

Sociální a psychické vlivy na průběh nemoci

prof. MUDr. Zdeněk Adam, CSc.¹, PhDr. Mgr. Jeroným Klimeš, Ph.D.², doc. MUDr. Zdeněk Boleloucký, CSc.³

¹Interní hematologická a onkologická klinika, LF MU a FN Brno

²Soukromá psychologická ambulance, Praha

³Psychiatrická klinika, LF MU a FN Brno

Stanovení diagnózy maligního onemocnění zásadním způsobem změni identitu nemocného, ze zdravého člověka se stává člověk nemocný. Mnoho studií si bralo za cíl analýzu, jak ovlivní další osud člověka to, zda žije sám, nebo zda je ukotven v partnerském soužití čili v manželském svazku. Většina analýz, které se tímto zabývaly, dospěly k závěru, že ukotvení v párovém soužití je pozitivní prognostický faktor. Z druhé strany maligní onemocnění vzniklé v mladém věku zvyšuje riziko rozpadu párového soužití. Negativní vliv na průběh nemoci má také stres, kterému je pacient v průběhu léčby vystaven. Některé stresory nelze ovlivnit, ale stresem může být i neempatické chování lékařů.

Současná medicínská literatura se dominantně zabývá prognostickými znaky z úrovně molekulární biologie a máme dojem, že někdy opomíjí prognostické sociální a psychické prognostické faktory, které také výrazně ovlivňují výsledky léčby.

Klíčová slova: sociální faktory ovlivňující přežití, vliv stresu na maligní onemocnění, empatie lékařů.

Social and psychological effects on disease course

The diagnosis of a malignant disease fundamentally changes the identity of the patient, turning a healthy person into a sick one. Numerous studies have aimed to analyse how an individual's future destiny is influenced by whether they live alone or in a firmly established cohabitation relationship or in a marriage. Most analyses dealing with this issue concluded that living in a couple relationship was a positive prognostic factor. On the other hand, developing a malignant disease at a young age increases the risk of couple breakup.

It is also stress that the patient is exposed to during treatment that has a negative impact on the course of the disease. Some stressors cannot be modified, but may even include the unempathetic behaviour of doctors.

The current medical literature predominantly deals with prognostic features at the molecular biology level, and it can sometimes appear to neglect prognostic social and psychological factors that also significantly affect treatment outcomes.

Key words: social factors affecting survival, effect of stress on malignant disease, empathy of doctors.

1 Úvod

U všech maligních chorob se výzkumné práce věnují stanovení prognostických a prediktivních faktorů pomocí cytogenetiky a molekulární biologie. A dle těchto prognostických faktorů se pak lékaři snaží určit optimální způsob terapie pro konkrétního pacienta. Cílem následujícího textu je připomenout jeden z důležitých prognostických faktorů, a to je ukotvenost či neukotvenost pacienta v párovém soužití.

2 Postřehy lékařů pečujících o nemocné s maligními nemocemi

Z pohledu lékaře, který ošetřuje nemocné s maligními chorobami, by bylo logické,

aby si v situaci, kdy jeden člen rodiny onemocní závažnou nemocí, ostatní členové řekli: „*Dřívější konflikty a případné negativní emoce odložíme stranou a budeme se snažit pomoci nemocnému.*“ Většina lékařů považuje za normu empatickou komunikaci členů rodiny mezi sebou i s nemocným. Ale u některých nemocných se stává, že jediné osoby, kterým nemocní mohou své obavy svěřit, jsou lidé z řad ošetřujícího personálu. Setkáváme se nemocnými, kteří mají potřebu s námi hovořit o konci života, o utrpení, kterým procházejí, o svém strachu, starostech, o svých obavách i o domácích problémech a kteří nám současně sdělili, nebo svých chováním signalizují, že jejich domácí partnerská

komunikace není na té úrovni, aby umožňovala takový osobní hovor. Doma mluví jen o věcech mimo jejich ovlivnění, tedy o televizních seriálech či rostoucích cenách. Ale nikoliv o vlastních emocích.

Domnívali jsme se, že případy, kdy vážne komunikace nemocného se svým partnerem, nebudou až tak časté. Ale možná je tento názor mylný, spíše my lékaři tyto problémy nevnímáme a nemocní nás o nich většinou neinformují.

To dále zvyšuje míru jejich depresivity a existenciálního osamění (1–4). A někdy se setkáváme s příbuznými našich nemocných, kteří jako by nevnímali situaci nemocného. Zcela výjimečně se setkáme s příbuznými, kte-

ří nás lékaře tlačí do nějakého rozhodnutí či do nějaké aktivity, kterou bychom sami nevolili.

Bohužel čím dál více se setkáváme se starými nemocnými, kteří k nám přijíždějí sami, i když mají děti. A z těchto dětí si nikdo neudělá čas, aby alespoň jednou přijel a nasál všechny informace o nemoci a svém rodiči, které jsou nutné k tomu, aby léčba probíhala tak, jak má. Protože chronické nemoci obvykle vyžadují mnoho léků, a tedy i vědomí o jejich funkci a nežádoucích účincích, a to vše pochopit je nad sílu starších pacientů. Potřebují někoho z rodiny, kdo tyto informace nasákne do sebe, pochopí a v případě potřeby či v situaci, kterou nemocný nebude zvládat, zorganizuje, co je třeba. Ale to chce od zdravého člena rodiny, aby si ve své hlavě udělal místo pro vnímání problémů nemocného.

3 Pohled psychologa

Sociální síť nemocného tvoří ovšem nejen jeho rodina, ale i jeho přátelé. A bohužel i počty přátel vlivem nemoci zpravidla prořídnu. Tím, že pacient přestane chodit do práce, přestane být v kontaktu se svými přáteli v práci (sejde z očí, sejde z mysli). Ovidius, současník Krista, připomíná: Dokud budeš šťasten, budeš mít mnoho přátel, ale zachmuří-li se čas, budeš sám. (Donc eris felix multos numerabis amicos. Tempora si fuerint nubila solus eris. Tristia I.9.5). Není proto divu, že po zjištění onkologické diagnózy prořídnu i přátelé. Důvodů tohoto jevu je více.

