

Modele relacji pacjent – lekarz

Antonina Ostrowska

Wprowadzenie

W wielowiekowych dziejach praktyki medycznej, wszystko, co działo się między lekarzem a pacjentem, było postrzegane jako zespół oddziaływań tego pierwszego na drugiego. Doktor udzielał pacjentowi porad, leczył go, zapobiegał jego chorobom i dolegliwościom. Współczesne koncepcje na temat natury relacji między nimi, traktujące je jako wzajemne, dwustronne oddziaływania, zaczęły powstawać wraz z pojawieniem się obserwacji, że pacjent także wywiera wpływ na lekarza. Niektóre z aspektów tej relacji zostały szczegółowo omówione przez Zygmunta Freuda. Wprowadzając pojęcie transferencji i transferencji zwrotnej – ukazał on z jednej strony specyficzny wpływ, jaki w procesie terapeutycznym może mieć lekarz na pacjenta (pacjent nieświadomie przenosi uczucia przejawiane wobec bliskich sobie osób na osobę lekarza), a z drugiej strony zwrócił uwagę na możliwość takiego samego wpływu, lecz o odwrotnym kierunku, przez pacjenta na lekarza.

W socjologii medycyny „ojcostwo” socjologicznych koncepcji związanych z rolami pacjentów i lekarzy przypisuje się na ogół Talcottowi Parsonsowi, choć tak naprawdę pionierem takich ujęć był Lawrence Henderson, który w roku

1935 opublikował pracę *Lekarz i pacjent jako system społeczny*. W koncepcji swojej nie starał się on rozwijać intrapsychicznych idei Freuda; opierając się na analizie systemu społecznego Vilfreda Pareto argumentował, że pacjent wpływa na lekarza bezpośrednio poprzez swoje emocje i wyznawane wartości (Henderson 1987).

Powstające w ciągu następnych lat modele relacji pacjent – lekarz reprezentowały różne orientacje teoretyczne i wprowadzały coraz szerszy wachlarz zmiennych, które należało uwzględnić, aby zrozumieć wzajemne uwarunkowania i całą złożoność tej relacji.

Modele funkcjonalne

Teoretyczne koncepcje Talcotta Parsonsa przedstawiające model komplementarnych ról pacjenta i lekarza zostały wyłożone w pracy *System społeczny* (1951). Zgodnie z perspektywą poznawczą funkcjonalizmu prawa i obowiązki lekarzy oraz pacjentów postrzegane są jako forma współpracy nakierowanej na osiągnięcie wspólnego celu, jakim jest przywrócenie pacjenta do zdrowia, do pełnienia jego normalnych ról społecznych.

Koncepcje Parsonsa były już omawiane w tej publikacji; dla przypomnienia dodajmy tylko, że obowiązkiem pacjenta jest poszukiwanie pomocy medycznej, współpraca z lekarzem i posiadanie odpowiedniej motywacji sprzyjającej wyzdrowieniu. Jego przywilejem natomiast jest możliwość zawieszenia na okres choroby normalnie wykonywanych czynności i obowiązków. Ponieważ pacjent nie jest odpowiedzialny za stan, w jakim się znajduje, otoczenie powinno zapewnić mu pomoc i opiekę. Rola chorego jest przejściowa i nie jest przez pacjenta pożądana – stąd chęć szybkiego wy-

zdrowienia i konieczność poszukiwania kompetentnej pomocy lekarskiej.

Z kolei obowiązkiem lekarza jest działanie na rzecz przywrócenia pacjentowi zdrowia na podstawie posiadanej przez siebie wiedzy i umiejętności fachowych. Aby właściwie wywiązać się z tego zadania, lekarz musi spełnić parę warunków. Powinien być obiektywny i emocjonalnie neutralny – czyli leczyć pacjenta nie oceniając go i nie uruchamiając własnego systemu wartości; działać raczej dla dobra pacjenta i społeczeństwa niż dla własnych korzyści; powinien także przestrzegać zasad praktyki zawodowej. Natomiast posiadane przez niego przywileje (czy raczej prawa) obejmują: wgląd w intymne sprawy pacjenta i prawo do badania jego ciała, autorytatywną pozycję w stosunku do niego, a także autonomię w sprawowanej przez siebie praktyce zawodowej. Władza lekarza nad pacjentem przejawia się też w legitymizowaniu roli chorego, zwalniającej z pełnienia innych ról społecznych.

Powyższa analiza ról pacjentów i lekarzy nakierowana jest przede wszystkim na identyfikację cech idealnego modelu wzajemnych praw i powinności. Niewątpliwie jednak znajdują się w nim także założenia dotyczące kształtu relacji istniejących między nimi. Lekarz jest profesjonalistą, ekspertem zdystansowanym od pacjenta, sprawującym kontrolę nad tym ostatnim, tak aby nie nadużywał on należnych mu przywilejów. Pacjent powinien natomiast postarać się o kompetentną pomoc lekarską i wypełniać zalecenia lekarza. Model ten definiuje więc pacjenta jako biernego i zależnego od lekarza, a u podstaw wzajemnych relacji leży założenie, że lekarz wie najlepiej, co jest dobre dla chorego.

Koncepcja Parsonsa spotkała się z licznymi uwagami krytycznymi, odegrała jednak ogromną rolę w dorobku socjologii medycyny. Wszystkie następne, późniejsze koncepcje

musiały się do modelu Parsonsa ustosunkować, „poprawiać” go lub krytykować i odrzucać. Ważnym krokiem w rozwijaniu i precyzacji modelu Parsonsa była koncepcja Thomasa Szasza i Marca Hollendera (1956). Rozwijając założenie fachowej dominacji lekarza nad pacjentem, wynikłej z asymetrii posiadanej wiedzy i kwalifikacji, wprowadzili do modelu zróżnicowanie stosunku lekarza do pacjenta ze względu na występujące symptomy organiczne, które są podstawą medycznej interwencji i wynikłej z niej relacji, dopuszczającej także rosnący stopień aktywności pacjenta. W zależności więc od kondycji pacjenta jego uzależnienie od lekarza może przyjmować różne stopnie.

