

**Patrycja Zurzycka, Zofia Musiał, Iwona Repka**

Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu,  
Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

# Efekt nocebo a świadoma zgoda i informowanie pacjenta

## Nocebo effect vs. informed consent and information to the patient

### STRESZCZENIE

Świadoma zgoda pacjenta wobec proponowanych mu działań jest wyrazem poszanowania jego autonomii i stanowi podstawę praktykowania współczesnej opieki medycznej. Jednym z kluczowych elementów koniecznych do wyrażenia świadomej zgody jest udzielenie pacjentowi wyczerpujących wiadomości dotyczących proponowanego postępowania, obejmujących również potencjalne zagrożenia, ryzyko i efekty uboczne. Przekazanie tych informacji może wiązać się z ryzykiem wystąpienia u pacjenta efektu nocebo. Efekt ten dotyczy sytuacji, w których dochodzi do pogorszenia funkcjonowania człowieka pod wpływem stosowania obojętnego środka lub działań, ale także podejmowanych między nim a personelem medycznym interakcji. Efekt ten oznacza także taką sytuację zdrowotną pacjenta, w której osiągnięty rezultat jest odmienny od oczekiwanego i jednocześnie jest rezultatem niekorzystnym.

Celem pracy jest przedstawienie zjawiska efektu nocebo w kontekście uzyskiwania świadomej zgody pacjenta.

**Słowa kluczowe:** efekt nocebo, świadoma zgoda

### ABSTRACT

Informed consent from the patient to the interventions proposed to them is an expression of respect for their autonomy and it constitutes the basis for practicing contemporary medical care. One of the key elements required to express informed consent is to provide the patient with comprehensive information about the procedure offered to them, including potential threats, risks and side effects. Transmission of such information may involve the risk of the nocebo effect in the patient. The nocebo effect refers not only to situations in which the man's functioning deteriorates due to the application of an inert agent or actions, but also to the interaction between the patient and the medical staff. This effect also means the patient's health condition in which the result achieved is different from the expected, and at the same time, this is a negative result.

**Adres do korespondencji / Address for correspondence:** patrycja.zurzycka@uj.edu.pl. **ORCID:** Patrycja Zurzycka – 0000-0002-2048-3711; Zofia Musiał – 0000-0001-6954-3204; Iwona Repka – 0000-0001-9464-4269

The paper is aimed at showing the phenomenon of the nocebo effect in the context of obtaining informed consent from the patient.

**Key words:** nocebo effect, informed consent

## Wstęp

Efekt nocebo stanowi niejako przeciwieństwo efektu placebo, ale może on być także utożsamiany z ubocznym (i negatywnym) wynikiem działania zastosowanego placebo (Bąbel, 2006; Vögtle i wsp., 2016). Efekt placebo występuje w sytuacjach, w których doszło do polepszenia biofizycznego oraz psychofizycznego dobrostanu osoby po zastosowaniu u niej placebo związanego z przebiegiem leczenia lub oparte-go na relacji pacjent – przedstawiciel zespołu terapeutycznego (Bąbel, 2006). Efekt nocebo obejmuje natomiast wszystkie te okoliczności, w których dochodzi do pogorszenia funkcjonowania człowieka pod wpływem stosowania obojętnego terapeutycznie środka lub innych działań terapeutycznych, ale także podejmowanych pomiędzy pacjentem a personelem interakcji (Colloca, 2017A; Colloca, 2017B; Colloca, Finnis, 2012; Colloca, Miller, 2011C; Blasini i wsp., 2017; Kaptchuk, Miller, 2015). Efekt nocebo oznaczać może również taką sytuację zdrowotną pacjenta, w której osiągnięty rezultat jest odmienny od oczekiwanego i jednocześnie jest rezultatem niekorzystnym (Bąbel, 2006; Data-Franco, Berk, 2013).

Zarówno efekt nocebo, jak i efekt placebo są niejako wbudowane w praktykę kliniczną i strukturę relacji terapeutycznych pomiędzy pacjentem a personelem. Należy zwrócić uwagę, że efekt placebo w swej codziennej praktyce przynajmniej jednokrotnie zastosowało między 17% a 80% lekarzy i między 51% a 100% pielęgniarek (Fässler i wsp., 2010). Efekt nocebo zazwyczaj nie jest stosowany intencjonalnie, natomiast przypuszczalnie jego występowanie jest równie szeroko rozpowszechnione (Faasse, Petrie, 2013; Webster i wsp., 2017). Nie oznacza to jednak, że funkcjonowanie tych zjawisk (zarówno placebo, jak i nocebo) w opiece zdrowotnej nie budzi licznych kontrowersji, w tym także etycznych

(Arnold i wsp., 2014; Evers i wsp., 2018; Planès i wsp., 2016; Pożgain i wsp., 2014).

