chorobie przez cały czas jej trwania. W momencie rozpoznania – zwłaszcza poważnej – choroby możliwe są tu bardzo silne reakcje, graniczące z zaburzeniami emocjonalnymi. Inne okoliczności wywołujące silne emocje to nagłe pogorszenie stanu zdrowia, konieczność wprowadzenia drastycznych metod leczenia lub pojawienie się zagrożeń, np. w postaci ograniczeń trybu życia lub trwałych następstw choroby. Dla lekarza emocje pacjenta stanowią sygnał o jego stanie psychicznym, który nie jest obojętny dla leczenia. Na przykład Kiecolt-Glaser [Glaser, Kiecolt-Glaser 1988] wykazała istotne spowolnienie gojenia się ran pod wpływem silnych negatywnych emocji, spowodowane zmniejszonym wydzielaniem cytokin. Natomiast Goleman przytacza słowa wybitnego chirurga C. Nezhatta: „Jeśli pacjentka, której operację wyznaczono na dany dzień, mówi mi, że jest spanikowana i nie chce być operowana tego dnia, to przekładam zabieg na inny termin. Każdy chirurg wie, że pacjenci, którzy się bardzo boją, źle znoszą operację. Za bardzo krwawią, częściej niż u innych dochodzi u nich do zakażeń i powikłań pozabiegowych. Trudniej wracają do zdrowia. Jest dużo lepiej, jeśli przed operacją są spokojni” [Goleman 1997, s. 266]. Lekarz powinien zatem także starać się łagodzić silne negatywne emocje pacjenta. Szczególnie trudnym zadaniem wydaje się oddziaływanie na poziom jego lęku. Jak wspomniano w poprzednim punkcie, jego poziom zbyt wysoki powoduje dezorganizację zachowań prozdrowotnych, do czego dołącza się bezpośredni wpływ negatywny na samopoczucie. Z kolei średni poziom lęku motywuje pacjenta do działania. Lekarz musi tu wykazać się dużą wrażliwością i elastycznością, aby zmotywować pacjenta, nie powodując jednocześnie nadmiernego lękowego pobudzenia.

Pozytywne oddziaływanie lekarza na pacjenta, polegające na redukowaniu poziomu jego stresu i „niezdrowych” emocji negatywnych, mieści się w dość dobrze już ugruntowanym psychosomatycznym modelu choroby [Wrześniewski 1998; Motyka 1984] i jest w znacznym stopniu akceptowane przez samych lekarzy, przynajmniej na poziomie deklaracji.

Obecnie obraz powiązań między psychiką i zdrowiem został pogłębiony dzięki młodej dziedzinie nauki, zwanej psychoneuroimmunologią. Integruje ona badania

