

EMPATIA I JEJ ROLA W PRACY W ZAWODACH MEDYCZNYCH

WOJCIECH WANOT¹, BARTOSZ WANOT¹

¹Katedra Nauk o Zdrowiu i Fizjoterapii

Wydział Nauk o Zdrowiu

Uniwersytet Humanistyczno-Przyrodniczy

im. Jana Długosza w Częstochowie

Streszczenie

Empatia to zdolność determinująca zachowania się ludzi względem innych. Intuicyjnie wydaje się, że pracownicy medyczni powinni mieć wysoki poziom empatii, ze względu na konieczność pracy z ludźmi w trudnych sytuacjach, często zagrażających życiu. Zauważono różne sposoby definiowania empatii w zależności od przyjmowanego kryterium psychologicznego. Każde kryterium kieruje się wyróżnianiem pewnego komponentu, jako najważniejszego. Są to: (1) Komponent poznawczy, (2) Komponent emocjonalny, (3) Komponent emocjonalno-poznawczy. Współcześnie jednak odchodzi się od charakteryzowania zjawiska jedynie pod kątem emocjonalnym lub poznawczym. Obecnie spora część badaczy opowiada się za połączeniem obu komponentów i tworzy wieloaspektowe podejścia do empatii. W wyjaśnianiu źródeł funkcjonowania empatycznego i predyspozycji do zachowań empatycznych pomagają dwa główne współczynniki. Jednym z nich jest komponent genetyczny, czyli uwarunkowania wrodzone (dziedziczne), a drugim komponent środowiskowy, jako doświadczenia społeczne zdobyte w trakcie rozwoju w rodzinie. Jednym ze sposobów rozwijania empatii jest trening empatii. Trening taki nie jest rozwijaniem wiedzy teoretycznej. Forma treningu jest tak skonstruowana, żeby umiejętności były przyswajane dzięki ćwiczeniu i doświadczeniu w kontakcie z innymi ludźmi. W takim procesie następuje rozwój kompetencji istotnych dla danej osoby, a także przydatnych w kontaktach z innymi ludźmi. Można stwierdzić, że przeprowadzenie treningu empatii byłoby słusznym pomysłem do zrealizowania dla wszystkich pracowników służby zdrowia.

Słowa kluczowe: empatia, zawód medyczny, trening empatii, źródła empatii.

Wstęp

Empatia to zdolność determinująca zachowania się ludzi względem innych. Intuicyjnie wydaje się, że pracownicy medyczni powinni mieć wysoki poziom empatii, ze względu na konieczność pracy z ludźmi w trudnych sytuacjach, często zagrażających życiu. Empatii pomagałaby tu w adekwatnym reagowaniu na dobrze rozpoznane dolegliwości pacjenta. W tym aspekcie można również wziąć pod uwagę całkowicie odmienny pogląd. Niektórzy twierdzą, że pracownik medyczny powinien nie mieć w sobie empatii, ponieważ zbyt intensywnie przeżywałby osobiście przeżycia pacjenta oraz nieadekwatnie reagowałby na jego stan nie przez pryzmat choroby, lecz przez pryzmat jego cierpienia. Na podstawie takich poglądów istotnym wydaje się nie utożsamianie empatii z cikliwością. Właściwszym będzie rozumienie jej jako zdolności do rozumienia potrzeb i uczuć własnych i innych ludzi [1].

Empatia – rys historyczny. Pierwsze koncepcje i badania

„Empatia to zrozumienie innych ludzi; najgłębsze zrozumienie na jakie stać człowiek.” [2].

Współczesne patrzenie na empatię jako kompetencję społeczną wywodzi się z takich nauk jak filozofia, estetyka, socjologia i psychologia rozwoju osobowości [3]. Filozofowie od wieków przyglądali się człowiekowi. Już Arystoteles obserwował zmiany, jakie zachodzą w człowieku w odpowiedzi na retorykę. Zauważył możliwość wpływania na ludzi i wyjątkowy proces zmian w poglądach i postawach społecznych w odpowiedzi na umiejętną wymowę. Patrzenie na siłę słowa i projekcja uczuć zostały z czasem rozszerzone na przedmioty nieożywione. Współcześnie ten proces nosi nazwę animizmu lub antropomorfizmu. Te pierwsze przejawy dostrzegania empatii w filozofii wchodziły w nurt estetyki. Innym źródłem myślenia o empatii są badania ekonomisty i etyka Smith'a, który stworzył termin współodczuwania [4]. Obserwacje Smith'a prowadziły do zwrócenia uwagi na fakt, że natura ludzi ma pewną właściwość. Mianowicie człowiek ma zdolność do doświadczania uczuć i emocji, które są odpowiedzią na emocje innych i są do nich podobne. Współodczuwanie, więc stało się osiemnastowiecznym prototypem pojęcia empatii.

Pod koniec XIX wieku, gdy do głosu doszły pierwsze teorie psychologiczne, empatia w szybkim tempie pojawiła się w tym nurcie. Prace psychologiczne na temat empatii zaczęły być tworzone w Niemczech, na podwalinach estetyki. Niemiecki badacz psychologii Th. Lipps stworzył termin *Einfühlung*, który określał umiejętność dostrzegania piękna w przedmiotach [3, 5]. Lipps korzystając z modelu fenomenologicznego wpisał się do kart historii jako twórca terminu empatia. Tę estetyczną teorię *Einfühlung*, na grunt amerykański

wprowadził Titchener i ujął ten termin w języku angielskim jako *empathy*. Z czasem Lipps rozwijał swoją teorię, zauważając subiektywność odczuć empatycznych. Wychodząc od estetycznego odzwierciedlania form geometrycznych, z czasem zaczął zauważać współprzeżywanie z innymi ludźmi. Nie mogąc fizycznie przeżywać pewnych zdarzeń z innymi ludźmi, można wewnętrznie utożsamiać się z nimi. Chodzi tu o przeżywanie ruchów jak i emocji innych. Lipps opisywał empatię na podstawie swoich badań nad złudzeniami optycznymi, a następnie procesami poznawania innych ludzi. Wywnioskował również, że u podstaw empatii znajduje się mechanizm naśladowania zachowań osób i obiektów. Obecnie zjawisko to nazywa się naśladowaniem motorycznym. Badania Lippsa i Titchnera prowadziły do określenia obserwatora jako: „*umyślnie działającego, świadomie podejmującego wysilek wyjścia poza własną jaźń, w przestrzeń cudzych doświadczeń*” [4]. Na podstawie prac Lippsa [5] można wyróżnić sześć odmian empatii: nastrojową, estetyczną, wspomnieniową, apercepcyjną, intelektualną i etyczną. Rembowski zaznacza, że koncepcja Lippsa spotkała się z krytyką. Wirringer, bowiem zaznaczył, że proces twórczy lub estetyczny nie mogą zostać zrozumiane dzięki empatii. Argumentacja krytyczna nie dotyczyła istoty samej empatii i nie odbiła się zbyt dużym echem w świecie nauki [3].

