

Marek Motyka

Zakład Psychologii Zdrowia, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, *Collegium Medicum*, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie

Rola aktywnego słuchania w komunikacji terapeutycznej z pacjentem

The role of active listening in therapeutic communication with patient

STRESZCZENIE

Biopsychospołeczne podejście, pojawiające się czasem we współczesnej medycynie, a charakterystyczne dla współczesnego pielęgniarstwa, w sposób zdecydowany wskazuje na konieczność integracji metod leczenia i pielęgnowania z praktycznie zorientowaną psychologią. Integracja ta wyraża się najpełniej w terapeutycznej komunikacji z pacjentem.

Celem opracowania jest omówienie pojęcia komunikacji terapeutycznej oraz charakterystyka jej najważniejszego narzędzia, jakim jest aktywne słuchanie. Autor prezentuje najważniejsze techniki aktywnego słuchania, takie jak: potwierdzanie odbioru informacji, konkretyzowanie, parafrazowanie, odzwierciedlanie uczuć i odzwierciedlanie potrzeb. Wskazuje na ważną rolę diagnostyczną i terapeutyczną aktywnego słuchania, pozwalającego na empatyczne zrozumienie pacjenta i zbudowanie z nim terapeutycznie działającej relacji.

Problemy Pielęgniarstwa 2011; 19 (2): 259–265

Słowa kluczowe: komunikacja terapeutyczna, techniki aktywnego słuchania

ABSTRACT

The biopsychosocial approach present in modern medicine and contemporary nursing profession strongly emphasizes the necessity to integrate medical treatment and nursing with a practically-oriented psychology. This integration is best expressed in therapeutic communication with patients.

The aim of this paper is to define therapeutic communication and to characterise the most important tool, namely active listening. The author presents active listening techniques, such as: confirming, specifying, paraphrasing, reflecting feelings and reflecting needs. The author highlights the diagnostic and therapeutic importance of active listening which enables the empathic understanding of the patient and the constructing of a relationship which has a therapeutic effect.

Nursing Topics 2011; 19 (2): 259–265

Key words: therapeutic communication, active listening techniques

Wstęp

Fakt, że podmiotem działań leczniczo-pielęgnacyjnych jest zawsze cały człowiek, a nie tylko jego ciało, spowodował, że w teorii tradycyjny model biomedyczny choroby już dawno został zastąpiony bardziej współczesnym modelem biopsychospołecznym [1–3]. Jednak biopsychospołeczne podejście do chorego, czyli spojrzenie na jego problemy równocześnie z kilku perspektyw (biologicznej, psychologicznej i społecznej), stosunkowo rzadko pojawia się w praktyce lekarskiej, charakteryzując bardziej współczesną pielęgnację.

Podejście to w sposób zdecydowany wskazuje na konieczność integracji metod pielęgnowania z praktycz-

nie zorientowaną psychologią. Wydaje się, że integracja psychologii z pielęgnacją (podobnie jak z leczeniem), wyraża się najpełniej w terapeutycznej komunikacji z pacjentem.

Celem obecnego opracowania jest wyjaśnienie pojęcia komunikacji terapeutycznej oraz charakterystyka jej najważniejszego narzędzia, jakim jest aktywne słuchanie.

Komunikacja terapeutyczna w opiece pielęgniarstwie

Podobnie jak efektywnego leczenia, tak i skutecznego pielęgnowania nie można sobie wyobrazić bez ko-

munikacji z pacjentem i nawiązania z nim dobrego kontaktu. Komunikacja w praktyce jest sprowadzana do rozmowy, przy czym należy pamiętać, że bywają rozmowy prowadzone bez słów (tzw. mowa ciała). Jednak nie każda rozmowa ma charakter terapeutyczny, a co więcej niektóre rozmowy mogą mieć nawet jatrogenny charakter. Nie dziwi więc, że często mówi się o sztuce rozmowy z chorym [4]. Jak zatem należy rozumieć ową sztukę rozmowy, którą profesjonalnie należałoby nazwać komunikacją terapeutyczną?

Zgodnie z propozycją autora [5–7] przez komunikację terapeutyczną, w odróżnieniu od psychoterapii, należy rozumieć **wspomaganie leczenia, pielęgnowania i rehabilitacji za pomocą środków psychologicznych**. Zwyczajowo przez środki psychologiczne rozumie się słowa kierowane do pacjenta, chociaż w rzeczywistości chodzi nie tyle o same słowa, co o ich psychologiczne znaczenie, a także znaczenie gestów, mimiki i innych niewerbalnych zachowań pielęgniarki, w tym także warunków, w jakich przebiegają pielęgnacja i leczenie. Co więcej, zgodnie z prezentowaną koncepcją komunikacji terapeutycznej do ważnych psychologicznych środków wspomagających pielęgnację (i leczenie) należy zaliczyć przede wszystkim angażowanie wewnętrznych zasobów psychicznych pacjenta, takich choćby jak posiadana wiedza i umiejętności, poczucie własnej wartości i wewnętrznego oparcia, nadzieja, poczucie sensu podejmowanych działań i napotkanych doświadczeń, motywacja do wyzdrowienia czy zdolność do odreagowania emocjonalnych napięć [7–8].

