

EMPATIE A DŮVĚRA: CESTA K ZEFEKTIVNĚNÍ KOMUNIKACE MEZI LÉKAŘEM A PACIENTEM

Černý, M.

Ostrava university in Ostrava, Czech Republic

0. Úvodem

Komunikace mezi lékařem a pacientem bezpochyby patří mezi nejintenzivněji zkoumané typy institucionálního dialogu. Pramení to z oprávněného přesvědčení, že oboustranně vhodně vedený rozhovor hlavních protagonistů je klíčovým nástrojem kvalitní diagnostiky a následné zdravotnické péče. Především v případech, kdy lékaři nemají k dispozici dostatek laboratorních výsledků či jiných objektivních vodítek a dat, stává se rozhovor s pacientem jediným zdrojem informací k určení diagnózy a patřičného léčebného postupu. Nesprávný průběh dialogu může mít negativní dopady na pacientovo zdraví, dokonce jej může ohrozit na životě [cf. Kuyvenhoven et al. 1989]. Navzdory této skutečnosti se zdá, že nespokojenost s komunikací, tak jak se odehrává za dveřmi lékařské ordinace, narůstá [Tannen & Wallat 1983].

Důvodů pro tento stav je celá řada. Minimálně některé z nich je třeba hledat v systému lékařského vzdělávání [Mitchum 1989]. Je obecně známo, že studenti medicíny stráví v rámci své přípravy na budoucí povolání jen velmi krátkou chvíli skutečným kontaktem s pacientem [Herzka 1989]. Navíc se medikové obvykle nesetkají s pacienty v ordinaci praktického lékaře, ale mnohem častěji s těmi, kteří již byli hospitalizováni. Vzniká tu tudíž jakýsi paradox: místo toho, aby studenti trávili čas s pacienty, jejichž problém není závažný a k jehož vyřešení někdy postačí kompetentně řízené interview, jsou v kontaktu s kriticky nemocnými, jimž dosud nemohou pomoci, jelikož pro to ještě nemají dostatek odbornosti ani klinické praxe [Roter & Hall 1992].

Další důvod souvisí s empirickým výzkumem lékařské komunikace, který by měl aplikaci v edukační oblasti předcházet. Třebaže je spravedlivé vzdát badatelskému úsilí hned několika generací sociologů, psychiatrů, psychologů, antropologů, lingvistů a dalších specialistů hold, stále ještě platí, že jen hrstka z nich studuje rozhovor lékaře s pacientem na základě autentického jazykového materiálu a za pomoci metod, které mají potenciál odhalit specifické rysy verbálního chování obou aktérů. Posuzováno výhradně z české perspektivy můžeme do této skupiny zařadit snad jen Olgu Müllerovou, studie ostatních badatelů jsou mnohem více založeny na kvantifikaci dotazníkového šetření, případně na stylizovaných, ze sociokulturního kontextu vyňatých modelech a situacích. Nejen z etických důvodů je pochopitelně velmi obtížné autentické jazykové podklady komunikace mezi lékařem a jeho klientem získat. Bohužel však nelze do budoucna uvažovat o její nápravě či jejím zdokonalení, aniž bychom měli přesnější povědomí o tom, jak vůbec funguje.

V následujícím příspěvku bych se rád věnoval některým vybraným aspektům průběhu interakce v ordinaci lékaře, se zvláštním zřetelem k jejich hodnocení z hlediska spokojenosti a compliance pacienta. Jakkoliv je můj příspěvek součástí lingvisticky

orientovaného výzkumu, s ohledem na charakter lékařské konzultace a její socio-psychologický rozměr nelze než k tématu přistoupit z pozice interdisciplinární. Hlavním cílem bude vymezit obecné diskursivní strategie, jimiž lze dosáhnout ve zvoleném typu komunikace empatie a důvěry. Mám za to, že empaticky řízený rozhovor ze strany lékaře a zároveň vzájemná důvěra zdravotníka a jeho klienta jsou nejvhodnější cestou, jak dosáhnout zefektivnění lékařských interview a následné léčby.

