

Obtížný pacient

Pavlát Josef, PhDr., Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha, přednosta prof. MUDr. J. Raboch, DrSc.

SOUHRN

Autor uvádí, že označení „obtížný“ je věcí toho, jak pacienta vnímáme a je ve své podstatě interpersonální. Poukazuje na důležitost komunikace mezi lékařem a pacientem, rozvádí, jak vybudovat terapeutický vztah, který povzbudí pacienta k tomu, aby zaujal odpovědný, kooperativní postoj k léčbě. Lékař se má především snažit, aby pacient cítil jistotu, spokojenost a vnímal že je považován za nezávislou, hodnotnou osobnost. Autor probírá i nejčastější chyby v komunikaci mezi lékařem a pacientem, věnuje se komunikačním dovednostem, které pomáhají vytvořit neohrožující, podporující prostředí.

Dále autor cituje mnoho rad, postupů a praktických příkladů jak rychle rozpoznat potenciálně obtížného pacienta a jak se s ním vyrovnat. Seznamuje čtenáře s normálními i nepřizpůsobivými reakcemi na nemoc, diskutuje poruchy osobnosti, které často působí obtíže v průběhu lékařské péče a cituje doporučené přístupy k pacientům trpícím těmito poruchami.

Klíčová slova: Lékařské interview - rozhovor lékaře s pacientem - komunikace - spolupráce v léčbě (compliance).

Označení „obtížný“ je věcí toho jak pacienta vnímáme, ve své podstatě je interpersonální. V této souvislosti na důležitost komunikace mezi lékařem a pacientem poukazuje řada prací (12, 19, 21, 22, 23). Lékaři se liší ve způsobu užívání tohoto označení. Pacient označený jako obtížný jedním lékařem, nemusí být obtížný pro jiného lékaře.

Efektivita lékařské konzultace závisí na schopnosti jak lékaře, tak pacienta přizpůsobit se potřebám a stylu druhého.

V praxi si jak lékař, tak pacient vybírají. Málo přizpůsobiví lékaři mají obvykle homogenní praxe, flexibilní lékaři schopní měnit svůj konzultační styl mívají ve své praxi různorodé pacienty (21).

Jednotlivé práce (11, 16, 17) dokázaly, že pozitivně ovlivňuje úroveň spolupráce spokojenost s konzultací na straně pacienta. Pacienti jsou spokojenější, jestliže lékař objeví jejich starosti a naděje, jestliže se jimi zabývá, když z něj vyzařuje vřelost, zájem a starost o ně, když ochotně poskytne množství informací a vysvětlí situaci pacientovi tak, aby ji mohl pochopit (24, 35). Spokojenost s konzultací navíc snižuje pravděpodobnost žaloby pro špatnou či zanedbanou léčbu (13, 32). Některé studie (3, 9, 15, 18) ukázaly, že nespokojenost s konzultací je velmi častá - až 64% pacientů. Zdá se, že dalším nejsilnějším faktorem ovlivňujícím úroveň spolupráce je souhlas mezi lékařem a pacientem o tom, jaké problémy jsou důležité a je třeba je řešit. A to bez vztahu k vážnosti problému (28, 29).

Existují doklady pro to, že pacienti se více řídí pokyny v případě, že se účastnili rozhodnutí (10). Společné rozhodování umožňuje vzájemné ovlivňování lékaře a pacienta. Obvykle bývá největší zájem o realizaci rozhodnutí, k nimž partneři dospěli spolu. Pacienti, kteří byli zapojeni do rozhodování, se budou ve větší míře řídit pokyny než ti, kteří byli z rozhodovacího procesu vyloučeni. Vhodnějším termínem než „dodržování pokynů“ by tedy bylo „dodržení společného plánu“, neboť z něj nevyplyvá autoritativní chování lékaře.

Primárním úkolem komunikace je, aby ve vztahu s lékařem cítil jistotu a spokojenost. Pacient má cítit, že je nezávislá, hodnotná osobnost.