Často přátelé neumí komunikovat s člověkem postiženým závažnou nemocí. Neví jak a o čem se s ním bavit, bojí se vyslovit obavy, které je napadají, sami otázku smrti nemají zpracovanou. Zkrátka cítí se před ním trapně, a proto se stáhnou. Po jeho uzdravení se přihlásí, a pak se třeba omlouvají. Čím více nemoc člověka stravuje, tím větší potíže mají někteří přátelé s nalezením vhodné formy a obsahu komunikace, a tím více se této komunikaci vyhýbají. Pouze ty nejpevnější a nejryzejší přátelské vztahy to překonají.

Samozřejmě, u lidí s utilitárním či instrumentálním postojem k druhým, tzn. u manipulátorů, musíme počítat i s egocentrickými důvody typu: „Jako nemocný *mi* už není ku prospěchu.“ (Naštěstí takových lidí je odhadem do 5%; prevalence poruch osobnosti). Zkrátka závažná nemoc člověka poškozují

nejen somaticky, ale poškodí jej také v oblasti sociální a samozřejmě i finanční (1–4).

Komunikační problémy mezi partnery nejsou výjimečné, už vzhledem k míře rozvodovosti. Navíc co se týká nemoci a obav ze smrti, často dochází ke srážce *hypochondrického* a *fobického* typu.

Fobický typ nutí hypochondrického do veselosti, zakazuje mu mluvit o chorobě, ba na ni i myslet, musí říkat samé optimistické věty, že to přežije a podobně. Typickou psychickou obranou pro ně je popření (metaforicky pštros, který strká hlavu do písku).

Hypochondrický typ toto ale nedokáže, popření mu nefunguje, proto používá slabší obrany projekce. Bývají to často lidé se sklony k depresím (dysthymiím). Ti mají sklon tendenci o nemoci stále mluvit a dokola se zaobírají problémy, co se může stát. Od lékaře jako autority žádají, aby jim jejich obavy vyvrátil. (Vtipně je to ztvárněno ve filmu Vesničko má středisková v rozhovoru mezi dr. Skružným a Rambouskem o pelhřimovském krematoriu.)

Oba typy jsou ve vyhraněné podobě extrémní a nezdravé. Bohužel člověk si nemůže vybrat, jaký typ bude. Partneři často bývají opačné typy a choroba zpravidla jejich odlišnosti jen zesílí, jeden chce ještě více mluvit, druhý chce ještě více mlčet. Stejně tak zesílí i jiné povahové nešvary partnerů, například jeden v tísní chce neustále být s tím druhým, ale ten naopak v krizi chce být sám („Omluvte mě, odcházím zdechnout do houští“, Šimek a Grossmann). Dlouhodobá vztahová nepohoda dělá partnerský vztah vratkým a emoční zátěž, která plyne z maligní nemoci, tyto negativní emoce spíše zesiluje než oslabuje. Proto si mnozí pacienti stěžují, že v krizích a těžkých dobách už si s partnerem přestávali být oporou. Ano, tak nějak žili vedle sebe, ale odcizeně, těžké období jen překodrcali každý sám za sebe.

A dlouhodobá nemoc, která člověka na mnoho měsíců vyřadí z práce, má ještě jeden psychický vliv na nemocného. Vymizí nutnost řešit problémy svázané s rolí a postavením nemocného v práci, a tak se uvolní čas pro řešení, starších, dříve neřešených domácích problémů, které byly při upřednostnění problémů pracovních takzvané „dány k ledu“, podobně jako se děje o dovolené či při odchodu do důchodu, kdy najednou začnou lidi řešit

staré konflikty, které dříve raději přešli a řešili něco přednějšího.

Když se po somatickém onemocnění jednoho člena partnerské vztahy rozpadnou, bývají to většinou vztahy, které už před nemocí visely na vlásku, a tuto poslední kapku už nevydržely. V menší míře pak vztahy, které jsou založeny na extrémní vztahové asymetrii. Ona se o něj stará jako o dítě. Když ale ona onemocní, on ji opouští a skáče do náruče jiné, která mu poskytuje stejnou službu.

Komunikace s onkologicky nemocným je jiná než komunikace se zdravým člověkem!

Komunikace s onkologicky nemocným vyžaduje od zdravého člověka, aby před vstupem do pokoje k nemocnému sám sebe zklidnil a upravil svoje psychické tempo na podobné tempu nemocného člověka. Zdravý člověk musí empaticky vycítit, co nemocný potřebuje, o čem chce hovořit, o čem ne. Zdravý člověk si musí dát pozor, aby neudílel rady nemocnému, protože ty mu obvykle nepomohou. Zdravý člověk se někdy ptá nemocného: „Potřebuješ něco?“ Musí si ale uvědomit, že nemocný nepotřebuje *něco*, ale potřebuje *jeho* jeho přítomnost, jeho naslouchání, jeho pomoc, jeho podporu, zájem. Potřebuje čas, který mu blízký člověk věnuje, potřebuje, aby s ním společně nesl trápení. A to je velmi těžké, vyžaduje to trpělivost a čas od zdravého člověka. Nemocného s rakovinou obvykle oplétají myšlenky na svou nemoc a trápení z ní plynoucí, takže od něj nelze čekat velký zájem o dění daleko od něho (1).

4 Vliv nemoci na partnerské vztahy – data z klinických analýz

Přirozené je, že člověk by chtěl po zjištění maligní diagnózy žít stejným životem, jakým žil před touto diagnózou, jenže to obvykle již nejde. Pokročilé stadium maligní nemoci zásadně limituje sociální angažovanost, a tedy mění sociální identitu člověka a jeho sociální síť. Pacienti i pečující rodinní příslušníci musí více a více času věnovat nemoci a omezovat sociální aktivity, a to vede k změnám v jejich sociální síti. A proto se u nich může objevit pocit sociálního vyloučení. Závažná nemoc, jakou je rakovina, nepostihuje pouze tělo nemocného, ale mění zásadním způsobem

jeho sociální identitu i partnerské vztahy. Pečující rodinný příslušník stojí před dilematem – poskytnout dostatečnou pomoc nemocnému členu rodiny a přitom neztratit svou profesionální dráhu, svou cestu životem, aby po ní mohl pokračovat třeba po smrti nemocného.