nad zjawiskami psychicznymi, układem nerwowym i immunologicznym, dokumentując ich wzajemne powiązania i pozwala, oprócz negatywnego wpływu psychiki na ciało, zrozumieć także wpływ pozytywny tego zjawiska [Cohen 1990; Ader 1990]. Wykazano, że między układem nerwowym i immunologicznym istnieją nie tylko incydentalne powiązania natury biochemicznej – jak przy reakcji stresowej, ale także stałe połączenia strukturalne. Autonomiczny układ nerwowy, kontrolowany przez mózg, unerwia takie narządy, jak grasica, szpik, śledziona, a nawet węzły chłonne odpowiedzialne za produkcję ciał odpornościowych. Podobnie podwzgórze ma połączenia z układem immunologicznym. Od dawna wiadomo też, że przeżywanie emocji i intensywnych uczuć wiąże się z aktywizacją podwzgórza i autonomicznego układu nerwowego. Tymi drogami układ nerwowy stale modyfikuje odporność organizmu. Czynniki psychiczne, za pośrednictwem układu nerwowego, mogą zatem zmieniać odporność w sposób dużo bardziej subtelny i plastyczny niż to ujmowano pierwotnie. Pozwala to lepiej zrozumieć zjawiska pozytywnego oddziaływania psychiki na odporność człowieka. Na przykład swoistym przeciwieństwem reakcji stresowej w zakresie modyfikowania odporności jest humor – badacze odkryli, że we krwi osób, które obejrzały zabawny film, znacznie obniża się poziom kortyzolu i adrenaliny [Martin 2000]. Od dawna sygnalizowane jest także istnienie wyraźnego związku między relaksacją i uspokojeniem a poprawą zdrowia. Ten stan psychiczny korzystnie wpływa na pracę narządów wewnętrznych, obniżając ciśnienie krwi, zwalniając akcję serca, spowalniając oddech i rozszerzając tętnice wieńcowe. Obecnie wykazano również, że relaks i uspokojenie wiążą się z korzystnymi zmianami w układzie immunologicznym – ze wzrostem liczby limfocytów T i z aktywnością innych naturalnych niszczycieli. Systematyczna relaksacja, prowadzona przez co najmniej miesiąc, u ludzi w podeszłym wieku poprawia kontrolę immunologiczną nad wirusem opryszczki. Naukowcy duńscy przeprowadzili też eksperyment, w którym zdrowi ochotnicy, stosując wizualizację i relaksację, próbowali świadomie zwiększyć efektywność systemu immunologicznego. Okazało się, że jego aktywność rzeczywiście znacznie wzrosła i utrzymywała się na tym poziomie przez kilkanaście dni [Martin 2000]. Uspokojenie i wyciszenie emocji oraz ewokowanie pozytywnych wyobrażeń może zatem pomagać zdrowiu pacjenta. Inne badania bezpośrednio wskazują na związek pozytywnych emocji przeżywanych w kontakcie z lekarzem z wynikami leczenia. W badaniach Golemo (za: [Heszen-Niejodek 1992]) lepszy stan emocjonalny pacjentów po wizycie u lekarza, oceniany za pomocą kwestionariusza, wiązał się z lepszymi wynikami leczenia, ocenianymi zarówno subiektywnie, jak i przez lekarza prowadzącego.

Inne pozytywne uczucie, takie jak zaufanie do drugiej osoby w stopniu ewokującym otwartość, może również znacznie poprawić stan somatyczny jednostki. Świadczą o tym wyniki badań nad zdrowotnymi efektami otwartości, rozumianej jako uzewnętrznianie swoich negatywnych przeżyć i związanych z nimi emocji. W badaniach prowadzonych przez Kiecolt-Glaser (za: [Martin 2000]), a także

Pennebakera (za: [Goleman 1999]) zdrowi ochotnicy proszeni byli o przypomnienie sobie i omówienie stresujących lub traumatycznych wydarzeń z życia, którymi dotychczas z nikim się nie dzielili. U tych badanych, którzy ujawnili najwięcej faktów lub wspominali wyjątkowo trudne wydarzenia, stwierdzono wysokie wskaźniki funkcji immunologicznej, np. kontroli immunologicznej nad wirusami opryszczki, mieli oni też wyższą reaktywność limfocytów od pozostałych badanych, a nawet zwiększoną liczbę enzymów produkowanych przez wątrobę.

Jak podają Bloom i Spiegel [Bloom, Spiegel 1989], na Wydziale Medycznym Uniwersytetu Stanforda zorganizowano grupę terapeutyczną dla kobiet w zaawansowanym stadium raka piersi. Okazało się, iż te kobiety, które co tydzień spotykały się na terapii, gdzie mogły otwarcie mówić o swoich przeżyciach i czuły się słuchane i rozumiane, żyły przeciętnie półtora roku dłużej niż te, które nie uczestniczyły w zajęciach grupy. Lek farmakologiczny, który dawałby takie efekty, zostałby niewątpliwie uznany za bardzo skuteczny.