Jaký druh komunikace vede ke snížení psychického komfortu a pocitu vlastní hodnoty na straně pacienta? Jaké jsou nejčastější problémy v komunikaci mezi lékařem a pacientem? Lze rozlišit pět druhů takové komunikace:

1. Ignorování pacienta nebo ignorování jeho pokusů o komunikaci

Například ticho, když je očekávána odpověď: „A budu pak v pořádku?“ Žádná odpověď. Nebo: Lékař odejde zatímco pacient mluví, lékař se zabývá něčím jiným, zatímco pacient mluví. Lékař ignoruje to, co pacienta zajímá, změní náhle téma, nevhodné, bez upozornění. Často se stává, když lékař usoudí, že je třeba získat další informace z jiné oblasti a zeptá se na ně, aniž by objasnil proč ho zajímají. Pacient se také často cítí ignorován v důsledku dlouhé čekací doby, pokud není vysvětlena, omluvena.

2. Komunikační styl, který znemožňuje či znesnadňuje participaci pacienta

Pacient líčí své obtíže, lékaři se zdá, že vidí nějaký zajímavý trend, pacienta přeruší otázkami, ten je nucen nechat si pro sebe něco důležitého, co chtěl říci. Nebo lékař vede monolog. To se často stává při vizitách, kdy lékař probere jen informace z chorobopisu. Časté je kladení uzavřených otázek, chování, které omezuje možnost volného vyjádření. Některé studie ukázaly, že lékaři se často spoléhají na specifické otázky a dávají pacientovi malou příležitost objasnit a vysvětlit hlavní obtíž (4).

3. Chování, kterým se lékař od pacienta vzdaluje, ev. distancuje

Může jít o vyhýbání se očnímu kontaktu, užívání neosobní mluvy, například: „jak se máme“, namísto jak se vám vede. Časté skrývání vlastních emocí. Lékaři se domnívají, že nedat najevo jak na ně pacient a jeho obtíže působí, je profesionální přístup. Další příklad takového chování je zamítání toho, co pacient cítí a jaké má potřeby a otázky. Například při vyšetření: „To přece nebolí.“

Lékaři porušují běžná konverzační pravidla, jako představení se, odpovědi na otázky (18,25), často neberou v úvahu to, co pacienta zajímá, jako například sdělení diagnózy a příčin nemoci, průběhu léčení a prognózy (5, 18, 33). Studie ukázaly že asi 90% pacientů trpících rakovinou chtělo úplnou informaci (26), ale setkávali se s vytáčkami a falešnými útechami.

4. Vyjádření, která jsou kontradiktorická nebo ambivalentní

Velmi obvyklé je užívání odborného žargonu, který pacienty mate či zavádí (26). Častá je kontradiktoričnost verbálního a neverbálního sdělení, obvykle když se lékař snaží pacienta utěšit, i když skutečnost je jiná. Pacienti se spíše spoléhají na neverbální sdělení. Do této kategorie patří i věnování pozornosti pouhé části pacientova sdělení - v časové tísní lékař reaguje jen na to, co považuje za důležité.

Jednotlivé studie ukázaly, že tato kategorie chyb v komunikaci je velmi obvyklá (16, 18). Odborný žargon bez ohledu na to, zda pacient porozumí, užívali lékaři ve více než polovině případů (18).

5. Odmítavý postoj k pacientovi (ponižující poznámky, negativní hodnocení spod.)

Tato kategorie se pravděpodobně vyskytuje méně často, nicméně je téměř pravidelná tam, kde je lékař pacientem žalován (1, 2, 8).

Změny je možné dosáhnout zlepšením dovedností, osvojením si komunikačních praktik, které vedou k pocitu ocenění vlastní hodnoty pacienta a pomáhají vytvořit neohrožující, podporující prostředí. Jsou to například: Potvrzující reakce. Chování, které komunikuje uznání druhého jako hodnotné osobnosti a dává najevo ochotu pacienta akceptovat:

- Přímý pohled a dobrý oční kontakt.
- Mírný náklon k pacientovi.
- Promptní reakce na pacientova sdělení a otázky.
- Probrání toho, co pacienta zajímá.
- Věnování plné pozornosti.
- Nepřerušování pacienta.
- Používání otevřených otázek především na počátku konzultace.
- Užívání neverbálních signálů pozornosti (přikyvování apod.).
- Úsměv ve vhodném kontextu.
- Povzbuzení pacienta k otázkám.
- Otázka, zda již pacient sdělil vše, co ho tíží.
- Vyžádání si zopakování daných instrukcí, ověření, zda pacient rozumí.