Efekt nocebo (podobnie jak efekt placebo) stanowi fascynujące, wielowymiarowe, wieloczynnikowe i etiologicznie skomplikowane zjawisko psychobiologiczne, społeczne oraz kulturowe. Jednakże może on mieć negatywny wpływ na dobrostan pacjenta i ogólny wynik postępowania terapeutycznego i opiekuńczego prowadzonego wobec chorego (Colloca, 2013; Jakovljevic, 2014).

Dlatego też personel opieki zdrowotnej powinien odgrywać istotną rolę w zapobieganiu powstania efektu nocebo, także w obszarze związanym z uzyskiwaniem świadomej zgody pacjenta na podejmowane wobec niego działania oraz informowaniem go w zakresie związanym z udzielanymi świadczeniami.

Celem pracy jest przedstawienie zjawiska efektu nocebo w kontekście uzyskiwania świadomej zgody pacjenta.

## Efekt nocebo

Efekt nocebo powstać może w sytuacjach, gdy stan pacjenta spowodowany jest przez jego oczekiwania co do położenia, w jakim się znajduje, oraz związane z nimi odczucia i emocje (Bąbel, 2006; Blasini i wsp., 2017; Evers i wsp., 2018; Faasse, Petrie, 2013; Symon i wsp., 2015). Postrzegany jest jako psychobiologiczne zjawisko wynikające z całości kontekstu terapeutycznego, w tym podejmowanych działań, oczekiwań pacjentów, przekazywanych im werbalnych i pozawerbalnych komunikatów oraz interakcji z personelem terapeutycznym (Häuser i wsp., 2012). Efekt nocebo wywołany może zostać przez stosowanie terapii, ale może być też wynikiem oddziaływania powstającego w relacji pacjent – personel. Przybiera on formę psychologicznej lub fizjologicznej reakcji na zachowanie personelu i wypowiediane przez niego treści,

stosowane procedury, ale także samą obecność sprzętu i wyrobów medycznych (Symon i wsp., 2015).

Również werbalne i pozawerbalne komunikaty przekazywane przez członków zespołu terapeutycznego mogą zawierać liczne i niezamierzone negatywne przekazy, które mogą przyczynić się do wystąpienia u pacjenta efektu nocebo (Colloca, Miller, 2011A; Colloca, Miller, 2011B; Blasini i wsp. 2017; Häuser i wsp., 2012). Wynika to z faktu, że pacjenci są otwarci na negatywne sugestie, zwłaszcza w sytuacjach postrzeganych jako trudne i stresujące (choroba, stan zagrożenia życia, hospitalizacja). Niewłaściwa interpretacja komunikatów przekazywanych przez personel może prowadzić do licznych nieporozumień oraz przysparzać pacjentom dodatkowych dolegliwości i cierpienia (Häuser i wsp., 2012).

Wpływ na powstanie efektu nocebo mają zarówno przekazywane treści, jak i sposób komunikowania się z pacjentem – postawa ciała, ton głosu oraz inne pozawerbalne sygnały (Faasse, Petrie, 2013; Miller, Miller, 2015), okazywana akceptacja pacjenta (Greville-Haris, Dieppe, 2015), a także umiejętność uważnego słuchania pacjenta i zachęcania go do aktywnego udziału w procesie decyzyjnym (Arnold i wsp., 2014; Colloca, Miller, 2011A; Colloca, Miller, 2011C). Również inne czynniki kontekstowe mogą odgrywać rolę w powstaniu efektu nocebo. Są nimi: sposób i droga podania leków (oraz ich kolor czy walory smakowe lub zapachowe), wygląd zewnętrzny personelu, jak również kolor i wystrój pomieszczeń, w których przebywa pacjent (van Eijnsden, Smulders, 2016).