1. Empatie a důvěra v definicích

Moderní význam slova empatie se objevil v 2. polovině 19. století, když německý estetik R. Vischer poprvé použil termínu *Einfühlung* k označení metody porozumění uměleckému dílu skrze projekci lidských pocitů [Clark 2007, Hunsdahl 1967, Pigman 1995]. V průběhu dalších padesáti let prošel termín významovým rozšířením a vykročil z hranic estetismu do oblastí interpersonálního fungování [Clark 2007]. Na počátku 20. století se termín *Einfühlung* usadil v Novém světě, kde jej Edward Titchener přeložil do angličtiny jako *empathy* [Clark 2007]. Je zřejmé, že anglická podoba výrazu staví na řeckém *empathia*, tj. sdílet bolest a utrpení druhého člověka.

V průběhu 20. století a v rozmezí první dekády nového milénia bylo uvedeno několik různých, víceznačných definic empatie. S vývojem jednotlivých vědeckých disciplín se objevila řada nových názorů na to, jak empatii chápat. Psychoterapeuti, psychoanalytici, lékaři, ti všichni a mnozí jiní soutěžili o to, kdo dokáže přijít s lepším pojetím empatie. I když se brzy ukázalo, že něco jako univerzální definice empatie neexistuje, jsme dnes schopni určit přinejmenším tři z jejích základních forem: (1) zkušenostní (*experiential*), (2) komunikativní (*communicative*) a také (3) pozorovací (*observational*) [Clark 2007].

Zkušenostní formu empatie (či formu prožívání) rozpoznal a prosazoval Carl Rogers [1902–1987], známý zastánce na klienta-orientované terapie a pravděpodobně nejplodnější autor píšící o empatii ve čtyřicátých, padesátých a šedesátých letech minulého století. Rogers [1949, 1951, 1966] kladl důraz na pohled z klientova hlediska, což v jeho pojetí zahrnovalo stav tzv. „bytí s klientem“ a silnou vůli terapeuta vytvořit takové klima pro konzultaci, které by navozovalo pocit podpory, pochopení a blízkosti. Tento přístup vyžaduje na terapeutovi či lékaři, aby se dokázal vcítit do pacientova světa a byl mu schopen potvrdit nebo verifikovat jeho vnitřní prožívání. Navíc se předpokládá, že se terapeut identifikuje se svým klientem a umí si představit, jaké to je být na jeho místě [Bachrach 1976]. Právě tento aspekt Rogersova přístupu bývá často kritizován, neboť vnitřní ztotožnění s druhým člověkem může vést ke ztrátě odstupu, a tím také objektivitě [Mearns 2003].

Ve shodě s Rogersovým typem terapie taktéž komunikativní podoba empatie vidí význam v aktivním naladění zdravotníků na pacientovo prožívání [Marcia 1987], ještě více však zdůrazňuje, že porozumění vnitřnímu světu klienta musí být klientovi zpětně tlumočeno [Carkhuff & Berenson 1977]. Zastánci komunikativního přístupu chápou empatii jako interpersonální dovednost, kterou se lze naučit a kterou můžeme hodnotit podle kritérií tzv. správné komunikace. Jinými slovy se zde Rogersův koncept

„vcit'ování“ transponoval do sledovatelného interpersonálního procesu, jehož klíčovou metodou je tzv. verbální zrcadlení (reflection). Rovněž komunikativní forma empatie si vysloužila několik kritických poznámek, zejména stran pokusu usouvztažnit empatické porozumění se schopností používat „správné“ verbální strategie [Rogers 1980].

Zatímco první dvě formy empatie stojí na obdobných základech, minimálně co se týká verbálního potvrzení klientova prožívání, případně jeho verifikace, poslední forma vyrůstá z vlastních zdrojů. Oproti přístupu zkušenostnímu a komunikativnímu, které se soustředí na komunikaci mezi terapeutem/lékařem a klientem/pacientem v daném okamžiku, pozorovací přístup obvykle zapojuje vzdálenější a déletrvající perspektivu života jednotlivce [Ornstein 1979]. Obhájci této formy [mj. Kahn 1985, Kohut 1991, Poland 1984] přistupují k empatii jako k efektivní metodě, jak získat důležitá psychologická data týkající se životního kontextu člověka. Související proces pak dělí do dvou částí: na získání informací o klientovi a na následnou interpretaci těchto informací. Tato strategie umožňuje lékaři dosáhnout hlubšího porozumění pacientovým problémům, nepřímo z ní však vyplývá, že není možné vystupovat empaticky, kdykoli by si lékař přál, např. při prvním kontaktu s pacientem.

