

## Psychika a zhoubný nádor

---

Ke vztahu mezi onemocněním zhoubným nádorem a lidskou psychikou si můžeme položit dvě otázky:

První otázka: „*Uplatňuje se psychický stav jako rizikový faktor při vzniku zhoubného nádoru?*“

Druhá otázka: „*Ovlivňuje psychický stav člověka se zhoubným nádorem průběh jeho onemocnění nebo jeho léčbu?*“

Obě tyto otázky jsou předmětem zájmu spíše psychologů než lékařů. Psychologickým přístupem k medicíně se zabývá psychosomatika (Přikrylová–Kučerová, 2011), která hlásá nedělitelnou jednotu somatických i psychických dějů, sleduje člověka, nikoliv pouze jeho nemoc, v souvislostech celého jeho životního příběhu.

Začneme tedy nejdříve první otázkou, na kterou není zatím uspokojivá odpověď, i když se v souvislosti s ní vyskytují různé názory. Přímý vztah mezi nepříznivým psychickým stavem a vznikem zhoubného nádoru zatím nebyl potvrzen, to však neznamená, že za určitých příznivých okolností neexistuje. Dá se předpokládat, že v rámci multifaktoriální etiologie kancerogeneze<sup>19</sup> budou přítomny také psychosociální faktory, ale zatím jsou výsledky těchto výzkumů stále rozdílné. Tyto výzkumy se často zaměřují retrospektivně, tedy do minulosti, takže jsou zatíženy chybou, protože osoby v době zkoumání už o svém zhoubném nádoru vědí, mohou tedy posuzovat situaci do minulosti zaujatě.

Dlouhodobě trvající stres může narušit imunitu. Nelze tedy vyloučit, že existuje vztah mezi trvající jednou negativní událostí nebo nahromaděním více vyčerpávajících událostí a obranyschopností organismu v tom smyslu, že se tato sníží, a tak může usnadnit vznik nemoci. Kryl (2004) uvádí onkologická onemocnění mezi nemocemi, které jsou považované za spolupodmíněné stresem.

---

<sup>19</sup> Kancerogeneze je vícefázový děj, během něhož se mění normální buňka na buňku zhoubného nádoru.

Ojedinelé nálezy zhoubných nádorů se objevily už na kostrách starověkých lidí. Např. nejstarší objev metastáz rakoviny prostaty byl zjištěn na kostře staré 2700 let v Rusku, dále pak na kostře 2200 let staré mumie v Egyptě. Zde se usoudilo, že nádor způsobily genetické faktory, nikoliv vliv prostředí (M. Skála, 2016).

Hypotézy o působení psychického stavu na vznik zhoubného nádoru se objevují již ve starověku. Hippokrates si všiml emočního ladění žen s rakovinou prsu a byl toho názoru, že melancholicky laděné ženy trpí častěji touto chorobou. Hlavní příčinu vzniku rakoviny u těchto žen však přičítal černé žluči, což odpovídalo jeho tehdejší humorální teorii. V té době svědčilo uvedení osobnostního typu do souvislosti se vznikem nádoru prsu o značné pozorovací schopnosti autora, ale z dnešního hlediska už neobstojí, protože jde o příliš jednoduché posuzování osobnosti.

Klasická psychoanalýza pohlíží na vznik nádorového onemocnění následujícím způsobem (cit. dle Tschuschke, 2004, s. 16):

- 1) Rakovina vzniká jako důsledek nahromaděné sexuální energie, tedy jako druh aktuální neurózy.
- 2) Rakovina je symbolickým vyjádřením určitého konfliktu a projevuje se v příslušném orgánu (rakovina prsu představuje konflikt s mateřstvím, rakovina plic konflikt s komunikací).
- 3) Koncept alexitymie představuje neschopnost vyjadřování emocí. Projevuje se takto: neustálé popisování vlastních tělesných obtíží, které nemají vztah k základnímu onemocnění, pocitu napětí, podrážděnosti, prázdnoty, chybění snů, impulzivní chování, závislost nebo vyhýbání se lidem, rigidita fyzická i psychická, přehnaná angažovanost v práci, výrazná sebekontrola (cit. dle Příkrylové–Kučerové, 2011).

Známým zahraničním autorem věnujícím se psychologii osobnosti byl např. Eysenck aj. (1981), u nás se psychologii osobnosti významně věnovali kromě už shora zmíněného Balcara (1991) např. Nakonečný (2009) a Řičan (2010).

