

Przewodnik dla rezydentów

Efektywne uczenie się w praktyce lekarza rodzinnego (4)

1. Na czym polega specyfika emocjonalna układu trójkątnego (triady: lekarz – rezydent – pacjent), czym różni się ona od diady (związku dwóch osób)?

Sytuacja szkoleniowa w praktyce lekarza rodzinnego (PLR) obejmuje relacje między trzema osobami: lekarzem rodzinnym, rezydentem i pacjentem. W teorii systemów triada (związek trzech osób) jest uważana za stabilną jednostkę emocjonalną – w odróżnieniu od diady (związek dwóch osób).

W sytuacjach napięć i konfliktów stwarza ona możliwości doraźnego poradzenia sobie z niewygodnymi emocjami. **Trójkąt emocjonalny jest to trwały powtarzający się cykl interakcji, w którym bierze udział troje ludzi.** Trójkąty powstają wtedy, gdy o problemie istniejącym między dwojgiem ludzi nie można porozmawiać. Pojawia się wtedy potrzeba, by uwaga tych osób została odwrócona i skierowana na kogoś spoza niebezpiecznej przestrzeni będącego poza napiętymi stosunkami w ich związku. Wejście w układ trójkątny ze stroną trzecią daje sposobność uniknięcia lub obejścia problemu, a na pewno obniżenia intensywności konfliktu zasadniczego. Na pewien czas pozwala opanować niepewność i lęk.

Kiedy w relacji między dwiema osobami (diada) pojawiają się trudności, osoby te mają ograniczone możliwości reagowania. Mogą rozwiązać problemy między sobą, konfrontując je i starając się jakoś sobie poradzić, mogą też być zmuszone zakończyć swój związek. Wprowadzenie do interakcji osoby trzeciej daje możliwość różnorodnych innych rozwiązań. Grupa trzyosobowa umożliwia tworzenie szeregu różnych układów koalicyjnych. Każdych dwoje członków grupy

może połączyć się, jawnie i skrycie, przeciwko trzeciemu. Należy podkreślić, że procesy te są całkowicie nieświadome.

2. Jakie są sposoby „obchodzenia” sytuacji konfliktowych, które nie rozwiązują konfliktu, tylko go łagodzą i utrwalają, w obrębie trójkąta emocjonalnego?

Możliwości „obchodzenia” sytuacji konfliktowych:

- Ukryty sojusz dwóch osób w celu podważenia władzy i autorytetu osoby trzeciej. Przykładem może być sytuacja, w której między lekarzem rodzinnym a rezydentem występuje stan napięcia, którego nie nazywają i którego nie starają się rozwiązać za pomocą rozmowy (bezpośrednia konfrontacja z problemem). Wówczas w sytuacji szkoleniowej może często powtarzać się sytuacja podważania przed pacjentem autorytetu rezydenta przez lekarza rodzinnego. Pacjent zostaje „wciągnięty” przez lekarza w koalicję przeciwko rezydentowi (*Widzi pan, pan doktor musi się jeszcze niejednego nauczyć*).

- Konflikt między dwiema osobami zastąpiony wieczną kłótnią między jedną z tych osób a osobą trzecią. Przykładem może być sytuacja, w której między lekarzem rodzinnym a konkretnym jego stałym pacjentem nieustannie dochodzi do trudnych sytuacji (np. pacjent permanentnie nie stosuje się do zaleceń, jest rozszczeniowy i napastliwy). Lekarz nie konfrontuje się z pacjentem, a swoje negatywne emocje przenosi na relacje z rezydentem.

- Zjednoczenie się osób będących w konflikcie ze sobą wokół problemu, jaki mają z osobą trzecią. Przykładem może być sytuacja podobna do przytoczonej powyżej, w której pacjent wchodzi w otwarty konflikt

z rezydentem, dzięki czemu relacja lekarza rodzinnego z pacjentem zostaje uwolniona od znacznej części napięcia.