Tabela 1. Typy stosunku pacjent-lekarz (T. Szasz, M.H. Hollender 1956)

Typ stosunku	Rola lekarza	Rola pacjenta	Przykład kliniczny	Prototyp stosunku
Aktywność – współpraca	Robi coś dla pacjenta	Przyjmuje biernie	narkoza, śpiączka, ostry uraz, zamroczenie itp.	Rodziec – – niemowlę
Kierowanie – współpraca	Mówi pacjentowi co robić	Współpracuje, jest posłuszny	choroby ostre, zakażenia itp.	Rodziec – – dziecko
Obopólne uczestnictwo	Pomaga pacjentowi, żeby sobie pomógł sam	Partner	choroby przewlekłe, psychoanaliza itp.	Dorosły – – dorosły

Jak więc widać, najsilniejsza dominacja lekarza ma miejsce wtedy, gdy z przyczyn organicznych pacjent nie jest zdolny do jakiegokolwiek z nim współpracy, najsłabsza zaś w sytuacji choroby przewlekłej, kiedy to lekarz jest tyl-

ko partnerem chorego (czy może raczej doradcą?), a pacjent posiada znaczną autonomię. W modelu partnerskim, pacjent otrzymuje od lekarza informacje i porady, na podstawie których podejmowane są wspólnie decyzje. W zarysowanym tu typie relacji, odnoszącym się głównie do chorób przewlekłych, uznaje się kompetencje pacjenta jako doświadczającego choroby i codziennego jej obserwatora, które to kompetencje stanowią subiektywne dopełnienie obiektywnej wiedzy medycznej lekarza.

Zaprezentowany model, podobnie jak parsonowski, jest modelem normatywnym, nie zawsze przystającym do rzeczywistości. Partnerstwo – na przykład – zakłada aktywność obu stron, a więc także aktywność samego pacjenta. Aktywny pacjent musi posiadać pewien zasób wiedzy medycznej, umożliwiającej mu partycypację w procesie leczenia – co w praktyce nie zawsze ma miejsce. Założenie takie ignoruje także fakt, że lekarz działający w konwencji dominacji nad pacjentem nie zawsze jest zdolny do zmiany stylu na rzecz partnerstwa. Ponadto w rzeczywistym funkcjonowaniu lekarza i pacjenta trzeba by także wyróżnić typ stosunku bierność – bierność, w którym ani pacjent ani lekarz nie przejawiają wystarczającej aktywności (przykład: pacjent przychodzi do lekarza tylko po zwolnienie lekarskie, ani jedna ani druga strona nie inicjuje kontaktu terapeutycznego) oraz bierność – poszukiwanie aktywności, gdy pacjent bezskutecznie próbuje wyegzekwować od lekarza np. bardziej wszechstronne badanie. Tak wzbogacona typologia odzwierciedlałaby także negatywne aspekty relacji pacjent – lekarz i różnice w sposobach definiowania przez nich swoich wzajemnych ról.

Koncepcja Szasza i Hollendra różni się od ujęcia parsonskiego dokładniejszym rozpisaniem różnych aspektów

roli lekarza w zależności od stanu pacjenta – ogólne założenia obu koncepcji są jednak zbliżone (komplementarność ról, współpraca); toteż można ją traktować jako uszczegółowienie, „poprawianie” Parsonsa. Z krytyki i negacji modelu Parsonsa wyrasta natomiast inna ważna w socjologii medycyny próba przedstawienia istoty relacji pacjent – lekarz, koncepcja Eliota Freidsona (1961, 1970).

Modele konfliktu

Freidson wykazał, że Parsons postrzega relacje pacjent – lekarz wyłącznie z perspektywy tego ostatniego. Nie zwraca uwagi na istnienie innych osób związanych z chorym i zainteresowanych przebiegiem jego choroby, nie uwzględnia ich zróżnicowanych oczekiwań, jak też roli innych przedstawicieli medycyny istotnych dla całokształtu procesu zdrowienia.

Błędem Parsonsa jest też traktowanie oczekiwań jako czynnika o podstawowej sile wpływającej na kształt zachowań; według Freidsona stanowią one wyłącznie pewien idealny standard, na podstawie którego oceniane są konkretne zachowania. Najbardziej uchwytyny wpływ na zachowania lekarza i pacjenta ma ich miejsce w strukturze społecznej i wzajemne pozycje, jakie w niej w stosunku do siebie zajmują.

Najważniejszym elementem krytyki modelu funkcjonalnego Parsonsa jest, zdaniem Freidsona, niedostrzeżenie bądź ignorowanie faktu, że konflikt w relacjach międzyludzkich jest nieunikniony. Współpraca, komplementarność ról i psychologiczna internalizacja wartości i norm społecznych nie mogą zaistnieć bądź spełnić swojej roli w sytuacji różnicy interesów. Konflikt musi istnieć, ponieważ każda ze stron

pragnie coś od siebie uzyskać. Jego natężenie zależy od kontekstu sytuacyjnego (np. różnych form nacisku w różnych formach lecznictwa) i może się ujawniać z różną siłą.

Freidson wymienia wiele potencjalnych źródeł takiego konfliktu. Jednym z nich jest struktura i organizacja opieki lekarskiej; może ona być uzależniona i od klienta i od profesjonalistów (interesów profesji). Przykładem pierwszego uzależnienia może być lekarz praktykujący indywidualnie, którego sukces zawodowy i materialny zależy od stopnia usatysfakcjonowania jego pacjentów. W drugim przypadku lekarz, pracujący w zespole lub w kooperacji z innymi lekarzami, będzie bardziej uzależniony od ich opinii i raczej zaryzykuje niezadowolenie pacjenta, niż narazi się kolegom. W sytuacji więc, gdy oczekiwania pacjenta są inne niż lekarzy jako grupy profesjonalnej – pojawia się konflikt.

Innym źródłem konfliktu mogą być różnice między poglądami „laików” i przedstawicieli profesji medycznych na temat chorób i sposobu pełnienia roli chorego. Jest to egemplifikacja szerszego problemu, mianowicie różnic między światem kultury lekarza a światem kultury pacjenta. Wiedza medyczna nie zawsze koresponduje z osobistym przeżywaniem choroby. Istotną różnicę mogą tu wnosić na przykład odmienne oceny powagi symptomów raportowanych lekarzowi. Oceniając je, pacjenci częściej kierują się ich uciążliwością i ograniczeniami powodowanymi przez nie w życiu codziennym; lekarze natomiast biorą pod uwagę zakres zmiany patologicznej (Morgan 1986). Tak więc według koncepcji Freidsona, właściwe podejście, jakie należałoby zastosować przy analizie relacji pacjent – lekarz, to postrzeżenie jej jako zderzenie dwóch perspektyw, spotkanie dwóch odrębnych systemów społecznych, a nie współdziałanie w obrębie jednego.