Poza estetycznymi źródłami wiedzy o empatii istotne były badania socjologów o indywidualnej socjalizacji dzieci. Znaczącym dla pojęcia empatii jest termin sympatii, według Cooleya, oznacza on: „*dzielenie się stanem umysłu, który można przekazać, i który nie ma tych specyficznych implikacji współczucia lub ciepłych uczuć występujących w zwykłej mowie*” [3]. Cooley zauważył różnicę między sympatią a współczuciem, gdyż w tym drugim, zdaniem autora, nie potrzeba zrozumienia drugiej osoby. Badacze zajmujący się rozwojem dzieci rozpatrywali empatię pod kątem poznawczo-emocjonalnym. Wyróżniali oni dwa typy sympatii:

1. Sympatię organiczną, która występuje i pojawia się w różnych stadiach rozwoju. Jest podobna do tej występującej u zwierząt ze względu na swoją instynktowność i bezpośredniość.
2. Sympatię wtórną, która pojawia się wraz z rozwinięciem się procesów myślenia. Jest wynikiem socjalizacji [3].

W pierwszej połowie XX wieku badano empatię odnosząc to pojęcie do praktycznego zastosowania. Empatię zaczęto uważać za kompetencję społeczną w nawiązywaniu kontaktów społecznych i znaczącą umiejętność we współdziałaniu z innymi ludźmi. Badania sprzedawców samochodów wykazały współzależność między zdolnościami empatycznymi

sprzedawców i skutecznością sprzedaży samochodów, szczególnie tych używanych. Termin empatia brzmiał wtedy następująco: „*Zdolność do stawiania siebie w sytuacji innej osoby, do kształtowania z nią bliskich związków społeczno-emocjonalnych, wyprzedzania jej reakcji uczuciowych oraz zachowań*” [3]. Zgodnie z tym sposobem pojmowania empatii badano pracowników budowlanych, a także psychologów. B. Bell i H. Hall skorelowali poziom empatii z przywództwem. Jak się okazało, między tymi dwiema zmiennymi wykazany został niski związek [3]. W tym samym okresie Jean Piaget badał dzieci pod kątem rozwoju procesów poznawczych. Z badań wynikało, że zdolności empatyczne są przez dziecko zdobywane wraz z rozwojem zdolności poznawczych [4]. Przez niektórych badaczy empatia została też skategoryzowana do emocji społecznych, wcześniej obok współczucia i litości nazywana była „sentymentem moralnym” [6]. Początkiem drugiej połowy XX wieku wzrosła jeszcze liczba badań i publikacji dotyczących empatii. Artykuły dotyczyły obszarów związanych z dziećmi, terapią, szkolnictwem, studentami, doradcami, instrumentami pomiarowymi, szpitalami, językami oraz rodziną. Wiedza i badania nad empatią były więc, rozpowszechniane i coraz dokładniej opisywane. Empatia była, pojawiała się i stawiała się przydatna w życiu prywatnym, uczuciowym, biznesowym, a także politycznym. Duże znaczenie miało w pracach badawczych zwrócenie uwagi na brak empatii u niektórych osób, takich jak pedofile, gwałciciele czy mordercy [3, 7].

Współczesne rozumienie pojęcia empatia – istota empatii

Przegląd literatury wskazuje na spore zainteresowanie pogłębianiem wiedzy na temat empatii. Badacze analizują samo zjawisko jak i starają się dedukować o praktycznym wykorzystywaniu empatii i zwracać uwagę na korzyści płynące z prezentowania wysokiego poziomu empatii.

Współcześnie empatię definiuje się na dwa sposoby. Jedni badacze swoje definicje budują na dawniejszych koncepcjach wywodzących się z estetycznej teorii *Einführung*, inni zaś dostosowują ten termin do potrzeb własnych badań. Rembowski dodatkowo zauważył różne sposoby definiowania empatii w zależności od przyjmowanego kryterium psychologicznego. Każde kryterium kieruje się wyróżnianiem pewnego komponentu, jako najważniejszego. Są to:

1. komponent poznawczy,
2. komponent emocjonalny,
3. komponent emocjonalno-poznawczy.

Stanowiska podkreślające poznawczy komponent empatii określają ją, jako spostrzeganie i rozumienie innych osób poprzez identyfikację, a także przyjmowanie ról innych [3]. Pierwszym zwolennikiem myślenia o empatii, jako umiejętności poznawczej był Köhler. Empatia wg niego: „*jest bardziej zrozumieniem aniżeli dzieleniem afektów*” [4]. Wynika z tego, że największe znaczenie ma obserwowanie, rozumienie i interpretowanie czynności fizycznych i psychicznych drugiego człowieka, a nie, jak zakładano wcześniej, odczuwanie tego samego, co czują inni. George Herbert Mead natomiast zwrócił uwagę na przyjmowanie ról, czyli uczenie afektywne poprzez naśladownictwo i umiejętność dostosowania się do oczekiwań innych ludzi, a także spełnianie ich oczekiwań. Pozwala to na zrozumienie postrzegania świata przez drugą osobę [4]. J. Mellibruda zdefiniował empatię jako: „*umiejętność poznawania wewnętrznych stanów i procesów zachodzących w kontaktującej się z nami osobie*” [8]. Kolejnym badaczem empatii jako zjawiska o podłożu poznawczym był Jean Piaget. Jego badania nad dziećmi wskazały na możliwość decentracji. Początkiem swojego rozwoju dzieci nie dostrzegają różnicy między własnymi zachowaniami, a zachowaniami płynącymi z otoczenia. Uczą się tego, przechodząc przez kolejne etapy rozwoju poznawczego i społecznego. Decentracja, zatem jest nabywaną przez dziecko umiejętnością zmiany tej pierwotnej egocentrycznej perspektywy. Koncepcja decentracji i koncepcja przyjmowania ról wskazują wspólnie na poznawczy styl empatii. Pokazują wychodzenie z samolubnej perspektywy przyjmowanej wobec świata i skupianie się na sobie, a zarazem na wyobrażeniu sobie otoczenia i zrozumienie jego odmiennej reprezentacji poznawczej. Empatia tak rozumiana, jest niezbędnym czynnikiem do tworzenia właściwych relacji społecznych. Jean Piaget i George Herbert Mead, tworząc teorie, które okazały się komplementarne względem siebie, zainicjowali silny kierunek badań nad empatią [4].