Na téma vliv vzniklé maligní nemoci na soudržnost partnerských vztahů bylo publikováno velmi málo studií. Klinickou studií bylo prokázáno, to co lze tušit, tedy že největší negativní dopad na zdraví, a tedy na prognózu nemocného má rozvod či separace v době stanovení diagnózy maligní nemoci (5, 6). Dále existují tři analýzy, jejichž autoři došli k závěru, že přítomnost maligní nemoci nezvyšuje riziko rozpadu partnerského vztahu. Tyto tři práce do souboru zahrnuly pacienty všech věkových kategorií. Vzhledem k vyššímu věku výskytu nádorů, tedy hlavně pacienty vyšších věkových skupin (7, 8, 9).

Pouze jedna z publikovaných analýz se soustředila na rizikovou skupinu mladých lidí ve věku 20–39 let, léčených pro maligní chorobu. Průměrná doba od stanovení diagnózy byla 7,4 roku. Nejčastějším nádorem v této věkové kategorii byl karcinom cervixu (45%) nebo lymfom (20%). Ve skupině nemocných, kteří byli mladí ve věku 20–39 let a prodělali onkologickou léčbu, bylo vyšší riziko rozvodu či separace než ve skupině kontrolní (18% v skupině mladých nemocných proti 10% v kontrolní zdravé skupině). Ve skupině nemocných mladých lidí častěji opouštěli zdraví muži nemocnou ženu než zdraví ženy nemocné muže.

Autoři této studie zvýšený rozpad manželství ve srovnání s kontrolní skupinou (věkově vybalancovanou) to vysvětlují mnohem větší nestabilitou svazku ve věku 20–39 let než ve starších věkových kategoriích, v nichž již existují zdravé děti, o které se oba partneři snaží starat (9). Z dalších vlivů je třeba připomenout běžné přechozené či bezdětné vztahy (> 4 roky), které mají tendenci se samovolně rozpadat a nemoc jim k trvanlivosti nepřidává (2).

Onemocnění maligní nemocí v dětství má také negativní vztah na trvanlivost párového soužití (10). Důvodem je zřejmě raná citová deprivace, která snižuje bazální citovou jistotu člověka se závažnou nemocí vzniklou v dětském věku.

5 Vliv podpory rodiny na délku přežití pacientů s maligními nemocemi – data z klinických analýz

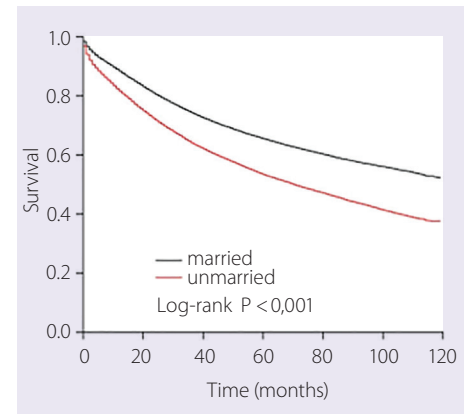
Příznivějšího průběhu nemoci u pacientů, kteří mají pečující zázemí, oproti pacientům bez pečujícího zázemí si všímáme, nicméně to je jen náš dojem nepodpořený statistickou analýzou. Při pohledu do literatury na téma podpora rodiny, rodinný stav a délka přežití (*family support and cancer survival*, nebo *marital status and cancer survival*) zjistíme, že otázkou vlivu rodinného zázemí na délku života onkologicky nemocných, se zabývalo opravdu mnoho studií. Většina z nich došla k závěru, že pečující rodinné prostředí prodlužuje průměrné přežití nemocných oproti skupině nemocných bez pečujícího zázemí, jak dokládají citované práce (11–21). Platí to minimálně u všech častějších typů nádorů.

Jedna studie hodnotila také vliv spokojenosti v partnerských vztazích vztažené na výsledky léčby karcinomu prsu. Autoři této studie konstatovali zpomalené zotavování u pacientek, které žily v partnerském vztahu s převládajícími negativními emocemi (22). Nicméně pacienti bez pomoci pečujícího člověka, ať již z rodiny či mimo rodinu na tom, jsou ve všech studiích hůře a mají kratší i celkové tzv. tumor specifické přežití (23).

Největší studie zaměřená na vliv ukotvenosti či neukotvenosti onkologického pacienta v párovém soužití vznikla v USA. Vyhodnocovala vliv ukotvení v párovém soužití versus neukotvení u 10 nejčastějších maligních chorob. Analýza vyšla z americké databáze s názvem *Surveillance, Epidemiology and End Results*, v níž bylo identifikováno 1 260 898 pacientů s 10 nejčastějšími maligními chorobami v USA, diagnostikovanými v letech 2004–2008. Jednalo se o karcinomy plic, tlustého střeva, slinivky břišní, prostaty, jater a žlučových, ne Hodgkinsonských lymfomů, rakovinu hlavy a krku, rakovinu vaječníků a rakovinu jícnu.

Dostatek informací pro analýzu vlivu rodinného stavu na přežití bylo u 734 889 pacientů. U osob žijících v manželském svazku bylo statisticky významně menší riziko úmrtí na toto onemocnění než u osob žijících samostatně, a to u všech diagnóz. Dále uvádějí, že přínos ze soužití v manželském svazku byl výraznější pro muže než pro ženy. Dále cito

Graf 1 Kaplan Meier křivka ukazuje, že celkové přežití (*overall survival – OS*) je lepší u pacientů žijících v manželském svazku než pacientů žijících samostatně bez párového soužití



autoři uvedli, že pro některé typy uvedených nádorů byl přínos soužití v manželství větší než přínos samotné chemoterapie, používané v uvedených letech. Analýzu uzavřeli slovy, že pacienti nežijící v manželském svazku (*unmarried*) mají signifikantně vyšší riziko pozdního rozpoznání nemoci, až v době diseminace a vzniku metastáz a signifikantně vyšší riziko úmrtí na tato nádorová onemocnění (24).

Pro grafické znázornění obr. 1. jsme vybrali výsledky z jiné práce, která hodnotí délku života pacientů s nádorem tlustého střeva, žijících v manželském stavu oproti pacientům nežijícím v manželském svazku (*single*) (25).