Reflektující naslouchání. Je to parafrázování pacientových slov a vět, které vyjadřují pocity. Je k němu třeba zaměřit se na verbální a neverbální klíče, identifikovat pacientovy pocity, komunikovat empatii. Reflektující naslouchání akceptuje to, co nám druhý sděluje, aniž by dávalo najevo úsudek, hodnocení, doporučení či rady. Je důležité zejména na začátku rozhovoru, kdy je třeba vybudovat kontakt a získat důvěru pacienta.

Já formulace. Tento prostředek je možné užít ke sdělení lékařových pocitů, mínění či nápadů tak, aby pacient cítil respekt a akceptaci a nebyl zatlačen do defenzivy. Například v případě, že pacient neužívá předepsané léky: „Já vím jak je vám nepříjemné být závislý na lécích, ale že je neužíváte, mi dělá starost.“ Spíše než se uchýlit ke kárnému tónu je dobré postavit se na stranu pacienta: „Musíte mít dobré důvody, že předepsané léky neberete. Rád bych se je dozvěděl“ (34). Takové věty komunikují pocit lékařské odpovědnosti, ale současně dávají prostor odpovědnosti pacienta. Formulace užívající zájmeno vy jsou konfrontační, dávají příkazy („Je třeba, abyste léky užíval“). Já formulace jsou zvláště vhodné k vyjádření zájmu o pacienta, porozumění jeho zájmům, motivům a podobně.

Přes všechny vynaložené dovednosti se nicméně lékař může dostat do nesnází. Vnímá pacienta jako obtížného. Jak si má počínat?

Gimpel (13) považuje za nutné, aby si lékař rychle uvědomil problém, aby své prožívání používal jako diagnostický nástroj. Nejčastěji se dostaví všeobecná tíseň (něco je v nepořádku, nejraději bych zmizel). Někdy se nedostaví zřejmá emoce a je třeba spolehnout se na formální varovné známky (časté přerušování rozhovoru, stereotypní odpovědi). Je třeba zastavit se a přemýšlet (jde o můj problém, pacientův problém, objektivní obtíže, jde o všechny tři možnosti), pak se rozhodnout, zda lékař chce s pacientem spolupracovat, a když ne, jaké jsou další možnosti.

Radí seznámit pacienta s obtížením, které lékař pociťuje: „Je pro mne obtížné, když vidím, že hodnotím situaci jinak než vy.“ „Kladu si otázku, zda by nebylo možné zlepšit úroveň naší spolupráce.“ „I pacientovy reakce je třeba rozpoznat a vhodně reflektovat: „Cítím, že se na mne hněvate. Mohli bychom to prodiskutovat?“ „Zdá se, že je pro vás obtížné o tom hovořit. Myslíte, že bych vám hovor mohl nějak usnadnit?“ Je žádoucí povzbudit řešení problému: „Rád bych vyřešil váš problém. O situaci si myslím, že ... Co si myslíte vy?“ „Myslíte, že bych v tuto chvíli mohl něco udělat, abych pomohl naší lepší spolupráci?“

Potenciálně obtížnou konzultaci radí plánovat na čas, kdy lékař není v tísní (únava, hlad, rozlada, časová tíseň), radí vyhnout se příliš dlouhým konzultacím a jejich přílišnému množství.

Za produktivní považuje říci pacientovi, co od něj lékař očekává: „Rád vám s tím pomohu, nicméně aby se mi práce dařila, budu potřebovat vaši pomoc. Byl byste tak laskav a ...“

Zdůrazňuje nezapomínat, že nemoc je prožívána v kontextu osobní a rodinné anamnézy: „Je to stejné, jako když to začalo jít z kopce s mým otcem,“ a že pacient pravděpodobně konzultoval s rodinou, přáteli a podobně, než přišel.

