

KOMUNIKACE V DIABETOLOGICKÉ PRAXI

Kniha byla vydána za laskavé podpory společností:



MUDr. Josef Štefánek
MUDr. Jozefína Štefánková

KOMUNIKACE V DIABETOLOGICKÉ PRAXI

maxdorfjessenius

DŮLEŽITÉ UPOZORNĚNÍ

Autoři i nakladatel vynaložili velkou péči a úsilí, aby všechny informace v knize obsažené týkající se dávkování léků a forem jejich aplikace odpovídaly stavu vědy v okamžiku vydání. Nakladatel však za údaje o použití léků, zejména o jejich indikacích, kontraindikacích, dávkování a aplikačních formách, nenese žádnou odpovědnost, a vylučuje proto jakékoli přímé či nepřímé nároky na úhradu eventuálních škod, které by v souvislosti s aplikací uvedených léků vznikly. Každý uživatel je povinen důsledně se řídit informacemi výrobců léčiv, zejména informací přiloženou ke každému balení léku, který chce aplikovat.

Ochranné obchodní známky (chráněné názvy) léků ani dalších výrobků nejsou v knize zvlášť zdůrazňovány. Z absence označení ochranné známky proto nelze vyvozovat, že v konkrétním případě jde o název nechráněný.

Toto dílo, včetně všech svých částí, je zákonem chráněno. Každé jeho užití mimo úzké hranice zákona je nepřipustné a je trestné. To se týká zejména reprodukování či rozšiřování jakýmkoli způsobem (včetně mechanického, fotografického či elektronického), ale také ukládání v elektronické formě pro účely rešeršní i jiné. K jakémukoli využití díla je proto nutný písemný souhlas nakladatele, který také stanoví přesné podmínky využití díla. Písemný souhlas je nutný i pro případy, ve kterých může být udělen bezplatně.

Edice MEDICA

Šéfredaktorka: Mgr. Šárka Mašková

© Josef Štefánek, Jozefína Štefánková, 2020

© Maxdorf, 2020

Illustrations © Maxdorf, 2020

Cover layout © Maxdorf, 2020

Cover illustration © Jiří Hlaváček

Vydal Maxdorf s. r. o., nakladatelství odborné literatury, Na Šejdru 247/6a, 142 00 Praha 4

e-mail: info@maxdorf.cz, internet: www.maxdorf.cz

Jessenius® je chráněná značka [No. 267113] označující publikace určené odborné zdravotnické veřejnosti

Odpovědný redaktor: PharmDr. Aleš Dvořák, MBA

Obálka ilustrace: Jiří Hlaváček

Sazba: Jan Štěpánek

Tisk: Books Print s.r.o.

Printed in the Czech Republic

ISBN 978-80-7345-673-3

AUTOŘI

- **MUDr. Josef Štefánek**, Zdravotnické zařízení Ministerstva vnitra, Hradec Králové
- **MUDr. Jozefína Štefánková**, StefaMed s.r.o., Hradec Králové

OBSAH

1	Úvod	9
	Transakční analýza	10
	Motivační rozhovory	11
2	Dva rozhovory	13
3	Egostavy a hry	17
	Psychologické hry a Dramatický trojúhelník	22
	Vztahový rámec	28
4	Změna	33
	Fáze změny	33
	Léčba znamená změnu	39
	Komunikační styly	41
	Ambivalence	43
	Napravovací a obhajovací reflex	43
	Naděje	44
	Cyklus změny	44
5	Základní principy komunikace s pacienty	46
	Partnerský vztah	50
	Přijetí	51
	Ocenění	52
	Evokace	54
	Soucítění	54
6	Základní komunikační techniky	57
	Překážky v komunikaci	57
	Pasti	58
	Reflexe	60
	Shrnutí	65
	Otevřené otázky	65
	Ocenění	66
	Nabídka informací	67
	Základní komunikační techniky a vztahový rámec	68