Mým cílem zde pochopitelně není argumentovat ve prospěch či neprospěch kterékoliv z výše uvedených forem; jednak bych se příliš odklonil od zvoleného tématu, jednak mi chybí hlubší psychologické zázemí. Na druhou stranu je nezbytné zohlednit jeden relevantní aspekt, který jako lingvista považuji za klíčový: všechny tři modely empatie jsou tak či onak závislé na komunikaci. Empatie musí být komunikována! Není empatie bez vzájemné komunikace! Proto se ztotožňuji s definicí Hirsche [2009], který empatii chápe jako “emotional experience between an observer and a subject in which the observer, based on visual and auditory cues, identifies and transiently experiences the subject’s emotional state. In order to be perceived as empathic, the observer must convey this understanding to the subject”. Empatii je navíc třeba odlišit od tří pojmů, které s ní sice úzce souvisí, přesto je nelze za empatii zaměňovat. Jde o (1) sympatii, (2) identifikaci a (3) projekci.

Jak mj. uvádí Black [2004] nebo Halpern [1993], účelem empatie ve zdravotnické péči je docílit porozumění pacientům a jejich problémům, a tím připravit půdu pro efektivní léčbu. Oproti tomu pojem sympatie zastupuje bezprostřední projevy účasti a náklonnosti, které nemusí nutně vycházet ze skutečného porozumění. Podle Clarka [2007] empatie terapeutický proces rozvíjí, sympatie naopak brzdí. Zatímco empatie obvykle předpokládá emoční odstup, oddělenost a objektivitu [Wispé 1986], sympatie přináší nebezpečí sloučení psychologických perspektiv terapeuta a jeho klienta [cf. mj. Kalisch 1973], což může skončit chybným terapeutickým rozhodnutím a neefektivním průběhem léčby.

Co se týká identifikace a projekce, je důležité zmínit, že podobně jako empatie také tyto pojmy podporují porozumění pacientovi. Identifikace je operace, jejímž prostřednictvím se lékař ztotožňuje s prožíváním svého klienta. Za projekci se naproti tomu považuje operace, jejímž prostřednictvím lékař přisuzuje své osobní zkušenosti pacientovi. V obou případech je nezbytné najít optimální úroveň jejich integrace do procesu interakce [Olinick 1969]. Pokud se to lékaři nezdaří, může dojít k negativní

interferenci s jeho profesním cílem stanovit přesný léčebný postup [Shapiro 1974, Strunk 1957].

Poslední termín, který si v tuto chvíli zaslouží osvětlení, je slovo důvěra. Jak, doufám, dosvědčí následující pasáže, jde o jeden z klíčových výrazů asociujících kvalitní vztah mezi lékařem a pacientem. Jednoduše řečeno se dá důvěra charakterizovat jako vztah spoléhání se jeden na druhého [Bachmann & Zaheer 2006]. Atmosféra důvěry jde ruku v ruce s pocitem blízkosti, bezpečí, intimity, vřelosti a přijetí [Vymětal 2003]. Je zřejmé, že empatie a důvěra jsou v úzkém vztahu. Empatické porozumění redukuje psychologickou hrozbu skrze budování vzájemné důvěry [cf. Clark 2007]. V kontextu lékařského interview se však nesmí zapomínat, že zatímco za vytvoření empatického prostředí nese hlavní zodpovědnost lékař, pocitu důvěry lze docílit pouze oboustranným úsilím jak lékaře, tak i pacienta.

2. Jak docílit spokojenosti a compliance pacienta

Jedním z velkých témat, jež se řeší v rámci výzkumu komunikace mezi lékařem a pacientem, je nespokojenost hlavních protagonistů s komunikačními návyky té druhé strany a s důsledky, které z těchto okolností pramení. Pacienti nejčastěji obviňují lékaře z neochoty naslouchat jim [Raffler-Engel 1989]. Většina dotázaných si přeje, aby měl jejich ošetřující lékař méně klientů, a mohl jim tak věnovat více času a pozornosti. Pacienti si dále stěžují na nedostatek prostoru pro vlastní iniciativu, na to, že jim nejsou uspokojivě zodpovězeny všechny dotazy, že je jejich lékař neustále přerušuje, málo informuje, dostatečně nevysvětluje terminologii [Wallen 1979]. Negativně hodnotili též autoritativnost a nevstřícnost lékařů a nespokojenost se týkala i způsobu, jakým lékaři pracovali s neverbální komunikací [Frankel 1983].