Za vhodné považuje stanovit vzájemné terapeutické cíle, objevit možnosti a alternativy (být flexibilní).

Je třeba zvážit, jakou pomoc pacient potřebuje (porozumění, podporu, přímluvu, radu), jaké zdroje pomoci jsou k dispozici (členové rodiny, přátelé, spolupracovníci, ostatní lékařský personál, církve, podpůrné skupiny) a jak pomoc získat? (Jsou tyto lidé dostupní, zapojí se rodiny, kdo se zapojí, souhlasí pacient s plánem?)

V případě, že lékař nechce s pacientem pracovat, je třeba zvážit, jaké jsou další možnosti. (Na koho se pacient může spolehnout a s čím, kdy? Je třeba zmínit se o následcích zanedbání.)

Pro každého lékaře je užitečné znát druhy reakce na zátěž nemocí a orientovat se v klinické klasifikaci poruch osobnosti.

Strain a Grossman (31) popsali osm různých zátěží nemoci: ohrožení efektivity, hrozba izolace, hrozba ztráty lásky, hrozba ztráty tělesných funkcí, hrozba ztráty částí těla, hrozba ztráty racionality, hrozba bolesti. Tato zátěž vytváří emocionální tíseň. Zvláště chronické choroby vedou k široké škále negativních emocionálních reakcí.

Mezi normální emocionální reakce na nemoc se počítá regrese, popření, potlačení a represe, úzkost, hněv a sklíčenost.

Emoce lze považovat za nepřizpůsobivé v případě, že narušují pacientovu kvalitu života nebo jeho celkové fungování. Mohou se vyvinout tři poměrně neměnné modely nepřizpůsobivého chování (7):

1. *Úporný hněv* - může mít závažné nepřizpůsobivé účinky, jestliže je tak úporný a urážlivý, že odcizí lidi, jejichž fyzickou a emocionální podporu pacient nejvíce potřebuje. Přispívá k bludnému kruhu hněvivých požadavků a stahování se zdravotnického personálu. Podobně si může hněvivý pacient odcizit přátele a rodinu.

2. *Depresivní nálada, ev. hluboká deprese*, minimálně dvoutýdenní období úporného pocitu neštěstí a anhedonie. Syndrom hluboké deprese je vytvářen charakteristickým souborem fyzických znaků (nespavost, ztráta chuti k jídlu, únavnost a psychomotorická vzrušivost či retardace) a psychologických symptomů (nesoustředěnost, nedostatečná sebeúcta, pocit viny a beznaděje). není pravda, že se u každého člověka trpícího závažnou chorobou projeví hluboká deprese. Například studie o pacientech v koncovém stadiu rakoviny a studie o pacientech trpících jinými závažnými chorobami ukazují, že méně než polovina takových pacientů trpí

hlubokou depresí (2). Hluboká deprese, k níž dojde v kontextu fyzické nemoci, by měla být vždy považována za komplikaci, která vyžaduje okamžitou energickou léčbu, a ne za očekávanou reakci, kterou není třeba či nelze léčit.

3. *Úzkostná nálada, úzkostná porucha*, se vyznačuje napětím, strachem a nervozitou. Úporná úzkost zneschopňuje a brání procesu vyrovnávání se s nemocí i fyzickému uzdravování. Trpí-li pacient v souvislosti s chronickou nemocí úpornou úzkostí, je důležité, aby lékaři tento stav rozpoznali a aby jej správně léčili.

Doporučované strategie konzultací u pacientů trpících nepřizpůsobivými emocionálními reakcemi (7)

Někteří hněviví pacienti mohou reagovat na reflexi a legitimizaci. Reflexí o pacientových pocitech a jejich legitimizaci může lékař vytvořit terapeutické spojení a umožnit pacientovi, aby ventiloval svoji frustraci. Poté lze hněvivému pacientovi nabídnout kompromisy a jednat s ním, aby mohl lépe spolupracovat s plánem léčby. mělo by být uváženo užití například konzultace s nadřízenými či kolegy anebo psychiatrická konzultace.