Innym ważnym zarzutem wobec koncepcji Parsonsa jest stosunkowo wąskie spektrum chorób, które dadzą się jej przyporządkować. Pomimo uzupełnień dokonanych uprzednio przez Szasza i Hollendra (wprowadzenie do modelu chorób przewlekłych), Freidson argumentuje, że model ten nie jest adekwatny dla opisu wszelkiego rodzaju kalectw i niepełnosprawności, a także nie uwzględnia stygmatyzacji, piętnowania niektórych chorób (np. chorób wenerycznych, umysłowych czy właśnie niektórych kalectw), które wbrew temu, co twierdzi Parsons, nie są przez lekarzy traktowane „neutralnie, obiektywnie i bez emocjonalnego zaangażowania”, a ponadto ich ofiary z reguły nie są zwolnione z odpowiedzialności za ich posiadanie.

Poszukując teoretycznych ram dla relacji pacjent – lekarz, po odrzuceniu parsonsofskiego ujęcia funkcjonalnego, Freidson zwraca się ku teorii dewiacji i etykietowaniu. Choroba jest formą dewiacji od normalnie pełnionych ról, a lekarze są tymi, którzy tworzą i sankcjonują oficjalną, społeczną rolę chorego. „Tak, jak sędzia decyduje, co jest przestępstwem i kto jest winny, ksiądz – co jest cnotą i kto popełnia grzech, tak lekarz decyduje, co jest stanem normalnym, a kto jest chory”.

Eliot Freidson konstruuje więc model choroby jako dewiacji, a reakcja społeczna na nią jest uzależniona od następujących wymiarów: odpowiedzialności jednostki za stan, w jakim się znajduje, piętna związanego z chorobą i szansą na wyleczenie. Model ten stał się szczególnie atrakcyjny dla rozpatrywania roli pacjenta obarczonego kalectwem fizycznym.

Ponieważ koncepcje Freidsona były już wcześniej omawiane przez Barbarę Uramowską Żyto w rozdziale „Socjologiczne koncepcje zdrowia i choroby”, nie będziemy

ich tu bardziej szczegółowo przytaczać. Warto jednak pamiętać, że w próbach zastosowania ogólnej teorii socjologicznej do rozpatrywania relacji między pacjentem i lekarzem i w ogóle do badań zjawisk związanych ze zdrowiem, chorobą i medycyną – Freidson przybliżył do nich teorię konfliktu społecznego i dewiacji społecznej.

Za konsekwentnych następców Freidsona – w tym sensie, że kontynuowali oni poszukiwanie inspirowane teorią konfliktu, można uznać koncepcje neomarksistów Howarda Waitzkina i Barbary Waterman (1974), Vicente Navarro (1976). Stosunki między pacjentem a lekarzem traktują oni jako usługi, które jedna grupa ludzi (lekarze i personel służby zdrowia) świadczy na rzecz drugiej (pacjenci). W swoich rozważaniach nad naturą relacji pacjent – lekarz idą jednak dalej; oprócz istniejącego konfliktu interesów, widzą w niej także element wyzysku. Koncepcja ich zawiera krytykę amerykańskiego systemu ochrony zdrowia, który „odzwierciedla wszystkie zasady kapitalizmu”. Istnieje tu stały konflikt między wymogami zysku czy innych osiągniętych korzyści a wymogami dobrego zdrowia. Tylko w ten sposób można – zdaniem autorów koncepcji – wytłumaczyć fakt, że system medyczny faworyzuje bogatszych pacjentów. Uprawnienia lekarzy do legalizowania choroby są konserwatywną formą kontroli społecznej, którą lekarze sprawują w imieniu klas uprzywilejowanych. Dewiacje wynikłe z choroby są w przypadku niższych klas społecznych reakcją na złe warunki społeczne; interpretowanie ich jako choroby i usankcjonowanie podejmowania roli chorego pomaga więc redukować potencjalną opozycję polityczną i utrzymywać istniejący status quo. W ten sposób do teoretycznej koncepcji stosunku pacjent – lekarz wprowadzone zostały elementy ideologiczno-polityczne.

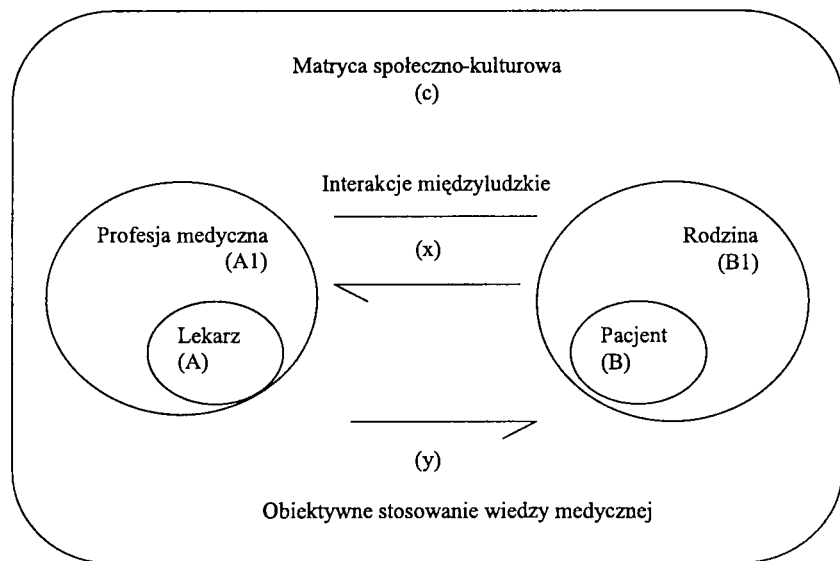
Modele transakcyjne

Za próbę zbliżenia funkcjonalnego modelu relacji pacjent – lekarz z modelem konfliktu, można uznać propozycję Samuela Blooma (1963). Uwzględniając istniejący dorobek (zarówno koncepcje, jak i polemiki wokół nich) przedstawił model, który nazwał ogólnym,¹ transakcyjnym systemem.

