

Přínos empatie lékaře pro jeho pacienty a výsledky začlenění rozvíjení schopnosti empatie do kurikul lékařských fakult

Patient's benefits from physician's empathy and results of including of empathy development into medical training

Adam Z.¹, Klimeš J.², Boleloucký Z.³, Pour L.¹, Adamová Z.⁴, Tomáška M.¹, Marečková H.¹

¹ Interní hematologická a onkologická klinika LF MU a FN Brno

² Soukromá psychologická ambulance – PhDr. Mgr. Jeroným Klimeš, Ph.D., Újezd nad Lesy

³ Psychiatrická klinika LF MU a FN Brno

⁴ Chirurgické oddělení, Vsetínská nemocnice a.s.

Souhrn

Východiska: Míra empatie je individuální lidskou vlastností, ne zcela závisící na kognitivní inteligenci. S určitými genetickými základy pro schopnost empatie se lidé rodí, ale schopnosti empaticky vnímat své okolí se v průběhu života rozvíjejí. Přínos empatie lékařů pro jejich pacienty byl zkoumán četnými studiemi a v poslední době je zkoumán i přínos začlenění rozvíjení schopnosti empatie do kurikul některých lékařských fakult. Vyhodnocení začlenění cíleného rozvíjení schopnosti empatie na vybraných lékařských fakultách prokázalo zlepšení skóre empatického vnímání těch skupin studentů, které byly do tohoto programu začleněny. Všechny v textu citované studie, které analyzovaly vliv empatie zdravotnického personálu na výsledek léčby, prokázaly pozitivní vliv. **Cíl:** Cílem článku je upozornit na důležitost empatické komunikace lékaře s pacientem a na důležitost výuky empatické komunikace na lékařských fakultách.

Klíčová slova

soucit – empatie – komunikační dovednosti – vztah lékař-pacient – spokojenost pacienta – samota

Summary

Background: The extent of empathy is an individual human property, not completely dependent on cognitive intelligence. People arise with certain genetic fundament for empathy but the ability to perceive empathically develops further during the life. There has been much discussion in the medical literature about the importance of empathy and physician communication style in medical practice. Empathy has been shown to have a very real positive effect on patient's outcomes. The literature suggests that empathy training is warranted and should be incorporated into surgical residencies through didactics, role-playing and simulations, and apprenticeship to empathic attending role models. **Purpose:** This paper reviews empathy and its importance as it pertains to the physician-patient relationship and improving patient's outcomes, and the need for increased education in empathy during medical training.

Key words

interpersonal and communication skills – patient care – empathy – patient satisfaction – loneliness

Autoři deklarují, že v souvislosti s předmětem studie nemají žádné komerční zájmy.

The authors declare that they have no potential conflicts of interest concerning drugs, products, or services used in the study.

Redakční rada potvrzuje, že rukopis práce splnil ICMJE kritéria pro publikace zasílané do biomedicínských časopisů.

The Editorial Board declares that the manuscript met the ICMJE recommendation for biomedical papers.



MUDr. Zuzana Adamová, Ph.D.
Chirurgické oddělení
Vsetínská nemocnice a.s.
Nemocniční 955
755 01 Vsetín
e-mail: adamovaz@gmail.com

Obdrženo/Submitted: 23. 3. 2022
Přijato/Accepted: 17. 7. 2022

doi: 10.48095/ccko2022358

Úvod

V roce 2012 byl zveřejněn rozhovor s dlouholetým předsedou České onkologické společnosti, prof. Jiřím Vorlíčkem, s názvem České medicíně chybí empatická nastavenost personálu. Prof. Vorlíček v tomto rozhovoru zdůraznil nutnost přiměřené empatie lékařů, pokud s nimi jejich pacienti mají být spokojeni a zároveň si povzdech nad postupným vytrácením empatie z medicíny [1].

Podobou výpověď má článek doc. Miroslava Světláka, přednosty Ústav psychologie a psychosomatiky Lékařské fakulty Masarykovy univerzity a redaktorky Zdeňky Kovářové, v němž autoři konstatují: „Přes všechnen vědecký pokrok se však z medicíny ztrácí něco, co je fundamentální. Ztrácí se vědomí toho, že medicína je v první řadě o setkání dvou lidských bytostí a teprve pak je vším ostatním“ [2]. Ale i četné další články poukazují na nutnost uchování umění naslouchat a empaticky vnímat pacienty [3–5], a zvláště pak v onkologii [6]. Od lékaře pacienti očekávají empatii, a pokud ji lékař má, tak je spokojenější jak lékař, tak i jeho pacienti, jak již v české literatuře opakovaně zaznělo [7–9].

A důležité je, jak uvedla Jaroslava Sladká, pokud je empatie v medicíně, je méně chyb a jsou přesnější diagnózy [10].

Na tyto citované publikace navazujeme a vracíme se k tématu, které otevřeli citovaní autoři. Na tomto textu se podíleli kliničtí lékaři, psycholog a psychiatr. Úkolem psychologa a psychiatra bylo garantovat odbornou správnost textu a úkolem klinických lékařů přidat nějaké zkušenosti z praxe a formulovat článek tak, aby byl srozumitelný klinickým lékařům.

Příklady z klinické praxe hematologické ambulance pro přehlednost kurzívou, ale kurzívou jsou psané také názvy publikací, pokud jsou textu použity.

Empatie lékaře pozitivně ovlivňuje výsledek léčby

Lékař, který vnímá a chápe emoce pacienta, který má zájem a starost o pacienta, pozitivně ovlivňuje výsledek léčby. Stručně to charakterizuje přísloví

„slovo lékaře léčí“. Slovo empatického lékaře je tou přidanou hodnotou, která posiluje účinek použité léčby [11].

V medicínské literatuře lze nalézt četné publikace, jejichž autoři zkoumali vliv přítomnosti či nepřítomnosti empatie lékařů na výsledek léčby.

Autoři analýzy výsledků práce empatických a neempatických lékařů uvádějí, že pacienti s chřipkovými příznaky, kteří byli léčeni empatickými lékaři, měli pozitivní změny ve svém imunitním systému, což vedlo k tomu, že trvání příznaků bylo signifikantně kratší ve srovnání se skupinou léčenou lékaři, kteří byli hodnoceni jako málo empatictí [12].

Stejně tak u pacientů s diabetem melitem byla popsána lepší kontrola glukózy a cholesterolu, pokud o ně pečovali lékaři s empatií, než v kontrolní skupině, jejíž ošetřující lékaři byli hodnoceni jako neempatictí [13].

Další analýza výsledků práce lékařů s dostatečnou a nedostatečnou empatií uvádí, že lékaři, kteří s empatií pečovali o své nemocné, byli méně často terčem stížností svých nemocných ve srovnání s druhou skupinou lékařů s nedostatečnou empatií [14].

Povzbuzující empatická komunikace snižovala vnímání experimentálně navozené bolesti ve srovnání s neutrální či neempatickou komunikací [15–18]. Míra vnímané bolesti totiž souvisí s aktuálním nastavením prahu pro bolest a toto nastavení výrazně ovlivňuje psychické faktory.

V literatuře je hodně publikací, klinických studií, jejichž autoři došli k závěru, že pro nemocné je empatický přístup lékaře velkým přínosem, zvláště v onkologii, ale také v chirurgii a samozřejmě u praktického lékaře [19–25].

Humánní, empatický a starostlivý postoj k pacientovi se dle výše uvedených prací odráží na výsledku léčby. Jean Decety to vysvětluje tím, že lékař, který získá pacientovu důvěru, ujistí pacienta o svém zájmu pomoci mu a vyjádří sympatii k němu, zlepší subjektivní pocity pacienta, sníží tak míru jeho stresu, sníží aktivitu sympatického nervového systému a zvýší aktivitu parasympaticku. Autonomní nervový systém je spojen s endokrinním systémem, a ten na tuto situaci reaguje uvolněním oxyto-

cinu. Oxytocin tlumí stres, stimuluje rozvíjení mezilidských vazeb a vznik pocitu důvěry. Oxytocin je důležitým faktorem ovlivňujícím sociální interakce, snižujícím úroveň stresu a anxiety [26,27].

Metaanalýza studií, prokazujících, že chronický stres, psychická nepohoda a deprese zvyšují četnost autoimunitních i maligních nemocí, jsme již zveřejnili [28–30]. A velmi pěkně je souvislost psychiky pacienta se somatickými nemocemi popsána v recentním článku *Duše jako imunomodulátor* [31]. Na souvislosti psychické zátěže a vzniku organického onemocnění upozorňoval Zdeněk Boleloucký již v sedmdesátých letech. Závěry celostátního sympozia (podzim 1978) na téma „životní události a poruchy duševního a tělesného zdraví shrnul v článku *Životní události jako rizikový faktor onemocnění* [32]. Konstatoval, že životní události společně s faktory biologickými a psychologickými působí jako spouštěcí mechanismus psychických i somatických chorob v souvislosti s tím, jak velkou intenzitu úsilí musí subjekt vynaložit, aby se vyrovnal s novou životní situací [32–34].

Současné představy ideálního lékaře

Jaký by měl být současný lékař a na co by měl být zaměřen vzdělávací proces na lékařských fakultách? Jaké vlastnosti má mít optimální absolvent lékařské fakulty? Na toto téma je v medicínské odborné literatuře, registrované v databázi PubMed, hodně analýz, které se snaží najít odpověď na tuto otázku. A podobně jako u lékových studií, i v této oblasti se objevují analýzy a metaanalýzy. Recentní metaanalýza všech publikací na téma edukační zaměření lékařských fakult a profil ideálního lékaře zveřejnil Steiner-Hofbauer v roce 2018. Ve své práci *What is a good doctor?* analyzuje závěry 20 seriózních prací, hledajících odpovědi na otázku, jaké vlastnosti by měl mít dobrý doktor a v jakém pořadí [35]. První dvě požadované charakteristiky souvisejí s empatií.

1. Výborná komunikace v pracovním kolektivu. To znamená přátelské, zdvořilé a povzbuzující chování, schopnost empaticky přistupovat k pacientovi a schopnost zůstat klidný i při zátěži.

Do této kategorie řadí pozitivní vidění života, smysl pro humor a pozitivní vztah k lidem [35].

2. Výborná komunikace s pacienty. Tím je myšleno umění naslouchat pacientům, pochopit jejich přání, přizpůsobit formu vysvětlování problémů chápání pacienta, mluvit s ním jazykem, který je mu srozumitelný. Za velmi důležitou je považován zájem lékaře o své pacienty a schopnost lékaře radovat se z toho, že jim může poskytnout pomoc [35]. To přímo souvisí s velikostí jednoho rozměru člověka, kterým je závislost na sociálním uznání, jak dále popíšeme.
3. Dobré medicínské kompetence. Medicínské kompetence jsou bezpodmínečně nutné, a proto je na ně kladen důraz při studiu, a to jak na manuální, tak na vědomostní schopnosti [36].
4. Etickou vyzrállost. Vztah pacienta a lékaře vyžaduje důvěru a čestnost. Proto obecně lidé očekávají vysokou morální a etickou kvalitu lékařů. Do této kategorie patří zdvořilost, důvěra, integrita lékaře, pozitivní motivace. A také to, že lékaře jeho práce baví a těší. Ale patří tam také sebereflexe, poznání svých vlastních limitací a schopnost za tyto limitace nejít [35].
5. Medicínský management. Do této kategorie se řadí zodpovědnost, inteligence, flexibilita, nezávislé myšlení, organizační nadání, schopnost pracovat v týmu s respektem ke svým kolegům [35].
6. Schopnosti učit, vědecky zkoumat a kontinuálně se vzdělávat. Medicína je vědou, a tak schopnost bádat, případně učit studenty či začínající kolegy, patří také mezi požadované vlastnosti [35].

Při tvorbě této charakteristiky pochopitelně pacienti kladli větší důraz na komunikační schopnosti, zatímco lékaři na medicínské kompetence. Závěrem se v citované práci zdůrazňuje, že altruismus, morální kvality a empatie jsou velmi žádoucí [35]. I další autoři zdůrazňují, že schopnost empatie je u lékaře velmi žádoucí, protože lékař by měl vnímat nejen problémy nemocného orgánu, ale také problémy, které nemocný orgán vyvolal v lidské duši [33,36]. Musíme jen

dodat, že tyto názory, kladoucí do popředí schopnost komplexního vnímání člověka, byly zveřejňovány před mnoha lety i v české odborné literatuře [37–39].

