

Lechośław Gapik, Joanna Kosmala

Związek pomiędzy cechami osobowości a zachorowaniem na chorobę nowotworową radzeniem sobie ze stresem wywołanym chorobą

The relationship between personality traits, development of cancer and coping with the stress caused by disease

Zakład Promocji Zdrowia i Psychoterapii UAM – Poznań

Cel pracy

Celem niniejszego artykułu jest zaprezentowanie współczesnych poglądów oraz wyników badań nad związkami pomiędzy określoną konfiguracją cech osobowości a zwiększonym ryzykiem zachorowania na chorobę nowotworową. Omówiony zostanie zespół cech składających się na osobowość typu C, która zdaniem wielu teoretyków i badaczy stanowi czynnik w mniejszym lub większym stopniu predestynujący do zachorowania na raka. Ponadto przedstawiona zostanie koncepcja J. Hranicky, stanowiąca próbę wyjaśnienia mechanizmu kształtowania się osobowości typu C. Omówione zostaną też wyniki wybranych współczesnych badań nad związkiem pomiędzy czynnikami osobowościowymi, a zachorowaniem na chorobę nowotworową, oraz procesem psychologicznego przystosowywania się do sytuacji bycia chorym.

Zarówno teorie, jak i badania dotyczące osobowości zajmowały zawsze ważne miejsce we wszystkich kierunkach rozwijanych na gruncie psychologii. Większość teoretyków reprezentujących różne podejścia do sposobów ujmowania osobowości postulowała traktowanie człowieka w sposób całościowy, zaś badanie jego cech i zachowań zawsze w odniesieniu do szerszego kontekstu środowiska, zarówno naturalnego, jak i społecznego. Teorie osobowości są ogólnymi, integrującymi teoriami zachowania, których celem jest wyjaśnianie i przewidywanie bardzo

szerokiego zakresu ludzkich zachowań, a szczególnie tych aspektów, które wydają się ważne z punktu widzenia optymalnego funkcjonowania jednostki (4). Osobowość można definiować poprzez odwołanie się do różnych jej aspektów (4, 9). Dla potrzeb niniejszych rozważań wybrano definicję, która przez autorkę uznana została za najbardziej przydatną. Według tej bardzo ogólnej definicji autorstwa L. R. Fergusona osobowość jest „(...) ogólną sumą tych sposobów reagowania na innych ludzi (i obiekty) oraz sposobów wchodzenia z nimi w interakcje, które są charakterystyczne dla danej jednostki” (9). Tak ujmowana osobowość ma wiele wspólnego z temperamentem czy stylami afektywnymi. To, jak dana osoba będzie reagować na innych ludzi, obiekty i sytuacje jest wypadkową wrodzonych cech temperamentalnych, procesów uczenia się, głównie w trakcie wczesnych interakcji społecznych, oraz kształtujących się na tych podstawach procesów i schematów poznawczych.

Badania nad związkiem cech osobowości z ryzykiem zachorowania na chorobę nowotworową mają dość długą historię. W literaturze można znaleźć opisy zespołu cech składających się na tak zwaną osobowość typu C, która ma stanowić czynnik znacznie zwiększający ryzyko zachorowania na raka. Według tej teorii jednostki o osobowości typu C miałyby cechować się tendencją do tłumienia emocji, szczególnie negatywnych, takich jak gniew czy wściekłość,

skłonnością do uznawania potrzeb innych za ważniejsze od własnych, niską samoocena, nieumiejętnością radzenia sobie ze zmianami życiowymi, tendencją do popadania w nastroje depresyjne i związane z nimi poczucie beznadziejności oraz skupiania się wyłącznie na negatywnych aspektach życia. Ponadto u osób takich często stwierdza się obecność długotrwałej urazy oraz wrogości, która nigdy nie zostaje wyrażona w sposób bezpośredni, a także obecność negatywnych czy pesymistycznych schematów myślowych. Opis ten przywodzi na myśl osobę wiecznie niezadowoloną ze swojego życia, pesymistyczną, smutną, narzekającą. Trudno, więc dziwić się, że osoby posiadające cechy charakterystyczne dla osobowości typu C najczęściej mają niewielu znajomych i przyjaciół, w związku z tym w sytuacjach trudnych nie mają dostępu do sieci wsparcia społecznego, które, jak zobaczymy później, stanowi istotny czynnik modulujący ryzyko zachorowania oraz wpływający na postępy w procesie leczenia.