Nie potrzeba było dużo czasu, żeby kolejni badacze zainteresowali się tematem przyjmowania ról. Co więcej, swoje badania prowadzili na dzieciach w różnych stadiach rozwoju. Efektem ich badań było wyłonienie takich rodzajów przyjmowania ról jak:

- Percepcyjne – wnioskowanie z przesłanek wzrokowych i wyobrażanie sobie dosłownie perspektywy widzenia świata przez inną osobę.
- Poznawcze – umiejętność wyobrażania sobie motywów postępowania i myśli innych ludzi.
- Afektywne – inferencyjny obraz cudzych stanów emocjonalnych w perspektywie odbiorcy [4].

Wyniki badań dodatkowo wskazują, że wraz z rozwojem dziecka rośnie umiejętność przyjmowania ról. Z czasem różni badacze stworzyli duży wachlarz narzędzi do pomiaru indywidualnych umiejętności przyjmowania ról [4]. Warto też wspomnieć, że teoria przyjmowania ról została wykorzystana w metodach terapeutycznych. Przykładowo koncepcje tą stosował Rogers w swojej terapii. Używał on jednak przede wszystkim afektywnego przyjmowania ról, co było zgodne z nurtem humanistycznym, ale dotyczyło jednak wyłącznie emocjonalnego komponentu empatii jako identyfikacji z pacjentem [3].

W badania nad empatią włączyli się tacy twórcy jak Dymond i Mellibruda. Według Dymond empatia to: „*wyobrażeniowe przeniesienie siebie w myślenie, uczucie i działanie drugiej osoby i ustrukturalizowanie świata na jej sposób*” [3]. Definicja ta została jeszcze szerzej opisana przez Mellibrudę. Obok wyobrażenia reprezentacji świata zewnętrznego empatia pozwala na wyobrażenie, jaki obraz samego siebie ma druga osoba [3].

Tak przez lata koncepcja empatii o podłożu poznawczym była rozszerzana. W latach pięćdziesiątych nastąpił przełom ze względu na problemy metodologiczne badaczy. Ch. Hobart i N. Fahlberg na przykład twierdzili, że czynnik poznawczy jest ważny, ale niewystarczający do opisu zjawiska empatii. Wątpliwości wynikały z nowych tendencji do postrzegania empatii. Zaczęto bowiem uwzględniać silny komponent emocjonalny w rozumieniu zjawiska empatii [3, 4].

Pierwszym badaczem zwracającym uwagę wyłącznie na komponent emocjonalny empatii był Ezra Stotland. Rozpatrywał on empatię wraz ze współpracownikami tworząc definicję: „*reagowanie emocjonalne obserwatora spowodowane odczuciem, że ktoś inny doświadcza lub jest na drodze do doświadczenia jakiegoś rodzaju emocji*” [4]. Tym samym termin ten stanowił wyłącznie o afektywności empatii, odgraniczając zupełnie go od sfery poznawczej. W ten sposób twórca tej koncepcji zbliżył się do estetycznej teorii empatii. Dodatkowo należy zauważyć, że termin ten nie mówi o podobieństwie emocji osoby przeżywającej emocję do empatycznej osoby reagującej. Rodzaj i kierunek przeżyć może być zupełnie różny. Za tym modelem myślenia utworzony został nowy konstrukt empatii kontrastowej, która oznacza, że empatyczna odpowiedź obserwatora na emocję może być pełnym przeciwieństwem. Poza Stotland wielu badaczy definiowało empatię jedynie w kontekście afektywnym. Generalnym wyznacznikiem empatii jest współwystępowanie w jakiś sposób pokrewnych emocji u osób w danej sytuacji. W kwestii afektywnego patrzenia na empatię T. Gawriłowa przedstawia zupełnie inną teorię niż Stotland [3]. Badaczka ta twierdzi, że empatia może być bezpośrednim odwzorowaniem przeżywanych emocji. Empatia to to: „*przeniesienie na siebie cudzych uczuć, przeżywanie ich tak, jakby były one własne,*

o ile nie miały miejsca we wcześniejszym doświadczeniu podmiotu" [3]. Dodatkowo Gawriłowa przedstawia drugą, nadrzędną formę empatii. Jest to współczucie, czyli reakcja afektywna na przeżycia emocjonalne drugiej osoby, która nie musi być taka sama, ale odnosi się do jej stanu. We współczuciu Gawriłowej, można znaleźć podobieństwo do patrzenia na empatię tak jak Stotland. Dan Beatson przedstawił jeszcze inny kierunek patrzenia na empatię stylu afektywnego. Było to zawężenie definiowania empatii, gdyż nakładał on silny nacisk na to, że empatia jest odpowiedzią na cierpienie. Jego poglądy wskazywały nawet na to, że empatia występuje tylko w sytuacji cierpienia, stanowi współczucie drugiemu człowiekowi i w pewien sposób troskę o drugiego człowieka [3, 4].

Współcześnie jednak odchodzi się od charakteryzowania zjawiska jedynie pod kątem emocjonalnym, lub poznawczym. Obecnie spora część badaczy opowiada się za połączeniem obu komponentów i tworzy wieloaspektowe podejścia do empatii [4, 9, 10].