Další velká studie, které vyšla z databáze SEER (*Surveillance, Epidemiology, and End Result*), analyzovala vliv způsobu života v páru či *single* a rozlišovala čtyři alternativy: pacienti žijící trvale *single*, pacienti žijící v době nemoci v manželském svazku, pacienti rozvedené či žijící separovaně a konečně pacienti ovdovělé. Autoři této studie analyzovali výsledky léčby v letech 1973–2011. Do studie bylo zařazeno 97 662 pacientů s karcinomem ledviny. Z toho 64 884 žilo v manželském svazku a 32 778 mimo manželský svazek (9 831 rozvedených, či žijících odděleně, 9 692 ovdovělých, 13 255 žijících *single*). Pětileté celkové přežití (*overall survival = OS*) a tumor specifické přežití (*cancer specific survival CSS*) bylo u:

- nemocných žijících v manželském svazku: OS = 73,7 %, CSS = 82,2 %,
- nemocných rozvedených anebo žijících odděleně: OS = 69,5 %, CSS = 80,7 %,
- nemocných ovdovělých: OS = 58,3 %, CSS = 75,7 %, a
- nemocných žijících trvale *single*: OS = 73,2 %, CSS 83,3 %

Multivariantní analýza prokázala, že při srovnání s nemocnými žijícími v manželském svazku měly ovdovělé osoby nejhorší prognózu, nejhorší OS a CSS. Pacienti žijící v manželském svazku měli podstatně lepší celkové přežití než ovdovělý pacient. Pacienti nežijící v partnerském svazku a obzvláště ovdovělé osoby mají nejvyšší riziko úmrtí z progresivního nádoru. Překvapivě dobře vyšla podskupina pacientů žijících trvale single. Autoři to vysvětlovali mladším věkem v této podskupině a alternativními zdroji podpory, například žijícími rodiči (26). Tato data sumarizuje tabulka 1.

U mnohočetného myelomu byla největší analýza provedena opět v USA (27). Do této analýzy bylo zahrnuto celkem 10 161 případů mnohočetného myelomu, obsažených v registru SEER v intervalu roku 2007 až 2012. Medián sledování byl 27 (0–71) měsíců (27).

Posuzoval se vliv rodinného stavu včetně dalších proměnných: základní či lepší zdravotní pojištění a ekonomický stav daný určitou příjmovou kategorií. Naštěstí otázky rozdílné výše zdravotního pojištění a tím rozdílné kvality ošetření nemusíme v ČR řešit, takže tato část analýzy se ČR zatím netýká. A tak uvedeme pouze výsledky vlivu rodinného stavu na tentokrát ne celkového přežití, ale na riziko progresivního onemocnění viz tabulka 2, tak jej je autoři publikací uvedli. Z uvedené analýzy opět vyplývá, že pacienti žijící v partnerském soužití měli menší riziko relapsu a jejich křivka přežití byla lepší než u dalších kategorií.

K podobným závěrům došli autoři studií, kteří testovali otázku vlivu přítomnosti či absence rodiny (*marital status*) na přežívání nemocných s dalšími typy nádorů, včetně Hodgkinova lymfomu. Nižší citované studie se shodují v tom, že za rizikovou skupinu považují nejen ovdovělé osoby, ale prostě obecně osoby s rozpadlým partnerským vztahem a nově vzniklou maligní nemocí (28–37). Pacienti, kteří žijí bez podporujících rodinných a partnerských svazků, mají více komplikací a žijí po stanovení diagnózy kratší dobu než pacienti žijící v podporujících rodinách či partnerských vztazích, a to bez ohledu na typ maligní nemoci, jak vyplývá z citované literatury (29–37). Čelit maligní nemoci bez podpory blízkého člověka je nepopíratelně větším stresem, větší nepohodou, než když se mu čelí s podporou rodiny, jak dokládá odborná literatura.

Tab. 1 Vliv přítomnosti či nepřítomnosti párového soužití na délku pětiletého celkového přežití (OS) a beznádorového přežití (CSS) a informace o věkovém složení jednotlivých skupin (26)

	Párové soužití	Rozvedený/ odloučený	Ovdovělý	Žijící samostatně (single)
Celkový počet pacientů	n = 64 884 (66,5%)	n = 9831 (10,1%)	n = 9696 (9,9%)	N = 13 255 (13,6)
Věk ≤ 65	39304 (60,6%)	6741 (68,6%)	1866 (19,3%)	10215 (77,1)
Věk > 65	25580 (39,4%)	3090 (31,4%)	7826 (80,7%)	3040 (22,9%)
5leté OS (celkové přežití)	73,7%	69,5%	58,3%	73,2%
5leté CSS Tumor specifické přežití	82,2%	80,7%	75,7%	83,3

Cancer specific survival CSS – tumor specifické přežití je doba od diagnózy či zahájení léčby do úmrtí způsobené touto nemocí. Pacienti, kteří zemřou z jiných příčin, které nesouvisí s nádorovou nemocí, nejsou zahrnuti do této analýzy, neboli jsou z ní vyloučeni.

Celkové přežití – overall survival (OS) je doba od stanovení diagnózy či léčby do úmrtí z jakékoliv příčiny. Do této analýzy jsou zahrnuti i pacienti, kteří zemřou z jiného důvodu, než je nádor, pro který byli léčeni, třeba jsou srazeni autem na přechodu do nemocnice a zemřou.

Tab. 2 Vliv párového a nepárového soužití na riziko progresivního onemocnění, tedy na prognózu nemocných s mnohočetným myelomem. Čím vyšší je HR (hazard risk), tím kratší celkové přežití nemocných (27)

Přítomnost či absence párového soužití	Hrubý HR (95 CI)	p	Multivariantní analýzou stanovený HR (95 CI)	P
Párové soužití	1,0 referenční hodnota		1,0 referenční hodnota	
Rozvedený/ odloučený	1,34 (1,20–1,44)	< 0,001	1,24 (1,11–1,39)	< 0,001
Žije samostatně (single)	1,5 (1,38–1,65)	< 0,001	1,39 (1,27–1,53)	< 0,001
Ovdovělý	1,64 (1,38–1,95)	< 0,001	1,43 (1,20–1,71)	< 0,001

HR – hazard ratio, riziko progresivního onemocnění

6 Sociální stresory působící na nemocné

6.1 Nenaplnění potřeby pozitivních lidských vztahů

K zásadním potřebám člověka patří a) pohybovat se, b) komunikovat, c) mít svoji komunitu, (tlupu či smečku) (1). 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 několik velmi blízkých osob, kterým naprosto důvěřuje, které mu pomáhají spoluvytvořit 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.