Podstawowe cele komunikacji terapeutycznej obejmują [7]:

- łagodzenie negatywnych emocji pacjenta, takich jak: lęk, przygnębienie, złość, poczucie krzywdy, winy lub bezsilności, często doświadczanych w chorobie;
- wzmacnianie wewnętrznych sił psychicznych pacjenta, czyli wspomnianych wcześniej zasobów, pozwalających pacjentowi lepiej radzić sobie ze stresem choroby;
- wzmacnianie współpracy z pacjentem i przeciwdziałanie błędom jatrogennym.

Komunikacja terapeutyczna ma charakter zdecydowanie wspierający. Jednak aby pacjent mógł w pełni korzystać z oferowanego mu przez pielęgniarkę (pielęgniarszą) wsparcia lub działań o charakterze edukacyjnym i perswazyjno-wyjaśniającym, muszą się one opierać na solidnych podstawach, jakich dostarcza tak zwana relacja terapeutyczna. Efektywna pomoc psychologiczna, niezależnie od specyficznego kontekstu, w jakim jest oferowana, wymaga nawiązania z osobą wspomaganą szczególnej relacji interpersonalnej określonej mianem relacji terapeutycznej [9–10].

W przypadku pielęgnacji chorego somatycznie chodzi o taki rodzaj kontaktu pielęgniarki (pielęgniarszą) z pacjentem, który zapewni temu ostatniemu klimat

bezpieczeństwa psychologicznego, a ponadto skieruje wzajemną współpracę na zadanie, jakim jest oczekiwany efekt pielęgnacji. Relację terapeutyczną można traktować jako psychologiczny katalizator dla wszelkich oddziaływań o terapeutycznym charakterze, takich choćby jak udzielanie wyjaśnień, przekonywanie co do pożądanego postępowania w chorobie i konieczności stosowania się do otrzymanych zaleceń, uspokajanie, pocieszanie, udzielanie wsparcia itp.

Relacja terapeutyczna lub określając to inaczej — kontakt terapeutyczny, zawiera zatem dwa zasadnicze aspekty. Pierwszy z nich to aspekt emocjonalny, odnoszący się do takich ważnych cech emocjonalnej atmosfery kontaktu jak: poczucie bezpieczeństwa i zaufanie z jednej strony (pacjenta), a z drugiej (pielęgniarki) akceptacja i szacunek, troska, empatia, rzetelność i uczciwość. Drugi aspekt relacji terapeutycznej to aspekt zadaniowy ukierunkowany na uzyskanie jak najlepszych efektów pielęgnacyjno-terapeutycznych, a także złagodzenie emocjonalnych problemów pacjenta związanych z chorobą i sytuacją, w jakiej się znalazł.

Ważne cechy relacji terapeutycznej dobrze odzwierciedla zestawienie zaproponowane przez M. Hobbsa [11]. Po stronie terapeuty (osoby pomagającej) umieszcza on następujące cechy:

- szacunek i autentyczne zainteresowanie pacjentem jako osobą;
 - emocjonalne ciepło;
 - tolerancję i nieosądzającą akceptację;
 - otwartość na pacjenta, a w tym empatię, czyli zdolność do wejścia na chwilę w świat doświadczeń pacjenta i spojrzenie na sytuację z jego perspektywy;
 - realistyczne zaufanie do własnych sił i możliwości, przy jednoczesnej świadomości posiadanych ograniczeń;
 - przestrzeganie wartości etycznych.
- Po stronie pacjenta wymienia:
- zaufanie do terapeuty;
 - pewien, choćby minimalny poziom rozumienia celu i metod leczenia;
 - chęć współpracy podczas leczenia;
 - motywację do zmiany, czyli chęć wyleczenia.

Do cech charakteryzujących samą relację autor ten zalicza:

- granice kontaktu terapeutycznego — to znaczy świadomość tego, gdzie relacja terapeutyczna się kończy, a gdzie zaczyna się inny rodzaj kontaktu, na przykład kontakt towarzyski lub formalno-służbowy;
- kontrakt, czyli świadomość istnienia wzajemnej, choć zwykle niepisanej umowy określającej charakter i wymagania kierowane ku stronom kontaktu; czasem, zwłaszcza wtedy, gdy pacjent przekracza granice wynikające z oficjalnych celów terapii, może się pojawić konieczność przypomnienia mu istotnych warunków tej umowy, a więc na przykład to,

na co może liczyć, a na co nie, albo to, do czego jest zobowiązany jako osoba leczona i pielęgnowana.