Mark Davis wychodził z założenia, że wykluczanie komponentów poznawczych przez popleczników stylu emocjonalnego empatii i odwrotnie prowadzą do odrzucenia bardzo ważnych treści niezbędnych do pełnego ukazania zjawiska. Deprecjonowanie silnych założeń niektórych teoretyków lub nadmierne zawężanie definicji i umieszczanie ich w nieprzepuszczalnych ramach nie jest drogą do poznania. Badacz zaproponował zatem swój model, który miał integrować różne sposoby myślenia o empatii przedstawiając punkty wspólne. Model ten odnosi się do szerokiej gamy konstruktów. Najistotniejsze to te, które są procesami powstającymi u obserwatora i efekty tych procesów, czyli skutki. Korzystając z konstruktów, możemy zbudować tzw. epizod empatyczny. Najprościej mówiąc, przebiega on od zetknięcia się obserwatora z obserwowanym do reakcji obserwatora - poznawczej, afektywnej lub behawioralnej. Epizod w przedstawianym schemacie wynika z czterech powiązanych zjawisk:

1. Warunki poprzedzające

Podkreśla się rolę obserwatora w epizodzie empatycznym, a dokładnie umiejętności przeżywania empatii, zaangażowanie się w sytuację i przyjęcie roli. Ważnym elementem jest też bagaż jego wcześniejszych doświadczeń i umiejętności społecznych. Dołączyć należy także indywidualne różnice we wchodzeniu w interakcje w wymiarze empatii. Dyspozycje do przyjmowania punktu widzenia drugiej osoby, czy też przeżywanie reakcji emocjonalnych, są trwałymi cechami konkretnej osoby i świadczą o sposobie zaangażowania w epizod empatyczny.

W warunkach poprzedzających, istotną rolę odgrywa kontekst sytuacyjny i intensywność tej sytuacji, szczególnie w reakcjach silnie emocjonalnych. Stopień podobieństwa obserwatora i obserwowanego jest dodatkową cechą sytuacji. W sytuacji większego podobieństwa, zwiększa się prawdopodobieństwo wystąpienia reakcji empatycznej obserwatora.

2. Proces

W drugim konstrukcie epizodu empatycznego działają procesy, które wywołują zjawisko pozytywnych rezultatów (skutków) u obserwatora. Na pierwszy plan wyłaniają się trzy podstawowe klasy procesów:

- Procesy pozbawione aspektów poznawczych; to takie, które nie wymagają zaangażowania poznawczego do wywołania reakcji empatycznej. Występują nawet u noworodków, które, słysząc płacz innych dzieci, same zaczynają płakać bez zaangażowania procesów poznawczych. Innym przejawem tego procesu jest nieświadome naśladowanie motoryczne, które jest zjawiskiem zautomatyzowanym.
- Proste procesy poznawcze; występują w sytuacji pierwszych odwzorowań zachowań i reakcji opartych na teorii warunkowania klasycznego. Dodatkowo istotne w tym wypadku jest skojarzenie proste, które polega na uproszczonym wnioskowaniu na podstawie najsilniejszego sygnału, nie uwzględniając pobocznych czynników.
- Zaawansowane procesy poznawcze wymagają trudniejszych aktywności poznawczych. Jedną z nich jest skojarzenie zapośredniczone językiem. To reagowanie za pomocą skojarzeń wychodzących poza podstawową treść pochodzącą od osoby obserwowanej. Obserwator musi tu zaangażować procesy poznawcze i doświadczenia ze zdobytych umiejętności społecznych. Najtrudniejszym procesem poznawczym jest umiejętność przyjmowania ról i przyjmowania perspektywy. Obserwator w tym wypadku wychodzi poza swój egocentryczny świat i próbuje odkryć reprezentację poznawczą świata osoby obserwowanej.

3. Skutki wewnątrzosobnicze (intrapersonalne)

Efektom dwóch pierwszych konstruktów są reakcje obserwatora, które powstają dzięki obcowaniu z obserwowanym. Dzielą się one na:

- Skutki afektywne są emocjonalnymi reakcjami obserwatora. Przejawiają się one w sposób analogiczny, czyli poprzez odwzorowanie przeżyć obserwowanego i przeżywanie ich przez obserwatora. Istnieje także skutek reaktywny, który jest

reakcją złożoną emocjonalnie. Reakcja afektywna obserwatora nie pokrywa się bowiem z przeżywanym afektem osoby obserwowanej.

- Skutki nieafektywne, czyli poznawcze reakcje obserwatora angażujące wiele procesów poznawczych określających myśli i uczucia obserwowanego, wyłaniając przyczyny zachowań. Ogólne zróżnicowanie cudzych myśli, uczuć i cech charakteryzujących obserwator dokonuje dzięki trafności interpersonalnego spostrzegania. Wynika to między innymi z koncepcji przyjmowania ról, tworzonej wcześniej przez Meada i Piageta.

4. Skutki międzyludzkie (interpersonalne)

Zbiór części składowych omawianego schematu badawczego zamykają skutki międzyludzkie, otwierające obszar badań nad empatią, który budzi wielkie zainteresowanie w świecie naukowym. Skutki te są działaniami skierowanymi przez obserwatora na osobę obserwowaną z uwzględnieniem wcześniejszych kontaktów tych osób. Wynikają one ze stosunków społecznych i są nastawione na osobę obserwowaną. Charakterystycznymi zachowaniami są w tym wypadku zachowania wspomagające [4].

J.M. Moorse ze współpracownikami, również zaznaczali wieloaspektowość zjawiska empatii. Ewa Wilczek-Różyczka w badaniach nad osobami pomagającymi brała pod uwagę tą koncepcję. Wyróżnione zostały cztery części składowe empatii:

1. Komponent emocjonalny służy identyfikacji z cierpieniem drugiego człowieka poprzez pobudzenie afektywne obserwatora. Tym sposobem następuje zrozumienie osoby cierpiącej i świadome zaangażowanie w pomoc cierpiącemu bądź też unikanie i separacja od drugiej osoby.
2. Komponent moralny jest wprowadzeniem empatii w czyn. To altruistyczna motywacja do zaangażowania i zdecydowanego włączenia się w cierpienia innych ludzi.
3. Komponent poznawczy wskazuje na zdystansowanie emocjonalne i podejście zorientowane na rzetelne sprawdzenie sytuacji, w jakiej znalazła się druga osoba, przy wykorzystaniu wiedzy eksperckiej.
4. Komponent behawioralny to sposób komunikowania się z drugą osobą. Polega na okazaniu zrozumienia sytuacji i przekazaniu komunikatu obserwowanemu [11].