Pro popis prostoru vystačíme se třemi rozměry. Pro popis vlastností člověka bylo definováno osm rozměrů (vlastností) a v každém tomto rozměru (vlastnosti) může mít člověk menší či větší schopnosti neboli skóre. Tyto rozměry člověka definoval americký psycholog a psychiatr Claude Robert Cloninger a nazývá je temperamentem, pokud jsou dány převážně geneticky a charakterovými vlastnostmi, o kterých předpokládá, že jsou získané v průběhu života. V každém člověku jsou tyto rozměry individuálně zastoupeny a více či méně vyvinuty. Základy pro ně vytvořila dědičnost, pouze částečně jsou ovlivněné okolnostmi [40–42]. Je vhodné si tuto diverzitu lidského temperamentu a charakteru uvědomit. Podrobně je lze nalézt v citované publikaci *The temperament and character inventory* [40]. Claude Robert Cloninger popsal čtyři rozměry temperamentu (A–D) a později byl přidán pátý rozměr (E) a tři rozměry charakteru (F–H).

V tomto textu nebudeme všechny tyto rozměry uvádět a definovat, ale jen cíleně upozorníme na jeden rozměr, a to co z něj plyne. Jedná se o rozměr nazvaný **závislost na odměně, uznání (reward dependence), neboli též závislost na sociálním uznání a přijetí**. Je součástí dimenze temperamentu, pro kterou jsou charakteristické tyto znaky: vyhýbání se sociální separaci, reagování na okolní signály, které mají v sobě příslib uznání, odměny. Odměnou se zde myslí slovní pozitivní hodnocení okolím a sociální přijetí. Osoby s vysokým skóre tohoto rozměru si vysoce cenní pozitivního hodnocení, uznání společnosti, v které se pohybují. Jde opět o dědičný rys, stabilní po celý život. Je to vrozený neurofyziologický mechanismus, který směřuje vnímání na okolní sociální zázemí. Tento typ osobnosti potřebuje upřímnou komunikaci a oddanost a pozitivní emoce z okolí. Lidé s výraznou závislostí na odměně jsou také otevření novým zkušenostem (openness to experience) a mohou mít i rysy extroverze. Vysoké skóre této vlastnosti se projevuje jako senzitivita, oddanost, závislost na

sociálním přijetí a empatie. Nízké skóre jako necitlivost, pragmatičnost, tvrdost, studenost [4–42].

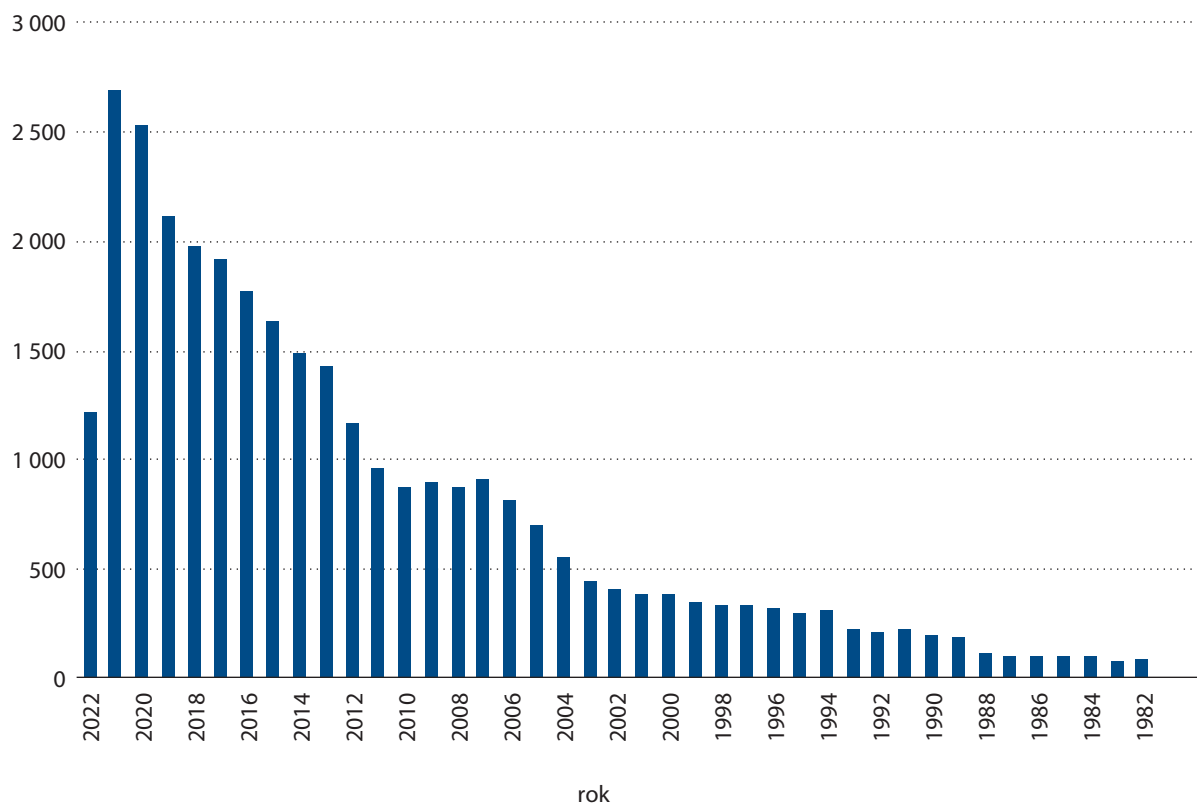
Dovoluji si zde vložit názor klinického lékaře, který již třetí desetiletí pracuje na ambulanci pro monoklonální gamapatie. *Domnívám se, že všechny naše zdravotní sestry mají vysoké skóre tohoto rozměru (reward dependence). Těší je, že pomáhají nemocným, mají s pacienty po většinou pozitivní vztahy, dosahují uznání. A tato sociální odměna, uznání od pacientů i lékařů je naplňuje a drží v provozu, který je značně stresující, a i fyzicky náročný. U sester, které z tohoto provozu po krátké době odešly, jsem si všiml, že neměly ze své práce uspokojení, neuměly se zřejmě radovat z toho, že se jejich pacientům dobře daří. Z toho plyne, že je velmi důležité, aby jejich nadřízení občas přidali nějakou tu pochvalu, neboť pozitivní ocenění je právě důležité pro osoby s vysokým skóre závislosti na odměně a naopak nedůležité pro osoby s nízkým skóre.*

Empatie

Slovo empatie často používáme, ale asi ne vždy chápeme, co vše zahrnuje. Přírůstky publikací s tímto tématem v databázi odborné lékařské literatury se od roku 2000 každoročně zvětšují. Strmý nárůst počtu publikací o empatii za jeden rok, a tedy vzestup i odborného zájmu a významu tohoto jevu pro medicínu či současnou společnost ilustruje graf. 1. Teprve až s nástupem nového tisíciletí začal explozivní zájem o fenomény spojené s tímto termínem.

V české odborné psychiatrické literatuře je empatie poprvé (v roce 1979) definována v knize Lubomíra Hanzlíčka následujícími slovy: empatie je schopnost vžít se do pocitů, jednání druhé osoby. Sympatická identifikace sebe sama s druhou osobou, schopnost „vstoupit“ do pocitů a nálad druhého; afektivní identifikace. Takto definoval empatii v roce 1979, dříve se psychologická a psychiatrická literatura tomuto tématu u nás nevěnovala. Ale jakmile se objevil termín „empatie“ v Hanzlíčkově *Psychiatrické encyklopedii* z roku 1979, začal se postupně každoročně zvyšovat počet publikací s tímto tématem [43,44].

V současnosti (duben 2022) je v databázi české a slovenské medicínské li-



Graf 1. Počet publikací s heslem „empathy“ v databázi PubMed v jednotlivých letech (anglický, německý a český jazyk).

teratury medvik.cz evidováno celkem 450 publikací na téma empatie a velká část těchto publikací je věnována tématu empatie v medicíně [46–50]. Některé z prací poukazují na souvislost empatie a vyhoření [50,51].

A tak jako pro vše, i pro schopnost empatie byly publikovány postupy, jak ji měřit [52–55].

A pak s pomocí těchto metod měření míry empatie se psychologové snaží analyzovat zevní vlivy na míru empatie. Byl zkoumán i vliv digitálních technologií na míru se závěrem – negativní [56].

Dnes se studenti medicíny učí v rámci předmětu psychologie, jak mají s pacienty komunikovat empaticky. Publikovaná doporučení o komunikaci s onkologickými nemocnými nabádají k empatickému sdělování informací o nemoci, o faktech, která svým vyslovením mění identitu člověka. Člověku, který měl své plány do budoucna, se vyslovením informace o nemoci typu: „Musíme Vám udělat vývod střeva, stomii“ anebo „musíme Vám léčit leukemii“ zcela

zásadně mění životní perspektivy, a tím i jeho identita [57].

V jednom z citovaných doporučení se uvádí, že pokud empatii lékař nemá, může ji s pomocí výcviku získat [58]. Je to pravda? Na čem empatie závisí? Schopností empatie se mohou značně lišit i sourozenci.

Ilustrujeme to příkladem z hematologické ambulance. Jednu naši mladší pacientku na první pohovor o maligní nemoci doprovázela její teta (sestra matky). Pacientka nám sdělila, že již od mládí má zkušenosti s komunikací se svou matkou. Když chtěla s matkou probírat nějaký problém, např. že se jí zhoršují bolesti v zádech, tak matka ji do toho vstoupila a začala vyprávět o svých bolestech, odvedla tak hovor z tématu, o němž chtěla mluvit její dcera, sama na sebe. A tím byla řeč o problémech její dcery ukončena. Proto nakonec na pohovor o své diagnóze vzala s sebou tetu. Situaci snad dokresluje i fakt, že tak zásadní informaci – že je gravidní – napřed řekla své tetě, které svěřovala všechny problémy, a až teprve později

matce. Protože s tetou této pacientky jsme komunikovali, tak víme, že obě vlastní sestry přitom vyrůstaly v jedné funkční rodině, a byly tedy vystaveny stejnému vlivu rodičů a okolí. Přesto se mírou empatie zásadně lišily. S matkou této pacientky jsme později také mluvili. Byl to typ osobnosti, který při komunikaci dvou osob hovoří 80–90 % času, zatímco druhé straně nechá jen 10–20 % času, místo obvyklého vyváženého poměru 50 : 50. Paradoxní bylo, že mimo jiné si nám tato matka postěžovala na pocit osamocení a absenci přátel. Při absenci empatie je zřejmě těžké získat přátele. Dcera frustraci z absence empatické komunikace se svou matkou vyřešila přenesením funkce blízké či záchytné osoby z matky na svou tetu.

S našimi hematologickými pacienty se známe roky, a tak není divu, že známe i jejich rodinné vztahy. U některých vnímáme, že jsou frustrováni absencí empatické komunikace ve své rodině, že nemají nikoho, kdo by s nimi sdílel zátěž, kterou maligní onemocnění představuje, kdo byl registroval,

jaké musí brát léky a proč a kdo se chtěl dozvědět, jaké komplikace mohou nastat a jak je rozpoznat a jak na ně reagovat. O to více pak oceňují a potřebují empatickou komunikaci zdravotníků, kteří o ně pečují, ale i případně komunikaci ve svém širším kolektivu. Pacientské organizace v těchto případech jsou také velkou pomocí, protože nemocné spojují podobné starosti, obavy ale i radosti a pacienti v nich mohou najít empatickou komunikaci, kterou v rodině postrádají a jejíž absence právě v období nemoci a omezené hybnosti je pacienty pocítována velmi bolestně.

U jiných jsme svědky, jak zátěž nemoci společně nese pacient s jeho nejbližšími, kteří se snaží pochopit všechny souvislosti nemoci a léčby a umí pak správně reagovat v situacích, kdy např. zhoršení kognitivních funkcí pacienta septickou encefalopatií znemožní jeho racionální chování, v případě septického stavu zorganizování akutního převodu do nemocnice. Např. v první vlně jeden náš pacient (vedoucí tiskárny) měl závažný průběh covidové infekce, ale odmítal naléhání synů na odvoz do nemocnice. Jeho syn, také tiskař, svojí empatií vnímal, že stav otce se prudce zhoršil, bleskově obstaral oxymetr a svého otce přesvědčil údajem o saturaci krve kyslíkem, která byla velmi nízká, jen 76 %, že mu hrozí smrt. A teprve tento číselný údaj pacienta s technickým vzděláním přiměl k souhlasu s transportem do nemocnice. Bez podpory své rodiny by tento člověk již nežil a nyní opět řídí rodinný podnik. Na rozpoznání kritické situace blízkým člověkem často závisí život našich pacientů. Příběhy našich pacientů jsou základem naší knihy z roku 2019 *Maligní onemocnění, psychika a stres: příběhy pacientů s komentářem psychologa*. K reálným příběhům z hematologické ambulance připojili svůj komentář psycholog a psychiatr. A podobnou stavbu má i naše druhá kniha z roku 2022 *Dystymie, lidé s temnou duší a jejich blízcí* [59].

