

**Bakalářská práce**

**Monika Kovačková**

***Psychologické aspekty rakoviny***

**Vedoucí bakalářské práce:**

**Doc. PhDr. Václav Břicháček**

**Univerzita Karlova v Praze**

**Fakulta humanitních studií**

**Studijní program: Humanitní studia**

**Studijní obor: Studium humanitní vzdělanosti**

**Praha 2008**

**Děkuji Doc. PhDr. Václavu Břicháčkovi za odborné vedení, spolupráci a inspiraci, Prof. PhDr. Jaru Křivohlavému, Csc. za to, že mi otevřel svoji knihovnu a tak poprvé seznámil s tímto tématem, a Mgr. Michaele Kovačkové za spolupráci.**

## Obsah

Úvod.....	4
<b>1. Nemoc.....</b>	<b>5</b>
1.1 Psychický stav nemocného člověka.....	6
1.2 Význam nemoci.....	9
<b>2. Tělo a mysl.....</b>	<b>15</b>
2.1 Činnost imunitního systému.....	15
2.2 Psychoneuroimunologie.....	17
2.3 Psychosociální faktory ovlivňující imunitní systém.....	19
2.4 Ovlivňování imunitního systému prostřednictvím psychosociálně - intervenčních metod .....	24
<b>3. Rakovina.....</b>	<b>30</b>
3.1 Rozdílné typy osobnosti podle toho, ke které nemoci mají užší vztah.....	33
3.2 Rakovina v čase a prostoru.....	35
<b>4. Implikace psychoneuroimunologie pro onkologii.....</b>	<b>38</b>
<b>5. Psychosociální podmíněnost vzniku nádorových onemocnění.....</b>	<b>42</b>
5.1 Intrapsychické proměnné.....	42
5.1.1 Depresivní osobnost.....	43
5.1.2 Ventilace emocí.....	44
5.1.3 Truchlení.....	46
5.1.4 Chronický stres.....	47
5.1.5 Zvládání.....	49
5.2 Interpersonální, sociální proměnné.....	60
5.2.1 Sociální vrstva.....	60
<b>6. Psychosociální faktory a průběh nemoci u nádorových     onemocnění.....</b>	<b>62</b>
6.1 Zpracování diagnózy.....	62
6.2 Stres.....	64
6.3 Podíl pacienta na léčbě.....	65
6.4. Sociální opora.....	66
6.4.1 Partnerský vztah.....	68

<b>7. Proč se vlastně zabývat psychosociální intervencí u nemocných rakovinou?</b> .....	69
<b>Závěr</b> .....	72
<b>Dotazník</b> .....	73
<b>Seznam citované literatury</b> .....	76
<b>Seznam použité literatury</b> .....	77

## Úvod

V zemi nemocných vládnu emoce. To, že nemoc ovlivňuje naše pocity a prožívání, se stalo široce přijímaným faktem. V poslední době se však stále více diskutuje o tom, že emoce a psychika mohou nezanedbatelně ovlivňovat náchylnost k chorobám i průběh rekonvalescence. Dosud nevyřešenou a velmi často opomíjenou otázkou zůstává: Máme emocím uznat klinickou důležitost?

Práce je zaměřena na studium vzájemné interakce mezi imunitním systémem a psychickým aparátem. Blíže se věnuje psychosociální podmíněnosti vzniku nádorových onemocnění a psychosociální intervenci v průběhu nemoci u nádorových onemocnění. Práce rozpracovává poznatky interdisciplinárního oboru psychoonkologie, jež se nalézají v průniku psychologie, psychoterapie a onkologie. Odnoží této nové disciplíny je specializace psychoneuroimunologie, která je s psychoonkologií úzce spojena. Z dalších vědních disciplín práce čerpá z biologické psychologie, imunologie, endokrinologie, fyziologie a sociologie.

Práce je zaměřena především na studium psychologických aspektů rakoviny, ale stejné principy platí i pro jakékoliv jiné nemoci.

# 1. Nemoc

*„Teprve, když zdravý onemocní, uvědomí si, co měl.“*

Thomas Carlyle

Náš pocit spokojenosti v životě z velké části pramení z naší iluze vlastní nezranitelnosti. Onemocnění, zvláště je-li závažné, tuto iluzi ničí a napadá naše přesvědčení o bezpečnosti našeho soukromého světa. „Pocit naší smrtelnosti a smysl bytí nám upřeně pohlíží do tváře.“<sup>1</sup>

Nemocným se obvykle nerodíme, ale v průběhu života se jím můžeme stát. Změna relativně zdravého člověka v člověka nemocného je procesem, který má svou biologickou, psychologickou a sociální stránku. Všechny tyto tři složky lidské nemoci určují průběh nemoci i postupy léčby.

Význam slova „nemoc“ definuje Slovník spisovné češtiny takto: „Nemoc je porucha zdraví“. „Nemocný člověk je pak člověk stížený nemocí.“<sup>2</sup> Blízkými výrazy jsou termíny „bezmocný“ a „nemohoucí“. Slova „moc“ a „moci“ pocházejí ze staroslovanského „mog-ti“ a „to je příbuzné s odvozenými českými termíny 'pomáhati a pomoc'“<sup>3</sup>. Z těchto výrazů můžeme usuzovat, že nemocný člověk nemá dostatek sil a moci, aby to či ono udělal, a zároveň je odkázán na pomoc druhého člověka. Kořen slova „moc“ je příbuzný i s německým slovem „mögen“- něco chtít. Samozřejmě, že i člověk, který je nemocen, může něco chtít a po něčem toužit, ale jen stěží to může dostat. Anglický termín pro nemocného člověka- „ill“- je příbuzný se slovem „evil“- zlo. Tato příbuznost nám něco více vypovídá o tom, jak lidé nemoc chápou a jak k ní přistupují.

Široce rozšířené lidové pojetí vidí nemoc a zdraví jako dva kvalitativně různé stavy- nemoc stojí v dialektickém protikladu ke zdraví. Takovéto pojetí však „příliš zjednodušuje nepředstavitelně

---

<sup>1</sup> Siegel, B. S. (1994): Mír, láska a uzdravení. Praha, Pragma, s. 222.

<sup>2</sup> Křivohlavý, J. (2002): Psychologie nemoci. Praha, Grada, s. 15.

<sup>3</sup> Křivohlavý, J. (2002): Psychologie nemoci. Praha, Grada, s. 15.

bohatý a různorodý soubor jevů, kterými se vyznačuje náš zdravotní stav<sup>4</sup>.

Křivohlavý upozorňuje na rozdíly mezi pojmy „*choroba*“ (disease) a „*zdravotní nepohoda*“ či „*nemoc*“ (illness). Termín „*choroba*“ označuje

to, že někdo není zcela zdrav z pohledu patofyziologie. Tento termín vystihuje „objektivní“ tělesný zdravotní stav daného člověka, tedy především to, jak nemoc vidí lékař. Choroba je definována jako poškození, snížení nebo oslabení určité fyziologické činnosti. Termín „*nemoc*“ postihuje celého člověka – nejen jeho tělesnou stránku, ale i jeho stránku psychickou a jeho sociální život. V popředí stojí subjektivní poznání pacienta, jeho povědomí o tom, že něco není v pořádku. Termínem *choroba* se tedy rozumí lékařské pojetí patologické abnormality, kdežto *zdravotní nepohoda* (*nemoc*) je charakterizována negativní emocionální kvalitou.

### **1. 1 Psychický stav nemocného člověka**

*„Člověk není povinen být silnější než je. Nikdo nemá právo něco takového žádat.“*

Artur Miller

#### ***Obavy***

*„Téměř každý druh úzkosti, obav a strachu se zmírní, když člověk pozná, že v těžké situaci není tak zcela sám a všemi opuštěn.“*

Paul Kielholz

Zjistí-li člověk, že se jeho zdravotní stav mění k horšímu, objevují se u něj obavy o zdraví – obavy o to, co by nemocí mohlo být postiženo, obavy, že to bude nepříjemné, bolestivé, a v některých případech i obavy nejtěžší - obavy o vlastní život. V nemoci bývá člověk často

---

<sup>4</sup> Křivohlavý, J. (2002): Psychologie nemoci. Praha, Grada, s. 16.

velmi křehký a cítí se slabý a bezmocný. Napadají ho chmurné myšlenky, které ovlivňují jeho způsoby chování, způsob i obsah jeho mluvy, dokonce i způsob jeho jednání s ostatními lidmi. Obavy člověka „je možno pozorovat i na celé řadě tzv. vegetativních činností“<sup>5</sup> – zrychluje se jeho tep, mění se jeho dýchání, zvětšuje se svalové napětí a roste počet tzv. nervózních pohybových projevů. Takové reakce jsou ve většině případů normální, nejde o nic patologického – psychicky nenormálního.

Tato psychická realita je však velmi často nepříjemná a destruktivní. Příchod vážné nemoci vždy představuje zlom, a to především v životě člověka v mladém či středním věku. Mladí lidé zhruba vědí, co by ve své individuální budoucnosti chtěli dokázat. Vědí, že jsou smrtelní, ale smrt se zdá být v nedohlednu. „Vážná nemoc a ohrožení života znamená pro mladého člověka nebo člověka středního věku odepření reality dlouhodobých perspektiv...“<sup>6</sup>

### ***Strach***

*„Strach je zážitek nanejvýš vyčerpávající.“*

W. Freeman

Něco silnějšího, než jsou obavy, je strach. „Naše představy o tomto pocitu mají v sobě něco děsivého.“<sup>7</sup> Strach člověk prožívá nejen, když je vystaven nebezpečí života, ale i tehdy, když se domnívá, že by ho takové nebezpečí mohlo ohrozit. Zde však nejde jen o myšlenkovou záležitost, jde i o citový stav doprovázející tuto myšlenku. Mluvíme-li o strachu, máme na mysli komplex myšlenek, emocí a představ. Vznik strachu je poměrně složitý děj, odehrávající se v naší psychice. „Jeho základní charakteristikou je zvažování rizika.“<sup>8</sup> Srovnáváme na jedné straně poznatky o daném nebezpečí a na straně druhé to, co si myslíme o vlastní odolnosti vůči němu. Strach se rodí tam, kde síla naší obrany

---

<sup>5</sup> Křivohlavý, J. (1989): Vážně nemocný mezi námi. Praha, Avicenum, s. 13.

<sup>6</sup> Dostálová, O. (1993): Jak vzorovat rakovinu. Praha, Grada Avicenum, s. 10.

<sup>7</sup> Křivohlavý, J. (1989): Vážně nemocný mezi námi. Praha, Avicenum, s. 16.

<sup>8</sup> Křivohlavý, J. (1989): Vážně nemocný mezi námi. Praha, Avicenum, s. 17.



je v poměru k síle nepřítele nedostatečná. Intenzita pocitu strachu je tím větší, čím větší je nepoměr mezi silou obrany a silou nebezpečí. Na intenzitu strachu má také velký vliv míra jistoty, popřípadě nejistoty, v dané situaci. Na tom, že nás přepadá strach, když si uvědomíme, že jsme v ohrožení, není nic nenormálního. Nenormálním se však pocit strachu stává tam, kde je jeho intenzita v porovnání s mírou ohrožení výrazně nadměrná.

### ***Změny vztahu nemocného k sobě samému***

Mezi nepříjemné důsledky negativních změn zdravotního stavu patří změny vztahu nemocného k sobě samému. Člověk si v nemoci začne zřetelně uvědomovat, že „jeho fyzické fungování vykazuje určité nedostatky“<sup>9</sup>. K tomu přistupují chmurné myšlenky, obavy a pocity strachu. Nemocný se uzavírá do sebe, neboť je zaměstnán myšlenkami, které v mimořádné míře souvisí s nemocí. Mění se jeho nálada i myšlení. Především se však mění jeho obraz sebe sama a v důsledku toho i jeho vztah k sobě samému. Nejčastěji dochází ke ztrátě sebeúcty, ke snížení sebevědomí a sebehodnocení a ke změně sebepojetí.

### ***Agresivita***

U člověka, který se náhle dostává do postavení nemocného, se často můžeme setkat s projevy agresivity – s útočností a napadáním lidí kolem sebe. Tento nepřátelský projev pacienta však nesmíme vytrhávat ze souvislostí. Vždy je třeba vidět jej ve vztahu k jeho momentální situaci. Není mu dobře. Nemoc vstoupila do jeho života, chce se s ní utkat, ale situace mu to nedovoluje. Z tohoto vztahu nepřátelství se rodí a roste napětí. Takovéto sílicí napětí si nemůže najít přirozenou cestu vybití, a proto se zaměřuje na dosažitelný cíl – v případě nemocného jsou tímto cílem lidé mu nejbližší a nejdražší a ošetřující personál.

---

<sup>9</sup> Křivohlavý, J. (1989): Vážně nemocný mezi námi. Praha, Avicenum, s. 20.

Zde však narážíme na hranici ošetrovatelské etiky. Ta nás vyzývá být nemocnému pomocí – vždy, všude a za všech okolností. Na druhé straně psychická a fyzická kapacita člověka není neomezená. „Nikdo nemá nevyčerpatelný zdroj energie.“<sup>10</sup> Poskytování péče nemocnému, i když je humánní činností, by nemělo vyústit ve zhroucení člověka, který tuto péči poskytuje. I v této činnosti existují jisté hranice - jejich umístění je však individuální záležitostí každého člověka.

*„Ani zoufalství nás nezabavuje odpovědnosti za sebe a za druhé.“*

A. Paton

## **1. 2 Význam nemoci**

### ***Nemoc jako hybná síla transformace***

Naše tělo, posel života, nám říká nejen, kde jsem se vzhledem k životu nezachovali správně, ale také nám přesně ukazuje, co je třeba dělat, aby škody byly napraveny. Vysílá k nám vytrvale poselství pomocí výrazu našeho obličej, pomocí naší mimiky, gestikulace, chůze, a v některých případech prostřednictvím nemoci.

Hlubším smyslem nemoci je uvědomit si, k čemu nás v naléhavém případě nutí. Skutečné léčení pak neznamená odstraňování příznaků a návrat do původního stavu, protože ten byl vlastně příčinou nemoci. Nemoc proto není jen našim nepřítelem, ale může se stát také našim pomocníkem. Prostřednictvím nemoci nám náš organismus totiž říká, že se ubíráme špatným směrem a že cesta, na které se právě nacházíme, musí být změněna. Léčení pak znamená nastoupení nové, správnější životní dráhy.

Podle Russella Lockharta, jungovského psychoterapeuta, je nemoc cestou k individualizaci a seberealizaci, neboť stahuje vědomí do stále hlubších zákoutí vlastního Já. Choroba tak může být katalyzátorem změn především pro lidi, kteří celý svůj život potlačovali uspokojování vlastních potřeb.

---

<sup>10</sup> Křivohlavý, J. (1989): Vážně nemocný mezi námi. Praha, Avicenum, s. 22.

## *Nemoc jako zdroj zisků*

*„Nemoc deptá sice tělo, ale osvobozuje duši a také ji očisťuje; v nocích a dnech nucené nečinnosti napadají člověka myšlenky, které jakoby se jinak bály příliš ostrého světla... Kdo nikdy nestonal, nezná dobře své nitro.“*

Romain Rolland

Nemoc člověka uvádí do pasivity. Psychika člověka je v regresi, zjednoduší se a nabývá opět spíše dětských kvalit. Člověk není schopen složitější duševní aktivity. Takovéto potlačení psychiky nemocnému umožní zaměřit se více k tělu a být vnímavější i k minimálním tělesným signálům. Prožití nemoci může tímto způsobem obohatit emocionalitu člověka. Nemoc člověku umožňuje rozšířit jeho citové prožívání, a tak nemusí být vždy nutně negativním jevem. Nemoc napomáhá obnovit zatíženou a vyčerpanou psychiku, zážitek utrpení, bolesti a jiných negativních pocitů v nemoci může v člověku posílit jeho lidskou stránku, pomoci definovat smysl života, přehodnotit životní hodnoty, dát nová kritéria pro posuzování sebe sama či svého okolí.

I když jsme zvyklí na pojetí choroby jako trestu nebo neúspěchu, nesmíme zapomínat, že nic není špatné nebo dobré ve své podstatě a samo o sobě. To vysvětluje, proč někteří lidé, když byli požádáni, „aby popsali svou nemoc, ji nazvali znaménkem krásy, budícím signálem, výzvou a novým začátkem“<sup>11</sup> - choroba jim sloužila jako znovunasměrování. To neznamená, že si nepřejí být zdraví, ale že by se nevzdali toho, čeho dosáhli díky své nemoci. Lidé si z života nebezpečných nemocí odnášejí především jednu lekci - naučí se rozeznávat mezi tím, co je a co není důležité.

---

<sup>11</sup> Siegel, B. S. (1994): Mír, láska a uzdravení. Praha, Pragma, s. 214.

*„Uprostřed chemoterapie a radiace si jedna žena našla čas mi napsat: 'Považuji svou rakovinu za takové požehnání, protože jejím prostřednictvím jsem se toho tolik naučila o tom, jak zvládat své životy, jak se vymluvit ze svých citů k sobě, jak navždy odhodit nesmysly a mít více spokojenosti v životě.'“<sup>12</sup>*

„Rakovina, smrt a ztráta blízkých nejsou tím hlavním, ale láska a uzdravování ano, a nakonec vidíme, že v bolesti spočívá příležitost milovat a starat se ještě více.“<sup>13</sup> Jak řekla Matka Tereza: „Největší chorobou lidstva je nedostatek lásky“.

### ***Nemoc jako nástroj sebepotrestání***

„Nemoc může v psychice nemocného, ať vědomě nebo nevědomě, splňovat formu potrestání za jakousi vinu.“<sup>14</sup> Žádný člověk nežije bez viny – každý se někdy „provinil“, nejčastěji vůči morálním kodexům či vlastnímu svědomí. Člověk také může cítit vinu, aniž by nějaký skutek učinil, nebo právě proto, že ho neučinil.

Vina se musí nějakým způsobem kompenzovat, musí za ní následovat trest. Nejprimitivnějším trestem a kompenzací viny bylo „oko za oko, zub za zub“. S křesťanstvím přichází daleko jemnější hodnocení viny, sebezpytování a lítost. Vina je bolestivý pocit a člověk se jí snaží nějakým způsobem zpracovat. Buď ji potlačí z vědomí, popře či převede na někoho jiného, nebo vinu přijme a společně s ní přijme i trest.

V některých případech onemocnění naplňuje funkci viny nevědomé, která přitahuje trest. Častěji se však vyskytují onemocnění, „kterým je nemocnými vědomě přisuzována funkce trestu za vědomou vinu“<sup>15</sup>. Specifickým případem jsou onemocnění ovdovělých partnerů. V psychice těchto lidí lze odhalit vinu za přežití. Podobně sebedestruktivně působí viny za odloučení, odchod dětí z domova, odchod partnera, účast na smrtelném úraze atd.

---

<sup>12</sup> Siegel, B. S. (1994): Mír, láska a uzdravení. Praha, Pragma, s. 215.

<sup>13</sup> Siegel, B. S. (1994): Mír, láska a uzdravení. Praha, Pragma, s. 222.

<sup>14</sup> Vodvářka, P. (2001): Třidvacet dialogů o rakovině. Praha, Galén, s. 57.

<sup>15</sup> Vodvářka, P. (2001): Třidvacet dialogů o rakovině. Praha, Galén, s. 58.