W pewnym stopniu mechanizm kształtowania się osobowości typu C oraz sposób, w jaki wpływa ona na zachorowanie na chorobę nowotworową wyjaśnia teoria „zamrożenia przyjemności”. Zdaniem autorki osobowość typu C kształtuje się już w okresie wczesnego dzieciństwa na bazie zaburzonej więzi pomiędzy późniejszym pacjentem, a jego/jej matką. Ważne jest stwierdzenie, że dysfunkcyjne wzorce nie są pierwotnie behawioralne, ale dotyczą raczej aspektu emocji i postaw jednostki. Zgodnie z założeniami tej teorii zdrowy organizm dąży do odczuwania emocjonalnej przyjemności i unikania emocjonalnej przykrości. Emocjonalna przyjemność doświadczana jest wtedy, gdy psychologiczne, emocjonalne, fizjologiczne i duchowe potrzeby jednostki zostają zaspokojone. Ból emocjonalny pojawia się, gdy osoba doświadcza lub antycypuje deprywację swoich potrzeb. „Zamrożenie przyjemności” zdaniem J. Hranicky występuje wtedy, gdy źródło przyjemności zostaje zablokowane lub też osoba za takie je uznaje. W takiej sytuacji naturalne dążenie do emocjonalnej przyjemności nie występuje i osoba zostaje zamrożona w stanie pragnienia, a nie zaspokajania swoich potrzeb. Sytuacja taka powoduje narastające napięcie, a ponadto jednostka zaczyna postrzegać swój stan „zamrożenia” jako kolejne zagro-

żenie dla spełnienia swoich potrzeb. Zależnie od stopnia, w jakim dana osoba oczekuje, że ten stan będzie trwał, pojawia się poczucie beznadziejności, pesymizm oraz poczucie zagrożenia. Negatywnemu stanowi emocjonalnemu towarzyszy stałe pobudzenie układu współczulnego i związane z tym zmiany hormonalne. Jeśli ten stan trwałby zbyt długo, doprowadziłoby to do wyczerpania organizmu, a zatem osoba zmuszona jest do wypracowania długofalowych mechanizmów radzenia sobie. Rezultatem jest stres psychologiczny, który powoduje dalsze cierpienia. W takiej sytuacji ostatecznie kształtują się cechy charakterystyczne dla osobowości typu C. Osoba doświadczająca „zamrożenia przyjemności” zaczyna pesymistycznie patrzeć w przyszłość, uczy się tolerować wysoki poziom pobudzenia i nie wyrażać swoich negatywnych emocji, nie angażuje się w formy aktywności, które mogą stanowić potencjalne źródło przyjemności a także stara się być jak najbardziej niezależna, radzić sobie sama we wszystkich okolicznościach i „dobrze wypadać” w sytuacjach społecznych. Jednak za tą fasadą kryją się niezaspokojone potrzeby oraz związany z taką sytuacją wysoki poziom stresu, które, w sytuacji, gdy osoba jest zbyt obciążona, prowadzą do dekompensacji, która najczęściej przybiera postać problemów zdrowotnych. Autorka zakłada, że stan „zamrożenia przyjemności” prowadzi do silnego pobudzenia układu przywspółczulnego, czemu towarzyszą określone zmiany hormonalne. Rezultatem tego procesu jest zachwianie równowagi pomiędzy zachodzącymi w organizmie procesami katabolicznymi, a anabolicznymi, co stwarza idealną sytuację dla rozwoju komórek nowotworowych.

Okazuje się, że wyniki badań nie potwierdzają istnienia określonego profilu osobowości, który predysponowałby do zachorowania na chorobę nowotworową. W bardzo dobrze zaprojektowanych badaniach M. A. Price, C. C. Tennant i R. C. Smith (2) przebadali kwestionariuszami osobowości grupę 2224 kobiet przed zdiagnozowaniem u nich nowotworu piersi. Skupiono się na trzech podstawowych wymiarach dla osobowości typu C, a mianowicie: tendencji do przedkładania potrzeb innych osób ponad własne, trudnością w wyrażaniu emocji oraz postawą cechującą się poczuciem bezsilności i beznadziejności.

Okazało się, że nawet po włączeniu do analizy czynników powszechnie uważanych za elementy zwiększające ryzyko zachorowania na raka, nie udaje się wykryć związku pomiędzy obecności cech charakterystycznych dla osobowości typu C, a częstością zachorowań na chorobę nowotworową.