Dwa ostatnie komponenty są ściśle związane z procesem terapeutycznym i zaangażowaniem w pomaganie. Dodatkowo empatia, w myśleniu Keith Oatley i Jennifer M. Jenkins, jest fundamentem do utrzymania dłuższych relacji z drugą osobą [6].

Zintegrowania komponentów poznawczych i afektywnych w kontekście patrzenia na empatię dokonała również Mirja Kalliopuska. Według tej badaczki empatia jest procesem holistycznym, który zawiera różnorodne komponenty, takie jak: komponent poznawczy, afektywny, fizjologiczny oraz kinestetyczny. Proces ten wymaga od osoby wyjścia poza granice własnego „ja”, a także, nie wyrzekając się własnej tożsamości, zidentyfikowania się z drugim człowiekiem i przyjęcia jego roli. Istotą empatii jest otwartość w relacji z drugim człowiekiem i wrażliwość na jego przeżycia emocjonalne oraz na moment sytuacyjny w obecnym życiu. Po tym nawiązaniu kontaktu emocjonalnego, proces empatii przechodzi na poziom poznawczy. Obróbka poznawcza dokonuje się przy zamkniętych granicach własnego ja i jest interpretacją opartą na wnioskach wysuniętych na podstawie informacji uzyskanych od drugiej osoby. Taka kilkupoziomowa relacja empatyczna jest zakończona i dopełniona, gdy osoba odbierająca informacje empatyczne jest zdolna do odwzorowania przeżyć i zakomunikowania drugiej osobie własnych odczuć i interpretacji tego, co odebrała. Informacja zwrotna jest bardzo istotna i ma wpływ na zdrowie psychiczne osoby względem, której kontakt empatyczny został dokonany. Empatia jest procesem, w trakcie którego istotny jest kontakt, czyli pewnego rodzaju rezonans między dwoma osobami, a także skupienie na określaniu zjawisk, które w tej relacji zachodzą i wyrażaniu ich. Wystarczającą motywacją do zachowań empatycznych jest wdzięczność osoby, względem której wykazuje się gotowość do pomocy i wsparcia [10].

Elementami, które stanowią podstawę do całościowego patrzenia na zdobywanie zdolności empatycznych, są komponenty:

1. Afektywne:

- wrażliwość emocjonalna,
- umiejętność współodczuwania z drugim człowiekiem jego emocji i doznań,
- rozwijanie umiejętności ekspresji emocjonalnej,
- zdolność chwilowej identyfikacji z drugą osobą,
- elastyczna, płynna samokontrola pozwalająca na dostosowanie zachowania do różnorodnych sytuacji;

2. Motywacyjne:

- poszanowanie dla życia ludzkiego,
- umiejętność rozpoznawania oznak cierpienia u innych ludzi,
- tendencja do udzielania pomocy fizycznej lub psychicznego wsparcia;

3. Poznawcze:

- umiejętność rozpoznawania emocji przez percepcję bodźców emotogennych działających na inną osobę lub oznak emocji,
- adekwatne ocenianie emocji własnych i cudzych,
- przyjmowanie roli innej osoby,
- spostrzeganie świata z punktu widzenia innej osoby,
- rozumienie doznań i doświadczeń drugiej osoby,
- umiejętność zachowania dystansu w stosunku do zdarzeń, osób i emocji,
- umiejętność przekazywania drugiej osobie informacji zwrotnych na temat jej doświadczeń i przeżyć;

4. Kinestetyczne:

- wykorzystanie ekspresji mimicznej do wyrażania emocji,
- używania gestów do wyrażania emocji,
- kontakt dotykowy,
- elastyczna kontrola ruchami ciała,
- rozwijanie umiejętności kontrolowania własnego głosu [10].

Mirja Kalliopuska, podsumowując swoją teorię, wskazuje na duży wpływ kształtowania się empatii na zdrowie psychiczne i moralność osoby, a także na relacje z otoczeniem oparte na zrozumieniu, tolerancji i akceptacji. Rozwijanie empatii powinno dodatkowo obejmować zarówno jednostki i ich rodziny, jak i profesjonalistów reprezentujących różne zawody (np. nauczyciele, pielęgniarki, pracownicy socjalni itp.). Prowadzić to może do wzajemnego zrozumienia na poziomie społeczeństw, poszanowania praw człowieka i szacunku do życia.

Źródła empatii i różnice indywidualne w tym zakresie

„Wrażenie na temat wewnętrznych motywów innych ludzi pojawia się u nas całkowicie spontanicznie, jest intuicyjne” [12].

Źródłem powstawania zjawiska empatii wg Golemana jest rozszyfrowanie komunikatów niewerbalnych, które stanowią około 90% wszystkich komunikatów człowieka. Autor ten stwierdził, że owa umiejętność prowadzi do korzyści, którymi są kompetencje takie jak dostosowanie emocjonalne, zwiększona wrażliwość i bardziej znacząca otwartość. Większym nasileniem empatii w tym wypadku charakteryzują się kobiety. Dodatkowo trzeba wspomnieć, że służy ona utrzymaniu związków miłosnych. Osoby o wysokim poziomie

empatii lepiej radzą sobie w nauce, mają wyższy poziom inteligencji emocjonalnej, są lubiane i mają zdolność do utrzymywania związków emocjonalnych [7].

W wyjaśnianiu źródeł funkcjonowania empatycznego i predyspozycji do zachowań empatycznych pomagają dwa główne współczynniki. Jednym z nich jest komponent genetyczny, czyli uwarunkowania wrodzone (dziedziczne), a drugim komponent środowiskowy, jako doświadczenia społeczne zdobyte w trakcie rozwoju w rodzinie [4].