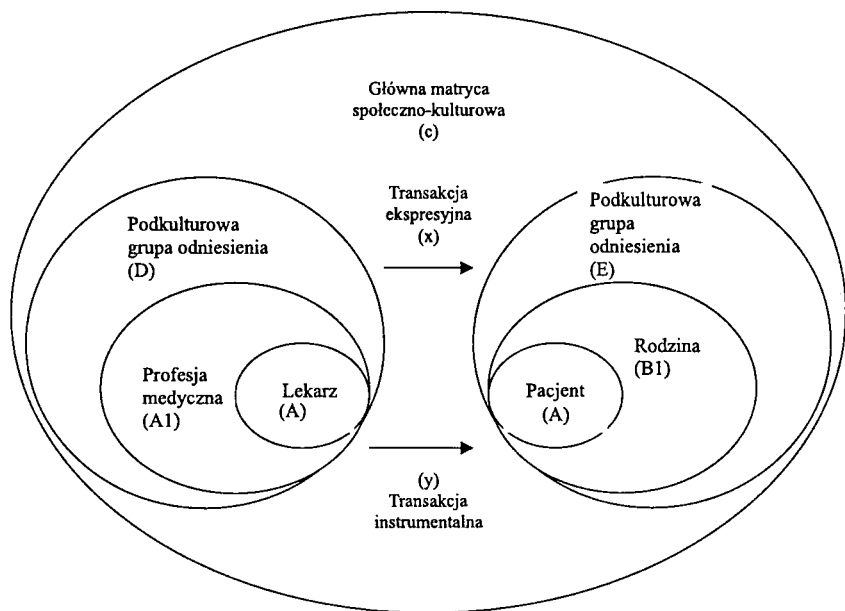
Punktem wyjścia dla Blooma jest pojęcie wspólnego systemu społecznego, jednak poza pacjentem i lekarzem wprowadza do niego znacznie więcej zmiennych społecznych, potrzebnych do analizy skomplikowanych układów zależności i grup odniesienia pacjentów i lekarzy.

Koncepcję tę omówimy szerzej za chwilę, a na razie przyjrzyjmy się graficznym wersjom propozycji Blooma.

Schemat 1. Relacje między pacjentem a lekarzem jako system społeczny



Schemat 2. Ogólny system transakcyjny



Pierwszy schemat przedstawia relację pacjent – lekarz jako system społeczny, drugi przedstawia tę relację jako ogólny system transakcyjny. Element transakcji czy negocjacji pomiędzy pacjentem i lekarzem jest reakcją na pojawiające się równocześnie koncepcje (Balint 1957), że relacje między pacjentem a lekarzem nie powinny być rozpatrywane jako komplementarna współpraca, lecz jako stałe negocjacje pomiędzy zainteresowanymi stronami.

W schematach Blooma, relacja między pacjentem a lekarzem (A) i (B) nie jest postrzegana jako interakcja między dwoma osobami, posiadającymi określone predyspozycje, lecz jest poszerzona o sfery grup odniesienia obu partnerów. Po stronie lekarza znajdują się wzory i standardy zachowania zawodowego zinternalizowane przez lekarza, wynikające

z faktu przynależności do profesji medycznej (A1). Po stronie pacjenta mamy do czynienia z grupami społecznymi, w których partycypuje, a które mogą modyfikować jego zachowanie jako pacjenta. Na ogół najbardziej wpływową grupą tego rodzaju jest rodzina pacjenta (B1). Interakcje pomiędzy tak zdefiniowanym pacjentem i lekarzem są dwojakiego rodzaju: „zwykłe”, międzyludzkie, uzależnione w znacznym stopniu od osobowości partnerów (x) oraz związane z oddziaływaniem lekarza na pacjenta, dokonywanym na podstawie posiadanej przez niego wiedzy medycznej (y).

Pełny schemat analizy systemu społecznego nie może być jednak ograniczony do relacji dwóch osób, nawet jeżeli uwzględnia się zaplecze grup, których są przedstawicielami. Bloom wprowadza więc matrycę społeczno-kulturową (C). Stanowią ją dynamicznie ujmowane wzory kulturowe, zmieniające się wraz z zachodzącymi makroprocesami społecznymi. Wzory i wartości, zarówno rodzin jak i grup profesjonalnych, są integralnymi częściami ogólnej matrycy poprzez subkulturowe grupy odniesienia (takie jak klasa społeczna, religia, rasa itp.) – (D) i (E).

W systemie transakcyjnym interakcje między pacjentem a lekarzem są wyrażone w języku transakcji – interakcje międzyludzkie (x) są więc określane mianem transakcji ekspresyjnej, zaś interakcje wynikłe z technicznych aspektów roli lekarza (y) – mianem transakcji instrumentalnej.

Pierwszy model proponowany przez Blooma można w prostej linii wywieść od Hendersona i Parsonsa; punktem wyjścia tego ujęcia jest jeden system społeczny, w którym relacje oparte są na wzajemnych, ukształtowanych kulturowo, oczekiwaniach i utrzymujące się poprzez procesy homeostatyczne, charakterystyczne dla wszystkich systemów.

W drugim modelu Bloom rezygnuje z funkcjonalnego ujęcia zgodności celów i współpracy między pacjentem i lekarzem na rzecz relacji widzianej jako transakcja, seria negocjacji. Jeżeli jednak mają miejsce negocjacje, musi istnieć element niezgodności między stronami; można więc powiedzieć, że ujmując relacje pacjent – lekarz w ten sposób, Bloom przybliżył się do koncepcji wywodzących się z teorii konfliktu.

Ujęcie negocjacyjne stosunku pacjent – lekarz, wykorzystane przez Blooma, zainicjowane zostało przez psychiatrę angielskiego Michaela Balinta (1957) i zyskało sobie znaczną popularność w socjologii medycyny. Najpełniej rozwinięte i usystematyzowane zostało przez Thomasa Scheffa (1986).