Chociaż jak sama nazwa wskazuje relacja terapeutyczna jest stosunkiem dwustronnym, to warto podkreślić, że odpowiedzialność za stworzenie warunków psychologicznych umożliwiających jej powstanie w głównym stopniu spoczywa na osobie udzielającej pomocy, czyli w omawianym przypadku od osoby pielęgnującej. Tworzenie tych warunków zależy zarówno od posiadanych przez nią umiejętności interpersonalnych, wśród których na pierwszym miejscu należy wymienić umiejętność aktywnego słuchania i asertywność, jak i od cech postawy przyjętej wobec pacjenta, takich jak ciepło, empatia czy naturalność [12].

Wymienione cechy postawy wiążą się ściśle ze stopniem rozwoju osobowości i dojrzałości emocjonalnej pielęgniarki (pielęgniarka), jednak w pewnym stopniu mogą być one kształtowane i rozwijane poprzez odpowiednie szkolenia oraz własny, świadomy wysiłek. Poniżej scharakteryzowano pokrótce wymienione cechy, które tworzą pożądany klimat relacji terapeutycznej:

- **Akceptacja** — łączy się zarówno z ciepłem, jak i troską oraz szacunkiem, z jakim pielęgniarka (pielęgniarka) odnosi się do pacjenta, a także z zaufaniem, jakie ma do wartości, siły i możliwości pacjenta. Warto w tym miejscu zwrócić uwagę na dwa istotne, psychologiczne elementy. Pierwszy dotyczy faktu, iż akceptacja innych bardzo mocno łączy się z akceptacją siebie, a drugi — że akceptacja w omawianym tutaj rozumieniu odnosi się nie tyle do zachowania pacjenta, co do jego reakcji wewnętrznych, czyli ujmując to najprościej, do jego myśli, poglądów, uczuć i potrzeb. Pielęgniarka (pielęgniarka) ma zatem pełne prawo nie akceptować zachowań, które są przykre bądź niebezpieczne albo stanowią istotną przeszkodę w powrocie pacjenta do zdrowia. Jednocześnie powinno się umieć akceptować jego uczucia, niezależnie jak bardzo wydają się one nieuzasadnione i irracjonalne, podobnie jak jego prawo do posiadania własnego zdania czy odmiennych poglądów.
- **Empatia** oznacza umiejętność „wejścia w buty” pacjenta. Polega na chwilowej identyfikacji i spojrzeniu na sytuację jego oczyma. Nie oznacza pełnego utożsamienia się z pacjentem, lecz raczej zdolność wzięcia pod uwagę jego poglądów, uczuć i potrzeb stojących za tymi uczuciami. Empatia okazywana przez pielęgniarkę (pielęgniarka) pozwala pacjentowi poczuć się rozumianym i akceptowanym, przynosząc dobry kontakt i poczucie bezpiecznej bliskości. Umożliwia tym samym pacjentowi podzielenie się kłopotami. Dzięki empatii, z jaką się spotyka, pacjent czuje, że nie jest już dłużej sam ze swym zmartwieniem, a jego problemy niejako tracą na wadze. Empatia wydaje się więc wręcz niezbywal-

nym składnikiem relacji terapeutycznej [13–15]. To właśnie dzięki niej powstaje klimat bliskości i zaufania, dający pacjentowi poczucie bezpieczeństwa emocjonalnego i oparcia oraz otwierający możliwość bezpiecznego odreagowania negatywnych uczuć, wywołanych chorobą i inwazyjnymi metodami leczenia.

— **Autentyczność**, naturalność czy otwartość pielęgniarki (pielęgniarka) to zachowania powiązane ze swobodą w wyrażaniu pojawiających się myśli i uczuć, szczerością i uczciwością. Mówiąc jeszcze inaczej, to zdolność do otwartego przedstawiania rzeczy tak, jak się je widzi i doświadcza. Autentyczność budzi zaufanie. Jednocześnie, co trzeba bardzo mocno podkreślić, wcale nie oznacza pozbycia się samokontroli i mówienia wszystkiego, o czym się pomyśli. Trzeba wybrać to, o czym można z pacjentem rozmawiać swobodnie i bez skrępowania oraz co można mu okazać, nie raniąc jego uczuć. Trzeba też wiedzieć, jak przekazać pacjentowi to, co powinien wiedzieć, a co może stanowić dla niego duże obciążenie psychiczne. Dlatego też autentyczność zdaje się budzić stosunkowo najwięcej kontrowersji. Pamiętajmy jednak, że nie należy przeciwstawiać autentyczności w sensie terapeutycznym, niezbędnej, równie terapeutycznej kontroli nad swym postępowaniem i uczuciami. Relacja terapeutyczna jest bowiem relacją zawodową związaną ze świadomym dążeniem do uzyskania terapeutycznego celu. Dlatego też bycie sobą w tego typu kontakcie w żadnym razie nie implikuje braku kontroli i panowania nad swymi słowami, uczuciami i zachowaniem.