Nemocný člověk má často sklon ještě k další formě sebeobviňování – obvykle se u něj objevuje pocit viny, že si nemoc způsobil sám svým nezodpovědným chováním. Takovéto obviňování není jenom vnitřní (intrinsic), tj. osobní, ale také vnější (externí-extrinsic), kdy nemocného ze změny zdravotního stavu obviňují druzí lidé.

Ukazuje se však, že sebeobviňování má nejen negativní, ale také pozitivní důsledky. Vědomí nemocného, že si sám něco zavinil, ho může vést k přesvědčení, že „podobně jako se sám podílel na zhoršení svého zdravotního stavu, může se podílet i na jeho zlepšení“<sup>16</sup>. Takoví pacienti na sebe obvykle berou větší míru odpovědnosti za dodržování zdravotního režimu, výrazněji řídí průběh své rehabilitace a celkově bývají aktivnější v procesu léčení. Se sebeobviňováním za negativně změněný zdravotní stav se však setkáváme i v situacích, kde je jakákoliv účast daného pacienta na takovémto ději zcela vyloučena.

Freud popisuje tuto funkci choroby, když mluví o symptomech uspokojující trojitě přání. První z trojitých přání je spojeno s požitkářskými potřebami organismu. „Druhé je spojeno s agresivním úmyslem vůči ostatním“<sup>17</sup> – někteří lidé používají svou nemoc jako nástroj manipulace s lidmi kolem sebe. A konečně třetí přání je spojeno se sebetrestajícími kroky- nemoc slouží jako prostředek pokání. Takoví lidé mají potřebu odpuštění – ne odpuštění ostatních lidí, ale své vlastní. Pokud nemají dostatek sebelásky, která by jim toto odpuštění udělila, „potom choroba může být oním pokáním, které je osvobodí od pocitu viny, po čemž konečně mohou dovolit sami sobě, aby se uzdravili“<sup>18</sup>.

*„Pocit viny byl natolik převládající, že jsem nevěděla, jak bych měla pokračovat v životě, jestli si nenajdu způsob, jakým bych trpěla. Cítila jsem, že jsem špatný člověk a že si nezasloužím žít dál bez nějakého utrpení ve svém životě. Neexistovalo žádné odpuštění. Nemohla jsem to překonat, dokud jsem nedostala tu rakovinu. Potom, jakmile už jsem*

---

<sup>16</sup> Krívohlavý, J. (2002): Psychologie nemoci. Praha, Grada, s. 32.

<sup>17</sup> Siegel, B. S. (1994) : Mír, láska a uzdravení. Praha, Pragma, s. 195.

<sup>18</sup> Siegel, B. S. (1994): Mír, láska a uzdravení. Praha, Pragma, s. 197.

*měla rakovinu, jsem si řekla, že je to fajn, když už jsem trpěla dost: teď mohu pro sebe udělat něco pozitivního.*“<sup>19</sup>

### ***Nemoc jako nástroj řešení psychického konfliktu***

Nemoc se v některých případech může stát utrpením současně působícím vysvobození. Existuje mnoho situací, v nichž může být nemoc východiskem, třeba jen dočasným. Přitom ale nejde o vědomý unik do nemoci, naopak- nemoc se stává nástrojem pro řešení psychického konfliktu na úrovni nevědomé.

Nemocný může nevědomě toužit po příjemné pozornosti, soucitu, může chtít připoutávat partnera, jehož city si není jist atd. Ve vystupňovaných osobních konfliktech nemoc člověku umožní „odsunutí a oslabení neúnosné psychické a společenské situace“<sup>20</sup>. Někteří dospělí nemocní využívají svého onemocnění jako zdroje moci - nejčastěji pro manipulaci s okolím. Taková onemocnění propukají po neúspěchu, selhání či urážce. Nemoc pak kompenzuje selhání a ponížení tím, že člověk v nemoci získává moc, která mu umožňuje prosadit svou vůli, ospravedlnit neúspěch, získat čas atd.

Ve výše zmíněných případech nejde o simulaci. Simulace je vědomá, racionální reakce. Řešení psychického konfliktu nemocí je však z velké části nevědomý proces.

### ***Nemoc jako selhání***

To, jak vysvětlujeme události v našich životech sami sobě, je tím na čem velmi záleží. Tento jev psycholog Martin Seligman z Pensylvánské univerzity nazval „vysvětlovacím stylem“.

Podobně je velmi důležité i to, jak vysvětlujeme sami sobě svá onemocnění. Takováto „vysvětlení“ nemoci mohou mít zásadní vliv na její průběh, léčení i rekonvalescenci. Vidět chorobu jako znamení osobní nedostatečnosti, jako provinění nebo jako selhání je jak kruté, tak chybné. Výsledek choroby může být za hranicemi naší moci. To však neznamená vzdát se vší odpovědnosti. Odpovědnost a vina nejsou

---

<sup>19</sup> Siegel, B. S. (1994): Mír, láska a uzdravení. Praha, Pragma, s. 197.

<sup>20</sup> Vodvářka, P. (2001): Třidvacet dialogů o rakovině. Praha, Galén, s. 57.

stejné věci. Ani choroba a neúspěch nejsou totéž. Pokud člověk takto pesimisticky přistupuje ke své nemoci i k možnosti změnit ji, může to nepříznivě ovlivnit celý průběh uzdravování, neboť jsou to především naše mentální postoje, co ovlivňuje naši náchylnost k chorobám a následně naši schopnost překonat je.

## 2. Tělo a mysl

*„Velká většina z nás musí žít s neustálou a všudypřítomnou licoměrností. Musí to mít vliv na zdraví, když den za dnem říkáte něco jiného, než cítíte, když si libujete v něčem, co se vám nelíbí, a radujete se z něčeho, co přináší jenom neštěstí. Náš nervový systém není iluze. Je součástí našeho těla, a naše duše existuje v prostoru i v nás, tak jako zuby v ústech. Nemůžeme ji pořád beztréstně ničit.“*

Boris Pasternak, Doktor Živago

### 2.1 Činnost imunitního systému

Termín „*imunita*“ či „*imunní*“ je latinského původu. Latinské slovo „*munio, munere*“ znamená činiti pevným. Termín „*munitus*“ pak znamená chráněný, opevněný proti nepříteli. Pojem „*imunní*“ tedy používáme pro označení něčeho chráněného, nedotknutelného, odolného.

Imunitní systém se skládá z tkání, orgánů a procesů, které chrání lidské tělo před invazí cizích prvků (bakterií, virů, plísní atd.). „Druhou funkcí imunitního systému je pečovat o „domácí pořádek“ v organismu“<sup>21</sup> - tento systém z těla odstraňuje zchátralé a poškozené buňky a má dozor nad buňkami mutujícími. Základní formou buněk tohoto systému je *lymfa* - hovoříme zde o lymfatickém systému. Lymfa koluje v našem těle obdobně jako krev. „Za orgán imunitního systému je tedy třeba považovat všechny systémy v lidském těle, které vytvářejí, člení, uskladňují a cirkulují lymfu.“<sup>22</sup>

Lymfa své pojmenování dostala podle lymfocytů, což jsou buňky typu bílých krvinek. Těch existuje několik druhů (příkladem jsou T-lymfocyty, B-lymfocyty, buňky NK - „natural killer“ – přirozený zabíječ). Lymfocyty se rodí v kostní dřeni a dozrávají v lymfatickém systému v celém těle. Lymfocyty se angažují v tzv. specifické imunitní reakci.

---

<sup>21</sup> Křivohlavý, J. (2001): Psychologie zdraví. Praha, Portál, s. 44.

<sup>22</sup> Křivohlavý, J. (2001): Psychologie zdraví. Praha, Portál, s. 45.



### ***Činnost specifického imunitního systému***

Specifický imunitní systém je zaměřen na boj se zcela určitými vetřelci. K této činnosti jsou specializované dva druhy lymfocytů – T-buňky a B-buňky. Jestliže se dostane cizí těleso poprvé do organismu, je napadeno těmito buňkami. Tato návštěva následně odstartuje zcela specifickou činnost T- buněk. T-buňky mají zvláštní specifická čidla (receptory), která jsou citlivá na daný druh cizího mikroorganismu. Postupně se tyto lymfocyty stávají citlivějšími k jakémukoliv další návštěvě daného druhu cizího mikroorganismu. Zároveň se lymfocyty s touto charakteristikou výrazně množí. „Tato imunitní aktivita se nazývá ‘imunita zprostředkovaná buňkami’.“<sup>23</sup>

Druhý typ buněk specifického imunitního systému - B-buňky- se za pomoci tzv. pomocných T-buněk člení a vytváří plazmatické buňky, které produkují krevní bílkoviny nazývané *protilátky* (antibodies). Tyto buňky jsou specifické- vztahují se pouze k jednomu druhu cizího mikroorganismu. Druhy cizích organismů, které provokují tvorbu protilátek, se nazývají *antigeny*.

Tuto činnost můžeme rozdělit na tzv. primární a sekundární imunitní reakci. V primární reakci antigeny stimulují a podnítlí tvorbu protilátek. V sekundární reakci se již používají tyto specifické protilátky. Jelikož imunitní systém má schopnost si dřívější boj s vetřelcem „zapamatovat“, je opakovaná reakce organismu na daný druh vetřelce mnohem rychlejší a silnější. *Imunizace* (očkování)- proces umělého vytváření imunity – je založena na poznání tohoto postupu. Při imunizaci se předchází chorobnému stavu tím, že se organismus na zcela určitého vetřelce předem připraví.

Vedle lymfocytů existují v imunitním systému ještě další druhy buněk, které se řadí mezi leukocyty. Ty se podílejí na tzv. nespecifických imunitních reakcích.

---

<sup>23</sup> Křivohlavý, J. (2001): Psychologie zdraví. Praha, Portál, s. 46.

### ***Činnost nespecifického imunitního systému***

„Podaří-li se cizímu tělesu jakéhokoliv druhu napadnout lidský organismus, setkává se zde s dvěma systémy nespecifické, tj. obecné obrany organismu.“<sup>24</sup> Jedním systémem obecné obrany je tzv. *fagocytóza*, druhým systémem je *inflamace*.

Buňky imunitního systému fagocytózy jsou dvojího druhu. V první řadě jde o *granulocyty*. Tyto buňky obsahují zvláštní chemikálie, které ve styku s nepřítelem „vystřelují“ a tím jej napadají. Druhý typ těchto buněk tvoří *makrofágy*, které mají více funkcí – šíří informaci o napadení organismu cizím tělesem, startují obrannou reakci organismu, segregují látky důležité pro zvýšení imunitní činnosti, odstraňují „zbytky boje“ s cizím mikroorganismem apod.

Druhá obrana, *inflamace*, se projevuje ve formě zánětů. Pokud se cizí těleso nepodaří zlikvidovat při jeho vstupu do lidského organismu, může dojít k poškození organismu. Úkolem zánětů je znovuoobnovení normální činnosti organismu v oblasti, která byla poškozena při napadení vetřelcem. V místě poškození jsou vylučovány enzymy. Ty ničí cizí mikroorganismy v těle a pomáhají v odstraňování takto zlikvidovaných mikroorganismů cizího tělesa z těla. Do oblasti poškození organismu se dostávají i granulocyty a makrofágy, jež se spolupodílejí na boji s vetřelcem.

## **2. 2 Psychoneuroimunologie**

*„Vliv stresu na imunitní systém je – vedle klasického podmiňování – oblastí, na které lze mimo jakékoliv pochybnosti dokladovat psychologickou modulaci imunity.“*

Iva Šolcová a Vladimír Kebza

*Psychoimunologie* nebo také *psychoneuroimunologie* je brána jako relativně nová disciplína. Termín psychoneuroimunologie patrně poprvé použili v roce 1964 Solomon a Moss. Tato disciplína studuje

---

<sup>24</sup> Křivohlavý, J. (2001): Psychologie zdraví. Praha, Portál, s. 45.

komplexní spojení mezi subjektivním prožitkem, tedy psychickým aparátem, a imunitním systémem na neurofyziologickém poli a zároveň složité propojení mezi zmíněnými dvěma systémy, včetně zpětnovazební reakce. „Práce v této oblasti byla v polovině sedmdesátých let 20. století podnícena multidisciplinárními pracemi Adera.“<sup>25</sup>

Psycholog Rober Ader svým objevem učiněným na Lékařské univerzitě v Rochesteru v roce 1974 otrásl zakořeněnou představou o biologickém fungování těla. Ader zjistil, že imunitní systém je schopen učit se a reagovat na zkušenosti změnou svého chování podobně jako mozek a centrální nervový systém. Při svých pokusech Ader podával bílým myškám látky, které uměle snižovaly hladinu T-lymfocytů v krvi. Myši tuto látku pokaždé přijímaly rozpuštěnou ve vodě oslazené sacharinem. Ader později zjistil, že podávání samotné sacharinové vody bez imunopresivní látky po určité době u myši vyvolá snížení T-lymfocytů. Jejich imunitní systém se naučil snižovat hladinu bílých krvinek jako reakci na pití vody ochucené sacharinem. Ukázalo se, že tělo a mysl nepracují odděleně, ale že jsou naopak úzce propojeny. Aderovy závěry vedly k dalšímu zkoumání mechanismů komunikace mezi imunitními buňkami a nervovým systémem.

Jeden z nejpřesvědčivějších důkazů pro existenci přímého fyziologického vlivu emocí a mysli na funkci imunitního systému pocházejí z výzkumů Davida Feltena. Výzkumy Feltena navázaly na předchozí studie, jež potvrdily, že chemické mediátory (látky, které zprostředkovávají komunikaci mezi všemi buňkami v těle), které se nejvíce uplatňují v mozku a imunitním systému, mají nejvyšší koncentraci právě v těch nervových centrech, v nichž probíhá regulace emocí.

Felten pak ve spolupráci s dalšími kolegy našel bod, kde autonomní nervový systém přímo komunikuje s buňkami imunitního systému (lymfocyty a makrofágy), bod, kde se zakončení vláken autonomního nervového systému bezprostředně dotýká imunitních buněk.

---

<sup>25</sup> Tschuschke, V. (2004): Psychoonkologie. Praha, Portál, s. 145.

Převratným objevem této studie bylo zjištění, že komunikace mezi buňkami imunitního systému a buňkami nervového systému probíhá v obou směrech. Felten dále zjišťoval, jaký význam mají nervová zakončení pro funkci imunitního systému. V pokusech zvířatům odstranil některé nervy z lymfatických uzlin, kde se tvoří bílé krvinky, a pak imunitní systém zatížil virovou nákazou. Výsledkem bylo oslabení imunitní reakce na virus. Závěrem je zjištění, že nervový systém je s imunitním systémem nejenom spojen, ale že je též nezbytný pro jeho funkci.

Imunitní systém tedy není autonomní, nýbrž je řízen signály z centrální nervové soustavy. Ukazuje se, že změny ve funkci imunity mohou být způsobeny klasickým podmiňováním, stresovými podněty nebo jinými psychosociálními faktory. Takovéto změny v imunitních parametrech naznačují spolupůsobení mozkové kůry, především čelní (frontální) a spánkové (temporální) oblasti. Modulace imunitního systému prostřednictvím centrální nervové soustavy probíhá dvěma způsoby: buď přímou inervací (zásobování nervovými vlákny) lymfatických orgánů prostřednictvím autonomního nervového systému, nebo prostřednictvím neuroendokrinního systému. Jak uvádí Belinger (1994), každý hormon, který je uvolňován hypofýzou, ovlivňuje alespoň některé parametry imunitního systému. A jelikož je komunikace mezi nervovým a imunitním systémem oboustranná, existují nezpochybnitelné důkazy, že látky regulující imunitní systém (např. cytokiny) ovlivňují také funkci centrální nervové soustavy.

### **2.3 Psychosociální faktory ovlivňující imunitní systém**

Jelikož je imunitní systém začleněn do interakce s jinými orgány v našem těle, nelze jej chápat jako relativně samostatnou činnost. Empirické průkazy jeho úzké vázanosti na činnost mozku a endokrinního systému potvrdily, že imunitní systém je v interakci nejen s nervovou činností, ale jejím prostřednictvím i s činností psychickou a sociální.

### ***Stres jako nositel imunologických změn***

„Mechanismy stresu jsou chápány jako zásadní faktory ve vztahu mezi chováním / prožíváním a imunitní funkcí organismu.“<sup>26</sup> *Stres* je reakcí systému na vlivy podmíněné okolím, které mají tendenci zatěžovat jeho funkčnost. Tyto vlivy se nazývají *stresory*. U biologických organismů nemusí stresory pocházet nutně z „externích“ zdrojů, ale mohou být živeny materiálem z vnitřního prostředí organismu. Z řady prací vyplývá, že bychom měli rozlišovat mezi stresem „akutním“, tj. velkým či náhlým stresem, a stresem, který trvá delší dobu, tzv. stresem chronickým. Především jde o to, že se imunitní systém chová v reakci na akutní a chronický stres odlišně.

Hlavní charakteristikou tzv. *akutního stresu* je to, co nazýváme „výzvou“. Při jednorázovém stresu, i když je výrazný, dochází ke zvýšení činnosti imunitního systému (k posílení imunity – immunocompetence). V této situaci je aktivován sympatiko-adrenální systém. „Z hlediska imunologie je hlavním efektem akutního stresoru vzrůst počtu buněk NK (natural killers), tj. přirozených ničitelů veřelců.“<sup>27</sup> Množství NK-buněk je jedním z hlavních kritérií úrovně činnosti imunitního systému a schopnosti organismu bojovat.

Naopak k *chronickému stresu* dochází tam, kde není možné situaci řešit, kde stresor nelze dostat pod kontrolu a zvládnout ho. Chronický stres má podobu *mikrostresorů*- každodenních drobných trápení, těžkostí a mrzutostí (tzv. *daily hassles*); případně je v psychologických pracích registrován pod pojmem *životní události (life events)*. Takovými životními událostmi, které působí jako chronické stresory, mohou být propuštění z práce, odchod do důchodu, rozvod atd. V takových situacích je aktivován hypotalamo-hypofyzální systém. Fyziologicky jde o sekreci katecholaminů adrenalinu a noradrenalinu, speciálních stresových hormonů, které jsou ve stresových situacích vytvářeny jako neurotransmitery dření nadledvinek. Adrenalin a noradrenalin jsou spojeny s tělesnou i psychickou zátěží. Slouží cévní regulaci za účelem přípravy kyslíku a glukózy pro případ útěku nebo

---

<sup>26</sup> Tschuschke, V. (2004): Psychoonkologie. Praha, Portál, s. 147.

<sup>27</sup> Křivohlavý, J. (2001): Psychologie zdraví. Praha, Portál, s. 54.

útoku tím, že roztáhnou cévy a svalstvo průdušek. Kritériem imunitní činnosti za těchto podmínek je relativně snížené množství NK-buněk. Dlouhodobě působící stres tak potlačuje činnost imunitního systému - dochází k imunosupresi.