Aby nezazněl hlas pouze jedné zaangażované strany, je nutno dodat, že také lékaři si velmi často stěžují na neschopnost pacientů být dobrým partnerem v dialogu. Mimo jiné bylo doloženo [Pendleton & Hasler 1983], že každá čtvrtá konzultace v ordinaci praktického lékaře trpí komunikačními obtížemi, za něž je zodpovědný pacient. Tyto obtíže se dají rozdělit do dvou kategorií. Za prvé si lékaři stěžují na neschopnost pacientů pochopit informaci, kterou jim předávají. Za druhé jsou nespokojeni se způsobem, jakým pacienti s informací nakládají [cf. McManus 1992]. Lékaři kritizují zejména nerespektování svých doporučení. Ukázalo se [Ley 1983], že existuje pouze přibližně padesáti procentní šance, že pacient lékaře uposlechne a skutečně se bude řídit jeho pokyny. Honzák [1999] mj. tvrdí, že dokonce i velmi inteligentní pacienti odchází z ordinace s vědomím, že si zapamatovali pouze jednu třetinu poskytnutých informací týkajících se léčby.

Výsledky průběhu lékařské konzultace se nejčastěji třídí do tří kategorií: na výsledky (1) bezprostřední (immediate), (2) následné (intermediate) a (3) dlouhodobé (long-term) [Pendleton]. Bezprostřední výsledky zahrnují míru pacientovy spokojenosti s konzultací, zda si zapamatoval instrukce a doporučení lékaře a nakolik porozuměl závažnosti zdravotního problému. Následné výsledky lze zhodnotit teprve s určitým časovým odstupem, obvykle během další, kontrolní návštěvy ordinace, kdy lékaři zjistí,

zda a jak se pacienti drželi detailů léčby (compliance). Dlouhodobé výsledky se týkají samotných změn zdravotního stavu, jeho zlepšení, případně jiných dopadů léčby.

Jak ilustruje shrnutí studií [Pendleton 1983, pp. 38-39]), jež vyhodnocuje průběh lékařských konzultací z hlediska spokojenosti pacientů (tj. bezprostřední výsledky), pacienti odcházejí z ordinace spokojeni, pokud se k nim ošetřující lékař chová laskavě a přátelsky. Spokojenost pacientů dále koreluje s hovornými lékaři, kteří pacienta sami od sebe dostatečně informují, a to nejen o problému samotném, ale také o jeho příčinách. Pozitivně jsou hodnoceni taktéž lékaři, kteří se nebrání do rozhovoru zapojit více neformálních a nemedicínských témat. Spokojenost pacientů se navíc zdá být ve vzájemném vztahu se schopností lékařů klást empatické otázky a vhodně užívat neverbálních prostředků komunikace. Naopak nespokojenost pacientů je často dávana do souvislostí s lékaři, kteří kladou přespříliš zavřených otázek a z jejichž strany necítí pacienti dostatek podpory.

Co se týká hodnocení průběhu konzultací z hlediska compliance pacientů [viz Pendleton 1983, p. 44], tedy vyhodnocení následných výsledků, ukazuje se, že pacienti dodržují léčebná doporučení, pokud se lékařům daří uvolňovat napětí, pokud vše dostatečně vysvětlují a objasňují, a to navíc jazykem, který je pacientům srozumitelný. Významnou proměnnou jsou taktéž otázky pacientů. Čím více je pacientům umožněno ptát se (a pochopitelně získat odpovědi), tím větší je pravděpodobnost, že budou plnit lékařova doporučení. Compliance je třeba též vnímat ve vazbě na spokojenost pacientů. A konečně pacienti s lékařem spolupracují v případech, kdy jsou naplněna očekávání, s nimiž do ordinace přišli.