Sklíčeného či depresivního pacienta může lékař oslovit i tak, že použije technicky reflexe a legitimizace hned zpočátku. Deprese může být tak dlouhá, že bude nutné nasadit psychoterapii, léky proti depresi či psychiatrické konzultace.

U pacientů s poruchou přizpůsobení doprovázenou úzkostnou náladou či úzkostnou poruchou lze vhodně využít reflexe, legitimizace, podpory a dalších postupů - to vše může úzkostnému pacientovi pomoci. Někteří pacienti však potřebují rozsáhlejší intervenci. Pacienti trpící významnými úzkostnými symptomy či úzkostnou poruchou obecně potřebují lékaře s dovednostmi na vyšší úrovni, potřebnými k přesné diagnóze problému a k poskytnutí vhodné terapeutické podpory či vhodných léků proti úzkostem. Pacienta lze také svěřit do psychiatrické péče.

Za obecně obtížné považují jednotliví autoři (3, 9) konzultace s pacienty, kteří trpí *poruchami osobnosti*. Ne vždy je rozlišována reakce na nemoc a porucha osobnosti. Honzák (14) například mezi problémové pacienty počítá pacienty agresivní, úzkostné, úzkostně pedantické, depresivní a narcistické. Upozorňuje na to, že zejména agresivní pacienti mají často pro svou agresi oprávněný nárok (dlouhá čekací doba, špatná strava, neochotný personál apod.). Zdůrazňuje, že vždy je třeba problémovému pacientovi věnovat plnou pozornost, jeho chování brát vážně a s pochopením, nikdy se nedat strhnout k impulzivní odpovědi, k nestandardní situaci přistupovat jako ke zkoušce profesionality, v níž je třeba obstát.

Smolík (27) v komentáři k jednotlivým poruchám osobnosti podle klasifikace DSM IV a MKN - 10 v případě paranoidní, schizoidní, disociální, histriónské, anankastické, úzkostné, závislé a narcistické poruchy cituje obsáhlé rady, jak k jednotlivým osobnostem v lékařské praxi přistupovat. Společným jmenovatelem těchto rad je plně profesionální nasazení, pečlivě vedená dokumentace, trpělivost, vlídnost, plné vysvětlení všech kroků a pevné stanovení mezi možností lékaře.

Lipkin (21) zdůrazňuje, že lékař se musí co nejdříve orientovat v osobnosti pacienta, aby se vyhnul předvídatelným problémům. Zdůrazňuje, že jednotlivé poruchy osobnosti jsou spíše dimenzemi než jasně ohraničené typy a že je třeba vždy očekávat, že pacient bude vykazovat spíše směs příznaků.

Cohen-Cole (7) za nejobtížnější považuje tyto pacienty: nutkavé, závislé, histriónské, masochistické, hraniční a narcistické.

Uvádí, že k dobré práci s *nutkavými jedinci* jsou nezbytně nutné podrobné, přesné a konkrétní informace. Tyto informace by měly být poskytovány co nejotevřeněji. Lékař má být úzkostlivě upřímný, avšak příliš nezdůrazňovat nejisté faktory léčby či reakcí. měl by pacientovi umožnit co nejvíce kontroly při plánování každé etapy léčení. Obrátí-li lékař pozornost k pacientově úzkosti a umožní ventilaci, může pacient začít hovořit o svých skrytých obavách a nehlédnout, že nejistota a nemožnost kontrolovat jsou pro něj zvláště tíživé. Prosté rozpoznání zdroje jeho útrap může pacientovi ulevit a pomoci, aby se se svou situací vyrovnal.

V případě *závislých pacientů* je často úspěšný „rodičovský“ postoj, uvádí. Lékař by měl svůj zájem o pacienta velmi explicitně formulovat a zároveň jasně stanovit meze. Protože závislí pacienti téměř vždy považují jakékoli pevné meze za odmítnutí, může být užitečné, když lékař pacienta před vznikem tohoto pocitu explicitně varuje.