Souvislostmi mezi chováním a tělesnými chorobami se zabývá biobehaviorální medicína (Příkrylová–Kučerová, 2011).

## **Osobnost typu A, B a C**

Osobnostní vlastnosti se projevují v lidském prožívání a významně ovlivňují jednání a chování. Ve vztahu k nemocím byly stanoveny tři typy osobností, jež jsou charakterizované specifickým chováním (Kohoutek, 2007, 2008).

Charakteristiky osobností typu A a B vypracovali Friedman a Roseman (cit. dle Křivohlavého, 2009).

### **Osobnost typu A**

Je velmi ctižádostivá, vyznačuje se nadměrnou aktivitou, chce mít nad vším kontrolu, nesnáší hlubší projevení citů a nadřazené chování druhých, nesnáší překážky na cestě k úspěchu a vyžaduje zaslouženou odměnu. Přitom nedbá na potřeby svého těla (Křivohlavý, 2009).

Kovačková (2008) shrnuje charakteristiku této osobnosti z dalších publikací: agresivita, negativní city jako nenávisť, závist, rivalita až nepřátelství, netrpělivost. Tyto osoby jsou v neustálém časovém tlaku, mluví rychle a hlasitě a mají výraznou gestikulaci. Je zřejmé, že jsou neustále ve stresu a je u nich nadměrná aktivace sympatiku<sup>20</sup>, tedy zvýšené vyplavování adrenalinu. Za těchto okolností není organismus schopen zvládat další stresory, např. nemoci. Tyto osoby tedy nemají efektivní způsoby zvládnání (McLeod, 2014).

### **Osobnost typu B**

Chování této osobnosti je klidné, neuspěchané, spokojenější, uvolněné (Příkrylová–Kučerová, 2011).

Křivohlavý (2009) dodává, že tito lidé dobře spolupracují, jejich altruismus jim posiluje sebedůvěru, dovedou i o sebe pečovat. Nemají nadměrně silné zábrany a rádi pomáhají. Jsou odolnější k nemocím.

### **Osobnost typu C**

Pojem karcinomová osobnost je známý už déle než půl století. Vztahu mezi typem osobnosti a vznikem rakoviny se věnují např. Fahler aj. (1996).

Tuto osobnost popsali psychoanalytici jako vyznačující se výčtem určitých vlastností, které jsou nadměrnou kompenzací původně opačných osobnostních rysů. Pro karcinomovou osobnost jsou typické tyto rysy: navenek vyjadřovaná nadměrná srdečnost a přátelství, přehnané sociální

---

<sup>20</sup> Jeden ze dvou typů vegetativních nervů ovlivňujících vnitřní orgány a hladké svalstvo, opačnou funkci má parasympatikus. Působení těchto nervů neovládáme vůlí.

přizpůsobení, slepá důvěra k autoritám a podřízenost. Ve snaze splnit vše, co od nich společnost očekává, jsou zodpovědní, svědomití a pilní, nábožensky založení a ochotní poskytnout pomoc (cit. dle Příkrylové–Kučerové, 2011).

Pojetí Bahnsónových vychází také z psychoanalýzy. Podle nich se už od dětství u takové osobnosti projevují silné obranné mechanismy, a to především potlačení a popření (Bahnsón a Bahnsón, 1964a, s. 42–62). Tito lidé jsou protipólem psychotiků, u nichž převládá z obranných mechanismů napak projekce a přesunutí. Oba autoři v další jejich kapitole v publikaci Kissen a LeShana předkládají teoretický model regrese, která se na somatické úrovni projevuje jako rakovina, na psychické úrovni pak jako psychóza (Bahnsón a Bahnsón, 1964b, s. 184–202).

Podle uvedených autorů potlačuje pacient úzkost, hostilitu a konflikty. Rodiče těchto osob bývají chladní a rigidní. Budoucí nemocní se časem stávají konformními a hyperadaptovanými. V rodině je atmosféra „velké chladné místnosti“. V anamnéze mají syndrom bezpomoci a beznaděje, častou depresi a ztrátu vztahu k objektům. Životní události, které vyprovokují vznik rakoviny, se obvykle objevují tři roky před tímto vznikem. Někdy bývají události nakupené, nastává náhle vzniklá izolace a ztráta citově významných osob.