7	Další komunikační techniky	74
	Facilitace spontánní řeči pacienta	74
	Vyjádření obav	74
	Normalizace	75
	Podpora autonomie	76
	Brainstorming	77
8	Řeč změny a řeč statu quo	79
	Využití řeči změny v léčbě	80
	Co můžeme považovat za úspěch?	81
	Komunikační nástroje podporující změnu	82
9	Fáze léčby	88
	Navázání vztahu	88
	Zaměření	89
	Evokace	92
	Plánování	93
10	Hranice	101
	Fyzické hranice	102
	Psychologické hranice	102
	Profesionální a etické hranice	103
11	Co dělat, když se pacient v ordinaci rozpláče	106
12	Rozpor a konflikt	109
13	Další vzdělávání	113
	Motivační rozhovory	113
	Transakční analýza	114
14	Klíč ke cvičením	115
	Kapitola 3	115
	Kapitola 4	117
	Kapitola 6	117
	Kapitola 7	121
	Kapitola 8	124
	Kapitola 9	127
	Kapitola 10	128
	Medailonky autorů	129
	Anotace	130
	Summary	131
	Literatura	132
	Rejstřík	133

1 ÚVOD

Můžeš dovést koně až k řece, ale napít se musí sám.

České přísloví

Časy se mění. Před sto lety byli pan doktor, pan učitel a pan farář nedotknutelnými autoritami. Od té doby se mnoho věcí změnilo. Pan farář už dávno není autoritou, učitel mnohdy jen těžko hledá cestu ke svým žákům. My lékaři jsme na tom podobně. Demokracie ve společnosti se promítá do myšlení lidí vůbec. „Je to můj život, takže si o něm můžu rozhodovat a nikdo mi do něho nemá co mluvit, ne?“ Volný přístup k informacím vede k tomu, že pacient toužící po porozumění své nemoci zdaleka není závislý jen na názoru a radě svého ošetřujícího lékaře. Tak jako na politické úrovni se někdy neubráníme údivu při konfrontaci s názory některých svých spoluobčanů, obdobně můžeme být překvapeni tím, jak svou nemoc chápou a jak s ní pracují naši nemocní. Někdy nám dokonce jejich přístup může připadat nezodpovědný, krátkozraký, lhostejný či zaslepený.

V politice jsou naše způsoby, jak ovlivnit názory druhých, jen omezené. Můžeme s nimi diskutovat, nabízet informace, ukazovat výhody a nevýhody určité situace či možnosti řešení. Tím naše možnosti končí. Doba, kdy nám mohl někdo nařídít, jak máme myslet, koho máme volit nebo koho oslavovat, je naštěstí (a snad už navždy) pryč. Podobně je tomu však i při léčení pacientů. Ať je naše představa o optimální léčbě pacienta jakákoli, vždy závisí jen a pouze na nemocném, zda se jí bude dotýčný řídit či ne, zda bude námi doporučené léky užívat, nebo jestli recept hodí do koše, jestli bude dodržovat dietní a pohybový režim, nebo si bude ničit zdraví přemírou cukrů a tuků a nedostatkem pohybu. Pocit moci, vědomí, že víme, v čem spočívá pacientův problém a jak jej řešit, může být velmi snadno vystřídán frustrací z bezmoci a marnosti.

Doléhá na nás také tlak na výkon a kvalitu. Odborné autority vypracovávají doporučené postupy a pravidla, podle kterých je třeba se řídit, aby byla naše léčba ta „správná“. Pokud tyto požadavky nesplníme, snadno můžeme nabýt dojmu, že jsme nezodpovědní nebo neschopní. Když se léčba nedaří, můžeme mít zkrátka pocit, že to je naše vina. „Jak to, že to jde jiným a mně ne?“ Samozřejmě i možné právní důsledky odborného pochybení nám na klidu nepřidávají. „Udělal jsem všechno tak, jak to šlo nejlépe? Nemohl jsem něco udělat jinak?“

Můžeme přesunout vinu za selhání na pacienta. Je líný, lhostejný, nechápavý, vzdorovitý, tvrdohlavý. Opakujeme mu stále to samé a on dělá stále stejnou chybu. Jako by nechtěl, nebo ani neuměl pochopit, co je pro něj to správné. „Je sice inženýr, ale co se týče cukrovky, chová se jako malé dítě.“ Tímhle přístupem se sice zbavujeme sami před sebou zodpovědnosti, ale situaci neřešíme. Pacient dostává nálepkou nezodpovědného nemocného, která se s ním nejspíš bude další roky táhnout a bude nám bránit v konstruktivní práci.