Pozostałe wyniki badań dotyczących zależności pomiędzy określonymi cechami osobowości, a zachorowaniem na raka nie są do końca spójne, co więcej badania te najczęściej mają bardzo wiele usterek metodologicznych. Problemem jest przede wszystkim moment dokonywania pomiaru cech osobowości; z punktu widzenia trafności pomiaru korzystne jest aby badanie prowadzone było przed zdiagnozowaniem choroby, a nawet przed zauważeniem jakichkolwiek niepokojących objawów. Dowiedziono, że zachorowanie, a także świadomość, że obserwowane objawy mogą być zwiastunem rozwijającej się choroby nowotworowej może wpływać na odpowiedzi udzielane przez badanych w testach osobowości (1). Dlatego też zaleca się prowadzenie badań podłużnych, w których testami osobowości bada się dużą grupę osób, śledzi się ją na przestrzeni jakiegoś czasu by „wyłapać” osoby, które zachorowały na raka. Następnie należy poddać analizie uzyskane wyniki porównując je z wynikami osób zdrowych. Niestety zorganizowanie takich badań jest bardzo skomplikowane, kosztowne i czasochłonne, dlatego są nie liczne.

O. Hagnell śledził grupę 2550 kobiet przez 10 lat (1). Po dziesięciu latach u 9 kobiet rozwinął się rak piersi. Grupa badana była zbyt mała by wyciągać jakiegokolwiek wnioski.

Kolejne badanie, w którym do oceny cech osobowości wykorzystano kwestionariusz MMPI przeprowadzili R. C. Hahn i D. B. Pettiti (3). Przebadali oni 8932 kobiet; 117 z nich na przestrzeni 10–14 lat zachorowało na raka piersi. Mimo, że w tym przypadku grupa badana była znacznie większa nie udało się wykryć związku pomiędzy depresyjnością, represją – sensytyzacją oraz wynikami w poszczególnych skalach kwestionariusza MMPI, a zachorowaniem na raka.

W badaniu przeprowadzonym przez H. Schregera (2) 2874 kobiety wypełniły kwestionariusz osobowości tuż przed badaniem przesiewowym. Następnie porównano cechy 75 kobiet, u których zdiagnozowano nowotwór z cechami 75 kobiet

zdrowych. Stwierdzono, że pacjentki, w porównaniu do kobiet zdrowych charakteryzował mniejszy niepokój, większa potrzeba kontaktów społecznych, ponadto posiadały mniej cech charakterystycznych dla osobowości typu C; po 11 latach autor nie był w stanie replikować wyników swoich wcześniejszych badań.

E. M. Bleiker, H. M. van der Ploeg, J. H. Hendriks i H. J. Ader przebadali specjalnie do tego celu skonstruowanym kwestionariuszem osobowości grupę 9705 kobiet, z których w okresie kolejnych pięciu lat 131 zachorowało na raka piersi (2). Wyniki uzyskane przez osoby, u których rozwinął się nowotwór porównano z wynikami zdrowych kobiet, odpowiadających pod względem charakterystyk socjodemograficznych. Analiza statystyczna wyników wykazała, że tylko cecha określona przez autorów jako anty – emocjonalność (jako przykłady twierdzeń zawartych w skali mierzącej tę cechę autorzy podali następujące: „Ufam swoim uczuciom”, „Pozwalam, by moje emocje wpływały na moje zachowanie”. Kobiety anty – emocjonalne do twierdzeń tych ustosunkowywały się negatywnie) wykazuje słabą, ale istotny związek z ryzykiem zachorowania na raka. Natomiast w odniesieniu do pozostałych 10 ocenianych cech tj.: niepokojem, gniewu, depresyjności, racjonalności, zrozumienia, optymizmu, potrzeby wsparcia społecznego, ekspresji emocji, tłumienia emocji oraz kontroli emocjonalnej, nie stwierdzono istnienia takiej zależności (ibidem).

Kolejna grupa badań dotyczy związku pomiędzy szeroko pojmowaną osobowością, a psychologicznym przystosowaniem się do sytuacji chorego i związaną z tym jakością życia.