Dziedziczenie zdolności i cech osobowości wskazuje na istotny czynnik tego mechanizmu także w przekazywaniu potomstwu przez rodziców takich zmiennych jak zdolności empatyczne [3]. Doświadczenia, które nabywają dzieci w różnych kontekstach społecznych wpływają na ekspresję emocjonalną względem innych ludzi [13]. We wczesnym stadium rozwoju dziecka istnieje zjawisko nieświadomego odwzorowywania emocji. Krzyk dziecka wywołany krzykiem innego dziecka może być prototypem empatii [6]. W latach osiemdziesiątych zaczęły być prowadzone badania nad bliźniakami jednojajowymi, mające na celu sprawdzenie, czy słuszna jest hipoteza o komponentie dziedzicznym empatii. Badania te wskazały, że możliwości dziedziczenia empatii w wymiarze skutku afektywnego, zwanego empatyczną troską, dochodzi nawet do 70% [4].

Goleman zwrócił uwagę na zjawisko dostrajania się ludzi za pośrednictwem empatii. Zauważalne jest, że ludzie, reagując empatycznie na zachowania innych, powielają zachowania obserwowanych, starając się, żeby była to reakcja przystająca. Na przykład dostrajanie się matki do dziecka wpływa pozytywnie na emocjonalność dziecka. W sytuacji dłuższego braku dostrojenia dziecko reaguje afektami wskazującymi na trudności z zaakceptowaniem relacji z matką. Zjawisko dostrajania występuje także w procesach terapeutycznych, np. w terapii ericksonowskiej [14].

Istotną rolę w rozumieniu empatii w kontekście czynnika dziedzicznego pełni również temperament. Różnice indywidualne dotyczące temperamentu mają podłoże genetyczne. Empatia jest częścią składową jednego z wymiarów temperamentu, emocjonalności. Najbardziej znaczące cechy charakteryzujące temperament, a zarazem niezbędne do reakcji afektywnych, to intensywność tych reakcji, ale także siła bodźców wywołujących te reakcje. W zależności od temperamentu człowiek wykazuje się większym bądź mniejszym zaangażowaniem w reakcje na bodźce z otoczenia. Zauważono również, że istnieje również możliwość dziedziczenia skłonności do przyjmowania ról [4, 15].

Wpływ środowiska na empatię stał się w świecie nauki zdecydowanie bardziej interesujący i dużo większa liczba badaczy zajęła się odkrywaniem socjalizacyjnego reagowania empatycznego. Z badań wynika, że występuje kilka kategorii czynników

określających afektywny wpływ środowiska na powstawanie empatii. Czynniki te można przedstawić w następujących trzech kategoriach: (1) jakość relacji uczuciowej między dzieckiem a rodziną, (2) określone techniki sprawowania funkcji rodzicielskich i utrzymywania dyscypliny oraz (3) empatia rodziców jako dyspozycja.

AD.1.

Zdecydowanie najwięcej opracowań dotyczy jakości relacji rodzinnych. Z badań wynika, że stosunki panujące w rodzinie wpływają na poczucie bezpieczeństwa i tworzą możliwość powiększania się dyspozycji do empatii.

AD. 2.

Druga kategoria czynników socjalizacyjnych wpływających na kształtowanie się empatii to technika wychowania stosowana przez rodziców. Zwrócono tu uwagę na styl indukcyjny w dyscyplinowaniu dzieci. Podkreślenie negatywnego wpływu zachowania dziecka na innych i wskazanie społecznych rezultatów tego zachowania w znacznie lepszy sposób niż np. kary fizyczne prowadzi do zogniskowania patrzenia na innych.

AD. 3.

U podstaw kształtowania się empatii u dzieci jest uwewnętrznianie obserwowanych zachowań empatycznych rodziców. Chodzi tu o zachowania empatyczne wobec współmałżonka, wobec dziecka i innych. Dziecko modelowo odwzorowuje sposób reagowania na drugiego człowieka [4].

Empatia jako kompetencja i jej rozwijanie

„Celem kształcenia zdolności empatycznych jest wychowanie odpowiedzialnych, radosnych i twórczych ludzi, którzy odnoszą się z szacunkiem do innych niezależnie od ich wieku” [10].

Pierwsze przejawy rozwijania się empatii, jak zauważył to już Piaget, występują we wczesnym dzieciństwie. Badania na ten temat prowadzili również M. L. Simmer i M. L. Hoffman. Przejawia się to tym, że jedno dziecko odczuwa przygnębienie, słysząc płacz drugiego dziecka. Wspomniana już wcześniej mimikra motoryczna dotyczy dzieci do trzeciego roku życia. Dzieci te odwzorowują reakcje rodziców lub innych dzieci w różnych sytuacjach, chcąc sprawdzić, czy ta sytuacja nie dotyczy także ich samych. Ten mechanizm, co ciekawe, dotyczy również dzieci poniżej pierwszego roku życia. W wieku tym dziecko nie czuje jeszcze odrębności siebie samego od otoczenia, ale jest zdolne do współodczuwania.

W wieku powyżej trzeciego roku życia empatia kształtowana jest zgodnie z rozwojem dziecka i wychowaniem. Istotne znaczenia ma tu sposób upominania dzieci. W sytuacji, gdy rodzic strofujący dziecko zaznaczy jaką krzywdę dziecko wyrządziło innemu, wtedy dziecko ma większą tendencję do empatii. Uczenie się zachowań empatycznych zachodzi również, gdy dziecko widzi reakcje innych osób w kontekście osób przygnębionych. W ten sposób dziecko powiększa zasób swoich możliwości do zachowań empatycznych. Trening empatii może zmniejszać poziom agresji u dzieci [3, 5, 14, 16, 17, 18].