Pokud jde o dlouhodobé výsledky, je pochopitelné, že spokojení pacienti jsou ti, kteří zaznamenají zlepšení svého zdravotního stavu [viz Woolley et al. 1978]. Některé studie potvrzují, že existuje vazba mezi účinnou léčbou na straně jedné a vnímavostí lékaře k psychosociálním problémům pacienta na straně druhé [Romm et al. 1976]. Co si na tomto místě zaslouží připomenutí, je zajímavá skutečnost, že když se pacienti rozhodnou změnit svého ošetřujícího lékaře, tak důvodem obvykle nebývá ani tak nespokojenost s jeho profesní kompetencí, jako spíše pocit nedostatku porozumění, vcítění, důvěry, péče, vřelosti, zájmu a motivace ze strany lékaře [Mechanic 1964].

Tím se ještě jednou dostáváme k těm zdrojům nespokojenosti pacientů, které souvisí s komunikačními problémy lékařů, a to napříč všemi obory. Jak dokládají Mathews & Steptoe [1988], 35 % z pacientů, které podrobili svému výzkumu, je nespokojeno se způsobem, jakým komunikují praktičtí lékaři, 39 % z nich má výhrady ke komunikaci psychiatrů a celých 36 % kritizuje verbální projevy dalších specialistů. Ty výzkumné projekty, které se zaměřily na konkrétní jazykové chování lékaře [Roter & Hall 1992], dokládají, že zdravotníci nejsou zběhlí v těchto sférách verbálního kontaktu: hned 50 % má potíže se správným kladením zjišťovacích (zavřených) otázek, 26 % s otázkami doplňovacími (otevřenými), 55 % nezvládá strategie, jak získat důležitá fakta týkající se diagnózy, 15 % má zásadní potíže s přiměřeným předáváním informací pacientům.

Co tato zjištění naznačují? Je zcela nepochybné, že efektivita rozvoru lékaře s pacientem má zásadní vliv na výsledky léčebného procesu. Proto je nezbytné redukovat

nespokojenost obou účastníků rozhovoru. Každý pacient si přeje, aby se s ním zacházelo jako s člověkem, ne jako s nemocí, a chce mít jistotu, že lékař rozumí také nemedicínským aspektům jeho onemocnění. To pochopitelně neznamená, že se mají lékaři vzdát všech standardních postupů. Pouze by je měli obohatit o aspekty kognitivní a emoční péče. Pacienti budou spokojenější, začnou dbát doporučení svých lékařů, a tím si vyslouží jejich důvěru. Vzájemná spolupráce ve slovech i činech pak zefektivní průběh léčby.

Jinými slovy je v rámci lékařských konzultací vhodné uplatňovat na pacienta/klienta orientovaný přístup. Věřím, že se všichni shodneme na tom, že primárním cílem medicíny je především léčit pacienta, nikoli pouze odstraňovat symptomy nemoci. Jak zdůrazňuje Balint [1955], v medicíně nejde jen o tabletky, ale také o způsob, jakým je lékař pacientovi dává, vlastně o celkovou atmosféru, v níž je lék předepisován. S odkazem na tyto souvislosti Raskin [2001] dodává, že v rámci přístupu orientovaného na pacienta neexistuje koncept, který by byl významnější než empatie. Podle Halperna [2003] má empatie okamžité terapeutické účinky, zejména co se týká snížení úzkosti. K tomuto názoru se přidává Adler [1997], který tvrdí, že pacient, jenž důvěřuje svému lékaři a je přesvědčen o jeho porozumění zdravotním potížím, jimž je vystaven, častěji s lékařem sdílí svůj životní příběh, což může mít pozitivní účinek na průběh léčení. Tento postup je obzvláště důležitý u pacientů, kteří nejsou příliš otevření, své psychosociální problémy skrývají, takže jediné z čeho může lékař usuzovat na skutečnou povahu onemocnění, je jeho fyzická manifestace; v takovém případě však může dojít k diagnostické chybě. Vedle toho všeho se nesmí zapomínat, že empatictí lékaři lépe čelí syndromu vyhoření [Anfosi & Numico 2004].