W badaniach prowadzonych przez grupę badaczy z Uniwersytetu Stanowego Kansas przyjęto hipotezę, że wykorzystywanie do radzenia sobie z emocjami (związanymi z chorobą) strategii polegających na uświadamianiu sobie, przetwarzaniu i wyrażaniu odczuwanych emocji, wiąże się z lepszym przystosowaniem oraz ogólnie lepszym stanem zdrowia (6). W swoich nieco wcześniejszych badaniach A. L. Stanton stwierdziła, że kobiety, które są świadome swoich emocji są pełne nadziei, a co za tym idzie posiadają umiejętność opracowywania planów pozwalających im osiągnąć obrany cel oraz podporządkowania temu swoich działań (6). W opisywanym badaniu udział wzięły 92 kobiety cierpiące na raka piersi

w I lub II stadium. Dane psychologiczne zostały zebrane krótko po zakończeniu leczenia (operacji oraz chemioterapii lub radioterapii). Okazało się, że wykorzystywanie strategii zakładających uświadamianie sobie i ekspresję emocji nie jest zależne od wieku pacjentek, a raczej od sytuacji, gdy osoby postrzegają swoje społeczne środowisko jako „receptywne”. Także gdy osiągają wysokie wyniki w skali mierzącej nadzieję (6). Przetwarzanie i ekspresja emocji wiąże się z lepszym zdrowiem (ocenianym przez uczestniczki badania), większą żywotnością, niższym poziomem stresu oraz mniejszą ilością wizyt u lekarza spowodowanych dolegliwościami związanymi z rakiem. Równocześnie okazało się, że dobroczynny wpływ radzenia sobie poprzez emocjonalną ekspresję zależy od „receptywności” osób z otoczenia pacjentki; tylko w przypadku, gdy jest ona wysoka, wyrażanie emocji wpływa na poprawę jakości życia chorej. Autorki sugerują jednak, że radzenie sobie poprzez przetwarzanie i wyrażanie emocji jest skuteczne tylko przez pewien czas, przedłużenie tego procesu może prowadzić do znacznego nasilenia stresu i dyskomfortu. Dzieje się tak prawdopodobnie, dlatego, że stałe przetwarzanie związanych z nowotworem negatywnych emocji zaczyna przypominać proces ruminacji czy przeżuwania myśli, które negatywnie wpływają na dobrostan psychiczny.

W kolejnym badaniu M. Watson, J. S. Haviland, S. Greer, J. Davidson i J. M. Bliss weryfikowali hipotezę mówiącą o tym, że postawa wobec choroby („duch walki”, czyli postawa nakierowana na zwalczenie choroby i wiara w pozytywne rezultaty vs. poczucie bezradności i beznadziejności czyli poczucie przytłoczenia diagnozą i brak nadziei na wyzdrowienie) są ważnymi czynnikami wpływającymi na długość życia chorych (8). Autorzy przebadali grupę 578 kobiet we wczesnych stadiach raka piersi, wykorzystując skalę mierzącą psychologiczne przystosowanie się do choroby (skala MAC), kontrolę emocjonalną, oraz skalę HAD mierzącą poziom stresu i depresji. Analiza statystyczna wykazała, że istnieje silny związek pomiędzy wysokim wynikiem w skali depresji, a zwiększonym ryzykiem śmierci z różnych przyczyn w ciągu kolejnych pięciu lat. Ponadto u kobiet, które osiągały wysokie wyniki w skali mierzącej poczucie bezradności i beznadziejności odnotowano znacznie wyższy wskaźnik śmiertelności oraz znacznie częstsze

nawroty choroby, w porównaniu do kobiet, które osiągały niskie wyniki w tej skali. Okazało się również, że zmienna określana przez autorów jako „duch walki” w żaden sposób nie wiąże się z długością życia pacjentek. Autorzy sugerują, że poczucie bezradności i beznadziejności może wpływać na długość życia oraz nawroty choroby w ten sposób, że zaburza funkcjonowanie układu odpornościowego lub indukuje pewne zmiany na poziomie układu endokrynego (poziom prolaktyny). Nie tłumaczą jednak, jaki mechanizm miałby wchodzić w grę.