Sformułowania stosowane w komunikowaniu się z pacjentem w codziennej praktyce opieki również mogą przyczyniać się do powstania efektu nocebo. Wśród wypowiedzi mogących wpływać negatywnie na dobrostan pacjenta znajdują się stwierdzenia wyrażające niepewność (np. „ten lek / ta procedura może nie pomóc”), stosowanie żargonu medycznego lub określeń niezrozumiałych dla pacjenta. Równie istotne jest, aby unikać nadmiernej koncentracji na negatywnych aspektach danej sytuacji (np. „to zawsze boli”) oraz nie skupiać

uwagi pacjenta na negatywnych doznaniach lub sugerować mu, iż są one czymś normalnym (np. „czy czujesz ból, mdłości?” itp.). Do powstania efektu nocebo przyczynić się może również swego rodzaju etykietowanie (kategoryzowanie) pacjentów (np. „Jesteś pacjentem wysokiego ryzyka”), a także lekceważenie objawów, które u pacjenta wywołują obawę (np. „To normalne, że krwawi po zabiegu, nie trzeba się bać” itp.) (Häuser i wsp., 2012). Wpływ na powstawanie efektu nocebo mają nie tylko bezpośrednie kontakty z personelem opieki medycznej, wcześniejsze doświadczenia, ale również informacje pozyskiwane z mediów, od osób znajomych czy też pochodzące z obiegowej opinii. Niestety zdobywane w ten sposób wiadomości zazwyczaj skupiają się na niekorzystnych aspektach i efektach prowadzonej opieki i terapii, co może powodować u pacjenta negatywne oczekiwania i powstanie efektu nocebo (Colloca i wsp., 2008; Faasse i wsp., 2015; Faasse, Petrie, 2013; Jakovljevic, 2014; Meynen i wsp., 2012).

W zakresie doznawania efektu nocebo zaobserwować można dużą zmienność osobniczą – niektórzy pacjenci są bardziej podatni na wystąpienie tego zjawiska niż inni (Corsi, Colloca, 2017; Webster i wsp., 2018). Określone oczekiwania przyjęte przez pacjenta mogą wpływać na powstanie u niego efektu nocebo (Wei i wsp., 2018). Osoby, które w przeszłości doświadczały negatywnych działań ubocznych stosowanej terapii lub były z niej niezadowolone, są bardziej narażone na powstanie efektu nocebo w przyszłości. Uważa się również, że dobra znajomość potencjalnych efektów ubocznych może powodować bardziej wnikliwe obserwowanie swojego organizmu i przypisywanie powszechnie występującym dolegliwościom podłoża związanego ze stosowaną terapią (Wells, Kaptchuk, 2012), a wiedza na temat działań niepożądanych może generować ryzyko ich doznania (Data-Franco, Berk, 2013). Badania wykazały także, że jeżeli w opinii pacjenta personel mu nie ufa i nie rozumie jego potrzeb, powoduje to zwiększony niepokój i wpływa na powstanie efektu nocebo (Meynen i wsp., 2011; Meynen i wsp.,

2012). Wpływ na jego powstanie mogą mieć także cechy osobowości i charakteru (Corsi, Colloca, 2017), czynniki psychologiczne (Blasini i wsp., 2017), czynniki społeczne (Vögtle i wsp., 2016), zjawiska związane z uczeniem się, a także inne czynniki genetyczne, kontekstualne i środowiskowe (Blasini i wsp., 2017).

Wystąpienie efektu nocebo powoduje negatywne skutki dla doznających go pacjentów, jednakże określenie skali i częstotliwości ich występowania jest trudne. Między innymi wynika to z braku powszechnie akceptowanej definicji oraz różnic metodologicznych w prowadzonych badaniach (Symon i wsp., 2015) – wydaje się, że niestety zjawisko to jest powszechnie występujące (Meynen i wsp., 2012). Nie prowadzi się jednak szeroko zakrojonych badań nad efektem nocebo, uznaje się je za nieetyczne i nieprzynoszące korzyści dla pacjenta (Planès, 2016).

Badania prowadzone nad nocebo wykazują, że negatywne skutki jego działania występują stosunkowo często; 19% badanych wymienia spontanicznie jakieś negatywne odczuwane doznania, natomiast w przypadku przedstawienia badanym listy negatywnych efektów ponad 70% wskazuje na występowanie któregoś z nich (Bąbel, 2006; Data-Franco, Berk, 2013). Typowe objawy efektu nocebo mogą znacznie upośledzać funkcjonowanie bio-psycho-społeczne doświadczających go ludzi i obejmują zazwyczaj problemy z koncentracją, nudności, zawroty i ból głowy, zmęczenie, bezsenność oraz niepokój (Cohen, 2014; Miller, 2012; Wells, Kaptchuk, 2012). Należy jednak uwzględnić, że rozpoznanie dolegliwości wynikających z efektu nocebo może być utrudnione ze względu na ich często niespecyficzny charakter oraz podobieństwo do realnie występujących działań niepożądanych prowadzonej terapii (Blasini i wsp., 2017; Faasse, Petrie 2013; Greville-Harris, Dieppe, 2015; Planès, 2016; Webster i wsp., 2018). Efekt nocebo powoduje cierpienie doświadczających go pacjentów, zwiększenie liczby działań niepożądanych obserwowanych u pacjenta, może powodować zaprzestanie kontynuowania terapii, utratę zaufania do osób leczących, a także