Do toho ještě vstupuje systém finančního ohodnocení, který se odvíjí od počtu provedených výkonů bez ohledu na kvalitu a příliš nás nemotivuje dělat svou práci co nejlépe a ve prospěch pacienta. V této nelehké situaci máme na výběr. Můžeme setrvávat u zaužívaných postupů a stěžovat si na nedokonalost našich pacientů či systému nebo se ubíjet pocity selhání. Nebo můžeme začít hledat nové přístupy a nové metody řešení.

Co všechno ovlivňuje náš vztah s pacientem? Jak pacientovi předávat informace? Jak pracovat s nemotivovaným pacientem? Jak rozpoznat a nepromarnit chvíli vhodnou ke změně? Na tyto otázky se pokusíme nabídnout odpovědi v naší knize.

Komunikace s nemocnými není jednoduchá a učíme se ji celý život. Na lékařských fakultách se tomuto tématu věnuje jen málo času, a tak většina z nás tuto dovednost rozvíjí až v praxi. Učíme se z vlastních zkušeností, hledáme „návod“ v psychologických knihách, na různých seminářích a workshopech. Dokonce můžeme absolvovat i několikaletý psychoterapeutický výcvik. V této knize bychom se rádi podělili o své zkušenosti s využitím dvou základních přístupů, transakční analýzy a motivačních rozhovorů.

TRANSAKČNÍ ANALÝZA

V době, kdy Eric Berne (1910–1970), zakladatel transakční analýzy, absolvoval psychoterapeutický výcvik, byla nejčastěji používanou léčebnou metodou psychoanalýza. Terapie trvala roky a byla velmi finančně náročná. Psychoanalýza používala mnoho složitých pojmů, které byly pro nemocné nesrozumitelné. Moc tak zůstávala na straně terapeuta, byl „tím, který ví“. Bernova nespokojenost postupně rostla. Nakonec se od psychoanalýzy myšlenkově zcela oddělil a rozhodl se vytvořit vlastní metodu, daleko jednodušší a názornější. Místo toho, aby pracoval s abstraktními pojmy, zaměřil se na to, co se dalo pozorovat. Sledoval, jak nemocný s okolím komunikuje. Posiloval samostatnost a soběstačnost pacientů. Snažil se, aby nemocný svému zdra-

votnímu stavu porozuměl, na léčbě spolupracoval a mohl ji aktivně ovlivnit. Říkal, že aby byla léčba efektivní, je třeba s nemocným komunikovat jednoduchým jazykem srozumitelným pro osmileté dítě. Termíny jako Dospělý, Rodič, Dítě, pohazení či hry vstoupily do všeobecného povědomí. Místo roky trvající hlubinné analýzy s nejistým výsledkem léčbu směřoval co nejjednodušeji k cíli. Nehledal skrytá traumata a frustrace z dětství, zaměřil se na situaci tady a teď.

MOTIVAČNÍ ROZHOVORY

Vzniku motivačních rozhovorů předcházela průkopnická práce Carla Rogerse (1902–1987), jednoho z nejvlivnějších psychologů dvacátého století. Svým přístupem zaměřeným na člověka (person-centered approach) zreformoval práci psychoterapeutů a jeho přínos je srovnáván i s prací samotného Sigmunda Freuda (1856–1939). Rogers zdůrazňoval význam naslouchání a empatie při práci s nemocnými. Doporučoval partnerský vztah mezi terapeutem a pacientem jako protipól tehdejší běžné praxe, tedy paternalistického přístupu.