V práci pozorujeme, že schopnost empatie nezávisí na dosaženém vzdělání. Některé zdravotní sestry umí podstatně lépe vnímat emoce nemocných než jejich lékařky či lékaři.

V dalším textu uvedeme vysvětlení termínů psychologem, následně něco o neurofyzilogii empatie.

Empatie obecně

Empatie je termín pro schopnost spoluprožívání pocitů, emocí jiných lidí čili vcítění se do emocí druhého. Je to termín pro porozumění emocím, myšlenkám a případným motivům druhého. Samotný termín empatie pochází z řečtiny, v níž *pathos* (*πάθος*) je slovo s významem emoce a vnímání emocí a s pomocí předložky bylo vytvořeno slovo empatie s významem vcítění se do emocí druhého. Empatie je schopnost člověka nastavit svou psychiku do podobného citového ladění jako má jeho protějšek tím, že pozoruje jeho chování, vnější známky (řeč těla) a slova. Empatie je schopnost stoupnout si citově „do jeho bot“, a tak lépe porozumět emocím a motivům druhého člověka a slovně popsat emoce druhého člověka.

Empatie je důležitou a překvapivě nejen lidskou vlastností pro udržení sociálních vztahů. U psů a jiných zvířat je předpokladem spolupráce ve smečce či stádu a u lidí je předpokladem efektivní spolupráce v kolektivu. Empatie znamená ale také schopnost přiměřené reakce na pocity druhých lidí, přiměřené reakce na vyjádřený smutek a bolest s ochotou pomoci. Proces zejména emoční empatie je z větší části neuvědomělý a vychází především z neverbální a paraverbální komunikace neboli z vnímání řeči těla.

Základem pro empatické vnímání druhého je schopnost vnímat, diferencovat a uvědomovat si své vlastní emoce, protože s rostoucím emočním sebeuvědoměním roste i schopnost empatie. Empatie je podmínkou komunikace o vlastních emocích, radostech, starostech, bolesti či naději, o lidských vztazích. Prostě o tom podstatném, co člověk prožívá a co alespoň částečně sám ovlivňuje. Pokud empatie chybí, množí se problémy ve vztazích jak na pracovišti, tak v rodině [47–49].

Empatie však má své limity, jako způsob poznání okolního světa může být omylná jak do kvality, tak do kvantity. Proto se nemůžeme na citovou empatii (či intuici, jak občas říkají laici) zcela spo-

lehnout a musíme ji doplnit jinými zdroji informací. Např. u depresivních pacientů je největší nebezpečí sebevraždy právě ve chvíli, když na nich okolí už nevidí žádné známky depresivního prožívání, tzn. po odeznění depresivní periody. Zde tedy citová empatie okolí selhává.

Naplnění potřeby pozitivních lidských vztahů a empatie

K zásadním potřebám člověka patří: a) pohybovat se; b) komunikovat; c) mít svoji komunitu (tlupu či smečku), proto zavření na samotku bylo vždy těžkým trestem i pro otrlé vězně.

Člověk je tvor společenský, žije ve společnosti, většina lidí společnost potřebuje. Z hlediska intenzity vztahů psychologové tuto lidskou potřebu rozčlenili do tří okruhů.

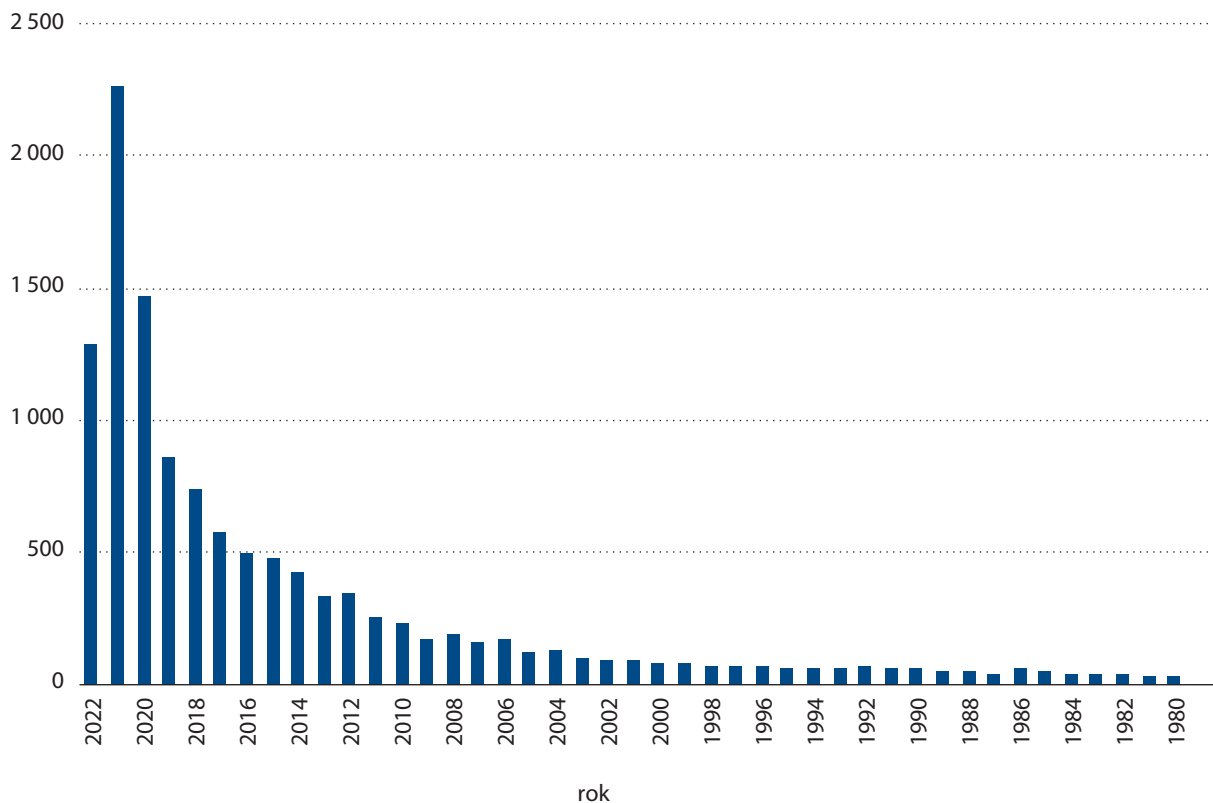
Vnitřní okruh blízkých osob

Tyto osoby představují ty nejdůležitější vazby pro konkrétního člověka, jde o pár velmi blízkých osob, kterým naprosto důvěřuje, které mu pomáhají spolutvořit smysl života, s nimiž může plánovat blízké i vzdálené cíle, komunikovat, spolupracovat, a to vše s cílem přežít a prosperovat. Jde o člověka, u něhož se může spoléhat na emoční podporu v době krize, člověka, s nímž si poskytuje vzájemnou pomoc, člověka, který potvrzuje jeho lidskou hodnotu. Takové osoby tvoří vnitřní jádro sociální komunity (obvykle do 5 osob). Dle této definice člověk může být v nějaké situaci sám, ale necítit se osamocen, protože se cítí intenzivně propojen se svým partnerem, rodinou a přáteli neboli s vnitřním jádrem své sociální komunity [60].

Potřebu těchto blízkých osob velmi dobře charakterizuje rakouské přísloví: „Každou bolest lze překonat, každá hluboká rána se zahojí, jen musíš najít duši, která se s tebou o to podělí“ (v originále „Ein jeder Schmerz lässt sich verwinden, und jede tiefe Wunde heilt, nur eine Seele musst Du finden, die alle Schmerzen mit Dir teilt“).

Okruh přátel

Okolo tohoto vnitřního jádra, nejužšího kruhu blízkých osob, popisují psychologové okruh přátel (sympatizujících osob) kterých bývá 15–50, kteří tvoří sociální



Graf 2. Počet publikací s heslem „loneliness“ v databázi PubMed v jednotlivých letech (anglický, německý a český jazyk). Zřetelný je prudký nárůst publikací, a tedy nárůst zájmu o tento problém, v posledních 2 letech. Počet publikací v posledních 3 letech stoupá strměji, než počet publikací na téma „empathy“.

jádro pro komunikaci. Od osob z této skupiny může člověk občas obdržet výpomoc, (pomoc s projekty anebo hlídání dětí či domácích mazlíčků). Vazba na tyto lidi je sice také pozitivní, ale již ne tak hluboká, jako na osoby vnitřního jádra [60].

Kolektiv a veřejnost

Třetím okruhem je pak společnost jako taková, se všemi pozitivními i negativními vazbami. Jde o veřejný prostor, který zůstává částečně anonymní. Samota (osamění), anglickým termínem „loneliness“, vzniká deficitem kontaktů v jednotlivých vyznačených prostorech. Chybění těch nejužších kontaktů se nazývá intimním osaměním, chyběním okruhu přátel vzniká vztahová osamělost, chyběním kolektivu či kontaktu s veřejností vzniká kolektivní osamělost [60].

Pocit samoty je rizikovým faktorem pro pokles kognitivních funkcí, poruch

spánku, snížení imunity a všech možných lidských neduhů. Prostě jak říká lidové přísloví „kde není radost, tam spánek nepřichází“. Samota a omezená komunikace se dává i do souvislosti s rozvojem Alzheimerovy nemoci. Důsledky deficitu lidských vztahů jsou náplní nesčetných psychiatrických studií, takže je pravda, že osamělým lidem rychleji klesá jejich IQ, jejich mentální funkce, ale horší se i další parametry lidského zdraví [60–69]. Počty vědeckých prací evidovaných v databázi PubMed na téma „loneliness“ dlouho stagnovaly ale poslední dva roky je vidět značná exploze a letos v červnu je již počet publikací vyšší než polovina z minulého roku, což dokazuje, že jde o problém nyní vysoce aktuální, kterému se věnuje zvýšená pozornost oproti letům předchozím (graf 2). V české a slovenské literatuře evidované v databázi Medvik je k červnu 2022 celkem 103 prací analyzujících vliv samoty na lidské bytí s podob-

ným nárůstem v posledních letech. A důležité je, aby si negativní dopady samoty na člověka uvědomili poskytovatelé sociálních a zdravotních služeb.

Hloubkou a způsobem komunikace se lidé mezi sebou liší. Obecně lze říci, že extrovert hovoří, píše (komunikuje) o svých problémech, které prožívá, snadněji než introvert. Někteří lidé potřebují mít někoho, komu se svěřují, s nímž sdílí své problémy i radosti, někoho, kdo má spoluúčast na jejich životě. Jiní tuto potřebu (sdílet své problémy i radosti) nemají, či takové komunikace nejsou schopni, prostě neotevírají své nitro ani před členy své úzké komunity. Jedna naše pacientka svoje nerealizované přání sdílet se svojí sestrou svoje emoce (starosti, radosti a pozitivní plány) vyjádřila slovy: „Nechtěla mě k sobě pustit“. Myslela tím „pustit do svého emočního světa“.

Člověk je tvor společenský, většina lidí potřebuje komunikaci s druhými a vy-

tvoření funkčního okruh blízkých osob, jak je výše popsán. Ale není komunikace jako komunikace. Na jedné straně spektra lidských potřeb komunikace je empatická a otevřená komunikace o vlastních problémech a radostech a vzájemné sdílení života, radosti i strastí a podpora druhého, tak jak je výše charakterizována. Na druhé straně spektra lidských komunikačních potřeb je pak manipulativní komunikace, tedy potřeba vysávat druhé osoby (jako upíři), manipulovat s nimi a z toho získávat uspokojení, anebo alespoň mít v nich posluchače, kterým lze přednášet neboli vést před nimi monology, přičemž posluchači mluvícího nezajímají. Jejich přítomnost je ale nutná, potřebuje posluchače, před nimiž může vést dlouhé monology, jinak by jeho nebo její potřeba byla nenaplněna (frustrována). Lidové rčení tento typu komunikace charakterizují někdy slovy: „Už zase vysílá (anebo přednáší)“. A mezi těmito dvěma krajními popsány způsoby komunikace je celé spektrum komunikačních forem.

Zde chceme upozornit, že empatie je sice podmínkou upřímné a otevřené komunikace o vnitřním emočním životě člověka, není ale podmínkou jedinou. Zda taková komunikace mezi dvěma jedinci vznikne, závisí na mnoha dalších faktorech. A problémy s přítomností či absencí empatie se odráží i v lidových příslovích, jako např.: „Kdo ti nerozumí, když mlčíš, neporozumí ti, ani když mluvíš“ [58,70].