W literaturze pięknej i potocznym myśleniu podkreśla się związek nadziei i optymizmu z poprawą zdrowia, choć nie powinien on być przeceniany. Znajduje on swoje uzasadnienie na gruncie przytoczonej wiedzy o powiązaniach między układem nerwowym i immunologicznym. Potwierdzają go też wyniki innych badań empirycznych. Jak podaje Ruderman [Ruderman 1984], zmierzono poziom optymizmu lub pesymizmu u 122 mężczyzn po pierwszym zawale serca. W ciągu następnych ośmiu lat zmarło 21 z 25 najbardziej pesymistycznych z nich, ale tylko 6 z 25 cechujących się największym optymizmem. Dobry nastrój dawał większe szanse przeżycia niż jakikolwiek medyczny czynnik, włącznie ze stopniem uszkodzenia serca podczas pierwszego zawału, blokadą arterii, poziomem cholesterolu i ciśnienia krwi.

Inne badania wykazały, że wyższy poziom optymizmu wiąże się z mniejszą liczbą powikłań pooperacyjnych i szybszym dochodzeniem do zdrowia po zabiegu wycięcia arterii. Solomon i współpracownicy (za: [Gordon 1999]) badali sześciu chorych na AIDS, którzy żyli znacznie dłużej niż przewidywano. Z badań tych wynikało, że chorych tych cechowały – nietypowy dla osób cierpiących na AIDS – wysoki poziom optymizmu i afirmatywna postawa wobec życia. Postawom tym towarzyszyła wysoka aktywność systemu immunologicznego, która pomagała łagodzić skutki utraty wspomagających limfocytów T. Umacnianiu się systemu immunologicznego – według cytowanych autorów – sprzyjały pozytywne emocje i troska o siebie manifestująca się jako dążenie do zachowania odpowiedniej diety czy wykonywanie ćwiczeń fizycznych. Zatem przedmiotem uwagi lekarza powinien być także poziom optymizmu pacjenta. Lekarz – nawet podczas krótkiej rozmowy – może dążyć do podniesienia pacjenta na duchu, wywołania u niego lub wzmocnienia nadziei na poprawę jego stanu lub wyleczenie.

Przedstawione dane wskazują, iż bezpośrednio terapeutyczna funkcja komunikacji lekarskiej powinna zostać na nowo doceniona przez zachodnią medycynę. Za bezpośrednio terapeutyczne można uznać takie komunikowanie się lekarza,

które wywołuje u pacjenta efekty psychologiczne o pozytywnym wpływie na stan jego organizmu. Na podstawie przytoczonych danych do efektów tych można zaliczyć:

- 1) poczucie bezpieczeństwa, więzi, zaufania w kontakcie z lekarzem – w stopniu umożliwiającym uzewnętrznianie swoich przeżyć i emocji,
- 2) zwiększone poczucie kontroli nad chorobą, m.in. przez zaspokojenie indywidualnego zapotrzebowania na informację,
- 3) uzyskanie wiedzy o mechanizmach pozytywnego działania leków, wiarę w pozytywne działanie leków,
- 4) zmniejszony poziom negatywnych postaw i emocji, takich jak: lęk, napięcie, smutek, poczucie bezradności, pesymizm,
- 5) zwiększony poziom pozytywnych emocji, takich jak: nadzieja, wiarę w swoje możliwości, optymizm, poczucie „podniesienia się na duchu”.

Od wieków niektórzy lekarze lub filozofowie medycyny intuicyjnie i na podstawie doświadczenia podobnie formułowali zalecenia dotyczące efektów leczącej komunikacji. Choć humanitarny charakter owych zaleceń jest oczywisty, nie mają one, niestety, wystarczającej mocy, aby zdominować współczesną praktykę lekarską. Jednak ustalenia psychologii zdrowia i psychoneuroimmunologii nadają tym zasadom nowy status i pozwalają na ich podstawie sformułować oczekiwania wobec efektów poprawnej komunikacji lekarskiej.