3. Cesta k zefektivnění komunikace a léčby

Na pacienta/klienta orientovaný přístup, tedy takový, který zohledňuje nejen fyzickou stránku zdravotního problému, ale také jeho složku kognitivní a emoční, vyžaduje po lékaři mnohem sofistikovanější komunikační dovednosti, než když se lékařská konzultace zabývá výhradně biomedicínskými tématy. Zatímco nemoci a jejich symptomy jsou, zjednodušeně řečeno, stále stejné, každý pacient je jiný. Empatický a důvěryhodný lékař bere tuhle skutečnost v potaz a snaží se porozumět specifikům jednotlivých pacientů a jejich potížím. Rozhodně nesouhlasím s názorem některých zdravotníků, kteří tvrdí, že nedokáží obměnit navyklý, ritualizovaný styl komunikace. Stejně jako by učitel měl umět podle potřeb studenta komunikovat jednou jako logotrop a v jiné situaci jako paidotrop, tak by i lékař měl umět podle potřeb svého pacienta budovat komunikaci někdy vztah partnerský, jindy paternalistický [cf. Vymětal 2003, p. 148].

Vymětalovu charakteristiku na pacienta zaměřených postojů lze využít jako odrazový můstek pro určení relevantních diskursivních strategií s vazbou na budování klimatu empatie a důvěry. Rámcově se více či méně shoduje s detailnějšími modely a návody konzultačních stylů, jak je pro anglickou jazykovou oblast vymezili mj. Byrne & Long [1976] a Mishler [1984], za španělský jazykový region např. Cordella [2004], v

českém kontextu pak Honzák [1999], Linhartová [2007] a Janáčková s Weissem [2008]. Jejich usouvztažením a zobecněním dosáhneme následujícího výčtu komunikačních strategií: naslouchejte, nechte pacientovi prostor pro to být aktivní, pracujte s tichem, s neverbální komunikací, nepřerušujte, užívejte spíše otevřené otázky, využívejte slov a nápadů pacienta, ptejte se pacienta na jeho názor, buďte přátelští, pozorní, chápající, dávejte podporu, projevujte zájem, soucit a porozumění, uvolňujte napětí, informujte, vysvětlujte, reflektujte, objasňujte, interpretujte, zkuste zapojit pacienta do rozhodování o podobě léčebného procesu.

4. Závěr

Co říci na závěr? Snad jen že jsem si vědom komplexnosti lékařské péče i samotného dialogu lékaře s pacientem a jsem dalek toho předkládat zjednodušené soudy o tom, jak spásné bude, když po vstoupení do ordinace spatří pacient lékaře s aurou svatého. Tak jako se liší pacienti, liší se i jejich lékaři, podobně jako pacienti chtějí, aby se s nimi zacházelo jako s lidmi, tak ani lékaři nejsou stroje na výrobu zdraví. Významnou roli v rozhovoru hraje, zda je lékař muž či žena, v jaké věkové kategorii se pohybuje, z jakého rodinného, kulturního, náboženského aj. zázemí pochází. Klíčovým faktorem pro volbu stylu konzultace a konkrétních diskursivních strategií je lékařská specializace. Záleží na tom, zda je lékař onkolog, patolog nebo zubař. Na medicínu orientovaný přístup může být v určitých případech mnohem efektivnější než volba na pacienta orientovaného přístupu. Bylo mnohokrát doloženo, že někteří pacientu tento přístup dokonce vyžadují [Gwyn 2002, Silverman 1987].

Je to ale právě tato komplexnost, která si zaslouží, aby se jí věnovala pozornost. Bylo by chybné zneužít ji jako argument, proč komunikaci mezi lékařem a pacientem nestudovat. Neexistence univerzálních pravidel neznamená neexistenci jakýkoliv pravidel. Myslím si, že empirický výzkum, jehož výsledky jsem se zde snažil představit, dostatečně potvrdil, nakolik může být zapojení komunikačních strategií s vazbou na empatii a důvěru prospěšné efektivitě komunikace i samotného léčebného procesu. Bohužel zde nebyl prostor představit výsledky mé vlastní analýzy, která k tématu přistupovala ze (socio)lingvistických pozic [Černý 2012]. Stejně tak se málo prostoru věnovalo komunikačním stylům pacienta. Věřím ale, že bude ještě příležitost tyto otevřené otázky zodpovědět při jiné příležitosti.

Literatura

1. Anfossi, M., Numico, G. Empathy in Doctor–Patient Relationship. *Journal of Clinical Oncology* 22, 2004, pp. 2258-2259.
2. Bachmann, R., Zaheer, A. eds. *Handbook of Trust Research*. Cheltenham: Edward Elgar, 2006.
3. Bachrach, H. M. Empathy: We Know What We Mean, but What Do We Measure? *Archives of General Psychiatry* 33, 1976, pp. 35-38.
4. Balint, M. The Doctor, the Patient, and the Illness. *Lancet* 1, 1955, pp. 683-688.