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 verwunden, 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 až 50, kteří tvoří sociální 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 po-

zitivní, ale již ne tak hluboká jako na osoby vnitřního jádra.

Kolektiv a veřejnost

A třetím kruhem 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.

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 jich IQ, jejich mentální funkce, ale horší se i další parametry lidského zdraví. 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. V české a slovenské literatuře evidované v databázi medvik.cz je k červnu 2022 celkem 103 prací analyzujících vliv samoty na lidské bytí s podobným nárůstem v posledních letech. A důležitá je, aby si negativní dopady samoty na člověka uvědomili poskytovatelé sociálních a zdravotních služeb. Samota představuje tedy jeden z možných stresorů, které potkají nemocného člověka.

6.2 Život v blízkosti dysthymické osoby, neboli člověka s negativním viděním minulosti, přítomnosti i budoucnosti v chronické nenáladě

Jistě každý z čtenářů zná osoby, které jsou povětšinou času převážně nespokojené, pesi-

mistické, mrzuté, často našťavané, podrážděné a někdy i agresivní, osoby, které mají často negativní emoce, mluví o převážně o negativních věcech a jevech a vše vidí černě, osoby, které často kritizují, jsou většinou vnitřně nespokojené, otrávené, mají „blbou náladu“. Jistě každý čtenář přišel do styku s osobami, které jsou nervózní, neklidné, napjaté, prostě vyzařuje z nich emoce: „všichni mě štvou“. Tyto lidé drtí své okolí negativními slovními projevy. Obvykle nemají schopnost líčit pozitivní emoce a radostné prožitky, mají omezenou schopnost společně plánovat a společně prožívat a těšit se na pozitivní aktivity a bavit se o příjemných prožitcích. Charakteristické pro ně je, že se neumí z plna hrdla smát. Proto jsou často neoblíbení a pro jejich okolí je obtížné s nimi vycházet. A své blízké osoby mohou značně stresovat, případně v nich indukovat depresivní psychické změny. Tyto lidé velmi často naplňují diagnózu *dysthymie*. Této diagnóze je v české literatuře věnováno více článků od psychiatrů, kteří dominantně řeší jejich medikamentózní léčbu, ale existuje pouze jedna knižní publikace psaná psychologem Jeronýmem Klimešem, v níž najde čtenář doporučení, jak se tímto problémem vypořádat, ať ji je sám dysthymikem, nebo pod negativním vlivem dysthymika. Kniha se jmenuje **Dysthymie – lidé s temnou duší a jejich blízcí** (38). Tato publikace obsahuje několik příběhů nemocných lidí, kteří byli vystaveni působení osoby s negativním viděním světa a na ně navazuje psychologická analýza problému.

7 Vliv stresu a psychické nepohody na vznik maligních chorob

V odborné literatuře je hodně publikací, v nichž byl analyzován vliv chronického stresu a psychické nepohody na rozvoj maligního onemocnění a to jak v experimentu na molekulárně biologické úrovni, tak v rámci klinických studií. Experimentální laboratorní studie prokázala, že chronický psychický stres urychluje vznik plicních metastáz karcinomu prsu (39). Dále bylo v experimentu na myších prokázáno, že chronický psychický stres urychloval vznik a růst jaterních metastáz karcinomu tlustého střeva (40). Proč chronický a psychický stres urychluje vznik a růst nádorů

není nijak podrobně známo. Za jednu z příčin je označována zvýšená produkce katecholaminů a diskutuje se, zda by mohla léčba beta-blokátory snížit toto riziko. Katecholaminy podporují rychlost růstu nádorů prostaty, vaječníků, prsu a tlustého střeva (41). Dále bylo prokázáno, že chronický stres mění expresi genů a zvyšuje expresi genů, které urychlují vznik nádorů prostaty (42). Velmi četné laboratorní experimenty prokázaly, že chronický psychický stres se podílí na vzniku nádorů a má potenciál urychlovat růst nádorů (43–49).

Vlivem psychického stresu na vznik a průběh nádorové nemoci se zabývalo poměrně hodně klinických studií, i když jejich provedení metodicky není nijak jednoduché, protože je třeba eliminovat vliv jiných činitelů. Již v roce 2005 zveřejnili souvislost mezi chronickým stresem a depresí indukovanou imunitní dysfunkcí a vznikem karcinomu prostaty (50).

Vznik tumoru prsu souvisí s mnoha faktory, které zvyšují jeho riziko, patří mezi ně také chronický psychický stres, obvykle asociovaný s nadváhou (50–54).

Poslední metaanalýza vlivu chronického psychického stresu, která sumarizovala data z 16 studií (163 363 osob), prokázala, že chronický psychický stres zvyšuje počet nádorových onemocnění (morbidity) i počet úmrtí na ně (mortalitu). Bylo to prokázáno u osob s nádory tlustého střeva a konečníku, prostaty, slinivky břišní, jícnu a leukemií (55).

V práci, analyzující rizikové faktory pro vznik karcinomu prsu, jsou mezi faktory zvyšujícími riziko karcinomu prsu uvedeny také chronický psychický stres v posledních pěti letech a pocit nedostatečné podpory blízkými osobami (56).

A jako další možný chronický stresor je život v blízkosti osob s chronicky negativním viděním všeho kolem sebe. Toto je specifický problém, ne zcela v ČR ojedinělý a nyní vyšla kniha, kde je tento problém rozebrán do podrobností a kde vychází i doporučení, jak jej zvládat.

Empatie lékaře, přidaná hodnota k léčbě, která zlepšuje výsledky

V roce 2012 byl zveřejněn rozhovor s dlouholetým předsedou České onkologické společnosti profesorem Jiřím Vorlíčkem s názvem *České medicíně chybí empatická nastavenost*

personálu. Profesor Jiří Vorlíček v tomto rozhovoru zdůraznil nutnost přiměřené empatie lékařů, pokud s nimi jejich pacienti mají být spokojeni, a zároveň si povzdechl nad postupným vytrácením empatie z medicíny (57).

Podobou výpověď má článek doc. Miroslava Světláka, přednosty Ústav psychologie a psychosomatiky LF Masarykovy univerzity, a redaktorky Zdeňky Kovářové, v němž autoři konstatují: „Přes všechn 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“ (58). Ale i četné další články poukazují na nutnost uchování umění naslouchat a empaticky vnímat pacienty (59–61). A zvláště pak v onkologii (62). 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 (63, 64, 65).