Opisane tu w skrócie cechy postawy pielęgniarki — akceptacji, empatii i autentyczności — stymulują pozytywne uczucia u pacjenta, tworząc bezpieczną atmosferę relacji terapeutycznej. Jej zbudowanie w wielu przypadkach może być jednak bardzo trudnym zadaniem, stanowiąc poważne wyzwanie dla pielęgniarki (pielęgniarka). Biorąc pod uwagę szczególną rolę, jaką pełni empatia w budowaniu relacji terapeutycznej, opisano podstawowy zestaw narzędzi okazywania empatii, jakimi może dysponować każda pielęgniarka (pielęgniarka). Zestaw ten łącznie jest nazywany aktywnym słuchaniem i obejmuje 5 podstawowych elementów (narzędzi), które można nazywać także technikami aktywnego słuchania.

Aktywne słuchanie jako zestaw narzędzi służących budowaniu relacji terapeutycznej

Aktywne słuchanie wymaga elastycznego stosowania w rozmowie wypowiedzi pomagających lepiej rozumieć pacjenta, a jednocześnie zakomunikować mu swoje zrozumienie. Składa się z takich technik, jak: potwierdzenie odbioru informacji, uściślanie (konkrety-

zowanie), parafrazowanie, odzwierciedlanie uczuć oraz odzwierciedlanie potrzeb.

Potwierdzenie odbioru informacji jest w omawianym zestawie techniką niewątpliwie najprostszą, ale też najmniej empatyczną. Jest to taka reakcja na zachowanie i wypowiedzi pacjenta, która stanowi proste potwierdzenie tego, że dotarł do nas jego przekaz i interesuje nas jego osoba oraz to, co opowiedział. Mieszczą się tu wypowiedzi, w rodzaju: „tak”, „aha”, „hm”, „to ciekawe”, „to interesujące”, jak też bardziej rozwinięte, wyrażane w formie pytań otwartych, nawiązujących do tego, o czym mówi pacjent. Mogą to być również reakcje pozawerbalne, takie jak potakiwanie czy okazywanie spojrzeniem, gestem czy mimiką, że słyszymy słowa pacjenta lub że to, co powiedział, jest to dla nas interesujące. Okazując wybiórcze zainteresowanie tylko niektórymi tematami, związanymi na przykład ze zdrowotnym problemem pacjenta, można w sposób pośredni i bardzo delikatny wywierać wpływ na kierunek i przebieg rozmowy.

Uściślanie (konkretyzowanie) wypowiedzi i sformułowań użytych przez pacjenta to kolejna technika wchodząca w skład aktywnego słuchania. Jej celem jest poznanie konkretnego znaczenia, jakie ma dla pacjenta poruszony temat czy wypowiedziane stwierdzenie. Należy pamiętać, że z punktu widzenia ludzkiej psychologii liczą się nie tyle zewnętrzne fakty, co znaczenie, jakie nadaje im dana osoba. Technika uściślania (konkretyzowania) przyjmuje więc formę pytań w rodzaju: „Co pan(i) przez to rozumie?”; „Co pan(i) ma na myśli?”; „Co to dla pana(i) znaczy?”; „Na czym to polega?”; „W czym się to wyraża?”; „Czy może mi pan(i) powiedzieć coś więcej na ten temat?” itp. Należy zwrócić uwagę, że pytania tego rodzaju w żaden sposób nie narzucają kierunku odpowiedzi, natomiast pozwalają uściślić i skonkretyzować wypowiedź pacjenta, przez co znacznie łatwiej jest dostrzec to, o co naprawdę mu chodzi i na czym polega jego problem. Warto w tym miejscu podkreślić, że aby rozmowa nabrała terapeutycznego charakteru, musi być prowadzona w sposób konkretny, a zarazem osobisty. Dlatego starając się dotrzeć do świata wewnętrznych przeżyć i myśli chorego, lepiej unikać niejasnych słów oraz ogólników.

Uściślanie wypowiedzi pacjenta, zwłaszcza tych, które odnoszą się do jego uczuć i myśli, jest bardzo ważną techniką pozwalającą poznać lepiej jego wewnętrzne problemy, a zarazem pomóc w ich porządkowaniu. W niektórych przypadkach może się okazać, że stosując tę technikę umiejętnie i konsekwentnie, nie dając żadnych rad ani zaleceń, doprowadzimy do tego, że pacjent sam znajdzie najlepsze rozwiązanie dręczącego go problemu. Stosując konkretyzowanie, nie zareagujemy zatem pełnym zrozumienia „aha” na stwierdzenie pacjenta, że jest bardzo nerwowy, lecz raczej zapytamy: „Nerwowy? Co konkretnie ma pan(i) na myśli?”

lub „Czy mógłby pan powiedzieć, w czym się ta nerwowość wyraża?”.

