GRADA

Miroslav Světlák, Alena Slezáčková, Rastislav Šumec a kolektiv

Praktický průvodce lékařskou psychologií

Jak najít správná slova v klinické medicíně



GRADA®

Miroslav Světlák, Alena Slezáčková, Rastislav Šumec a kolektiv

Praktický průvodce lékařskou psychologií

Jak najít správná slova v klinické medicíně

GRADA Publishing

Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude ***trestně stíháno****.*

Automatizovaná analýza textů nebo dat ve smyslu čl. 4 směrnice 2019/790/EU a použití této knihy k trénování AI jsou ***bez souhlasu nositele práv zakázány****.*

doc. PhDr. Miroslav Světlák, Ph.D., doc. PhDr. Alena Slezáčková, Ph.D., MUDr. Rastislav Šumec, Ph.D. a kolektiv

Praktický průvodce lékařskou psychologií

Jak najít správná slova v klinické medicíně

Recenzenti
doc. MUDr. Tomáš Kazda, Ph.D.
prof. MUDr. Pavel Šlampa, CSc.

Vydala GRADA Publishing, a. s.
U Průhonu 22, Praha 7
tel.: 234 264 401
www.grada.cz
jako svou 10 587. publikaci

Realizace obálky Robert Prokopec
Sazba Robert Prokopec
Odborné redaktorky Ing. Michaela Průšová, Ing. Šárka Kratochvílová
Počet stran 464
První vydání, Praha 2026
Vytiskly Tiskárny Havlíčkův Brod a.s.
© GRADA Publishing, a. s., 2026

ISBN 978-80-247-9551-5 (ePub)
ISBN 978-80-247-9549-2 (pdf)
ISBN 978-80-271-5556-9 (print)

Obsah

Úvod

Jak používat tuto knihu 9
Úvod do lékařské komunikace: proč na slovech záleží 11

Část I – Vnitřní nastavení lékaře a základní komunikační dovednosti 41

Jak aplikovat všímavé postoje v medicíně 42
Jak se vnitřně připravit na rozhovor s pacientem 47
Jak být plně přítomní při komunikaci s pacientem 51
Jak být soucitný k sobě v kontextu zdravotnické profese 55
Jak rozvíjet empatii a soucit v klinické praxi 60
Jak využít nenásilnou komunikaci v medicíně 66
Jak a kdy mlčet v komunikaci s pacientem. 71
Jak komunikovat, když v daný moment nevíme, jak dál. 77
Jak se nenechat chytit do pasti odborné odpovědi 81
Jak pomoci pacientům i sobě projít obdobím nejistoty. 85
Jak pracovat s vlastními emocemi a jak je bezpečně projevovat v komunikaci s pacientem 90
Jak pracovat s emocí znechucení 97
Jak neztratit smysl pro humor v medicíně 103
Jak připustit vlastní chybu a omluvit se 107

Část II – Navázání a vedení rozhovoru s pacientem 113

Jak komunikovat s pacienty téma limitovaného času na konzultaci 114
Jak rozvíjet a podporovat bezpečí ve vztahu s pacientem 118
Jak rozvíjet a podporovat důvěru ve vztahu s pacientem. 122
Jak zjistit, co je pro pacienta důležité 128
Jak mluvit o očekáváních, aby podpořila spolupráci a důvěru 133
Jak přizvat rodinné příslušníky ke konzultaci. 139
Jak citlivě přerušit rozhovor 144
Jak komunikovat s upovídaným pacientem 148
Jak komunikovat s pacientem s kognitivním deficitem 153

Část III – Vysvětlování, edukace a sdílení informací 157

Jak dávkovat informace, aby byly užitečné a vedly ke spolupráci a lepším výsledkům léčby 158
Jak edukovat pacienty systematicky a efektivně. 163
Jak rozvíjet konkrétní dovednosti pacientů při zvládání nemoci 168
Jak vysvětlit, že další vyšetření nebo farmakoterapie nejsou potřeba 173
Jak mluvit a edukovat pacienty o medicínsky nevysvětlitelných symptomech . . . 179

Jak v komunikaci rozšířit pacientovu perspektivu o vliv psychosociálních faktorů na nemoc a zdraví . . . 185
Jak reagovat, když si pacient zjišťuje a ověřuje informace na internetu a prostřednictvím AI . . . 190
Jak reagovat, když pacient ví o něčem více než my . . . 195
Jak mluvit s pacientem o integrativní medicíně . . . 200
Jak doporučit eHealth řešení jako součást zdravotní péče . . . 206
Jak začlenit péči o duševní zdraví do celkové péče o pacienta . . . 210
Část IV – Podpora spolupráce a změny chování . . . 215
Jak rozvíjet a podporovat adherenci k léčbě . . . 216
Jak motivovat pacienta ke změně rizikového chování . . . 221
Jak podpořit sebepéči a změnu životního stylu pacienta . . . 227
Jak a kdy mluvit o osobní odpovědnosti za zdraví . . . 231
Jak nevyvolávat v pacientech pocity viny za jejich nemoc . . . 236
Jak odpovídat na pacientovu otázku, co bychom dělali na jeho místě . . . 240
Jak pacienta motivovat k účasti na procesu sdíleného rozhodování . . . 244
Jak vysvětlit invazivní zákrok, tak aby se snížil strach a zvýšila se spolupráce pacienta . . . 249
Jak připravit pacienta na operační výkon v celkové anestezii . . . 255
Část V – Komunikace v náročných situacích . . . 259
Jak komunikovat s pacientem, který popírá svou situaci a nemoc . . . 260
Jak komunikovat s pacientem, který má nerealistická očekávání od průběhu a možností léčby . . . 266
Jak komunikovat s pacientem odmítajícím léčbu . . . 271
Jak pracovat s manipulací . . . 276
Jak pracovat s verbálně agresivním pacientem . . . 282
Jak komunikovat s pacientem, který si stěžuje na kolegy . . . 286
Jak reagovat, když pacient mluví o tom, že už nechce žít . . . 289
Jak činit etická rozhodnutí . . . 297
Jak reagovat na dar od pacienta . . . 301
Jak reagovat na pacientovu otázku, zda má ještě naději . . . 308
Jak komunikovat s pacientem s genderovým nesouladem . . . 313
Jak komunikovat s lidmi bez domova . . . 317
Část VI – Práce s emocemi a psychickými obtížemi pacienta . . . 323
Jak pracovat s úzkostí pacienta . . . 324
Jak pracovat s pacientem s depresivním laděním . . . 329
Jak pracovat se smutkem . . . 334
Jak pracovat se studem a jak o něm mluvit . . . 338