A důležité je, jak uvedla Jaroslava Sladká, pokud je empatie v medicíně, je méně chyb a jsou přesnější diagnózy (66).

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 (67).

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 (68).

Stejně tak u pacientů s diabetem mellitem 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 (69).

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 (70).

Povzbuzující empatická komunikace snižovala vnímání experimentálně navozené bolesti ve srovnání s neutrální či neempatickou komunikací (71–73). Míra vnímané bolesti totiž souvisí s aktuálním nastavením prahu pro bolest a toto nastavení výrazně ovlivňují psychické faktory.

V literatuře je spousta 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 (74–82).

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 parasympatiku. Autonomní nervový systém je spojen s endokrinním systémem, a ten na tuto situaci reaguje uvolněním oxytocinu. Oxytocin tlumí stres, stimuluje rozvíjení mezilidských vazeb a vznik pocitu důvěry. Oxytocin je důležitým faktorem ovlivňujícím sociální interakce, snižujícím úroveň stresu a anxiety (83, 84).

Metaanalýzu studií prokazujících, že chronický stres, psychická nepohoda a deprese zvyšují četnost autoimunitních i maligních nemocí, jsme již zveřejnili (85–87). A velmi pěkně je souvislost psychiky pacienta se somatickými nemocemi popsána v recentním článku nazvaném *Duše jako imunomodulátor* (88). Na souvislosti psychické zátěže a vzniku organického onemocnění upozorňoval Zdeněk Boleloucký již v sedmdesátých letech. Závěry celostátního sympózia (podzim 1978) na téma: *Životní události a poruchy duševního a tělesného zdraví*, shr-

nul v článku nazvaném *Životní události jako rizikový faktor onemocnění* (89). 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 (89).

Závěr

Tyto práce dokazují, že nejen cytogenetické či molekulárně biologické prognostické markery ovlivňují prognózu, ale že značný vliv na prognózu mají emocionální a socioekonomické podmínky života nemocného. A to je důvod, proč je při plánování léčby třeba se zajímat o rodinné poměry onkologicky nemocného, o to, zda má v rodině potřebnou oporu pro zdárný průběh léčby, nebo zda je třeba plánovat léčbu s vědomím, že v případě komplikací se dotyčné osobě dostatečné ze strany rodiny nedostane. Maligní onemocnění představuje zvýšenou zátěž pro udržení soudržnosti partnerského soužití. Pokud se partnerské soužití udrží, tak je výrazným pozitivním prognostickým faktorem pro dlouhodobé přežití v případě vzniku maligní nemoci. Lékaři se dnes lecky zbavěle schovávají za hradbu své odbornosti tvrzením, že oni jsou odborníci na tu či onu nemoc, a odmítají vnímat, jaké změny nemoc přivodí v lidské duši.

Americká onkologická společnost před několika lety publikovala pro specialisty na maligní choroby doporučení, jak rozpoznávat a klasifikovat psychické problémy, které maligní nemoc u člověka indukuje, a včas tyto případy posílat ke specialistům na nemoci lidské duše. Obdobnou publikaci jsme připravili i pro české čtenáře ve spolupráci psychiatra, psychologa a klinického lékaře (90, 91). Správný empatický lékař by měl umět léčit nemoci, které spadají do jeho kompetence, ale také umět správně reagovat na psychické problémy, které jsou s maligní nemocí spojené, jak uvádí analýza optimálních vlastností lékaře (92).

LITERATURA

1. Adam Z, Klimeš J, Pour L, et al. Maligní onemocnění, psychika a stres. Praha: Grada Publishing; 2019.
2. Klimeš J. Partneři a rozchody. Praha: Portál; 2013.
3. Popěk V, Hönig K. Cancer and family: tasks and stress of relatives. *Nervenarzt*. 2015;86(3):266-273.

4. Yi JC, Syrjala KL. Anxiety and Depression in Cancer Survivors. *Med Clin North Am*. 2017;101(6):1099-1113.
5. Sprehn GC, Chambers JE, Saykin AJ, et al. Decreased cancer survival in individuals separated at time of diagnosis: critical period for cancer pathophysiology? *Cancer*. 2009;115(21):5108-5116.
6. Carlsen K, Dalton SO, Frederiksen K, et al. Are cancer survivors at an increased risk for divorce? A Danish cohort study. *Eur J Cancer*. 2007;43(14):2093-2099.
7. Laitala VS, Saarto T, Einiö EK, et al. Early-stage breast cancer