Motivační rozhovory samy mají již více než čtyřicetiletou historii. Jejich zakladatel William R. Miller (nar. 1947) Rogersův přístup dále rozvíjel. Hledal způsob, jak efektivněji pracovat s drogově závislými a alkoholiky. Asi tušíme, že to byla opravdová výzva. Nejenže řada z nich nebyla k léčbě motivovaná, mnozí žili na okraji společnosti. Někteří se k němu dostali dokonce na základě soudního nařízení. Přesto se mu po několika letech podařilo vyvinout způsob, který komunikaci s těmito lidmi usnadňoval. V jednom výzkumu Miller zkoumal efekt edukace u ambulantních pacientů. Části dal pouze leták, část se účastnila opakovaných edukačních sezení s lékaři. A výsledek byl překvapivý – obě skupiny měly podíl abstynujících stejný! Miller však šel dál a porovnal výsledky různých terapeutů mezi sebou. A zjistil, že i když průměrná účinnost je srovnatelná s letáky, mezi jednotlivými lékaři jsou velké rozdíly. Někteří byli o hodně úspěšnější než pouhé čtení a jiní naopak měli výsledky horší. Miller proto začal zkoumat přepisy rozhovorů mezi terapeuty a pacienty a hledat rozdíly. Popsal postupy a techniky, které zvyšovaly, nebo snižovaly šanci na změnu. Později se k Millerovi přidal ještě Stephen Rollnick (nar. 1952) a společně tuto metodu dále rozvíjeli.

Časem se ukázalo, že principy objevené Millerem a Rollnickem jsou univerzální, že se týkají jakékoli mezilidské komunikace, při které je cílem změna chování. Kromě různých oborů medicíny včetně diabetologie

si motivační rozhovory našly cestu i do dalších oblastí činnosti, např. do poradenství, pedagogiky, sociální práce, probační a mediační služby nebo vězeňství. V současné době je k dispozici již přes tisíce studií, které jejich účinnost potvrzují (Controlled Clinical Trials Involving Motivational Interviewing, 2020).

Velkou výhodou motivačních rozhovorů je relativní jednoduchost techniky. Dají se zvládnout během několika týdnů či několika málo měsíců. Další výhodou je možnost objektivně posoudit kvalitu práce terapeuta, např. v rámci výzkumu či tréninku. Audio či video nahrávky sezení je možno kvantitativně popsat a výsledky statisticky zpracovat. Existují i oficiální školení pro pracovníky, kteří tyto záznamy analyzují.

Další předností je, že motivační rozhovory jsou schopny i ušetřit čas lékaře a zefektivnit práci celkově. Sníží se frekvence konfliktních situací a práce je více zaměřená na to, co nemocný doopravdy potřebuje.

Motivační rozhovory jsou především dovedností. Nejde tedy jen o znalosti, které můžeme načerpat z literatury či krátkého kurzu. Nejdůležitější je každodenní praxe. Pokud se nám podaří překonat úvodní pochybnosti, odměnou nám bude kladná reakce našich nemocných.

2 DVA ROZHOVORY

Začněme rovnou příkladem. Nejprve si přečtete tyto dva rozhovory lékaře (L) s pacientem (P). Pravému sloupečku v tuto chvíli nemusíte věnovat pozornost.

Rozhovor 1

L: Minule jsme se domlouvali, že se budete čtyřikrát denně měřit. Jak to dopadlo?	Otevřená otázka.
P: No, měřila jsem se, ale nebylo to čtyřikrát denně.	
L: Tak kolikrát?	Uzavřená otázka.
P: No, jednou, a někdy i dvakrát.	
L: Takže jste nesplnila, na čem jsme se domluvili. Máte výsledky?	Kritizování. Uzavřená otázka.
P: Tady (ukazuje výsledky, lehce se jí chvěje hlas).	
L: Dobře, prvních čtrnáct dní jste se aspoň občas změřila. A co dál?	<i>Znevažování</i> úsilí nemocné („aspoň občas“). <i>Otevřená otázka</i> (Ve skutečnosti ale opět <i>kritizování</i> – další měření zjevně nejsou k dispozici).
P: No, pak se mi vybila baterie v glukometru. Koupila jsem si novou. Ale pak jsem nevěděla, jak ho nastavit.	
L: (podrážděně) mohla jste se podívat do návodu. A navíc, glukometr funguje i bez nastavení. Z těchhle hodnot toho moc nezjistíte. Třeba tady, měla jste osmnáct. Co jste s tím dělala?	<i>Podávání informací bez povolení.</i> <i>Znevažování</i> schopností pacientky. <i>Otevřená otázka.</i>
P: Zvýšila jsem si dávku o jednu jednotku.	
L: To je málo. Když jsme u vás počítali inzulínovou senzitivitu, říkala jsem vám, že jedna jednotka inzulínu vám sníží glykemii o dva milimoly. Měla jste si připíchnout čtyři až pět jednotek.	<i>Kritizování.</i>