Sposoby te utrwalają *status quo* dzięki temu, że pozwalają obniżyć stan napięcia i ilość niewygodnych emocji. Zmniejsza się motywacja do zmiany sytuacji. Oznacza to, że podstawowy konflikt trwa i zakłóca zarówno proces diagnostyczno-terapeutyczny, jak i szkoleniowy.

3. W jaki sposób można uniknąć utrwalenia sytuacji konfliktowych wykorzystujących procesy emocjonalne w triadzie?

Wiedza o powyższych procesach, jasna i otwarta komunikacja oraz zwrócenie uwagi na to, czy pewne sytuacje w procesie szkolenia mają tendencję do powtarzania się, pozwala uniknąć trwania w niekonstruktywnych sposobach radzenia sobie w sytuacjach konfliktowych.

Nieodzwonne jest również zapoznanie się ze sposobami rozwiązywania konfliktów, stylami radzenia sobie ze stresem, nabywanie umiejętności prowadzenia negocjacji, dyskusji, stałe doskonalenie technik obserwacyjnych, nabywanie umiejętności pełnego wyrażania siebie w kontaktach z innymi osobami (zachowania asertywne). Umiejętności te można doskonalić, biorąc udział w spotkaniach grup rówieśniczo-koleżeńskich poprzez omawianie przypadków klinicznych i odgrywanie ról.

4. Jakie są konstruktywne sposoby rozwiązywania konfliktów?

Pojęcie konfliktu jest immamentnie związane z człowiekiem. Konflikt jest czymś naturalnym. Oznacza starcie się niezgodności lub sprzeczności, podczas którego uczestnicy próbują narzucić sobie

nawzajem swoją wolę. Każda ze stron konfliktu musi podjąć decyzję o sposobie działania, którym mogą być:

- strategię dominacji,
- ustępstwa,
- rezygnację,
- „nicnierobienie”,
- poszukiwanie rozwiązania problemu.

Próby wyjaśnienia konfliktu zazwyczaj nie przynoszą zamierzonego efektu, ponieważ wyjaśnienia często brzmią jak usprawiedliwienie i prowokują do kontynuowania narzekań. Sfrustrowanego rozmówcę bardziej niż fakty i wyjaśnienia oraz przyczyny interesuje zmiana sytuacji i poprawa stanu rzeczy. Dlatego skuteczniejsza jest rozmowa o sposobach rozwiązania problemu, której celem powinno być szybkie zakończenie sporu i zmiana nastawienia rozmówcy.

Jednym ze sposobów rozwiązywania konfliktów jest „**Technika 3 P**”. Poszczególne etapy składające się na tę technikę to:

- przytaknięcie (przyznanie racji) – nie oznacza przyznania się do winy;
- przeproszenie: *Bardzo mi przykro, że...*;
- przystąpienie do działania: *Pozwoli Pan, że w takiej sytuacji...*

W przypadku fałszywego zarzutu można użyć modyfikacji powyższej techniki, czyli „**Techniki 2 P**”:

- przekonaj, że rozumiesz: *Tak mi przykro;*
- przystąp do działania: *Czy mogę pomóc? Może...*

Innym ze sposobów rozwiązywania konfliktów jest **właściwe prowadzenie sporów**. Aby było efektywne, powinno odznaczać się określonymi zasadami. Poniżej przedstawiono zasady oceny stylu prowadzenia sporów ze względu na efektywność (usunięcie problemu, rozwiązanie sytuacji, decyzja poprawy na przyszłość).

- Konkretność – czy rozmowa dotyczy konkretnego celu i konkretnej sytuacji.
- Współdziałanie – czy oboje partnerzy jednakowo włączają się

współ, czy nie dochodzi do uników, obrażania się, przedwczesnego przerywania rozmowy.

- **Odreagowanie** – czy dochodzi do uwolnienia napięcia, zmniejszenia uczucia złości, wentylacji rozżalenia.

- **Otwartość i jasność komunikacji** – czy każdy uczestnik sporu mówi za siebie, mówi to, co myśli, jest rozumiany i otrzymuje odpowiedź, czy istnieje dobre „sprzężenie zwrotne”.