### ***Vliv ne/možnosti změny situace na činnosti imunitního systému***

Ryan, Drugan a Laudenslager (1983) zjišťovali na krysách vliv stresu v situacích řešení obtížné situace. Porovnávali činnost imunitního systému za situace, kdy bylo a kdy nebylo možné uniknout elektrickým šokům. Tam, kde krysy situaci nemohly změnit, docházelo k signifikantnímu poklesu činnosti jejich imunitního systému. I mnoho dalších experimentů pracovalo s proměnnou možností či nemožností řešení stresové sociální situace. Teoretické pojetí, které je v pozadí těchto pokusů, „hovoří o vlivu tzv. *pátracího chování*, tj. hledání východiska ze zdánlivě neřešitelné situace“<sup>28</sup>. Tam, kde jde o neřešitelnou situaci, kde se jedinec musí spokojit s nezměnitelnou submisivní rolí, dochází k tzv. rezignačnímu chování, které může vytvářet obecnou predispozici k řadě chorob. Naopak úspěšné pátrací chování má na prevenci mnohých chorob pozitivní vliv.

Toto pojetí má blízko ke klasickým psychologickým konceptům tzv. *naučené nadějnosti (learned hopefulness)* a *naučené bezmocnosti (learned helplessness)*. Zda daná situace na člověka zapůsobí jako stresor či nikoli, záleží na tom, zda jedinec má „pocit schopnosti situaci zvládnout“ (*controllability*).

### ***Vliv emocí a nálad na činnost imunitního systému***

„Proboha, radujte se více! Je to jediný a nejspolehlivější lék na všechny nemoci.“

Gogol Nikolaj Vasiljevič

---

<sup>28</sup> Křivohlavý, J. (2001): Psychologie zdraví. Praha, Portál, s. 50.

Bylo zjištěno, že prožívání silných pozitivních i negativních emocí je spojeno s uvolňováním secernovaného imunoglobulinu A. Imunoglobulin A je protilátkou, která se podílí především na obraně organismu proti běžnému nachlazení. *Pozitivní emoce* posilují tímto způsobem imunitní reakci, *negativní emoce* ji naopak snižují. Špatné nálady a negativní emoce zvyšují u lidí pravděpodobnost onemocnění, především infekčních a respiračních. Podobně působí i žádoucí události (splněná očekávání) a události nežádoucí (frustrace).

Na činnost imunitního systému má vliv především *truchlení* a *smutek*. Tvorba lymfocytů je u truchlící osoby ve srovnání s netruchlící osobou signifikantně snížena. Irwin (1987) ve své kontrolované studii zjistil „u žen, jejichž manžel nedávno zemřel na rakovinu, případně jejichž manžel se nacházel v terminální fázi onemocnění, významně sníženou NK-buněčnou aktivitu“<sup>29</sup>.

Výzkum vlivu nálady na činnost imunitního systému se nejčastěji provádí experimentálně v laboratořích. Při jednom takovém pokusu dr. Labottová posluchačům promítala dva filmy- jeden s humorným obsahem, druhý s obsahem smutným. Následně byla zjišťována hladina secernovaného imunoglobulinu A (S-IgA). Po zhlédnutí humorného filmu se tato hladina zvýšila, a tak byla posílena činnost imunitního systému. Naopak po zhlédnutí smutného filmu hladina S-IgA klesla, a to především v těch případech, kdy posluchači měli vyprávět o tom, co spatřili.

### ***Vliv sociální opory na imunitu***

Na aktivitu imunitních buněk mají vliv také sociální faktory. Tým pracovníků vedený Jemmottem (1983) potvrdil, že situace prosociálně orientovaných osob je z hlediska imunity lepší. Porovnávali imunitní reakci u dvou skupin studentů. První skupinu tvořili studenti, kteří byli motivováni spíše prosociálními faktory, druhá skupina se skládala ze studentů s výrazně mocenskou orientací. Ukázalo se, že mocenská

---

<sup>29</sup> Tschuschke, V. (2004): Psychoonkologie. Praha, Portál, s. 158.

orientace snižuje sekreci imunoglobulinu A a má negativní vliv na počet NK-buněk.

V dalších pokusech Jemmott a Magloire (1988) zjišťovali vliv kvality vztahu daného člověka k tzv. primární referenční skupině (tj. k lidem mu nejbližším). V těchto pokusech šlo o tzv. sociální oporu. Ukázalo se, že dobrá sociální opora velmi výrazně ovlivňuje imunitní reaktivitu.

Prosociální aktivita však může mít opačný vliv na činnost imunitního systému u lidí, kteří sociální oporu poskytují. Prosociální činnost – jako je např. péče o chronicky nemocné lidi či péče o člověka v terminální fázi nemoci - se může stát dlouhodobě zatěžkávající zkouškou. Výsledky mnoha studií potvrdily, že „pečovatelky o osoby s Alzheimerovou nemocí měly snížené hodnoty imunitní aktivity, vykazovaly vyšší míru deprese, negativnější charakteristiky celkového zdravotního stavu a jejich rány se déle hojily“<sup>30</sup>. Pozoruhodným na této situaci byl fakt, že se tyto jejich charakteristiky nezměnily k lepšímu ani po úmrtí pacienta.

*„Ti, kdo se starají o obnovu zdraví jiných lidí, jsou vysoce postaveni nade všechny ostatní, neboť uchovávat a obnovovat je stejně ušlechtilé jako tvořit.“*

Voltaire

Podobný vliv na aktivitu imunitního systému mohou mít opuštěnost a osamocení (sociální izolace), vysokoškolské zkuškové období, rozvod, život v ohroženém prostředí atd.

---

<sup>30</sup> Křivohlavý, J. (2001): Psychologie zdraví. Praha, Portál, s. 51.



## 2.4 Ovlivňování imunitního systému prostřednictvím psychosociálně-intervenčních metod

*„Biologie i medicína ignorují skutečnost, že mysl vládne tělu. Ignorují však to nejdůležitější, co o životě víme.“*

MuDr. Franz Alexander

Další důkazy, které podporují předpoklad, že psychosociální faktory ovlivňují imunitní systém, pocházejí z intervenčních studií. U zdravých osob i u osob s poruchami funkce imunitní aktivity reagovaly imunitní proměnné pozitivně na tyto intervenční metody: relaxaci, meditaci, biofeedback, hypnózu a řízenou imaginaci.

### ***Relaxace***

„Termín *relaxace* je odvozen z latinského „*relaxare*“ (re- znovu, laxis- volný).“<sup>31</sup> Jde o záměrné uvolňování, jak v oblasti fyzické, tak v oblasti psychické. Při relaxaci dochází k utlumení duševní činnosti, tělo i mysl se vymaňují z vnějších podnětů. Cílem je dosáhnout stavu, při němž se dotýkáme hlubších úrovní mysli. Tento stav je někdy nazýván hladinou Alfa, protože mozkové vlny v tomto stavu sestávají zejména z vln Alfa o frekvenci 8 až 12 cyklů za sekundu. Navození tohoto stavu je prvním stupněm v jogínské meditaci, biologické zpětné vazbě i v hypnóze. Velká část relaxace se zaměřuje na postupné uvolňování jednotlivých skupin svalů. Je třeba, aby cvičenec toto uvolňování svalů cítil a uvědomoval si ho. Uvědomované uvolňování svalů se projeví také v psychickém uvolnění. V rámci správného relaxačního tréninku sem patří i cvičení správného dýchání a „ovládání některých aspektů kardiovaskulární činnosti“<sup>32</sup>.

Při relaxaci se normalizuje tepová frekvence, obdobně jako i krevní tlak. „Svalový tonus se snižuje.“<sup>33</sup> V EEG je možné pozorovat synchronizaci alfa-vln. Objevují se zde i delta-vlny, které jsou

---

<sup>31</sup> Křivohlavý, J. (2001): Psychologie zdraví. Praha. Portál, s. 89.

<sup>32</sup> Křivohlavý, J. (2001): Psychologie zdraví. Praha, Portál, s. 89.

<sup>33</sup> Křivohlavý, J. (2002): Psychologie nemoci. Praha. Grada, s. 94.

charakteristické pro klid. Dechová frekvence se uklidňuje, dýchání se stává pravidelnější. Organismus je přeladěn z tzv. ergotropního na tropotrofní ladění (tj. z napětí na uklidnění).

Relaxace způsobuje nárůst aktivity přirozených zabíječů (NK-buněk). Tento efekt je zachován nějakou dobu po relaxaci, než se vše pomalu vrátí k výchozímu stavu.

### ***Meditace***

*Meditace* patří do skupiny relaxačních cvičení. „Modlitba je rozmluva, meditace znamená naslouchat.“<sup>34</sup> *Meditace* je metoda, jejíž pomocí přestaneme poslouchat to, co nás v každodenním životě ruší, a začneme si uvědomovat něco jiného – vlastní hlubší myšlenky a pocity. Takovéto meditativní „naslouchání“ je aktivním procesem. Jde o soustředění mysli, která se při tom nachází ve stavu uvolněné bdělosti. Méně reagujeme na vnější rozptylující podněty, více však na věci, na které se soustředit chceme. Meditovat můžeme mnoha způsoby. Lze se soustředit na uvolněné nádechy a výdechy, na plamen svíčky, na určitou představu nebo na nějaký symbolický zvuk či slovo (mantru). Rozšířené soudobé techniky spočívají v opakování některých slov. Tím, že se daná osoba soustředí na pomalé vyslovování daného slova, nemá možnost myslet na to, co jí trápí – tím je mysl osvobozena z obvyklého chaosu.

„Vliv meditace na pozitivní tělesné změny je doložen v pracích řady západních vědců, zejména dr. Herberta Bensona.“<sup>35</sup> *Meditace* normalizuje krevní tlak, puls a hladinu stresových hormonů v krvi. Posunuje hranici bolesti a snižuje biologický věk. Vyvolává změny v mozku, takže se člověk méně snadno rozčílí. *Meditace* snižuje únavu, zlepšuje činnost imunitního systému (zvyšuje hladinu imunoglobulinu) a celkově snižuje opotřebení těla i duše.

---

<sup>34</sup> Siegel, B. S. (1994): *Láska, medicína a zázraky*. Praha, Radost, s. 142.

<sup>35</sup> Siegel, B. S. (1994): *Láska, medicína a zázraky*. Praha, Radost, s. 143.

### ***Biofeedback – biologická zpětná vazba***

Až do poloviny 20. století se na Západě věřilo, že biologické pochody není možné vědomě ovlivňovat. Východní lékařství však možnost vědomého ovlivňování fyziologických funkcí v lidském těle při léčení vždy využívalo. V sedmdesátých letech 20. století byla experimentálně prokázána možnost „záměrného vědomého ovlivňování autonomní nervové činnosti“<sup>36</sup>. Pro tento jev byl použit termín biofeedback – možnost zpětného informování o tom, co se v člověku fyziologicky děje. Termínem biofeedback se také nazývají přístroje, které se používají pro sledování tohoto jevu. Tato zařízení ukazují, jak je daná osoba schopna ovlivňovat své vlastní fyziologické činnosti, a zároveň umožňují i výcvik takového ovládní fyziologických funkcí, což může být chápáno jako příprava na zvládnání těžkých životních událostí.

Naše tělo disponuje skutečně neuvěřitelnými mechanismy – může jimi například odklonit krevní proud, vyhladovět nádor zamezením přísunu živin, normalizovat krevní tlak a puls, dopravit léky k nádoru atd. Někteří lékaři se snaží pomocí pacientovy mysli předcházet komplikacím. Tím, že se pacient naučí modulovat některou svou vlastní fyziologickou funkci, naučí se do určité míry regulovat i průvodní fyziologické jevy bolesti, a tím bolest tlumit.

### ***Hypnóza***

Hypnózou se rozumí změněný stav vědomí, pro který je charakteristická zvýšená sugestibilita. Hypnotizovaná osoba je připravena přebírat tvrzení hypnotizéra a přeměňovat je bez kritického uvažování v příslušné prožitky, přesvědčení nebo automatické jednání. Tyto sugerované zážitky a prožívání mohou též vyvolat změny vnímání, emocí a paměti. Při navození hypnózy se často využívá relaxace, která se pak projevuje jako průvodní znak hypnotického stavu.

---

<sup>36</sup> Křivohlavý, J. (2001): Psychologie zdraví. Praha, Portál, s. 90.

Hypnóza rozšiřuje možnosti sugestivního ovlivnění fyziologických reakcí i na fyziologické funkce, které běžně nepodléhají vůli. V současné době se používá u nás i ve světě řada různých hypnotizačních technik s účelem tlumení bolesti. Sugescie u zhypnotizovaných osob podstatně snižují vnímání bolesti, přičemž však vegetativní reakce i nadále odpovídají působení bolestivého podnětu. Hypnóza je indikována jako vhodná terapie jak u akutních bolestí, tak u bolestí chronických. Hypnoterapií se nejčastěji léčí bolesti zubů a hlavy, bolesti po popáleninách a úrazech a bolesti onkologicky nemocných pacientů.

### ***Imaginace***

Již antropolog Claude Levi-Strauss popsal, že lidové léčitelství na celém světě je do značné míry založeno na „psychické manipulaci s nemocným orgánem“<sup>37</sup> pomocí velmi silné představy, která je pacientovi vnuknuta.

„*Imago*“ je latinský termín pro „obraz“. *Imaginací* se rozumí záměrné zobrazování a představování. Nejčastěji se jedná o zobrazování uklidňujících scénérií či věcí a situací, které jsou danému člověku povzbuzením- např. úspěšného procesu léčení. Někteří autoři též doporučují soustředit se ne na pozitivní, nýbrž na negativní obraz- např. na těžkou situaci v životě a její zvládnutí. Při imaginaci člověk využívá velmi zvláštní vlastnosti těla – tělo nedokáže rozlišovat mezi živým, intenzivním duševním zážitkem a skutečným zážitkem tělesným.

Ukazuje se, že imaginace zvyšuje počet bílých krvinek a hladinu tymozinu alfa-1. Tento hormon vyvolává stav duševní pohody a je velmi důležitý pro pomocné T-lymfocyty.

Psycholog Charles Garfield na Lékařské fakultě Kalifornské univerzity v San Francisku sledoval pacienty, kteří přežili rakovinu. Garfield objevil značné podobnosti mezi tím, co dělali tito pacienti, a metodami úspěšných východoevropských sportovců. Trenéři ve

---

<sup>37</sup> Siegel, B. S. (1994): *Láska, medicína a zázraky*. Praha, Radost, s. 145.

východní Evropě nechávali své svěřence poslouchat uklidňující hudbu, zvláště takovou, pro niž je typický pravidelný rytmus šedesáti úderů za minutu. Po několika minutách se tep posluchače sladí s hudbou a nastane hluboký relaxační stav. V tomto stavu si sportovec detailně představuje svůj výkon. „To se opakuje tak dlouho, až se vlastní tělesný úkon stane jen napodobeninou mentálního výkonu, který už si sportovec úspěšně představil.“<sup>38</sup> Je doloženo, že sportovci, kteří se psychologické přípravě věnovali, dosahovali lepších výsledků než ti, kteří kladli důraz pouze na přípravu fyzickou.

Podobně si i nemocní rakovinou představovali svůj průběh léčení. Siegel, který pracoval s řízenou imaginací u onkologicky nemocných pacientů, uvádí, že nejrozšířenější představou byl obraz toho, že rakovinu něco „ujídá“. Takováto představa je ve skutečnosti velmi blízká povaze bílých krvinek a díky ní může choroba i nádor posloužit jako zdroj síly a růstu osobnosti.

Díky imaginaci a disciplíně může být abnormální činnost části těla usměrněna a může začít znovu normálně pracovat:

*„Síla řízené imaginace mě nejvíce ohromila u Garretta, chlapce s mozkovým nádorem, který nebylo možné operovat a ozařování bylo neúčinné. Jeho lékaři prohlásili, že již neexistují žádné možnosti vyšetření ani žádná terapie, která by se dala zkusit. Rodiče Garretta odvezli do Psychofyziologického centra na Menningerské klinice (Biofeedback and Psychophysiology center, Menninger Clinic), kde se zabývali biologickou zpětnou vazbou. Naučili ho tam seberegulační techniky, tj. techniky „jak myšlenkami ovládat tělo“.....Garrett prohlásil, že se mu líbí představa vesmírných lodí, jako z nějaké videohry, které by mu létaly kolem hlavy a střílely na jeho nádor... Po několika měsících.....si přál udělat novou počítačovou tomografii, ale protože byl nádor považován za nevléčitelný, nebyl důvod podstupovat tak náročné a pro Garretta nepříjemné vyšetření. Pak*

---

<sup>38</sup> Siegel, B. S. (1994): Láska, medicína a zázraky. Praha, Radost, s. 147.

*spadl ze schodů a tomografii udělali, aby zjistil, jestli nemá frakturu lebky – a po nádoru nebylo ani stopy.*<sup>39</sup>

I když psychické mechanismy ještě musí být objasněny, názor, že psychologické intervenční metody mohou ovlivňovat imunitní systém, dnes nemůže být popírán. „Proto by se pacientům mělo dostávat nejenom biologické léčby, ale také různorodé psychologické pomoci.“<sup>40</sup>

---

<sup>39</sup> Siegel, B. S. (1994): *Láska, medicína a zázraky*. Praha, Radost, s. 147.

<sup>40</sup> Tschuschke, V. (2004): *Psychoonkologie*. Praha, Portál, s. 159.

### 3. Rakovina

*„Všechno, co se ti přihází, tak se přihází, že to buď můžeš snášet, nebo nemůžeš snášet. Jestli se ti tedy něco přihodí, co snášet můžeš, nereptej, nýbrž snášej to, jak jen můžeš; pakli se ti přihodí něco, co snášet nemůžeš, ani potom nereptej, neboť tě to zdolá dříve. Nezapomínej však, že máš od přírody sílu snášet všechno, co si tvá představa může učinit dosti snesitelným, a to tak, že si pomyslíš, že je to tvůj prospěch nebo tvá povinnost takto jednat.“*

Marcus Aurelius Antonius;  
Hovory k sobě, Kniha desátá

O žádném jiném onemocnění nekoluje mezi lidmi tolik teorií a názorů jako o *rakovině*. Rakovina je nejobávanější ze všech lékařských diagnóz, obklopuje ji mystická aura. Ve skutečnosti se však jedná o souhrnné označení různých forem zhoubného buněčného bujení, které mají většinou velmi různé prognózy a pravděpodobně také zcela rozdílné příčiny a vznik. Zájem o rakovinu je odedávna tak velký jako o žádné jiné onemocnění. Již Hippokrates popisoval nádory, avšak úroveň tehdejšího poznání ještě nedovolovala přesně rozeznávat nádor pravý od nepravého. „Popisy starých lékařů prozrazují však tak bystré oko, že se jistě v řadě případů nemýlili.“<sup>41</sup> Nádor se jim jevil jako nepatřičné zduření, nárůst hmotnosti v určitém místě těla, které bylo buď dobře ohraničené, nebo neohraničené s výběžky do okolních zdravých tkání, případně v pouzdře. Rakovině dal název Galenos. Označil ji jako *tumor*, tedy *nádor*, z latinského *tumere* – bobtnati.