P: Když já jsem se bála hypoglykemie.	
L: To by tak nekleslo. A i kdyby, víte, jak hypoglykemií poznáte a co máte dělat.	<i>Bagatelizace problému a obav nemocné.</i>
P: Hm.	
L: Ale vy jste si pak ani glykemií nezkontrolovala, takže ani nevíte, o kolik to kleslo. Když si navyšujete dávku, je potřeba tu glykemií zkontrolovat. Ta kompenzace není dobrá, musíte o sebe víc pečovat. Blíží se vám třicítka, určitě budete chtít děti a takhle by to nešlo. Při těchhle hodnotách hrozí vysoké riziko potratů, a to dítě může být postižené. To byste chtěla, žít potom s výčitkami, že jste se měla cukrovce víc věnovat?	<i>Kritika, znevažování úsilí nemocné. Vyhrožování. Vydírání.</i>

Rozhovor 2

L: Co je od minula nového?	<i>Otevřená otázka.</i>
P: No, jak jsme se minule bavily, začala jsem se měřit. No, ale čtyřikrát denně to nebylo.	
L: Dříve jste se neměřila vůbec a nyní se měříte.	<i>Ocenění.</i>
P: Ano. No, popravdě, měřila jsem se čtrnáct dní a pak se mi vybila baterie v glukometru. Tak jsem vyměnila baterii.	
L: Vznikl problém s glukometrem a dokázala jste ho vyřešit.	<i>Ocenění.</i>
P: Hm. No ale pak jsem nevěděla, jak ten glukometr nastavit. Tak jsem se radši neměřila, abych to neudělala špatně.	
L: Měla jste strach, aby vám to neukazovalo nesprávné hodnoty.	<i>Komplexní reflexe – odhaluje související emoce.</i>
P: Ano.	
L: Chtěla byste ke glukometru něco slyšet?	<i>Nabídka informací.</i>

P: Určitě.	
L: I když glukometr není nastavený, měří dobře. Bude tam jenom chybný čas a den měření.	<i>Poskytnutí informací.</i>
P: Aha. Takže jsem se mohla měřit dál.	
L: Chtěla byste se podívat, jak glukometr nastavit?	<i>Nabídka informací.</i>
P: Ano, ráda.	
L: V minulosti jste se neměřila vůbec a teď jste se byla schopná pravidelně měřit. Co vedlo k té změně?	<i>Reflexe — srovnání minulosti se současností. Otevřená otázka zkoumající motivaci nemocné.</i>
P: No, víte, už se mi blíží třicátka a s přítelem jsme mluvili o tom, že bychom chtěli dítě. Není to ještě definitivní, ale pokud bych se rozhodla otěhotnět, ta cukrovka by měla být lepší.	
L: Přistupujete ke svému zdraví a zdraví miminka zodpovědně.	<i>Ocenění.</i>
P: Snažím se.	
L: Chtěla byste pomoci, aby ta vaše cukrovka byla lepší?	<i>Uzavřená otázka.</i>
P: Určitě.	
L: Pojdme se tedy podívat na ty vaše naměřené výsledky. K čemu vám byly užitečné?	<i>Otevřená otázka.</i>
P: ... překvapilo mě, jak ten cukr vyskočil po jednom jablku.	
L: Ověřila jste si, že i jablko obsahuje cukr.	<i>Jednoduchá reflexe.</i>
P: A tady, to mě přítel vytáhl na procházku, a ta glykemie byla potom hezká.	
L: Pohyb měl na vaši cukrovku příznivý vliv. Co tady?	<i>Jednoduchá reflexe. Otevřená otázka.</i>
P: No, ta glykemie osmnáct, to nevím, tam nevím, proč to vyskočilo.	
L: Tam jste příčinu neobjevila.	<i>Jednoduchá reflexe.</i>