– w ujęciu globalnym – zwiększone koszty prowadzonej terapii (Colloca, Firnis, 2012; Planès, 2016; Webster i wsp., 2018). Negatywne skutki nocebo niosą ze sobą konsekwencje dla indywidualnych odbiorców opieki (Vögtle i wsp., 2016), ale również dla szerszej społeczności (np. efekt nocebo w badaniach klinicznych prowadzący do zmiany schematu leczenia lub ograniczenia stosowania określonego środka czy procedury) (Colloca, Miller, 2011B; Colloca, Miller, 2011C; Wells, Kaptchuk, 2012).

Zarówno informacje przekazywane pacjentom intencjonalnie w sposób werbalny, jak i komunikaty pozawerbalne (często generowane nieświadomie) dotyczące procesu terapeutycznego mogą zawierać liczne negatywne i niezamierzone sugestie wpływające na powstanie efektu nocebo. Powoduje to powstanie dylematu związanego z tym, w jaki sposób uzyskać świadomą zgodę pacjenta opartą na dostarczonych mu informacjach (także tych związanych z potencjalnym ryzykiem) i jednocześnie zminimalizować zagrożenie powstania efektu nocebo (Planès, 2016).

### Świadoma zgoda a efekt nocebo

Udzielanie świadomej zgody wobec proponowanych działań medycznych jest wyrazem poszanowania autonomii pacjenta i podstawą współczesnej opieki medycznej. Jednym z kluczowych elementów umożliwiających wydanie świadomej zgody (lub odmowy) na proponowane działania jest udzielenie pacjentowi wyczerpującej informacji o jego stanie, przewidywanym rokowaniu oraz o możliwych do podjęcia w danej sytuacji działaniach. Przekazywane pacjentowi wiadomości powinny zawierać także informacje o możliwych zagrożeniach i skutkach ubocznych proponowanej terapii oraz o potencjalnych następstwach powstrzymania się od podjęcia jakichkolwiek działań terapeutycznych. Powinność ujawniania pacjentom informacji jest jednym z podstawowych obowiązków współczesnej etyki medycznej, pozostaje w ścisłej zależności z koncepcją poszanowania autonomii pacjenta i koncepcją świadomej zgody. Jednakże

w praktyce codziennej opieki niejednokrotnie rodzą się pytania, jaki zakres udzielanej informacji jest właściwy, by możliwa była realizacja prawa pacjenta do autonomii przy jednoczesnej jego ochronie przed szkodliwymi skutkami efektu nocebo (Cohen, 2014; Häuser i wsp., 2012; Miller, Colloca, 2011).

Udzielenie wyczerpujących informacji, obejmujących także potencjalne zagrożenia, spowodować może u pacjenta powstanie szkodliwego efektu nocebo zwiększającego ryzyko wystąpienia dolegliwości oraz niepokoju. Już sama informacja o możliwym zagrożeniu czy dolegliwościach może być dla pacjenta szkodliwa (Chamsi-Pasha i wsp., 2017; Cohen, 2014; Bootzin, Bailey, 2005; Jakovljevic, 2014; Miller, Colloca, 2011; Wells, Kaptchuk, 2012). Powoduje to powstanie sytuacji, w której istnieje obowiązek szacunkiem dla osoby wymóg udzielenia wszelkich informacji pozwalających na wydanie świadomej zgody, ale jednocześnie informacje te mogą u pacjenta powodować szkody (Cohen, 2014; Roeser, 2015; Wells, Kaptchuk, 2012). Zwłaszcza że w przypadku niektórych pacjentów udzielenie szczegółowych informacji o każdym możliwym działaniu niepożądanym spowoduje doznawanie tych działań; nie byłyby one doświadczane, gdyby osoba ta nie miała wiedzy o możliwości ich wystąpienia (Wells, Kaptchuk, 2012).