Za diagnózou rakoviny se skrývá jeden velký vzor, který se může vyjadřovat v nespočtu obrazů nemocí. Každý z nich se týká člověka v celé jeho existenci, lhostejno z jakého orgánu původně vzešel. Příliš komplexní rakovinné bujení a tendence rakoviny šířit se po celém těle ukazují, že při tomto onemocnění jde o celého člověka. „Jako strašák dnešní doby se rakovina netýká přímo pouze postižených, nýbrž celé společnosti, která z ní dělá tabu tak jako z žádného jiného obrazu

---

<sup>41</sup> Dostálová, O. (1993): Jak vzdorovat rakovině. Praha, Avicenum, s. 23.

nemoci.<sup>42</sup> Tato skutečnost dokládá, jakým stěžejním zdravotním ohrožením se stala rakovina v naší době. Již samotné označení nemoci nese pečeť našeho hodnocení: *zhoubná*. Rakovina nás zcela jistě konfrontuje s tématem, které leží hlouběji než bolest a dokonce než smrt. „Žádný jiný obraz nemoci také neukazuje souvislost mezi tělem, duší, duchem a společností tak jasně jako rakovina.“<sup>43</sup>

Rakovina je chápána jako symbol zla. Přestože existují jiná těžká chronická onemocnění, která mohou končit smrtí a na která v současné době v západních společnostech umírá více lidí než na nádorová onemocnění, žádné z nich lidem nenahání takovou hrůzu jako rakovina.

Metaforická asociace, kterou pojem rakovina vyvolává, hovoří o naší představě o rakovině sama za sebe:

*„Ona (rakovina) je stejně jako rak chápána jako většinou neviditelný, noční živočich, který se svým nevypočitatelným pohybem vzad zdánlivě nesmyslně pohybuje vpřed. Stejně jako krunýřem chránění raci se i nemoc „rakovina“ chopí příležitosti a s upřeným pohledem na své oběti způsobuje utrpení a jejím nenasytným cílem je smrt.“ (Lockhart, 1977)<sup>44</sup>*

Zvířecí metaforu raka jako označení pro toto onemocnění poprvé použil Galén, který si údajně všiml, že se ženám s karcinomem prsu na prsou objevuje obraz podobný rakovi. Již od antiky je tak rak spojován s existencí zla v lidech, jemuž je lepší jít z cesty.

V některých osvícených způsobech náhledu je nádorové onemocnění chápáno jako „moderní mor“, jako ďábel, nepřítel života, který se vetřel do těla, zmocnil se ho, a tím i celého člověka.

Diagnóza rakoviny vyvolává v nemocném zpravidla stále ještě šok. Přesto můžeme říci, že to, co bylo bezpochyby před několika

---

<sup>42</sup> Dahlke, R. (1998): *Nemoc jako řeč duše*. Praha, Pragma, s. 73.

<sup>43</sup> Dahlke, R. (1998): *Nemoc jako řeč duše*. Praha, Pragma, s. 74.

<sup>44</sup> Tschuschke, V. (2004): *Psychoonkologie*, Praha, Portál, s. 13.



desetiletími chápáno jako jasný rozsudek smrti, je dnes stále více lidmi nahlíženo jako chronické onemocnění a přibývá nemocných, pro které se rakovina stává dokonce vyléčitelnou. Následkem toho je, že se postižený po dobu svého života musí naučit s různými riziky a poškozeními zacházet, aby jeho šance na přežití a jeho kvalita života byly co nejvyšší. V mnoha případech je přítomna hrozba recidivy nebo zhoršení původního onemocnění, což od postižené osoby vyžaduje zásadní životní změny.

„Jak ale vzhledem k rostoucí průměrné délce života v populaci konstatoval známý německý onkolog Volker Diehl, v následujících deseti letech stoupne pravděpodobnost vzniku onemocnění rakovinou v průběhu života z dnešních 25 na 33% (osobní sdělení).“<sup>45</sup>

Prokázaná psychofyzická jednota lidského organismu a vzájemná interakce psychických a somatických dějů nás vede k zabývání se emocemi, které doprovázejí nádorová onemocnění, a pomocí nich hledat východiska: jak s nemocí zacházet, jak se mohla dostat do těla a jak bychom se jí mohli opět zbavit. Lidová velmi rozšířená myšlenka říká, že člověk onemocněl rakovinou, protože s jeho způsobem života před vypuknutím onemocnění nebylo něco v pořádku. Ve starověku se objevovala tvrzení, že rakovina je způsobena „černou žlučí“ nebo „melancholií“ (Galén, Hippokrates). V jednotlivých historických obdobích bylo pojetí nádorových onemocnění velmi podobné, „zejména pojetí rakoviny jako onemocnění, jehož manifestní podobě předchází psychická zátěž nebo psychické zatížení organismu“<sup>46</sup>. Tato teorie psychicko-fyzické koincidence byla vystřídána *osobnostní teorií*, jež přecházela v pojem „*nádorové osobnosti*“. „Nádorová“ osobnost je nejčastěji nazývána typem *carcinomatosus* nebo také typem C.

---

<sup>45</sup> Tschuschke, V. (2004): Psychoonkologie, Praha, Portál, s. 9.

<sup>46</sup> Tschuschke, V. (2004): Psychoonkologie. Praha, Portál, s. 15.

### **3. 1 Rozdílné typy osobnosti podle toho, ke které nemoci mají užší vztah**

#### ***A – typ chování***

Jedna z prvních studií vztahu mezi zdravotními těžkostmi a typem osobnosti byla práce skupiny lékařů WCGS – Western Collaborative Group Study. Tento tým pracoval s lidmi, kteří měli kardiovaskulární potíže. „Všimli si při tom, že pacienti mají některé společné osobnostní charakteristiky – tzv. komplex nadměrné aktivity (action emotion komplex)...“<sup>47</sup> Lidé typu A jsou většinou velmi ambiciózní, vadí jim hluboké city a povýšené chování druhých, mají potřebu udržet si nad vším kontrolu a mají „vztek, když jim něco stojí v cestě k úspěchu nebo jim někdo odpírá zaslouženou odměnu“<sup>48</sup>. Většina jejich práce a cílů právě souvisí s jejich neustálou touhou odměňovat se. Při tom však zároveň v mnoha případech šidí ty nezákladnější potřeby svého těla.

Tyto charakteristiky chování doplňují některé osobnostní rysy: agresivita, nenávisť, závist, výrazná rivalita až nepřátelství, netrpělivost apod. Lidé typu – A se snaží dělat stále více a více, a to ve stále kratším čase, proto je pro ně charakteristická práce v neustálém časovém stresu, dále rychlý a velice hlasitý způsob mluvení a velká, výrazná gestikulace.

Z veškerých dosavadních výzkumů vyplývá, že hnací síla trvale doprovázená úzkostí neustále aktivuje sympatickou (aktivační) část nervového systému. Následkem toho dochází k utlumení uklidňujících nervů. „Tato změna udržuje stresovou reakci „útok-útěk“, jejímž důsledkem je vyplavování adrenalinu, neustále spuštěnou a snižuje schopnost těla reagovat na další stresy, například na nemoci.“<sup>49</sup>

Lidé s výše uvedenými charakteristikami potřebují především výchovu k efektivnějším formám zvládnání, než jsou tyto - jim přirozené.

---

<sup>47</sup> Krivohlavý, J. (2001): Psychologie zdraví. Praha, Portál, s. 80.

<sup>48</sup> Siegel, B. S. (1994): Láska, medicína a zázraky. Praha, Radost, s. 144.

<sup>49</sup> Siegel, B. S. (1994): Láska, medicína a zázraky. Praha, Radost, s. 145.

### ***B- typ chování***

„V protikladu k A- typu osobnosti byl Friedmanem a Rosenmanem (1974) postaven B- typ osobnosti, který vykazoval relativně opačné charakteristiky.“<sup>50</sup> Lidé typu B více než po moci touží po spolupráci. Nemají tak silné zábrany a jsou odolnější vůči chorobám. Pro lidi typu B je charakteristická touha více dávat než brát. Paradoxně takový altruismus a ničím nepodmiňovaná láska posilují tu pravou sebedůvěru, díky níž o sebe lidé dokáží účinně pečovat.

David C. McClelland, profesor psychologie na Harvardově univerzitě, zjistil, že lidé, kteří usilují o moc, mají ve svých slinách méně imunoglobulinu A než ti, jež jsou motivováni spíše zájmem o ostatní. McClelland z toho vyvozuje závěr, že jedním ze způsobů, jak zabránit chorobám spojených se silnou ambiciózností, je zaměřit své ambice na pomoc ostatním.

### ***C- typ chování***

Podobně jako byl v běžném každodenním životě v nemocnici „objeven“ A- typ chování, byl zjištěn i C- typ chování. Ukázalo se, že i pacienti na onkologickém oddělení vykazují určité společné osobnostní charakteristiky. Lidé typu C jsou psychicky vyrovnaní, dobře s druhými spolupracují, jsou přátelští, ochotni druhým pomáhat, nemají vysoké nároky, jsou trpěliví a mimořádně uctívají lidi výše postaveným. Jejich specifickou charakteristikou je to, že výrazně potlačují negativní pocity, především zlost a agresivitu. Dále jsou u nich výraznější symptomy bezmoci a beznaděje. „Druhé lidi mnoho neobtěžují a jsou dosti neteční k signálům negativních změn ve svém zdravotním stavu“<sup>51</sup> – s odevzdaností snášejí bolest i únavu. Též jejich způsob zvládání těžkostí je specifický – často se snadno vzdávají bez boje.

Psychické faktory, které bývají dávány do souvislosti s nástupem a prognózou rakoviny jsou především tyto: prázdnota v mezilidských

---

<sup>50</sup> Křivohlavý, J. (2001): Psychologie zdraví. Praha, Portál, s. 81.

<sup>51</sup> Křivohlavý, J. (2001): Psychologie zdraví. Praha, Portál, s. 81.

vztazích, symbiotické připoutání k partnerovi, depresivní závislost na něm a bezmocné zoufalství po rozchodu.

Některé studie prokázaly vztah charakteristiky C-typu k onkologickým onemocnění. V těchto studiích však byly zjištěny určité metodologické nedostatky. V současné době je tato teorie opouštěna.

### 3.2 Rakovina v čase a prostoru

Antropologické a archeologické nálezy ukazují, že nádorová onemocnění člověka sužují odedávna. Nádory byly zjištěny na dochovaných zbytcích koster, které pocházejí již z paleolitu (starší doba kamenná – 200 000 až 10 000 let př. K. ). V Jugoslávii u Subotice byla nalezena lebka a kost kyčelní. Zjistilo se, že kosti jsou postiženy metastázemi z blíže neurčeného vnitřního orgánu. Taktéž u nás archeologové objevili stopy po nádorech. V Mikulčicích byly nádory nalezeny na kosti pažní a na bederním obratli. V Nových Zámcích byly nalezeny kosti s nezhoubnými nádory (osteomy). Tento nález pochází asi ze 6. století našeho letopočtu – z období staroslovanské kultury.

Ibrahim Ibn Jakub se již v 10. století zmiňuje o nádorech na povrchu těla, kterými trpěli staří Slované a nechávali si je odstraňovat v lázních. Král Ladislav Pohrobek nejspíše trpěl leukémií. Na jeho kostře byla nalezena ložiska, která by této chorobě odpovídala. Nauka o nádorech se poprvé vyučuje na univerzitě ve Würzburgu, a to v roce 1587. Autoritou číslo jedna nadále zůstávají názory Galény.

Nádory se mohou vyskytnout u člověka v kterémkoliv věku, ale jejich frekvence je v dětství nesrovnatelně nižší. Dětské nádory představují sotva 3 % nádorových onemocnění celé populace. „S věkem se výskyt zhoubných nádorů zvyšuje, nejvíce se objevují kolem 65. roku, ale jejich výskyt není vzácností i u podstatně mladších jedinců.“<sup>52</sup>

---

<sup>52</sup> Dostálová, O. (1993): Jak vzdorovat rakovině. Praha, Avicenum, s. 32.

Rakovinou mohou být postiženy všechny orgány, rozdíly v četnosti postižení v jednotlivých lokalizacích jsou však značné. Frekvence výskytu rakoviny se u některých orgánů může během desetiletí měnit, a to jak ve smyslu snížení, tak ve smyslu zvýšení. Na prvním místě u žen je v současnosti rakovina prsu, na druhém místě je postižena kůže, pak děložní tělo, na dalším místě je tlusté střevo a dále děložní čípek. U mužů je na prvním místě rakovina průdušek a plic, dále kůže, na třetím místě v četnosti výskytu je rakovina žaludku, za níž následuje postižení konečníku.

Pokud budeme posuzovat postižení rakovinou u obou pohlaví dohromady, zjistíme, že neblahý primát drží zhoubné nádory trávicího ústrojí (tedy střev, konečníku, žaludku, žlučníku, jater a slinivky břišní) a na druhé místo se řadí všechny zhoubné nádory kůže.

Dnes najdeme stopy tohoto obrazu nemoci všude. „Přes toto všeobecné rozšíření se rakovina stala zvláštním charakteristickým znakem moderních průmyslových národů.“<sup>53</sup> Nikde jinde se nerozšířila tak prudce a rychle. Široce přijímaný argument, že je rakovina častější v průmyslových zemích jen proto, že se tam lidé dožívají vyššího věku, se v principu neshoduje s pravdou a je možné jej v některých bodech vyvrátit. Za prvé: existují rakoviny, které vrcholí v mladém věku. Za druhé se ukazuje, že určité druhy rakoviny zcela jednoznačně souvisí se zvyky a jedy v naší civilizaci. A za třetí, „existovaly staré kultury, které umožňovaly žít dlouhý úsek života za nižšího rizika vzniku rakoviny“<sup>54</sup>. Jako příklad takové kultury Dahlke uvádí čínskou kulturu taoistického rázu, kde byla rakovina extrémně vzácná, ačkoli se zde lidé dožívali v průměru vyššího věku než v dnešní Číně. Totéž lze říci i o původních indiánských obyvatelích Severní Ameriky.

V různých částech světa se liší nejen celkový počet nemocných rakovinou, ale také frekvence postižení určitého orgánu je odlišná. Například Japonci trpí častěji rakovinou jícnu, naopak u nás je tato lokalizace řidká. Japonky jsou zase mnohem méně postiženy

---

<sup>53</sup> Dahlke, R. (1998): *Nemoc jako řeč duše*. Praha, Pragma, s. 73.

<sup>54</sup> Dahlke, R. (1998): *Nemoc jako řeč duše*. Praha, Pragma, s. 74.

rakovinou prsu než ženy v Evropě a Severní Americe. Ve vyspělých zemích přibývá mužů s rakovinou prostaty; tímto onemocněním jsou velmi málo postiženi muži z Orientu, naopak černoši jí trpí nejvíce. Na druhé straně jsou černoši více odolní proti rakovině kůže, zejména nádoru z pigmentových buněk, a také zhoubné nádory varlat se u nich vyskytují méně často než u bílých mužů. V některých oblastech Afriky a Asie se mnohem častěji než v Evropě a Americe vyskytuje prvotní rakovina jater. Židovky netrpí rakovinou děložního čípku. To je patrně způsobeno lepší hygienou jejich mužů v důsledku obřízky.

#### 4. Implikace psychoneuroimunologie pro onkologii

Interdisciplinární výzkumné snahy a studie v oblasti psychoneuroimunologie přesvědčivě dokazují velmi úzký vztah mezi mozkiem a imunitním systémem. Další zkoumání v této oblasti přineslo důkazy možného vlivu tohoto spojení na zdraví a nemoc. Současný stav informovanosti podporující implikaci psychoneuroimunologie v onkologii je následující:

1. „Existují důkazy, že určité psychosociální faktory ovlivňují vznik a průběh nádorového onemocnění.“<sup>55</sup>
2. Existují důkazy, že určité imunitní aktivity a proměnné ovlivňují vznik a vývoj nádorového onemocnění.
3. Dále existují důkazy, že určité psychické faktory ovlivňují aktivity imunitního systému.
4. Z výše uvedeného můžeme vyvozovat, že „psychické ovlivňování imunitního systému zprostředkovává vliv psychických faktorů na vývoj rakoviny („mediační hypotéza“)<sup>56</sup>.

##### *Mediační hypotéza (podle Bovbjerga, 1994)*

1. psychika —————→ rakovina
2. imunitní systém —————→ rakovina
3. psychika —————→ imunitní systém
4. psychika —————→ imunitní systém —————→ rakovina

Poslední bod zatím nebyl dostatečně prozkoumán a neexistují k němu zatím téměř žádné přímé studie. Na druhé straně však byl dostatečně prokázán význam spojení mezi psychickými faktory a širokým spektrem maladaptivních způsobů chování (způsoby chování, které mohou příznivě, popřípadě nepříznivě ovlivňovat mnoho typů rakoviny při jejich vzniku nebo v jejich průběhu).

Ukazuje se, že imunitní obranné reakce vůči nádorovým onemocněním jsou multifaktoriální. Výzkumy zabývající se rakovinou by proto neměly zkoumat pouze jeden imunologický mechanismus,

---

<sup>55</sup> Tschuschke, V. (2004): Psychoonkologie. Praha, Portál, s. 154.

<sup>56</sup> Tschuschke, V. (2004): Psychoonkologie, Praha, Portál, s. 154.

protože v organismu jsou běžnější multifaktoriální reakce, jejichž pole působnosti se překrývají. Imunita vůči tumoru je totiž „dynamický interakční proces mezi právě se vyvíjejícím tumorem a imunitním systémem“<sup>57</sup>. Je prokázáno, že zhoubné buňky mají schopnost unikat imunitnímu systému, a tímto způsobem dokonce negativně ovlivňovat různé imunitní funkce. Studie týkající se psychoimunologických vztahů jsou komplikovány navíc tím, že „imunologické vlivy působí i na psychiku“<sup>58</sup>. Proto je třeba věnovat pozornost psychickým účinkům různých aktivit imunitního systému, které byly vyvolány, popřípadě pozměněny rakovinou. V tomto bodě Bovbjerg doporučuje kromě konvenčního pohledu na věc postulovat i „názor opačný“, „kde vztahy mezi psychickými faktory a rakovinou mohou být částečně zprostředkovány také působením nádorového onemocnění a jeho léčby na imunitní systém“<sup>59</sup>.

#### ***Vliv psychosociálních faktorů na imunitní systém (Bovbjerg, 1994)***

1. rakovina a její léčba —————→ psychika
2. imunitní systém —————→ psychika
3. rakovina a její léčba ———→ imunitní systém
4. rakovina a její léčba ———→ imunitní systém —————→ psychika

Bovbjerg dále upozorňuje na fakt, jak málo pozornosti je věnováno neuroendokrinnímu působení na imunitní systém, k němuž může docházet nezávisle na psychických faktorech, bez účasti psychiky, případně na nevědomé úrovni.

#### ***Zprostředkující funkce neuroendokrinních spojení mezi mozkiem a imunitním systémem (Bovbjerg, 1994)***

1. psychika —————→ imunitní systém
2. neuroendokrinní systém —————→ imunitní systém
3. psychika —————→ neuroendokrinní systém

---

<sup>57</sup> Tschuschke, V. (2004): Psychoonkologie. Praha, Portál, s. 154.

<sup>58</sup> Tschuschke, V. (2004): Psychoonkologie. Praha, Portál, s. 155.

<sup>59</sup> Tschuschke, V. (2004): Psychoonkologie. Praha, Portál, s. 155.