P: Ne. Ale navýšila jsem si pak dávku inzulínu o jednu jednotku.	
L: Byla jste schopná si upravit dávku inzulínu. Jak to ovlivnilo glykemii?	<i>Ocenění. Otevřená otázka.</i>
P: No, pak už jsem si glykemii nedělala.	
L: Chtěla byste slyšet něco o tom, co v takové situaci dělat?	<i>Nabídka informace.</i>
P: Ano.	
L: Když si upravujete dávku inzulínu, je užitečné ověřit si, jestli to mělo efekt.	<i>Poskytnutí informací.</i>
P: Měla jsem si tu glykemii pak třeba po hodině zkontrolovat.	
L: Hm.	
L: Když to na závěr shrneme, začala jste se měřit. Dokázala jste i vyřešit problém s vybitou baterií v glukometru. Zjistila jste, že měření vám může být užitečné. Cítíte se zodpovědná za svoje zdraví a za vaše budoucí miminko a chcete kompenzaci zlepšit. Na co jsem zapomněla?	<i>Shrnutí.</i>

Cvičení

1. Srovnajte tyto dva rozhovory. Čím se liší?
2. Jak se cítí lékařka a nemocná v prvním a ve druhém případě?
3. Který z rozhovorů má podle vašeho názoru větší šanci podpořit pacientku ke změně?

Podrobnější vysvětlení komentářů v pravém sloupečku najdete v kapitole 6.

3 EGOSTAVY A HRY

„Každý z nás si nese své rodiče stále v sobě.“

Eric Berne

Představme si následující situaci: jedu ráno autem do práce. Provoz je poměrně hustý. Během jízdy po známé trase postupně řeším běžné dopravní situace, dávám přednost, dodržuji maximální rychlost, sleduji chodce a cyklisty. Používám postupy, které jsou přiměřené a odpovídají dané situaci.

Najednou se do mé jízdní dráhy z vedlejší ulice vřítí jiné vozidlo. Sotva stihnu dupnout na brzdu a vyhnout se kolizi. Po prvotním šoku se objeví pocit vzteku a rozhořčení. „Tihle lidé by neměli nikdy dostat řidičák!“

Pokračuji opatrně v jízdě. Protože je provoz dnes opravdu hustý, zjišťuji, že přijdu do práce o deset minut později. V tu chvíli se ve mně všechno sevře. „A mám průšvih! Co teď?“ Následně si ale uvědomím, že i šéf dojíždí do práce autem a že má pro obdobné situace pochopení. Uvolním se a vydechnu si.

Co se to se mnou během této doby dělo? Chvíli jsem byl vcelku klidný a racionálně jsem řešil dopravní situaci. Pak jsem se najednou přepnul a začal jsem reagovat úplně jinak. Výlev vzteku vůči nezodpovědnému řidiči mi možná ulevil, ale situaci to nijak neřešilo. Obdobně pocit strachu a studu, který jsem pocítil na konci jízdy, situaci spíše zkomplikoval. Se šéfem se jistě domluvím lépe, pokud zachovám racionální myšlení, než když se budu topit v pocitech viny a selhání.

Eric Berne již před sedmdesáti lety popsal tři tzv. **egostavy**: Rodič, Dospělý a Dítě (obr. 3.1). Tyto tři části nejsou v mozku nijak anatomicky rozděleny, ale představují odlišné způsoby myšlení, cítění a jednání.

Když jsme v **Dospělém egostavu** (zkráceně říkáme, že „jsme v Dospělém“), řešíme problém přiměřeně současné situaci. Využíváme všechny prostředky, které máme jako dospělí lidé k dispozici. Převažuje sice racionální myšlení a jednání, ale za určitých okolností se i v tomto egostavu objevují emoce, a to tehdy, když jsou odpovídající reakcí na daný problém. V našem výše uvedeném příkladu jsem byl v Dospělém egostavu většinu času při řešení dopravních situací. Náhlý strach při bezohledné jízdě jiného řidiče byl také přiměřenou reakcí, vyplavený adrenalin dokázal urychlit moje reflexy a pomohl mi vyhnout se srážce.