- is not associated with the risk of marital dissolution in a large prospective study of women. *Br J Cancer*. 2015;113(3):543-547.
8. Dorval M, Maunsell E, Taylor-Brown J, et al. Marital stability after breast cancer. *J Natl Cancer Inst*. 1999;91(1):54-59.
 9. Kirchhoff AC, Yi J, Wright J, Warner EL, et al. Marriage and divorce among young adult cancer survivors. *J Cancer Surviv*. 2012;6(4):441-450.
 10. Frobisher C, Lancashire ER, Winter DL, et al. British Childhood Cancer Survivor Study. Long-term population-based divorce rate among adult survivors of childhood cancer in Britain. *Pediatr Blood Cancer*. 2010;54(1):116-122.
 11. Inverso G, Mahal BA, Aizer AA, et al. Marital status and head and neck cancer outcomes. *Cancer*. 2015;121:1273-1278.
 12. Aizer AA, Chen MH, McCarthy EP, et al. Marital status and survival in patients with cancer. *J. Clin. Oncol*. 2013;31:3869-3876.
 13. Ahdi H, Kumar S, Munkarah AR, et al. Prognostic impact of marital status on survival of women with epithelial ovarian cancer. *Psychooncology*. 2013;22:83-88.
 14. Abern MR, Dude AM, Coogan CL. Marital status independently predicts testis cancer survival—an analysis of the SEER database. *Urol. Oncol*. 2012;30:487-493.
 15. Wang L, Wilson SE, Stewart DB, et al. Marital status and colon cancer outcomes in US Surveillance, Epidemiology and End Results registries: does marriage affect cancer survival by gender and stage? *Cancer Epidemiol*. 2011;35:417-422.
 16. Pan IW, Ferguson SD, Lam S. Patient and treatment factors associated with survival among adult glioblastoma patients: a USA population-based study from 2000-2010. *J. Clin. Neurosci*. 2015;22:1575-1581.
 17. Baine M, Sahak F, Lin C, et al. Marital status and survival in pancreatic cancer patients: a SEER based analysis. *PLoS ONE*. 2011;6:e21052.
 18. Brusselaers N, Mattsson F, Johar A, et al. Marital status and survival after oesophageal cancer surgery: a population-based nationwide cohort study in Sweden. *BMJ Open*. 2014;4:e005418.
 19. Pinquart M, Duberstein PR. Associations of social networks with cancer mortality: a meta-analysis. *Crit. Rev. Oncol. Hematol*. 2010;75:122-137.
 20. Siddiqui F, Bae K, Langer CJ, et al. The influence of gender, race, and marital status on survival in lung cancer patients: analysis of Radiation Therapy Oncology Group trials. *J. Thorac. Oncol*. 2010;5:631-639.
 21. Kroenke CH, Kubzansky LD, Schernhammer ES, et al. Social networks, social support, and survival after breast cancer diagnosis. *J. Clin. Oncol*. 2006;24:1105.
 22. Yang HC, Schuler TA. Marital quality and survivorship: slowed recovery for breast cancer patients in distressed relationships. *Cancer*. 2009;115:217-228.
 23. Nicholas Dionne-Odom J, Hull JG. Associations between advanced cancer patients' survival and family caregiver presence and burden. *Cancer Med*. 2016;5(5):853-862.
 24. Aizer AA, Chen MN, McCarthy EP, et al. Marital status and survival in patients with cancer. *J Clin Oncol*. 2013;31(31):3869-3776.
 25. Minling Liu, Lixian, Li Wei Yu, et al. Marriage is a dependent risk factor for mortality of colon adenocarcinoma without time varying effect. *Oncotarget*. 2017;8(12):20056-20066.
 26. Li Y, Zhu MX, Qi SH. Marital status and survival in patients with renal cell carcinoma. *Medicine*. 2018;97(16):e0385. doi: 10.1097/MD.00000000000010385.
 27. Costa LJ, Brill IK, Brown EE. Impact of marital status, insurance status, income, and race/ethnicity on the survival of younger patients diagnosed with multiple myeloma in the United States. *Cancer*. 2016;122(20):3183-3190.
 28. Wang H, Wang L, Kabirov I, et al. Impact of marital status on renal cancer patient survival. *Oncotarget*. 2017;8(41):70204-70213.
 29. Zhang G, Wu Y, Zhang J, et al. Nomograms for predicting long-term overall survival and disease-specific survival of patients with clear cell renal cell carcinoma. *Onco Targets Ther*. 2018;11:5535-5544.
 30. Miao T, Li Y, Sheng X, et al. Marital status and survival of patients with kidney cancer. *Oncotarget*. 2017;8(49):86157-86167.
 31. Gao Z, Ren F, Song H. Marital Status and Survival of Patients with chondrosarcoma: A Population-Based Analysis. *Med Sci Monit*. 2018;24:6638-6648.
 32. Xie JC, Yang S, Liu XY, et al. Marital status is associated with survival of patients with astrocytoma. *J Clin Neurosci*. 2018;56:79-87.
 33. Franke S, Kulu H. Cause-specific mortality by partnership status: simultaneous analysis using longitudinal data from England and Wales. *J Epidemiol Community Health*. 2018;72(9):838-844.
 34. Huang TB, Zhou GC, et al. Marital status independently predicts prostate cancer survival in men who underwent radical prostatectomy: An analysis of 95,846 individuals. *Oncol Lett*. 2018;15(4):4737-4744.
 35. Wang F, Xie X, Yang X, et al. The influence of marital status on the survival of patients with Hodgkin lymphoma. *Oncotarget*. 2017;8(31):51016-51023.
 36. Xie JC, Yang S, Liu XY. Marital status is associated with survival of patients with astrocytoma. *J Clin Neurosci*. 2018;56:79-87.
 37. Franke S, Kulu H. Cause-specific mortality by partnership status: simultaneous analysis using longitudinal data from England and Wales. *J Epidemiol Community Health*. 2018;72(9):838-844.
 38. Klimeš J, Adam Z. Dysthymie – lidé s temnou duší a jejich blízcí. *Novela Bohemica*; 2022.
 39. Chen H, Liu D, Guo L, et al. Chronic psychological stress promotes lung metastatic colonization of circulating breast cancer cells by decorating a pre-metastatic niche through activating β -adrenergic signaling. *J Pathol*. 2018;244(1):49-60.
 40. Zhao L, Xu J, Liang F, et al. Effect of Chronic Psychological Stress on Liver Metastasis of Colon Cancer in Mice. *PLoS One*. 2015;10(10):e0139978. doi: .1371/journal.pone.0139978. eCollection 2015.
 41. Krizanova O, Babula P, Pacak K. Stress, catecholaminergic system and cancer. *Stress*. 2016;19(4):419-428.
 42. Flores IE, Sierra-Fonseca JA, Davalos O, et al. Stress alters the expression of cancer-related genes in the prostate. *BMC Cancer* 2017;17(1):621-625.
 43. Conti CM, Maccauro G, Fulcheri M. Psychological stress and cancer. *International Journal immunopathology pharmacology* 2011;24(1):1-5.
 44. Becze E. Stress and inflammation combine to fuel cancer growth. *ONS Connect*. 2014;29(4):30-11.
 45. Surman M, Janik ME. Stress and its molecular consequences in cancer progression. *Postepy Hig Med Dosw (Online)*. 2017;71(0):485-499.
 46. Sommershof A, Scheuermann L, Koerner J, et al. Chronic stress suppresses anti-tumor T(CD8+) responses and tumor regression following cancer immunotherapy in a mouse model of melanoma. *Brain Behav Immun*. 2017;65:40-149.
 47. Partecke LI, Speerforck S, Käding A, et al. Chronic stress increases experimental pancreatic cancer growth, reduces survival and can be antagonised by beta-adrenergic receptor blockade. *Pancreatol*. 2016;16(3):423-433.
 48. Shin KJ, Lee YJ, Yang, et al. Molecular Mechanisms Underlying Psychological Stress and Cancer. *Curr Pharm Des*. 2016;22(16):2389-2402.
 49. Repasky EA, Eng J, Hylander BL. Stress, metabolism and cancer: integrated pathways contributing to immune suppression. *Cancer J*. 2015;21(2):97-103.
 50. Reiche EM, Morimoto HK, Nunes SM. Stress and depression-induced immune dysfunction: implications for the development and progression of cancer. *Int Rev Psychiatry*. 2005;17(6):515-527.
 51. Li P, Huang J, Wu H, Fu C, et al. Impact of lifestyle and psychological stress on the development of early onset breast cancer. *Medicine*. 2016;95(50):e5529.
 52. Schoemaker MJ, Jones ME, Wright LB, et al. Psychological stress, adverse life events and breast cancer incidence: a cohort investigation in 106,000 women in the United Kingdom. *Breast Cancer Res*. 2016;18(1):72. doi: 10.1186/s13058-016-0733-1.
 53. Cormanique TF, Almeida LE, Rech CA, et al. Chronic psychological stress and its impact on the development of aggressive breast cancer. *Einstein*. 2015;13(3):352-356.
 54. Andersen BL, Goyal NG, Weiss DM, et al. Cells, cytokines, chemokines, and cancer stress: A biobehavioral study of patients with chronic lymphocytic leukemia. *Cancer*. 2018;124(15):3240-3248.
 55. Batty GD, Russ TC, Stamatakis E, et al. Psychological distress in relation to site specific cancer mortality: pooling of unpublished data from 16 prospective cohort studies. *Brit. Med. J* 2017; 356: j108. doi: 10.1136/bmj.j108.
 56. Özkan M, Yildirim N, Disci R, et al. Roles of Biopsychosocial Factors in the Development of Breast Cancer. *Eur J Breast Health*. 2017;13(4):206-212.
 57. Vorlíček J, Frantálková D. České medicíně chybí „empatická nastavenost“ personálu – rozhovor. *Acta medicae*. 2012;1(2-Onkologie):76-79.
 58. Světlák M, Kolářová Z. O empatii, soucitu a lidskosti v dnešní medicíně. *Medical tribune*. 2019;15(9):C1, C2.
 59. Bojar M. Umění naslouchat a místo empatie v EBM PsychoSom (Liberec). 2004;2(4):143-144.
 60. Stýblová V, Řehořová M. Empatie u lékaře není nikdy dost – rozhovor Zdravotnické noviny. 2012;61(12):28-30.
 61. Banýřová O, Tománková J, Šarmířová M, et al. Hlavní ingredience dobré péče o pacienta je skutečný lidský zájem o něj. *Medical tribune*. 2017;13(9): B1, B6.
 62. Srbová E. Komplexní léčba v onkologii aneb na čem též záleží. *AM Review*. 2017;2017(12):22-25.
 63. Zinn W. Empatický lékař. *JAMA*. 1993;1(5):370-374.
 64. Payneová L. Empatie v etickém přístupu lékaře k pacientovi. *Praktický lékař*. 2011;91(10):610-612.
 65. Sladká J. Etika a komunikace v medicíně. *Zdravotnické noviny*. 2011;60(25):22-23.
 66. Sladká J. Empatie v medicíně: méně chyb a přesnější diagnózy. *ZN plus*. 2016;65(8):12-13.
 67. Mercer SW, Reynolds WJ. Empathy and quality of care (Review) *British Journal of General Practice*. 2002;52(suppl. 1) S9-S12.
 68. Rakeł DP, Hoefl TJ, Barrett BP, et al. Practitioner empathy and the duration of the common cold. *Family Med*. 2009;41(7):494-501.
 69. Hojat M, Louis DZ, Markham FW, et al. Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients. *Acad Med*. 2011;86(3):359-364.
 70. Huntington B, Kuhn N. Communication gaffes: a root cause of malpractice claims. In: *Proc (Bayl Univ Med Cent)*. 2003;16 p. 2003157-61.
 71. 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.
 72. Fauchon C, Faillenot 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 Neuro*. 2017;46(10):2629-2637.
 73. Krahe C, Springer A, Weinman JA, et al. The social modulation of pain: others as predictive signals of salience – a systematic review. *Front Hum Neuro*. 2013;7:386-388.
 74. Cánovas L, Carrascosa AJ, García M, et al. Empathy Study Group. 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.
 75. 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.
 76. 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.
 77. Dambha-Miller H, Feldman AL, Kinmonth AL, et al. Association Between Primary Care Practitioner Empathy and Risk