#### 4. psychika —————→ neuroendokrinní systém —————→ imunitní systém

„Podle toho existuje mnoho potenciálních způsobů spojení pro eferentní výstup z centrální nervové soustavy do imunitního systému včetně autonomní inervace lymfatických orgánů a klasické neuroendokrinní reakce.“<sup>60</sup>

Obranné mechanismy imunitního systému hrají „důležitou roli při zamezení vzniku rakoviny, případně při zpomalování její progresu“<sup>61</sup>. V současnosti se v obecném lékařském pojetí i v pojetí onkologickém stále více akceptuje skutečnost, že „psychicky indukované změny imunitních funkcí pravděpodobně také přispívají k nastavení mechanismů, s jejichž pomocí mohou behaviorální a psychosociální proměnné ovlivňovat nádorové procesy (Bovbjerg, Valdimarsdottir, 1998)“<sup>62</sup>. Přesto jsou výzkumy vlivu psychiky na organismus postižený rakovinou lékařskou odbornou veřejností stále ještě vnímány jako kontroverzní. O tomto přístupu vypovídá sám pojem, který tyto výzkumné snahy na poli psychoneuroimunologie shrnuje, a to pojem „*troufalá hypotéza*“ (Bovbjerg, 1994).

Dosavadní výzkum tohoto problému je zatím nedostačující, především proto, že v mnohých imunologických výzkumech a studiích jsou psychický faktor a psychické proměnné zohledňovány velmi málo, případně vůbec (a z toho důvodu nemohou být ani kontrolovány).

Bovbjerg a Valdimarsdottir (1998) v této souvislosti dále upozorňují na opomíjenou roli *infekčních onemocnění* ve vztahu k rakovině a imunitnímu systému. Vlivu infekčních onemocnění na imunitní reaktivitu bychom měli věnovat pozornost nejen proto, že infekce jsou hlavní příčinou morbidit a mortality onkologicky nemocných pacientů, ale také proto, že u infekčních onemocnění byl zjištěn velmi

---

<sup>60</sup> Tschuschke, V. (2004): Psychoonkologie. Praha, Portál, s. 156.

<sup>61</sup> Tschuschke, V. (2004): Psychoonkologie. Praha, Portál, s. 156.

<sup>62</sup> Tschuschke, V. (2004): Psychoonkologie. Praha, Portál, s. 156.

významný psychický vliv, a „to zvláště u imunitně oslabených pacientů s rakovinou“<sup>63</sup>.

*„Zanedbání kontroly vlivu psychických proměnných na imunitní systém by mohl být případně důvodem, proč stále ještě nebyl předložen důkaz pro účinnou imunitní obranu vůči rakovině.“<sup>64</sup>*

---

<sup>63</sup> Tschuschke, V. (2004): Psychoonkologie. Praha, Portál, s. 160.

<sup>64</sup> Tschuschke, V. (2004): Psychoonkologie. Praha, Portál, s. 160.

## 5. Psychosociální podmíněnost vzniku nádorových onemocnění

Příčiny zhoubného buněčného bujení v lidském organismu jsou přes rozsáhlý a intenzivní výzkum téměř neznámé. Přesto můžeme považovat za pravděpodobné, že za vznik rakoviny není zodpovědný pouze jeden faktor. Dnešní vědecké poznatky hovoří o multifaktorovém vzniku tohoto onemocnění, kde navzájem interaktivně spolupůsobí vlivy životního prostředí (karcinogeny, viry, záření), psychosociální faktory (stres, osobnostní charakteristiky, vzorce chování), genetické, imunologické a endokrinní faktory (Hürny, 1996).

### 5.1 Intrapsychické proměnné

„Osobnost se doposud v rámci psychoonkologie těšila poměrně velkému zájmu.“<sup>65</sup> Vztah mezi povahou osobnosti a vznikem rakoviny byl znám již ve starověku. Toto poznání bylo často zneužíváno k tomu, že nemocní rakovinou byli obviňováni ze vzniku svého onemocnění, jelikož se mělo za to, že špatně nakládali se svými pocity a vztahy.

Základní psychologickou teorií o spolupůsobení psychického aparátu při vzniku somatických obtíží byla psychoanalýza. Teprve o mnoho let později se objevila behaviorální medicína. Klasický psychoanalytický pohled zahrnuje následující vysvětlení onkologických onemocnění:

- Rakovina jako aktuální neuróza – nádorové onemocnění je projevem aktuální neurózy, která je důsledkem nahromaděné sexuální či agresivní energie. Tato teorie má blízko ke konceptu emocionálního projevu.
- Rakovina jako symptom kontroverze – tento úhel pohledu „navazuje na symbolické vyjádření pudového konfliktu ve smyslu řeči orgánů“<sup>66</sup>. Podle této teorie například karcinom prsu symbolizuje konflikt s mateřstvím, rakovina plic „degeneraci na poli kontaktu a

---

<sup>65</sup> Tschuschke, V. (2004): Psychoonkologie. Praha, Portál, s. 16.

<sup>66</sup> Tschuschke, V. (2004): Psychoonkologie. Praha, Portál, s. 16.

komunikace<sup>67</sup>, rakovina žaludku symbolizuje chronické podráždění a zdánlivě neřešitelný konflikt apod.

- Rakovina u alexitimických / psychosomatických pacientů – tento koncept se opírá především o přímou souvislost s nedostatkem schopnosti emocionálního vyjadřování, který byl v mnoha empirických studiích zkoumán a následně označen jako osobnost typu C.

### 5.1.1 Depresivní osobnost

„Míra deprese jakožto prediktivního faktoru nádorového onemocnění byla v některých výzkumech zkoumána jako centrální psychosociální proměnná.“<sup>68</sup> Přestože již od starověku mnohé lékařské názory spojovaly vznik rakoviny s melancholickým charakterem, který má být údajně její hnací silou, dnešní rozsáhlé výzkumy neukazují, že by osoby s vyššími skóry na depresivní škále vykazovaly větší úmrtnost na rakovinu. Ukazuje se, že výskyt depresivních nálad prokazatelně nepřesahuje relativní riziko 1,0, teda náhodnou pravděpodobnost. Závěr tedy zní: nebyl objeven žádný přímý vztah mezi výskytem deprese, případně její mírou, a následným nádorovým onemocněním.

Příkladem studie vztahu mezi výskytem deprese a vznikem nádorového onemocnění je práce Weismana (1980). Weismanův tým sledoval 515 náhodně vybraných osob po dobu 6 let. Ukázalo se, že depresivní symptomy zjišťované prostřednictvím sebeposuzovací škály deprese nepředpovídaly následnou smrt. Výzkum Dattorea et al. (1980) dokonce ukázal, že muži, u kterých se později vyvinulo nějaké nádorové onemocnění, dosahovali na škále deprese MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory, tedy minnesotský osobní dotazník, který mimo jiné zachycuje také depresi) signifikantně nižších skórů.

Levenson (1994) však upozorňuje, že tyto a jim podobné studie vykazují určité nedostatky z hlediska specifikace depresivní nálady nebo depresivních osobnostních vlastností. Většina z dostupných studií

---

<sup>67</sup> Dahlke, R. (1996): *Nemoc jako symbol*. Praha, Pragma, s. 342.

<sup>68</sup> Tschuschke, V. (2004): *Psychoonkologie*. Praha, Portál, s. 17.

je navíc retrospektivní povahy (konstatování ex post – po objeví rakoviny) a často nedisponuje kontrolní skupinou. Za metodologicky nejzávažnější argument proti výsledkům těchto studií považuje Fox (1998) a další fakt, že se většina vědců nezabývá depresí jako následkem onemocnění, tedy možností vzniku depresivní nálady jako důsledkem toho, že pacient o svém nádorovém onemocnění ví, ale naopak zkoumá depresi jako jeden ze spouštěcích mechanismů. V případě, že člověk již zná svou diagnózu a jsou mu kladeny dotazy ohledně jeho nálad a životního stylu, není možné se metodologické chybě vyhnout.

Přestože můžeme hypotézu deprese uzavřít, lze ještě objasnit, jak deprese nepřímo přispívá ke vzniku nádorového onemocnění. Především jde o to, že depresivní prožívání do velké míry ovlivňuje způsob života: postižení se nevědomě ke svému tělu chovají destruktivněji než ostatní (nevhodně se stravují, kouří, pijí alkoholické nápoje, méně se pohybují apod.). „Je jasné, že tyto faktory jsou součástí multifaktoriálního komplexu vedoucího ke vzniku rakoviny (Holland, 1998b), který byl ještě donedávna připisován skryté depresivní náladě.“<sup>69</sup>

### **5.1.2 Ventilace emocí**

Z řady pozorování můžeme usuzovat, že mezi emocionálními projevy a vznikem rakoviny existuje určitý vztah. Prospektivní (dopředu hledící) studie Greera a Morrise (1978) to jednoznačně potvrdila. Vědci navázali kontakt se ženami při biopsii, a to ještě dříve, nežli se ženy dozvěděly, zda mají, či nemají rakovinu. Greer a Morris tyto ženy rozdělili do tří skupin. První skupinu tvořily ženy, které své obavy a strach výrazně potlačovaly. Ve druhé skupině byly ženy, které naopak těmto emocím dávaly navenek volný průchod. A třetí skupina se skládala z žen, které se chovaly citově zcela neutrálně. Další pětileté sledování těchto žen ukázalo, že s podstatně vyšší pravděpodobností se rakovina objevila u žen z první skupiny, tj. u

---

<sup>69</sup> Tschuschke, V. (2004): Psychoonkologie. Praha, Portál, s. 19.

těch, které své emoce potlačovaly. I mnoho jiných studií prokázalo, že tlumení, utajování a potlačování emocionálních projevů má vliv na výskyt rakoviny (Grossarth-Maticek a Eysenck, 1980).

Ukazuje se, že podobný vztah můžeme najít i mezi uspokojováním vlastních potřeb a rakovinou. Tomuto tématu se více věnovala Elida Evansová, žačka Carla Junga, ve své knize *Psychologický výzkum rakoviny* (Psychological Study of Cancer) z roku 1926. „Autorka jasně říká, že riziko rakoviny je vyšší u těch, jejichž životní smysl vychází jen z lidí a věcí mimo ně.“<sup>70</sup> Pokud je pak takovéto spojení s vnějším světem narušeno, smysl se vytrácí a následuje nemoc. Rada Evansové tedy zní: „Rakovina je znamení, stejně jako většina ostatních nemocí, že v životě pacienta je cosi v nepořádku. Je to varování, aby se vydal jinou cestou.“<sup>71</sup>

Smutnou pravdou totiž zůstává, že lidé, kteří mezi nemocnými rakovinou převažují, jsou ti, kteří se celý život rozdávají. Vždy jim potřeby ostatních, jež vnímají jako jediné podstatné, vytěšňují potřeby vlastní. Mohli bychom říci, že rakovina je nemocí hodných lidí. Ale tito lidé jsou „hodní“ především v očích ostatních – dávají jen proto, aby lásku sami dostávali. Pokud se tato odměna nedostaví nebo pokud se z vnějšího světa vytratí jejich psychická opora, jsou k nemoci ještě náchylnější než jindy.

Jedna z nejcennějších prací na toto téma pochází od dr. Caroline Bedellové-Thomasové z lékařské fakulty Univerzity Johnse Hopkinse. Roku 1946 započala zaznamenávat osobní údaje o 1337 studentech medicíny a každoročně sledovala jejich tělesné a duševní zdraví. „Hledala psychologické dispozice srdečních chorob, vysokého krevního tlaku, duševních chorob a sebevražd.“<sup>72</sup> Pro srovnání do studie zahrnula i rakovinu, přestože nepředpokládala, že by rakovina měla nějaký psychologický aspekt. Pozoruhodné výsledky dokázaly, že charakteristika studentů, kteří později onemocněli rakovinou, byla téměř totožná s charakteristikou sebevrahů. Především šlo o

---

<sup>70</sup> Siegel, B. S. (1994): *Láska, medicína a zázraky*. Praha, Radost, s. 91.

<sup>71</sup> Siegel, B. S. (1994): *Láska, medicína a zázraky*. Praha, Radost, s. 91.

<sup>72</sup> Siegel, B. S. (1994): *Láska, medicína a zázraky*. Praha, Radost, s. 93.

neschopnost ventilovat emoce, zejména agresivitu související s uspokojováním jejich vlastních potřeb. Bedellová dále z kreseb, které studenti namalovali, předvíдалa, kterou část těla rakovina postihne.

### 5.1.3 Truchlení

Proces truchlení nad prožitou ztrátou je normální lidskou prožitkovou formou. Na truchlení není nic patologického, naopak je nutné k tomu, aby bylo možné dosáhnout zpracování a překonání ztráty. Opakované truchlení však můžeme chápat jako chronický stresový aspekt. Často ústí v bezmocnost a beznaděj.

Objevuje se otázka po vztahu mezi ztrátou a následným onemocněním. Hürny a Adler upozorňují na celou řadu prospektivních výzkumů, „které dokazují, že v prvních dvou letech po smrti důležité vztahové osoby....je četnost onemocnění a smrti 2-10krát vyšší než u odpovídající kontrolní skupiny“<sup>73</sup>. Taktéž je prokázána vyšší úmrtnost mužů v průběhu prvního roku v důchodu.

Psychoimunologické studie ukázaly, že při akutním zármutku jsou sníženy imunitní funkce. Irvin et al. (1987) zkoumali aktivitu NK-buněk a T-lymfocytů u tří skupin žen: první skupinu tvořily ženy truchlící, druhou tvořily ženy, které na základě partnerova onemocnění rakovinou plic byly nuceny očekávat jeho smrt, a třetí byla skupina kontrolní. U prvních dvou skupin byla zjištěna signifikantně nižší aktivita NK buněk, „přičemž u nejvíce postižených žen se vyskytovala nejmenší aktivita NK-buněk a nejmenší změny ve vztahu mezi pomocnými T-lymfocyty a cytotoxickými T-lymfocyty“<sup>74</sup>.

Fox (1998) upozorňuje, že není možné na základě těchto studií předpokládat obecnou souvislost mezi stoupajícím výskytem rakoviny nebo stoupající úmrtností na rakovinu a truchlením. Definitivní závěry týkající se kauzálního vztahu mezi sníženou imunitní aktivitou a vznikem rakoviny jsou stále považovány za předčasné a musí být na poli psychoneuroimunologie a psychoendokrinologie teprve prozkoumány.

---

<sup>73</sup> Tschuschke, V. (2004): Psychoonkologie. Praha, Portál, s. 20.

<sup>74</sup> Tschuschke, V. (2004): Psychoonkologie, Praha, Portál, s. 21.

#### 5.1.4 Chronický stres

Stres je často chápán jako výsledek nějakých negativních událostí. Zátěž, která stres doprovází, se projeví většinou až tehdy, jsou-li na člověka kladeny tak vysoké nároky a požadavky spojené s onou negativní událostí, že je dotyčná osoba považuje za nezvládnutelné.

Při stresu bývá kolísavě, ale trvale zvýšená hladina ACTH (adenokortikotropního hormonu hypofýzy – podvěsku mozkového), beta-endorfinů (hormony organismu, které působí podobně jako opiáty) a glukokortikoidů (hormony kůry nadledvin). „Zvýšení hladiny glukokortikoidů v séru negativně ovlivňuje funkce lymfocytů, projevující se potlačením imunitní reakce.“<sup>75</sup> To, že stresové životní události způsobují snížení imunitních funkcí, je již prokázáno. Nyní je ve středu vědeckého zájmu vztah mezi stresem a rakovinou.

Dvojice psychologů – Cooper a Faragher (1993) - v tzv. poloprospektivním (quasi-prospective) výzkumu rozdělili ženy do tří skupin podle výsledku biopsie. První skupinu tvořily ženy s karcinomem prsu (karcinom mammy). Ve druhé skupině byly ženy s diagnózou cysty. Třetí skupinu tvořily ženy s benigním onemocněním. K těmto experimentálním skupinám byla přiřazena ještě skupina čtvrtá - kontrolní. U těchto skupin se zjišťoval výskyt těžkých životních situací v průběhu posledního roku. „Výsledky ukázaly, že výskyt těžkých životních situací (např. ovdovění) v době rok před vyšetřením je rizikovým faktorem nejen objevení výrazného stresového stavu, ale i rakoviny.“<sup>76</sup> Na druhé straně riziku vzniku rakoviny bránilo to, když žena v průběhu těžkých životních zkoušek výrazně emocionálně nahlas vyjadřovala svou agresivitu a zlost nad tím, co právě probíhá. Ventilace emocí částečně imunizovala proti stresu i rakovině prsu (viz. kap. 5.1.2).

Existence vztahu mezi stresovými událostmi a nádorovými onemocněními byla potvrzena v řadě jiných studií: příkladem jsou studie Forséna (2000) a Goodkina (1993). Se zajímavými závěry přišli ve své studii Spiegel a Kato (2000). Studie 75 žen kavkazského

---

<sup>75</sup> Dostálová, O. (1993): Jak vzdorovat rakovině. Praha, Avicenum, s. 47.

<sup>76</sup> Křivohlavý, J. (2002): Psychologie nemoci. Praha, Grada, s. 125.



původu objevila negativní korelace mezi závažnými stresovými událostmi a výskytem dysplazie- jinými slovy, u žen, jež byly vystaveny vlivu silných stresových událostí, se dysplazie vyskytovala v menší míře. Tento poznatek přiměl Spiegela a Kata zabývat se společně s mírou stresu také strategiemi zvládnání. Ukázalo se, že ženy se sebevědomými styly zvládnání zátěžových situací tvoří jakousi odolnou skupinu, která přes velkou stresovou zátěž vykazuje nízký výskyt dysplazie. V této studii byly navíc zjištěny rozdíly mezi jednotlivými etnickými skupinami, což poukazuje na to, že „vztah mezi stresem a rakovinou může být v odlišných etnických skupinách ovlivněn různými faktory“<sup>77</sup>.

Vidíme tedy, že to, jak lidé přistupují k zátěžovým situacím, a to, jak je subjektivně vnímají, ovlivňuje imunitní děje v jejich organismu. Především je prokázáno, že syndrom bezmoci a beznaděje – charakterizovaný pocitem nepřekonatelné překážky – má výrazný vliv na snížení aktivity buněk NK. Na druhé straně je také prokázáno, že „imunitní systém je méně postižen, pokud mají stresu vystavené osoby dobré mezilidské vztahy, proto WHO (Světová zdravotnická organizace) zdůraznila důležitost „systému sociální opory proti stresu“<sup>78</sup>.

*„Psychický stres nevzniká ani v dané situaci, ani v dané osobě, i když je na obou závislý. Je spíše založen na způsobu, jakým daná osoba hodnotí adaptivní vztah.“*

R. S. Lazarus

---

<sup>77</sup> Tschuschke, V. (2004): Psychoonkologie. Praha, Portál, s. 22.

<sup>78</sup> Dostálová, O. (1993): Jak vzdorovat rakovině. Praha, Avicenum, s. 48.

### 5.1.5 Zvládání

„Aby člověk dosáhl toho, co je možné, musí usilovat o to, co je nemožné.“

L. Fischer

Problematika *zvládání* životních těžkostí (včetně nemoci) je v psychologické literatuře uváděna pod anglickým termínem *coping*. „Tento termín je odvozen od řeckého – *kolaphos* – rána uštědřená protivníkovi v boxu.“<sup>79</sup> Celý proces zvládání těžkostí se obvykle označuje pojmem *moderování*, tj. řízení dění, které je zaměřeno na změnu nepříznivého stavu.