Literatura

- Ader R., *Psychoneuroimmunologia*, „Nowiny Psychologiczne” 1990, nr 1-2, s. 141-150.
- Argyle M., *Psychologia stosunków międzyludzkich*, PWN, Warszawa 1991.
- Bishop G.D., *Psychologia zdrowia*, Astrum, Wrocław 2000.
- Bloom J., Spiegel D., *The Relationships of Two Dimensions of Social Support to the Psychological Well Being and Social Functioning of Women With Advanced Breast Cancer*, „Social Sciences and Medicine” 1989, nr 19, s. 831-837.
- Brody D.S., Miller S.M., Lerman C.E., Smith D.G., Caputo G.C., *Patient Perception of Involvement with Medical Care: Relationship to Illness Attitudes and Outcomes*, „Journal of General Internal Medicine” 1989, nr 4.
- Cohen N., *Immunologia dla nieimmunologów. Kilka wskazówek dla początkujących psychoneuroimmunologów*, „Nowiny Psychologiczne” 1979, nr 1-2, s. 127-140.
- Davis M.S., *Variations in Patients Compliance with Doctors' Orders: Medical Practice and Doctor – Patient Interaction*, „Psychiatric Medicine” 1979, nr 2.
- Dolińska B., *Placebo jako lek. Warunki skuteczności*, „Czasopismo Psychologiczne” 1997, nr 3, 3, s. 201-208.
- Dolińska-Zygmunt G., *Podmiotowe uwarunkowania zachowania się pacjenta wobec własnej choroby*, [w:] Dolińska-Zygmunt G. (red.), *Podstawy psychologii zdrowia*, Wyd. UW, Wrocław 2001a.
- Dolińska-Zygmunt G., *Znaczenie podmiotowego udziału pacjenta w procesie terapeutycznym*, [w:] Dolińska-Zygmunt G. (red.), *Podstawy psychologii zdrowia*, Wyd. UW, Wrocław 2001b.
- Ettlinger P.R., Freeman G.K., *General Practice Compliance Study: Is it Worth Being a Personal Doctor?* „British Medical Journal” 1981, 282, s. 34-56.