Část VII – Krizové situace a psychická podpora **343**
Jak poskytnout krizovou intervenci 344
Jak poskytnout pacientovi první psychickou pomoc 349
Jak vytvořit krizový plán 354
Jak doporučit péči psychologa. 360
Jak vést rozhovor, který pomáhá pacientovi žít s přetrvávajícími tělesnými obtížemi 364
Část VIII – Komunikace s dětmi a rodinou **371**
Jak mluvit s rodiči v ambulanci při přípravě dítěte na lékařský zákrok 372
Jak připravit dítě na zákrok v celkové anestezii 377
Jak dítěti vysvětlit nemoc 382
Jak sdělit závažnou zprávu dítěti 387
Jak vytvořit bezpečný rámec pro dítě po ztrátě blízké osoby 392
Část IX – Závažné zprávy, závěr života a paliativní péče **397**
Jak sdělit závažnou zprávu. 398
Jak mluvit s pacientem a rodinou o procesu umírání 403
Jak doporučit paliativní péči 409
Jak s pacientem otevřít téma konečnosti, závěru života a smrti 413
Jak komunikovat o limitaci léčby v kontextu stanovení cílů a plánu péče 417
Jak komunikovat o dříve vyslovených přáních a určení osoby s právem zástupného souhlasu. 422
Jak s pacientem komunikovat o cílech péče a plánu péče 428
Jak komunikovat s truchlícím pacientem 433
Jak podpořit rodinu po úmrtí pacienta 437
Část X – Komunikace a spolupráce ve zdravotnickém týmu **443**
Jak poskytovat zpětnou vazbu, tak aby podporovala bezpečí, učení a spolupráci ve zdravotnickém týmu 444
Jak řešit konflikty mezi členy zdravotnického týmu 450
Jak udržet přívětivou atmosféru ve zdravotnickém týmu 454
Jak rozvíjet dobrou firemní kulturu v týmu a celé nemocnici. 458
Medailonky autorů 462

Jak používat tuto knihu

Tato kniha vychází z každodenní praxe klinické medicíny v nemocnicích a ambulancích, kde se často pracuje pod výrazným časovým tlakem, s vysokou mírou odpovědnosti a na hraně personálních kapacit. V takovém provozu není realistické očekávat, že se zdravotníci budou systematicky věnovat studiu lékařské psychologie v celé její šíři a komplexitě. Smyslem této knihy proto není předávat další teorii, ale nabídnout klinicky a vědecky ukotvenou oporu v přemýšlení o komunikačně náročných situacích. Text ukazuje způsoby, jak se v těchto situacích zorientovat a jakým směrem se ubírat, aby komunikace byla srozumitelná, citlivá a podporovala pocit bezpečí ve vztahu mezi pacientem a zdravotníkem. Slova a formulace, které vám v knize nabízíme, nejsou míněny jako návody, ale jako příklady a varianty dobré praxe, které lze modifikovat, kombinovat a jakkoli přizpůsobovat vaší jedinečné zkušenosti a osobnosti.

Kniha je rozdělena do dvou vzájemně se doplňujících částí. První část tvoří teoretický úvod do lékařské psychologie, který shrnuje základní principy a východiska, bez nichž se klinická komunikace v každodenní praxi neobejde. Zaměřuje se na porozumění prožívání pacienta, dynamice vztahu zdravotník – pacient a psychologickým procesům, které ovlivňují spolupráci, důvěru a rozhodování v péči.

Druhou část tvoří krátké, prakticky zaměřené kapitoly, které vždy začínají slovem *Jak*. Každá kapitola se věnuje jednomu konkrétnímu problému nebo klinické situaci, například jak sdělit závažnou zprávu, jak pracovat s obavami pacienta, jak reagovat na nerealistické požadavky nebo jak mluvit s rodiči dítěte před zákrokem v celkové anestezii. Kapitoly jsou záměrně stručné a strukturované tak, aby bylo možné je číst samostatně, klidně i těsně před konzultací s pacientem nebo jeho rodinou.

Kniha tak může sloužit jak k systematickému studiu, tak jako praktický průvodce pro opakované klinické situace, které se ve vaší praxi vracejí a stávají se zdrojem nejistoty či zátěže. Čtenář se k ní může vracet také ve chvílích, kdy si chce ověřit vlastní postup, získat oporu nebo si ujasnit, zda zvolený způsob komunikace skutečně podporuje spolupráci a bezpečí ve vztahu s pacientem.

Ideálním způsobem, jak číst tuto publikaci, je začít obecným úvodem, který propojuje jednotlivá témata do širšího psychosociálního pole medicíny a vztahu zdravotník – pacient. Zároveň ale platí, že to není podmínkou. Kniha je psána tak, aby fungovala i při nesystematickém čtení, tedy čtení vedeném jen vaší aktuální klinickou potřebou nebo zvědavostí.

Možná si při čtení všimnete, že se některé principy, postoje nebo formulace v různých kapitolách opakují. Nejde o redakční ani odbornou nedůslednost, ale o odraz reality klinické praxe. Různé situace totiž často stojí na stejných psychologických základech,

například na potřebě bezpečí, porozumění, respektu, autonomie a důvěry. Tyto principy se pak znovu a znovu promítají do konkrétních rozhovorů a nabývají různých podob a forem komunikace.

Cílem této knihy není nabídnout hotové scénáře ani vytvářet iluzi jediné „*správné*“ komunikační cesty. Stejně tak nemá ambici dělat ze zdravotníků psychoterapeuty. Smyslem knihy je pomoci vám být srozumitelnější, klidnější a jistější v rozhovorech, které jsou přirozenou součástí medicíny, ale na které nebýváme v rámci pregraduálního i postgraduálního studia medicíny systematicky připravováni. Pokud vám jediná věta z některé kapitoly pomůže zvládnout jeden náročný rozhovor o něco lépe, splnila kniha svůj účel.

Úvod do lékařské komunikace: proč na slovech záleží

Miroslav Světlák a Adam Suchý

Každodenní medicína je ve své podstatě pragmatická. Jejím cílem je co nejúčinněji pomoci nemocnému člověku v konkrétních podmínkách, s omezeným časem, zdroji a nejistotou. Zdravotníci proto přirozeně hledají způsoby, jak zvyšovat přesnost, efektivitu a přínos své práce, nejen pro pacienty, ale i pro tým a systém, ve kterém pracují.

V tomto rámci může téma lékařské komunikace působit jako něco okrajového nebo „*měkkého*", bez přímého vztahu k tělesnému zdraví. Ve srovnání s technicky náročnými výkony, jako jsou operace nebo transplantační medicína, se může zdát, že způsob, jakým mluvíme, nemá zásadní význam. Pokud je diagnóza správná a léčba odborně vedená, proč by měly hrát roli tón hlasu, formulace sdělení nebo vztahová rovina kontaktu?

Právě zde se však klinická zkušenost i výzkum s tímto intuitivním předpokladem rozcházejí. Způsob komunikace často rozhoduje o tom, zda léčba vůbec začne, zda pacient porozumí doporučením, zda jim bude důvěřovat a zda je bude schopen dlouhodobě dodržovat. Nejde tedy o doplněk k „*opravdové medicíně*", ale o jeden z mechanismů, který přímo ovlivňuje průběh a výsledky péče. Tento pohled podporují i studie ukazující, že většina stížností pacientů na lékaře se netýká odborné kompetence nebo technického provedení péče, ale způsobu, jakým s nimi bylo komunikováno a jak se v kontaktu cítili (Ha & Longnecker, 2010).

V říjnu 2012 zavedl americký program Medicare systém úhrad nemocnic označovaný jako Value-Based Purchasing (VBP), který váže část financování na kvalitu poskytované péče, včetně bezpečnosti, klinických výsledků a spokojenosti pacientů (Centers for Medicare & Medicaid Services, 2012). Cílem tohoto kroku bylo posunout pozornost zdravotnických zařízení od samotného objemu výkonů k jejich smysluplnosti a reálnému dopadu na pacienta. Tento přístup zároveň ukazuje, že v některých zdravotnických systémech se kvalita komunikace a pacientská zkušenost stávají legitimní součástí hodnocení péče.