5. Black, D. Sympathy Reconfigured: Some Reflections on Empathy, Sympathy, and the Discovery of Values. *International Journal of Psycho-Analysis* 85, 2004, pp. 579-596.
6. Byrne, P., Long, B. *Doctors Talking to Patients*. Exeter: Royal College of General Practitioners, 1976.
7. Carkhuff, R., Berenson, B. *Beyond Counseling and Therapy*. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1977.
8. Clark, A. *Empathy in Counseling and Psychotherapy*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 2007.
9. Cordella, M. *The Dynamic Consultation. Discourse Analytical Study of Doctor-Patient Communication*. Philadelphia: John Benjamins, 2004.
10. Černý, M. *Discourse of Medicine Revisited. On Conveying Empathy and Trust in English Medical Consulting*. Ostrava: University of Ostrava, 2012.
11. Frankel, R. The Laying on of Hands: Aspects of the Organization of Gaze, Touch, and Talk in a Medical Encounter. In Fisher, S., Todd, A. (eds.). *The Social Organization of Doctor-Patient Communication*. Washington, D.C.: The Center for Applied Linguistics, 1983, pp.19-54.
12. Gwyn, R. *Communicating Health and Illness*. London: SAGE, 2002.
13. Halpern, J. What is Clinical Empathy? *Journal of General Internal Medicine* 18, 2003, pp. 670-674.
14. Herzka, H. The Dialogics of a Doctor-Patient Relationship. In von Raffler-Engel, W. (ed.). *Doctor-Patient Interaction*. Amsterdam: Benjamins, 1989, pp. 159-180.
15. Hirsch, E.: The Role of Empathy in Medicine: A Medical Student's Perspective. Accessed November 18, 2009. <http://virtualmentor.ama-assn.org/2007/06/medu1-0706.html>
16. Honzák, R. *Komunikační pasti v medicíně*. Praha: Galén, 1999.
17. Hunsdahl, J. Concerning Einfühlung (Empathy): A Concept Analysis of Its Origin and Early Development. *Journal of the History of the Behavioral Sciences* 3, 1967, pp. 180-191.
18. Janáčková, L., Weiss, P. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál, 2008.
19. Kahn, E. H. Kohut and C. Rogers: A Timely Comparison. *American Psychologist* 40, 1985, pp. 893-904.
20. Kalish, B. What is Empathy? *American Journal of Nursing* 73, 1973, pp. 1548-1552.
21. Kinsey, J., et al. Patients' Satisfaction and Reported Acceptance of Advice in General Practice. *Journal of Royal College General Practice* 25, 1975, p. 558.
22. Kohut, H. On Empathy. In Ornstein, P. (ed.). *The Search for the Self: Selected Writings of Heinz Kohut: 1978-1981*. Madison: International Universities Press, 1991, pp. 525-535.
23. Kuyenhoven, M. M., et al. Diagnostic Styles of General Practitioners Confronted with Ambiguous Symptoms. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 7, 1989, pp. 43-48.
24. Linhartová, V. *Praktická komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 2007.