Parafrazowanie jest jeszcze inną techniką stosowaną w aktywnym słuchaniu. W sposób bezpośredni komunikuje ona rozmówcy, jak został przez nas zrozumiany i co z tego, o czym mówił, do nas dotarło. Pozwala na bieżąco wyjaśnić ewentualne nieporozumienia i uniknąć płynących stąd problemów. Co równie ważne, komunikuje pacjentowi, że choć niekoniecznie podzielamy jego poglądy, to uznajemy jego prawo do ich posiadania. Tym samym komunikuje naszą akceptację (nie mylić ze zgodą) prawa do innego niż nasz sposobu myślenia.

Technika ta polega na powtórzeniu własnymi słowami wypowiedzi pacjenta, tak aby wydobyć z niej sens i to, co wydaje się dla pacjenta najważniejsze. Mogą to być wypowiedzi zaczynające się następująco: „Rozumiem, że...”; „O ile dobrze rozumiem, chciał pan powiedzieć...”; „Uważa pan, że...”; „A więc pańskim zdaniem...” itp. Gdy na przykład zdenerwowany pacjent mówi: „W tym szpitalu pielęgniarki zamiast interesować się chorymi, wolą siedzieć w dyżurce i popijać kawę”, zamiast koncentrować się na obronie swego nadwyreżonego autoportretu, lepiej jest empatycznie skoncentrować się na osobie pacjenta i parafrazując jego stwierdzenie, odpowiedzieć po prostu: „Rozumiem, że pan uważa, że pielęgniarki zbyt mało czasu poświęcają chorym”. W tym miejscu warto byłoby, dalej wykazując empatyczną postawę, spróbować skonkretyzować jego zarzut: „Mam wrażenie, że coś pana szczególnie poruszyło, czy moglibyśmy o tym porozmawiać?”.

Stosując empatyczne podejście, nie rezygnujemy bynajmniej z możliwości dyskusji z pacjentem i z asertywnego przedstawienia swojego zdania, nasuwających się argumentów i propozycji, ale wstrzymujemy się z tym na tyle, na ile jest to możliwe, najpierw podążając za pacjentem, a tym samym dostarczając mu wsparcia i lepiej poznając jego problemy. Z rozmowy, jaka na tym etapie kontaktu ma szansę się wywiązać, można dowiedzieć się wiele o problemach, nastawieniu i oczekiwaniach pacjenta. Nigdy się tego nie dowiemy, przechodząc od razu do ataku lub obrony.

Odzwierciedlenie w słowach tego, co — jak się nam wydaje — myśli lub czuje pacjent, oznacza tylko tyle, że właściwie zrozumieliśmy pacjenta, nie wskazując w najmniejszym stopniu, jakie jest w danej sprawie nasze własne stanowisko. Nie o nas wszakże tu chodzi. Podążanie za pacjentem budzi jego zaufanie, a jednocześnie dostarcza wielu cennych informacji, które można będzie później wykorzystać, jeśli przyjdzie czas na dyskusję bądź pojawi się konieczność udzielenia niezbędnych wyjaśnień czy zaleceń.

Odzwierciedlenie uczuć to zdecydowanie zaawansowana technika aktywnego słuchania. Stosowanie jej wymaga pewnej dozy ostrożności. Jak wiadomo, nikt

nie chce, aby ktoś obcy wchodził mu z butami do wnętrza, a z drugiej strony każdy potrzebuje bliskości i zrozumienia. Opisywana technika jest takim właśnie dośłownym wejściem w wewnętrzny świat przeżyć pacjenta. Wejście to dokonuje się poprzez próbę nazwania emocji, jaką pacjent w danej chwili odczuwa lub odczuwał w sytuacji, o której opowiada. Trafne określenie doświadczanych przez chorego uczuć, o ile ma miejsce w kontakcie budzącym zaufanie, znacznie ułatwia mu radzenie sobie z tymi uczuciami, a także pomaga uświadomić różne sprawy, których znaczenia dotąd nie był w pełni świadomy.

Odzwierciedlanie uczuć doświadczanych przez pacjenta pomaga mu lepiej radzić sobie z nimi na wiele różnych sposobów. Po pierwsze, pozwala je lepiej kontrolować. Po drugie, pomaga je złagodzić przez uzewnętrznienie w momencie nazwania. Po trzecie, pomaga się nimi podzielić z uważnym i rozumiejącym słuchaczem. Po czwarte, pomaga je zaakceptować jako część własnego, wewnętrznego doświadczenia, którego nie ma powodu się lękać ani wstydzić. W ten właśnie sposób dokonuje się właśnie zachodzący w głębszych warstwach psychiki człowieka proces rozwiązywania wewnętrznych, emocjonalnych trudności. W większości przypadków nie dzieje się to wcale dzięki jakimś nadzwyczajnym radom czy pocieszeniom, tak jak jesteśmy przyzwyczajeni myśleć, poruszając się na co dzień w zewnętrznej rzeczywistości, ani nie jest wynikiem zmiany sytuacji zewnętrznej, której w chorobie zwykle łatwo zmienić się nie da. W przypadku problemów natury emocjonalnej rozwiązanie pojawia się raczej dzięki dotarciu do uczuć gnębiących chorego, ich odsłonięciu lub odsłonięciu potrzeb leżących u ich podłoża, a następnie pomocy w ich akceptacji i zmianie stosunku do danej sprawy. Można powiedzieć, że dostrzegając i akceptując swoje prawdziwe uczucia i potrzeby, pacjent zyskuje dopiero właściwą perspektywę umożliwiającą dojrzałe radzenie sobie z problemem.