Założeniem tego podejścia jest, jak już wspomniano, to, że: w relacji pacjent – lekarz zawarty jest konflikt. Pacjent posiada własną wizję, percepcje swojego problemu zdrowotnego, swoje cele, oczekiwania, a czasem żądania. Nie muszą one być zgodne z kliniczną koncepcją lekarza. Ta niezgodność jest jednym ze źródeł potencjalnego konfliktu między obydwoma stronami. Konflikt ten jest rozwiązywany przez wzajemne negocjacje i właśnie te negocjacje są najważniejszym, krytycznym elementem, od którego zależą satysfakcjonujące relacje między lekarzem a pacjentem¹.

Pierwszym elementem negocjacji jest osiągnięcie porozumienia co do definicji problemu będącego przedmiotem konsultacji i przyczyn poszukiwania pomocy. Następnym etapem negocjacji jest ustalenie właściwego procesu terapeutycznego. Celem negocjacji jest tu wypracowanie takiego

¹ Ciężar gatunkowy, jaki koncepcja ta kładzie na negocjacji, sprawia, że chociaż punktem wyjścia dla niej jest stwierdzenie konfliktu między pacjentem a lekarzem, nie zalicza się jej do „modeli konfliktu”, choć oczywiście ma ona z nimi wiele wspólnego.

rozwiązania, które dawałoby lekarzowi poczucie, że zrobił to, co jest najszlachetniejsze z medycznego punktu widzenia, a pacjentowi – że otrzymał to, co najbardziej leży w jego interesie – zarówno pod względem fizycznym, jak i psychicznym.

Przebieg procesu negocjacji zależy od wielu czynników, z których warto wymienić choćby kilka: 1) relatywna pozycja społeczna obu partnerów, 2) różnice w statusie materialnym pacjenta i lekarza, 3) możliwości intelektualne pacjenta, 4) istnienie w przypadku konkretnej dolegliwości alternatywnych terapii, 5) natura problemu zdrowotnego, oczekiwań, celów pacjenta, 6) terapeutyczna „ideologia” lekarza itd. Odgrywają tu więc rolę zarówno ogólne czynniki społeczne, jak i zrelatywizowane bezpośrednio do problemu będącego przedmiotem konsultacji (Lazare i in. 1987).

Jak można się łatwo zorientować, w negocjacjach tych pozycja lekarza jest zawsze, lub prawie zawsze, dominująca: jeżeli nawet założyć, że jeśli pozycja społeczna, materialna, możliwości intelektualne obu partnerów są równe, to lekarz zawsze kontroluje alternatywne metody terapii, czuje się pewniej w swojej roli (ma więcej doświadczeń w jej pełnieniu), a poza tym to on zadaje pytania, kieruje rozmową i badaniem, wreszcie ma możliwości dokonywania wyboru tych spośród wyartykułowanych przez pacjenta potrzeb czy oczekiwań, które mogą zostać zaspokojone. Dostrzegając ową asymetrię we wzajemnych możliwościach autorzy omawianego modelu są jednocześnie skłonni traktować go jako model normatywny, wierząc, że negocjacje podbudowane zaufaniem i odpowiednim wyedukowaniem medycznym pacjenta mają szansę ukształtować każdorazowo najwłaściwszy profil relacji pacjent – lekarz i powinny prowadzić do uwierzytelnienia pozycji obu stron.

Model ten zdobył sobie popularność szczególnie przy rozpatrywaniu relacji pacjent – lekarz w procesie diagnozowania i leczenia zaburzeń psychicznych i psychosomatycznych. W zaburzeniach tych zdiagnozowanie, poszukiwanie właściwej definicji problemu i znalezienie jego przyczyn wymaga „docierania” do niego obu stron. Pacjent przychodzący do lekarza z problemem wyrażonym w kategoriach somatycznych musi otrzymać od lekarza propozycję psychiczną czy psychospołeczną, aby następnie „wynegocjować” odpowiedni psychosomatyczny model choroby. W przypadku chorób somatycznych – gdzie diagnoza raczej nie jest przedmiotem negocjacji, negocjowane mogą być alternatywne metody terapii, zalecane przez lekarza ograniczenia czy ewentualne korzyści wynikające z faktu bycia chorym.

Model negocjacyjny koncepcyjnie jest bliski konsumeryzmowi, analizującemu warunki właściwego kontaktu pacjent – lekarz wyłącznie z punktu widzenia pacjenta, którego się tu nazywa konsumentem. Konsumeryzm nie próbuje oferować żadnych modeli teoretycznych, jest raczej ideologią ruchu społecznego (głównie w USA) na rzecz dostępności wiedzy medycznej dla pacjentów i ich aktywizowania w relacjach z lekarzami. W efekcie jednak tworzy pewną koncepcję pacjenta, który ma zerwać z ignorancją, apatią i uzależnieniem (Galagher 1976). Zarysowuje się zatem i rola lekarza, który jest tu konsultantem pozostawiającym pacjentowi możliwość decydowania o sobie samym w znacznie większym stopniu, niż ma to miejsce w ujęciach tradycyjnych.

Główne założenia konsumeryzmu można przedstawić następująco: dobre zdrowie wymaga raczej aktywnej postawy niż biernego stosowania się do zaleceń lekarza; relacje pacjent – lekarz są pewnym zorganizowanym systemem zachowań, których konsument powinien się nauczyć, aby móc

efektywnie negocjować usługi. Aktywny pacjent, czyli konsument musi więc zdobywać z różnych źródeł informacje o zdrowiu i problemach zdrowotnych, dokonywać wyborów między lekarzami, a także różnymi alternatywnymi źródłami pomocy, umieć ocenić rezultaty interwencji medycznych i dążyć do coraz lepszego poznania swoich potrzeb zdrowotnych (Pratt 1976).

Problematyka dystansu (asymetrii ról)

We wszystkich omawianych dotąd modelach relacji pacjent – lekarz pojawiał się problem asymetrii czy też dystansu pomiędzy nimi. Problemowi temu warto tu poświęcić nieco więcej miejsca. W koncepcjach wywodzących się z funkcjonalizmu asymetria ta przejawiała się w postaci dominacji lekarza nad pacjentem, wynikłej z pełnionej przez niego roli eksperta posiadającego wiedzę medyczną, której z kolei pacjent nie posiadał (Parsons ten aspekt roli lekarza nazywał „techniczną kompetencją”). W koncepcjach wywodzących się z teorii konfliktu dochodziły do owej dominacji dystanse wynikające z różnic w stopniu posiadanej przez obie strony władzy i różnic w pozycji społecznej (dominacja profesjonalna u Freidsona, wyzysk ekonomiczny u neomarksistów).