Histriónským pacientům je možné pomoci tím, že se jim projeví přiměřený obdiv poté, co tuto potřebu dají najevo. Je však třeba se vyrovnat jakéhokoli chování, které by pacienti mohli interpretovat jako svádivé.

U *masochistických pacientů* považuje Cohen-Cole za důležité zdůraznit jejich utrpení, mít se na pozoru před slibováním úplného vyléčení. Úhelným kamenem efektivní léčby by se mělo stát stanovení pravidelných návštěv u lékaře a zaměření se na pacientovu schopnost fungovat i navzdory problémům. Pacient má být veden k dodržování pravidelných návštěv u lékaře, „ať se budete cítit nemocný nebo ne“. Tato strategie prokazatelně snižuje celkové zdravotnické náklady a přetěžování nemocnic.

Hraniční pacienti podle něj pociťují hlubokou a stálou potřebu jišťování. Pozornost a zájem, které jim mají poskytnout oporu, je mohou zároveň i uklidnit, i když emocionální „zásoby“ lékaře nemusí pacientovým potřebám stačit. Proto by měl lékař co nejjednoznačněji stanovit meze a zároveň dát najevo, že chce být pacientovi oporou. K vytvoření plánu péče o zvláště rušivého hraničního pacienta mohou posloužit k tomu účelu zvláště svolané porady zdravotníků.

Za důležité u *narcistického pacienta* považuje, aby lékaři chápali, že zachází-li nemocniční prostředí s pacientem jako „jedním z mnoha“, prožívá narcista zvláště hluboké ponížení, jemuž je nutno porozumět. Obecná strategie, kterou navrhuje, se soustřeďuje na podporu pacientova nároku na zvláštní postavení, a to v rámci, který mohou lékař i systém tolerovat. Některé, avšak ne všechny, požadavky lze splnit. To je třeba pacientovi sdělit přímo.

Literatura

- 1.**Blum, R.H.:** The psychology of malpractice suits. San Francisco: The California Medical Association, 1957.
- 2.**Blum, R.H.:** The management of the doctor - patient relationship. New York, McGraw - Hill, 1960.
- 3.**Caplan, E.K., Sussman, M.B.:** Rank order of important variables for patient and staff satisfaction with outpatient service. *J. Health Hum, Behav.* 7, 1966.
- 4.**Cissna, K.N.L., Sieburg, E.:** Patterns of interactional corfirmation and disconfirmation, In: C. Wilder and J.H. Weakland (eds.). *Rigor and Imagination*, New York, Praegr, 1981.
- 5.**Cline J.R.:** Interpersonal Communication Skills for Enhancing Physician - Patient Relationship. In *primary Care Skills I*, Philadelphia College of Osteopathic Medicine, 1998.
- 6.**Cohen-Cole, Stoudemire, A.:** Major Depression an Physical Illness. *Psychiatr. Clin. North. Amer.*, 1987, 10.
- 7.**Cohen-Cole, Steven, A.:** *The Medial Interview*. Mosby-Zear Book, 1991.
- 8.**DeMatteo, M.R.:** A social - psychological analysis of physician - patient, Rapport: Toward a Science of the Art of Medicien. *J. Soc. Issues* 35, 1979.
- 9.Doyxle, B.J., Ware, J.E, Jr.: Physician conduct and other factors that affect consumer satisfaction with medical care. *J. Med. Educ.* 52, 1977.
- 10.**Fink, D.L.:** Tailoring the consensual regimen. In *Compliance with therapeutic regimen* (ed. D.L. Sackett and R.B. Haynes(. Johns Hopkins University Press, Baltimore 1976.
- 11.**Freemon, B. et al.:** Gaps in doctor - patient communication: Doctor - patient interaction analysis. *Pediat. Res.* 5, 1971.
- 12.**Gimpel, J.R.:** *The osteopathic primary patient care skills course guidebook*. Philadelphia College of Osteopathic Medicine 1996.
- 13.**Gimpel, J.R.:** *Difficult Physician - Patient Relationship*, in: Gimpel, J.R. *The Osteopathic Primary Patient Care Skills Course Guidebook*. Philadelphia College od Osteopathic Medicine 1996.
- 14.**Honzák, R.:** *Komunikační pasti v medicíně*. Galén, Praha 1997.
- 15.**Jensen, P.S.:** The doctor-patient relationship: Headed for Impasse or Improvement? *Ann. Intern.* 95, 1981.
- 16.**Korsch, B.M., Freemon, B., Negrete, V.F.:** Practical implications of doctor-patient interaction : Analysis for pediatric practice. *Am. J. Dis. Child.* 121, 1971, pp. 11-114.