Typowe wypowiedzi należące do techniki odzwierciedlania uczuć mogą wyglądać następująco: „Mam wrażenie, że ta informacja bardzo panią zasmuciła”; „Widzę, że poczuł się pan dotknięty”; „Rozumiem, że w tej sytuacji czuła się pani bardzo samotna”; „Słyszę, że jest pan bardzo poirytowany” itp. Ważne jest przy tym, aby być otwartym na to, że rozmówca może zaprzeczyć naszej propozycji nazwania jego uczuć. Odgadując cudze uczucia, łatwo przecież się pomylić, a poza tym pacjent może nie być jeszcze gotów, by jasno zdać sobie sprawę ze swych uczuć, stawiając im czoła w bezpośredniej, niekiedy bolesnej konfrontacji.

Ważną zaletą techniki odzwierciedlania uczuć jest to, że stanowi ona niebudzący żadnych wątpliwości komunikat wyrażający empatię, potwierdzający zainteresowanie pacjentem i pełne zrozumienie jego stanu. Osoba nie tylko słyszy, że jest rozumiana (jak w potwierdzeniu odbioru informacji), nie tylko otrzymuje dowód, że dobrze zostało zrozumiane to, co powiedziała (jak w parafrazie), ale dociera do niej wiadomość, że jej rozmówca naprawdę dobrze wie, co ona przeżywa.

Odzwierciedlenie potrzeb, ostatnia technika z omawianego tu zestawu, polega na trafnym nazwaniu tego, co kryje się pod emocjami pacjenta i co leży u ich źródła. Warto zauważyć, że emocje można traktować jako wskaźniki potrzeb. W przypadku emocji pozytywnych dociera do świadomości informacja o potrzebach, które właśnie zostały zaspokojone, a emocje negatywne przynoszą informację, że coś przeszkadza w ich zaspokojeniu. Dostrzeżenie i trafne nazwanie aktualnych potrzeb pacjenta jest zarówno okazaniem empatii, jak i znakomitą sposobem na okazanie głębszego zrozumienia. Przykładowe stwierdzenia odzwierciedlające potrzeby pacjenta mogą brzmieć mniej więcej tak: „Rozumiem, że chciałby pan, aby pielęgniarki więcej uwagi poświęcały pacjentom”; „To, co pani mówi, oznacza, że chciałaby pani być pewna, że zabieg przebiegnie pomyślnie”; „Rozumiem, że chce się pani czuć bezpiecznie podczas zakładania wenflonu”; „Wyczuwam, że chciałby pan wiedzieć więcej na temat pielęgnowania rany?” itp.

Metoda aktywnego słuchania stosowana jako narzędzie budowania relacji terapeutycznej to w sumie dość niewielki zestaw stosunkowo prostych technik, służących komunikowaniu pacjentowi swego zainteresowania, akceptacji, empatycznego zrozumienia i troski. Dzięki ich użyciu wewnętrzny problem pacjenta zostaje odsłonięty (czasem bywa to nieco bolesne), a wtedy może być rozwiązywany w bezpiecznej atmosferze terapeutycznej relacji.

Kończąc krótką charakterystykę podstawowych narzędzi aktywnego słuchania, będącego ważną formą okazywania pacjentom empatii, autor niniejszego artykułu chciałby przytoczyć obszerny cytat z pracy M. Rosenberga [16]¹. Dotyczy on rozmowy pielęgniarki z parą małżeńską, podczas której pielęgniarka w sposób intensywny stosuje aktywne słuchanie. Rozmowa ma miejsce w domu pacjenta z zaawansowanym nowotworem płuc, w obecności jego żony, tuż przed przewiezieniem go do szpitala. Pielęgniarka odwiedza parę małżeńską w ramach zamówionych wcześniej wizyt domowych².

„Żona pacjenta rozpoczyna rozmowę od skarg na fizjoterapeutkę, która zajmowała się niezbyt sprawnym pacjentem, również prowadząc ćwiczenia w domu.

¹W cytowanych wypowiedziach pielęgniarki wprowadzono nieznaczne modyfikacje, dostosowując je do polskiej konwencji językowej.