Problematyka asymetrii w relacji pacjent – lekarz skupiła na sobie znaczną uwagę nie tylko w obrębie koncepcji teoretycznych, ale także w badaniach empirycznych i ruchach społecznych na Zachodzie, które – krytykując ją – stawiały sobie za cel umniejszenie dominacji lekarzy. W większości krajów zachodnich zmniejszanie tej asymetrii przybrało formę aktów prawnych („Prawa pacjenta”), gwarantujących pacjentom – przynajmniej teoretycznie – dostęp do informacji i ich udział w decyzjach ich dotyczących (wyrażanie

zgody i odmowy na określoną terapię). Kwestia ta jest jednak o tyle skomplikowana, że dystans dzielący pacjenta i lekarza, przez wielu postrzegany jako nieunikniony, jest rozmaicie oceniany z punktu widzenia efektów terapeutycznych dla pacjenta.

W większości opracowań potępia się lekarzy za zbytne dystansowanie się od pacjenta, za pełnienie roli w sposób instrumentalny, zimny, zbyt rzeczowy stosunek do chorego lub wręcz traktowanie go jako sumy chorych komórek i tkanek, nie posiadającej osobowości ludzkiej. W swej skrajnej postaci może ów stosunek stać się tzw. czynnikiem jatrogennym (czynnik psychotraumatyzujący, wynikły z samego kontaktu z medycyną). Szczególnie w przypadkach chorób somatycznych lekarze nie przywiązują należytej wagi do sposobu, w jaki chorzy reagują na przykre doznania, nie uwzględniają ich obaw i niepokojów, specyficznych sposobów interpretowania zjawisk, często niezwerbalizowanych sygnałów wysyłanych przez nich. Niejednokrotnie więc się zdarza, że po wyjściu od lekarza pacjent czuje się bardziej zaniepokojony, zgnębiony i w sumie bardziej chory niż przed wizytą.

Należy tu dodać, że omawiany dystans jest mniej lub bardziej powszechny, jednak występuje we wszystkich krajach rozwiniętych i rozwijających się, niezależnie od stosunków społecznych tam panujących, systemu opieki zdrowotnej i jej form organizacyjnych, inwestycji w służbę zdrowia i kosztów ponoszonych przez pacjentów.

Istnieją jednak także względy usprawiedliwiające istnienie omawianego dystansu. Rzeczowy, techniczno-specjalistyczny stosunek do pacjenta ułatwia badania lekarskie naruszające wszak sferę prywatności pacjenta. Przebywanie z obnażonym pacjentem, dostęp do niedostępnych na ogół

czy wręcz wstydlivych części ciała, możliwość poruszania osobistych i intymnych kwestii – wszystko to jest łatwiejsze dla obu stron, gdy pacjent jest definiowany jako „obiekt”. Badanie przeprowadzone przez Joan Emerson (1987) pokazało, jak bardzo dystans ten jest funkcjonalny i podtrzymywany przez obie strony w sytuacji badania ginekologicznego. Zdefiniowanie sytuacji takiego badania jako czysto medycznej i bezosobowej pozwala na wyeliminowanie z niej konotacji seksualnych, jakie na ogół towarzyszą dotykaniu narządów płciowych. Minimalizuje to poczucie wstydu i zażenowania, szczególnie obecnego, gdy badający lekarz jest mężczyzną.

Zdarza się także, że asymetria ról i dominacja lekarza nad pacjentem ma pewne zalety terapeutyczne; niejednokrotnie skuteczne działania lekarza wiążą się z otaczającą go aurą symbolicznej charyzmy i odczuwanym w stosunku do niego „bogobojnym dystansem”. Wielu pacjentów, zresztą z własnej woli i z własnego wyboru, przyjmuje pozycję słabszego, uzależnionego partnera, znajdując ulgę w tym, że może się całkowicie zdać na lekarza. Z odczuwaną dominacją lekarza można wreszcie wiązać skuteczność efektu placebo (stosowanie neutralnych, nieleczących środków, ale z udzielonym pacjentowi silnym przekonaniem o ich skuteczności). Mechanizm efektu placebo nie jest dotychczas dokładnie wyjaśniony; uważa się, że jego działanie może polegać na wyswobodzeniu zdolności mobilizacyjnej pacjenta do doprowadzenia swojego organizmu do naturalnego stanu równowagi. Kluczem do zrozumienia skuteczności działania lekarza w oparciu o placebo może być dominacja, wiara w jego autorytet, respekt dla jego pozycji. Przykładem lekarzy, którzy działają efektywnie wykorzystując dystanse, są lekarze w krajach Trzeciego Świata.

Należy tu więc dokonać rozróżnienia między dystansem funkcjonalnym w stosunku do określonego problemu zdrowotnego pacjenta i dystansem wynikłym z braku efektywnej komunikacji. Ten ostatni prowadzi do tego, że problem pacjenta nie jest właściwie rozpoznany, pacjent nie jest poinformowany o naturze swojej dolegliwości lub poinformowany za pomocą specjalistycznego aparatu pojęciowego, którego nie potrafi zrozumieć. Rzutuje to na efekty terapeutyczne, gdyż słaba komunikacja między lekarzem a pacjentem prowadzi do niestosowania się tego ostatniego do otrzymanych zaleceń lub do błędnej ich interpretacji. Badania nad komunikacją lekarzy z pacjentami wskazują, że znacznie efektywniej przebiega ona w przypadku pacjentów z klas średnich niż pacjentów z klas niższych (Ostrowska 2006).