První zmínky o zkoumání lidských reakcí na ohrožující situace spadají do 19. století, až ke kořenům psychoanalýzy. V psychologii zdraví se dnes vychází převážně z klasické definice zvládání R. S. Lazaruse (1966): „Zvládáním se rozumí proces řízení vnějších i vnitřních faktorů, které jsou člověkem v distresu hodnoceny jako ohrožující jeho zdroje.“<sup>80</sup> Jádrem zvládání je pak využívání snah řídit tyto vnější či vnitřní požadavky, které na člověka doléhají. Zvládání životních těžkostí je dynamický proces, v jehož rámci dochází ke vzájemným interakcím mezi člověkem a danou životní těžkostí. Na jedné straně stojí daná osoba s určitými zdroji, hodnotami a možnostmi. Na druhé straně se pak nachází těžkost, která na člověka klade různé požadavky a různými způsoby ho ovlivňuje. V celém procesu zvládání stresu dochází k řadě akcí a aktivit z jedné i druhé strany.

#### ***Obecný model zvládání těžkých životních situací***

Lazarusův model procesu zvládání má tři relativně samostatné fáze:

1. *primární hodnocení* situace (primary appraisal) je zhodnocením všech negativních jevů v dané situaci.
2. *sekundární hodnocení* situace (secondary appraisal) je zhodnocením všech pozitivních faktorů v dané situaci.

---

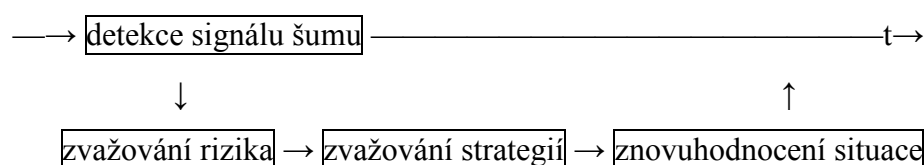
<sup>79</sup> Křivohlavý, J. (2002): Psychologie nemoci. Praha, Grada, s. 98.

<sup>80</sup> Křivohlavý, J. (2002): Psychologie nemoci. Praha, Grada, s. 98.

3. *přehodnocení* situace (reappraisal) je tou fází procesu zvládání, v níž dochází ke zjištění efektivity použitých postupů v boji s problémem. V této fázi se posuzují výsledky „boje“ proti ohrožení. „Je-li výsledkem tohoto přehodnocení situace zjištění, že vše je v pořádku, vrací se vše do běžného stavu.“<sup>81</sup> Pokud je však zjištěno, že se negativní faktory nepodařilo zlikvidovat, nastává další kolo boje.

*Obecný model zvládání těžkých životních situací (rekonstrukce podle R. S. Lazaruse, 1966)*

t - čas



#### a) Osobnost a zvládání

Zvládání musí být v nejširším smyslu chápáno jako kognitivní a behaviorální reakce jedince na těžkost, v tomto případě na nádorové onemocnění. Kognitivní a behaviorální reakce jedince na rakovinu zahrnují jednak *hodnocení* stavu (tedy osobní význam, který rakovina pro daného člověka má) a dále *reakci* následující po hodnocení (to, co si jedinec myslí, a co dělá pro snížení tlaku, který rakovina vyvolává). Mezi možné reakce je nutné zahrnout i *afektivní* reakce (strach, agresivitu, depresi apod.).

Zpracování nemoci není jednorázovou událostí, ale procesem. Jelikož lze rozlišit několik fází nemoci, mohou se postupem času měnit i strategie zvládání. Fáze nemoci jsou:

- strach z rakoviny, fantazie o rakovině
- vnímání, případně zanedbání prvních symptomů
- první návštěva u lékaře a následné vyjasnění
- léčba
- uzdravení / chronické onemocnění / umírání a smrt

<sup>81</sup> Křivohlavý, J. (2002): Psychologie nemoci. Praha, Grada, s. 98.

„Výzkumy v oblasti zvládání nemoci musí tedy vycházet z procesuálního a vysoce individuálního dění, jehož základem je multifaktoriální mechanismus prostředí – osoba.“<sup>82</sup> Jedinci rozdílně reagují na specifické situace prostřednictvím vysoce individuálního hodnotícího procesu, který je determinován především životními událostmi, jež do velké míry ovlivňují zdroje zvládání i jejich využití.

V současné době je tedy ve středu výzkumného zájmu především otázka, „do jaké míry je flexibilita zvládání, která je chápána jako situačně závislá (stav), spojena také s přetrvávajícími osobnostními faktory (vlastnostmi)“<sup>83</sup>. Mnohé výzkumné snahy se tedy pokoušejí o vytypování osobnosti náchylné k rakovině. Pojem „nádorová osobnost“ (nebo také osobnost typu C) má své kořeny již v historicky tradovaných názorech z dob Hippokrata a Galena. Dočasný psychoonkologický výzkum byl však většinou uspořádán jednofaktorově, tj. ve středu zájmu byl jednoduchý mechanismus příčina – následek. S ohledem na vznik nádorového onemocnění byl vždy posuzován určitý osobnostní znak. Jak ale upozorňují Watson a Greer (1998), „nazíráme-li na „nádorovou osobnost“ jako na možný koncept výzkumu osobnostního typu, který je predisponován k nádorovému onemocnění („cancer prone personality“), jedná se o stereotypní typologii, u níž je nutno brát v úvahu extrémní charakteristiku, která nepopisuje normální nebo průměrnou osobnost, nýbrž elementy způsobů chování; kromě toho se jednotlivé osobnostní typy vzájemně nemusí vylučovat a často popisují pouze typ temperamentu, tzn. konstitucionální procesy, které (spolu)určují chování“<sup>84</sup>.

### **b) Styly zvládání životních těžkostí**

*Styl* zvládání těžkostí můžeme definovat jako tendenci jednat se stresující situací zcela určitým způsobem, způsobem, který do značné míry charakterizuje daného člověka.

---

<sup>82</sup> Tschuschke, V. (2004): Psychoonkologie. Praha, Portál, s. 28.

<sup>83</sup> Tschuschke, V. (2004): Psychoonkologie. Praha, Portál, s. 28.

<sup>84</sup> Tschuschke, V. (2004): Psychoonkologie. Praha, Portál, s. 28.

Dva z nejvíce studovaných stylů zvládání těžkostí tvoří styl *vyhýbání se těžkostí* (avoidant style) a *stavění se na odpor těžkostí* (confrontative / vigilant style). První styl představuje únik od problému, druhý naopak aktivní postavení se proti němu. Každý ze stylů má své vhodné použití v jiné situaci. Dalším stylem zvládání těžkostí je *duševní očistění- katarze*. „Vyzpovídání se“ má kladný vliv na psychický stav člověka. Obdobou tohoto stylu je *dialog*, ve kterém se s důvěrou otevřeme druhému člověku. Opakem tohoto je styl *autismu*, kdy se člověk v tváři v tvář těžkostí stáhne do sebe a vnitřně emigruje do druhého, náhradního světa, který si vytvořil. *Kompenzace* je takový způsob zvládání těžkostí, kdy si dotyčná osoba místo původního cíle – jehož dosažení není v důsledku zdravotního postižení možné – zvolí cíl jiný, náhradní. Touto náhradou je opět nastolena duševní rovnováha v pacientově životě. V některých případech však může dojít k *překompenzování ztráty* – „ve snaze po nastolení náhrady za ztrátu nastalou nemocí dojde k nadměrné aktivitě“<sup>85</sup>. Tito lidé si nepřipouštějí možnost, že by jejich situace mohla být označována „jako zneschopňující zdravotní postižení“<sup>86</sup>. Může se stát, že požadavky nemoci či jiné těžkosti kladené na člověka v dotyčné osobě objeví jiné, dosud nepoužívané schopnosti. Tento styl nazývaný *robinzonovství* je charakterizován tím, že mezní situace v člověku uvolní hlubší tvořivé existenciální možnosti.

Toto je jen výčet nejčastěji užívaných stylů zvládání životních těžkostí.

### c) Strategie a taktiky zvládání životních těžkostí

Termín „*strategie*“, jež se nejprve používal ve vojenství, pochází z řeckého „*stratos*“ – armáda - a *agein* – vésti. „Dnes se termínu „*strategie*“ používá ve významu „pečlivě vypracovaný plán, postup, program atp. k dosažení zcela určitého cíle“.<sup>87</sup> Podle situace, v níž je

---

<sup>85</sup> Křivohlavý, J. (2002): Psychologie nemoci. Praha, Grada, s. 101.

<sup>86</sup> Křivohlavý, J. (2002): Psychologie nemoci. Praha, Grada, s. 101.

<sup>87</sup> Křivohlavý, J. (2002): Psychologie nemoci. Praha, Grada, s. 103.

určitá strategie použita, můžeme strategie rozdělovat na podmíněné a nepodmíněné, statické a dynamické, jednoduché a složité atp.

Dva nejčastější druhy strategií zvládání životních těžkostí představují *strategie zaměřené na řešení problému* a *strategie zaměřené na vyrovnání se s emocionálním stavem* spojeným s existencí daného problému. Při strategii zaměřené na řešení problému daná osoba vyvíjí vlastní aktivitu a snahu danou situaci konstruktivně řešit. S používáním této strategie se setkáváme již u malých dětí. Naopak se strategiemi zaměřenými na regulaci emocionálního stavu, který se radikálně změnil v důsledku nějaké těžkosti, se setkáváme až u adolescentů. U dospělých lidí se objevují většinou obě strategie vedle sebe. V používání těchto strategií však existují individuální rozdíly – preference té či oné strategie je z 30% vrozená a dále ovlivněna rodinnou výchovou a kulturním společenským prostředím, v němž člověk žije.

Širší spektrum strategií zvládání předložil autorský kolektiv vedený Lazarusem a Folkmanovou (1986):

1. konfrontační způsob zvládání;
2. snaha vyhnout se těžké situaci;
3. plánované hledání řešení problému;
4. uklidnění emocionálního vzrušení;
5. hledání pozitivních stránek situace;
6. distancování se od situace;
7. hledání sociální opory;
8. přijetí osobní odpovědnosti za řešení situace.

Zvládání je proces zaměřený ke zcela zřetelně definovanému cíli. Tímto cílem nejčastěji bývá snaha snížit tlak negativních faktorů, které člověka ohrožují, snaha zachovat si pozitivní obraz sama sebe, zachovat si emocionální klid, snaha pokračovat v sociální interakci s druhými lidmi, snaha do určité míry snášet nepříjemnosti, které se dějí atd.

Součástí procesu zvládání životních těžkostí mohou být *taktiky* zvládání. Termínem taktika rozumíme „způsob, jak pokračovat v boji“

nebo také umění využít všech prostředků, které máme k dispozici k dosažení svých cílů. Na rozdíl od strategií představují taktiky menší, dílčí úseky boje.

Při zvládání těžkostí jsou nejčastěji používány tyto taktiky: *relaxace*, *imaginace*, *meditace* (viz. kap. 2.4). Užitečnou taktikou zvládání problému je též *humor*, *hudba* a *beletrie*. Dnes již existuje speciální obor biblioterapie, tedy léčení knihou. Jedná se o skupinové diskuze pacientů nad vybraným textem. Tato metoda může vést k nalezení řešení problému, k ujasnění si vlastních postojů a názorů atd. Dalším způsobem, jak postupovat v boji s problémem může být poskytování *sociální opory*. Jak píše Svatošová (1995): „Nejlepším lékem na špatnou náladu a smutek je sebrat se a jít někomu udělat radost.“

#### **d) Problematické způsoby zvládání těžkostí**

Je-li někdo vystaven útoku, brání se. Člověk se může bránit různými způsoby: způsobem přiměřeným útoku nepřítele – hovoříme o *pravé obraně*-, nebo způsobem, který je vzhledem k útoku nepřiměřený – v tom případě se jedná o *obranu falešnou*.

„Pravá obrana je zaměřena na zdroj těžkostí.“<sup>88</sup> Chce jej zneškodnit, což mnohdy trvá delší dobu. Jelikož se efekt nedostavuje ihned, člověk z nedočkavosti a netrpělivosti mnohdy přistoupí ke strategii, která poskytuje chvilkový úspěch – rádo by úspěch. Napětí se obvykle na čas sice uvolní, ale na druhé straně se často objevují další těžkosti a problémy. Tyto zcestné způsoby řešení obtížných situací/nemoci jsou v psychologické literatuře registrovány pod pojmem *obranné mechanismy*. „Obranné mechanismy jsou charakterizovány jako často klamně, iluzorní, fantastické, realitu nerespektující a někdy až matoucí formy zvládání životních těžkostí.“<sup>89</sup> Obranné mechanismy můžeme rozdělit do dvou skupin: první skupina se skládá z obranných mechanismů, jež pacient zaměřuje k druhým lidem; druhá z obranných mechanismů, jež směřují do pacientova vlastního nitra.

---

<sup>88</sup> Křivohlavý, J. (1989): Vážně nemocný mezi námi. Praha, Avicenum, s. 81.

<sup>89</sup> Křivohlavý, J. (2002): Psychologie nemoci. Praha, Grada, s. 106.

### ***Rádoby obrany zaměřené navenek – k druhým lidem***

*Externalizace viny:* Pacient (většinou neprávem) obviňuje druhé lidi (nejčastěji osoby mu nejbližší či zdravotnický personál) z toho, co se s ním děje. Ukazuje se, že opakovaná slova o tom, že *nejlepší obranou je útok*, neplatí v každé situaci a že při řešení těžké situace nejsou na místě.

*Hledání obětního beránka:* Obviňování druhých lidí v mezních situacích zdravotních potíží může přerůst únosnou hranici. Veškerá vina je viděna jen na straně určité osoby, kterou je však někdo jiný než pacient. Svalení viny na někoho jiného může pacientovi dočasně ulevit. „Ale je to však úleva velice problematická.“<sup>90</sup>

*Projekce:* Termínem projekce se rozumí promítání myšlenek, záměrů a snah z jednoho člověka na druhého. V situaci nemoci se nejčastěji setkáváme s projekcí pacientových přání a chyb na lékaře. Výsledkem je to, že pacient neříká *já chci, já se spletl, ale pan doktor chce, pan doktor se spletl*.

*Identifikace:* Tato rádoby obrana přechází až za hranici projekce. Pacient se s druhým přímo ztotožňuje. „Je třeba zdůraznit, že nejde o vědomé formy chování.“<sup>91</sup> Pacient si často představuje, že jeho zdravotní stav je takový jako stav jiného pacienta, který je na tom lépe nebo hůře nežli on.

*Introjekce:* Introjekce je opakem projekce. Pacient promítá zážitky a starosti druhých lidí do vlastního života. S tímto jevem se můžeme často setkat i u návštěvníků pacientů.

*Sociální izolace:* Pacient také může reagovat na to, co se s ním děje, tím, že se stáhne do sebe a uzavře se před druhými lidmi. Brání se styku s druhými lidmi, stejně jako nemoci.

### ***Rádoby obrany zaměřené do nitra pacienta***

*Sebeobviňování:* „Pacient se nadměrně obviňuje za to, co se s ním po zdravotní stránce děje.“<sup>92</sup> To může být důsledkem tzv. *přehození*

---

<sup>90</sup> Křivohlavý, J. (1989): *Vážně nemocný mezi námi*. Praha, Avicenum, s. 82.

<sup>91</sup> Křivohlavý, J. (1989): *Vážně nemocný mezi námi*. Praha, Avicenum, s. 82.

<sup>92</sup> Křivohlavý, J. (2002): *Psychologie nemoci*. Praha, Grada, s. 106.



*výhybky* - pacient neví, jak zaměřit své útoky na chorobu, a proto je zaměří na sebe.

*Popírání:* Popírání představuje nejčastější formu ne zcela přiměřené reakce na zhoršený zdravotní stav. S popíráním se setkáváme tam, kde si pacient zakazuje o určité věci myslet, hovořit, slyšet; uzavírá vstup všem informacím o dané věci.

*Represe:* Při použití tohoto obranného mechanismu pacient vnitřní cenzurou vytěsňuje z vědomí to, co se ve skutečnosti děje. Ukazuje se však, že i když je povědomí nepříjemných věcí vytěsněno, může se přece jen občas projevit – například ve formě symbolických náznaků.

*Suprese:* Od represe musíme odlišit supresi, neboli potlačení, což je vědomé úsilí zapomenout na to, co se děje. K potlačení dochází záměrně. Pacient ví, co se stalo či co se děje, „ale silou své vůle si to záměrně zaclání“<sup>93</sup>.

Od suprese a represe musíme též odlišit tzv. vyhasnutí, „tj. přirozené zmizení paměťové stopy“<sup>94</sup>.

*Regrese:* Chování člověka se v průběhu let jeho života zdokonaluje. V situaci těžké choroby se však můžeme setkat s opakem – se sestupem pacienta na vývojově nižší stupeň. Nastává regrese do infantilního chování, chování nepřiměřeného věku pacienta.

*Racionalizace a intelektualizace:* Intelektualizací se rozumí hledání intelektuálních důvodů pro nesmyslnosti, které pacient dělá. V nejmírnější formě jde o „snahu převést fyzické dění v organismu na vyšší-intelektovou úroveň“<sup>95</sup>. Vyšší stupeň intelektualizace je tzv. racionalizace – hledání rádobou moudrých důvodů pro nemoudré věci, které pacient dělá. V obou případech jde o nepravé formy pokusů o myšlenkové zvládnutí těžké zdravotní situace.

*Inverze:* Termínem inverze se definuje převrácené chování; vytvoření opačného vzoru chování. Pacient dělá přesný opak toho, co

---

<sup>93</sup> Křivohlavý, J. (2002): Psychologie nemoci. Praha, Grada, s. 106.

<sup>94</sup> Křivohlavý, J. (1989): Vážně nemocný mezi námi. Praha, Avicenum, s. 86.

<sup>95</sup> Křivohlavý, J. (1989): Vážně nemocný mezi námi. Praha, Avicenum, s. 86.

se po něm chce. Pacient si tím ověřuje, že ještě má dostatek sil prosadit si svou vůli.

*Sublimace*: V klinické psychologii se termínem sublimace definuje přechod z relativně nižší, např. organické roviny, na relativně vyšší, např. estetickou rovinu. Jde o převedení energie do jiných kanálů, například do umění.

Ukazuje se, že používání obranných mechanismů je nakažlivé. Viděli člověk, že užití určité zcestné formy řešení obtíží přináší druhému člověku úlevu, snadno se touto formou řešení nakazí. „Proto, je tak důležité, aby pacient žil ve zdravém prostředí mezilidských vztahů.“<sup>96</sup>

*„Největší chorobou dnes není malomocenství nebo tuberkulóza, ale daleko více pocit, že člověk je nevídaný, bez pomoci a všemi opuštěn. Největším zlem je dnes nedostatek lásky k bližnímu, hrozná lhostejnost k sousedovi, kterému je zle.“*

M. Muggeridge

#### **e) Obrana versus zvládání**

Psychoanalytický koncept obrany má svůj původ již u Freuda. Freud obranu definoval jako nevědomý boj individua proti nelibým představám a pocitům (Freud, 1926). Ve svém konceptu obrany Freud blíže vyjádřil svůj dříve používaný pojem „*potlačení*“. Krok ve vývoji psychoanalytických představ týkajících se konceptu obrany představuje dílo Anny Freudové *Já a obranné mechanismy*, kde Freudová vyjádřila myšlenku, že „individua mají tendenci používat pouze specifický a omezený repertoár obranných mechanismů“<sup>97</sup> a že některé obranné mechanismy vypadají jako potenciálně „více patologické“ než jiné. Tím u postfreudiánstích teoretiků rozpoutala diskuzi, která měla za následek vývoj modelů, které rozlišují mezi „*adaptivními*“ a „*neadaptivními*“ formami obranných mechanismů.