- Gaertner H., *Lekarz, pacjent i empatia*, „Sztuka Leczenia” 1997, nr 3, s. 37-42.
- Gardner M., *Wielkie eseje w nauce*, Prószyński i S-ka, Warszawa 1998.
- Gheorghiu V.A., *Hipnoza*, Wiedza Powszechna, Warszawa 1984.
- Glaser R., Kiecolt-Glaser J., *Psychological Influences on Immunity*, „American Psychologist” 1988, nr 43.
- Goleman D., *Inteligencja emocjonalna*, Media Rodzina of Poznań, Poznań 1997.
- Gordon Th., *Pacjent jako partner*, Pax, Warszawa 1999.
- Haley J., *Niezwykła terapia. Techniki terapeutyczne M.H. Ericksona*, GWP, Gdańsk 1995.
- Heszen-Klemens I., *Poznawcze uwarunkowania zachowania się pacjenta wobec własnej choroby*, Ossolineum, Wrocław 1979.
- Heszen-Niejodek I., *Lekarz i pacjent. Badania psychologiczne*, Universitas, Warszawa 1992.
- Heszen-Niejodek I., *Psychologiczne problemy chorych somatycznie*, [w:] Strelau J. (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*, t. 3, *Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej*, GWP, Gdańsk 2000.
- Kępiński A., *Rytm życia*, Saggiarius, Warszawa 1992.
- Kirscht J.P., Rosenstock J.M., *Patients' Problems in Following Recommendations of Health Experts*, [w:] Stone G.C., Coben E., Adler N.E. (red.), *Health Psychology. A Handbook*, Jossey Bass, San Francisco 1979.
- Korsch B.M., Harding C., *Świadomy pacjent*, Prószyński i S-ka, Warszawa 1999.
- Kulczyki M., *Psychologiczne problemy człowieka chorego. Z zagadnień współpracy pracownika służby zdrowia z pacjentem*, Ossolineum, Wrocław 1971.
- Kulczyki M., *Rozważania wokół zagadnień psychologicznego poradnictwa życiowego*, Wyd. UW, Wrocław 1998.
- Little P., Everett H., Williamson I., Warner G., Moore M., Gould C., Feurier K., Payne S., *Observational Study of Effect Patient Contredness and Positive Approach on Outcomes of General Practice Consultations*, „British Medical Journal” 2001, nr 323, s. 908-911.
- Lown B., *The Lost Art of Healing*, Ballantine Books, New York 1999.
- Lynch J., *The Language of the Heart: The Body's Response to Human Dialogue*, Basic Books, New York 1985.
- Makowska H., *Informowanie pacjenta przez lekarza. Czy ludzie chorzy chcą wiedzieć wszystko o tym, co im zagraża?* [w:] Dolińska-Zygmunt G. (red.), *Podstawy psychologii zdrowia*, Wyd. UW, Wrocław 2001.
- Martin P., *Umysł, który szkodzi. Mózg, zachowanie, odporność i choroba*, Dom Wydawniczy Rebis, Poznań 2000.
- Meryn S., *Improving Doctor – Patient Communication* Stewart M.A. (1995). *Effective Physician – Patient Communication and Health Outcomes: A Review*, „Canadian Medical Association” 1998, nr 152, s. 1423-1433.
- Motyka M., *Psychosomatyczne modele choroby*, „Przegląd Lekarski” 1984, nr 41, s. 223-231.
- Rost K., Carter W., Inui T., *Introduction of Information During the Initial Medical Visit: Consequences for Patient Follow – trough with Physician Recommendations for Medication*, „Social Science and Medicine” 1989, nr 28.
- Rostrup M., Ekeberg O., *Awareness of High Blood Pressure Influences on Psychological and Sympathetic Responses*, „Journal of Psychosomatic Research” 1992, nr 36.
- Ruderman W., *Prosocial Influences on Mortality after Myocardial Infraction*, NEJM 1984, 31, s. 552-559.
- Sheridan Ch.L., Radmacher S.A., *Psychologia zdrowia. Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia*, IPZ, Warszawa 1998.
- Siuta J., *Hipnoza*, [w:] Strelau J. (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*, t. 2, *Psychologia ogólna*, GWP, Gdańsk 2000.
- Stewart M.A., *Effective Physician – Patient Communication and Health Outcomes: A Review*, „Canadian Medical Association” 1995, nr 152, s. 1423-1433.

- Suchman A.L., Matthews D.A., *What Makes the Patient – Doctor Relationship Therapeutic? Exploring the Connexional Dimension of Medical Care*, „Annals of Internal Medicine” 1988, nr 108, s. 125-130.
- Szczeklik A., *Katharsis. O uzdrowicielskiej mocy natury i sztuki*, Znak, Kraków 2003.
- Trzebna H., *Styl komunikacji lekarza z pacjentem a efektywność leczenia*. „Przegląd Psychologiczny” 1989, nr 3.
- Wojtasiński Z., *Umysł i medycyna*, Medyk, Warszawa 1999.
- Wrześniewski K., *Medycyna psychosomatyczna, medycyna behawioralna, psychologia medyczna, psychologia zdrowia – czy psychologia chorego somatycznie?* „Nowiny Psychologiczne” 1998, nr 4, s. 25-37.

EFFICIENCY OF INTERPERSONAL COMMUNICATION IN PHYSICIAN–PATIENT RELATION

Summary

The article analyzes the role of the intercommunication in somatic diseases therapy. Two aspects are presented here, defined as: indirectly – and directly therapeutic function of medical communication. The psychological and physiological mechanisms, which decide about the realization of these functions have been also indicated.

Bianka Lewandowska – dr, adiunkt w Zakładzie Psychologii Klinicznej i Zdrowia Uniwersytetu Wrocławskiego.