Nyní uvedu alespoň dvě retrospektivní studie:

Evansová (cit. dle Mohapla, 1988, s. 101–105), která sledovala psychický stav u 100 pacientů s onkologickým onemocněním, provedla důkladný rozbor jejich anamnézy a zjistila, že se u nich častěji vyskytoval dominující interpersonální nebo věčný vztah, do něhož vložili veškerou svou psychickou energii (rodina, manželka, práce). S tímto vztahem se plně ztotožnili a úplně je pohltil, takže opomíjeli vše ostatní. Když se pak tento vztah zhroutil z jakýchkoli důvodů (smrt blízké osoby, nutnost skončit s prací), nedokázali se s tím vyrovnat a zhroutil se jim celý svět. Nakonec reagovali naprostým vzdáním se, rezignovali na všechno. Po určité době se u nich objevil zhoubný nádor. Toto pozorování potvrdili další autoři.

LeShan (1960) studoval anamnézy 500 onkologicky nemocných a na základě svého výzkumu vytvořil čtyřstupňový model vztahu mezi psychickými faktory a vznikem onkologického onemocnění. Tyto čtyři stupně jsou:

1. Frustrace v raném mládí. Dítě má nedostatek intimních emocionálních vztahů. Dochází k sociální deprivaci<sup>21</sup> dítěte.

---

<sup>21</sup> Je to strádání na základě nedostatečného uspokojení nějaké potřeby. Deprivace může být fyzická, psychická nebo sociální.

2. V období adolescence naváže tento jedinec intenzivní vztah k blízké osobě nebo se ponoří s plným zaujetím do nějaké činnosti. Stává se to naprosto zásadní věcí pro jeho další život.
3. Tento vztah se hroutlí, reakcí je šok a hluboké zoufalství.
4. Zoufalství trvá, ale člověk je potlačuje, snaží se, aby se to nikdo nedozvěděl. Proto vystupuje s velkou námahou před lidmi tak, aby vzbudil dojem, že se se ztrátou vyrovnal velmi dobře. Jeho život však ztratil smysl, žije jen ze setrvačnosti. Řešení vidí ve smrti a očekává ji. Obvykle se u těchto lidí objevil nádor po období 6 měsíců až dvou let.

Prospektivní studie prováděli např. heidelberský badatel Grossarth-Maticek a spolupracovníci (1982) v Jugoslávii a západním Německu. Autoři uvádějí, že riziková karcinomová skupina měla nejvyšší skóry bezmoci – beznaděje. Na 1% hladině významnosti vyšly následující prediktory mortality na karcinom: syndrom beznaděje, absence úzkosti a tendence zakončit život.

Schapiro a spolupracovníci (2002) zkoumali po dobu 10 let 5136 osob, které žily více než 25 let v Kodani v Dánsku, prostřednictvím dotazníků zjišťujících jejich psychickou zranitelnost. Autoři nezjistili přímé vyšší riziko vzniku rakoviny u osob vykazujících zvýšenou psychickou zranitelnost, ale zjistilo se, že u těchto osob se odráží tato labilita v jejich chování a rizikovém životním stylu, což pak skutečně nepřímou zvyšuje riziko vzniku rakoviny. Autoři této dánské studie dospěli k závěru, že dvě krajnosti psychického rozpoložení mohou vést ke vzniku rakoviny. Tyto dvě krajnosti jsou: značná psychická zranitelnost projevující se buď nejistotou, nerozhodností, nervozitou a nízkým sebevědomím, nebo naopak kompenzací těchto vlastností a tím i zvýšenou asertivitou až agresivitou (Shapiro aj., 2002, s. 3299–3306). U těchto psychicky labilních lidí se objevovaly sociální problémy (rozvod nebo nezaměstnanost) a také častěji než u normálních osob nezdravý životní styl – silné kuřáctví a zvýšená konzumace alkoholu. Objevovaly se u nich také více poruchy trávení a bolesti zad. Naopak u osob s diagnózou duševní nemoci se zvýšené riziko rakoviny neprokázalo.

Holdenová (1978) upozorňuje na výsledek výzkumu Caroline Bendellové Thomasové z r. 1946, která sledovala 1337 studentů medicíny po řadu let. Zjistila, že psychologická charakteristika těch, kteří později onemocněli zhoubným nádorem, odpovídala charakteristice sebevrahů.