V českém prostředí se obdobné uvažování zatím prosazuje spíše okrajově, například v debatách o úhradách preventivních programů nebo o hodnocení kvality péče. Převládajícím modelem zůstává financování podle výkonu (DRG), v němž kvalita komunikace hraje zatím jen minimální roli. Přesto zkušenosti ze zahraničí naznačují, že srozumitelná, pravdivá a vztahově citlivá komunikace může být v budoucnu vnímána nejen jako etický standard, ale i jako systémový ukazatel kvality péče.

Současně je však nutné vzít vážně perspektivu zdravotníků. Při rostoucích nárocích na odbornost, administrativu, výkon, dostupnost a celoživotní vzdělávání může být další důraz na komunikaci oprávněně vnímán jako další položka na nekonečném seznamu požadavků. Zdravotníci mohou mít pocit, že se od nich očekává, aby kromě odborné péče zvládali emoce pacientů, regulovali své vlastní prožívání a zároveň obstáli

v systému hodnocení kvality, dotazníků spokojenosti a veřejných očekávání. V takovém kontextu může komunikace působit jako morální apel navíc, který zvyšuje tlak, ale sám o sobě nic neulehčuje.

Právě proto je důležité chápat komunikaci nikoli jako abstraktní pojem, měkkou dovednost nebo další techniku, kterou je třeba se „*naučit*", ale jako funkční a klinicky relevantní součást medicíny. Ne jako něco navíc, ale jako nástroj, který může péči zpřesňovat, zefektivňovat a zároveň chránit pacienta i zdravotníka.

1.1 Výhoda správných slov v klinické medicíně

Následující kapitola shrnuje hlavní oblasti, v nichž má kvalitní klinická komunikace prokazatelný dopad na průběh péče, spolupráci pacientů i pracovní zátěž zdravotníků. Nejde o teoretické ideály, ale o opakovaně potvrzené výsledky výzkumů z klinické praxe.

1.1.1 Efektivní komunikace zvyšuje adherenci pacientů k léčbě

Meta-analýza potvrzuje, že kvalita vztahu mezi lékařem a pacientem významně souvisí s lepší adherencí k léčbě napříč diagnózami (DiMatteo, 2004). Komunikace přitom nepůsobí pouze přenosem informací, ale prostřednictvím konkrétních mechanismů: zvyšuje porozumění léčbě, posiluje důvěru a terapeutickou alianci, podporuje motivaci a pocit sebeúčinnosti, zapojuje pacienta do rozhodování a pomáhá regulovat emoce spojené s nemocí. Tyto procesy následně vedou k lepším zdravotním výsledkům včetně vyšší adherence (Street et al., 2009). Adherence tak není primárně otázkou „*poslušnosti*" pacienta, ale kvality vztahu a komunikačního rámce, který zdravotník vytváří (World Health Organization [WHO], 2003).

1.1.2 Kvalitní komunikace šetří čas a předchází stížnostem

Většina nedorozumění a stížností ve zdravotnictví nevzniká z odborné chyby, ale z nesouladu v očekáváních nebo z nejasně předaných informací. Přitom často stačí krátká časová investice na začátku konzultace. Pokud necháme pacienta v klidu popsat, co ho přivádí, a teprve poté budeme strukturovat rozhovor, komunikace se výrazně zefektivní. Výzkumy ukazují, že lékaři obvykle přeruší pacienta už po 6 až 18 sekundách. Pokud ho však nechají domluvit, trvá to v průměru méně než jednu minutu, medián je 31 sekund a průměr 46 sekund. Tento krátký prostor konzultaci nezdržuje, ale naopak šetří čas, protože snižuje počet doplňujících dotazů, opravování nedorozumění i následných telefonátů (Coyle, Yen & Elwyn, 2022; Mulder Vos et al., 2023; Rhoades et al., 2001). Podle doporučení American Society of Clinical Oncology patří k nejúčinnějším postupům následující pořadí kroků: zjistit priority pacienta, společně nastavit agendu, sdělovat informace v krátkých blocích a průběžně ověřovat porozumění (Gilligan et al., 2017). Takto vedená komunikace vede k menšímu počtu preventabilních chyb i stížností. Analýzy opakovaně potvrzují, že většina sporů a žalob souvisí právě s komunikačním selháním, zatímco lékaři, kteří komunikují otevřeně a srozumitelně, čelí stížnostem výrazně méně často (Levinson et al., 1997; Tiwary et al., 2019). Krátké a klidné naslouchání na začátku konzultace tak není ztrátou času, ale jednou z nejúčinnějších investic do kvality péče, bezpečí i důvěry.

1.1.3 Komunikace je také ochranným faktorem proti syndromu vyhoření

Kvalitní klinická komunikace nepřináší pozitiva pouze pacientům, ale představuje také významný ochranný faktor pro samotné zdravotníky. Systematická přehledová studie kontrolovaných intervencí ukazuje, že programy zaměřené na vztahovou stránku práce, komunikaci a smysluplnost klinické role vedou k prokazatelnému snížení syndromu vyhoření u lékařů (Panagioti et al., 2017). Intervenční studie z klinické praxe zároveň ukazují, že strukturovaný trénink komunikačních dovedností je spojen nejen se zvýšením spokojenosti pacientů, ale také se zvýšením empatie, sebe-účinnosti a snížením míry emočního vyčerpání u lékařů (Boissy et al., 2016). Výsledky výzkumu také ukazují, že v době vysoké prevalence vyhoření mezi lékaři je kvalita každodenní komunikace jedním z klíčových faktorů, které podporují profesní spokojenost a udržitelnost práce v medicíně (Shanafelt et al., 2015). Podobně novější meta-analýza korelačních studií ukazuje, že kvalitní lékařsko-pacientská komunikace je systematicky spojena nejen s lepší adaptací pacientů, ale i s lepší psychickou adaptací samotných lékařů (Alves Nogueira et al., 2024). Současně je třeba zdůraznit, že psychická pohoda zdravotníků není pouze otázkou jejich osobního komfortu. Systematický přehled ukazuje, že vyšší míra vyhoření a zhoršené duševní zdraví zdravotnického personálu jsou spojeny s vyšší mírou chyb a nižší bezpečností pacientů (Hall et al., 2016). Péče o psychologickou stránku práce tak nepředstavuje luxus, ale součást odpovědnosti za kvalitu a bezpečí péče.

1.2 Nestačí to, co už umím?

Spoléhat se na intuici a vlastní zkušenost je v medicíně přirozené. Právě v náročných situacích, při sdělování závažné zprávy, při silných emocích, v časovém stresu nebo při střetu očekávání, se však ukazuje, že intuice nemusí stačit. Tam, kde máme pocit, že jednáme v souladu se zkušeností a s tzv. „*selským rozumem*“, se můžeme nechtěně dopustit zbytečných chyb. Řekneme něco necitlivě nebo neobratně, přehlédneme potřeby druhé strany, nebo se naopak emočně přetížíme sami.

Mnozí lékaři otevřeně přiznávají, že si v těchto situacích nejsou jistí tím, co přesně říct, jak reagovat na emoce pacienta nebo jak srozumitelně a zároveň lidsky vymezit své hranice a komunikovat vlastní limity. Nejde tedy jen o práci s emocemi pacienta, ale i o zvládání vlastních reakcí v zátěžových okamžicích.