²Autor proponuje potraktować poniższy tekst jako test własnych umiejętności empatii i stosowania aktywnego słuchania. W tym celu czytając rozwijający się dialog, przysłoń czystą kartką tekst wypowiedzi pielęgniarki i przyjmując jej rolę, po każdej wypowiedzi żony pacjenta lub jego samego próbuj jako pielęgniarka odpowiadać własną wersję empatycznej reakcji. W budowanych przez siebie wypowiedziach staraj się głównie stosować parafrazowanie, odzwierciedlanie uczuć i odzwierciedlanie potrzeb. Następnie porównaj swoją odpowiedź z odpowiedzią zawartą w cytowanym tekście.

Żona: To zła terapeutka

Pielęgniarka: Jest pani zła na fizjoterapeutkę. Chciałaby pani, żeby mąż miał jak najlepszą rehabilitację.

Żona: Ona w ogóle nic nie robi. Jak podskoczyło mu ciśnienie, kazała mu przestać chodzić.

Pielęgniarka: Obawia się pani, że jeśli fizjoterapeutka nie zmobilizuje męża, to nie uda mu się odzyskać sił. Chciałaby pani bardzo, aby mąż wyzdrowiał i pewnie stąd to zdenerwowanie?

Żona: (z płaczem) No właśnie, bardzo się o niego boję.

Pielęgniarka: Boi się pani, że stan męża może się pogorszyć?

Żona: No właśnie! Od tak dawna jesteśmy razem.

Pielęgniarka: Niepokoi panią myśl, że mąż mógłby zostawić panią samą?

Żona: Wręcz nie umiem sobie wyobrazić życia bez niego. Zawsze był na każde moje zawołanie. Zawsze.

Pielęgniarka: Bardzo go pani potrzebuje.

Żona: Tylko on mi został. Wie pani, nie mam nikogo więcej. Córka nawet rozmawiać ze mną nie chce.

Pielęgniarka: Mam wrażenie, że mówi pani o córce z wielkim żalem, bo chciałaby pani być z nią w innych stosunkach.

Żona: Pewnie, że bym chciała. Ale ona jest taka samolubna. Nie wiem, po co w ogóle rodziłam dzieci. Dużo teraz z tego mam!

Pielęgniarka: Wydaje mi się, że jest pani rozczarowana, bo chciałaby pani, żeby rodzina bardziej panią wspierała w czasie choroby męża.

Żona: No właśnie, on jest tak ciężko chory. Nie wiem, jak sama jedna dam radę przez to przejść. Nie mam nikogo...nie mam nawet z kim pogadać, chyba że akurat teraz z panią. Nawet on sam nie chce o tym rozmawiać... Pani spojrz! (mąż milczy z niewzruszoną miną) Nic nie mów!

Pielęgniarka: Jest pani zła i smutna, bo chciałaby pani, żebyście umieli nawzajem się wspierać i mieli ze sobą lepszy kontakt?

Żona: Tak (milknie na chwilę). Proszę z nim porozmawiać, tak jak ze mną.

Pielęgniarka: Chce pani, żeby ktoś wysłuchał męża w sposób, który pomógłby wyrazić mu uczucia, które mu towarzyszą?

Żona: Tak, tak, właśnie o to mi chodzi! Niech poczuje, że może swobodnie mówić. Chcę też wiedzieć, co on teraz czuje.

Pielęgniarka (zwracając się do męża): Jakie uczucie wzbudziło w panu to, co pan usłyszał od żony?

Mąż: Bardzo ją kocham.

Pielęgniarka: Mógłby pan powiedzieć, jak się pan czuje w związku ze swoją chorobą?

Mąż: (po krótkim milczeniu) Niezbyt dobrze.

Pielęgniarka: Boi się pan swej choroby?

Mąż: Nie to, że się boję.

Pielęgniarka: Czuje pan gniew na myśl o tym, co pana spotkało?

Mąż: Nie, to nie jest gniew.

Pielęgniarka (przestaje na chwilę reagować aktywnym słuchaniem i postanawia wyrazić swoje własne uczucia): Teraz już nie bardzo wiem, co pan właściwie czuje. Może sam mi to pan powie?

Mąż: Chyba zastanawiam się, jak ona sobie beze mnie poradzi.

Pielęgniarka: Obawia się pan, że żona bez pańskiej pomocy nie będzie umiała pokierować swoim życiem?

Mąż: Tak, boję się, że kiedy umrę, będzie za mną bardzo tęskniła.

Pielęgniarka (wie, że umierający czasem trzymają się życia z obawy o bliskich, których pozostawiają na tym świecie i dopiero wtedy pozwalają sobie odejść, gdy się upewnią, że bliscy zdołają się pogodzić z ich śmiercią): Chciałby pan usłyszeć, co myśli i czuje żona, słysząc pana słowa?

Mąż: Tak.

W tym momencie do rozmowy włącza się żona i w obecności pielęgniarki małżonkowie zaczynają otwarcie ze sobą rozmawiać.