V kvapu pracovního života lidé absenci empatické komunikace v rodině snáze překonávají než o dovolené, při níž tento deficit vystoupí docela bolestně do popředí, a proto bývají společné dovolené v rodinách s absencí empatické komunikace problémové, plné konfliktů. A tak mnohdy je pro takové páry příjemnější, když každý tráví čas dle své volby. Podrobně jsou tyto vztahové problémy a důsledky nenaplnění (frustrace) lidských potřeb v partnerském vztahu, tedy i potřeb komunikačních s nemožností vzájemného sdílení života, rozvedeny v knize *Partneři a rozchody* [71].

Emoční empatie

Psychologové používají poněkud tautologický termín emoční empatie pro pro-

ces vedoucí k rozpoznání emocí druhé osoby. Je to umění podívat se na člověka a vyčíst jeho emoce – vnímat, jak se cítí, zda je spokojený či nespokojený, unavený či neunavený, či zda jeho obličej vyzařuje bolest, vzdor, povýšenost, zlobu, přehlížení, nezáměr, sebejistotu či nafoukanost, či naopak pocit vlastní nedostatečnosti. Emoce druhého vnímáme z projevů neverbálních, ze signálů, které člověk vysílá do svého okolí nevědomky svými pohyby, výrazem obličeje, výrazem těla a dále z paraverbální komunikace, tedy z intonace, dynamiky řeči. Tyto projevy se souhrnně nazývají řeč těla. Když lékař reaguje na nemocného, vcházejícího do ordinace, říká mu: „Vy dnes vypadáte spokojeně,“ nebo „Vy dnes vypadáte utrápeně, co vás bolí či trápí?“ není to jen zdvořilost, ale je to i známka toho, že lékařova mysl zpracovává nonverbální podněty, tedy že je empatický. Empatie se zintenzivňuje s rostoucím emočním sebeuvědoměním.

Afektivní neboli autentická empatie, je výraz pro bezprostřední, autentické spoluprožívání a spoluprocítění emocí druhého s výraznou afektivní složkou.

Významově totožný anglický termín „affective sharing“ čili emoční sdílení označuje jev, kdy emoce druhých osob vyvolává v jedinci stejné emoce.

Jeroným Klimeš tuto afektivní empatii definuje takto: „Emoční empatie je schopnost skupiny lidí (či obecně organismů) nastavit se do stejného stavu či módu, a to zejména emocionálního. Když je pohřeb, všichni pláčou, když je válka, všichni prožívají nenávist a agresí, atd. Tato schopnost lidského druhu umožňuje vykonávat kolektivní díla, na která by jednotlivec neměl kapacitu – od válek, přes výstavbu pyramid, spartakiádu, až po demonstrace v roce 1989. Z tohoto důvodu se jedná o evoluční adaptaci, kterou samozřejmě nacházíme i u jiných živočišných druhů, viz např. šíření paniky stádem antilop. Tedy skupinová empatie pro ty, kteří jsou schopni ji cítit, či se do ní zařadit.“

Občas vidíme případy, že si lidé vyčítají nedostatek prožitku, např. že na pohřbu nebo na svatbě neprožívají to, co by měli prožívat. Lékař se může podívat či přímo pociťovat vinu za to, že nic necítí: „Tady tomu muži zemřela

žena a mně je to tak jedno...“ Ano, autentickou empatii si lékař nemůže naordinovat, někdy s pozůstalými soucítí, někdy ne. Všimněte si ale, že sama existence této lékařovy věty dokládá, že on s daným mužem soucítí, ale prožívá to projektivně. Svou emoci má uloženu do vdovce (on trpí, já ne). Kdyby vůbec nic neprožíval, neměl žádnou empatii, např. jako autisté, tak by ho citovaná věta vůbec nenapadla. Každopádně zde stačí, když nedostatek prožitku se kompenzuje ohleduplností či funkční empatií, viz níže. Některým lidem ale schopnost emoční empatie přerůstá přes hlavu a narušuje jim správné racionální rozhodování, pak se dotýčný může dostávat do empatického stresu, který může vést k cynizmu lékaře [70,72]. Ve všem musí být míra, a tak i v empatii lékaře. Moc empatie je pro lékaře i pacienta škodlivé, stejně jako málo empatie.

Např. zubař, který příliš prožívá bolest pacienta, se bojí řádně vyvrtat zub, čímž kvůli empatii nedělá dobře svou práci. Onkologovi může empatický stres narušit správné racionální rozhodnutí, zda nasadit či nenasadit tandemovou vysokodávkovanou chemoterapii, která je pro pacienta sice nepříjemnější, ale zato účinnější. Podobně je empatickým stresem často narušeno rozhodnutí ukončit u terminálních pacientů aktivní léčbu a přejít na paliativní. Empatický stres se takto často projevuje jako lékařova nerozhodnost či nedůslednost, protože navozuje lékaři dilema: Mám respektovat pacientovy momentální city, které mi zprostředkovává empatie, nebo zásady efektivní léčby, která je ale nepříjemná a bolestivá?

Kognitivní empatie

Termín kognitivní empatie se používá pro schopnost rozpoznávat, jaké má druhý člověk nejen aktuální emoce ale i odhadnout, jaké myšlenky a úmysly jsou mu vlastní, kdy se ztotožňuje s tím, co říká, a kdy lže.

Pro kognitivní empatii již nestačí jen vnímat řeč těla, ale je třeba vnímat a poznat chování člověka, znát jeho předchozí chování a názory, aby pak na základě těchto znalostí bylo možné posoudit, jaké emoce či motivy spojuje

s tou či onou aktivitou. Kognitivní empatie je schopnost odhadnout, co člověk nejen cítí, ale i jaké myšlenky v něm probíhají, zatímco emoční empatie jen rozpoznává emoce, které má druhý člověk.

Kognitivní empatie je tedy mnohem racionálnější proces, který nám umožňuje chápat motivace, které jsme nikdy neprožili. Např. péstouni mívají pro ostatní populaci nepochopitelnou potřebu mít kolem sebe neustále houf dětí; sériový vrah pocituje největší blaho svého života, když třeba vstříkne do pacienta injekci heparinu; škrtiči mají při sexu potřebu škrtnout partnerku do bezvědomí. V nemocničním prostředí narazíme na Münchhausenův syndrom (syndrom barona Prášila), kdy pro pacienta je největším blahem pozornost lékaře, kvůli které si nechá odoperovat polovinu vnitřností, nebo často lékaře obtěžuje smyšlenými symptomy, až mu třeba začnou léčit chorobu, jejíž příznaky úspěšně simuloval, ačkoliv tuto chorobu nemá. U všech těchto anomálních potřeb využíváme k odhadování jejich budoucího vývoje kognitivní empatii [48,50]. Pro tuto kognitivní empatii vnímání emocí ale i myšlení druhých osob neboli sociální kognice, se také používá termín teorie mysli (theory of mind) [27,28,72].

Funkční empatie

Funkční empatie je výraz pro schopnost vcítit se do emocí druhého, přičemž je zachována kognitivní složka a emoční odstup. Nejde vždy o to prožívat to samé co pacient, ale vůbec zaregistrovat, v jakém citovém rozpoložení se nachází. Např. když je pacient v šoku, tak není dobré, aby i lékař byl v šoku. Cílem je, aby díky empatii chápal, v jakém stavu pacient je, že tento stav bude trvat několik hodin a vybědnout ho, aby zavolal někomu z blízkých (funkční opatření, proto termín funkční empatie). Funkční empatii tedy používáme při komunikaci s nemocnými.

Ale pozor, stejnou funkční empatii je možné zneužít pro negativní cíle, třeba pro manipulaci. Schopnost empatie a sebeovládání totiž nezaručují morální užívání emocionální inteligence. Mnozí lidé dovedou dobře rozpoznat to, po čem jiní touží, a dovedou to využít k so-

beckým účelům a k manipulaci s nimi. Morálka a inteligence nejsou navzájem spojeny, vysoce inteligentní lidé mohou být mravní zrůdy a díky jejich inteligenci jsou nebezpečnější než mravní zrůdy s nízkou inteligencí. Snad proto známý brněnský advokát JUDr. Tomáš Krejčí uvádí, že rozvody lidí s akademickými tituly byly odpornější, s větší mírou agresivity obou stran, než rozvody lidí bez akademických titulů.

Funkční empatii může používat chronicky nespokojená, negativistická, dysthymická osobnost s cílem dobře rozpoznat, čím může jednotlivé lidi s pozitivní náladou dostat do stejné nepohody, v níž se jako dysthymická osobnost chronicky pohybuje. Potopením okolních osob do negativní nálady se pak dysthymikovi paradoxně zlepši jeho nálada, podobně jak to činí kocour Garfield v kresleném seriálu [48,50].

Funkční empatii lze využít jak k morálním a pro okolí přínosným účelům, ale i k amorálním cílům, majícím negativní dopad na lidi v okolí, jak vysvětlují Klimeš et al v článku o dysthymii [73]. Dysthymie je termín pro dlouhodobou negativní náladu, v důsledku čehož se těmito lidem říká také „negativní člověk“. Krásně je tento povahový rys vykreslen v pohádce bratří Grimmů *O rybářově ženě*, kterou krásně vykládá Jan Werich (nahrávka je k dispozici na kanálu YouTube).

Psychiatr Zdeněk Boleloucký byl v roce 1985 první, kdo v české odborné literatuře upozornil na nové chápání pojmu dysthymie, vycházející z tehdy čerstvé americké psychiatrické klasifikace DSM-III [74]. Protože tato porucha má docela pestrou manifestaci, tak ve své práci navrhl i další subklasifikaci dysthymie na tyto kategorie: a) primární deprese s reziduální chronicitou; b) chronická sekundární dysforie při chronických duševních či somatických chorobách; c) dysthymie s příznaky poruchy osobnosti; d) subafektivní dysthymie [74]. Tato subklasifikace však není používána i když racionální jádro jistě má. Dysthymie může mít počínající příznaky v dětském věku, a proto poslední práce na téma dysthymie vyšla v časopise *Česká a slovenská pediatrie* v roce 2021 s definicí dle MKN-10 [75].

Zde chceme jen upozornit na to, že právě empatie okolí má za následek, že

se blízcí lidé vciťují do temných nálad člověka s dysthymii. To je dešt a oni mají pocit, jako by je citově vysával. Po rozhovoru s ním se cítí hůře, jsou úplně vyčerpaní a mají sklon se mu vyhýbat. Jinými slovy citová empatie při práci s dysthymikou je spíše na škodu. Podrobné informace o této málo známé poruše a o jejím vlivu na blízké osoby přináší naše kniha *Dysthymie, lidé s temnou duší a jejich blízcí* [59].

Soucit

Soucit je starší termín pro to, co se dnes označuje různými pojmy souvisejícími s empatií. Významové rozdíly jsou spíše podružné, v praxi sotva využitelné. Latinské slovo compassion znamená „s emocí (druhého)“ čili prakticky totéž co řecké slovo empatie. Navíc latinské passion a řecký páthos jsou z lingvistického pohledu kognáty čili slova stejného původu v rámci indoevropských jazyků. Zde je na místě lékaře varovat, že moderní psychologie bez důvodu zapomíná na staré zavedené pojmy a s velkou pečlivostí definuje stovky nových termínů s triviálními významovými rozdíly, které následně velmi ledabyle používá. To se netýká jen empatie, ale na stejný problém jsme narazili i u mnoha definic stresu. Koneckonců terminologickou rozplizlost zkoušel před sto lety odstranit filozofický směr pozitivizmus, ale zjevně má terminologická rozplizlost tužší kořínky než pozitivizmus.

Soucit je termín pro vnímání emočního stavu druhé osoby s určitým odstupem na jedné straně, ale s ochotou pomoci na druhé straně. Soucit jde přeložit také jako: „Starám se o druhého, snažím se mu pomoci“, tedy emoce ovládaná rozumem, který nepřipustí, aby silná emoce spojená s autentickou empatií oslabilu výkonnou funkci pomáhajícího člověka. Lze tak použít slova „opečovávat“ jako analog anglického termínu „caring“ [47,49,72]. V běžné literatuře je těžké odlišit významový rozdíl mezi různými druhy empatie, emoční inteligencí a soucitem. To vše znamená schopnost nějak zažívat to samé, co prožívá druhý člověk. Termín empatie je tedy zastřešující pro několik podobných, byť mírně odlišných psychických pochodů. V tab. 1 připojíme členění, tak

Tab. 1. Charakteristika pojmů spadajících pod zastřešující termín „empatie“ [27,28].