Poza dystansem wynikającym z samego modelu relacji pacjent-lekarz, istnieje wiele innych czynników, które na ów dystans oddziałują, na ogół go wzmacniając. Za jeden z nich można uznać istnienie we współczesnej medycynie tzw. orientacji inżynierskiej, charakteryzującej się rozwiniętą technologicznie interwencją kliniczną skierowaną na jednostkę. Wymaga ona wąskich specjalistów, co pociąga za sobą inne zjawisko, zwane fragmentaryzacją procesu leczenia. Poszczególne narządy człowieka stają się obiektami odrębnych interwencji medycznych, dokonywanych przez różnych specjalistów. Takie podejście – eliminując z pola widzenia człowieka jako całość, a jednocześnie wyposażające lekarza w coraz bardziej skomplikowaną technologicznie wiedzę nie sprzyja znoszeniu istniejącego dystansu.

Warto w tym momencie wspomnieć także o hipotetycznym wpływie „niepewności profesjonalnej” lekarzy na stopień ich otwartości w stosunku do pacjentów. Przeprowadzając socjologiczną analizę studiów medycznych Renee Fox

(1957) zauważyła, że lekarze rzadko kiedy mają absolutną pewność co do rozpoznania i etiologii choroby. Ich socjalizacja do roli zawodowej polega między innymi na przygotowaniu się do stałego podejmowania różnych działań raczej opartych na różnych stopniach niepewności niż pewności. Aby nie „odkryć” swojej niepewności przed pacjentami, lekarze zachowują się powściągliwie w udostępnianiu im informacji co do rozpoznania, przyczyn choroby czy prognozy, tym bardziej że parametry te – jako tylko prawdopodobne, a nie pewne – mogą ulec zmianie w toku dalszego rozwoju wydarzeń. Wyjaśnienie to sprowadza istnienie dystansu do rozważań na temat natury wiedzy medycznej i wynikającej z niej specyficznej socjalizacji lekarzy do swojego zawodu. Warto jednak tu odnotować, że w sytuacji „niepewności profesjonalnej”, model partnerski pozwala w większym stopniu dzielić się odpowiedzialnością za pacjenta z nim samym (Freidson 1961).

W indywidualnych przypadkach relacji pacjent – lekarz istniejący dystans może zostać pogłębiony także wskutek niezgodności wzajemnych oczekiwań co do sposobu pełnienia swoich ról. Mówiąc o oczekiwaniach pacjentów w stosunku do lekarzy wyróżnia się najogólniej oczekiwania instrumentalne i ekspresyjne. Wyznaczają one odmienne wzory wzajemnej komunikacji. Komunikacja w zakresie działań instrumentalnych – to zdobywanie i przekazywanie informacji techniczno-medycznych (wywiad, wyjaśnienie przyczyn choroby, działania leków), natomiast komunikacja ekspresyjna uwzględnia aspekty emocjonalne kontaktu (życzliwość, poczucie bezpieczeństwa, wsparcie emocjonalne). Proporcje obu tych orientacji w działaniach lekarzy są bardzo różne, często jednak przeważają instrumentalne. Oczekiwania pacjentów są na ogół odmienne; przy całym

uznaniu dla możliwości technicznych interwencji lekarzy, oczekują oni znacznie większej dawki działań ekspresyjnych, psychoterapeutycznych (Tobiasz-Adamczyk 2002). Podobnie lekarz oczekuje, że jego pacjent będzie się zachowywał w określony sposób (np. wykonywał polecenia, nie zadawał zbyt wielu pytań, odnosił się do lekarza z szacunkiem); niespełnienie przez pacjenta tych oczekiwań może wpłynąć niekorzystnie na ostateczny kształt relacji między nimi. W tej jednej sytuacji jednak pozycja pacjenta może być korzystniejsza niż lekarza; pacjent może z lekarza zrezygnować, lekarzowi nie wolno zaniechać leczenia pacjenta.

Kierunki przemian

Jak będzie wyglądać relacja pacjent – lekarz w przyszłości? Odpowiedź na to pytanie, nie jest łatwa, jako że współcześnie obserwujemy kilka trendów, które z pewnością mogą wywierać na tę relację wpływ, jednocześnie jednak kierunki ich działania nie są ze sobą całkowicie zgodne. Nie podejmując się więc jednoznacznej prognozy, spróbujmy prześledzić procesy, które modyfikują stosunek pacjent – lekarz.

Z jednej strony, o czym wspominaliśmy, obraz chorób jest coraz bardziej zdominowany przez choroby przewlekłe – co wymusza bardziej partnerskie relacje między lekarzami a pacjentami. Wzrasta też poziom wiedzy medycznej pacjentów. Dostęp do internetu gwarantuje szybką informację na temat chorób – ich objawów, sposobów leczenia, dostępnych leków. Wiedza zastrzeżona dotychczas dla lekarzy (i stanowiąca ważne źródło ich dominacji) staje się coraz bardziej dostępna dla pacjentów. Na forach internetowych chorzy cierpiący z powodu różnych dolegliwości wymieniają się doświadczeniami na temat skutecznych sposobów

ich leczenia. Przybywa leków, które można nabyć bez recepty, a także ich reklam, zachęcających do samoleczenia.

Wszystkie te czynniki niewątpliwie przyczyniają się do wzrastającej autonomii pacjentów i sugerują, że zmniejszanie się asymetrii w relacjach między pacjentem i lekarzem jest nieodwracalnym procesem. Symptomy zachodzących zmian są także widoczne w sferze symboli, jakimi posługuje się medycyna, przynajmniej w podstawowej opiece zdrowotnej. Z wielu gabinetów znikają przeszklone szafki z narzędziami budzącymi lęk i respekt, a tradycyjny, biały fartuch lekarski (symbol septycznej czystości i autorytetu naukowych laboratoriów) jest coraz częściej zastępowany normalnym ubraniem lekarza, co być może służy względem praktycznej wygody, ale w efekcie zmniejsza dystans między partnerami interakcji. Rygory życia szpitalnego stają się mniej ograniczające dla pacjentów, a ich rodziny mają coraz swobodniejszy dostęp do nich, także w sytuacjach, w których do niedawna mogli uczestniczyć tylko przedstawiciele profesji medycznych (np. obecność męża w czasie porodu żony).

Zmniejszeniu asymetrii w relacjach między lekarzami i pacjentami służą także liczne organizacje społeczne reprezentujące chorych i pacjentów, które stawiają sobie za cel poprawę opieki zdrowotnej, ale także kontrolowanie procesu leczenia, jego dostępności i zgodności świadczeń z istniejącymi standardami. W krajach zachodnich organizacje te są istotnym narzędziem kształtowania satysfakcjonujących pacjentów relacji ze służbą zdrowia. Świadczy to o upowszechnianiu się modelu relacji pacjent – lekarz wygenerowanej z założeń konsumeryzmu.