Tato příručka není o tom, co musíte. Je o tom, co můžete a co se v klinické praxi opakovaně ukazuje jako užitečné. Ukazuje se, že komunikace není otázkou talentu, ale souboru dovedností, které lze cíleně trénovat a rozvíjet. A že se dá kultivovat nejen způsob vyjadřování, ale i empatie, soucit a vnitřní stabilita v obtížných rozhovorech.

1.3 Každý z jiného místa

Zdravotníci vstupují do komunikace s pacienty z různých výchozích pozic. Někteří mají pro komunikaci přirozený cit. Dokážou navázat vztah, mluvit vlídně i jasně a reagovat srozumitelně. Pro ně může být tato příručka především strukturou a mapou, která jejich vlastnímu stylu dává jasnější rámec.

Jiní se v komunikaci necítí jistě. Pro ty je důležité vědět, že existují ověřené postupy, doporučení a jednoduché struktury, které mohou sloužit jako opora v náročných situa-

cích. Mít k dispozici „*správná slova*“, jasnou orientaci a představu, kudy rozhovor vést, není známkou slabosti, ale profesionální přípravy.

Podobně jako se posádky v letectví opírají o jasná komunikační pravidla, mohou i lékaři těžit z dobře strukturovaných postupů, zejména v emočně náročných a časově vypjatých situacích. Cílem není uniformita, ale bezpečný a srozumitelný rámec, o který se lze opřít.

1.4 Dvě nejčastější námitky

Při zavádění tématu komunikace do klinické praxe se opakovaně setkáváme se dvěma základními námitkami. První zpochybňuje, zda je komunikace vůbec něčím, co lze systematicky učit a rozvíjet, nebo zda jde spíše o osobnostní rys. Druhá vychází z každodenní zkušenosti zdravotníků a týká se nedostatku času v reálném provozu.

1.4.1 Komunikační dovednosti lze rozvíjet

Dobrou zprávou je, že schopnost efektivně komunikovat s pacienty není vrozenou vlastností, nýbrž je to dovednost, kterou lze cíleně rozvíjet. Řada studií a přehledů ukazuje, že vzdělávání v komunikaci má měřitelný dopad jak na chování zdravotníků, tak na výsledky péče.

Meta-analýza Haskard Zolnierekové a DiMattea (2009) ukázala, že u lékařů s nižší kvalitou komunikace je riziko nízké adherence pacientů významně vyšší, zatímco po absolvování komunikačního tréninku se pravděpodobnost dodržování léčby zvyšuje přibližně 1,6krát. Systematický přehled osmi studií (Mata et al., 2021) dále potvrdil, že i relativně krátké vzdělávací programy, často v rozsahu několika hodin až dnů, vedou k významnému zlepšení komunikačních dovedností i sebedůvěry zdravotníků, a to bez ohledu na délku jejich praxe.

Klasická studie Levinsona a kolegů (1997), která porovnávala lékaře s nulovým počtem žalob a s opakovanými žalobami, ukázala, že lékaři bez žalob používali specifické komunikační návyky. Patřilo mezi ně orientování na pacienta v průběhu konzultace, vyjadřování empatie, přiměřený humor a aktivní vybízení k otázkám.

1.4.2 Na komunikaci není čas?

Častým argumentem v klinické praxi je, že na komunikaci s pacientem nezbývá čas. Dostupné výzkumy však ukazují jiný obraz. Nejde o to, že by komunikace čas „*šetřila*“, ale o to, že čas investovaný do kvalitní a strukturované komunikace má smysl a v praxi se vyplácí.

Studie sledující dopad komunikačního tréninku na délku konzultace ukazují, že komunikace vedená podle odborných doporučení nevede k prodlužování konzultací, přestože je více zaměřená na pacienta (Iversen et al., 2021; Wolderslund et al., 2021). Klíčovým zjištěním je, že kvalitní komunikace není o delších rozhovorech, ale o efektivnějším využití dostupného času.

2 Lidská medicína cestou oslovení lidskosti v nás

Pokud má komunikace v medicíně takto konkrétní a měřitelné dopady na průběh léčby, spolupráci pacientů i duševní zdraví zdravotníků, vyvstává logická otázka: z čeho vlastně dobrá klinická komunikace vyrůstá. Je především otázkou technik, postupů a dovedností, nebo se opírá o něco hlubšího, co do každého klinického setkání přinášíme ještě dříve, než promluvíme?

Zkušenost z klinické praxe i dostupná evidence ukazují, že samotné komunikační techniky nestačí. Mohou rozhovor strukturovat, dát mu jasnější tvar a snížit riziko nedorozumění, samy o sobě však nezaručují lidský a důvěryhodný kontakt. Stejná věta může pacienta uklidnit, nebo naopak znejistit. Stejné sdělení může posílit spolupráci, nebo vyvolat odpor. Rozdíl často neleží ve slovech samotných, ale v postoji, ze kterého jsou vyslovena.

V klinické praxi navíc neexistuje jeden univerzální návod, který by fungoval ve všech situacích. Ve stresu a časovém tlaku na doporučení často zapomínáme nebo na jejich uplatnění nemáme dostatek psychické kapacity. Každý pacient je jiný a každý zdravotník vstupuje do kontaktu s pacienty s jinou mírou únavy, empatie, frustrační tolerance a vnitřních zdrojů. Tyto rozdíly se výrazně projevují například po noční službě, v období zvýšené administrativní zátěže nebo dlouhodobého přetížení.

Místo hromadění dalších doporučení je proto užitečnější opřít se o několik základních principů, které tvoří hlubší strukturu lidské komunikace. Pokud je začneme vědomě rozvíjet, promění se náš přístup k pacientům postupně a přirozeně, bez nutnosti neustálé sebekontroly.

Nejde o morální imperativ, ale o klinický kompas. Pokud ho máme k dispozici, zvyšuje se šance, že v náročných situacích nesejdeme z pomyslné cesty efektivní, strategické a zároveň empatické komunikace.

2.1 Postoj jako zdroj skutečné změny

V posledních letech se stále zřetelněji ukazuje, že skutečně účinná komunikace ve zdravotnictví nevyrůstá primárně z osvojení nových technik, ale z proměny vnitřního postoje. Pokud se lékař dívá na pacienta jako na partnera, nikoli jako na případ, mění se kvalita komunikace často bez vědomého úsilí. Jak shrnují Branch, Kern a Haidet (2001), rozvoj profesionality ve smyslu lékařské lidskosti nespočívá v nácviku empatických frází, ale v kultivaci schopnosti vidět pacienta jako osobu, s níž lékaře spojuje společná lidská zkušenost.

Tato změna pohledu se spontánně promítá do tónu hlasu, míry trpělivosti i volby slov, často bez předem připraveného scénáře. Epstein a Krasner (2013) zároveň ukazují, že vědomá přítomnost a autenticita lékaře nejsou pouze etickými ideály, ale také zdrojem klinické účinnosti a profesní odolnosti. Když se lékař opírá o vnitřní smysl své práce, nikoli pouze o formální roli, klesá jeho stres a zvyšuje se kvalita péče.

Změna postoje ke komunikaci v medicíně tedy nevychází z ideálu „*lepšího chování*“, ale z realistického porozumění sdílené lidské zranitelnosti a vzájemné závislosti v klinickém setkání. Pacient i zdravotník vstupují do kontaktu jako lidé, kteří jsou v danou chvíli funkčně propojeni a kteří společně nesou nejistotu, omezený čas i emoční zátěž

situace. Právě z tohoto rámce vycházejí principy moderní klinické komunikace, k nimž se v následujících kapitolách budeme postupně vracet.

