Pôvodná práca

Charakteristiky konceptu nádorovej osobnosti v Rorschachovej metóde u pacientov s karcinómom pľúc

Stanislava Segečová

The concept of cancer personality in lung cancer patients as reflected in Rorschach test

Súhrn

V práci sme sa zamerali na načrtnutie osobnostného profilu pacientov s karcinómom pľúc, resp. overenie platnosti konceptu tzv. nádorovej osobnosti (osobnosti typu C). Cieľom výskumu bolo zistiť, či pacienti v študovanom súbore spĺňajú charakteristiky typické pre nádorovú osobnosť, keďže výskumy v tejto oblasti okrem potvrdenia konceptu majú aj svojich kritikov.

Uskutočnili sme retrospektívny výskum v súbore 30 onkologických pacientov hospitalizovaných na Oddelení klinickej onkológie v Špecializovanej nemocnici sv. Svorada Zobor, n.o., v Nitre v období od júna 2005 do marca 2006. Tento súbor sme porovnali s 30 neonkologickými pacientmi hospitalizovanými na Oddelení pneumológie a ftizeológie rovnakej nemocnice. Ako metódu sme zvolili analýzu výsledkov psychologických vyšetrení pacientov Rorschachovým testom.

Výsledky analýzy neumožňujú jednoznačné potvrdenie záverov o príslušnosti našich onkologických pacientov k nádorovej osobnosti. Za cenné však možno považovať zistenia o uzavretosti onkologických pacientov, nezáujme o účasť na interpersonálnych vzťahoch pri súčasne nahromadenom vnútornom napätí a impulzívnej emotivite.

Kľúčové slová: karcinóm pľúc, osobnosť typu C, Rorschachov test, psychoonkológia.

Summary

Within this study, we focused on description of personality features of patients with lung cancer and verification of the „cancer personality“ concept (type C personality). The goal of this research was to evaluate whether patients in studied cohort have the personality features, which are typical for „cancer personality“, since there has also been some criticism of the concept.

The retrospective research was carried out on 30 patients in in-patient care of the Specializovana nemocnica Sv. Svorada Zobor in Nitra from June 2005 to March 2006. The findings in this cohort were compared to a cohort of 30 non-oncological patients of Pneumology and Phtiseology Dept. of the mentioned facility. It is based on analysis of anamnestic data and ROR protocols.

The results do not allow for unanimous conclusions about the „cancer personality“ in the cohort of oncological patients. However, the research produced a number of valuable findings, such as retiringness of oncological patients, loss of interest in involvement in interpersonal relationships whilst cumulating internal tension and impulsive emotivity in oncological patients.

Key words: lung cancer, the cancer personality, Rorschach's test, psychooncology.

Špecializovaná nemocnica sv. Svorada Zobor, n.o., Nitra
Adresa: PhDr. Stanislava Segečová, Špecializovaná nemocnica sv. Svorada Zobor, n.o., Nitra, Kláštorská 134, 949 88 Nitra, Slovensko

Úvod a cieľ práce

Vďaka pokrokom v medicíne stále stúpa počet pacientov, ktorí prežijú rakovinu. Priamo úmerne sa zvyšuje i význam psychoterapeutickej alebo psychiatrickej intervencie, ktoré by sa mali týmto pacientom adekvátne poskytovať. Na druhej strane je potrebné venovať pozornosť i psychologickým faktorom, ktoré vzniku ochorenia predchádzajú. Tieto môžu ovplyvniť vznik alebo rozvoj rakoviny, prostredníctvom ovplyvnenia imunitného systému (Kiecolt-Glaser a Glaser, 1999). Diskutuje sa predovšetkým o úlohe stresu, záťažových situácií, prítomnosti depresívnych rozlád, ale i určitých predisponujúcich osobnostných charakteristík, ktoré môžu mať úlohu pri vzniku rakoviny.

Pozornosť odborníkov sa sústreďuje na tzv. koncept osobnosti typu C, ktorý zdôrazňuje nasledujúce osobnostné charakteristiky onkologických pacientov: nadmernú konformnosť, potláčanie emócií, najmä negatívnych ako napr. zlosti, hostility, depresie, a syndróm bezmocnosti a beznádeje. Niektoré výskumy uskutočnené v minulosti existenciu týchto osobnostných vlastností potvrdili (napr. Bahnson, in: Dostálová, 1993, Morris a Green, Bernhard a Ganz, in: Tschuschke, 2004). Na druhej strane má však koncept nádorovej osobnosti aj svojich kritikov. Tí zdôrazňujú, že výskumy sú vždy zamerané na zisťovanie rovnakej premennej, ktorou je reakcia ľudí na nádorové ochorenie, prípadne faktory životného štýlu, ktoré hrajú úlohu pri vzniku nádorového ochorenia, ale nepopisujú osobnosť pacienta (Schwarz a kol., in: Tschuschke, 2004).

Napriek uvedeným sporným momentom sme sa rozhodli zistiť, či môžeme koncept osobnosti typu C potvrdiť aj v sledovanom súbore pacientov s karcinómom pľúc, hospitalizovaných na Oddelení klinickej onkológie v Špecializovanej nemocnici sv. Svorada Zobor, n.o. v Nitre. Cieľom výskumu bolo načrtnutie určitého osobnostného profilu pacientov s nádorovým ochorením pľúc, resp. ich porovnanie so súborom pacientov trpiacich na nenádorové pľúcne ochorenie. Okrem charakteristík konceptu nádorovej osobnosti sme sledovali aj niektoré psychosociálne ukazovatele v oboch súboroch pacientov.

Prehľad odbornej literatúry a definícia pojmu nádorová osobnosť

Dnes už niet pochýb o tom, že mnohé biologické faktory, ako napr. genetická výbava jedinca, stravovanie, fajčenie, vírusové infekcie, pôsobenie žiarenia alebo chemických vplyvov môžu spôsobiť vznik rakoviny. To však nevysvetľuje skutočnosť, prečo napr. jeden silný fajčiar ochorie na rakovinu a u ďalšieho sa toto ochorenie neprejaví (Barraclough, 1999).

Vonkajšie kancerogénne vplyvy sa môžu výraznejšie uplatniť až v organizme dopredu psychicky oslabenom, aj keď si toto oslabenie ohrozený jedinec často neuvedomuje (Dostálová, 1989). Hurny (1990) uvádza dve kategórie psychosociálnych faktorov, ktoré majú úlohu v etiológii zhubných nádorov:

1.) **nepriame psychosociálne faktory** – určité komplexné ľudské správanie vedie ku kancerogenéze, resp. vzniku karcinómu, napr. fajčenie vedie k rakovine pľúc, nadmerná expozícia slnečnému žiareniu vedie k melanómu, sexuálna promiskuita k rakovine krčka maternice, pitie alkoholu k rakovine pečene a pod.
2.) **priame psychosociálne faktory** – psychologický stres, napr. prežívanie straty, vedie k určitým somatickým zmenám, napr. k oslabeniu imunitného systému, čo podnecuje rozvoj malígneho ochorenia.