---

<sup>96</sup> Křivohlavý, J. (1989): *Vážně nemocný mezi námi*. Praha, Avicenum, s. 83.

<sup>97</sup> Tschuschke, V. (2004): *Psychoonkologie*. Praha, Portál, s. 24.

Koncept zvládání je naproti tomu mladšího data. Od konce 60. let se v této oblasti rozpoutala „lavinovitá“ výzkumná činnost, jež se zabývala „reakcemi zvládání“ stresových a ohrožujících situací. Pozornost byla věnována tzv. banálním reakcím zvládání. Tak vznikly dvě dimenze: zvládání emocí a zvládání problémů (Parker a Endler, 1996) (viz.kap. 5.1.5 c).

Další výzkumy provedené v osmdesátých letech minulého století vedly k závěru, že „vzorce zvládání“ jsou méně určovány osobnostními faktory a mnohem více faktory situačními. Tak začal být střet mezi osobou a zátěžovou situací stále více definován jako snaha individua nastolit rovnováhu sil mezi nároky situace a možnostmi, které individuum má na jejich zvládnutí.

Vztah mezi obranou a zvládáním byl mnohokrát teoreticky prodiskutován; názory autorů na něj se vak liší. Příkladem je koncept Haanové (1977), která předpokládá hierarchický model, a to: zvládání-obrana - fragmentace. Cohen a Lazarus (1982) zase obranu chápou jako zvláštní formu zvládání. Opačný je přístup Vaillanta (1986), podle něhož je zvládání zdařilá forma obrany. Jiní autoři (Kächele, Steffens, 1988) předpokládají, že mezi obranou a zvládáním existuje určitý doplňující vztah.

<b><i>Koncept obrany versus zvládání (Faller, 1998)</i></b>	
<b>Obrana</b>	<b>Zvládání</b>
model vychází z psychoanalýzy	model vychází z výzkumů stresu
cíl: ponechat ohrožující pocity v nevědomí	cíl: zvládnout realitu
zajišťuje funkčnost Já	zajišťuje přizpůsobení jedince realitě
úspěch je nevědomý	úspěch je většinou vědomý

Zde můžeme zřetelně vidět rozdílné funkce obou přístupů: zatímco obrana slouží jako kvazi nevědomý filtr pro ohrožující informace, zvládání se snaží vyrovnat se situací prostřednictvím vědomého zacházení s reálnými fakty. Obranu tedy můžeme v jistém smyslu

definovat jako předsazený filtr nevědomého vnímání, který maladaptivním způsobem komplikuje nebo dokonce zcela zabraňuje přiměřené reakci (zvládání).

### ***Příklad výzkumu zabývajícího se srovnáním obrany a zvládání u různých onemocnění***

Tschuschke et al. (2002) zjišťovali poměr mezi obranou a zvládáním u pacientů s leukémií, u pacientů s Crohnovou nemocí a u pacientů s psychickými problémy. Výzkum byl založen na strukturovaném rozhovoru a na objektivním škálování obsahů rozhovorů. Obsahy obran byly posuzovány na základě německé verze Klasifikační škály obranných mechanismů (Defense Mechanism Rating Scales; Perry a Cooper, 1989) a obsahy zvládání podle Ulmerova manuálu k problému zvládání (Ulmer Coping-Manual, UCM).

Ukázalo se, že pacienti s leukémií vykazovali vysokou úroveň „zralých“ obranných mechanismů (např. intelektualizace) a zároveň vysokou úroveň zvládání (aktivní a bojující). U pacientů s leukémií převažovala snaha o zvládání, silně vyjádřený odklon od nemoci a silně vyjádřený bojující postoj. I pacienti s Crohnovou nemocí vykazovali vysokou úroveň obrany a zvládání. Se „zralými“ obrannými mechanismy se u nich vyskytovalo i aktivní „nerezignující“ chování. Pacienty s Crohnovou nemocí bylo též možné popsat jako pacienty s „faktorem narcismu“ (jejich obrana navazovala na jejich vlastní pocity všemoci, objevovalo se u nich agresivní znehodnocení ostatních a „idealizační tendence“ například vzhledem k lékařům).

Na druhé straně neurotičtí a psychosomatictí pacienti ve srovnání s předchozími dvěma skupinami vykazovali mnoho „nezralých“ obranných mechanismů (především popření, projekci, regresi, agování) a téměř žádné zvládání.

Strategie zvládání do velké míry ovlivňují také průběh nemoci. Méně adaptivní formy zvládání a překonání nemoci jako je vyhýbání a potlačování myšlenek souvisejících s rakovinou jsou spojeny s vyšším rizikem recidivy.

## 5.2 Interpersonální, sociální proměnné

### 5.2.1 Sociální vrstva

Ukazuje se, že příslušnost jedince k určité sociální vrstvě může souviset se vznikem nádorového onemocnění, a to nepřímou úměrou (Balfour a Kaplan, 1998). Tedy, čím nižší je sociální postavení jedince, tím vyšší je pravděpodobnost výskytu tohoto onemocnění, a naopak. Stejný vzájemný vztah existuje také mezi sociálním postavením jedince a úmrtností na rakovinu.

Jako příklad tohoto vztahu můžeme uvést rakovinu plic a karcinom prsu.

Rakovina plic je jednoznačně spojena s kouřením. Je prokázáno, že jedinci z nižších vrstev začínají kouřit dříve a vykouří také více cigaret denně. Příslušníci nižších společenských vrstev také častěji pracují v průmyslové oblasti a tím jsou celkově více vystaveni znečištěnému vzduchu.

Při vzniku karcinomu prsu hrají důležitou roli endokrinní faktory, tedy i reprodukční chování, které je také spojeno s příslušností k určité sociální vrstvě. Sociálně slabší ženy rodí dříve a více než ženy ze sociálně silnějších vrstev. Za další rizikové faktory pro vznik rakoviny prsu můžeme považovat nevhodné stravovací návyky, kouření a minimální sportovní aktivita. Všechny tyto faktory, jež jsou v univerzálním vztahu k příslušnosti k sociální vrstvě, ovlivňují menarche a menopauzu.

Podobný vztah existuje mezi socioekonomickým statusem a nejrůznějšími druhy nádorových onemocnění. Tento vztah je často odvozován od tzv. „*materiální deprivace*“, která vede především ke špatné dostupnosti lékařského ošetření, k méně častým preventivním prohlídkám a ke snížené možnosti boje s onemocněním. „Také se předpokládá, že existují sociální rozdíly v rozpoznání časných symptomů...“<sup>98</sup>

---

<sup>98</sup> Tschuschke, V. (2004): Psychoonkologie. Praha, Portál, s. 33.

Přestože příslušnost k sociální vrstvě je spolehlivý indikátor v predikci vzniku a přežití rakoviny, ve většině dostupných psychoonkologických studií není vůbec zohledňována. „Zanedbání faktoru příslušnosti k sociální vrstvě by mohlo být dále významné při objasnění neuspokojivých výzkumných závěrů týkajících se“<sup>99</sup> role psychologických aspektů při vzniku rakoviny.

---

<sup>99</sup> Tschuschke, V. (2004): Psychoonkologie. Praha, Portál, s. 33.

## 6. Psychosociální faktory a průběh nemoci u nádorových onemocnění

Jak jsme viděli, důkazů, že se psychosociální proměnné podílejí na vzniku nádorových onemocnění, není příliš mnoho a mnohé hypotézy musí být ještě potvrzeny. Naopak mnohem více „interpretovatelných“ výzkumných studií týkajících se psychických faktorů existuje pro případy již propuknutého nádorového onemocnění a možného působení těchto proměnných na další průběh nemoci<sup>100</sup>.

Nesmíme však zapomínat, že existuje velké množství způsobů léčby rakoviny, stejně jako existuje velká různorodost mezi pacienty. Pacientovy snahy o adaptaci na novou situaci se tedy často vyvíjejí individuálně, v závislosti na jeho specifické diagnóze a léčbě. Přesto však můžeme u lidí, kteří přežili rakovinu nebo kteří s tímto onemocněním žijí, nalézt jednu společnou zkušenost. „Základní zkušeností pacientů s nádorovým onemocněním je život ohrožující charakter rakoviny a nejistota týkající se toho, kdy je člověk skutečně zdrav.“<sup>101</sup>

### 6.1 Zpracování diagnózy

Rakovina pro nemocného představuje obrovskou psychosociální zátěž. Hlavní tělesné, psychické a sociální problémy, které jsou spojeny s diagnózou rakoviny a její léčbou blíže uvádí Faller (1998):

- *Hrozba smrti.* Diagnóza rakoviny je stále ještě chápána jako „rozsudek smrti“.
- *Ztráta tělesné nedotknutelnosti.* V situaci těžké nemoci člověk ztrácí pocit „nezranitelnosti“, který je tak přirozený a normální pro zdravého člověka.
- *Ztráta aktivit.* Vpád rakoviny do života člověku velmi často znemožňuje vykonávání i naprosto běžných aktivit.
- *Ztráta autonomie.* Nemoc v základech otřásá pocitem řízení vlastního osudu.
- *Ohrožení pocitu vlastní hodnoty a ztráta sociální identity.*

---

<sup>100</sup> Tschuschke, V. (2004): Psychoonkologie. Praha, Portál, s. 35.

<sup>101</sup> Tschuschke, V. (2004): Psychoonkologie. Praha, Portál, s. 38.

- *Sociální izolace, strach ze stigmatizace.* Dochází ke změnám v obvyklých sociálních vztazích na základě změněných reakcí nemocného vůči svému okolí, a naopak. Především nejbližší příbuzní nejsou schopni pochopit psychické zoufalství postiženého. Podobně sami lékařští odborníci, kteří jsou v kontaktu s nemocnými rakovinou, mnohdy nejsou schopni odhadnout, v jaké aktuální emocionální situaci se pacient nachází. To může vést k častým nedorozuměním a k narušení vztahu.

Diagnóza rakoviny vyvolá v každém postiženém existenční krizi. Siegel v tomto bodě upozorňuje, že způsob, kterým je pacientovi sdělena jeho diagnóza, má na pacienta neuvěřitelný emocionální dopad. Stejně silný dopad na pacientovu psychiku i jeho zdravotní stav mohou mít laboratorní zprávy a statistiky, které jsou velmi často formulovány tak, že pacient ztrácí veškerou naději na uzdravení a sílu bojovat. Statistiky týkající se rakoviny mají obecně jeden hlavní nedostatek: pacienti, kteří se vyléčili vlastními silami, se do lékařské literatury nedostanou. Příkladem může být zpráva zabývající se případy rakoviny konečníku a tlustého střeva v letech 1900-66. Tato zpráva se zmiňuje pouze o 7 takových pacientech, přestože jich muselo být ve skutečnosti daleko více. Člověk, který se uzdraví navzdory statistikám, již k lékaři nejde. „A pokud ano, mnoho lékařů si prostě myslí, že původně šlo o mylnou diagnózu.“<sup>102</sup> Pro většinu lékařů jsou takové a jim podobné případy příliš „mystické“ na to, aby je uveřejnili. Také se často domnívají, že se nevztahují na ostatní případy, na ty „beznadějné“. Laboratorní zprávy a statistiky však představují pouze jeden aspekt obrazu. Mechanistický přístup je třeba doplnit o přístup symbolický a duchovní. Tytéž informace totiž lze zasadit do kontextu s pozitivními potvrzeními a sugescemi, a tak se mohou samy o sobě stát nástrojem naděje, nástrojem uzdravování.

---

<sup>102</sup> Siegel, B. S. (1994): *Láska, medicína a zázraky*. Praha, Radost, s. 30.



## 6.2 Stres

*Stres* můžeme definovat jako událost, jež přesahuje individuální možnosti zvládnání vzhledem k adekvátnímu překonání nemoci. Výsledky výzkumů dokazují, že míra stresu a kvalita zdraví jsou vzájemně propojeny. V oblasti nádorových onemocnění jsou tyto vztahy teprve objasňovány.

Ukazuje se, že nejvíce zátěžovými a stresujícími momenty jsou doba vyjasňování diagnózy a operativní zákrok. Stejně tak proces adaptace představuje dlouhodobý problém, a to nejen pro pacienta samého, ale i pro jeho rodinu a příbuzné. Tyto zkušenosti mohou mít na člověka dlouhodobý psychický vliv. U pacientů, kteří přežili nejrůznější nádorová onemocnění, se objevují zvýšené hodnoty *deprese* a *strachu*. Taktéž u nich můžeme velmi často diagnostikovat symptomy *posttraumatické stresové poruchy* (PTSD), které souvisejí s rakovinou. Kornblith (1998) uvádí množství příkladů dlouhodobých následků zjištění diagnózy rakoviny ve formě klasického podmiňování. Široké spektrum podnětů může sloužit jako podmíněný podnět pro spuštění nepříjemných reakcí ještě po velmi dlouhé době. „U těchto podmiňujících podnětů se většinou jedná o pachy (30%) a vizuální spouštěče (17%).“<sup>103</sup>

Takovéto stresové prožívání ovlivňuje průběh léčby i rekonvalescence. Stres také negativně koreluje s přežitím. Je prokázáno, že s dřívější úmrtností je spojena především frustrace, pocit zranitelnosti, sebevražedné tendence, špatná přizpůsobivost a nespokojenost s průběhem onemocnění.

Podobný dopad na pacientův zdravotní stav a na úspěšnost léčby mají také *kritické životní události*. U pacientů, kteří uvádějí více stresujících životních událostí, se vyskytuje nejen zvýšené riziko recidivy, ale dokonce i zvýšené riziko úmrtí na rakovinu. Dalším významným predikátorem recidivy a úmrtí na rakovinu je *příslušnost k nižší sociální vrstvě* (viz. kap. 5.2.1).

---

<sup>103</sup> Tschuschke, V. (2004): Psychoonkologie. Praha, Portál, s. 62.

Ukazuje se, že někteří pacienti ve stresu vidí určitou možnost vypořádání se se svou nemocí, zatímco ostatní stres spíše potlačují. Z výzkumů vyplývá, že s větší šancí na přežití je spojeno *popření*, nikoli bojové nastavení (fighting spirit). Potlačení a obranné chování jsou součástí zvládnutí strachu, který se v souvislosti s hrozbou diagnózy a onemocnění přirozeně vyskytuje. Zdá se tedy, že popření za určitých okolností může působit ochraně a adaptivně.

Důkazy podporující domněnku o vztahu mezi stresem a vznikem, případně vývojem rakoviny stále přibývají. Tento vztah je jasně potvrzen především v těch studiích, v nichž se zohledňuje subjektivní prožívání stresu.

### 6.3 Podíl pacienta na léčbě

Dosavadní výzkumy ukazují, že nespolupracující pacienti se mezi pacienty s rakovinou vyskytují velmi často. Jsou to především psychosociální aspekty, jako je více informovanosti a méně strachu, které ovlivňují spolupráci pacientů. Přitom dodržování léčebných opatření může pacientům s rakovinou zachránit život. Existují zaručené důkazy, že psychosociální intervence a psychologická podpora zlepšují nejen pacientovu spolupráci, ale snižují i nežádoucí symptomy, které doprovázejí toto onemocnění.

Neochota pacientů spolupracovat je často způsobena nedostatečnou komunikací mezi pacientem a ošetřující osobou. Přitom pacientova účast na rozhodování je hlavním faktorem, který ovlivňuje kvalitu vztahu mezi lékařem a pacientem. Postoj, kdy pacienti přijmou zodpovědnost za svůj život, podílí se na léčbě a snaží se jí lépe pochopit, pozitivně ovlivňuje jejich psychický stav i průběh a úspěšnost léčby. A „lékaři, kteří takový postoj podporují, jim pomáhají rychleji se uzdravit“<sup>104</sup>.

*„Jakmile k vám pacient přijde, hned za něj o všem přemýšlíte. Pak jeho myšlení nahrazují vaše příkazy, pětiminutová kázání, váš*

---

<sup>104</sup> Siegel, B. S. (1994): *Láska, medicína a zázraky*. Praha, Radost, s. 57.

*program, plán a vaše ctěné oddělení. Ze mě už je zase jenom zrno písku, tak jako v lágru. Zase už na mně nic nezáleží.“*

Alexandr Solženicyn, *Rakovina*

Neochotu pacientů spolupracovat vysvětlují Spiegel a Kato *hypotézou víry* ve vlastní schopnosti. Pokud lidé věří ve své schopnosti, které mohou terapeuticky použít tak, aby dosáhli pozitivního výsledku, pak budou věřit nutným terapeutickým opatřením a budou na nich spolupracovat. Samozřejmě, že platí i opak.

Ukazuje se, že terapeutická pomoc či účast ve skupině jsou vhodnými prostředky pro pacienty s rakovinou. Pacienti díky nim lépe snášejí léčebné zákroky, a to především proto, že tato opatření prohlubují jejich znalost o léčbě. Využití psychosociální intervence pacientům nejen pomáhá překonávat praktické překážky, ale především zvyšuje pravděpodobnost jejich přežití.

#### **6.4 Sociální opora, sociální izolace a význam mezilidských vztahů**

*„Systém sociální opory je chápán jako určitý ‘nárazníkový’ či ‘tlumící’ systém, který chrání lidi proti potencionálnímu škodlivému vlivu stresových událostí. Ti, kteří disponují takovýmto silným systémem sociální opory, se proto jeví lépe vybaveni ke zvládnání závažných životních změn i každodenních běžných mrzutostí.“*

S. Cohen a T. H. Wills

Definice *sociální opory* zní: „Sociální oporou v širším slova smyslu se rozumí pomoc, která je poskytována druhými lidmi člověku, který se nachází v zátěžové situaci.“<sup>105</sup> Sociální opora, respektive sociální izolace je – jak mnoho výzkumů jednoznačně prokazuje – tím, co zvyšuje riziko úmrtnosti u všech možných nemocí. *Prázdnotu, sociální izolaci a osamělost* můžeme tedy zařadit do seznamu faktorů ohrožujících zdraví, naopak *sociální vazby* a *sociální oporu* můžeme

---

<sup>105</sup> Křivohlavý, J. (2001): Psychologie zdraví. Praha, Portál, s. 94.

připsat na seznam faktorů zdraví chránících. Sociální izolaci, osamělost můžeme definovat jako pocit, že nemáte nikoho, s kým byste se podělil o svoje vnitřní pocity, nikoho, s kým byste byl úzce spojen. „Osamělost sama o sobě, jak shrnul časopis *Science*, 'ovlivňuje úmrtnost zhruba stejnou měrou jako kouření, vysoký krevní tlak, vysoká hladina cholesterolu, obezita a absence fyzické aktivity'.“<sup>106</sup> Kouření však zvyšuje riziko smrti asi 1,6krát, zatímco sociální izolace dvojnásobně: je tedy pro naše zdraví ještě nebezpečnější. Osamělost pochopitelně musíme odlišit od samoty: osamělost je subjektivní pocit odříznutosti od okolních lidí.

Závěr, že sociální izolace celkově zvyšuje riziko úmrtnosti, je dobře potvrzen. Existují též náznaky toho, že sociální izolace je taktéž spojena se specifickým průběhem nádorového onemocnění. Sociálně izolovaní pacienti jsou vystaveni podstatně většímu riziku recidivy a úmrtnosti na rakovinu.