Empatie je široký termín pro schopnost vnímat emoce druhé osoby a schopnost představit si, co druhá osoba cítí a myslí.

Sdílená emoce (emotional contagion emotional sharing), emoční sdílení, jev, člověk nastaví své emoce shodně s druhou osobou, či sdílí emoci druhé osoby.

Emoční empatie (emotional empathy) se překrývá se sdílenou emocí, ale člověk si jasně uvědomuje hranici mezi sebou a druhou osobou a jejím důvodem pro tuto emoci.

Kognitivní empatie (cognitive empathy) je schopnost si vědomě představit, s jakými emocemi ale i myšlenkami a úmysly se na problém dívá druhá osoba.

Empatický zájem, soucit (empathic concern, or compassion or sympathy, or caring), je vnímání emocí a situace druhé osoby se snahou jí pomoci.

Emoční regulace (emotion regulation) je schopnost upravit vyjádření svých emocí, aby byly sociálně tolerovatelné, a přitom umožnily spontánní reakci.

Emoční únava (compassion fatigue) – mentální vyčerpání, příp. emoční vyčerpání, stažení, které může vést k cynizmu u osob dlouho pečujících o traumatizované nemocné (profesní vyhoření).

Teorie mysli (theory of mind) je schopnost nezávisle na své mysli modelovat stav mysli druhého člověka a např. s ohledem na jeho nedostatek informací usoudit, jak se zachová.

Osobní stres (personal distress) je vlastní negativní emoční reakce (anxieta, diskomfort, starosti) vyvolaná situací či stavem druhého.

jak je uvádí ve svém článku prof. Jean Decety [26,27] (americký a francouzský neurolog specializující se na vývojovou neurovědu, afektivní neurovědu a sociální neurovědu). Empatie je základem schopnosti, kterou nově psychologové nazvali emoční inteligencí [76–78].

Empatie lékařů musí být přiměřená jako vše v životě

Pro praxi lékaře je užitečné znát, jaké problémy vznikají, když je soucitu či empatie příliš málo či moc. Lékaři mohou mít s empatií dva typy problémů. Když mají empatie málo, nedokáží se vžít do prožívání pacienta – léčí tělo, ale mysl pacienta zanechávají v nepohodě. Pacient to pocítí a jeho důvěra v lékaře poklesne, a to jej stresuje.

Když mají lékaři příliš moc empatie, je to nevýhodné pro obě strany. Přílišné soucítění s pacientem jim brání v účinné léčbě (empatický stres), může vést k syndromu vyhoření nebo patologické únavě lékaře. Někdy se nemohou zbavit vzpomínek na bývalé pacienty, protože si k nim vytvořili osobní vazbu. Přílišná empatie může být pro lékaře stresorem, který mu pak brání v prosociální aktivitě. A někdy právě přemíra empatie se může přesmyknout k cynizmu, což je obrana vůči vlastním sil-

ným citům [26,27,43]. Každý lékař inklinuje k jednomu extrému, zdravý střed je třeba hledat v rámci životní moudrosti.

Neurofyziologické mechanismy empatie

Lokalizace empatie v mozku

Funkční zobrazování centrální nervové soustavy (CNS) umožnilo detekovat mozkové struktury, na jejichž funkci závisí procesy zahrnované pod termín empatie. Emoční empatie je lokalizována do amygdaly a somatosenzorické mozkové kůry, zatímco pochody aktivující soucit s odpovídající pomocí jsou lokalizovány do periakvedukální šedé hmoty, hypotalamu a korpus striatum a také do ventromediální prefrontální mozkové kůry. Podrobně neurofyziologii a lokalizaci center těchto emocí v mozku popisuje Jean Decety ve svých publikacích [26,27]. Struktury zodpovědné za empatii velmi podrobně popsala a obrázky ilustrovala Elisabeth Shirtcliffová (obr. 1) [79].

Pomocí funkčního zobrazování mozku bylo prokázáno, že rozdílům mezi lidmi v míře empatie, zjišťované pomocí škály empatie, odpovídaly i rozdílné obrazy mozkových struktur zodpovědných za empatii [80].

Cílem zde není zabíhat do podrobností, ale pouze připomenout, že struk-

tury zodpovědné za schopnost empatického vnímání a empatického reagování jsou dosti vzdálené od kortexu frontálních laloků, v nichž přebývá logické uvažování a abstraktní myšlení, a proto mezi mírou empatie a mírou kognitivní inteligence není rovnítko. Pro intuitivní tušení, pro něž nemáme racionální zdůvodnění, se v lidové mluvě u nás používá rčení: „cítím to v kostech“ a u našich sousedů v Rakousku pak „cítím to v břiše (ich habe ein Bauchgefühl)“, jako by si lidé uvědomovali, že toto tušení vzniká v jiných strukturách mozku než logické myšlení [26,27,43].

Je empatie a emoční inteligence získanou či vrozenou vlastností?

Schopnost empatie a emoční inteligence velmi volně souvisí s kognitivní inteligencí [81,82].

Kognitivní inteligence je z velké míry dána geneticky, učením je ji možno dále rozvinout, ale genetické predispozice jsou zásadní. To je obecně akceptováno. A jak je to s empatií a emoční inteligencí? Je také dána geneticky? Tuto otázku zkoumalo mnoho autorů a jejich výzkumy prokázaly, že člověk se rodí s určitou úrovní jak emoční inteligence, tak i kognitivní inteligence. Empatie je tedy z velké části vrozená vlastnost,

a to nejenom u lidí. Emoční empatie je vlastní všem savcům, kteří nežijí samotářsky. Tato vlastnost jim umožní spolupráci ve stádu či smečce. Genetické závislosti empatie se věnuje mnoho studií a z nich vyplývá, že schopnost a míra empatie je geneticky determinovaná. V průběhu let se životními zkušenostmi empatie a emoční inteligence rozvíjí [83–88].

Jednou z možností studia vlivu zděděných genů a vlivu okolí jsou studie empatie u dvojčat. Metaanalýza těchto studií uvádí, že emoční empatie je z jedné části určena geny získanými po rodičích a z druhé části je dotvořena vlivem okolí [89].

A s genetikou souvisí i míra morálky a altruizmu. A tyto vlastnosti zásadně ovlivňují empatii a její využití k prospěchu či v neprospěch vnímané osoby, viz seriál *Myšlenky zločince*.

Pozor, nutno počítat s tím, že u lidí s poruchou autistického spektra a u lidí s poruchou pozornosti a hyperaktivitou (attention deficit hyperactivity disorder – ADHD) se setkáme s výrazně menší schopností empatie [90,91]. Tento deficit se dá cílenou výukou empatie zásadně rozvinout dle názoru psychologů. Poruchy osobnosti v rozsahu vhodném pro lékaře nepsychiatry jsou popsány v článku *Pestrost lidských povah je příčinou, proč někdy vážne komunikace mezi pacientem a lékařem* [92].

Nejnovější charakteristiku a klasifikaci poruchu osobnosti neboli psychopatii najde čtenář v knize K. D. Riegela et al, která vyšla v roce 2020 [93,94].

K charakteristikám jednotlivých typů poruch osobnosti, uvedených v citovaných publikacích, bychom zde jen doplnili, že lidem s poruchou osobnosti většinou chybí uvažování typu „jsme na jedné lodi a musíme se snažit, abychom jako tým společně dojeli s lodí do přístavu“, ale není to vždy tím, že by jim chyběla empatie, i když se to tak může jevit. Např. u závislé poruchy osobnosti bývá značná empatie. Ale využití informací, získaných empatickým vnímáním (funkční empatií), je individuálně odlišné, odvisí od typu poruchy osobnosti, od morálních hodnot konkrétního člověka. Informace, získané funkční empatií psychopata, mohou být použity i k manipulaci v neprospěch vnímané osoby.

Snad nejvýrazněji deficit empatie vnímáme od osob s narcistickou poruchou osobnosti. Před lety popsal psychiatri Otto Kernberg emoce narcistické osobnosti [95] a doc. Boleloucký tento popis převzal do své knihy *Hraniční stavy v psychiatrii* [96,97] v následujícím znění: „**Schopnost prožít zármutek, mít někoho rád, empaticky cítit a dosahovat hlubšího uspokojení identifikováním se s milovanými lidmi a hodnotami, vnímat svou soudáležitost s přírodou, svou kontinuitu v historickém procesu a jednotu se sociální a kulturní skupinou v obdobích ztráty, prohrů a osamocení je těsně spjata s normální aktivací empatie neboli internalizovaných objektivních vztahů. Toto kontrastuje s bludným kruhem, spouštěným narcistickou absencí (ztrátou) empatie u osobností narcistických, u nichž obranné podceňování, primitivní závist a panika z reaktivního pocitu ochuzení dále komplikuje narcistickou ztrátu a selhání. Je to zvláště patrné v souvislosti s neschopností narcistického pacienta akceptovat svůj zvyšující se věk, smířovat se s tím, že mladší generace nyní disponuje mnoha z jeho bývalých zdrojů uspokojení – krásou, mocí, silou, a zvláště tvůrčím potenciálem. Schopnost těžit se z života v procesu, který zahrnuje rostoucí identifikování se se štěstím a úspěchy ostatních lidí, je tragicky mimo možnosti narcistických osobností. Léčení, zaměřené k radikální změně patologického narcizmu, může proto být velmi prospěšné z hlediska celého zbývajících klientova života.**

Takže opravdu platí, že kognitivní a emoční inteligence spolu souvisejí velmi volně. Obě vlastnosti, kognitivní a emoční inteligence a empatie, jsou ze značné části determinovány geneticky, ale tento genetický základ lze skoro u každého člověka částečně zlepšit vhodným tréninkem. Existují edukační programy na téma, jak empaticky komunikovat. Je možné se teoreticky naučit některé zásady – dívat se do očí, zopakovat vyslovenou myšlenku druhou osobou jako důkaz, že ji vnímáme. Vzhledem k tomu, že abstraktní myšlení a tím učení probíhá převážně ve frontálních lalocích, zatím pochody empatie a emocí jsou lokalizovány jinde, je možné, že člověk, který i třeba studoval teoretické zásady em-

patie a teoreticky je zná, se v kritické situaci stejně zachová dle svých vrozených vlastností. Snad je to možné přirovnat k zápasu judo či karate. Uložené informace o provedení různých chvatů či úderů ve frontální kůře v boji nejsou nic platné. Jedině opakovaným tréninkem lze docílit toho, že pohyby přestanou být řízeny z frontálních laloků (což je pomalé řízení) a řízení pohybů převezmou vývojově starší mozková centra, zvaná bazální ganglia, která je provádějí podstatně rychleji. Vítězství v boji se pak odvozuje od rychlosti reakce na protivníkovy zamýšlené či počínající útoky, a tedy od schopností těchto podkorových center. A proto pozitivní výsledek ve smyslu zlepšení schopností empatie mohou přinést nikoliv teoretické přednášky o empatii, ale edukační trénink vedený odborníky. Je však fakt, že empatické chování závisí nejen na empatickém vnímání, ale i na míře altruizmu, zájmu a ochotě pomoci člověku, a tedy morálním přesvědčením a morálních hodnotách. A je otázka, zda toto vůbec lze naučit edukací na lékařských fakultách či k tomu lékaře převychovat. Psychiatri Zdeněk Boleloucký k otázce, jak dalece se lze empatii naučit, uvádí pořekadlo „komu není shůry dáno, v apatyce nekoupí“. Jsou lidé, jejichž přirozené chování je takové, že by se dalo nazvat empatické. Jsou to obvykle oblíbení učitelé, kněží, lékaři i léčitelé, nebo úspěšní advokáti a dříve také koňští handlíři. Je řada dobrých lidí, kteří jsou ne dost oblíbení či neoblíbení, chybí jim špetka něčeho, co se dá nazvat empatie. U někoho se zárodek empatie v průběhu let a třeba psychoterapeutického tréninku ožíví a začnou držet krok. Každý akreditovaný kurz psychoterapie se zabývá i problémem empatie. Absolvent se může naučit empatickému chování a přijmout ho za své. Je nutno si uvědomit, že jsou ale lidé charakterizovaní slovním spojením „jakoby osobnost“ (as if personality, als ob Persönlichkeit), kteří jako by trvalou osobnost ani neměli a mění svoji tvář podle situace. Mluví se o chameleonských osobnostech, chameleonském chování. Ti mohou přijmout i „jako by“ empatické chování, i když není vnitřně prožito. To jsme ale opět na hraničním poli (borderline) normální a patologické psychologie [96,97].