Problemy etyczne wynikające z występowania efektu nocebo związane są przede wszystkim z tym, że może on być bolesny czy trudny dla pacjenta. Dlatego też konieczne jest równoważenie potencjalnego efektu nocebo z prawem pacjenta do autonomii i informacji (Cohen, 2014; Colloca, Miller, 2011B; Colloca, Miller, 2011C; Miller, Colloca, 2011; Miller, Miller, 2015; Truog i wsp., 2015). Prowadzi to do rozważań, czy dbanie o dobrostan pacjenta (zgodnie z zasadą dobroczynienia) może uzasadniać ograniczenie w udzielaniu informacji, a tym samym wpływać na podejmowane przez pacjenta decyzje. Współcześnie coraz częściej przyjmuje się, że poszanowanie autonomii pacjenta jest istotniejsze od ochrony jego dobra poprzez nieujawnianie pewnych faktów (przejawianie działań paternalistycznych poprzez

wykorzystanie przywileju terapeutycznego) (Cohen, 2014; Colloca, 2017A; Colloca, Miller, 2011B; Colloca, Miller, 2011C).

Uwzględnić należy, że informowanie pacjenta o możliwych skutkach ubocznych i zagrożeniach jest nie tylko prostym przekazywaniem faktów opartych o dowody naukowe, ale wymaga także indywidualnej oceny pacjenta, wobec którego są podejmowane działania informacyjne (tzw. kontekst świadomej zgody). Kontekst świadomej zgody jest strategią pozwalającą na zminimalizowanie ryzyka powstania efektu nocebo poprzez uwzględnienie wszystkich efektów ubocznych, które mogą wystąpić u danego pacjenta i dostosowanie przekazywanej informacji do stanu i potrzeb pacjenta, tak by zapewnić największą przejrzystość przekazywanych informacji przy jednoczesnej ochronie pacjenta przed skrzywdzeniem (Howick, 2012).

Rozwiązaniem minimalizującym ryzyko powstania efektu nocebo może być przyjęcie modelu wspólnego podejmowania decyzji (aktywne dzielenie się informacjami, badanie wartości i preferencji pacjenta, pomoc w wyborze najlepszych opcji) w procesie terapeutycznym oraz określanie przez pacjenta, o jakich kategoriach skutków ubocznych chce być informowany (Brody i wsp., 2012; Colloca, 2017A; Colloca, 2017B; Data-Franco, Berk, 2013; Häuser i wsp., 2012; Jakovljevic, 2014; Miller, Miller, 2015). Szczegółowe udzielanie informacji na temat wszystkich potencjalnych efektów ubocznych może zostać zastąpione stwierdzeniem, że należy informować personel medyczny o wszelkich nowych lub nietypowych objawach, jakie chory zauważył. Jednakże pamiętać należy, że w odniesieniu do efektów ubocznych pojawiających się często i stanowiących zagrożenie dla pacjenta konieczne jest udzielenie mu wyczerpujących informacji na temat ich charakterystyki (Colloca, 2017A; Miller, 2012; Wells, Kaptchuk, 2012).

Być może korzystnym rozwiązaniem jest informowanie pacjenta w takim zakresie i w takiej formie, w jakiej on sam sobie tego życzy (określenie, czy chce być informowany o wszystkich efektach ubocznych, czy też wyraża zgodę

na nieinformowanie o efektach łagodnych i przejściowych) lub też udzielanie informacji w oparciu o wyobrażenie własnych potrzeb, gdyby osoba informująca znalazła się w położeniu osoby informowanej (Häuser i wsp., 2012; Howick, 2012; Truog i wsp., 2015; Wells, Kaptchuk, 2012). W informowaniu o negatywnych konsekwencjach można również opierać się na danych statystycznych odnoszących się do stosowania określonej procedury medycznej (Colloca, 2015; Colloca, Miller, 2011A; Colloca, Miller, 2011B; Colloca, Miller, 2011C).