- **Zachowanie *fair play*** – czy uczestnicy nie stosują uderzeń „poniżej pasa”, biorą pod uwagę, jak wiele partner może znieść.

Można przyjąć, że **asertywność i asertywne zachowanie** są kolejnymi sposobami radzenia sobie z konfliktem. Asertywność to umiejętność pełnego wyrażania siebie w kontaktach z innymi osobami. Zachowanie asertywne oznacza bezpośrednio, uczciwie i stanowczo wyrażenie wobec innej osoby swoich uczuć, postaw, opinii lub pragnień w sposób respektujący uczucia, postawy, opinie, prawa i pragnienia drugiej osoby. Zachowanie asertywne różni się od zachowania agresywnego, bowiem oznacza korzystanie z osobistych praw bez naruszania praw innych osób. Różni się też od zachowania uległego, bowiem zakłada działanie zgodne z własnym interesem oraz stanowczą obronę siebie i swoich praw.

5. Jakie są najważniejsze czynniki związane z pacjentem determinujące przebieg relacji lekarz – rezydent – pacjent?

Najważniejsze czynniki mogące determinować przebieg relacji lekarz – rezydent – pacjent:

- wiek i płeć pacjentów oraz ich ewentualnych opiekunów,
- wiek i płeć lekarza rodzinnego i rezydenta,
- interwencja rodziny w wyborze lekarza lub dotycząca diagnozy,
- niektóre sytuacje kliniczne, które wiążą się z większym lękiem, choroby przewlekłe, które mogą umożliwić powstanie

uczuciowych więzów z pacjentami, z których rezydent może być wyłączony,

- kontekst kulturowy, poglądy dotyczące roli lekarza w społeczeństwie, przemyslenia dotyczące bólu, cierpienia, śmierci, idee, które zmieniają stosunek do pacjenta,

- sprawy powiązane z wiarą,
- język ojczysty jest naturalnie ważnym elementem w ramach relacji z pacjentem. Jest oczywiste, że emigranci preferują porozumiewanie się w ich języku – wprowadzenie tłumacza zmienia relacje i niewątpliwie ma istotny wpływ na funkcjonowanie triady: lekarz – pacjent – rezydent,

- szczególne grupy pacjentów, np.: pacjentów uzależnionych (alkohol, leki, narkotyki, nikotyna), pacjentów z depresją, z organicznymi chorobami OUN, z zaburzeniami osobowości, charakteropatiami itd. Tacy pacjenci mogą tworzyć tzw. grupę trudnych pacjentów: roszczeniowych, agresywnych. Wymagają oni szczególnej opieki i troski ze strony lekarza rodzinnego i jest sprawą oczywistą, że stawiają lekarza rodzinnego przed kolejnym wyzwaniem, weryfikując jego umiejętności w zakresie komunikowania się i radzenia sobie w trudnych sytuacjach interpersonalnych. W każdej chwili istnieje prawdopodobieństwo zmiany relacji pacjenta w stosunku do lekarza – zarówno w kierunku niezadowolienia, jak i zadowolienia z zaistniałej sytuacji. ■

Materiały prezentujemy za zgodą Wydawcy. Pytania i odpowiedzi pochodzą z: Lukas W, Teslar E, Brami J, Oleksiak A, Franek B. *Elementy komunikowania się z pacjentem – nauczanie w rozszerzonej relacji*. [w:] Lukas W, Teslar E (red.). *Efektywne uczenie się w praktyce lekarza rodzinnego. Przewodnik dla rezydentów*. Zdrowie i Zarządzanie: Kraków, 2005:95-99.

Niniejszy materiał powstał w ramach projektu *Działania na rzecz Rozwoju Europejskiej Sieci Kształcenia Podyplomowego i Ustawicznego Lekarzy Rodzinnych*, współfinansowanego ze środków programu Leonardo da Vinci. Szczegółowe informacje o projekcie dostępne są na stronie internetowej: www.netklinika.pl/ldv.