Už v staroveku sa predpokladal vzťah medzi povahou osobnosti a vznikom rakoviny. Podľa vtedajších názorov Galena alebo Hippokrata bola rakovina spôsobená „čiernou žlčou“ alebo „melanchóliou“, resp. duševnou nerovnováhou jedinca (Hurny, 1990, Tschuschke, 2004). Táto súvislosť však viedla v krajnom prípade k tomu, že chorí boli obviňovaní zo vzniku svojho ochorenia, ktoré malo byť spôsobené ich nesprávnym zaobchádzaním so stresom alebo svojimi pocitmi (Spiegel a Kato, in: Tschuschke, 2004).

V roku 1926 opísala Evansová (in: Dostálová, 1993, Baštecká a Goldmann, 2001) stovky kazuistík pacientov s onkologickou diagnózou. Zistila, že pacienti nejakú dobu pred vznikom nádoru stratili alebo prerušili citový vzťah k človeku, na ktorého boli výrazne fixovaní. Onkologický pacient bol podľa nej „človek, ktorý vložil všetku energiu do vzťahu (k rodine, k práci), s ktorým sa úplne stotožnil. Na rast vlastnej osobnosti zabudol. Po zániku tohto ústredného vzťahu reagoval vzdaním sa a po čase sa uňho objavilo onkologické ochorenie“ (Baštecká a Goldmann, 2001).

Snow (in: Hurny, 1990) vo svojom výskume zistil, že z 250 onkologických pacientov väčšina uvádzala prítomnosť stresujúcich životných udalostí, ťažkosti v zamestnaní, úrazy a pod., ktoré boli spojené s časom manifestácie ochorenia. Len 19 pacientov zo súboru nemalo takéto ťažkosti. To ho viedlo k záveru, že „rakovina má neurotické príčiny“.

Fox (in: Tschuschke, 2004) uvádza výber psychosociálnych premenných, ktoré súvisia so vznikom a prognózou rakoviny. Z množstva premenných uvádzame napr. stres, potlačovanie pocitov (najmä zlosti), popretie, vysoká miera neuroticizmu, nízky výskyt psychosomatických ochorení s výnimkou vredovej choroby, konvenčnosť, sexuálne poruchy, depresia, bezmocnosť a beznádej, ťažké a trvalo nevyriešené psychické konflikty, nevyjadrený strach, rigidita, extroverzia, dobrosrdečnosť – sociálna senzibilita (v zhode so zisteniami Evansovej), výskyt udalostí, ktoré sú prežívané ako stresové (rozvod, strata zamestnania, úmrtie člena rodiny).

Podľa Dostálovej (1993) ide v prípade podobných stresových udalostí najmä o traumatické zážitky z detstva (najmä strata blízkych osôb), straty blízkych osôb v neskoršom veku (napr. partner), ďalej je to kancerofóbia (chorobný strach z ochorenia na rakovinu), strata koncepcie vlastného života (strata ilúzie manželského vzťahu – častejšie u žien, strata spoločenského uplatnenia, kariéry – častejšie u mužov, sklamanie z detí), finančná záťaž, strata zmyslu života, odmietnutie riešenia životnej situácie a únik z trvalej tenzie.

Podobne Barraclough (1999) upozorňuje na to, že strata emočne významných vzťahov môže viesť k rozvoju rakoviny,

na základe zníženej imunity organizmu, ktorá po nich obvykle nasleduje. Podľa Hurnyho (1990) to však nie je strata samotná, ale určité dôsledky straty, ktoré môžu viesť k rozvoju ochorenia. Rizikovým faktorom nie je teda strata, ale skôr tendencia k depresii (ako reakcia na stratu), ktorá je asociovaná s onkologickým ochorením.

Určité osobnosti sú podľa toho predisponované k vzniku rakoviny, ktorá je spôsobená duševnou nerovnováhou jedinca. Každý telesný syndróm je spojený s určitým osobnostným modelom, resp. existuje odlišnosť osobnosti ľudí, ktorí podliehajú určitým druhom ochorenia (LeShan, 1993, Křivohlavý, 2001).

Grossarth-Maticek (in: Baštecká, Goldmann, 2001, Křivohlavý, 2001, 2002) vytvoril na základe viacerých štúdií osobnostnú typológiu súvisiacu s náchylnosťou k typom ochorenia:

1.) **nedostatočne stimulovaný typ** – je závislý, potláča otvorené emočné reakcie, nemá dostatočné sebariadenie. Na stratu kľúčového objektu reaguje bezmocnosťou, beznádejou a depresiou. Označuje sa ako typ C,
2.) **typ nadmerne vzrušivý** – na stratu milovanej osoby alebo jej odmietanie reaguje hnevom. Pokúša sa oslobodiť od závislého vzťahu a na neúspech reaguje hnevom, podráždením. Označuje sa ako typ A,
3.) **prechodný typ** – pocitovo kolíše medzi beznádejou a zlosťou,
4.) **zdravý typ** (osobnostne autonómny) – za základnú podmienku vlastnej pohody považuje vlastnú autonómiu, ako i autonómiu osôb, s ktorými sa stretáva.

Na základe podobných modelov sa vytvorila koncepcia „C osobnosti“ alebo „cancer personality“. *Osobnostný model typu C* je charakterizovaný správaním, ktoré je opisované ako pokorné, prispôsobivé, neisté, nevie vyjadrovať negatívne emócie najmä zlosť, hnev, resentiment, hostilitu, agresivitu, resp. emócie, ktoré možno považovať za sociálne neprijateľné (Barraclough, 1999, Tschuschke, 2004). Ide o správanie pasívne, nepresadzujúce sa, harmonizujúce a hyperadaptované (Hynčík a Průša, 2006).

Výskum Morrisa a Greena (in: Tschuschke, 2004) potvrdil, že potláčanie zlosti je spojené s vyšším výskytom rakoviny prsníka. Bernhard a Ganz (in: Tschuschke, 2004) uvádzajú, že potlačovanie emócií a konformita sú asociované s rizikom rakoviny pľúc (ťažko však tieto premenné oddeliť od fajčenia, ktoré má veľký vplyv na vznik ochorenia). Kissen a Eysenck (1962) tiež zistili nižšiu schopnosť vyjadrovania emócií u pacientov s rakovinou pľúc, ktorých porovnali s kontrolnou skupinou pacientov s neonkologickým pľúcnym ochorením. Schaffer a kol. (in: Křivohlavý, 2002) zistili, že priemerný výskyt rakoviny u ľudí, ktorí boli schopní ventilovať svoje emócie a hostilitu, bol len 1 %. U ľudí, ktorí boli naopak uzavretí do seba, bol výskyt rakoviny šestnásťkrát vyšší.