Rozważając dalej rozwój empatii w kontekście zestawienia jej z różnymi zmiennymi istotne są uwarunkowania osobowe i osobowościowe. Wielu badaczy próbowało określić współzależność wieku i poziomu empatii. Najogólniej stwierdzić można, że dzieci otrzymujące dobre informacje o stanach wewnętrznych innych, mają zdolność do reagowania w sposób empatyczny, czyli z troską i zrozumieniem. W kwestii uwarunkowań empatii związanych z wiekiem istnieje kilka sposobów patrzenia na problem. Jedni uważają, że poziom empatii rośnie wraz z wiekiem ze względu na zwiększanie ilości kontaktów społecznych. Dziecko, przyjmując rozmaite role w grupie, czy wykonując zadania, wchodzi w relacje. Musi także podporządkować się innym i tym samym wchodzi w role innych osób. Tym samym z czasem uzyskuje odpowiedzi na własne zachowania, ucząc się właściwych reakcji, w tym emocjonalnych. Drugie spojrzenie na współzależność między empatią a wiekiem jest zdecydowanie odmienne. Zwolennicy tego myślenia uważają, że poziom empatii maleje z wiekiem ze względu na coraz mniejszą ilość przyjmowanych ról innych. Dziecko w zabawie wciąż przyjmuje perspektywę, że jest mamusią, tatusiem, czy kowbojem. Z czasem role te zanikają i dziecko przyjmuje tylko własną perspektywę. Kolejna grupa badaczy sądzi, że nie ma żadnego związku między empatią a wiekiem, ze względu na inne, bardziej znaczące zmienne wpływające na nią. Niektórzy widzą pewien wzrost związany z rozwojem, jednak nie potrafią jednoznacznie wymierzyć tego procesu ze względu na wielką ilość procesów psychicznych zachodzących w tym czasie. Dodatkowo z badań Hoffmana i Barnetta wynika, że większą wrażliwość empatyczną przejawiają dziewczynki, niż chłopcy [3, 5, 6].

Jednym ze sposobów rozwijania empatii jest trening empatii. Ewa Wilczek-Rużyczka zaproponowała tę metodę w swoich badaniach nad rozwijaniem empatii u pielęgniarek. Trening jest formą pracy różniącą się od tradycyjnego sposobu zdobywania wiedzy poprzez przekazywanie informacji drugiej osobie i przyswajanie tej informacji. Nie jest to rozwijanie wiedzy teoretycznej. Forma treningu jest tak skonstruowana, żeby umiejętności były przyswajane dzięki ćwiczeniu i doświadczaniu w kontakcie z innymi ludźmi. W takim

procesie następuje rozwój kompetencji istotnych dla danej osoby, a także przydatnych w kontaktach z innymi ludźmi. Obecnie istnieje bardzo dużo różnych form i rodzajów treningów grupowych. Wszystkie one prowadzą do zdobywania i ugruntowywania praktycznych zdolności psychologicznych. W treningu uczestniczą osoby, które decydują się na realizację celów założonych przez konkretny plan treningowy. Warunkiem uzyskania efektów przez każdego z uczestników jest czynny udział we wszystkich spotkaniach treningowych i wykonywanie zadań treningowych. Wspólne realizowanie planu treningowego przez uczestników i trenera prowadzi do prawidłowego przejścia przez proces uczenia się założonych w programie umiejętności i przeżywanie zmian wewnątrzosobowych. Wspólnym celem osób trenujących jest uczenie się dzięki doświadczeniom dziejącym się w małej grupie, tu i teraz. Doświadczenia te obejmują obszary takie jak uczucia, odczuwanie fizyczne, emocjonalne, myśli i spostrzeżenia. Obszary doświadczania obejmują zarówno sferę interpsychiczną jak i intrapsychiczną. Dzięki temu uczestnik treningu uczy się o samym sobie, o innych, a także o przekształcaniach własnego zachowania, które są efektem przeżyć z treningu. W treningu bierze udział 8 – 12 osób, uczestniczą w kilkunastu lub kilkudziesięciu godzinach zajęć. W trakcie tych spotkań uwaga trenujących zwrócona jest na sytuacje i zdarzenia dziejące się w grupie. W każdym uczestniku następuje obróbka poznawcza i kategoryzacja zdarzeń przyjmowana przez indywidualny system osobowościowy. Grupa treningowa charakteryzuje się specyficznym sposobem funkcjonowania. Występuje zbliżanie się do siebie uczestników, wzrost intymności i otwartości na innych, zwiększenie swobody w spontanicznej ekspresji emocjonalnej i duża różnorodność zachowań. Ta kultura grupy wynika z konkretnych zasad i norm przyjętych przez wszystkich uczestników grupy, jak i ze wspólnego dążenia w tym samym kierunku i skupieniu na jednym problemie. Sytuacja treningowa motywuje do otwartości na doświadczenia, poszukiwania nowych rozwiązań i eksperymentowania z nimi. Sytuacja ta, jeśli nie jest bardzo zróżnicowana względem innych sytuacji, staje się bezpośrednią pobudką do wchodzenia w bezpośrednie relacje z innymi członkami treningu, a także szukania niewypróbowanych wcześniej form zachowań w relacjach i zmiany myślenia o relacjach z drugim człowiekiem. Jednym z najistotniejszych, jeśli nie najistotniejszym elementem funkcjonowania członków grupy jest *„komunikowanie informacji o subiektywnych reakcjach jednej osoby na zachowanie drugiej”* [11]. Dzięki temu uczestnik treningu dostaje informacje od innych uczestników, jak odbierają go w różnych sytuacjach interpersonalnych, a także, jak jego zachowanie wpływa na wytwarzanie myśli i odczuć w innych osobach trenujących. Te informacje mogą wytwarzać chęć osoby do zmiany niektórych ściśle zautomatyzowanych zachowań, które nie sprawdzają się

w kontakcie z innymi. Wzajemne komunikowanie odczuć sprawia, że uczestnicy mogą się przed sobą otworzyć i zmniejszyć dystans interpersonalny. Poznają swoje funkcjonowanie intrapersonalne jak i interpersonalne. Komunikowanie informacji zachodzi w sytuacji zaangażowania emocjonalnego i owocuje gotowością do bezpośredniego, prawdziwego funkcjonowania w swoim środowisku po treningu, a także buduje wrażliwość i dokładność w patrzeniu na drugą osobę. Najważniejsze wartości w kontekście treningu to:

- postawa badawcza wobec życia i świata;
- rozszerzenie świadomości i zwiększenie zdolności dokonywania wyborów dotyczących własnego postępowania;
- autentyczność i otwartość w kontaktach z innymi ludźmi;
- zwiększenie umiejętności i gotowości do działania dla dobra innych;
- rozwój osobisty i samo urzeczywistnienie poprzez ulepszanie własnego funkcjonowania jednostki i jej środowiska społecznego [11].