Vývoj empatie v průběhu života

Předpoklady pro rozvoj empatie, emoční i kognitivní inteligence se dědí a v průběhu lidského života se mění. Křivka empatických schopností vnímat člověka v průběhu jeho života má podobu obráceného písmene U. S přibývajícím věkem se zvyšuje, ale od určitého věku, kdy začínou klesat kognitivní schopnosti člověka, se může zmenšovat i míra empatie. Zásadní rozvoj empatie člověka, snížení míry egocentrismu a zvýšení altruismu se děje až pod vlivem vlastních dětí, které mladého člověka polidšťují, učí kompromisům a potlačování vlastních potřeb ve prospěch svých dětí [98].

Empatie lékařů a studentů medicíny

Jakou jsou empatičtí čeští lékaři? Prvních pět citovaných publikací se k tomuto tématu vyjadřuje spíše s povzdechem, že, empatie u lékařů není tolik, kolik by ji mělo být [1–5].

V databázi české a slovenské odborné literatury jsme našli jen jednu práci *Měření empatické citlivosti českých lékařů*, která tyto otázky zodpovídala pomocí psychologických metod. Autoři této studie došli k závěru, že lékaři se mírou empatie zásadně neodlišují od průměrné české populace [99].

A tak jsou na tom čeští studenti medicíny? Tuto otázkou řešila psychologická studie, do níž bylo zahrnuto 725 studentů z 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a 871 studentů Lékařské fakulty Univerzity Palackého v Olomouci. V rámci této studie byli hodnoceni studenti od prvního do posledního ročníku. Autoři této studie popsali výrazný pokles průměrného postoje k roli empatie v léčebném kontextu ve 3., 4., a 5. ročníku, kdy se studenti blíže seznamují s realitou, tj. přicházejí do přímého kontaktu s pacienty a praktikujícími lékaři, což je v souladu s nálezy u amerických studentů [100, 101].

A podobně klesající míru empatie v průběhu studia medicíny popisují další zahraniční studie [102–105]. Proč tomu tak je? V dnešní medicíně se stále více a více pozornosti upíná na laboratorní a zobrazovací výsledky zprostředkované výpočetní technologií, a neu-

stále se zužuje specializace lékařů, což má negativní vliv na umění komunikace a empatického vnímání nemocných. A tak se objevila publikace *Is our health in safe hands?* [106]. Analýza z irských lékařských fakult poukazuje na to, že právě kritéria výběru pro studium na lékařské fakultě ovlivňují skutečnost, s jakou mírou empatie budou studenti vybráni [107].

Programy lékařských fakult na zlepšení empatických schopností studentů

A proti klesající empatii v průběhu studia a případně i specializace se snaží působit na četných zahraničních lékařských fakultách edukační programy, zaměřené na výuku empatie u studentů medicíny a zdravotnického personálu. V anglosaské i německé odborné literatuře v posledních letech výrazně stoupá počet publikací, které se objeví po zadání hesel „empathy and medical education“ nebo „empathy and medicine“ do databáze PubMed. Tyto publikace jsou zaměřené na metodiku tréninku empatie a na začlenění výuky empatie v rámci výuky studentů medicíny ale i v rámci postgraduální výchovy lékařů všech oborů, vč. chirurgie. Pro zdůraznění této celosvětové tendence – edukací zlepšovat schopnosti empatie u studentů medicíny – citujeme více publikací se stejnou tematikou [108–126].

Je to reakcí na průkaz poklesu empatie, který byl zaznamenán v průběhu klinické výuky na lékařských fakultách a který dále pokračovat v postgraduálním vzdělávání, jak uvádí Han [111].

V USA byla provedena metaanalýza všech publikací vyhodnocujících výsledky tréninku empatické komunikace v rámci studia na lékařských školách. Autoři této publikace uvádějí, že zavedení tréninku empatické komunikace do kurikul lékařských fakult přináší zlepšení [127]. Identifikovali celkem 52 studií (publikací), hodnotících edukační programy empatické komunikace na lékařských fakultách, do nichž bylo zařazeno celkem 5 316 studentů. Z těchto 52 studií byl u 39 (75 %) vyvozen závěr, že začlenění edukace a tréninku empatické komunikace zlepšilo nejméně jeden z hodnocených parametrů empatické

komunikace. Autoři této metaanalýzy na podkladě svých výsledků doporučují začlenit trénink empatie komunikace do kurikula lékařských fakult, protože může zvýšit míru empatie budoucích lékařů [127].

Němečtí autoři popsali výsledky prospektivní randomizované studie, do níž bylo zahrnuto 158 studentů medicíny. Jedna skupina absolvovala při studiu trénink empatické komunikace s nemocným, druhá skupina ne. Na závěr studia byla hodnocena míra empatie absolventů lékařské fakulty. Studenti, kteří se účastnili tréninku empatické komunikace, vykazovali vyšší skóre empatického vnímání než studenti z kontrolní skupiny [128].

Uvedeme zásady, které jsou v těchto citovaných programech rozváděny a které by si studenti měli osvojit:

- Zásadní pohovor s pacientem realizovat vždy vsedě, a ne vestoje! Při hovoru by oči měly být přibližně v jedné rovině a samozřejmostí je oční kontakt!
- Všímat si výrazu obličeje pacienta a jeho dalších neverbálních znaků emocí, pojmenovat tu emoci, co pacient vyjadřuje, a reagovat na ni.
- V hovoru vhodně vyjádřit soucit s pacientem.
- Projevit neverbální signály péče o nemocného, oční kontakt, vhodný tón hlasu, z řeči těla lékaře by měl pacient vnímat pozitivní emoce, a nikoliv agresivní chování. K neverbálním projevům péče patří podání ruky, případně i doteky vyjadřující pozitivní emoci.
- Pokud je mezi názorem lékaře a pacienta rozpor, který se diskutuje, tak by lékař neměl slova pacienta bagatelizovat slovy: „To je blbost,“ ale po vyslechnutí názoru pacienta by měl říci: „Jestli vám dobře rozumím, tak vy říkáte...“ A zopakovat podstatu toho, co pacient říkal, nechat si potvrdit od pacienta, že mu dobře porozuměl, a pak teprve vysvětlovat pacientovi svůj názor. Tím, že lékař vyslechne argumenty pacienta natolik pozorně, že je umí zopakovat, přesvědčí pacienta o tom, že jej lékař pozorně vnímá a bere vážně. Tím sníží negativní emoce pacienta a případně sníží jeho konfliktní ladění. Pak se může lékař lépe s pacientem domluvit než v případě, kdy pacient má

dojem, že lékař jeho slova ani nevnímá či neposlouchá [124,127,128].

Lékař by měl vhodně do hovoru začlenit následující věty, ujištění pacienta.

- Věty, které pacienta ujistí, že lékař má zájem mu pomoci a podporovat jej, např.: „**Jsem zde pro vás, chci vám, pomoci**“ nebo „**společně to zvládneme**“.
- Věty vyjadřující starostlivost: „**Co vás trápí nejvíce? Kdo vám doma pomůže zvládat vaše omezení, potřebujete zajistit nějakou formu péče i po propuštění?**“
- Věty vyjadřující uznání, např. „**To pro vás muselo být těžké!**“
- Věty zabývající se o pacientovu perspektivu vidění problému: „**Jak moc vám to narušilo denní aktivity a život obecně?**“
- Věty, v nichž lékař pojmenuje emoce pacienta: „**Vypadáte smutně, jako by vás něco trápilo či bolelo.**“
- Věty, kterými lékař zhodnotí situaci slovy, např.: „**Většina lidí by měla v této situaci stejné pocity jako vy.**“
- **Zopakovat hlavní informace od pacienta, případně v závěru hovoru vše domluvené ještě jednou shrnout a ujistit se, že jste si dobře porozuměli.**

Když lékař vhodně začlení tyto body do své komunikace s pacientem, získá pacient důvěru, sníží se jeho stres a cítí se o něco lépe [127–129].

Velmi důležité také je, aby pacient viděl na tváři lékaře úsměv. Ale musí to být úsměv upřímný nikoliv úsměv strojený, jak uvádí článek *What's in a smile? A review of the benefits of the clinician's smile* [130]. Úsměv lékaře má vliv na nemocné, a proto schopnost úsměvu je také jednou z důležitých vlastností lékaře.

V přehledu všech edukačních intervencí na zvýšení empatie studentů a lékařů není zatím definován optimální způsob, jak to dosáhnout. Jediné, co analýz programů vyplynulo, že edukace empatických schopností musí být dlouhodobá, aby bylo dosaženo cíle, krátké kurzy v tomto směru moc nefungují [129]. V ČR se zatím podobné programy cílí na zlepšení empatie do kurikul lékařských fakult nezačleňují.

Závěr

Empatie je sice determinována geneticky, ale vhodně začlenění trénink empatické komunikace může schopnosti každého jedince, tedy i studenta medicíny, do určité míry rozšířit a zlepšit. Cílem článku bylo připomenout přínos empatického chování lékaře pro jeho klienty a vzbudit zájem o zdokonalování a rozvíjení schopností empatie nejen u studentů medicíny, ale u všech zdravotníků. Závěrem chceme zdůraznit:

- Pokud má lékař dostatek empatie a pokud jeho práce jej naplňuje spokojeností, je to velkým přínosem pro pacienty, protože to má za následek lepší výsledky léčby jemu svěřených nemocných a je to přínosem i pro zaměstnavatele, protože tato vlastnost je spojena s prokazatelně nižším počtem stížností. V případě absence empatie a absence spokojenosti lékaře ze své práce je to trápení pro obě strany, lékaře i pacienty.
- Empatie je dominantně dána geneticky, ale vhodným tréninkem ji lze posilovat. Výzkumy vývoje empatie u studentů medicíny popisují její klesající tendenci a na to četné zahraniční lékařské fakulty reagují zaváděním programů na posilování této vlastnosti v jejich studentech.
- Studenti lékařských fakult budou v dohledné době léčit své učitele, a proto považujeme za vhodné, aby tato lidská schopnost byla v studentech právě na lékařských fakultách systematicky kultivována a posilována.

Dedikace

Publikace byla vytvořena na podporu MZ ČR – RVO (FNBr, 65269705).

Literatura

1. Vorlíček J, Frantálková D. České medicíně chybí „empatická nastavenost“ personálu – rozhovor. *Acta medicae* 2012; 1 (2 Onkologie): 76–79.
2. Světlák M, Kolářová Z. O empatii, soucitu a lidskosti v dnešní medicíně. *Medical Tribune* 2019; 15(9): C1–2.
3. Bojar M. Umění naslouchat a místo empatie v EBM. *PsychSom* 2004; 2(4): 143–144.
4. Stýblová V, Řehořová M. Empatie u lékaře není nikdy dost – rozhovor. *Zdravotnické noviny* 2012; 61(12): 28–30.
5. Banyřová O, Tomanová J, Šarmířová M et al. Hlavní ingredience dobré péče o pacienta je skutečný lidský zájem o něj. *Medical Tribune* 2017; 13(9): B1, B6.
7. Zinn W. The empathic physician. *Arch Intern Med* 1993; 153(3): 306–312. doi: 10.1001/archinte.1993.00410030022004