Niektoré výskumy zase preukázali väčší výskyt depresívnych nálad u pacientov s rakovinou než v kontrolnej skupine, iné výskumy však toto zistenie jednoznačne nepotvrdili (Barraclough, 1999, Tschuschke, 2004). Zaujímavý pohľad ponúkajú Linkins a Comstock (in: Wang, 1995), podľa ktorých existuje interakcia medzi depresiou a fajčením, vo vzťahu k riziku vzniku rakoviny. Podľa tejto teórie ľahšie ochorejú na rakovinu depresívni fajčiari, pretože sa im podarí skončiť s fajčením v štatisticky menšom počte, ako nedepresívnym fajčiarom.

Bahnson (in: Dostálová, 1993) podobne zistil, že pacienti s rakovinou oveľa viac popierajú a potláčajú nepríjemné a sociálne nežiadúce pocity, ako probandi v kontrolnej skupine. Oveľa viac u nich prevládajú depresívne pocity, ako sú úzkosť a nepriateľstvo.

Rakovina sa teda spája s potlačovaním emočného vyjadrovania a s rozvojom pocitu bezmocnosti a beznádeje. Treba zdôrazniť, že koncept osobnosti typu C má svoje korene v psychoanalýze. Už Freud (in: Vágnerová, 1999) uvažoval o tom, že neprijateľné emócie sú pretransformované („konvertované“) na telesné prejavy a citové stavy sa teda môžu prejaviť i telesnými príznakmi. Alexander (in: Baštecký a kol., 1993) vo svojej teórii vychádzal z opisu intrapsychických konfliktov, predovšetkým nevedomých, ktoré sa týkali rôznych foriem závislých potrieb. Tieto konflikty sú špecifické pre rôzne ochorenia a súvisia s patogenézou chorôb.

Syndróm bezmocnosti a beznádeje možno charakterizovať nasledovne (Baštecký a kol., 1993):

- Bolestný pocit bezmocnosti a beznádeje tvárou v tvár určitej situácii.
- Subjektívny pocit zníženej schopnosti situáciu riešiť („je to nad moje sily“).
- Pocit ohrozenia a menšieho uspokojenia zo vzťahu k ostatným a z role v spoločnosti.
- Stratu súvislosti minulosti a budúcnosti, zníženú schopnosť nádeje a dôvery.
- Tendenciu oživovať a znovuprežívať predchádzajúce zlyhania.

Potláčanie pocitov alebo neschopnosť ich verbalizovať, sa v odbornej literatúre označuje ako *alexithýmia* (Mohapl, in: Dostálová, 1998). Stephanos (in: Baštecká a Goldmann, 2001) uvádza, že pre alexithymikov je charakteristická znížená schopnosť introspekcie, neschopnosť učiť sa novému emočnému správaniu, chudobná fantázia, obmedzená afektívna skúsenosť, schizoidné interpersonálne vzťahy.

Alexithymici sú charakteristickí neschopnosťou rozlišovať, prejavovať a regulovať svoje emócie, z čoho vyplýva psychická, ťažko definovateľná rozlada. Jediná úroveň, ktorú vie pacient jasne vnímať a na ktorej dokáže zreteľne komunikovať, je oblasť somatických obtiaží (Lowy, in: Baštecký a kol., 1993).

A napokon Schwarz (in: Tschuschke, 2004) uvádza psychodynamický pohľad na povahu onkologických ochorení:

- rakovina je prejavom aktuálnej neurózy (onkologické ochorenie vzniká po nahromadení libidinóznej alebo agresívnej energie),

- je symptómom konverzie (symbolické vyjadrenie pudového konfliktu v zmysle „reči orgánov“, napr. karcinóm prsníka symbolizuje konflikt s matkou, resp. materstvom),
- vyskytuje sa u alexitymických/psychosomatických pacientov (neschopnosť emocionálneho vyjadrovania – alexitýmia súvisí s konceptom tzv. osobnosti typu C).

Osobnosť typu C teda možno charakterizovať predovšetkým *konformným osobnostným štýlom, potláčaním emócií*, najmä zlosti a prítomnosťou *syndrómu bezmocnosti a beznádeje*.

Rorschachov test vo výskumoch s onkologickými pacientami

Použitie Rorschachovho tesu v onkológii prinieslo už v minulosti prekvapujúce výsledky. Georgoff (1991) uvádza napr. zistenia Tarloua a Smalheisera o sklone onkologických pacientov k potlačeniu a represii, Csirszka a Hegedüs (in: detto) uvádzajú ich neschopnosť vyjadriť hostilné pocity. Podľa Nemetha a Mezeia (in: Georgoff, 1991) je akékoľvek somatické – teda aj onkologické – ochorenie výsledkom internalizovania dysfunkčných interpersonálnych vzťahov, čo sa v Rorschachovom teste prejavuje ako zvýšenie počtu anatomických odpovedí. Dependencia onkologických pacientov je vyjadrená orálnymi odpoveďami, pasívna hostilita (agresia) odpoveďami typu „rany“, zlomené alebo poškodené objekty alebo fyzicky zranené bytosti.

Klopfer (in: Wang, 1995) použil Rorschachov test u 24 onkologických pacientov, ktorých rozdelil do dvoch skupín podľa rýchlosti postupu onkologického ochorenia. Zistil, že pacienti s pomaly rastúcimi tumormi prežívajú menší psychologický distres a ľahšie u nich dochádza k akceptácii ochorenia. Pacienti so silnými obrannými mechanizmami podľa neho nemajú dosť kapacity na boj s rakovinou.

Messina et al. (2003) zrealizovali výskum, v ktorom sa zamerali na zistenie prípadného vzťahu medzi odpoveďami v Rorschachovom teste a imunoneuroendokrinným stavom onkologických pacientov (s diagnózou rakovina prsníka, hrubého čreva a pľúc). Autori sa snažili preskúmať najmä „sexuálne a duševné profily“ pacientov. Zistilo sa, že onkologické ochorenie je asociované s poklesom sexuálnych záujmov až u 78 % pacientov, čo sa prejavovalo najmä neadekvátnym riešením VI. tabuľky. Autori sa domnievajú, že to môže byť dôsledok všeobecnejšieho poklesu pozitívnych emócií a pocitov radosti. Zároveň tým vyvrátili očakávaný výsledok, že pokles v sexuálnych záujmoch vedie k určitej kompenzácii v duševnej sfére. Navyše, potlačenie sexuálneho a duševného života súvisí u týchto pacientov aj s určitou zmenou v imunitnom systéme, konkrétne s menším počtom tých lymfocytov, ktoré bojujú proti rakovinovým bunkám a vyššou koncentráciou IL-10, ktorý vplýva na potlačenie imunity.

Dostálová (1993) uvádza, že u onkologických pacientov sa objavujú v Rorschachovom teste odpovede vzťahujúce sa k primitívnej predstave rastu, napr. „kvetinové cibule“, „rastúce huby“, „klíčiace zemiaky“, tiež „vzdúvajúca sa láva“ alebo „vznik nových ostrovov v oceáne“. Niektorí psychológovia vysvetľujú uvedené odpovede hypotézou, že pacienti s rakovinou sa na jednej strane boja nádoru ako katastrofy, no na druhej strane ho nevedome prežívajú ako obnovujúci, regeneratívny proces.

Booth (in: Georgoff, 1991) zistil vo výskume s tuberkulóznymi a onkologickými pacientami, že onkologickí pacienti sú rigidné, análne osobnosti, ktoré sa vyhýbajú účasti na emocionálnych vzťahoch a majú problémy so sebavyjadrením.

Sám Rorschach (in: Levendel a Mezei, 1973) upozornil na skutočnosť, že ROR protokoly somaticky chorých pacientov sa stávajú monotónnymi a obsahujú veľa anatomických odpovedí. Podobne sa môžu v teste objaviť i výklady, ktoré sú zamerané na špecifické orgány postihnuté onkologickým ochorením. Dostálová (1993) uvádza, že pacient s rakovinou konečníka opisoval škvrny v Rorschachovom teste ako „hromadu lajna“, „komín s čiernym dymom“ alebo „orientálca, ktorý počíta hlavy“. Pacient s rakovinou v ústach produkoval prevažne orálne odpovede, týkajúce sa jedla, videl anatomické obrazy chrupu alebo úst.

Na základe týchto zistení sme u pacientov s rakovinou pľúc tiež predpokladali zvýšený počet anatomických odpovedí, vzťahujúcich sa na dýchací systém, resp. pľúca samotné.

Levendel a Mezei (1973) uskutočnili výskum, v ktorom analyzovali ROR protokoly chronicky chorých pacientov, trpiacich tuberkulózou a malígnym ochorením. Autori sledovali vo svojom výskume charakteristiku, ktorú nazvali „narušenie telesnej schémy“ („Störung des Körperschemas“). Rozlíšili tri kategórie tohto narušenia so zodpovedajúcimi ukazovateľmi z ROR (Levendel a Mezei, 1973):

I. Ľahké narušenie telesnej schémy – patria sem zvláštne znaky Zmenšenie, Nepomer, Držanie, Zneživenie, Deformácie, Symetrie, časté Sex odpovede (interpretujú ich v zmysle prežívania napätia). Uvedené znaky sa môžu vyskytnúť aj u normálnych osôb v ťažkých životných okolnostiach.

II. Znaky charakteristické pre chronické ochorenia – Riešenie podľa polohy, anatomické odpovede, resp. orgánové systémy

III. Znaky svedčiace pre rozpad telesnej schémy, resp. malignitu – Defektné Fb, odpovede hovoriace o chorobe, rozklade, Chýbanie, tieňovanie, abstraktné odpovede. Ďalej odpovede typu nádory, korene, puky alebo análne odpovede, čo znamená redukciu vitality a životaschopnosti týchto pacientov (Lebensstätigkeit).

Materiál a metodika

Práca je analýzou psychologických vyšetrení pacientov s karcinómom pľúc hospitalizovaných na Oddelení klinickej onkológie v Špecializovanej nemocnici sv. Svorada Zobor, n.o. v Nitre v období od júna 2005 do marca 2006. Ide o retrospektívny výskum s vyhodnotením psychologických vyšetrení pacientov Rorschachovou metódou, ktorú sme si vybrali pre

jej schopnosť zachytiť osobnosť v celej jej šírke a komplexnosti. Do výskumu boli zaradení pacienti spĺňajúci vstupné kritériá, ktoré boli v zhode s podmienkami v iných podobných výskumoch (Akechi a kol., 1998, Messina a kol., 2003). Konkrétne pacienti podpísali informovaný súhlas s vyšetrením a ich somatický stav bol natoľko kompenzovaný, že toto vyšetrenie umožňoval. Ďalej aktívne participovali na liečbe (chemoterapia, rádioterapia), čiže boli už nejakú dobu informovaní o svojej diagnóze a nenachádzali sa v prvom štádiu šoku. Vylučujúcimi kritériami bola dekompenzácia zdravotného stavu znemožňujúca psychologické vyšetrenie, vek nad 65 rokov, prítomnosť mozgových metastáz u onkologických pacientov a nesúhlas s vyšetrením.

Do analýzy bolo zaradených 60 pacientov liečených v období od júna 2005 do marca 2006. Experimentálnu skupinu tvorilo 30 pacientov s nádorovým ochorením pľúc, kontrolnú skupinu 30 pacientov s nenádorovým ochorením pľúc (astma bronchiale, bronchopneumónia, dráždivý kašeľ a pacienti hospitalizovaní pre infiltratio pulmonalis na diferenciálnu diagnostiku, ktorá vylúčila onkologické ochorenie), podobne ako vo výskume Kissena a Eysencka (1962).

Stručná charakteristika výskumného súboru

V skupine onkologických pacientov bola prevaha mužov (73,3 %), v skupine neonkologických prevaha žien (63,3 %). Onkologickí pacienti mali vyšší priemerný vek oproti neonkologickým pacientom – 56 rokov, v skupine neonkologických pacientov bol priemerný vek 48 rokov. Tento rozdiel bol zrejme spôsobený skutočnosťou, že rakovina pľúc je ochorenie typické skôr pre vyšší vek.

70 % onkologických pacientov žilo na dedine a bol medzi nimi dvojnásobný počet robotníkov oproti neonkologickým pacientom. Tieto zistenia naznačujú možnú súvislosť s nižším socioekonomickým statusom onkologických pacientov. Len 16,7 % onkologických pacientov nikdy nefajčilo, ostatných sme mohli považovať za pravidelných fajčiarov, pričom 6,7 % fajčilo viac ako 40 cigariet denne. Abúzus alkoholu bol zistený u 23,3 % onkologických pacientov, 6,7 % sa už v minulosti liečilo pre závislosť na alkohole, pričom v čase vyšetrenia úspešne abstinovali. 86,7 % onkologických (i neonkologických) pacientov nebolo v minulosti psychiatricky liečených. Všetci onkologickí pacienti boli v čase vyšetrenia liečení: 63,3 % z nich bolo zaradených do cyklu chemoterapie, 33,3 % okrem chemoterapie podstúpilo i rádioterapiu a 1 pacient chirurgickú liečbu a následnú chemoterapiu. Žiadne nežiadúce účinky liečby udávalo 56,7 % onkologických pacientov, 30 % pacientov akcentovalo nauzeu alebo vracanie, 13,3 % slabosť a rýchlu unaviteľnosť. Uvedené zistenia sú prínosom najmä kvôli tomu, že s najvyššou pravdepodobnosťou poukazujú na adekvátne využívanie antiemetickej liečby a zavádzanie modernejších cytostatík do medicínskej praxe, ktoré potom menej výrazne znižujú kvalitu života pacientov.

Predpokladali sme, že medzi onkologickými a neonkologickými pacientami existujú významné rozdiely, predovšetkým v osobnostných charakteristikách, ktoré majú vzťah ku konceptu osobnosti typu C.

Výsledky

Za ukazovatele nadmernej konformnosti v ROR sme vybrali V% a T%, ktorých zvýšené hodnoty svedčia pre rigiditu v správaní a myslení. Nepodarilo sa však potvrdiť, že sa onkologickí a neonkologickí pacienti v týchto ukazovateľoch štatisticky signifikantne odlišujú: V% (chí-kvadrát (4)=2,072, p=0,722) a T% (chí-kvadrát (3)=4,536, p=0,209). Výsledky uvádzame v tabuľkách 1 a 2.

Tabuľka 1. V% ako ukazovateľ nadmernej konformnosti v oboch skupinách pacientov

			Onkologickí	Neonkologickí	Spolu
V%	**< 30**	počet	3	6	9
		%	10,0 %	20,0 %	15,0 %
	30–40	počet	7	9	16
		%	23,3 %	30,0 %	26,7 %
	40–50	počet	10	8	18
		%	33,3 %	26,7 %	30,0 %
	50–70	počet	9	6	15
		%	30,0 %	20,0 %	25,0 %
	> 70	počet	1	1	2
		%	3,3 %	3,3 %	3,3 %
Spolu		počet	30	30	60
		%	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Tabuľka 2. T% ako ukazovateľ nadmernej konformnosti v oboch skupinách pacientov

			Onkologickí	Neonkologickí	Spolu
T%	**< 30**	počet	3	1	4
		%	10,0 %	3,3 %	6,7 %
	30–50	počet	6	13	19
		%	20,0 %	43,3 %	31,7 %
	50–70	počet	17	14	31
		%	56,7 %	46,7 %	51,7 %
	> 70	počet	4	2	6
		%	13,3 %	6,7 %	10,0 %
Spolu		počet	30	30	60
		%	100,0 %	100,0 %	100,0 %

T-testom pre dva nezávislé výbery sa tiež nepodarilo potvrdiť štatistickú signifikanciu. Priemerné V% v skupine onkologických pacientov je 45, v skupine neonkologických 42,

p=0,385. Priemerné T% v skupine onkologických pacientov je 54, v skupine neonkologických 52, p=0,589.

Vo vzťahu k nižšej schopnosti vyjadrovania emócií sme si v ROR metóde všimli ľavý farbový typ, t.j. prevahu FFb odpovedí nad FbF a Fb. Podarilo sa preukázať, že medzi skupinami pacientov existuje štatisticky signifikantný rozdiel vo farbovom type: chí-kvadrát (1)=4,344, p=0,037 (tab. 3). Prekvapujúce je však zistenie, že zastúpenie ľavostranného farbového typu je typické skôr pre neonkologických pacientov – vyznačuje sa ním 56,7 %, kým v skupine onkologických pacientov je to len 30 %. Pre onkologických pacientov je potom charakteristický pravostranný farbový typ, ktorý však naznačuje skôr impulzívnu emotivitu.

Tabuľka 3. Zastúpenie farbového typu v oboch skupinách pacientov

			Onkologickí	Neonkologickí	Spolu
Farbový typ	FFb>Fb F+Fb	počet	9	17	26
		%	30,0 %	56,7 %	43,3 %
	FFb<Fb F+Fb	počet	21	13	34
		%	70,0 %	43,3 %	56,7 %
Spolu		počet	30	30	60
		%	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Obe skupiny pacientov sme porovnali aj vo zvláštnom znaku lokalizačné Fb. Jeho výskyt upozorňuje na potláčanie, vytesnenie emócií. V interpersonálnych vzťahoch sú tieto reakcie ukazovateľmi zvýšeného záujmu pri citovo menej sýtených vzťahoch. Je častejší v skupine neonkologických pacientov, pričom rozdiely sú takmer štatisticky významné: chí-kvadrát (1)=3,774, p=0,052. Výsledky sú uvedené v tabuľke 4.

Tabuľka 4. Lokalizačné Fb ako ukazovateľ potláčania emócií v oboch skupinách pacientov

		Onkologickí	Neonkologickí	Spolu
Lokalizačné Fb **áno**	počet	6	13	19
	%	20,0 %	43,3 %	31,7 %
nie	počet	24	17	41
	%	80,0 %	56,7 %	68,3 %
Spolu	počet	30	30	60
	%	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Na otvorené vyjadrovanie emócií, resp. i prítomnosť určitých vnútorných napätí, upozorňuje i premenná Krv (chí-kvadrát (1)=4,320, p=0,038) (tab. 5). Uviedlo ju 26,7 % onkologických pacientov, no len 6,7 % neonkologických pacientov.

Tabuľka 5. Výskyt obsahovej kategórie Krv v oboch skupinách pacientov

			Onkologickí	Neonkologickí	Spolu
Krv	**áno**	počet	8	2	10
		%	26,7 %	6,7 %	16,7 %
	nie	počet	22	28	50
		%	73,3 %	93,3 %	83,3 %
Spolu		počet	30	30	60
		%	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Tieto výsledky naznačujú prekvapivé zistenie, že tendencia potláčať hostilné pocity je typická skôr pre neonkologických pacientov. Emotivita onkologických pacientov je impulzívna, egocentrická, nemajú problém otvorene vyjadrovať svoje emócie.

Za prejavy syndrómu bezmocnosti a beznádeje sme v ROR metóde pokladali ukazovatele, ktoré zahŕňa škála depresie: F%, T%, Obj%, Anat%, nízky počet B odpovedí, málo odpovedí determinovaných G a Md>M. V týchto ukazovateľoch sa obe skupiny pacientov viac-menej zhodujú (nepreukázali sa medzi nimi štatisticky signifikantné rozdiely). Prítomnosť syndrómu bezmocnosti a beznádeje sa teda u našich onkologických pacientov nepotvrdila. Naznačený je však u nich sklon k zúženiu, resp. vyprahlosti duševného života, na ktorý upozorňuje nižší počet odpovedí v skupine onkologických pacientov – od 9 do 42 s priemerom 23 odpovedí. V skupine neonkologických pacientov bol najnižší počet odpovedí 14 a najvyšší 69, s priemerom 28 odpovedí. Onkologickí pacienti teda dávali o niečo nižší počet odpovedí ako neonkologickí pacienti, rozdiely sú na hranici štatistickej významnosti (p=0,074). Predpokladáme potvrdenie štatistickej významnosti v prípade väčšieho súboru pacientov.

Ďalej sme zistili, že pre onkologických pacientov je typický menší záujem o ľudí, vyhýbanie sa účasti na interpersonálnych vzťahoch a ich následné ochudobnenie. V ROR to naznačuje nižšie M% v skupine onkologických pacientov. Priemerné M% je u nich 11, v skupine neonkologických 14,8, p=0,048, rozdiely sú štatisticky významné. Ďalej to potvrdil i ukazovateľ Rfb% ktorý podľa Říčana et al. (1981) vyjadruje celkové percento odpovedí k farebným tabuľkám, t.j. tabuľkám VIII, IX a X. Zistili sme, že v Rfb% existujú štatisticky významné rozdiely medzi skupinou onkologických a neonkologických pacientov. Priemerné Rfb% v skupine onkologických pacientov je 29, v skupine neonkologických 35, p=0,002. Onkologickí pacienti sú podľa toho štatisticky významne menej extrovertovaní ako neonkologickí pacienti.

Zistili sme, že onkologickí pacienti sa v dôsledku ochorenia nadmerne zaoberajú svojou telesnou schémou. Nepodarilo sa síce potvrdiť, že by existoval štatisticky významný rozdiel

medzi onkologickými a neonkologickými pacientami, v počte anatomických odpovedí (chí-kvadrát (4)=5,500, p=0,240) ani v počte deformácií (chí-kvadrát (1)=2,500, p=0,114). Výsledky sú uvedené v tabuľkách 6 a 7. Onkologickí pacienti však do týchto odpovedí oveľa výraznejšie premietajú svoje somatické ťažkosti a ich ochorenie podmieňuje aj kvalitu odpovedí.

Tabuľka 6. Výskyt anatomických odpovedí v oboch skupinách pacientov

			Onkologickí	Neonkologickí	Spolu
Anat%	**0**	počet	8	11	19
		%	26,7 %	36,7 %	31,7 %
	norma (1–10)	počet	14	11	25
		%	46,7 %	36,7 %	41,7 %
	> 10	počet	2	6	8
		%	6,7 %	20,0 %	13,3 %
	> 20	počet	4	2	6
		%	13,3 %	6,7 %	10,0 %
najpočetnejšia kategória		počet	2	0	2
		%	6,7 %	0,0 %	3,3 %
Spolu		počet	30	30	60
		%	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Tabuľka 7. Výskyt zvláštneho znaku Deformácia v oboch skupinách pacientov

			Onkologickí	Neonkologickí	Spolu
Deformácia	**áno**	počet	21	15	36
		%	70,0 %	50,0 %	60,0 %
	nie	počet	9	15	24
		%	30,0 %	50,0 %	40,0 %
Spolu		počet	30	30	60
		%	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Kvalitu anatomických odpovedí sme si podrobne všimli na všetkých desiatich tabuľkách. Uvádzame doslovné znenia odpovedí:

Odpoveď „pľúca“ sa na I. tabuľke vyskytla až u 23,3 % onkologických pacientov. Len v dvoch prípadoch šlo o V odpovede, navyše aj tie boli zhoršené, resp. deformované („chrbtica a pľúca zničené“, „nejaký nepodarený snímok pľúc, teraz väčšinou takéto zdravotné veci vidím“). Ostatné odpovede nebolo možné signovať ako vulgárne, šlo o vyslovene nekvalitné, deformované odpovede: „pľúca, na snímku také niečo vidieť, keď je tam nádor“, „voľačo s pľúcami ... jeden, druhý lalok s príznakmi choroby“, „pľúca, keď sú v rozklade“, „prefajčené pľúca“. Keďže I. tabuľka je tabuľkou predstavenia sa, na základe týchto výsledkov možno uvažovať o tom, že onkologické ochorenie skutočne závažne vplýva na sebaobraz pacientov. Odpoveď „pľúca“ hneď na I. tabuľke sa v skupine neonkologických pacientov nevyskytla ani v jednom prípade.

Na II. tabuľke sa odpoveď „pľúca“ objavila u troch onkologických pacientov (10 %), pričom ani jedna odpoveď nebola vulgárnou a opäť šlo o zväčša deformované obsahy: „nejaké napadnuté pľúca“, „toto mi pripadá ako pľúca, biele sú tiene na pľúcach“. V skupine neonkologických pacientov uviedli odpoveď „pľúca“ dvaja, ani v jednom prípade však nešlo o deformované odpovede.

Na III. tabuľke uviedli odpoveď „pľúca“ dvaja onkologickí pacienti: „to isté, ešte v horšom štádiu ten nález“ (pacient uviedol odpoveď tohto typu aj na predchádzajúcich dvoch tabuľkách), „zničené pľúca? okolo nich voda, sú choré“. Ani v jednom prípade nebola uvedená odpoveď vulgárna. V skupine neonkologických pacientov bola síce odpoveď „pľúca“ na tejto tabuľke častejšia (13,3 %), len v jednom prípade však nešlo o vulgárnu odpoveď, ostatné odpovede boli kvalitné, obvyklé.

Na IV. tabuľke sa odpoveď „pľúca“ vyskytla v troch prípadoch, u jedného pacienta šlo až o defektnú odpoveď: „diagnóza zhubný nádor“. Jeden neonkologický pacient však uviedol prvýkrát deformovanú odpoveď: „pokazené pľúca, vo vnútri človeka“. Môžeme uvažovať o zvýšenom prežívaní úzkosti u tohto pacienta.

V. tabuľka evokovala odpoveď „pľúca“ len u jedného onkologického pacienta a prvýkrát nešlo o deformáciu. Podobne v skupine neonkologických pacientov sa vyskytla len jedna takáto odpoveď.

VI. tabuľka už priniesla väčší počet odpovedí „pľúca“ a diferencie medzi skupinami pacientov. 20 % onkologických pacientov uviedlo odpovede tohto typu, opäť šlo o deformované obsahy: „nejaká časť pľúc, ktoré sú obžraté tou chorobou“, „pľúca, nie je vidieť srdce, nádor, ktorý sa začína rozťahovať“, „fľakovité, zničené, zafajčené pľúca“, „jak dobre dotrhané pľúca, sú zničené, rozpadávajú sa“. Zaujímavé je, že jeden pacient naopak charakterizoval videné pľúca ako „ešte zdravé, nie sú na nich fľaky“. Jediná odpoveď neonkologického pacienta bol „snímok pľúc“, nevyskytli sa žiadne deformácie ani defektné obsahy. Keďže VI. tabuľka je tabuľkou sexuality, uvedené odpovede onkologických pacientov môžu naznačovať i inhibovanie sexuálneho života chorobou.

Odpoveď „pľúca“ sa vyskytla na VII. tabuľke u dvoch onkologických pacientov: „slabšie, menšie pľúca, zničené“, „pľúca napadnuté chorobou“. Opäť ide teda o deformované odpovede. Jedna kvalitná, hoci nie priamo vulgárna odpoveď, sa vyskytla i v skupine neonkologických pacientov.

Na VIII. tabuľke sa v skupine onkologických pacientov prekvapujúco objavili tri kvalitnejšie odpovede („pľúca“). Výskyt deformácií sme nezaznamenali. Podobne neonkologickí pacienti uviedli tri odpovede „pľúca“, všetky boli V odpovede, avšak v dvoch prípadoch zhoršené, resp. deformo-

vané: „tie pľúca sa mi nepáčia, sú rozpadnuté kvôli chorobe“, „pľúca, vnútro človeka... nejaké krysy ho hlodajú“. Je zaujímavé, že riešenie tejto tabuľky zvládli onkologickí pacienti v podstate bez problémov, v niektorých neonkologických pacientoch však pravdepodobne vyvolala určitý stupeň úzkosti. Keďže ide o tabuľku emotivity, možno uvažovať o fakte, ktorý sme už spomenuli – onkologickí pacienti prejavujú svoje emócie, neonkologickí pacienti môžu mať s ich vyjadrovaním problémy.

Na IX. tabuľke sa objavila odpoveď „pľúca“ u 20 % onkologických pacientov, opäť však nešlo o výrazne deformované odpovede, vyskytla sa max. odpoveď „prefajčené pľúca“. 13,3 % neonkologických pacientov tiež videlo na tejto tabuľke „pľúca“, väčšinou šlo o kvalitné odpovede, jedna pacientka ich však charakterizovala ako „nepekné, choré pľúca“.

X. tabuľka vyvolala odpoveď „pľúca“ až u 23,3 % onkologických pacientov. Znova sa na nej objavili deformácie a nekvalitné odpovede, ktoré mali niekedy až charakter určitej scény: „ako pľúca, keď sú deravé... tá farba je ako keď niečo chátra“, „zdevastované pľúca... možno tam má metastázy“, „zakrvavené, zatiahnuté pľúca, zatiahnuté krvou alebo plávajúce vo vode“, „parazity napadli pľúca“, „toto nie je ako rozobraté pľúca?“, „viete, čo mi to pripomína? moje pľúca a tieto parazity, ako mi ich žerú, ohlodávajú... ale im to ešte nedám“ (smiech). Odpoveď „pľúca“ uviedlo i 13,3 % neonkologických pacientov, šlo však o vulgárne odpovede. Len jeden pacient súčasne s výskytom vulgárnej odpovede uviedol i ďalšiu odpoveď „zničené pľúca“, iné deformácie sa nevyskytli.

Diskusia a závery

Pacienti s karcinómom pľúc v našom súbore väčšinou nespĺňajú predpoklady pre vyvodzovanie záverov o príslušnosti k osobnosti typu C. Nepotvrdili sme u nich nadmernú konformnosť, ani nižšiu schopnosť vyjadrovať emócie. Naopak, tendencia potláčať hostilné pocity, sa preukázala u neonkologických pacientov. Emotivita onkologických pacientov je impulzívna, egocentrická, nemajú problém otvorene vyjadrovať svoje emócie. Toto prekvapivé zistenie môže však byť podmienené väčšou prítomnosťou vnútorného napätia, ako reakcie na onkologické ochorenie. Fakt ochorenia sa jednoducho mohol spolupodieľať na zmene schopnosti vyjadrovať emócie. Výsledok hypotézy podporuje i kvalitatívna časť výskumu, konkrétne nekvalitnejšie a deformované odpovede na VIII. tabuľke u neonkologických pacientov, čo naznačuje ich možné problémy s vyjadrovaním emócií. Toto zistenie do istej miery spochybňuje koncept nádorovej osobnosti.

Prejavy syndrómu bezmocnosti a beznádeje sa nám v použitej testovej metóde u onkologických pacientov jednoznačne nepodarilo potvrdiť. Naznačený je však u nich sklon k zúženiu duševného života. Možno sa domnievať, že v prípade väčšieho počtu pacientov v súboroch, prípadne inej voľbe kontrolnej skupiny, by sa nám podarilo nájsť určité známky bezmocnosti a beznádeje aj v Rorschachovej metóde.

Ďalej sme zistili, že onkologickí pacienti majú sklon k ochudobneniu interpersonálnych vzťahov, čo je zároveň sprevádzané i určitým inhibovaním sexuálneho života. Uvedené zistenie v podstate potvrdzuje výsledky iných autorov, napr. Bootha (in: Georgoff, 1991) a Rappaporta (in: Georgoff, 1991). Na tomto mieste treba opäť upozorniť na vplyv ochorenia, ktoré môže viesť k neochote pacienta participovať na vzťahoch, prípadne i limituje jeho možnosti zapájať sa do spoločenského života v širšom slova zmysle. U pacientov potom dochádza k väčšiemu stiahnutiu sa do seba, uzavretosti, introvertovanosti.

Onkologickí pacienti sa v dôsledku ochorenia nadmerne zaoberajú svojou telesnou schémou. Potvrdil sa náš predpoklad, že onkologickí pacienti budú často produkovať odpovede vzťahujúce sa na dýchací systém, resp. pľúca. Často ide o nekvalitné, deformované odpovede, podľa Dobrotku (in: Říčan a kol., 1981) „anatomicko-orgánové morbídne odpovede“. Odpoveď „pľúca“ sa niekoľkokrát vyskytla aj v skupine neonkologických pacientov, zväčša však šlo o vulgárne, alebo minimálne kvalitné (F+, FFb+) odpovede. Konkrétne sa v odpovediach onkologických pacientov objavuje téma nejakým spôsobom zničených, poškodených, zohavených pľúc. Zaujímavé je, že takmer štvrtina onkologických pacientov uvádza takéto odpovede na I. a X. tabuľke. Premietnutím na vyzývacie charakteristiky Rorschachových tabuliek, onkologické ochorenie významne vplýva na situáciu predstavenia sa a možnosti, ako využiť existenciálny priestor. Možno sa domnievať, že tieto možnosti ochorenie značne modifikuje a zmenšuje. 20 % onkologických pacientov zase uviedlo deformované anatomické odpovede na VI. tabuľke. Vedie nás to k úvahám, že ich ochorenie má pravdepodobne za následok i inhibovanie sexuálneho života (namiesto obvyklých riešení a vyjadrenia pozitívneho vzťahu k tabuľke, prípadne aj objavenia sa sexuálnych odpovedí, sa na nej objavujú deformované anatomické odpovede), tak ako sme to už spomenuli súčasne so zistením o ochudobnení v interpersonálnej oblasti.

Vzhľadom na skutočnosť, že sme analyzovali skupiny hospitalizovaných pacientov retrospektívne, sme konfrontovaní s určitými metodologickými nedostatkami:

Predovšetkým, onkologickí pacienti už poznali svoju diagnózu. Je ťažšie posúdiť, ktoré charakteristiky boli u nich prítomné premorbídne ako stabilné osobnostné črty a čo je vlastne len reakciou na onkologické ochorenie.

Kontrolnou skupinou boli tiež pacienti, avšak s neonkologickým ochorením, ktorí teda nemuseli presne odrážať charakteristiky všeobecnej populácie. Zvolili sme však pacientov, ktorí prešli určitou sériou lekárskych vyšetrení a bezpečne bolo možné skonštatovať, že netrpia onkologickým pľúcnym ochorením. Pri zvolení kontrolnej skupiny zo „zdravej“ populácie by bolo možné túto tézu spochybniť. Podobne iní autori (napr. Kondáš alebo Baštecký a kol., 1993) tiež neodporúčajú použitie zdravej populácie ako kontrolnej skupiny, keďže sám fakt ochorenia mení psychický stav jedinca a takto by bol rozdiel už dopredu zaručený.

Ďalej sa na nepotvrdení hypotéz mohol spolupodieľať i menší počet pacientov v súboroch, ktorý bol však zvolený pre časovú náročnosť psychologického vyšetrenia a následného vyhodnotenia výsledkov, ktorá je značná najmä pri

používaní Rorschachovho testu. Úlohu mohlo mať aj analyzovanie ukazovateľov vytrhnutých z kontextu ROR protokolov, čo sťažilo interpretáciu výsledkov.

Napriek týmto nedostatkom, za cenné určite považujeme informácie o uzavretosti pacientov, ich stiahnutí sa do seba, nezáujme o účasť na interpersonálnych vzťahoch pri súčasne nahromadenom vnútornom napätí a impulzívnej emotivite. Upozorňuje to na potrebu pomôcť nájsť týmto pacientom spôsob, ako uvedené emócie ventilovať, čo potvrdzuje opodstatnenosť psychoterapeutickej intervencie u onkologických pacientov.

Literatúra

Akechi, T. et. al.: Predictive factors for psychological distress in ambulatory lung cancer patients. Support Care Cancer, 1998, č. 6, s. 281-286.

Barraclough, J.: Cancer and emotion. A practical guide to psycho-oncology. Tretie vydanie. West Sussex: John Wiley and Sons Ltd, 1999, s. 221.

Baštecká, B., Goldmann: Základy klinické psychologie. Praha, Portál, 2001.

Baštecký J., Šavlík, J., Šimek, J.: Psychosomatická medicína. Praha, Grada Avicenum, 1993, s. 368.

Dostálová, O.: Skupinová psychoterapie u zhoubného nádorového onemocnění. In: Syřišťová, E. a kol.: Skupinová psychoterapie psychotiků a osob s těžším somatickým postižením. Vydanie 1. Praha, Avicenum, 1989, s. 236.

Dostálová, O.: Jak vzdorovat rakovině. Praha, Grada Avicenum, 1993, s. 208.

Dostálová, O.: Emocionální problémy v paliativní medicíně. In: Adam, Z., Vorlíček, J. a kol.: Paliativní medicína. Vydanie 1. Praha, Grada, 1998, s. 480.

Georgoff, P.B.: The Rorschach with hospice cancer patients and surviving cancer patients. In: Journal of personality assesment, 56, 1991, č. 2, s. 218-226.

Hurny, Ch.: Psychosocial risk factors in cancer. In: Holland, J., Zittoun, R. (Eds.): Psychosocial aspects of oncology. Berlin, Heidelberg, Springer Verl., 1990, s. 142.

Hynčík, D., Průša, I.: Deprese a bolest v onkologii. In: www.postgradmed.cz/detail. 2006.

Kiecolt-Glaser, J., Glaser, R.: Psychoneuroimmunology and Cancer: Fact or Fiction? Eur. J. of Cancer, 35, 1999, č. 11, s. 1603-1607.

Kissen, D., Eysenck, H.: Personality in male lung cancer patients. Journal of Psychosomatic Research, 1962, č. 6, s. 123-127.

Křivohlavý, J.: Psychologie zdraví. Vydanie 1. Praha, Portál, 2001, s. 280.

Křivohlavý, J.: Psychologie nemoci. Vydanie 1. Praha, Grada, 2002, s. 200.

LeShan, L.: Diagnose Krebs: Wendepunkt und Neubeginn. Ein Handbuch für Menschen, die an Krebs leiden, für ihre Familien und für ihre Ärzte und Therapeuten. Stuttgart, Klett - Cotta, 1993, s. 239.

Levendel, L., Mezei, Á.: Anhaltspunkte für die Prognose im Fall von chronischen und malignen Erkrankungen aufgrund von Persönlichkeitsuntersuchungen. Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychoanalyse, 1973, č. 2, s. 184-192.

Messina, G. et. al.: A psychooncological study of lymphocyte subpopulations in relation to pleasure - related neurobiochemistry and sexual and spiritual profile to Rorschachěs test in early or advanced cancer patients. Journal of biological regulators, 17, 2003, č. 4, s. 322-326.

Říčan, P. et. al.: Úvod do Rorschachovy metody. (Příručka). Bratislava, Psychodiagnostické a didaktické testy, n.p., 1981, s. 294.

Tschuschke, V.: Psychoonkologie. Psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny. Vyd. 1. Praha, Portál, 2004, s. 216.

Vágnerová, M.: Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky. Vydanie 2. Praha, Portál, 1999, s. 444.

Wang, P.: The epidemiology of depression and cancer: Do antidepressant medications play a role? In: www.hsph.harvard.edu/organizations/DDIL/depress.html 2006.

Do redakcie došlo 11.11.2007.