Sam trening empatii jest oparty na wyżej wymienionych zasadach. Praca obejmuje doświadczanie i uczenie się dzięki spotkaniom z innymi ludźmi w małej grupie. Wyjątkowość tej metody polega na skupieniu dużej uwagi na obserwacji zachowań drugiego człowieka i próby wczucia się w jego położenie poprzez przeżywanie obserwowanych zachowań. Istotą uczenia się w trakcie treningu empatii jest zdobywanie informacji o samym sobie, a także uwrażliwianie się na odczucia drugiej osoby. Percepcyjne odbieranie sygnałów i poznawcza obróbka prowadzi do zwerbalizowania obserwowanej sytuacji innych.

Istotne jest stwierdzenie, jaki jest kierunek i cel treningu empatii. W kwestii emocjonalnego funkcjonowania trening ten prowadzi do wykształcenia otwartości i wrażliwości względem innych ludzi, zrozumienia sytuacji drugiego człowieka dzięki emocjonalnemu wczuciu się w jego sytuację, tworzenie bliskości i emocjonalne wiązanie się, a także wytwarzanie wewnętrznej motywacji do podejmowania działań. Z obszaru poznawczego trening empatii wytwarza umiejętności dawania komunikatów zarówno słownych jak i bezsłownych na temat uczuć, zrozumienie położenia, kontekstu sytuacyjnego i punktu odniesienia innych osób, a także uczenia się poznawania i wyważania uczuć własnych i drugiej osoby. W kwestii behawioralnej trening ten powoduje uczenie się zachowań sprzyjających innym osobom, nawiązywaniu kontaktu i podwyższaniu kompetencji komunikacyjnych. Techniki jakie wykorzystuje się w treningu empatii, to np. modelowanie, psychodrama, muzykoterapia, odgrywanie scenek w dwójkach i inne [11].

Podsumowanie

Badane przez Ewę Wilczek-Rużyczkę pielęgniarki skierowane zostały na trening empatii ze względu na brak prawidłowego kontaktu z pacjentem. Zadania pielęgniarek były wykonywane mechanicznie, poprzez diagnozowanie objawu zdrowotnego, bez zwracania uwagi na całościowy kontekst problemu pacjenta. Tylko wieloaspektowa diagnoza i zrozumienie pacjenta może spowodować poprawną ocenę problemu i pełne zaplanowanie potrzebnych działań. [11] Wydaje się, że zarys problemu kontaktu z pacjentem może dotyczyć także innych pracowników medycznych, gdyż wykonują oni podobne czynności i spotykają się z pacjentami, z którymi dobry kontakt jest podstawą dobrego realizowania swoich celów pomocowych [19]. Badania dowodzą również, że rozwijanie empatii może zmniejszać ilość występowania wypalenia zawodowego w grupie zawodów medycznych [20, 21]. Można stwierdzić, że przeprowadzenie treningu empatii byłoby słusznym pomysłem do zrealizowania dla wszystkich pracowników służby zdrowia.

Bibliografia

1. Goleman, D. Jankowski A., Inteligencja emocjonalna w praktyce. Media Rodzina, 1999.
2. Osho, Empatia. Najpiękniejszy rozkwit miłości. Warszawa: Nowy Horyzont, 2008.
3. Rembowski, J., Empatia. Studium psychologiczne. Warszawa: PWN, 1989.
4. Davis, M., Empatia. O umiejętności współodczuwania. Gdańsk: GWP, 1999.
5. Gulin, W., Empatia dzieci i młodzieży: komponenty informacyjne, decyzyjne i emocjonalne. Lublin: Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, 1994.
6. Oatley, K., Jenkins, J., Zrozumieć emocje. Warszawa: PWN, 2003.
7. Goleman, D., Inteligencja emocjonalna. Poznań: Media Rodzina, 1997.
8. Mellibruda, J., Ja-ty-my. Warszawa: Nasza Księgarnia, 1980.
9. Hoffman, M. L., Empatia i rozwój moralny. Gdańsk: GPW, 2006.
10. Kalliopuska, M., Holistyczny model empatii. Nowiny Psychologiczne, nr 4, 1994
11. Wilczek-Rużyczka, E., Empatia i jej rozwój u osób pomagających. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2002.
12. Bauer, J., Uzowska-Dąbrowska, M., Empatia. Co potrafią lustrzane neurony. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2015.

13. Eisenberg N., Empatia i współczucie. [w:] M. Lewis, J.M. Haviland-Jones (red.) Psychologia emocji. Gdańsk: GWP, 2005.
14. Goleman, D. Jankowski A., Inteligencja emocjonalna. Media Rodzina of Poznań, 1997.
15. Kliszczy, J., Empatia i jej związek w wybranych cechach osobowości w kontekście ich znaczenia dla kształtowania relacji terapeutycznej z pacjentem. 2017.
16. Wild, E. Lickiewicz, J. Makara-Studzińska, M., Trening empatii jako metoda zapobiegania zachowaniom agresywnym w grupie dzieci w młodszym wieku szkolnym–Doniesienia wstępne. 2018.
17. Lewicka-Zelent, A. Huczuk, S., Empatia a doświadczanie i stosowanie agresji wśród młodzieży. Resocjalizacja Polska, 2016, 11: 117-132.
18. Kopyś, R., et al. Rozwijanie empatii jako forma przeciwdziałania przemocy rówieśniczej w środowisku szkolnym. Rozprawy Społeczne, 2018, 12.3: 7-13.
19. Sikora, K., Biegańska, J., Baran, A., Kształcenie empatycznych lekarzy–wyzwanie dla psychologów edukatorów pracujących w obszarze ochrony zdrowia. Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis. Studia Psychologica, 2016, 9: 195-208.
20. Wilczek-Rużyczka, E., Empatia a wypalenie zawodowe u pracowników ochrony zdrowia. Sztuka Leczenia, 2006, 13.1-2: 39-49.
21. Wilczek-Rużyczka, E., Wypalenie zawodowe a empatia u lekarzy i pielęgniarek. Wydawnictwo UJ, 2008.