2.2 Vzájemná závislost

Zdraví patří v naší společnosti k nejvyšším hodnotám. Ve chvíli, kdy se člověk ocitne v roli pacienta, se jeho svět často zúží na několik základních potřeb: cítit se v bezpečí, být pochopen a mít oporu. Tato situace přirozeně vytváří vztahovou asymetrii. Pacient se dostává do závislé pozice, která však není projevem slabosti, ale důvěry. Tím, že se nám svěří, propůjčuje smysl naší odbornosti.

Role lékaře, sestry či jiného zdravotníka z této důvěry vyrůstá. Nejsme zdravotníky sami o sobě, ale stáváme se jimi ve vztahu k druhému člověku, který naši odbornost právě potřebuje. Bez pacienta by odborné znalosti zůstávaly abstraktní. Teprve v kontaktu s konkrétním člověkem získávají svůj význam.

V prostředí zdravotnického zařízení může snadno vzniknout dojem, že pacient je jednostranně závislý na nás. Tento pohled je však zjednodušující. Mimo nemocnici se role obracejí. Jsme závislí na lidech, kteří pečují o naše děti, zajišťují dopravu, vyrábějí léky, dodávají energii nebo pěstují potraviny. Jsme součástí komplexní sítě vzájemné závislosti, která umožňuje fungování společnosti jako celku.

Uvědomění si této skutečnosti pomáhá vyvažovat vztahovou asymetrii v klinickém setkání. Neznamená popření odborné role ani zlehčení odpovědnosti zdravotníka. Znamená opuštění iluze výlučnosti a moci a návrat k realistickému chápání vztahu: k setkání dvou lidí v různých rolích, z nichž jeden má odborné znalosti a druhý je v danou chvíli potřebuje. Zítra se tyto role mohou změnit.

Vědomí vzájemné závislosti není sentimentálním postojem, ale základem vztahové etiky v medicíně. Pomáhá zachovat pokoru bez ztráty sebeúcty a podporuje komunikaci, která je pevná, respektující a lidská zároveň.

Rita Charon (2001), autorka konceptu narativní medicíny, připomíná, že medicína je místem setkání dvou příběhů: příběhu pacienta a příběhu zdravotníka. Každý z nich přináší vlastní jazyk, obavy i očekávání. Smysl nevzniká v jednom z nich, ale v prostoru mezi nimi. Schopnost tento prostor vnímat, naslouchat a porozumět druhému označuje Charon jako narativní způsobilost. Jde o klinickou kompetenci, která umožňuje dělat medicínu odborně i vztahově citlivě.

2.3 Sdílená lidskost

Dalším klíčovým principem, který ovlivňuje způsob, jakým v medicíně komunikujeme, je vědomí sdílené lidskosti. Rozdíl mezi lékařem a pacientem je především rozdílem rolí, nikoli rozdílem v lidské zkušenosti. Tyto role jsou navíc proměnlivé. Každý z nás může být v různých obdobích života zdravý i nemocný, silný i zranitelný.

To, co nás spojuje, nejsou jen biologické procesy, ale základní lidské zkušenosti: strach z bolesti, nejistota, obavy ze ztráty kontroly, naděje a potřeba porozumění. Uvědomění si této společné roviny neznamená zpochybnění odborné role, ale její ukotvení v realitě lidského prožívání.

Ostatně i lékaři se v průběhu života ocitají v roli pacientů a někdy máme možnost tomu v klinické praxi přímo přihlížet. Reuters popsala v roce 2020 příběh Marty Gravellone, lékařky s onkologickým onemocněním, která se proslavila péčí o pacienty s onemocně-

ním COVID-19 (Reuters, 2020). Onkolog Peter B. Bach popsal v roce 2014 pro New York Magazine v textu The Day I Started Lying to Ruth bolestné nahlédnutí do světa lékaře, když jeho žena umírala na karcinom prsu, a on si poprvé naplno uvědomil, jaké je prožívat léčbu a rozhodování z druhé strany (Bach, 2014). Podobnou zkušenost popsal i plicní onkolog Ross Camidge, kterému byl diagnostikován právě ten typ onemocnění, který celý profesní život léčil. Teprve tehdy naplno poznal skutečný dopad nežádoucích účinků léčby na pacienta, v kontrastu s tím, jak bývají zachyceny v některých klinických studiích.

V klinické praxi přitom nejde o velká gesta ani o demonstrativní projevy empatie. Často stačí krátké vnitřní zastavení a připomenutí si, že člověk sedící přede mnou by se mohl ocitnout v mé roli a já v jeho. Toto uvědomění mění tón rozhovoru, tempo i způsob, jakým reagujeme na otázky a emoce pacienta.

Sdílená lidskost neoslabuje profesionalitu, ale dává jí pevnější základ. Lékař, který si dovolí vnímat pacienta jako člověka s lidským prožitkem, neztrácí autoritu, ale získává důvěru. Právě v tomto prostoru vzniká vztah, který podporuje spolupráci, snižuje napětí a vytváří podmínky pro smysluplnou léčbu.

Sdílená lidskost tak nepředstavuje alternativu k odbornosti, ale její doplnění. Připomíná, že medicína není jen o vědění a výkonech, ale také o vztahu, v němž se odehrává rozhodování, naděje i přijetí limitů.

2.4. Flexibilita mezi póly: umění pohybu mezi odborností a lidskostí

Lékařství je neustálý pohyb mezi dvěma světy. Na jedné straně stojí svět exaktní, racionální a objektivní, svět diagnóz, protokolů, algoritmů a rozhodnutí. Na druhé straně je to pak svět subjektivní, lidský a proměnlivý, svět emocí, vztahů, nejistot a příběhů. Každý zdravotník se mezi těmito světy pohybuje, a právě schopnost plynule mezi nimi přecházet určuje, jak odborná a zároveň lidská medicína bude.

Potřebujeme oba póly. Bez racionality ztrácíme jistotu, strukturu a schopnost rozhodovat. Bez lidskosti ztrácíme smysl, soucit a kontakt s člověkem, který před námi sedí, a nakonec i sami se sebou.

Flexibilita mezi těmito póly znamená schopnost vědomě a citlivě přecházet podle toho, co situace vyžaduje. Jsou chvíle, kdy musíme být především odborníky: rozhodní, techničtí, s odstupem, který umožňuje zachovat klid, když druhý ztrácí jistotu. Pacient v těchto momentech potřebuje cítit, že je v rukou někoho, kdo ví, co dělá. A pak přicházejí chvíle, kdy je třeba odstup zjemnit, přiblížit se a být člověkem, který chápe, že bolest, strach nebo bezmoc nejsou projevem slabosti, ale přirozenou reakcí na zátěž.

Schopnost pohybu mezi těmito polohami je známkou profesní zralosti. Rigidita na jedné straně vede k odcizení, rigidita na straně druhé k vyčerpání. Zdravotník, který se uzavře pouze do odborné role a ztratí kontakt s lidskostí, začne dříve či později pociťovat ztrátu smyslu nebo cynismus. Zdravotník, který se naopak příliš ztotožní s utrpením pacientů, riskuje vyhoření a únavu ze soucitu. Rovnováha vzniká tam, kde si člověk uvědomuje, že vzdálenost i blízkost jsou dva póly téhož kontaktu a téže medicíny.