David Schreiber (2010, s. 216) odkazuje na názor Antonia Damasia, jenž působí na University of Southern California v Los Angeles, který zní: „Každá událost, která se dostane do vědomí, vibruje ve všech orgánech, nejen

v mozku“. Vysvětluje si to jako konverzaci orgánů prostřednictvím autonomního nervového systému.

Prognóza vývoje onkologického onemocnění se uvádí ve spojitost s osobnostním profilem. Nemocní déle přežívající se vyznačují „bojovým duchem“, na zjištění diagnózy reagují popřením, vykazují určité rysy hostility a ztráty emoční kontroly. Nemocní přežívající krátce se vyznačují velmi rychlým smířením s chorobou a rezignací. Boleloucký (1998) uvádí, že rakovinná osobnost má hodně společného s depresivní osobností.

Po shrnutí výzkumů lze říci, že tzv. onkologická, karcinomová nebo C osobnost je tedy charakterizována těmito znaky:

- a) Neumí zacházet s negativními emocemi.
- b) Potlačuje úzkost a zlost a navenek je u sebe popírá.
- c) Je nesamostatná, potřebuje mít nepřiměřeně závislou vazbu na druhou, dominantní osobu.
- d) Má z minulosti nezpracované zážitky buď ze ztráty nějaké osoby, nebo ztráty nějaké, pro ni důležité životní hodnoty (smrt nebo rozchod, opuštění, ztráta postavení).
- e) Neumí řešit konflikty, všemi způsoby se jim vyhýbá a snaží se za každou cenu udržet harmonické vztahy popíráním konfliktu.
- f) Je přehnaně ochotná, submisivní i za cenu sebeponižování, upřednostňuje je potřeby ostatních na úkor potřeb vlastních (Kohoutek, 2008).

Uvádím jednu ze svých zkušeností:

Dobře fungující rodina byla zaskočena objevením se zhoubného nádoru muže, otce rodiny, jemuž bylo kolem 45 let. Muž byl velmi dominantní a vysoce vzdělaný, ale poměrně často střídal pracoviště z vlastní vůle, protože byl všude trvale nespokojen. Po objevení zhoubného nádoru trval na tom, že manželka nesmí s nikým o jeho nemoci hovořit, že to musí zůstat v naprostém utajení. Jeho nedospělé děti ani rodiče se po dobu trvání jeho nemoci o ní nedozvěděli. Manželka respektovala přání svého manžela, ale bylo pro ni nesmírně obtížné, že si o tom nemohla s nikým promluvit. Její manžel pak za několik let zemřel a za necelé dva roky po jeho smrti se u ní zjistil zhoubný nádor prsu.

Za nejvíce rizikovou událost se považuje ztráta blízké osoby s pocitem nenávratného odloučení od ní. Na tento fakt bylo upozorněno už v r. 1961. Na pocit zoufalství má také vliv rozchod partnerů, pobyt ve vězení, sebevražda v rodině, jiná závažná chronická choroba vlastní nebo člena rodiny,

chudoba a nezaměstnanost a také situace, kdy se stává tato osoba obětí násilí.

Připojila bych ještě jeden traumatizující moment, jehož jsem si všimla během své praxe: zásadní zklamání důvěry v člověka, kterému osoba na-prosto věřila. Někoho, kdo byl jejím dlouholetým, nebo dokonce celoživotním přítelem – a najednou ji zradil, třeba aby dosáhl vlastního prospěchu.

Otázka, zda delší dobu trvající deprese může být příčinou rakoviny, se klade znovu a znovu.

Tschuschke (2004) upozorňuje na výzkum Dattore aj. z r. 1980, při němž se prokázalo na základě Minnesotského dotazníku, že lidé s nádorovým onemocněním měli naopak nižší skóre deprese.

Marks a Murray (cit. dle Baštecké a kol., 2003, s. 147) odkazují na tři velké prospektivní studie, kde se nenašel žádný vztah mezi depresí a výskytem rakoviny. Ani recidiva maligního onemocnění podle těchto autorů nesouvisela s těžkou depresí, ani dalšími stresory jako zármutkem, sociálními obtížemi nebo nedostatkem důvěrného vztahu. Je zřejmé, že výsledky výzkumů nejsou jednotné.