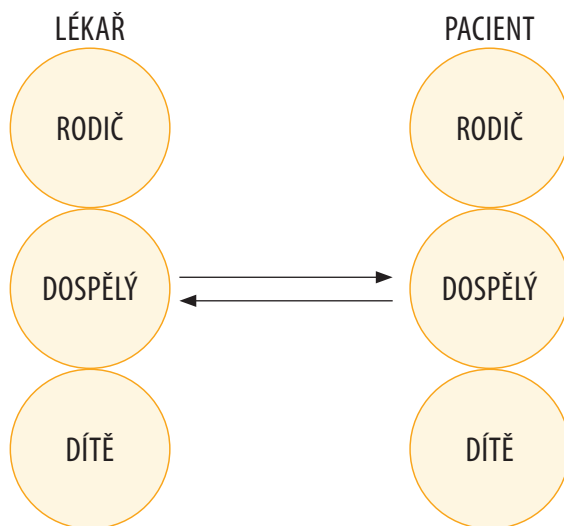
Když jsme v **Rodičovském egostavu** (jsme „v Rodiči“), používáme způsob myšlení, cítění a chování, který jsme okoukali od rodičů či jiných významných rodičovských postav v dětství (prarodičů, starších sourozenců, učitelů apod.) Ve výše uvedeném příkladu to byl můj způsob hodnocení nebezpečného řidiče. Kdybych se nad tím víc zamyslel, možná bych si uvědomil, že jsem se choval jako můj otec, který takto reagoval na jiné nezodpovědné řidiče, když jsem byl malý. V jiné situaci mohu také přehrávat chování nějaké pečující rodičovské postavy, která mi pomáhala, když jsem něco nezvládal, nebo mě utěšovala, když jsem trpěl.

V **Dětském egostavu** (jsme „v Dítěti“) jsme tehdy, když myslíme, cítíme a jednáme, jako když jsme byli malí. V našem příkladu to byla obava z kritiky nadřazeného kvůli pozdnímu příchodu. V tu chvíli jsem přehrával sám sebe ve školních letech, když jsem přišel pozdě do školy a přemýšlel, jak se omluvit učiteli. Jindy zase mohu z Dítěte reagovat rebelií a mohu zlobit, dělat opak toho, co se po mně chce, nebo se chovat trucovitě.

Mezi těmito třemi egostavy přecházíme zcela volně a jsme přesvědčeni, že jsme to stále my. Ani si neuvědomujeme, že třeba kopírujeme chování někoho jiného. Někdy nás na to může upozornit někdo druhý, třeba partner může vyjádřit znepokojení: „Chováš se čím dál víc jako tvůj otec.“



Obr. 3.1 Egostavy jsou obvykle znázorňovány jako tři navzájem se dotýkající kružnice (slangově se tomuto schématu říká „sněhulák“)



Obr. 3.2 Komunikace na úrovni Dospělý – Dospělý

Z těchto egostavů jen jeden reaguje na současnou situaci a konstruktivně ji řeší – Dospělý. Další dva představují určitou automatickou reakci, která někdy může být užitečná, ale často vede k tomu, že jsme v situaci zaseknutí, že se nám nedaří posunout se dál.

Nyní si představme dva lidi, každý se svými třemi egostavy. Jak bude vypadat konstruktivní komunikace? Asi tušíte, že nejnázze se bude problém řešit, pokud budeme komunikovat na úrovni Dospělý – Dospělý (obr. 3.2). Nabízím racionální argumenty, vznáším dotazy, druhý na ně logicky reaguje atd. Oba plně využíváme své zdroje k řešení problému.

Jiná situace však nastane, když je jeden z účastníků rozhovoru v Rodiči a druhý v Dítěti:

Lékař (silným strohým hlasem): „Už zase jste tu dietu porušil!“

Pacient (nežřetelně, tišeji, klopí zrak): „Já jsem se snažil, ale když jsme měli tu oslavu...“

Lékař (hlas ještě sílí): „Ale tady jde o vaše zdraví a vy pro ně nic neděláte! Takhle skončíte slepý a s uříznutou nohou.“

Atd.

Asi tušíte, kdo byl v kterém egostavu – lékař v Rodiči a pacient v Dítěti (obr. 3.3). Obdobný přístup byl ještě nedávno považován za správný. Pacienta vystrašit, dotlačit ho k tomu, aby konečně začal dietu dodržovat.