Tento pohyb nelze „*nacvičit*“ pouze z doporučení. Rozvíjí se s praxí, se schopností sebereflexe, s uvědomováním si vlastních hranic i s odvahou přiznat si nejistotu. Zdravotník, který dokáže přecházet mezi odborností a lidskostí, v sobě postupně rozvíjí klinickou moudrost – schopnost jednat odborně a zároveň zůstat lidsky dostupný.

2.5. Komunikace z vnitřního přesvědčení: když lidskost není povinnost

Častý komentář, který od lékařů a sester slýcháme, zní: „*To všechno je sice hezké, ale je to další věc, kterou po nás někdo chce.*" Empatie a komunikace pak působí jako další položka na seznamu povinností. Něco, co bychom „*měli*" dělat, přestože už nyní pracujeme na hranici svých možností. Administrativa, časový tlak, únava a k tomu očekávání, že budeme ještě citlivější, dostupnější a empatičtější. Pokud je lidskost vnímána jako povinnost, stává se paradoxně dalším zdrojem stresu.

Výzkumy přitom ukazují zásadní rozdíl mezi jednáním z donucení a jednáním z vnitřního přesvědčení. Olga Klimecki a kolegové (2014) ukazují, že soucit není vyčerpávající tehdy, když vychází z opravdového vztahu, a nikoli z přetvářky. Pokud se snažíme být empatičtí jen proto, že „*bychom měli*", aktivuje se stresová odpověď. Pokud však komunikujeme z postoje vnitřní lidskosti a smyslu, zapojují se jiné neurobiologické systémy, spojené s odměnou, propojením a regulací stresu. Prosociální chování a autentický soucit snižují aktivitu sympatického nervového systému a zároveň aktivují centra spojená s uspokojením, radostí a smysluplností (Inagaki & Eisenberger, 2016; Moll et al., 2006; Harbaugh et al., 2007).

Jednání z hlubší motivace pomoci tak prospívá nejen pacientovi, ale i zdravotníkovi. Neurovědy popisují fenomén „*helper's high*" – stav, v němž činnost zaměřená na druhé přináší klid, uspokojení a pocit vnitřní jistoty. Naopak hraná a neautentická komunikace, kdy předstíráme empatii, kterou necítíme, vytváří emoční disonanci, jež je psychicky i fyziologicky vyčerpávající (Hülsheger & Schewe, 2011). Dlouhodobě taková strategie zvyšuje riziko cynismu, únavy ze soucitu a vyhoření.

Změna proto nespočívá v tom, že „*musíme být empatičtější*", ale v tom, že se učíme dívat na druhé i na sebe jiným způsobem. Když se promění rámec, tedy to, z jakého postoje do rozhovoru vstupujeme, mění se i tón naší řeči, míra trpělivosti a to, jak se v práci cítíme. Není potřeba si neustále připomínat, že máme být laskaví. Často stačí připomenout si, že jsme na stejné lodi a se stejnými základními potřebami jako ti, které léčíme. Z tohoto postoje už komunikace nevypadá jako morální úkol navíc, ale jako přirozená součást dobré klinické praxe.

3 Základní psychologické potřeby v klinické komunikaci

Na vzájemnou závislost a sdílenou lidskost v klinickém setkání navazuje další důležité pozadí komunikace v medicíně: uvědomění si společných základních psychologických potřeb. Role lékaře a pacienta jsou rozdílné, jejich psychologické fungování však vychází ze stejných potřeb bezpečí, respektu a přijetí. To, jak jsou tyto potřeby v klinickém kontaktu naplňovány, nebo naopak frustrovány, má přímý vliv na průběh komunikace, emoční reakce i míru spolupráce.

Psychologická gramotnost v medicíně neznamená požadavek, aby byl zdravotník psychoterapeutem. Znamená spíše schopnost rozumět tomu, co se v klinickém setkání odehrává na emoční rovině, v pacientovi i v něm samotném. Takový vhled umožňuje lépe porozumět chování pacienta, nepřipisovat mu zbytečně negativní motivy a vést komunikaci tak, aby neeskalovala k napětí a konfliktům tam, kde to není nutné.

3.1 Emoční bolest jako reakce na frustraci psychologických potřeb

Emoční bolest vzniká jako přirozená reakce na zranění nebo frustraci základních psychologických potřeb. V klinickém prostředí se nejčastěji týká situací, kdy je narušeno bezpečí, pocit přijetí nebo zachování důstojnosti. Emoční reakce pacienta, ať už má podobu strachu, studu, smutku nebo následné zlosti, má v tomto smyslu svou vnitřní logiku a význam.

Pro porozumění klinické situaci je užitečné rozlišovat mezi primárními emocemi, které vznikají přímo v reakci na ohrožení potřeby, a sekundárními emocemi, které na ně navazují. Strach, stud nebo smutek bývají často skryté a nevyjádřené, zatímco zlost, podrážděnost nebo odpor ke spolupráci jsou viditelné a rušivé. Právě tyto sekundární projevy bývají v praxi nejčastěji označovány jako „*problémové chování*“, přestože jsou spíše signálem předchozího emočního zranění než záměrným narušováním spolupráce.

3.2 Chronická zátěž pacienta a situace, které spoluvytváříme

V klinické komunikaci je zásadní rozlišovat mezi tím, co si pacient přináší do kontaktu ze svého života, a tím, co vzniká přímo v rámci zdravotnické konzultace. Řada pacientů žije s dlouhodobě nenaplněnými základními psychologickými potřebami, mohou se cítit osamělí, nejistí, nedocenění nebo ohrožení. Tuto chronickou zátěž nelze v ambulanci ani u lůžka vyřešit a zdravotník za ni nenese odpovědnost.

Současně však existuje oblast, kterou zdravotník ovlivnit může. Způsob, jakým je informace sdělována, jak reaguje na otázky nebo emoce pacienta a jak vymezuje vzájemný vztah, může základní psychologické potřeby buď podpořit, nebo je naopak zbytečně frustrovat. Nejde o to potřeby vždy uspokojit, to v dospělém životě ani v medicíně často není možné, ale o to je zbytečně nefrustrovat.

3.3 Typické komunikační situace jako spouštěče emoční aktivace

V klinické praxi se opakovaně setkáváme se situacemi, které mohou u některých pacientů frustrovat základní psychologické potřeby a tím přispívat k emoční aktivaci. Nejde o univerzální spouštěče, ale o okolnosti, které se v kontextu nemoci, nejistoty a zátěže stávají citlivými místy komunikace.

Jedním z nejčastějších spouštěčů je nejistota a omezená orientace v tom, co se děje. Pokud pacient nerozumí povaze svého onemocnění, dalším krokům nebo důvodům rozhodování, může být narušena jeho potřeba bezpečí a kontroly. Informace sdělované příliš rychle, bez struktury nebo bez prostoru pro dotazy nemusí být zachyceny v celku. Reakcí pak může být úzkost, zlost, opakované dotazování nebo zdánlivá nespolupráce, která je spíše výrazem zahlcení než odmítnutí.

Další citlivou oblastí je situace, kdy má pacient dojem, že jeho zkušenost nebo obavy nejsou brány jako legitimní. Bagatelizace obtíží a ironický tón mohou narušovat potřebu respektu a důstojnosti. Často se zde aktivuje stud, který bývá navenek méně patrný a může být rychle překryt zlostí, vzdorem nebo také stažením se a pasivitou.