Z drugiej strony jednak, szybki rozwój zaawansowanych technologii medycznych uzależnia praktykę medycz-

ną od coraz bardziej wyrafinowanych metod diagnostyki i terapii, za którymi często trudno nadążyć lekarzom, a tym bardziej pacjentom. Coraz szybciej postępująca „technicyzacja” medycyny sprawia, że rozmowa z pacjentem o jego objawach i dolegliwościach, naprowadzająca lekarza na diagnozę, będzie wypierana przez wyniki testów. Ta coraz lepsza diagnostyka prowokuje obawę, że ekspresyjna rola lekarza – tak bardzo ceniona przez pacjentów – będzie realizowana w mniejszym stopniu.

Także idealistyczne zasady zapewniające równą opiekę medyczną każdemu pacjentowi stają się mniej realistyczne. Wzrastające koszty nowoczesnej, technologicznej medycyny stają się przyczyną reglamentowania niektórych usług medycznych, co powoduje frustrację i sprzyja napięciom między pacjentami a lekarzami. Sytuacja ta wskazuje na adekwatność teoretycznego modelu relacji pacjent – lekarz wskazującego na istnienie konfliktu u jej podłoża.

Coraz wyraźniejsze ograniczenia medycyny w poprawie stanu zdrowia całej populacji przesuwają ciężar gatunkowy leczenia w kierunku zapobiegania chorobom i promowania zdrowia. Zmienia to także role pacjentów i lekarzy, miejscem ich spotkania staje się bowiem także edukacja zdrowotna i działania nakierowane na środowisko, w którym żyją ludzie. Coraz powszechniejsza wiedza na temat związku stylu życia ze zdrowiem zwiększa obszar odpowiedzialności człowieka za swoje zdrowie. W dalszej przyszłości, modyfikując na relacje pacjent – lekarz mogą wpływać także najnowsze osiągnięcia w zakresie genetyki. Pozwolą one antycypować zagrażające choroby, zanim jeszcze pojawią się ich pierwsze objawy (Cockerham 2004).

Mimo trudności przewidywania wpływu wszystkich tych trendów na relacje między lekarzami i pacjentami, moż-

na przypuszczać, że pozycja lekarza nie będzie jednak poważnie zagrożona. Jak stwierdza Magdalena Sokołowska (1980) „Jego unikalność pod tym względem podobnie jak dziś, opierać się będzie na rozległym wykształceniu, wyróżniającym go w zespole opieki medycznej, na jego kierowniczych umiejętnościach i funkcjach, oraz – *last but not least* – na zinstytucjonalizowanej charyzmie, przypisanej mu przez pacjentów, którzy w przyszłości, tak jak obecnie będą chcieli w nim widzieć uosobienie możliwości medycyny”.

Literatura

- Balint, Michael. 1957. *The Doctor, his Patient and the Illness*. New York: International Universities Press.
- Bloom, Samuel. 1963. *The Doctor and his Patient*. New York: Russel Sage Foundation.
- Cockerham, William C. *Medical Sociology*. Upper Saddle River: Prentice Hall.
- Emerson, Joan P. 1986. *Behavior in Private Places: Sustaining Definitions of Reality in Gynecological Examinations*. W: J.D. Stoeckle (red.). *Encounters between Patients and Doctors*. Cambridge, London: The MIT Press.
- Fox, Renee. 1957. *Training for Uncertainty*. W: R.K. Merton, G. Reader, P.L. Kendall (red.). *The Student – Physician*. Cambridge, Mass. Harvard University Press.
- Freidson, Eliot. 1961. *Patient's Views of Medical Practice*. New York: Russel Sage Foundation.
- Freidson, Eliot. 1970. *Professional Dominance. The Social Structure of Medical Care*. New York: Atherton.
- Galagher, Eugene B. 1976. *Ideologia konsumpcji a opieka zdrowotna*. W: M. Sokołowska J. Hołówka, A. Ostrowska (red.). *Socjologia a zdrowie*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.

- Henderson, Lawrence. 1987. *Physician and Patient as a Social System*. W: J.D. Stoeckle (red.). *Encounters between Patients and Doctors*. Cambridge, London: The MIT Press.
- Lazare, Aaron, Sherman Eisenthal, Arlene Frank, John Stoeckle. 1986. *Studies on a Negotiated Approach to Patienthood*. W: J.D. Stoeckle (red.). *Encounters between Patients and Doctors*. Cambridge, London: The MIT Press.
- Morgan, Myfanwy. 1986. *The Doctor–Patient Relationship*. W: D. Patrick i G. Scambler (red.). *Sociology as Applied to Medicine*. London: Bailliere Tindall.
- Navarro, Vicente. 1976. *Medicine under Capitalism*. New York: Prodist.
- Ostrowska, Antonina. 2006. *Paternalizm czy partnerstwo? Relacje między pacjentami a lekarzami w Europie*. W: H. Domański, A. Ostrowska, P. Sztabiński (red.). *W środku Europy?* Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN.
- Parsons, Talcott. 1951. *The Social System*. Glencoe, Ill: The Free Press.
- Pratt, Lois. 1976. *The Energized Family*. Boston: Houghton Mifflin.
- Waitzkin, Howard i Barbara Waterman. 1974. *The Exploitation of Illness in Capitalist Society*. Indianapolis: Bobbs-Merrill.
- Scheff, Thomas. 1986. *Negotiating Reality: Notes on Power in the Assessment of Responsibility*. W: J.D. Stoeckle (red.). *Encounters between Patients and Doctors*. Cambridge. London: The Massachusetts Institute of Technology Press.
- Sokołowska, Magdalena. 1980. *Granice medycyny*. Warszawa: Wiedza Powszechna.
- Szasz, Thomas, Marc Hollender. 1956. *A Contribution to the Philosophy of Medicine: The basic models of the Doctor – Patient Relationship*. „Journal of the American Medical Association” 97, s. 585–588.
- Tobiasz-Adamczyk, Beata. 2002. *Relacje pacjent – lekarz w perspektywie socjologii medycyny*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.