25. Marcia, J. Empathy and Psychotherapy. In Eisenberg, N., Strayer, J. (eds.). *Empathy and Its Development*. New York: Cambridge University Press, 1987, pp. 81-102.
26. Mathews, A., Steptoe, A. *Essential Psychology for Medical Practice*. New York: Churchill Livingstone, 1988.
27. McManus, C. *Psychology in Medicine*. Oxford: Butterworth Heinemann, 1992.
28. Mearns, D. *Developing Person-Centered Counseling*. London: Sage, 2003.
29. Mechanic, D. *Politics, Medicine and Social Science*. New York: Wiley, 1974.
30. Mishler, E. *The Discourse of Medicine*. Norwood: Ablex Publishing Corporation, 1984.
31. Olinick, S. On Empathy, and Regression in Service of the Other. *British Journal of Medical Psychology* 42, 1969, pp. 41-49.
32. Ornstein, P. Remarks on the Control Position of Empathy in Psychoanalysis. *Bulletin of the Association for Psychoanalytic Medicine* 18, 1979, pp. 95-108.
33. Pendleton, D. Doctor-Patient Communication: A Review. In Pendleton, D., Hasler, J. (eds.). *Doctor-Patient Communication*. London: Academic Press, 1983, pp. 5-56.
34. Raffler-Engel, W. ed. *Doctor-Patient Interaction*. Amsterdam: John Benjamins, 1989.
35. Pigman, G. Freud and the History of Empathy. *International Journal of Psycho-Analysis* 76, 1995, pp. 237-256.
36. Poland, W. On Empathy In and Beyond Analysis. In Lichtenberg, J., Bornstein, M. (eds.). *Empathy I*. Hillsdale: The Analytic Press, 1984, pp. 331-349.
37. Raskin, N. The History of Empathy in the Client-Centered Movement. In Haugh, S., Merry, T. (eds.). *Rogers Therapeutic Conditions: Evolution, Theory and Practice II*. Ross-on-Wye: PCCS Books, 2001, pp. 277-285.
38. Rogers, C. The Attitude and Orientation of the Counselor in Client-Centered Therapy. *Journal of Consulting Psychology* 13, 1949, pp. 82-94.
39. Rogers, C. *Client-Centered Therapy: Its Current Practice, Implications, and Theory*. Boston: Houghton Mifflin, 1951.
40. Rogers, C. Client-Centered Therapy. In Arieti, S. (ed.). *American Handbook of Psychiatry*. New York: Basic Books, 1966, pp. 183-200.
41. Rogers, C. *A Way of Being*. Boston: Houghton Mifflin, 1980.
42. Romm, F., et al. Correlates of Outcomes in Diabetes Mellitus. *Medical Care* 14, 1976, pp. 765-765.
43. Roter, D., Hall, J. *Doctors Talking with Patients/Patients Talking with Doctors*. Westport: Auburn House, 1992.
44. Shapiro, T. Development and Distortion of Empathy. *Psychoanalytic Quarterly* 43, 1974, pp. 4-25.
45. Silverman, D. *Discourse of Counseling: HIV Counseling as Social Interaction*. London: Sage, 1997.
46. Strunk, O. Empathy: A Review of Theory and Research. *Psychological Newsletter* 9, 1957, pp. 47-57.

47. Vymětal, J. *Lékařská psychologie*. Praha: Portál, 2003.
48. Wallen, J., et al.: Physicians Stereotypes about Female Health and Illness. *Women and Health* 4, 1979, pp. 135-146.
49. Wispé, L. History of the Concept of Empathy. In Eisenberg, N., Strayer, J. (eds.). *Empathy and Its Development*. New York: Cambridge University Press, 1987, pp. 17-37.
50. Woolley, F., et al. The Effects of Doctor–Patient Communication on Satisfaction and Outcome of Care. *Soc. Sci. Med.* 12, 1978, pp. 123-128.

Summary

The present paper offers partial results of a long-term project aimed at the inquiry into the field of medical interviewing. More specifically, it deals with the meaning and value of empathy and trust in general practice consultations. Firstly, it introduces both terms, with the main focus given to empathy. Secondly, it examines the interrelation between empathy, trust, and outcome-based research, stressing the importance of patient's satisfaction and her compliance with the advice given by the doctor. Thirdly, it offers a list of selected communicative strategies capable of conveying empathy and trust during the medical interview.

ХАРАКТЕРИСТИКА ФОНЕТИКО-ФОНОЛОГІЧНОЇ СТРУКТУРИ СЕРЕДНЬОБАВАРСЬКОЇ ГОВІРКИ ЗАКАРПАТТЯ

Чолос Іван

Ужгородський національний університет

Фонетико-фонологічний аналіз структури середньобаварської австрійської (надалі СБА) говірки Тересвянської долини Закарпаття підтверджує її південнонімецьке походження і приналежність до середньо-баварської говірки району Бад Ішля Австрії, який утворює перехідну зону між середньобаварськими і південнобаварськими діалектами.

Система вокалізму СБА говірки складається з 9 довгих звуків: **а:, ε:, е:, ø:, о:, і:, у:, и:,** 9 коротких звуків **а, ε, е, œ, ə, ѓ, і, у, u** та 9 дифтонгів **æ, əø, áо, іá:, іé:, uá:, úа, uó:, óи.**

Подовження голосних в СБА говірці, як і в середньобаварській говірці району Бад Ішля, відбувається: