

Osobnost typu C (cancer personality): současný stav poznatků a implikace pro další výzkum

M. Blatný¹, Z. Adam²

¹ Psychologický ústav Akademie věd ČR, v.v.i., Brno, ředitel prof. PhDr. Marek Blatný, CSc.

² Interní hematologická klinika Lékařské fakulty MU a FN Brno, pracoviště Bohunice, přednosta prof. MUDr. Jiří Vorlíček, CSc.

Souhrn: Studie podává základní přehled o současném stavu poznatků o tzv. osobnosti typu C, osobnosti disponované k onemocnění rakovinou (cancer-prone personality). Souvislost mezi osobností a onkologickým onemocněním je studována zhruba od poloviny 60. let 20. století. Názory na význam osobnostních dispozic a dalších psychosociálních faktorů při vzniku rakoviny se v průběhu uplynulých 50 let vyvíjely. Můžeme je shrnout v zásadě do 2 období. Zatímco na počátku 90. let minulého století byly výsledky výzkumů přes svou nevelkou konzistenci (a často i protichůdnost zjištění) interpretovány ve prospěch existence osobnosti typu C, v současné době jsou výsledky výzkumů pro svou přetrvávající nejednoznačnost interpretovány v neprospěch osobnosti typu C. Současný pohled vychází především ze skutečnosti, že nebyly potvrzeny specifické vztahy ke konkrétním rysům osobnosti. V závěru se autoři zamýšlejí nad metodologickými rezervami dosavadních studií a navrhuji možnosti vhodných výzkumných designů.

Klíčová slova: osobnost typu C – onkologické onemocnění – rizika – metodologie

Cancer personality: Current view and implications for future research

Summary: The paper provides an outline of the present state of knowledge of the 'C-type' or cancer-prone personality. Links between personality and cancer have been studied approximately since the mid 1960's. Opinions on the role of personality dispositions and other psychosocial factors in the development of cancer have been changing over the last 50 years. There are basically two periods marking the evolution of thought on the subject. While in the early 1990's, results of research were interpreted in favour of the existence of the C-type personality, in spite of a lack of consistency (and often contradictory findings), currently they are interpreted in disfavour of the C-type personality due to continuing uncertainty. The current view is primarily based on the fact that specific links between cancer and certain personality traits have not been confirmed. In conclusion, the authors reflect over what could have been done better from the methodological point of view in studies carried out so far, and suggest suitable study design options.

Key words: cancer-prone personality – cancer – risk – methodology

Anamnéza je základem pro stanovení diagnózy

Tato poučka je uvedena na všech prvních stránkách učebnic interní prope-
deutiky, studenti ji při zkoušce citují a ani lékaři na ni nezapomínají. Nicméně přesto na naše hematologické pracoviště stále přicházejí nemocní, u nichž lze anamnesticky příznaky nemoci najít 6, ale i více měsíců před stanovením diagnózy. Česká myelomová skupina, což je profesio-
nální sdružení lékařů ošetřujících nemocné s touto diagnózou, si za jeden ze svých cílů vytyčila přispět k časnějšímu stanovení diagnózy mnohočetného myelomu a dalších monoklo-

nálních gamapatií, a tím i ke zlepšení kvality života těchto nemocných.

K tomu by měly přispět informace předávané formou přednášek a článků. K prvním z těchto aktivit patří Supplementum 2 časopisu Vnitřní lékařství z roku 2006 s podtitulem „Jak neprošvihnout mnohočetný myelom“ a následovaly další publikace [1]. Vhodnou platformou je právě časopis Vnitřní lékařství, který věnuje onkologické problematice patřičný prostor a zabývá se nejen medicínskými, ale též psychologickými, sociálními, etickými a emocionálními aspekty léčby onkologických onemocnění [2–6].

Cílem následujícího textu je upozornit na skutečnost, že anamnestické údaje neboli stížnosti na vlastní zdravotní stav někteří pacienti ze sebe jenom chrlí a nejsou k zastavení, zatímco jiní, kteří mají potíže s expresí svých negativních emocí, jak je rozebíráno dále, mají potíže či neumějí přesně a jasně formulovat, co je trápilo dříve a co je trápí nyní, a raději své potíže zestruční, aby neobtěžovali lékaře.

Zopakuji rozhovor s nemocnou, která byla pro studenty typickým případem, jak lze z nedostatečné anamnézy udělat špatný závěr, a naopak, jak lze vyptáváním se na detaily potíží získat poměrně přesný obraz nemoci.

Ptám se: „Paní, jak Vám začala tato choroba?“ Paní odpovídá: „Bolela mě záda a pak se to zhoršilo.“ „Co jste řekla svému praktickému lékaři?“ „Řekla jsem mu, že mě bolí záda, že se mi to vrací a teď je to horší.“ „A co on Vám praktický lékař doporučil?“ „Nu jako obvykle, poslal mě na elektroléčbu.“ „Pomáhala?“ „Ne.“ „A co pak?“ „Pak mě poslal na neurologii.“ „A co bylo tam?“ „Dali mi infuze, jako dříve, když jsem říkala, že mě bolí záda.“ „Dobře, a kde Vás ta záda bolela dříve?“ Paní ukázala na lumbální oblast. „A kde Vás záda bolela v posledních měsících?“ Paní ukázala na střední hrudní páteř. „Vystřelovala bolest někam?“ Paní ukázala, že bolest vystřelovala do prsou, a když jsem se jí zeptal, zda v této oblasti již někdy měla bolesti, tak mi odpověděla, že nikdy. Dále jsem se ptal: „Měla jste bolesti i v noci?“ Paní odpověděla, že ano a že dříve ji bolesti v bederní páteři v noci nezlobily, ty byly jen přes den. „A co při zakašlání, zhoršila se bolest?“ Paní odpoví: „A jak, přímo hrozně, bála jsem se zatlačit na stoličce či zakašlat, protože to pak bylo hrozné!“ „A kdy jste se dostala na ortopedickou kliniku do nemocnice?“ „Až jsem přestala chodit.“

Neboli, bez cílených dotazů by první odpověď vypadala, že se jedná o exacerbaci chronických bolestí lumbální páteře při deformativních změnách, které rentgenologové popíší téměř u všech osob starších 30 let.

Cíleným dotazem lze však zjistit, že nyní má bolest zcela jinou lokalizaci, že se oproti původní bolesti objevuje i v noci a že nemá charakter stabilní bolesti, nýbrž spíše bolesti progresivně se zhoršující, a že dlouho před přijetím do nemocnice měla bolest charakter kořenové komprese. Pro kompresi nervových kořenů je totiž typické, že se bolest prudce zhoršuje při manévrech, které zvyšují žilní tlak, s nímž se současně zvyšuje i tlak likvorový. Zvýšení tlaku v žilním systému, který provází nervové kořeny, zesiluje kompresi nervového kořene v zúženém místě a to vyvolává či zhoršuje bolest. Ke zvýšení žilního tlaku dochází při zakašlání, zatlačení na stoličce, kýchnutí.

Všechny tyto manévry vyvolávají prudkou bolest, vnímanou v oblastech senzitivně inervovaných komprimovaným kořenem. Takže dlouho před přijetím měla paní typické známky komprese nervového kořene v oblasti Th₅.

A tedy před tím, než byla přijata na ortopedii s diagnózou paraplegie, způsobenou intraspinální propagací myelomových hmot v oblasti Th₅, bylo možné z anamnézy zjistit, že se jedná o závažné postižení páteře, které vyžaduje urgentní diagnostický přístup – CT cílené na oblast se známkami kořenové komprese nebo MRI páteře. Tato vyšetření mohla řádově několik měsíců dříve rozpoznat postižení obratle mnohočetným myelomem, který se propagoval extramedulárně a komprimoval nervové kořeny.

Pečlivý rozbor anamnézy a správné diagnostické kroky by vedly ke stanovení diagnózy mnohem dříve, než vzniklo ochrnutí dolních končetin (paraplegie), a k nutnosti dekompresního ortopedického zákroku na páteři, v rámci něhož byla stanovena diagnóza. Pokud bychom vyšli ze stručné odpovědi „opět se mi zhoršily jinak dlouhodobé bolesti v páteři“, mohli bychom dospět k názoru, že se jedná o mírné zhoršení jinak chronického vertebrogenního alogického syndromu. Možná byla paní typickou osobností typu C a tito lidé nemají ve zvyku zdůrazňovat své problémy ani vyžadovat pozornost. Domníváme se, že pokud by si lékař uvědomil, že se může jednat o C typ osobnosti, u něhož je nutné klást cílené otázky a zjistit přesně rozsah potíží, mohla být diagnóza této nemoci zjištěna mnohem dříve a k paraparéze nemuselo vůbec dojít.

Dle naší zkušenosti onkologičtí pacienti často nerozvádějí své potíže, a proto jsme považovali za vhodné, aby na stránkách Vnitřního lékařství zaznělo slovo psychologa, který seznámí čtenáře s charakteristikou osobnosti typu C a nepřímo tím i zdůrazní nutnost odlišného přístupu při získávání

anamnestických údajů z jednotlivých typů osobností.

Úvod

Termínem „osobnost typu C“ je označován osobnostní typ, u něhož se předpokládá zvýšené riziko vzniku rakoviny, rychlejší progresse a horší prognóza onemocnění než u jiných typů osobnosti. V anglicky psané literatuře se též používá pojem „cancer-prone personality“, tedy k rakovině disponovaná osobnost, či zkrátka jen „cancer personality“.

Termín „osobnost typu C“ jednak poukazuje k samotnému onemocnění (C jako „cancer“), jednak vyjadřuje skutečnost, že lidé s osobností typu C se chovají způsobem protikladným k tzv. chování typu A. Chování typu A se vyznačuje vysokou mírou aktivace nervového systému a vede k řadě koronárních onemocnění. Je charakterizováno zejména vnitřní potřebou dosahovat stále více a více výsledků ve stále kratších časových intervalech, vyznačuje se velkou citlivostí, soutěživostí, průbojností, agresivitou, snadno vzbuzenou hostilitou, pocitu neustálého nedostatku času, neustálým plánováním a organizováním času a netrpělivostí; mezi specifické projevy chování typu A patří rychlé tempo většiny aktivit a stálá připravenost, typická bývá hlasitá, rychlá a důrazná řeč a napjaté svalstvo [7].

Popis „cancer-prone personality“ je poněkud více heterogenní než popis osobnosti/chování typu A. Obraz osobnosti typu C je poskládan z výsledků mnoha studií s rozmanitými výzkumnými designy, přičemž některé studie přinesly nejen negativní, ale i protichůdné závěry. Za hlavní znaky osobnosti typu C jsou považovány depresivita a malá emoční expresivita [8]. Také Eysenck [9] uvádí jako typické znaky osobnosti typu C 1. tendenci potlačovat (zadržovat v sobě) emoce, jako je úzkost a hněv, a prezentovat se napovrch klidným, nevzrušivým výrazem, 2. tendenci obtížně se vyrovnávat se stresem a prožívat po-

city bezmoci a beznaděje, které se mohou rozvinout až do stavu klinické deprese.

Výzkum psychosociálních vlivů je studován buď na modelových případech nejčastěji se vyskytujících typů rakoviny, k nimž patří rakovina prsu (nejvíce), plic, hlavy a krku, tračníku a konečníku, slinivky a kůže, nebo jsou do analýzy zahrnuty všechny typy rakovin – tento postup je užíván zejména u retrospektivních studií, v nichž jsou psychosociální data shromážděna z minulosti a použita pro predikci rozvoje rakoviny v pozdějším věku respondentů.

Souvislost mezi osobností a onkologickým onemocněním je studována již téměř půl století – první studie „cancer-prone personality“ se objevily v 60. letech minulého století [10,11]. Názory na význam osobnostních dispozic a dalších psychosociálních faktorů při vzniku rakoviny se v průběhu těchto 50 let vyvíjely. Můžeme je shrnout v zásadě do 2 období. Zatímco na počátku 90. let minulého století byly výsledky výzkumů přes svou nevelkou konzistenci (a často i protichůdnost zjištění) interpretovány ve prospěch existence osobnosti typu C, v současné době jsou výsledky výzkumů pro svou přetrvávající nejednoznačnost interpretovány spíše v neprospěch osobnosti typu C. Současný pohled vychází především ze skutečnosti, že nebyly potvrzeny specifické vztahy ke konkrétním rysům osobnosti.

V dalším textu se postupně budeme věnovat oběma etapám výzkumu a podáme stručný přehled výzkumů a jejich hodnocení. Na závěr se zastavíme u metodologických problémů dosavadních výzkumů osobnosti typu C a budeme se zabývat současnými možnostmi výzkumu vztahů mezi osobností a onkologickým onemocněním.

První vlna výzkumů (60.–80. léta 20. století) a jejich hodnocení

Na počátku 90. let 20. století, 30 let od počátku systematického výzkumu osobnostních predispozic k onemoc-

nění rakovinou, shromáždili badatelé dostatečné množství poznatků na to, aby z nich mohly být vyvozeny zobecňující závěry. Řada autorů se o to pokusila v přehledových a teoretických studiích věnovaných osobnosti typu C [8,9,12]. Závěry těchto studií byly velmi podobné a vyslovovaly se pro uznání konceptu „cancer-prone personality“. Contrada, Leventhal a O’Leary [8] vyjádřili své přesvědčení následujícím výrokem: „I když důkazy nejsou zdaleka robustní, jsou přinejmenším výmluvné.“

Právě posledně jmenovaní autoři se podrobně zabývali analýzou vztahů mezi osobností a vznikem onkologického onemocnění. Je ovšem nutné zdůraznit, že se ve své analýze zaměřili nejen na čistě osobnostní dispozice (styly zvládání zátěže, depresivita, udržování negativních emocí), ale na širší spektrum psychosociálních faktorů vzniku nemoci, ke kterým patří např. narušená sociální opora či deprese jako klinická kategorie (čili stav způsobený nejen osobní dispozicí, ale i např. dlouhodobým stresem). Contrada, Leventhal a O’Leary [8] utřídili zkoumané faktory do 5 oblastí, jimiž jsou deprese, bezmoc/beznaděj, narušená sociální opora, negativní efekt kombinace nízké negativní a vysoké pozitivní afektivity a malá emocionální expresivita.

Deprese

Deprese patří k nejčastěji zmiňovaným faktorům, ústně sdělovaným zejména v počátcích výzkumu. Výzkumně potvrdili vztah mezi depresí a onkologickým onemocněním Shekelle et al [13], kteří zjistili vztah mezi zvýšenou depresí u studentů medicíny v průběhu studia a zvýšeným rizikem vzniku rakoviny o 17 let později. Další studie zjistily vyšší míru deprese u pacientů s rakovinou než u pacientů s neonkologickým onemocněním, případně s méně pokročilým stadiem rakoviny [14,15]. Jak však upozorňují Contrada, Leventhal a O’Leary [8], tyto studie jsou málo přesvědčivé, neboť deprese mohla být reakcí

na onemocnění. Jiné studie vztah mezi depresí a onemocněním rakovinou neprokázaly [16], některé dokonce zjistily pozitivní vztah mezi udávanou depresí a zlepšením stavu [17].

Bezmoc/beznaděj

Bezmoc a beznaděj patří mezi kognitivní strategie řešení stresových situací. Ačkoliv jsou úzce spojeny s depresí, samostatně vykazují více konzistentní vztah k rakovině než deprese. Tento vztah potvrdila řada studií, např. prospektivní studie Grossarth-Maticka et al [18], která prokázala vztah mezi reakcemi bezmoci na životní události a rozvojem rakoviny. Contrada, Leventhal a O’Leary [8] uvádějí pouze 2 studie, které vztah mezi bezmocí / beznadějí a rakovinou neprokázaly.

Narušená sociální opora

Dalším významným faktorem při rozvoji onkologického onemocnění je narušená sociální opora. Patří sem zejména ztráta blízké osoby, ať už v raných fázích života, nebo v době před vznikem onemocnění. Takové ztráty jsou spojeny též s rozvojem deprese. Contrada, Leventhal a O’Leary [8] uvádějí 3 oblasti výsledků – raná ztráta rodiče nebo nedostatek rodičovské důvěrnosti [19], nedávná ztráta blízké osoby u nově diagnostikovaných pacientů [20] a nedostatek sociální opory obecně [21,22].

Vztah mezi narušenými sociálními vztahy a rakovinou je podle Contrady, Leventhala a O’Learyho poměrně přesvědčivý. Za významné považují zejména to, že výzkumy v prvních 2 kategoriích (ztráta blízké osoby, ať už v raných fázích života, nebo v současnosti) byly provedeny s muži. Podle nich je pravděpodobné, že muži se obtížněji a déle vyrovnávají se ztrátou než ženy; to podporují výzkumy, podle nichž ženy vykazují menší míru morbidit po úmrtí blízké osoby než muži.

Potlačování negativních emocí

Za nejdůležitější rys osobnosti typu C jsou považovány nízká emoční expre-

sivita a zadržování (potlačování, vyhýbání se) negativních emocí, především úzkosti a hněvu. Jsou-li lidé s chováním typu A zlostní, hostilní a výbušní, lidé typu C nevyjadřují hněv a prezentují se jako přívětiví, pozitivně působící, případně jako nevzrušiví či nezáživní (impassive).

Tato oblast je zastoupena řadou výzkumů. První důkazy poskytli už v 60. letech 20. století Kissen et al [23], kteří zjistili nízkou míru neuroticizmu a menší všímavost k (uvědomování si) činnosti autonomní nervové soustavy jako prediktory rakoviny plic. Dále např. Morris et al [24] zjistili nízký neuroticismus a nízkou anxieta jako prediktory rakoviny prsu a Stavráky [25] sníženou hostilitu měřenou projektivní technikou u pacientů s kratší dobou přežití. Wirsching et al [26] popisují pacienty s rakovinou jako rezervované, ne-zaujaté (not engaged), emocionálně potlumené, více racionální a méně emocionální, než jsou pacienti s benigním onemocněním. Také v prospektivní studii Grossarth-Maticeka et al [18] hodnotili tazatelé osoby, u nichž se později rozvinula rakovina, jako racionální a antiemocionální. Podobné závěry poskytli i Temoshok et al [27], podle nichž byly osoby s onkologickým onemocněním hodnoceny spíše jako mdlé (bland) než intenzivní, emocionálně stažené (constricted) než labilní a smířlivé než hostilní.

Ve shodě s uvedenými poznatky je také zjištění, že méně příznivá prognóza je paradoxně predikována „dobrým přizpůsobením se“ nemoci. Např. Rogentine et al [28] zjistili u pacientů s rakovinou kůže, že opětovné onemocnění se vyskytlo u těch, kteří vyvíjeli nižší potřebu přizpůsobení se či vyrovnání se s onemocněním. Podobně Greer, Morris a Pettingale [29] u skupiny patientek s rakovinou prsu

zjistili, že přežití bez opětovného výskytu rakoviny bylo častější u těch, které reagovaly na diagnózu s bojovým duchem nebo odmítnutím, než u těch, které reagovaly se stoickým akceptováním nebo bezmocí. V českém písemnictví se bojovému duchu jako psychologickému fenoménu u onkologických pacientů věnovala Kalvodová [30].

Studie s negativním nebo kontradiktorym výsledkem jsou řídke, ale existují. Např. Pettingale et al [15] zjistili udávanou vyšší anxieta u pacientů s lymfomem v pokročilejším stadiu nemoci. Zde se však jednoznačně nabízí vysvětlení, že anxieta byla důsledkem onemocnění, zvláště pokud šlo o pokročilé stadium nemoci.

Několik studií zjistilo pozitivní souvislost mezi pozitivní afektivitou a rozvojem rakoviny, resp. s horší prognózou onemocnění. V těchto studiích byly u osob s větším rizikem onemocnění rakovinou identifikovány tyto vlastnosti: vřelost a srdečnost, pozitivní postoje, více pozitivního denního snění a tendence harmonizovat své sociální okolí [17,29,31]. Ovšem všechny studie byly provedeny se ženami. Nabízí se tedy vysvětlení, že zjištěné vlastnosti do značné míry reflektovaly nejen specifika osobnosti disponované k rakovině, ale i specifika spojená se sociálními rolemi, které muži a ženy v naší kultuře zastávají. I když se v poslední době dostává do popředí otázka „genderu“¹ a zvolna se mění pojetí mužské a ženské role ve společnosti, stále ve značné míře platí vysvětlení Hochschilda [32], podle něhož jsou ženy v naší společnosti vychovávány k tomu, aby prostřednictvím kontroly emocí vytvářely a poskytovaly svému okolí uklidňující emocionální prostředí, čemuž odpovídá i většina jejich

zaměstnání. Některé aspekty osobnosti typu C tedy mohou být výsledkem socializačního procesu. Tuto hypotézu podporuje i skutečnost, že chování typu A je spojováno především s dospělými muži.

Nízká emoční expresivita

Nízká emoční expresivita je vedle zadržování negativních emocí nejvýraznějším znakem osobnosti typu C. Řada studií prokázala, že lidé s onkologickým onemocněním mají obecně menší expresi emocí (tedy nejen negativních) než lidé s jiným onemocněním [14, 33]. Ve studii Jansena a Muenze [14] se ženy, které posléze onemocněly rakovinou prsu, měly tendenci popisovat tak, že „dusí v sobě vztek (keeping anger inside)“. Opět existují studie, které vztah mezi nízkou emoční expresivitou a onkologickým onemocněním neprokázaly [29].

Některé studie poukázaly na to, že i zvýšená exprese emocí má negativní dopady na onkologické onemocnění. Greer a Morris [33] zjistili u pacientek s rakovinou prsu zvýšenou incidenci jak nízkého, tak naopak nadměrného vyjadřování emocí. Stavráky [25] zjistila u pacientů s různými typy rakovin, kteří měli kratší doby přežití, menší míru hostility, ale také častější ztrátu emoční kontroly. K podobnému závěru dospěli i Wirsching et al [26], podle nichž ženy, u nichž byla posléze diagnostikována rakovina prsu, byly emocionálně potlumené, ale zároveň vykazovaly výbuchy afektu.

Shrnutí

Contrada, Leventhal a O'Leary [8] sdružili uvedených 5 oblastí výsledků do 2 nadřazených kategorií. První z nich tvoří deprese, bezmoc/beznaděj a narušené sociální vztahy, druhou kategorií představuje vyhýbání se emocím

¹ Termín **gender** (česky *rod*) se ve společenských vědách používá k označení kulturně vytvořených rozdílů mezi muži a ženami. K jeho používání přispěl zejména feminizmus, podle něž je gender sociální konstrukt, tzn., že kultura a společnost působí rozdílně na muže a ženy, což vede k sociálně konstruovaným rozdílům v jejich chování, očekávání či postojích. Komplementárním pojmem je termín pohlaví (anglicky *sex*), který se užívá pro rozdíly biologické. Pohlaví je na rozdíl od genderu univerzální kategorií, která je nezávislá na čase a místě.

(emotional avoidance), které zahrnuje vyhýbání se emočním konfliktům a kognitivnímu zpracování afektu (tzn. potlačování negativních emocí – hněvu, hostility, úzkosti) a projevuje se ve stoicismu, nízkém neuroticizmu a malé emoční expresi. Obecnou platnost těchto kategorií potvrzuje Eysenckovo [9] rozlišení 2 hlavních typických znaků osobnosti typu C, které jsme zmiňovali v úvodu kapitoly: 1. tendenci potlačovat (zadržovat v sobě) emoce, jako je úzkost a hněv, a prezentovat se napovrch klidným, nevzrušivým výrazem, 2. tendenci obtížně se vyrovnávat se stresem a prožívat pocity bezmoci a beznaděje, které se mohou rozvinout až do stavu klinické deprese.

Podle Contrady, Leventhala a O'Learyho 2 kategorie psychosociálních faktorů implikují více typů osobnosti C, přinejmenším 2, pro něž navrhuji odlišné modely působení při vzniku rakoviny. Contrada se spolupracovníky předpokládají odlišné psychoimunologické mechanismy, jimiž identifikované osobnostní faktory působí na vznik a průběh onkologického onemocnění. Jde konkrétně o působení katecholaminů a kortizolu na činnost lymfocytů schopných ničit nádorové buňky (natural killer cell). Zatímco katecholaminy mají podporující efekt na činnost NK lymfocytů, uvolňování kortizolu potlačuje činnost NK lymfocytů. Contrada et al navrhuje model, podle něhož deprese vede ke zvýšené produkci kortizolu, a tudíž ke snížené činnosti NK lymfocytů a vyhýbání se emocím vede ke snížené činnosti sympatiku, a opět tedy ke snížené činnosti NK lymfocytů.

Druhá vlna výzkumů (90. léta 20. století až současnost) a jejich hodnocení

V současné době je koncept osobnosti typu C spíše zpochybňován, a to především proto, že výsledky výzkumů zůstávají stále nejednoznačné. Nebyly potvrzeny zejména specifické vztahy onkologického onemocnění ke konkrétním rysům osobnosti a objevené

vztahy k dalším psychosociálním faktorům nemají příliš velký význam [34–36]. Např. podle Schwarze [36] je možné uvažovat pouze o vztahu mezi vznikem rakoviny a určitými vzorci chování, které vyplývají z mentality, resp. ze způsobu uvažování daného jedince. Jde zejména o rizikové chování, jakým je např. abúzus alkoholu či tabáku.

McKenna et al [34] provedli metaanalýzu 46 studií, které se zabývaly vztahem mezi psychosociálními faktory a rozvojem rakoviny prsu. Pro 8 kategorií sledovaných konstruktů vypočetli průměrnou velikost vlivu. Sledovanými kategoriemi byly: úzkost / deprese, rodinné prostředí v dětství, tendence k vyhýbání se konfliktům, coping (zvládání zátěže) založený na odmítání/potlačování problémů, vyjádření hněvu, extraverte-introverze, stresové životní události a sociální izolace nebo ztráta blízké osoby. Významné vztahy byly nalezeny pro coping založený na odmítání / potlačování problémů, zkušenost (zážitek) izolace a ztráty a stresujících životních událostí. Ačkoliv osobnostní styl vyhýbání se konfliktům byl též významný, důležitost vlivu nebyla tak značná. Podle autorů studie výsledky dokládají jen nepříliš velký vztah mezi specifickými psychosociálními faktory a rakovinou prsu a jsou protikladné všeobecně rozšířenému názoru, že osobnost a stres ovlivňují vznik rakoviny.

Odmítnutí konceptu osobnosti typu C je dále založeno zejména na výsledcích některých prospektivních studií, podle nichž osobnost nepredikuje incidenci onemocnění. Na druhé straně tu však jsou prospektivní studie, které vztahy mezi osobnostními charakteristikami a rozvojem onkologického onemocnění prokázaly.

Neprůkazné prospektivní studie

Aro et al [37] se zaměřili na depresi, anxieta a cynickou nedůvěru (nedostatek důvěry k druhým lidem a tendence vidět druhé lidi jen jako objekty k využívání) jako možné prediktory

výskytu rakoviny prsu. Studii provedli s 10 892 finskými ženami, kterým bylo na počátku studie 48–50 let, s dalším měřením po 6–9 letech. Incidence rakoviny prsu byla ve sledované kohortě 1,15krát vyšší než průměr ve věkové skupině 50–59 let, nebyl však prokázán vztah k onkologickému onemocnění u žádného ze sledovaných prediktorů.

Nakaya et al [38] zjišťovali vztah mezi osobností a úmrtím v důsledku rakoviny. Do studie zahrnuli 41 442 osob, kterým byla v roce 1990 administrována zkrácená forma Eysenckova osobnostního dotazníku EPQ-R (Eysenck Personality Questionnaire-Revised) a dotazník zjišťující různé zdravotní návyky. V letech 1993–1997 se ve sledovaném souboru vyskytlo 890 případů rakoviny a z těchto 890 osob 365 zemřelo do března roku 2001. Studie neprokázala vztah mezi žádnou ze subškál Eysenckova osobnostního dotazníku (extraverte-introverze, neuroticismus, psychotizmus, lži-škála) a pozdějším úmrtím v důsledku rakoviny.

Tsubono et al [39] sledovali 30 277 osob ze severního Japonska, kterým administrovali Eysenckův osobnostní dotazník a po 7 letech zjišťovali výskyt rakoviny. Nezjistili žádný průkazný vztah mezi rozvojem rakoviny a osobnostními rysy. Nicméně studie zjistila, že osoby, u nichž se už rakovina rozvinula, měly vyšší skóre na škále neuroticizmu (emoční stability vs labilita). Vzhledem k tomu, že v dlouhodobé perspektivě neuroticismus nepredikoval vznik rakoviny, je pravděpodobné, že zvýšená emoční labilita (úzkost, distres, citlivost) byla spíše reakcí na onemocnění než jeho příčinou.

Také Hansen et al [40] nezjistili vztah mezi osobností reprezentovanou rysy extraverte a neuroticizmu a výskytem rakoviny. Data byla získána v rámci Švédské studie dvojčat, do níž bylo zahrnuto 29 595 osob, které se narodily v letech 1926–1958 a které byly sledované v průměru 25 let. V kohortě se objevilo 1 898 případů

rakoviny, avšak analýzy neprokázaly žádný vztah mezi extravertí a neurotizmem ani jejich interakcí a žádným typem rakoviny.

Průkazné prospektivní studie

Sturmer et al [41] se zabývali vztahem mezi osobností a výskytem rakoviny a také kardiovaskulárních onemocnění. Výzkum provedli s 5 114 osobami ve věku 40–65 let na počátku studie (1992–1995) a s opakovaným měřením po asi 8,5 letech (8,5 = hodnota mediánu). Jako prediktor snižující riziko infarktu myokardu byl zjištěn vnitřní pocit kontroly nad nemocí (internal locus of control) a jako prediktor snižující výskyt rakoviny tzv. pocit naléhavého nedostatku času, resp. netrpělivost (time urgency). Tento výsledek (zvýšená trpělivost, tedy potlačování vlastních emočních reakcí) je ve shodě s poznatky o vztahu mezi potlačováním negativních emocí a obecně nízkou emoční expresivitou a vznikem rakoviny, vztahy s ostatními sledovanými osobnostními charakteristikami (kontrola hněvu, psychotizmus a symptomy deprese) však nebyly prokázány.

Denollet [42] vyšel z předpokladu, že rakoviny a koronární onemocnění srdce (CHD) mohou mít společné příčiny. Ve své studii se zaměřil na roli pesimismu, úzkosti a osobnosti ve vzniku rakoviny u mužů, kteří již byli diagnostikováni s CHD, ale na počátku studie neměli rakovinu. Výzkumu se zúčastnilo 246 mužů, u nichž byla po 6–10 letech zjišťována incidence rakoviny. V souboru se vyskytlo 12 případů rakoviny (9 pacientů zemřelo). Jako významné prediktory se ukázaly věk a tzv. sklíčená osobnost (distressed personality), definovaná jako kombinace vysoké negativní afektivity a sociální inhibice. Poměr případů rakoviny u skupiny se sklíčenou osobností byl 8/60, tj. 13 %, a poměr případů rakoviny u skupiny bez sklíčené osobnosti 4/186, tj. 2 %.

Kroenke et al [43] se zabývali vztahem mezi depresivními symptomy a in-

cidencí kolorektálního karcinomu a prekancerózních adenomů. Výzkumný soubor tvořilo 81 612 žen, které se zúčastnily Nurses' Health Study. Na počátku studie (rok 1992) žádná z žen neměla ani kolorektální karcinom, ani prekancerózní adenom, v průběhu let 1992–2000 se objevilo 400 případů kolorektálního karcinomu a 680 případů prekancerózních adenomů. Depresivní symptomy byly měřeny v roce 1992 a 1996. Na základě míry depresivních symptomů byly ženy rozděleny do 4 skupin podle závažnosti příznaků. Ženy s nejvyšší mírou depresivních symptomů měly zvýšené riziko incidence kolorektálního karcinomu ve srovnání s ženami s nejnižší mírou depresivních symptomů. Vztah mezi depresivní symptomatologií a rakovinou byl dále prokázán jako výraznější u žen s nadváhou.

Shrnutí

I když v současné době pozorujeme spíše tendence k odmítání konceptu osobnosti typu C, je nutné zdůraznit, že pokud už jsou vztahy mezi osobnostními (resp. psychosociálními) faktory a vznikem rakoviny prokázány, potom jsou konzistentní s výsledky z předcházejících výzkumů. Jde o takové faktory, jako je odmítání/potlačování problémů a emocí, vyhýbání se konfliktům, trpělivost, narušené sociální vztahy (izolace, ztráta), depresivita a stresující životní události. Pravděpodobně není nadále možné mluvit o „cancer personality“, neboť jednoznačný kauzální vztah mezi specifickou osobností a vznikem rakoviny skutečně nebyl prokázán, ale jistě je oprávněné brát v úvahu osobnostní charakteristiky, které – i když nemusejí jednoznačně vést ke vzniku rakoviny – mohou působit jako rizikové faktory.

Považujeme za důležité upozornit ještě na jeden z možných důvodů, proč je v současné době role osobnostních vlastností ve vzniku onkologického onemocnění snižována. Jde o to, že zatímco svůj životní styl (stravovací návyky, kouření, tělesné aktivity)

můžeme koneckonců v nějaké míře ovlivnit, svoje osobní vlastnosti, často vrozené, jen stěží. Existence vztahu mezi osobností a vznikem rakoviny tak může působit fatálně a sama o sobě může být větším stresorem než samotné osobnostní vlastnosti. S explicitním odmítnutím k rakovině disponované osobnosti se proto také často setkáváme na populárních webech – např. článek s názvem No Such Thing as 'Cancer Personality' na WebMD (www.webmd.com). Z odborného hlediska je však důležité, aby lékaři, psychologové a další osoby poskytující péči měli znalost o rizikových osobnostních typech pro vznik a rozvoj rakoviny.

Možnosti dalšího výzkumu

Výzkum osobnostních, resp. psychosociálních faktorů vzniku rakoviny se potýká zejména s metodologickými problémy. Jediným adekvátním výzkumným designem jsou longitudinální prospektivní studie, které jsou pro svou časovou a technickou náročnost stále poměrně vzácné.

Pokud jde o první vlnu výzkumů, Contrada et al [8] nebo Fox [44] upozorňují zejména na to, že řada studií vzhledem k použité výzkumné metodologii neposkytuje zcela spolehlivé informace především o kauzalitě vztahů mezi osobností a onemocněním. Patří sem hlavně výzkumy provedené u osob, u nichž již byla rakovina diagnostikována – odlišnosti v osobnostním profilu ve srovnání se zdravou populací či s osobami s jiným (benigním) onemocněním mohou být stejně tak důsledkem jako příčinou. To dokládá již zmiňovaná studie Tsubona et al [38], kteří nezjistili žádný průkazný vztah mezi rakovinou a osobnostními rysy v dlouhodobé perspektivě, avšak zjistili, že lidé, kteří již rakovinou onemocněli, skórovali výše na škále neurotizmu (tzn. ve směru zvýšené emoční lability – úzkosti, nervozity, distresu). Problematické jsou i „kvazi-prospektivní“ studie, do nichž byly zahrnuty osoby před provedením biopsie – míra

Tab. 1. Osobnostní dimenze podle pětifaktorového modelu osobnosti.

Vysoká míra rysu	Obecná charakteristika rysu	Nízká míra rysu
napjatý, neklidný, nejistý, nervózní, labilní	Neuroticizmus emoční stabilita – nestabilita, psychická odolnost vs náchylnost k psychickému vyčerpání	klidný, stabilní, sebejistý vyrovnaný, uvolněný
sociabilní, aktivní, hovorný, optimistický	Extraverze potřeba interpersonálních vztahů, úroveň aktivace, potřeba stimulace	uzavřený, vážný, mlčenlivý, tichý
kreativní, originální, zvědavý, imaginativní, s všestrannými zájmy	Otevřenost aktivní vyhledávání nových zážitků, tolerance k neznámému, objevování	konvenční, konzervativní, neumělecký, přízemní, s úzkými zájmy
dobrosrdečný, laskavý, důvěry- hodný, pomáhající, upřímný	Přívětivost kvalita interpersonální orientace, soucítění vs nepřátelskost v myšlenkách, pocitech i činech	cynický, surový, podezřavý, bezcitný, nespolečupracující
spolehlivý, pracovitý, disciplinovaný, pořádný, vytrvalý	Svědomitost úroveň organizace, motivace a vytrvalosti v cílesměrném jednání, spolehlivost vs nedbalost	nespolehlivý, líný, nedbalý, lhostejný, bez vůle

psychologického stresu v této situaci je jistě značná a může ovlivnit odpovědi zejména na škálách negativní emotivity (neuroticizmus).

V současné době se setkáváme s větším počtem prospektivních longitudinálních studií, provedených navíc s velkým počtem osob. Zdálo by se, že jsou tedy splněny základní požadavky na odpovídající provedení výzkumu, které je schopno poskytnout validní data. Avšak i tyto studie narážejí na některé potíže – jde totiž často o rozsáhlé studie epidemiologického charakteru, které zahrnují řadu metod a v nichž je „osobnost“ zjišťována poměrně jednoduchými metodami. Nejčastěji je používán Eysenckův osobnostní dotazník, který přes své nesporné kvality zjišťuje pouze 3 osobnostní dimenze – extraverzi-introverzi, neuroticizmus (emoční stabilitu vs labilitu) a psychoticizmus (dobré sociální přizpůsobení vs dominantní agrese). Vzhledem k tomu, že kolem dimenze psychoticizmu panují určité teoretické i metodologické pochybnosti (např. heterogenita rysu oproti jeho předpokládané unidimensionalitě), často jsou ve výzkumech používány pro měření osobnosti pouze zbývající 2 dimenze – extraverze-introverze a neu-

roticizmus. Pokud je navíc použita zkrácená verze dotazníku, osobnost je zjišťována pouhými 24 položkami (2krát po 12 pro každý z rysů).

Z hlediska výzkumu osobnostních faktorů se v současné době nabízejí nově vytvořené, více strukturované dotazníky, jakými jsou např. Cloningerův TCI [45], který zjišťuje 4 temperamentové a 3 charakterové rysy, nebo NEO-FFI [46], který zjišťuje 5 osobnostních dimenzí: kromě zmiňované extraverze-introverze a neuroticizmu jsou to dále přívětivost (afiliace), svědomitost (vůle) a otevřenost novým zkušenostem a zážitkům (tab. 1).

Nové studie by současně měly brát v úvahu všechny dosud popsané možné determinanty onkologického onemocnění včetně biologických faktorů a testovat složitější modely vztahů zahrnujících i nepřímé nebo zprostředkované vlivy.

K uvedenému kritickému shrnutí by bylo vhodné ještě dodat, že uvedené studie hledaly souvislosti mezi typem osobnosti a rakovinou blížeji nespecifikovanou. Přitom je známo, že existují určité rizikové faktory pro jednotlivé typy maligních chorob (kouření a karcinom plic, hormonální odchylky a karcinom prsu, obezita a karcinom

endometria nebo ledviny a dále). Proto by možná bylo přínosnější, kdyby se prováděly analýzy osobnosti ve vztahu k určité diagnóze ze skupiny maligních chorob.

A za velmi zajímavé téma považujeme analýzu osobnosti u maligních chorob, vznikajících přímo z buněk imunitního systému, tedy z lymfatické tkáně. Existence regulačního ovlivňování imunitního systému vyšší nervovou soustavou existuje a právě zde by se mohlo nejvýrazněji projevit, zda typ osobnosti predikuje pozdější výskyt maligních lymfoproliferativních chorob, anebo ne.

Studie byla zpracována v rámci výzkumného záměru PSÚ AV ČR, reg. č. AV0Z 70250504, a byla podpořena grantem GA ČR č. 406/07/1384.

Literatura

1. Straub J, Adam Z, Gregora E et al. Mnohočetný myelom – projekt časné diagnostiky „CRAB“. Medical Tribune 2007; 3: 4–5.
2. Jedlička F, Elbl L, Vášová I et al. Únavový syndrom u onkologického pacienta: možnosti diagnostiky a léčby. Vnitř Lék 2007; 53: 979–985.
3. Gorbunov EA, Wechsler J. Prognóza a prognostické faktory v onkologii a onkochirurgii. Vnitř Lék 2004; 50: 61–65.