17. **Korsch, B.M., Gozzi, E.K., Morris, M.J.:** Gaps in doctor-patient communication: I. Doctor-patient interaction and satisfaction. *Pediatrics* 42, 1968.
18. **Korsch, B.M., Negrete, V.F.:** Doctor-patient communication. *Sci. Am.* 227, 1972.
19. **Ley, P.:** Psychological studies in doctor-patient communication. In *Contributions to medical psychology*. Vol. 1. (ed. S. Rachman). Pergamon, Oxford 1977.
20. **Lipkin, M.Jr et al.:** The Medical Interview and Related Skills in: Gimpel, J.R., *The Osteopathic Primary Patient Care Skills Course Guidebook*. Philadelphia College of Osteopathic Medicine 1996.
21. **Lipkin, M.Jr.:** The medical Interview and Related Skills in: Gimpell, J.R., *The Osteopathic Primary Patient Care Skills Course Guidebook*. Philadelphia College of Osteopathic Medicine 1996.
22. **Pavlát, J.:** Výuka komunikačních dovedností. *Čas. Lék. čes.*, 133, 1994, 14, s. 423-425.
23. **Pavlát, J.:** Výsledky výuky komunikačních dovedností na 1. LF UK v Praze. *Čas. Lék. čes.*, 133, 1994, 22, s. 699-701.
24. **Pendleton, D.A., Schofield, T.P.C.:** Doctor-patient communication: a review. In *Doctor-patient communication* (ed. D.A. Pendleton and J.C. Hasler). Academic Press, London 1983.
25. **Rosenhan, D.L.:** On being sane in insane places. *Science* 179, 1973.
26. **Sanson-Fisher, R., Maguire, P.:** Should skills in communication with patient be taught in medical schools? *Lancet* September 6, 1980.
27. **Smolík, P.:** Duševní a behaviorální poruchy. Průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika. Praha, Maxdorf, 1996.
28. **Starfield, B., Steinwachs, D., Morris, I.:** Patient-provider agreement about problems: Influence on outcome of care. *JAMA* 242, 1979.
29. **Starfield, B. et al.:** The influence of patient-practitioner agreement on outcome of care. *Am. J. Public Health* 71, 1981.
30. **Stimson, G.V.:** Obeying doctors orders: A View from the other side. *Soc. Sci. Med.* 8, 1974.
31. **Strain, J.J., Grossman, S.:** Psychological Reactions to Medical Illness and Hospitalization, in: Strain, J.J., Grossman, S. (eds.): *Psychological Care of the Medically III: A Primer in Liaison Psychiatry*, New York, Appleton, 1975
32. **Vaccarino, J.M.:** Malpractice: the problem in perspective. *JAMA* 238, 1981.

33. **Waldsworth, M.J.:** Illness behavior and studies of communication between doctors and patients. *J. Psychosom. Res.* 20, 1976.
34. **Wooley, F.R. et al.:** The effects of doctor-patient communication on satisfaction and outcome of care. *Soc. Sci. Med.* 12, 1978.
35. **Zinn, W.:** The emphatic physician. *Arch. Intern. Med.*, 153, 1993, s. 306-312.

PhDr. Josef Pavlát
Ke Karlovu 11
128 21 Praha 2
10.9.2000