8. Payneová L. Empatie v etickém přístupu lékaře k pacientovi. *Prakt Lék* 2011; 91(10): 610–612.
9. Sladká J. Etika a komunikace v medicíně. *Zdravotnické noviny* 2011; 60(25): 22–23.
10. Sladká J. Empatie v medicíně: méně chyb a přesnější diagnózy. *ZN plus* 2016; 65(8): 12–13.
11. Mercer SW, Reynolds WJ. Empathy and quality of care. *Br J Gen Pract* 2002; 52(Suppl 1): S9–S12.
12. Rakel DP, Hoelt TJ, Barrett BP et al. Practitioner empathy and the duration of the common cold. *Fam Med* 2009; 41(7): 494–501.
13. Hojat M, Louis DZ, Markham FW et al. Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients. *Acad Med* 2011; 86(3): 359–364. doi: 10.1097/ACM.0b013e3182086fe1.
14. Huntington B, Kuhn N. Communication gaffes: a root cause of malpractice claims. *Proc (Bayl Univ Med Cent)* 2003; 16(2): 157–161. doi: 10.1080/08998280.2003.11927898.
15. Smith DD, Kellar J, Walters EL et al. Does emergency physician empathy reduce thoughts of litigation? A randomised trial. *Emerg Med J* 2016; 33(8): 548–552. doi: 10.1136/emmermed-2015-205312.
16. Fauchon C, Failleulot I, Perrin AM et al. Does an observer's empathy influence my pain? Effect of perceived empathetic or unempathetic support on a pain test. *Eur J Neurosci* 2017; 46(10): 2629–2637. doi: 10.1111/ejn.13701.
17. Krahe C, Springer A, Weinman JA et al. The social modulation of pain: others as predictive signals of salience – a systematic review. *Front Hum Neurosci* 2013; 7: 386. doi: 10.3389/fnhum.2013.00386.
18. Cánovas L, Carrascosa AJ, García M et al. Impact of empathy in the patient-doctor relationship on chronic pain relief and quality of life: a prospective study in Spanish pain clinics. *Pain Med* 2018; 19(7): 1304–1314. doi: 10.1093/pm/pnx160.
19. Parker PA, Banerjee SC, Matasar MJ et al. Cancer worry and empathy moderate the effect of a survivorship-focused intervention on quality of life. *Psychooncology* 2020; 29(6): 1012–1018. doi: 10.1002/pon.5371.
20. Assaly A. The meaning of empathy in patient care became real the day I was diagnosed with acute leukemia. *Am J Med* 2020; 133(4): 520–521. doi: 10.1016/j.amjmed.2019.10.037.
21. Dambha-Miller H, Feldman AL, Kinmonth AL et al. Association between primary care practitioner empathy and risk of cardiovascular events and all-cause mortality among patients with type 2 diabetes: a population-based prospective cohort study. *Ann Fam Med* 2019; 17(4): 311–318. doi: 10.1370/afm.2421.
22. Pereira L, Figueiredo-Braga M, Carvalho IP. Preoperative anxiety in ambulatory surgery: the impact of an empathic patient-centered approach on psychological and clinical outcomes. *Patient Educ Couns* 2016; 99(5): 733–738. doi: 10.1016/j.pec.2015.11.016.
23. Berry LL, Danaher TS, Chapman RA et al. Role of kindness in cancer care. *J Oncol Pract* 2017; 13(11): 744–750. doi: 10.1200/JOP.2017.026195.
24. Weller J, Jowsey T. Can we go too far with empathy? Shifting from empathy to compassion. *Br J Anaesth* 2020; 124(2): 129–131. doi: 10.1016/j.bja.2019.10.014.
25. Naji Z, Salamati P, Koutlaki SA. The importance of empathy to alleviate patients' anxiety. *Burns* 2020; 46(4): 987. doi: 10.1016/j.burns.2020.02.018.
26. Decety J. Empathy in medicine: what it is, and how much we really need it. *Am J Med* 2020; 133(5): 561–566. doi: 10.1016/j.amjmed.2019.12.012.
27. Decety J. Why empathy has a beneficial impact on others in medicine: unifying theories. *Front Behav Neurosci* 2015; 8: 457. doi: 10.3389/fnbeh.2014.00457.
28. Adam Z, Král Z, Klimeš J et al. Chronický stres, psychická nepohoda a deprese zvyšují četnost infekčních,

- autoimunitních, ale i maligních nemocí. *Vnitř Lék* 2020; 66(1): 34–38. doi: 10.36290/vnl.2020.006.
29. Adamová Z, Adam Z. Psychological influences on wound healing. *Rozhl Chir* 2019; 98(8): 312–314. doi: 10.33699/PLS.2019.98.8.312-314.
30. Adam Z, Adamová Z, Klimeš J et al. Social factors influence the course and prognosis of malignant diseases. *Klin Onkol* 2021; 34(3): 180–184. doi: 10.48095/ccko2021180.
31. Höschl C, Horáček J. Mind as an immunomodulator. *Vnitř Lék* 2016; 62(11 Suppl 4): 36–41.
32. Boleloucký Z, Synková J, Boriová M et al. Životní události jako rizikový faktor onemocnění. *Scripta medica Facultatis medicae Universitatis Purkynianae Brunensis* 1980; 53(3): 192–194.
33. Klimeš J, Boleloucký Z, Adam Z et al. Screening psychických poruch indukovaných život ohrožujícími chorobami, ale i obavami z covidové pandemie. *Acta Medicinæ* 2021; 8–9: 82–89.
34. Adam Z, Klimeš J, Boleloucký Z et al. Co vše zohledňujeme při hledání odpovědi na otázku jak žít s vědomím „mám maligní onemocnění“. *Acta Medicinæ* 2021; 10 (5–7): 29–33.
35. Steiner-Hofbauer V, Schrank B, Holzinger A. What is a good doctor? *Wien Med Wochenschr* 2018; 168(15–16): 398–405. doi: 10.1007/s10354-017-0597-8.
36. Rohani C, Sedaghati Kesbakh M, Mohtashami J. Clinical empathy with cancer patients: a content analysis of oncology nurses' perception. *Patient Prefer Adherence* 2018; 12: 1089–1098. doi: 10.2147/PPA.S156441.
37. Boleloucký Z, Bendová M, Baštecký J et al. Psychosocial orientation in medicine with emphasis on clinical oncology. *Cas Lek Cesk* 1985; 124(26): 806–809.
38. Boleloucký Z, Tondová H, Plevová J et al. A biopsychosocial approach to cancer patients. *Cas Lek Cesk* 1986; 125(48): 1478–1482.
39. Šavlík J, Singer J, Valdauf K et al. A draft concept of socio-psychosomatic care and a model of medical psychosomatic inpatient department. *Cas Lek Cesk* 1981; 120(29–30): 881–886.
40. Cloninger CR, Przybeck TR, Svrakic DM et al. The temperament and character inventory (TCI): a guide to its development and use. St. Louis, MO: 1994.
41. Preiss M, Rothanzlová S, Krámská L. Odlíší se Cloningerův dotazník temperamentu a charakteru osoby s poruchou osobnosti a bez nich lépe než jiné dotazníkové metody? *Psychiatrie* 2006; 10(3): 136–143.
42. Preiss M. Cloningerova teorie temperamentu a charakteru a klinická praxe. *Psychiatrie* 2000; 4(1): 43–45.
43. Hanzlíček L. Psychiatrická encyklopedie. Část jmenná. Významné postavy světové psychiatrie. Praha: Výzkumný ústav psychiatrický, 1977.
44. Hanzlíček L. Psychiatrická encyklopedie. Část věcná. Praha: Výzkumný ústav psychiatrický, 1978–1984.
45. Baránková M, Sádovská Halamová J, Gablíková M et al. Analýza spontánních tvárových výrazů súcitu vyvolaných video podnetem: tvárový výraz súcitu. *Československá Psychologie* 2019; 63(1): 26–41.
46. Světlík M, Daňhelová Š, Kóša B et al. Self-compassion in medical students: a pilot study of its association with professionalism pressure. *BMC Med Educ* 2021; 21(1): 500. doi: 10.1186/s12909-021-02930-2.
47. Nakonečný M. Lidské emoce. Praha: Academia 2000.
48. Höschl C, Švestka J, Libier J. *Psychiatrie*. Praha: Tisig 2002.
49. Poněšický J. Terapeutický potenciál vzájemné empatie. *Čes a Slov Psychiatr* 2013; 109(5): 260–261.
50. Pavlát J. The overworker physician. II. *Cas Lek Cesk* 2002; 141(20): 627–629.
51. Věvodová Š, Věvodová J, Vetešnická M et al. The relationship between burnout syndrome and empathy among nurses in emergency medical services. *Kontakt* 2016; 18(1): 17–22.
52. Novák L, Malinaková K, Mikoška P et al. Psychometric analysis of the Czech version of the Toronto empathy questionnaire. *Int J Environ Res Public Health* 2021; 18(10): 5343. doi: 10.3390/ijerph18105343.
53. Seitl M, Charvát M, Juřicová K et al. Česká verze škály emocionální empatie. *E-psychologie* 2017; 11(2): 47–70.
54. Weatherley D. The empathy test. *Med Teach* 2018; 40(2): 213. doi: 10.1080/0142159X.2017.1387241.
55. Benda J, Reichová A. Psychometrické charakteristiky české verze Self-Compassion Scale (SCS-CZ). *Československá Psychologie* 2016; 60(2): 120–136.
56. James C, Davis K, Charaman L et al. Digital life and youth well-being, social connectedness, empathy, and narcissism. *Pediatrics* 2017; 140(Suppl 2): S71–S75. doi: 10.1542/peds.2016-1758F.
57. Pospíchal M, Šporcová I. Sdělování špatných zpráv pacientům a náročná komunikace v onkologické praxi. *Onkologie* 2020; 14(Suppl C): 39–42. doi: 10.36290/oxon.2020.055.
58. Halámková J, Sláma O, Adámková Krákorová D et al. Communication with cancer patient. *Vnitř Lék* 2019; 65(5): 359–362.
59. Klimeš J, Adam Z. Dystymie: Lidé s temnou duší a jejich blízcí. Praha: Novela bohemia 2022.
60. Cacioppo S, Grippo AJ, London S et al. Loneliness: clinical import and interventions. *Perspect Psychol Sci* 2015; 10(2): 238–249. doi: 10.1177/1745691615570616.
61. Pourriyahi H, Yazdanpanah N, Saghadzadeh A et al. Loneliness: an immunometabolic syndrome. *Int J Environ Res Public Health* 2021; 18(22): 12162. doi: 10.3390/ijerph182212162.
62. Hom MA, Hames JL, Bodell LP et al. Investigating insomnia as a cross-sectional and longitudinal predictor of loneliness: findings from six samples. *Psychiatry Res* 2017; 253: 116–128. doi: 10.1016/j.psychres.2017.03.046.
63. Wilkialis L, Rodrigues NB, Cha DS et al. Social isolation, loneliness and generalized anxiety: implications and associations during the COVID-19 quarantine. *Brain Sci* 2021; 11(12): 1620. doi: 10.3390/brainsci11121620.
64. Stickley A, Koyanagi A, Blatný M et al. Loneliness and its association with psychological and somatic health problems among Czech, Russian and U.S. adolescents. *BMC Psychiatry* 2016; 16: 128. doi: 10.1186/s12888-016-0829-2.
65. Bencová V. The loneliness of patients in the preterminal and terminal stages of cancer, the social dimension of dying. *Klin Onkol* 2019; 32(3): 220–223. doi: 10.14735/amko2019220.
66. Čeledová L, Wija P. Osamělost jako významná determinanta zdraví, soběstačnosti a kvality života seniorů. *Geriatrics* 2016; 22(4): 171–177.
67. Ptáček R, Kuželová H, Vrablík M. Osamělost v etiologii somatických onemocnění. *Prakt Lék* 2011; 91(6): 325–327.
68. Dóci I, Hosák L, Kovářová M. Loneliness in the elderly as a social and medial problem. *Cas Lek Cesk* 2003; 142(8): 505–507.
69. Tylová V, Kuželová H, Ptáček R. Emoční a sociální osamělost v etiologii a léčbě duševních poruch. *Čes a Slov Psychiatr* 2014; 110(3): 151–157.
70. Koukolík F. Empatie – skok představitelství do hlavy jiného člověka. *Medical Tribune* 2018; 14(14): A6–7.
71. Klimeš J. Partneři a rozchody. Praha: Portál 2005.
72. Linhartová V. Empatie, její význam a formy. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada 2011.
73. Klimeš J, Adam Z. Komentář psychologa: Dystymie – psychická porucha s převážně negativním hodnocením všeho prožitého. *Acta Medicinæ* 2020; 9(11–13): 131–137.
74. Boleloucký Z. Někteře aspekty neurotické deprese a depresivní osobnosti I. historický úvod a koncepce dystymických poruch. *Čes a Slov Psychiatr* 1987; 83(1): 30–35.
75. Hrdlička M. Dystymie jako méně známá forma deprese. *Klinické obrazy a léčba. Čes Slov Pediatr* 2021; 76(2): 119–123.
76. Goleman D. Emoční inteligence: proč může být emoční inteligence důležitější než IQ. Praha: Columbus 1997.
77. Wolfgang R, Michňová I, Michňa Z. Velký IQ a EQ trenér. Praha: Grada 2019.
78. Schulze R, Roberts RD, Le Roch P. Emoční inteligence: přehled základních přístupů a aplikací. Praha: Portál 2007.
79. Shirtcliff EA, Vitacco MJ, Graf AR et al. Neurobiology of empathy and callousness: implications for the development of antisocial behavior. *Behav Sci Law* 2009; 27(2): 137–171. doi: 10.1002/bsl.862.
80. Banissy MJ, Kanai R, Walsh V et al. Inter-individual differences in empathy are reflected in human brain structure. *Neuroimage* 2012; 62(3): 2034–2039. doi: 10.1016/j.neuroimage.2012.05.081.
81. Fernández-Berocal P, Cabello R, Gutiérrez-Cobo MJ. Understanding the relationship between general intelligence and socio-cognitive abilities in humans. *Behav Brain Sci* 2017; 40: e202. doi: 10.1017/S0140525X1600162X.
82. Jung YH, Shin NY, Jang JH et al. Relationships among stress, emotional intelligence, cognitive intelligence, and cytokines. *Medicine* 2019; 98(18): e15345. doi: 10.1097/MD.00000000000015345.
83. Keum S, Shin HS. Genetic factors associated with empathy in humans and mice. *Neuropharmacology* 2019; 159: 107514. doi: 10.1016/j.neuropharm.2019.01.029.
84. Abramson L, Uzevovsky F, Toccaceli V et al. The genetic and environmental origins of emotional and cognitive empathy: review and meta-analyses of twin studies. *Neurosci Biobehav Rev* 2020; 114: 113–133. doi: 10.1016/j.neubiorev.2020.03.023.
85. van der Meulen M, Wierenga LM, Achterberg M et al. Genetic and environmental influences on structure of the social brain in childhood. *Dev Cogn Neurosci* 2020; 44: 100782. doi: 10.1016/j.dcn.2020.100782.
86. Toccaceli V, Fagnani C, Eisenberg N et al. Adult empathy: possible gender differences in gene-environment architecture for cognitive and emotional components in a large Italian twin sample. *Twin Res Hum Genet* 2018; 21(3): 214–226. doi: 10.1017/thg.2018.19.
87. Warrier V, Grasby KL, Uzevovsky F et al. Genome-wide meta-analysis of cognitive empathy: heritability, and correlates with sex, neuropsychiatric conditions and cognition. *Mol Psychiatry* 2018; 23(6): 1402–1409. doi: 10.1038/mp.2017.122.
88. Woodbury-Smith MR, Paterson AD, Szatmari P et al. Genome-wide association study of emotional empathy in children. *Sci Rep* 2020; 10(1): 7469. doi: 10.1038/s41598-020-62693-6.
90. Pilháková A, Reiterová E. Rozdíly v pěti dimenzích osobnosti a sociální inteligenci mezi studenty exaktních a humanitních věd. *Československá psychologie* 2010; 54(2): 147–159.
91. Chudádková P. Psychopatie, empatie a morálka. *Psychologie a její kontexty* 2019; 10(2): 3–17. doi: 10.15452/PsyX.2019.10.0009.
92. Klimeš J, Boleloucký Z, Adam Z et al. Pestrost lidských povah je příčinou, proč někdy vážné komunikace mezi pacientem a lékařem. *Acta Medicinæ* 2020; 17: 105–117.
93. Riegel K, Kalina K, Peč O. Poruchy osobnosti v 21. století: diagnostika v teorii a praxi. Praha: Portál 2020.
94. Harsa P, Riegel KD, Kalina K et al. Poruchy osobnosti v 21. století. Diagnostika v teorii a praxi – recenze. *Československá psychologie* 2020; 64(6): 723–724.
95. Kernberg OF. Treatment of narcissistic personality disorders. *Psyche (Stuttg)* 1975; 29(10): 890–905.
96. Boleloucký Z. Hraniční stavy v psychiatrii. Praha: Grada 1993.
97. Boleloucký Z. Příspěvek k praktické diagnostice hraničních stavů. *Čes a Slov Psychiatr* 1981; 77(5): 289–295.