Třetí oblastí je pocit odmítnutí nebo emoční opuštění pacienta. Pokud pacient nemá prostor pro otázky, je opakovaně přerušován nebo má dojem, že obtěžuje, může být frustrována potřeba přijetí a sounáležitosti. Reakcí může být stažení, pasivita, ale i zvýšená agresivita a vzdor jako reakce na frustraci psychologických potřeb.

Tyto situace obvykle nevznikají ze špatného úmyslu zdravotníka, ale v důsledku časového tlaku, rutiny a vysoké zátěže. Právě proto má smysl o nich vědět a počítat s nimi. Ne proto, abychom jim vždy dokázali zabránit, ale abychom zbytečně neposilovali emoční napětí a frustraci.

3.4 Validace potřeb bez slibu jejich uspokojení

Důležitým principem klinické komunikace je rozlišování mezi uspokojením psychologické potřeby a jejím uznáním. Ne všechny potřeby lze v konkrétní situaci naplnit a není to ani cílem zdravotnického kontaktu. Nelze vždy nabídnout jistotu tam, kde je prognóza nejistá, ani vyhovět všem přáním pacienta. Tyto limity jsou přirozenou součástí medicíny i role zdravotníka.

Uznání, tedy validace potřeby, spočívá v tom, že zdravotník dává najevo porozumění tomu, co je pro pacienta v dané chvíli důležité, a že tato potřeba dává smysl vzhledem k situaci. Validace neslibuje řešení ani změnu reality, ale vytváří rámec, v němž pacient není se svým prožíváním osamocený nebo zpochybněný.

Samotné pojmenování a uznání potřeby může mít výrazný regulační efekt. Pokud pacient cítí, že jeho obava nebo potřeba bezpečí je pochopitelná, snižuje se pravděpodobnost aktivace sekundárních emocí, jako je zlost nebo vzdor. Validace tak není „*měkkým*" prvkem komunikace, ale praktickým nástrojem, který usnadňuje spolupráci i tam, kde nelze vyhovět.

3.5 Potřeby jako praktický kompas pro krátkou konzultaci

Porozumění základním psychologickým potřebám nepřidává zdravotníkům další povinnosti. Nabízí orientační rámec, který pomáhá lépe se vyznat v tom, co se v klinickém kontaktu odehrává. Umožňuje rozlišit, co je nevyhnutelnou součástí situace, a co je naopak zbytečným zdrojem napětí. Znalost toho, co všichni a za všech okolností potřebujeme, tvoří základní výchozí komunikační bod. Víme tak, co je třeba hned na začátku komunikace oslovit, abychom eliminovali frustraci potřeb a následnou aktivaci obranných emocí, kterými je nejčastěji ve zdravotnictví zlost a agresivita. Cílem není dokonalá komunikace, ale minimalizace zbytečných spouštěčů, které komplikují spolupráci. Právě v krátkých a časově omezených setkáních může tento rámec sehrát klíčovou roli. Pomáhá udržet strukturu rozhovoru, snižuje riziko eskalace emocí a podporuje věcnou spolupráci.

3.6 Základní psychologické potřeby zdravotníka

Základní psychologické potřeby nejsou specifické pouze pro pacienty. Stejné potřeby bezpečí, přijetí a respektu má i zdravotník. Rozdíl spočívá především v roli, která od něj vyžaduje zvládání, rozhodování a nesení odpovědnosti. Tyto potřeby však rolí nezanikají, pouze se stávají méně viditelnými a hůře přiznatelnými.

Dlouhodobá frustrace těchto potřeb se může projevit podrážděností, cynismem, stažením, rigiditou nebo emočním otupěním. Nejde o selhání profesionality, ale o lidskou reakci na přetížení. V klinickém kontaktu se pak snadno setkávají dvě emočně aktivované strany.

Péče o vlastní psychologické potřeby proto není luxusem, ale předpokladem dlouhodobě udržitelné práce. V praxi se projevuje především jasným vymezením role a hranic, schopností strukturovat rozhovor a otevřeně pojmenovat omezení. Takové jednání není nedostatkem empatie, ale způsobem ochrany vlastní kapacity i kvality vztahu.

Z klinického hlediska je proto užitečné vnímat základní psychologické potřeby jako obousměrné. Nejde o jednostrannou péči o pacienta, ale o setkání dvou lidí, jejichž potřeby se v daném prostoru potkávají.

4 Empatie a soucit v klinické medicíně

Empatie patří v oblasti komunikace k často zmiňovaným pojmům současné medicíny. Od zdravotníků se očekává, že budou empatičtí k pacientům, jejich rodinám i k utrpení, se kterým se v klinické praxi setkávají. Empatie je součástí etických kodexů, vzdělávacích programů i hodnocení kvality péče. Přesto však často zůstává spíše normativním požadavkem než jasně vymezenou klinickou kompetencí. Zdravotníci jsou vyzýváni k empatii, aniž by bylo systematicky vysvětleno, co empatie znamená, jak funguje a kde jsou její limity.

Tento nedostatek porozumění vytváří v klinické praxi zásadní paradox. Profese, které jsou nejvíce vystaveny lidskému utrpení a kde je kladen silný důraz na empatii, zároveň vykazují vysokou míru emočního vyčerpání, depersonalizace pacientů a syndromu vyhoření. Tento rozpor nelze vysvětlit nedostatkem empatie. Naopak se ukazuje, že empatie sama o sobě zdravotníky nechrání. Pokud zůstává neuchopená, netrénovaná a oddělená od schopnosti emoční regulace, může se stát faktorem, který vyhoření urychluje. Empatie proto v klinické medicíně nemůže fungovat jako samostatná ctnost, ale jako proces, který je třeba zasadit do širšího regulačního rámce.

4.1 Emoční empatie jako mechanismus přenosu distresu

Jednou ze základních forem empatie je emoční neboli afektivní empatie. Jde o schopnost emočně rezonovat s prožíváním druhého člověka. Zdravotník vnímá pacientův strach, bolest nebo bezmoc a v určité míře tyto stavy sdílí. Tato forma empatie je rychlá, automatická a evolučně hluboce zakořeněná. Neurovědecké výzkumy ukazují, že při emoční empatii dochází k aktivaci nervových okruhů podobných těm, které se aktivují při vlastní bolesti a distresu (de Waal & Preston, 2017). Utrpení pacienta se tak do určité míry stává i utrpením zdravotníka.

Emoční empatie má v klinickém kontaktu důležitou roli. Přispívá k lidskému naladění, pocitu porozumění a vzniku důvěry. Zároveň je však touto formou empatie zdravotník vystaven přímému přenosu distresu. Pokud je emoční empatie dlouhodobě aktivována bez dostatečné regulace, vede k emočnímu zahlcení, pocitu bezmoci a postupnému vyčerpání. Právě zde vzniká riziko únavy ze soucitu a syndromu vyhoření.

Z biologického hlediska je tento proces dobře popsán modelem perception-action, podle něhož empatie funguje na principu přenosu distresu. Utrpení pacienta aktivuje stresovou reakci zdravotníka, která vytváří silnou motivaci k jednání. Pomoc druhému pak vede nejen k úlevě pacienta, ale i k úlevě samotného zdravotníka, což je neurobiologicky zakódováno jako vnitřní odměna (Preston & de Waal, 2002; de Waal, 2008). Po-

máháme tedy druhému nejen proto, že mu chceme ulevit, ale také proto, že nepomoci je pro nás emočně zatěžující.