Powyższy przykład jasno ukazuje, że empatyczne reagowanie wcale nie jest proste. Po pierwsze wymaga przełamania nawyku egocentrycznego spojrzenia na sytuację głównie z własnej perspektywy, a po drugie psychicznego wysiłku, jaki trzeba włożyć w zbliżenie się do myśli, uczuć lub potrzeb rozmówcy. Wysiłek ten jednak, tak jak w powyższym przypadku, może zaowocować poprawą kontaktu i pogłębieniem współpracy z pacjentem (emocjonalny klimat relacji terapeutycznej), a także przekazaniem mu dużej dawki wsparcia psychicznego i dostarczeniem okazji do rozładowania przynajmniej części negatywnych uczuć obciążających psychikę. Okazywanie empatycznego zrozumienia zapoczątkowuje ponadto wewnętrzny proces stopniowego porządkowania i neutralizacji emocjonalnych problemów przeżywanych przez pacjenta.

Podsumowanie i wnioski

Kończąc prezentację najważniejszych technik aktywnego słuchania, wchodzących w skład komunikacji terapeutycznej, należy podkreślić, że ta ostatnia powinna być powszechnie uznana za integralny element każdego postępowania pielęgniacyjnego i leczniczego. Zdaniem autora, psychoterapeutyczna funkcja pielęgniowania i leczenia to funkcja zdecydowanie zawodowa, a nie kwestia osobistej kultury, charakteru czy dobrej woli pielęgniarki lub lekarza.

Uznanie tej względnie oczywistej tezy łączy się z koniecznością intensywnego, masowego doskonalenia podstawowych, interpersonalnych umiejętności pielęgniarek i lekarzy, a także rozwijania skutecznych metod kształcenia w tym zakresie. Wśród metod doskonalenia umiejętności terapeutycznych lekarzy i pielę-

gniarek na poziomie podyplomowym na szczególne wyróżnienie zasługuje tak zwany Grupowy Trening Balintowski, który z jednej strony pozwala na trenowanie posiadanych umiejętności empatycznego wczuwania się w sytuację pomagającego lub pacjenta, a z drugiej pomaga w uzyskaniu lepszej świadomości niektórych psychologicznych zjawisk pojawiających się w kontakcie z pacjentem, takich jak na przykład przeniesienie i przeciwprzeniesienie, od których w dużym stopniu zależą jego cechy, dynamika oraz efekty.

Pielęgnacja pozbawiona elementu psychoterapeutycznego, wyrażającego się w terapeutycznej komunikacji z pacjentem, traci poważnie na skuteczności, przyjmując formę zdeformowaną i niepełną. Dopiero w powiązaniu z komunikacją terapeutyczną uzyskuje właściwą jakość, adekwatną do psychosomatycznej natury oczekiwań i potrzeb pacjentów.

Piśmiennictwo

1. Bishop G. Psychologia zdrowia. Astrum, Wrocław 2000.
2. Dolińska-Zygmunt G. (red.). Podstawy psychologii zdrowia. Wyd. Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2001.
3. Heszen I., Sęk H. Psychologia zdrowia. PWN, Warszawa 2007.
4. Grajcarek A. Sztuka rozmowy z chorym. Ad Vocem, Kraków 2001.
5. Motyka M. Psychoterapia elementarna w praktyce pielęgniarstwa — ramy teoretyczne pojęcia. *Pielęg. Pol.* 1997; 7: 149–156.
6. Motyka M. Komunikacja terapeutyczna. W: Kwiatkowska A., Krajewska-Kułak E., Panek W. (red.). Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie. Wyd. Czelej, Lublin 2003.
7. Motyka M. Komunikacja terapeutyczna. Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2011.
8. Motyka M. Komunikacja terapeutyczna w leczeniu i pielęgnacji. W: Wysokiński M., Sienkiewicz Z., Fidecki A. (red.). Wybrane determinanty pielęgniarstwa. Cz. I. Wyd. UW, Warszawa 2011.
9. Czabała J. Cz. Czynniki leczące w psychoterapii. PWN, Warszawa 2010.
10. Elso Ch., Hades J. Relacja terapeutyczna. GWP, Gdańsk 2004.
11. Hobbs M. The psychological treatments. W: Rose N.B. (red.). *Essential psychiatry*. Blackwell Scientific Publication, Oxford 1984.
12. Rogers C. On becoming person. Houghton Mifflin, Boston 1961.
13. Gordon T., Edwards S. Pacjent jako partner. Pax, Warszawa 1999.
14. Korsch B., Harding C. Świadomy pacjent. Prószyński i S-ka, Warszawa 1999.
15. Wilczek-Rużyczka E. Empatia i jej rozwój u osób pomagających. Wyd. UJ, Kraków 2002.
16. Rosenberg M.B. Porozumienie bez przemocy. O języku serca. Jacek Santorski & Co, Warszawa 2003, 110–112.