Efekt nocebo nie jest wyłącznie wynikiem przekazanej pacjentowi informacji o negatywnych oczekiwaniach względem świadczonej opieki (Colloca, Miller, 2011A; Colloca, Miller, 2011B; Jakovljevic, 2014; Zech i wsp., 2015). Według niektórych autorów, edukowanie pacjentów oraz uzgadnianie zakresu informacji, jakie chcą oni poznać w związku z potencjalnymi efektami ubocznymi, stanowić może etyczne rozwiązanie pozwalające na ograniczenie występowania efektu nocebo (Andrade, 2017; Colloca, 2015; Colloca, Finniss, 2012; Colloca, Miller, 2011A; Colloca, Miller, 2011B; Colloca, Miller, 2011C; Miller, Miller, 2015). Należy pamiętać, że zatajanie przed pacjentem informacji celem uchronienia go przed efektem nocebo rozumiane jest jako oszustwo i prowadzi do utraty zaufania w relacji pacjent – personel (Miller, Miller, 2015).

W minimalizowaniu ryzyka powstania efektu nocebo istotna jest także umiejętność przekazywania pozytywnych sugestii i kontrola w przekazywaniu tych negatywnych (zarówno werbalnie, jak i pozawerbalnie) (Häuser i wsp. 2012). Wskazane jest stałe ćwiczenie własnych umiejętności w tym zakresie w praktyce codziennej opieki. Korzystnym rozwiązaniem mogłoby być także wprowadzenie zagadnień związanych z efektem nocebo zarówno do szkolenia podstawowego, jak i kształcenia poddyplomowego pracowników opieki medycznej (Colloca, 2017A; Colloca, Miller, 2011A; Colloca, Miller, 2011C; Evers, 2018).

Aby zminimalizować ryzyko wystąpienia efektu nocebo powstałego na skutek przekazywania informacji koniecznych do wyrażenia

przez pacjenta świadomej zgody zaleca się unikanie w czasie rozmowy z pacjentem stosowania negatywnie kojarzonych sformułowań, a akcentowanie pozytywnych efektów proponowanego postępowania. Istotne jest też, aby umożliwić pacjentowi zadawanie pytań związanych z omawianymi kwestiami, jak również zapewnić czas konieczny do przemyślenia otrzymanych informacji (Colloca, 2017A; Evers i wsp., 2018).

## Podsumowanie

Efekt nocebo stanowi przedmiot teoretycznych rozważań naukowych, jednakże problematyka związana z tym zagadnieniem nie jest powszechnie znana wśród personelu opieki medycznej. Brak znajomości istoty problemu powodować może nieświadome generowanie efektu nocebo u podlegających ich opiece pacjentów. Większa świadomość zagadnień związanych z efektem nocebo wśród praktyków opieki i badaczy skutkować może polepszeniem działań zabiegających i minimalizujących skutki tego zjawiska.

Uzyskiwanie zgody pacjenta na prowadzone działania terapeutyczne, diagnostyczne oraz rehabilitacyjne, a także informowanie w zakresie związanym z prowadzeniem tychże działań wynika zarówno z uormowań prawnych, jak i etycznych wykonywania zawodów medycznych. Ze względu na ryzyko powstawania efektu nocebo i negatywne skutki z niego wynikające konieczne jest prowadzenie badań nad informowaniem pacjenta oraz interakcjami pomiędzy nim a personelem. Aby zminimalizować ryzyko wystąpienia efektu nocebo w kontaktach z pacjentem i przekazywaniu mu informacji stanowiących podstawę do wydania świadomej zgody, istotne jest, aby postrzegać pacjenta holistycznie i koncentrować się na jego indywidualnych potrzebach. Niezwykle istotną rolę odgrywa okazanie troski i empatii, zapewnienie o gotowości do wsparcia i partnerstwa w procesie terapeutycznym, zwiększanie potencjału wiedzy na temat opieki. Niebagatelnym elementem jest dostosowanie zarówno stosowanego języka, jak i komunikacji

pozawerbalnej do potrzeb i możliwości pacjenta, przekazywanie precyzyjnych komunikatów i powstrzymywanie się od negatywnych sugestii (słownych oraz przekazywanych pozawerbalnie), sensowne wyjaśnianie rzeczywistości (bez upraszczania i nadmiernego, nieuzasadnionego optymizmu), budowanie i realizowanie pozytywnych doświadczeń. Równie istotna jest szeroko pojęta otwartość i ciekawość w spotkaniu z drugim człowiekiem.