V klinické praxi má tento mechanismus konkrétní důsledky. Pokud je tolerance zdravotníka k emočnímu distresu nízká, může vést k rychlým a někdy předčasným intervencím. Typickým příkladem je sdělování závažné diagnózy. Pacientova silná emoční reakce aktivuje stresový systém zdravotníka a vzniká tendence „*něco udělat*", aby byl distres co nejrychleji zmírněn. Taková intervence však nemusí vždy sloužit pacientovi, ale může primárně regulovat nepohodlí zdravotníka.

4.2 Soucit jako regulační odpověď na utrpení

Adaptivní odpovědí na opakované setkávání s utrpením druhých není emoční stažení ani potlačení empatie, ale rozvoj soucitu. Na rozdíl od empatie, která spočívá ve sdílení utrpení druhého, soucit představuje způsob vztahování se k utrpení, který nevyžaduje jeho plné emoční převzetí. Empatie zůstává východiskem, ale není konečným bodem.

Soucit zahrnuje postoj zájmu, péče a motivace ulevit, aniž by zdravotník musel nést plnou emoční tíhu pacientovy bolesti. Zatímco emoční empatie představuje pasivní expozici distresu, soucit je aktivní a regulační odpovědí. Feldman a Kuyken (2011) popisují soucit jako orientaci mysli, která rozpoznává utrpení jako univerzální lidskou zkušenost a umožňuje setkat se s bolestí s vlídností, vyrovnaností a trpělivostí.

Empirické výzkumy ukazují, že soucit je spojen s aktivací prosociálního chování, pozitivních emocí a pocitu vnitřní odměny a vede k větší tendenci zůstávat v kontaktu s druhými i v náročných situacích (Klimecki et al., 2014). V klinické praxi je soucit spojován s lepší komunikací, vyšší spokojeností pacientů a lepší spoluprací (Epstein et al., 2005), zatímco dlouhodobé emoční přetížení bez regulačního rámce soucitu souvisí se zhoršením kvality péče a vyšším rizikem vyhoření (Najjar et al., 2009).

4.3 Všímavost jako předpoklad soucitu

Soucit jako regulační postoj se neobejde bez schopnosti regulovat vlastní emoční reakce. Touto základní regulační kapacitou je všímavost (mindfulness). Mindfulness lze definovat jako záměrnou, otevřenou a nehodnotící pozornost k přítomnému okamžiku (Kabat-Zinn, 2003; Bishop et al., 2004). V klinickém kontextu umožňuje zdravotníkovi zaznamenat vlastní emoční reakci na utrpení pacienta, aniž by byl okamžitě stržen k impulzivnímu jednání nebo obrannému odstupu.

Z tohoto důvodu je mindfulness považována za klíčový předpoklad rozvoje soucitu. Bez schopnosti všímavě regulovat vlastní distres se soucit snadno zvrhne buď v emoční zahlcení, nebo naopak v profesionální distanci. Mindfulness vytváří psychologický prostor, v němž může být utrpení vnímáno bez nutnosti jeho okamžité neutralizace. Soucit pak tento prostor naplňuje aktivní, vztahovou a motivační odpovědí.

4.4 Soucit k sobě jako protektivní faktor v klinické medicíně

Stejný mechanismus, který umožňuje soucitný vztah k utrpení pacienta, se uplatňuje i ve vztahu zdravotníka k sobě samému. Klinická praxe nevyhnutelně přináší situace selhání, nejistoty a limitů. Léčba nevede k očekávanému výsledku, pacient umírá, rozhodnutí

bylo nutné učinit pod tlakem. Tyto situace jsou často doprovázeny silnou sebekritikou, která je v medicíně někdy mylně považována za projev odpovědnosti.

Z klinického hlediska však tvrdá sebekritika odpovídá aktivaci systému ohrožení, která zvyšuje stres, zužuje pozornost a dlouhodobě podkopává psychickou odolnost. Soucit k sobě nepředstavuje popření chyby ani vyvázání se z odpovědnosti. Znamená změnu vnitřního postoje, která umožňuje rozpoznat vlastní utrpení, unést s ním spojené emoce a zvolit jednání podporující učení a adaptaci.

Empirické studie ukazují, že vyšší míra soucitu k sobě je spojena s nižší mírou stresu, depresivních symptomů a dalších forem psychické zátěže, a zároveň s vyšší psychickou odolností, včetně zdravotnických profesí (MacBeth & Gumley, 2012; Krieger et al., 2016; Světlák et al., 2021).

4.5 Soucit k sobě není rezignace, ale změna vztahu k výkonu

Obava, že soucit k sobě povede ke snížení nároků nebo ztrátě motivace, není empiricky podložena. Výzkumy ukazují, že soucit k sobě souvisí s vyšší mírou osobní odpovědnosti, větší ochotou učit se z chyb a realističtějším sebehodnocením (Neff et al., 2005; Breines & Chen, 2012). Klíčový rozdíl spočívá ve zdroji motivace. Zatímco sebekritika motivuje strachem a studem, soucit k sobě podporuje motivaci založenou na učení a dlouhodobé profesní udržitelnosti.

4.6 Shrnutí pro klinickou praxi

Empatie je nezbytnou součástí klinického kontaktu, ale bez regulačního rámce zdravotníka nechrání. Emoční empatie představuje mechanismus přenosu distresu, který při dlouhodobé expozici zvyšuje riziko vyhoření. Soucit nabízí regulační alternativu, která umožňuje zůstat v kontaktu s utrpením pacienta bez emočního zahlcení. Mindfulness vytváří základní regulační kapacitu, na níž může soucit vyrůstat. Soucit k sobě pak představuje nezbytný předpoklad dlouhodobě udržitelné profesionální péče.

Změna postoje ke komunikaci v medicíně proto nespočívá ve výzvě k větší empatii, ale v porozumění tomu, jak s empatií, soucitem a vlastní zátěží zacházet způsobem, který je odborný, lidský a dlouhodobě udržitelný.

5 Sebereflexe jako součást klinické zralosti: co sami přinášíme do medicíny

V klinické praxi nepracujeme pouze s diagnózami, symptomy a postupy, ale také se sebou samými. Každý zdravotník vstupuje do kontaktu s pacientem s určitým vnitřním nastavením, s únavou, napětím, očekáváním, obavami i osobními zkušenostmi. Tyto faktory nejsou vedlejší. Mají přímý vliv na to, jak pacienta vnímáme, jak s ním mluvíme a jaké kroky v péči volíme.

Sebereflexe je schopnost tyto vlivy rozpoznat a vědomě s nimi pracovat. V lékařské psychologii ji chápeme jako klinickou dovednost, nikoli jako osobní nadstavbu nebo sebezpytování. Pomáhá zdravotníkovi rozlišit, co do situace patří pacientovi a co si do ní přináší sám. Díky tomu zpřesňuje klinický úsudek a snižuje riziko zkratkovitých reakcí.

Vážení čtenáři, právě jste dočetli ukázku z knihy Praktický průvodce lékařskou psychologií**.**
Pokud se Vám ukázka líbila, na našem webu si můžete zakoupit celou knihu.