4. Adam Z, Pour L, Svobodník A et al. Kvalita života a tolerance udržovací léčby u pacientů s mnohočetným myelomem. *Vnitř Lék* 2002; 48: 216–229.
5. Munzarová M. Etické aspekty léčby pokročilých stavů u onkologicky nemocných. *Vnitř Lék* 2002; 48: 611–613.
6. Munzarová M. Psychologie a etika péče o onkologicky nemocné. *Vnitř Lék* 2001; 47: 576–578.
7. Kottbauerová S, Kožená L, Sovinová H. Screening psychosociálních faktorů a jeho vyhodnocování s použitím programu pro PC. Jednotlivé faktory a jejich možná rizika. *Pacient.cz* 2006 [online]. Dostupné z <https://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xchg/zc/xsl/3141_1367.html>.
8. Contrada RJ, Leventhal H, O'Leary A. Personality and health. In: Pervin LA. *Handbook of Personality: Theory and Research*. New York/London: The Guilford Press 1990: 638–669.
9. Eysenck HJ. Cancer, personality and stress: Prediction and prevention. *Advances in Behaviour Research & Therapy* 1994; 16: 167–215.
10. Hagnell O. The premorbid personality of persons who develop cancer in a total population investigated in 1947 and 1957. *Ann NY Acad Sci* 1966; 125: 846–855.
11. Kissen DM, Eysenck HJ. Personality in male lung cancer patients. *J Psychosom Res* 1962; 6: 123–127.
12. Temoshok L, Dreher H. The Type C connection: The Behavioral Links to Cancer and Your Health. New York: Random House 1992.
13. Shekelle RB, Raynor WJ, Ostfield AM et al. Psychological depression and 17-year risk of death from cancer. *Psychosom Med* 1981; 43: 117–125.
14. Jansen MA, Muenz LR. A retrospective study of personality variables associated with fibrocystic disease and breast cancer. *J Psychosom Res* 1984; 28: 35–42.
15. Pettingale KV, Burgess C, Greer S. Psychological response to cancer diagnosis: I. Correlations with prognostic variables. *J Psychosom Res* 1988; 32: 255–261.
16. Niemi T, Jaaskelainen J. Cancer morbidity in depressive persons. *J of Psychosom Res* 1978; 22: 117–120.
17. Derogatis LR, Abelloff MD, Melisaratos N. Psychological coping mechanisms and survival time in metastatic breast cancer. *J Am Med Assoc* 1979; 242: 1504–1508.
18. Grossarth-Maticke R, Kanazir DT, Schmidt P et al. Psychosomatic factors in the process of carcinogenesis. *Psychother Psychosom* 1982; 38: 284–302.
19. Shaffer JW, Duzynski KR, Thomas CB. Family attitudes in youth as a possible precursor of cancer among physicians: A search for explanatory mechanisms. *J Behav Med* 1982; 5: 143–163.
20. Horne RL, Picard RS. Psychosocial risk factors for lung cancer. *Psychosom Med* 1979; 41: 503–514.
21. Levy SM, Herbeman RB, Maluish AM et al. Prognostic risk assessment in primary breast cancer by behavioral and immunological parameters. *Health Psychol* 1985; 4: 99–113.
22. Spiegel D, Bloom JR, Kraemer HC et al. Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet* 1989; ii: 888–891.
23. Kissen DM, Brown RIF, Kissen M. A further report on personality and psychosocial factors in lung cancer. *Ann NY Acad Sci* 1969; 164: 535–545.
24. Morris T, Greer S, Pettingale KW et al. Patterns of expressing anger and their psychological correlates in women with breast cancer. *J Psychosom Res* 1981; 25: 111–117.
25. Stavrakys KM. Psychological factors in the outcomes of human cancer. *J Psychosom Res* 1968; 12: 251–259.
26. Wirsching M, Stierlin H, Hoffman F et al. Psychological indicators of breast cancer patients before biopsy. *J Psychosom Res* 1979; 26: 1–10.
27. Temoshok L, Heller BW, Sagebiel RW et al. The relationship of psychosocial factors to prognostic indicators in cutaneous malignant melanoma. *J of Psychosom Res* 1985; 29: 139–154.
28. Rogentine GN, Van Kammen DP, Fox BH et al. Psychological factors in the prognosis of malignant melanoma: A prospective study. *Psychosom Med* 1979; 41: 647–655.
29. Greer S, Morris T, Pettingale KW. Psychological response to breast cancer. Effect on outcome. *Lancet* 1979; ii: 785–787.
30. Kalvodová L. Bojový duch jako psychologický fenomén onkologických pacientů. *Onkologická péče* 2006; 10: 21–24.
31. Jensen MR. Psychobiological factors predicting the course of breast cancer. *J Pers* 1987; 55: 317–342.
32. Hochschild AR. The managed heart: Commercialization and human feeling. Berkeley: University of California Press 1983.
33. Greer S, Morris T. Psychological attributes of women who develop breast cancer: A controlled study. *J Psychosom Res* 1975; 19: 147–153.
34. McKenna MC, Zevon MA, Corn B et al. Psychosocial factors and the development of breast cancer: A meta-analysis. *Health Psychol* 1999; 18: 520–531.
35. Sampson W. Controversies in cancer and the mind: Effects of psychosocial support. *Semin Oncol* 2002; 29: 595–600.
36. Schwarz R. Die „Krebspersönlichkeit“ – Mythen Und Forschungsergebnisse. *Psychoneuro* 2004; 30: 201–209.
37. Aro AR, De Koning HJ, Schreck M et al. Psychological risk factors of incidence of breast cancer: A prospective cohort study in Finland. *Psychol Med* 2005; 35: 1515–1521.
38. Nakaya N, Tsubono Y, Nishino Y et al. Personality and cancer survival: the Miyagi cohort study. *Brit J Cancer* 2005; 92: 2089–2094.
39. Tsubono Y, Nakaya N, Tsuji I. Re: Personality and the risk of cancer – Response. *J Natl Cancer I* 2003; 95: 1638.
40. Hansen PE, Floderus B, Frederiksen K et al. Personality traits, health behavior, and risk for cancer. *Cancer* 2005; 103: 1082–1091.
41. Sturmer T, Hasselbach P, Amelang M. Personality, lifestyle, and risk of cardiovascular disease and cancer: follow-up of population based cohort. *Br Med J* 2006; 332: 1359–1365.
42. Denollet J. Personality and risk of cancer in men with coronary heart disease. *Psychol Med* 1998; 28: 991–995.
43. Kroenke CH, Bennett GG, Fuchs C et al. Depressive symptoms and prospective incidence of colorectal cancer in women. *Am J Epidemiol* 2005; 162: 839–848.
44. Fox BH. Premorbid psychological factors as related to cancer incidence. *J Behav Med* 1978; 1: 45–133.
45. Cloninger RC, Przybeck TR, Svrakic DM et al. The Temperament and Character Inventory (TCI): A Guide to Its Development and Use. Washington: Center for Psychobiology of Personality, Washington University 1994.
46. Costa PT, McCrae RR. NEO PI-R. Revised NEO Personality Inventory (NEO PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI). Odessa: Psychological Assessment Resources 1992.

prof. PhDr. Marek Blatný, CSc.

www.psu.cas.cz

e-mail: blatny@psu.cas.cz

Doručeno do redakce: 1. 11. 2007

Přijato po recenzi: 26. 2. 2008