## Wnioski

1. Efekt nocebo, stanowiący wielowymiarowe, wieloczynnikowe i etiologicznie skomplikowane zjawisko, może negatywnie wpływać na dobrostan pacjenta oraz wyniki podejmowanych działań terapeutycznych, opiekuńczych czy diagnostycznych.
2. Informowanie pacjenta jako podstawa do wyrażenia przez niego świadomej zgody na proponowane mu działania, poprzez przekazanie wiadomości również o potencjalnych zagrożeniach i ryzyku, może powodować powstanie efektu nocebo.
3. W trakcie udzielania informacji istotne jest poszanowanie prawa pacjenta do autonomii (której wyrazem jest świadoma zgoda) z jednoczesnym ograniczaniem ryzyka pojawienia się u niego efektu nocebo. Należy postrzegać pacjenta w sposób holistyczny i koncentrować się na jego indywidualnych potrzebach w zakresie uzyskiwania informacji niezbędnych do udzielenia świadomej zgody. Ponadto istotne jest zwracanie uwagi na stosowane w komunikowaniu się słownictwo oraz przekaz pozawerbalny.

## Piśmiennictwo

Andrade C. (2017). Patient education in psychopharmacology and the risk of nocebo-related treatment inefficacy and harm. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 78(9):e1310–e1312. doi: 10.4088/JCP.17f12016

Arnold M., Finniss D., Kerridge I. (2014). Medicine's inconvenient truth: the placebo and nocebo effect. *Internal Medicine Journal*, 44(4): 398–405

Bąbel P. (2006). Placebo i nocebo. Próba integracji. *Przegląd Psychologiczny*, 49(2): 141–156

Blasini M., Corsi N., Klinger R., Colloca L. (2017). Nocebo and pain: An overview of the psychoneurobiological mechanisms. *PAIN Reports*, 2(2):e585

Bootzin R., Bailey E. (2005). Understanding placebo, nocebo, and iatrogenic treatment effects. *Journal of Clinical Psychology*, 61(7): 871–880

Brody H., Colloca L., Miller F. (2012). The placebo phenomenon: implications for the ethics of shared decision-making. *Journal of General Internal Medicine*, 27(6): 739–742

Chamsi-Pasha M., Albar M., Chamsi-Pasha H. (2017). Minimizing nocebo effect: Pragmatic approach. *Avicenna Journal of Medicine*, 7(4): 139–143

Cohen S. (2014). The nocebo effect of informed consent. *Bioethics*, 28(3): 147–154

Colloca L. (2013). The nocebo effect: should we be worried? *Clinical Investigation*, 13(1): 5–7

Colloca L. (2015). Informed consent: hints from placebo and nocebo research. *American Journal of Bioethics*, 15(10): 17–19

Colloca L. (2017A). Tell me the truth and I will not be harmed: informed consents and nocebo effects. *The American Journal of Bioethics*, 17(6): 46–48

Colloca L. (2017B). Nocebo effects can make you feel pain. *Science*, 358(6359):44.

Colloca L., Finniss D. (2012). Nocebo effects, patient-clinician communication, and therapeutic outcomes. *JAMA*, 307(6): 567–568

Colloca L., Miller F. (2011 A). Role of expectations in health. *Current Opinion in Psychiatry*, 24(2):149–155

Colloca L., Miller F. (2011 B). Harnessing the placebo effect: the need for translational research. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological sciences*, 366(1572): 1922–1930

Colloca L., Miller F. (2011 C). The nocebo effect and its relevance for clinical practice. *Psychosomatic Medicine*, 73(7): 598–603

Colloca L., Sigauco M., Benedetti F. (2008). The role of learning in nocebo and placebo effects. *Pain*, 136 (1–2): 211–218

Corsi N., Colloca L. (2017). Placebo and nocebo effects: the advantage of measuring expectations and psychological factors. *Frontiers in Psychology*, 8:308. doi: 10.3389/fpsyg.2017.00308. eCollection 2017.

Data-Franco J., Berk M. (2013). The nocebo effect: a clinicians guide. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 47(7): 617–623

Evers A., Colloca L., Blease C., Annoni M., Atlas L., Benedetti F., Bingel U., Büchel C., Carvalho C., Colagiuri B., Crum A., Enck P., Gaab J., Geers A.,