MONOKLONÁLNÍ GAMAPATIE

SOCIÁLNÍ A PSYCHICKÉ VLIVY NA PRŮBĚH NEMOCI

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.

78. 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.

79. Berry LL, Danaher TS, Chapman RA, et al. Role of Kindness in Cancer Care. *J Oncol Pract.* 2017;13(11):744-750.

80. Weller J, Jowsey T. Can we go too far with empathy? Shifting from empathy to compassion. *Br J Anaesth.* 2020; 124(2):129-131.

81. 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.

82. Payneová L. Empatie v etickém přístupu lékaře k pacientovi *Praktický lékař.* 2011;91(10):610-612.

83. 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.

84. Decety J. Why empathy has a beneficial impact on others in medicine. Unifying theories. *Frontiers in Behavioral Neuroscience.* 2015;8:457.

85. Adam Z, Král Z, Klimeš J. Chronický stres, psychická nepohoda a deprese zvyšují četnost infekčních, autoimunitních, ale i maligních nemocí. *Vnitř. lék.* 2020;66(1):34-38.

86. Adamová Z, Adam Z. Vliv psychiky na hojení ran. *Rozhledy v chirurgii.* 2019;98(8):312-314.

87. Adam Z, Adamová Z, Klimeš J, et al. Social factors influence the course and prognosis of malignant diseases. *Klin On-*

kol. 2021;34(3):180-184.

88. Höschl C, Horáček J. Duše jako imunomodulátor. *Vnitř. Léč.* 2016;62(11,Suppl 4):36-41.

89. 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.

90. Klimeš J, Boleloucký Z, Adam Z, et al. Screening psychických poruch indukovaných život ohrožujícími chorobami, ale i obavami z kovidové pandemie. *Acta Medicinæ.* 2021;8-9:82-89.

91. 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; In print.

92. 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.