Nejpřesvědčivější klinické působení citové podpory demonstrují výsledky skupinové terapie žen s pokročilou metastazující rakovinou prsu na Lékařské fakultě Stanfordské univerzity (Spiegel). Po operaci došlo u těchto žen k recidivě rakoviny, která začala metastazovat do celého těla. Z klinického hlediska bylo pouze otázkou času, kdy je rostoucí nádor usmrtí. Výsledky této studie jsou ohromující: ženy s pokročilou rakovinou prsu, které se jednou týdně setkávaly s ostatními pacientkami, přežívaly v průměru dvakrát tak dlouho než ženy se stejnou chorobou, které jí však čelily samy. Rozhodujícím bylo to, že účast ve skupině ženám umožnila sdílet navzájem své utrpení a otevřeně projevovat své emoce.

Podle Hislopa (1987) a Waxler-Morrisona (1991) s delší dobou přežití korelují především tyto typy sociální opory: rodinný stav; podpora přátel; kontakty s přáteli; kombinovaná podpora přátel, příbuzných a sousedů; zaměstnání a sociální síť.

---

<sup>106</sup> Goleman, D. (1997): *Emoční inteligence*. Praha, Columbus, s. 174.

### 6.4.1 Partnerský vztah

Dalším aspektem nádorového onemocnění je působení nemoci na partnerský vztah či rodinu a na sociální síť.

Pod vlivem nádorového onemocnění velký počet manželských nebo partnerských vztahů dozná radikálních změn. Fobair et al. (1986) zjistil u pacientů s Hodgkinovou chorobou, kteří přežili a v době diagnózy nemoci byli ženatí nebo vdané a v době následného zkoumání byli rozvedení, že téměř polovina z dotazovaných vidí důvod *rozvodu* v nádorovém onemocnění. K podobným závěrům došli Greenberg et al. (1995) u pacientů s Hodgkinovou chorobou (56%) a u pacientů s leukémií (33%).

Podle pacientů s rakovinou jejich partnerský či manželský vztah dále často narušuje: jejich neschopnost hovořit o vlastních pocitech a strachu; jejich strach hovořit o budoucnosti a neschopnost jejich partnera porozumět problémům, které museli zvládnout.

Partnerský vztah je mnohdy také zatížen *problémy v sexuální oblasti*, které vznikají následkem onemocnění (Hodgkinova choroba: 18-25%, leukémie: 21-29%, rakovina varlat: 35%, rakovina prsu: 22-36%). K narušení plodnosti dochází na základě invazivní léčby. „Jelikož je schopnost reprodukce asociována s vlastním sexuálním obrazem a celkovým pocitem vlastní hodnoty, je možné (případně pravděpodobné), že neplodnost způsobená léčbou způsobuje narušení manželského vztahu a vytváří emocionální zátěž, zejména pokud je pacient v přirozeně reprodukčním věku (Kornblith, 1998).“<sup>107</sup>

V některých studiích se rovněž objevily pozitivní následky nádorového onemocnění. Nejčastěji jsou zmiňovány silnější rodinné vazby, větší spokojenost v rodině či zlepšení vztahů k sourozencům a dětem.

*„Každý z nás má jednu mimořádně vážnou potřebu: alespoň jedenkrát v životě, ve chvíli, kdy mu je nejtíže, zažít to, že se může na někoho na sto procent spolehnout.“*

H. J. Clinebell

---

<sup>107</sup> Tschuschke, V. (2004): Psychoonkologie. Praha, Portál, s. 79.

## 7. Proč se vlastně zabývat psychosociální intervencí u nemocných rakovinou?

*Psychologická intervence* u nemocných rakovinou je relativně novým tématem. Diagnóza a léčebná opatření jsou samy o sobě natolik zátěžové a traumatizující události, že postižený potřebuje duševní podporu. „Psychosociální intervence se jeví stále více jako smysluplná, protože se od padesátých let 20. století objevuje stále více studií, které ukazují příznivý vliv psychosociálních opatření na další průběh nádorového onemocnění.“<sup>108</sup> Nejrůznější formy psychosociální intervence především zajišťují vyšší kvalitu života pro nemocného rakovinou. Za určitých okolností fungují také jako doprovázení a podpora. U určitých pacientů tato opatření dokonce představují pomoc při přežití v právním slova smyslu – prodlužují dobu přežití bez recidivy a zvyšují celkovou šanci nemocných rakovinou na přežití.

Diagnóza rakoviny představuje pro postižené *životní krizi*. O krizi hovoříme tam, kde zvýšená úroveň psychického a fyziologického vzruchu vzniklá na základě situačních požadavků překročí možnosti zvládnání jedince. Ukazuje se, že právě v tomto časném stádiu nemoci je možno vhodnou intervencí navodit takové terapeutické klima, ve kterém bude možné různé překážky a neúspěchy dostat pod kontrolu dříve, než se z nich vyvinou maladaptivní struktury (stres, zoufalství, trauma apod.). K tomu se nejčastěji využívá kombinace krizové intervence a psychoterapeutické pomoci.

*Krizová intervence* je poradenská metoda, která je zaměřena na překonání problémů teď a tady. Cílem je co nejrychlejší navození stejné funkční úrovně pacienta a jeho rodiny, kterou měli před vypuknutím krize.

*Psychoterapeutická pomoc* má oproti tomu různé cíle. Pozornost je zde věnována především těm aspektům minulosti a současnosti, které ovlivňují přizpůsobení se nemoci.

---

<sup>108</sup> Tschuschke, V. (2004): Psychoonkologie. Praha, Portál, s. 91.

*Prokazatelně nejefektivnější kombinace terapie u pacientů s rakovinou v psychosociální oblasti (Fawzzy, 1999)*

**Možnosti zvládnání:**

**1. Výchova / informace:**

Diagnóza: biopsie; ozařování; krevní testy; symptomy

Léčba: možnosti; vedlejší účinky; zacházení s vedlejšími účinky

Onemocnění: návrat symptomů; rozšiřování symptomů; průběh onemocnění; nové možnosti; zacházení se symptomy

Výživa: podporující zdraví; omezující zdraví

**2. Behaviorální trénink:**

Uvolnění: progresivní svalová relaxace; řízená imaginace; vizualizace; meditace; hypnóza; biofeedback; jóga; tchaj-ťi

**3. Zvládnání stresu:**

Poznání sebe samého: příčiny stresu; reakce na stres

Důsledky stresu: nespavost, předráždění, potlačená imunita

Zvládnání: použité řešení problémů k eliminaci nebo modifikaci

**4. Kognitivní terapie:**

Aktivně-behaviorální: řešení problému; hledání opory; vyhledávání podpurných skupin; partnerství s ošetřujícím lékařem; zlepšení výživy; sport

Aktivně-kognitivní: výzva; pozitivní příležitost; význam; přehodnocení; oddémonizování smrti; zármutek

**5. Podpora:**

Skupinová: specifická pro nemocnice; specifická pro jednotlivá stadia nemoci; rozmanité terapeutické techniky; orientace na cíl; profesionální vedení; podpora vrstevníků (peer)

Individuální: specifická pro jednotlivé pacienty; rozmanité terapeutické techniky; orientace na cíl; profesionální vedení

Vrstevnická: trénink; orientace na cíl

Cílem těchto psychologicko-psychotherapeutických intervencí u onkologických onemocnění především je:

- zmírnění pocitů osamělosti prostřednictvím rozhovorů s lékaři a ostatními pacienty;

- redukce strachu z léčby;
- snížení zoufalství a deprese;
- poskytování informací; pomoc při objasňování nedorozumění a chybných informací;
- zmírnění pocitu bezmocnosti a beznaděje;
- vedení k větší zodpovědnosti za vlastní uzdravení;
- lepší spolupráce s lékařským týmem; důvěra v terapeutický postup;
- obecné zlepšení kvality života.

„Je pozoruhodné, jakých vesměs příznivých účinků můžeme prostřednictvím intervence dosáhnout i u pacientů s nevléčitelnými formami nemoci a v různých stádiích onemocnění.“<sup>109</sup> Je prokázáno, že psychosociální intervence představuje obrovskou pomoc pro pacienty a částečně také pro rodinné příslušníky. Nejvyšší efektivity dosahují kombinace různých metod. O těchto metodách lze dnes s jistotou říci, že s jejich pomocí lze dosáhnout následujícího:

- redukce zoufalství, strachu a deprese;
- zvýšení kvality života;
- vytváření strategií zvládnání;
- zlepšení tělesného stavu;
- zlepšení imunitní schopnosti organismu.

---

<sup>109</sup> Tschuschke, V. (2004): Psychoonkologie. Praha, Portál, s. 141.



## Závěr

Pokud objev úzké souvislosti mezi emocemi a zdravím na něco poukazuje, pak především na skutečnost, že přišel čas, aby medicína začala tuto zjištěnou souvislost využívat i v praxi. To, co je nyní považováno za výjimečné, by se mělo stát běžnou součástí každodenní péče. Do vzdělávání lékařů by měly být zařazeny některé základní prvky emoční inteligence, zejména sebeuvědomění, empatie, umění vyslechnout druhého a schopnost soucítit s ním. Je třeba vytvářet péči založenou na vztahu mezi pacientem a ošetřující osobou, neboť se začíná prokazovat i léčebný význam kvality tohoto vztahu.

Humánnější medicína s sebou přináší mnohé výhody. „Mnohým pacientům prokazatelně pomáhá, jsou-li spolu s léčbou jejich onemocnění uspokojovány i jejich psychické potřeby.“<sup>110</sup> Ošetření pacientových emocí může snižovat náklady na léčbu, a to zejména proto, že působí preventivně, oddaluje propuknutí onemocnění nebo umožňuje rychlejší uzdravení. Lidskost ve zdravotnictví tedy znamená i určité ekonomické výhody.

„Taková péče také přispívá ke spokojenosti pacientů s lékaři a terapeutickým postupem.“<sup>111</sup> Sama lékařská etika ukládá lékařům humánní přístup k pacientům. Zdravotnickou péči, která ignoruje emoce pacientů, dnes již nemůžeme považovat za adekvátní. Zhumanizování medicíny je dnes nezbytné, neboť je prokázáno, že takový přístup pozitivně působí na zdravotní stav pacientů. „‘Soucit,’ jak napsal jeden pacient v otevřeném dopise svému chirurgovi, ‘není pouhé podání ruky. Je to i dobrý lék.’“<sup>112</sup>

---

<sup>110</sup> Goleman, D. (1997): Emoční inteligence. Praha, Columbus, s. 179.

<sup>111</sup> Goleman, D. (1997): Emoční inteligence. Praha, Columbus, s. 180.

<sup>112</sup> Goleman, D. (1997): Emoční inteligence. Praha, Columbus, s. 180.

## Dotazník

Cílem dotazníku bylo bližší seznámení se s představami mladých lidí o rakovině. Dotazník vyplnilo 52 studentů z Gymnázia Boženy Němcové v Hradci Králové.

Na otázku, jak vnímají rakovinu: zda jako nemoc smrtelnou, chronickou nebo vyléčitelnou, 27% procent studentů odpovědělo, že rakovinu považují za nemoc smrtelnou; podle 33% procent studentů je rakovina nemocí vyléčitelnou (90% těchto odpovědí obsahovalo pozitivní pohled do budoucna, co se týče možnosti a úspěšnosti toto onemocnění léčit); 15% studentů ji považuje za chronické onemocnění. Podle zbylých 25% studentů záleží na druhu nemoci, na včasnosti rozpoznání prvních symptomů a na včasném zahájení léčby.

*„Když se řekne rakovina, tak si představím smrtelnou nemoc, ale v dnešní době už jsou našťastí léky a prostředky, díky nimž se lze mnohdy vyléčit.“*

V další otázce měli studenti popsat, jak si představují člověka nemocného rakovinou. 28 studentů, tedy celých 54%, onkologicky nemocného člověka popisovalo jako hubeného, slabého, bledého, smutného, depresivního člověka s množstvím psychických a fyzických komplikací a bez chuti a energie do života. Pouze jeden student se zmínil, že to naopak musí být člověk neobyčejně silný, především psychicky, když bojuje s tak zákeřnou nemocí. Podle dalších 15 studentů se člověk s onkologickým onemocněním na první pohled v ničem neliší od člověka zdravého. 9 studentů (17%) uvedlo, že jejich představa není nijak specifická, neboť záleží na osobnostních rysech daného člověka. Tito studenti vždy proti sobě stavěli tyto dva protiklady: člověka depresivního a zoufalého, pro něhož diagnóza rakoviny představuje zhroucení celého života a přípravu na smrt, a člověka aktivního a bojovného, pro něž je tato nemoc výzvou.

*„Podle mě se od nás neliší fyzicky, ale psychicky.“*

*„Setkala jsem se s tím u nás v rodině. Je omezený v hodně aktivitách a v pozdějším stadiu, popř. po chemoterapii, slezou vlasy a pacient je už nucen převážně ležet, pokud se stav nelepší.“*

*„Nemám určitou představu – někdo se z toho zhroutí a někdo naopak všechno přežde a užívá si života do poslední chvíle.“*

Na otázku: „Je podle Vás důležité se při léčbě onkologicky nemocných pacientů zabývat i psychickým stavem pacientů?“ odpovědělo 51 z 52 studentů kladně. Pouze jeden student se vyjádřil, že o významu psychosociální intervence u nemocných rakovinou nemá vůbec představu. Podle studentů je odborná psychologická pomoc a opora v průběhu léčby důležitá především z těchto důvodů: pomáhá pacientům bojovat s nemocí, zvyšuje kvalitu pacientova života, pomáhá překonat pocity smrtelnosti a zranitelnosti, včas podchycuje a bojuje proti sebevražedným tendencím, depresi a chmurným myšlenkám, zvyšuje ochotu pacientů spolupracovat, pomáhá překonat sociální izolaci, přináší naději a úlevu apod. Deset studentů se též zmínilo, že psychický stav pacienta do velké míry ovlivňuje průběh a úspěšnost léčby, tedy celkový zdravotní stav pacienta.

*„Ano, je potřeba vědět, jak se nemocný člověk cítí a pomoci mu s tím.“*

*„Ano, musí mít sílu a odhodlání s nemocí bojovat, nechat se léčit a udělat pro vyléčení maximum.“*

Studenti byli dále dotazováni na změny, které podle nich nastanou v životě člověka, který je ohrožen závažnou nemocí. Podle 50% studentů se u onkologicky nemocného člověka nejvíce změní jeho pohled na svět, na život a smrt, na zdraví a nemoc. Studenti uváděli, že nemocný člověk často přehodnotí žebříček svých hodnot i smysl svého života. Devět (13%) studentů odpovědělo, že největší změna se bude týkat psychického a emocionálního stavu pacienta. 11% dotázaných dále uvádělo, že nemocný člověk bude muset změnit především svůj denní režim a styl života (tyto změny se týkaly především organizace volného času, aktivit a životosprávy). Podle 10% studentů rakovina

nevíce změni mezilidské vztahy pacienta, především jeho vztah k rodině, příbuzným a přátelům. Tito studenti taktéž předpokládali změnu chování širšího okolí k pacientovi.

*„Začne mít strach a bolesti a to ho podle mě ovlivní ve všech směrech života.“*

*„Pohled na svět - začne si uvědomovat věci, které ho dříve třeba nezajímaly.“*

Poslední otázka se týkala toho, co studentům vyvstane na mysli jako první, když se řekne slovo „rakovina“. 30% studentů odpovědělo, že se jim vybaví představa smrti či smrtelného ohrožení, 17% si vybaví zhoubný nádor, šest studentů si rakovinu spojuje s představou vážné a časté nemoci a dalších 6 (13%) studentů s blízkým člověkem, který rakovinu má nebo který na ni zemřel. S pojmem rakovina si studenti dále spojovali představu nemocnice, chemoterapie, bolesti či životní zkoušky.

*„Ukrutná bolest a odporná nemoc, na kterou umírá spousta lidí, pocity jejich blízkých i jich samotných. A PŘEDEVŠÍM NEUVĚŘITELNÁ ODVAHA NEMOCNÝCH.“*

*„Nemoc, ze které vám jen při pomyšlení na ni zatrne hrůzou.“*

*„Zbabělá nemoc.“*

*„Můj děda, co umřel na rakovinu plic, a můj druhý děda, co vyhrál nad rakovinou tlustého střeva.“*

*„Maminka.“*

### **Seznam citované literatury:**

- Dahlke, R. (1998): Nemoc jako řeč duše. Praha, Pragma.
- Dahlke, R. (1996): Nemoc jako symbol. Praha, Pragma.
- Dostálová, O. (1993): Jak vzdorovat rakovině. Praha, Grada Avicenum.
- Goleman, D. (1997): Emoční inteligence. Praha, Columbus.
- Křivohlavý, J. (2002): Psychologie nemoci. Praha, Grada.
- Křivohlavý, J. (2001): Psychologie zdraví. Praha, Portál.
- Křivohlavý, J. (1989): Vážně nemocný mezi námi. Praha, Avicenum.
- Siegel, B. S. (1994): Láska, medicína a zázraky. Praha, Radost.
- Siegel, B. S. (1994): Mír, láska a uzdravení. Praha, Pragma.
- Tschuschke, V. (2004): Psychoonkologie. Praha, Portál.
- Vodvářka, P. (2001): Třidvacet dialogů o rakovině. Praha, Galén.

## Seznam použité literatury:

- Breuss, R. (1992): Rakovina, leukémie a jiné zdánlivě nevléčitelné nemoci, které jsou léčitelné přírodními prostředky. Praha, Erika.
- Dahlke, R. (1998): Nemoc jako řeč duše. Praha, Pragma.
- Dahlke, R. (1996): Nemoc jako symbol. Praha, Pragma.
- Dostálová, O. (1993): Jak vzdorovat rakovině. Praha, Grada Avicenum.
- Goleman, D. (1997): Emoční inteligence. Praha, Columbus.
- Goleman, D. (1999): Práce s emoční inteligencí. Praha, Columbus.
- Křivohlavý, J. (1993): Povídej – naslouchám. Praha, Návrat.
- Křivohlavý, J. (2002): Psychologie nemoci. Praha, Grada.
- Křivohlavý, J. (2001): Psychologie zdraví. Praha, Portál.
- Křivohlavý, J. (1989): Vážně nemocný mezi námi. Praha, Avicenum.
- Sharma, H., Mishra, R. K., Meade, J. G. (2007): Odpověď rakovině: „nedám ti nikdy šanci“. Praha, Triton.
- Siegel, B. S. (1994): Láska, medicína a zázraky. Praha, Radost.
- Siegel, B. S. (1994): Mír, láska a uzdravení. Praha, Pragma.
- Sieradzki, A. (2004): Léčba stresu metodou čtyř stavů rovnováhy. Brno, Alpress.
- Tepperwein, K. (2001): Skrytý význam nemoci. Bratislava, Eugenika.
- Tschuschke, V. (2004): Psychoonkologie. Praha, Portál.
- Vodvářka, P. (2004): Podpůrná léčba v onkologii 2003. Praha, Galén.
- Vodvářka, P. (2001): Třiadvacet dialogů o rakovině. Praha, Galén.
- Vybíral, Z. (2005): Psychologie komunikace. Praha, Portál.