- Howick J., Jensen K., Kirsch I., Meissner K., Napadow V., Peerdeman K., Raz A., Rief W., Vase L., Wager T., Wampold B., Weimer K., Wiech K., Kaptchuk T., Klinger R., Kelley J. (2018). Implications of placebo and nocebo effects for clinical practice: expert consensus. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1–7. doi: 10.1159/000490354. (epub ahead of print).
- Faasse K., Grey A., Jordan R., Garland S., Petrie K. (2015). Seeing is believing: Impact of social modeling on placebo and nocebo responding. *Health Psychology*, 34: 880–885
- Faasse K., Petrie K. (2013). The nocebo effect: patient expectations and medication side effects. *Postgraduate Medical Journal*, 89(1055): 540–546
- Fässler M., Meissner K., Schneider A., Linde K. (2010). Frequency and circumstances of placebo use in clinical practice—a systematic review of empirical studies. *BMC Medicine*, 8: 15
- Greville-Harris M., Dieppe P. (2015). Bad is more powerful than good: the nocebo response in medical consultations. *The American Journal of Medicine*, 128(2): 126–129
- Häuser W., Hansen E., Enck P. (2012). Nocebo phenomena in medicine their relevance in everyday clinical practice. *Deutsches Ärzteblatt International*, 109(26): 459–465
- Howick J. (2012). Saying things the “right” way: avoiding “nocebo” effects and providing full informed consent. *American Journal of Bioethics*, 2012; 12(3): 33–34.
- Jakovljevic M. (2014). The placebo–nocebo response: controversies and challenges from clinical and research perspective. *European College of Neuropsychopharmacology*, 24(3): 333–341.
- Kaptchuk T., Miller F. (2015). Placebo effects in medicine. *The New England Journal of Medicine*, 373: 8–9
- Meynen G., Swaab D. (2011). Why medication in involuntary treatment may be less effective: the placebo/nocebo effect. *Medical Hypotheses*, 77(6): 993–995
- Meynen G., Swaab D., Widdershoven G. (2012). Nocebo and informed consent in the internet era. *American Journal of Bioethics*, 12(3): 31–33.
- Miller F. (2012). Clarifying the nocebo effect and its ethical implications. *American Journal of Bioethics*, 12(3): 30–31
- Miller F., Colloca L. (2011). The placebo phenomenon and medical ethics: Rethinking the relationship between informed consent and risk–benefit assessment. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 32(4): 229–243
- Miller L., Miller F. (2015). Understanding placebo effects: implications for nursing practice. *Nursing Outlook*, 63(5): 601–606
- Planès S., Villier C., Mallaret M. (2016). The nocebo effect of drugs. *Pharmacology Research & Perspectives*, 4(2): e00208. doi: 10.1002/prp2.208. eCollection 2016 Apr.
- Požgain I., Požgain Z., Degmečić D. (2014). Placebo and nocebo effect: a mini-review. *Psychiatria Danubina*, 26(2): 100–107
- Roeser S. (2015). Placebo, nocebo, informed consent, and moral technologies. *American Journal of Bioethics*, 15(10): 15–17
- Symon A., Williams B., Adelasoye Q., Cheyne H. (2015). Nocebo and the potential harm of high risk’ labelling: a scoping review. *Journal of Advance Nursing*, 71(7): 1518–1529
- Truog R., Brown S., Browning D., Hundert E., Rider E., Bell S., Meyer E. (2015). Microethics: the ethics of everyday clinical practice. *The Hastings Center Report*, 45(1): 11–17
- van Eijdsden P., Smulders Y. (2016). Primum non nocebo’ and the obligatory placebo; how can we better please the patient? *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde* 160:D662
- Vögtle E., Kröner-Herwig B., Barke A. (2016). Nocebo hyperalgesia: contributions of social observation and body-related cognitive styles. *Journal of Pain Research*, 9: 241–249
- Webster R., Weinman J., Rubin G. (2017). How does the side-effect information in patient information leaflets influence peoples’ side-effect expectations? A cross-sectional national survey of 18- to 65-year-olds in England. Health Expectations: *An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, 20(6):1411–1420
- Webster R., Weinman J., Rubin G. (2018). Medicine-related beliefs predict attribution of symptoms to a sham medicine: A prospective study. *British Journal of Health Psychology*, 23(2): 436–454
- Wei H., Zhou L., Zhang H., Chen J., Lu X., Hu L. (2018). The influence of expectation on nondeceptive placebo and nocebo effects. *Pain Research and Management*, Article ID 8459429, <https://doi.org/10.1155/2018/8459429>, eCollection 2018
- Wells R., Kaptchuk T. (2012). To Tell the Truth, the Whole Truth, May Do Patients Harm: The Problem of the Nocebo Effect for Informed Consent. *The American Journal of Bioethics*, 12(3): 22–29
- Zech N., Seemann M., Graf B., Hansen E. (2015). Nocebo effects with the informed consent. *Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther*, 50(1): 64–69