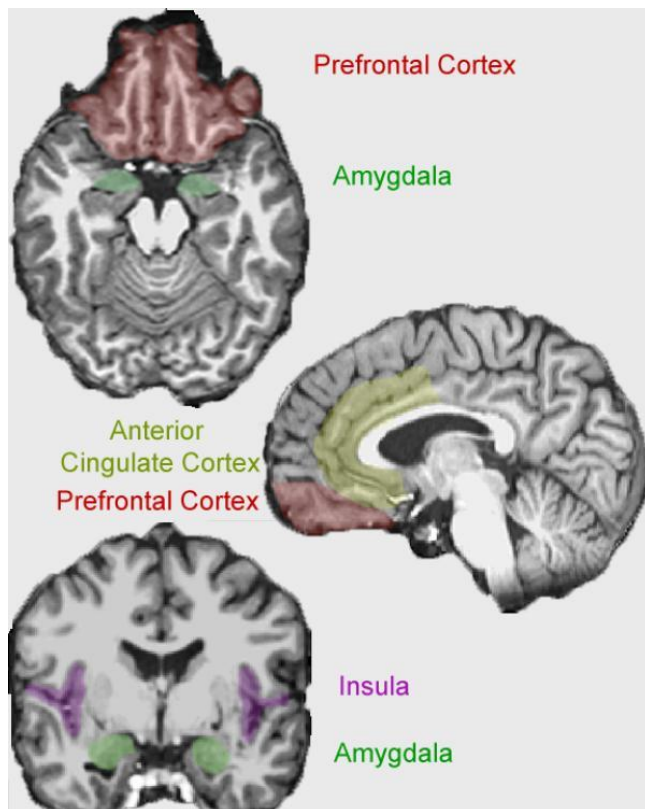
98. Sommerlad A, Huntley J, Livingston G et al. Empathy and its associations with age and sociodemographic characteristics in a large UK population sample. *PLoS One* 2021; 16(9): e0257557. doi: 10.1371/journal.pone.0257557.
99. Tišanská L, Kožený J. Měření empatické citlivosti českých lékařů. *Československá psychologie* 2012; 56(6): 518–528.
100. Kožený J, Tišanská L. Postoje studentů medicíny k roli empatie v léčebném kontextu: měření, rozdíly z hlediska pohlaví a délky studia. *Československá psychologie* 2011; 55(2): 126–138.
101. Kožený J, Tišanská L, Höschl C. Assessing empathy among Czech medical students: a cross-sectional study. *Československá psychologie* 2013; 57(3): 246–254.
102. Triffaux JM, Tisseron S, Nasello JA. Decline of empathy among medical students: dehumanization or useful coping process? *Encephale* 2019; 45(1): 3–8. doi: 10.1016/j.encep.2018.05.003.
103. Ozair A, Singh KK, Kumar P. Decline of empathy during medical education. *Acad Med* 2021; 96(3): 317. doi: 10.1097/ACM.0000000000003748.
104. Schattner A. Decline of empathy during medical education. *Acad Med* 2021; 96(3): 317. doi: 10.1097/ACM.0000000000003749.
105. Spatoula V, Panagopoulou E, Montgomery A. Does empathy change during undergraduate medical education? A meta-analysis. *Med Teach* 2019; 41(8): 895–904. doi: 10.1080/0142159X.2019.1584275.
106. Kanchan T, Krishan K, Dehal N. Quality of medical education: is our health in safe hands? *Indian J Med Ethics* 2018; 3(3): 259. doi: 10.20529/IJME.2018.021.
107. O'Sullivan DM, Moran J, Corcoran P et al. Medical school selection criteria as predictors of medical student empathy: a cross-sectional study of medical students, Ireland. *BMJ Open* 2017; 7(7): e016076. doi: 10.1136/bmjopen-2017-016076.
108. Fragkos KC, Crampton PES. The effectiveness of teaching clinical empathy to medical students: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Acad Med* 2020; 95(6): 947–957. doi: 10.1097/ACM.0000000000003058.
109. Gillies J. Compassion, medical humanities and medical education. *Educ Prim Care* 2018; 29(2): 68–70. doi: 10.1080/14739879.2018.1427004.
110. Batt-Rawden SA, Chisolm MS, Anton B et al. Teaching empathy to medical students: an updated, systematic review. *Acad Med* 2013; 88(8): 1171–1177. doi: 10.1097/ACM.0b013e318299f3e3.
111. Han JL, Pappas TN. A review of empathy, its importance, and its teaching in surgical training. *J Surg Educ* 2018; 75(1): 88–94. doi: 10.1016/j.j Surg.2017.06.035.
112. Davies SN, Durbin JM, Elhussein A et al. Improving empathy in medical students: the role of patient tutors. *Med Teach* 2018; 40(3): 321. doi: 10.1080/0142159X.2017.1392494.
113. Vogel D, Meyer M, Harendza S. Verbal and non-verbal communication skills including empathy during history taking of undergraduate medical students. *BMC Med Educ* 2018; 18(1): 157. doi: 10.1186/s12909-018-1260-9.
114. Pohontsch NJ, Stark A, Ehrhardt M et al. Influences on students' empathy in medical education: an exploratory interview study with medical students in their third and last year. *BMC Med Educ* 2018; 18(1): 231. doi: 10.1186/s12909-018-1335.
115. Koretzky MQ. Seeing the present through the past: history, empathy, and medical education. *JAMA* 2018; 320(20): 2079–2080. doi: 10.1001/jama.2018.17253.
116. Kaplan-Liss E, Lantz-Gefroh V, Bass E et al. Teaching medical students to communicate with empathy and clarity using improvisation. *Acad Med* 2018; 93(3): 440–443. doi: 10.1097/ACM.0000000000002031.
117. Rivas JO. Developing empathy in medical students. *Clin Teach* 2019; 16(6): 657. doi: 10.1111/tct.13099.
118. Kim KJ. Project-based learning approach to increase medical student empathy. *Med Educ Online* 2020; 25(1): 1742965. doi: 10.1080/10872981.2020.1742965.
119. Smith KE, Norman GJ, Decety J. The complexity of empathy during medical school training: evidence for positive changes. *Med Educ* 2017; 51(11): 1146–1159. doi: 10.1111/medu.13398.
120. Light A, Gupta T, Burrows A et al. Learning empathy: the medical student perspective. *Clin Teach* 2019; 16(1): 76–77. doi: 10.1111/tct.12801.
121. Nathwani SJ, Vedd N. Medical students perspective: project-based learning approach to increase medical student empathy. *Med Educ Online* 2020; 25(1): 1794342. doi: 10.1080/10872981.2020.1794342.
122. Kataoka H, Iwase T, Ogawa H et al. Can communication skills training improve empathy? A six-year longitudinal study of medical students in Japan. *Med Teach* 2019; 41(2): 195–200. doi: 10.1080/0142159X.2018.1460657.
123. Ruiz-Moral R, Pérula de Torres L, Monge D et al. Teaching medical students to express empathy by exploring patient emotions and experiences in standardized medical encounters. *Patient Educ Couns* 2017; 100(9): 1694–1700. doi: 10.1016/j.pec.2017.04.018.
124. Archer E, Meyer I. Teaching empathy to undergraduate medical students: „one glove does not fit all”. *Med Educ* 2018; 52(11): 1191. doi:10.1111/medu.13693.
125. Laughey W, Sangvik Grandal N, Stockbridge C et al. Twelve tips for teaching empathy using simulated patients. *Med Teach* 2019; 41(8): 883–887. doi: 10.1080/0142159X.2018.1481283.
126. Yoo HH, Shin S, Lee JK. Effects of medical communication curriculum on perceptions of Korean medical school students. *Korean J Med Educ* 2018; 30(4): 317–326. doi: 10.3946/kjme.2018.106.
127. Patel S, Pelletier-Bui A, Smith S et al. Curricula for empathy and compassion training in medical education: a systematic review. *PLoS One* 2019; 14(8): e0221412. doi: 10.1371/journal.pone.0221412.
128. Wünderlich M, Schwartz C, Feige B et al. Empathy training in medical students – a randomized controlled trial. *Med Teach* 2017; 39(10): 1096–1098. doi: 10.1080/0142159X.2017.1355451.
129. Menezes P, Guraya SY, Guraya SS. A systematic review of educational interventions and their impact on empathy and compassion of undergraduate medical students. *Front Med (Lausanne)* 2021; 8: 758377. doi: 10.3389/fmed.2021.758377.
130. Beamish AJ, Foster JJ, Edwards H et al. What's in a smile? A review of the benefits of the clinician's smile. *Postgrad Med J* 2019; 95(1120): 91–95. doi: 10.1136/postgradmedj-2018-136286.

Obr. 1 naleznete v online verzi článku na www.linkos.cz.

INFORMACE Z ČESKÉ ONKOLOGICKÉ SPOLEČNOSTI

Informace z České onkologické společnosti

Zápis ze schůze výboru České onkologické společnosti konané 20. 9. 2022 ve FN Motol a 12. 10. 2022 na BVV Brno v rámci BOD 2022 naleznete na www.linkos.cz.



Obr. 1. Struktury centrálního nervového systému zodpovědné za empatii. Převzato s poděkováním za laskavost z publikace [79]. Barevně jsou vyznačeny struktury mozku, které se podílejí na empatii: prefrontální kortex, amygdala, cingulum a insula. Nahoře: transversální MR zobrazení prefrontálního kortexu červeně a amygdaly (zeleně). Uprostřed sagitální řez předním cingulem (žlutě) a prefrontálním kortexem (červeně). Dole koronární MR zobrazení insuly (fialově) a amygdaly (zeleně).