W ostatnim badaniu, jakie chciałabym przedstawić autorzy przez piętnaście lat obserwowali grupę 280 kobiet, u których na początku badania zdiagnozowano II stadium nowotworu piersi. Celem badania było zidentyfikowanie czynników osobowościowych wpływających na długość okresu remisji oraz ogólny wskaźnik długości życia po diagnozie (7). W badaniu wykorzystano skalę SCL-90-R badającą nasilenie somatyzacji, objawów obsesyjno-kompulsywnych, wrażliwości w relacjach interpersonalnych, depresji, niepokoju, wrogości, fobii, myśli paranoidalnych i psychotyzmu. W badaniach tych nie udało się wykazać, że jakiegokolwiek czynniki psychologiczne czy osobowościowe mają wpływ na długość okresu remisji oraz ogólną długość życia pacjentek.

Wnioski

Mimo, że w literaturze oraz w świadomości wielu teoretyków i klinicystów funkcjonuje pojęcie osobowości typu C, wyniki badań nie pozwalają wysnuć jednoznacznych wniosków, co do istnienia związku pomiędzy cechami osobowości a rozwojem choroby nowotworowej, oraz prognozą dotyczącą wyzdrowienia. Być może cechy osobowości same w sobie nie stanowią czynnika modulującego ryzyko zachorowania oraz wpływającego na przystosowanie się do sytuacji bycia chorym na raka. Dopiero w interakcji z czynnikami środowiskowymi (takimi jak aktualna sytuacja życiowa pacjentki, poziom stresu niezwiązany z chorobą, dostępne wsparcie), działającymi przed zachorowaniem, w momencie postawienia diagnozy oraz w trakcie leczenia i rekonwalescencji, mogą wpływać na różne aspekty choroby nowotworowej. O ile

w prezentowanych badaniach kontrolowano takie zmienne jak wiek, status społeczny, przypadki zachorowań na raka w rodzinie, szeroko pojęty tryb życia (spożycie alkoholu, palenie papierosów, odżywianie, ćwiczenia fizyczne) itp., to jednak nie oceniano wpływu zmiennych środowiskowych takich jak np. poprzedzająca zachorowanie oraz aktualna sytuacja rodzinna pacjentki, jej relacje z partnerem, problemy związane z wychowaniem dzieci, poziom stresu związanego z pracą i wiele innych. Oczywiście niemożliwe jest kontrolowanie wszystkich czynników psychospołecznych, ponieważ w odniesieniu do każdej osoby badanej będą one inne, związane z indywidualną i niepowtarzalną historią życia. Warto jednak zastanowić się, czy tego rodzaju czynniki nie wchodzi w interakcje z cechami osobowości i zaprojektować odpowiednie badania, które pozwolą określić rzeczywisty wpływ osobowości na zachorowanie i przebieg choroby nowotworowej.

Streszczenie

Badania nad cechami osobowości predysponującymi do zapadnięcia na chorobę nowotworową mają długą historię. Jednym z najczęściej opisywanych w literaturze konstruktów teoretycznych jest osobowość typu C – zespół cech, których obecność zwiększa ryzyko zachorowania na raka. Wśród cech osobowości składających się na typ C wymienia się m.in. tendencję do tłumienia emocji, szczególnie negatywnych takich jak gniew czy wściekłość, skłonność do uznawania potrzeb innych za ważniejsze od własnych, niską samoocenę, nieumiejętność radzenia sobie ze życiowymi zmianami, tendencję do popadania w nastroje depresyjne, oraz skupianie się wyłącznie na negatywnych aspektach życia. W niniejszej pracy przedstawione zostały wyniki badań weryfikujących założenie o istnieniu typu osobowości karcynogennej. Dodatkowo przeanalizowano wyniki badań dotyczących związku pomiędzy charakterystykami osobowościowymi pacjenta, a skutecznością radzenia sobie ze stresem wywołanym chorobą.

Słowa kluczowe: **choroba nowotworowa, cechy osobowości, osobowość typu C, stres, radzenie sobie**

Summary

The research on the personality traits that increase the risk of cancer's development has a long history. One of the best-described theoretical constructs is type C personality – the group of personality factors that increase the risk of cancer. Type C personality includes the following characteristics: the tendency to suppress the expression of emotions, especially those negatives, like anger or aggression, the tendency to concern one's own needs as less important than others', low self – esteem, inability to cope with life's changes, being prone to depressive disorders and focusing mostly on negative aspects of life. This article is aiming for a presentation of the results of research verifying the hypothesis suggesting the existence of the carcinogenic personality. The results of research on the relationship between patient's personality traits and the effectiveness of coping with stress caused by disease are also analyzed.

Key words: **cancer, personality traits, type C personality, coping**

Piśmiennictwo

1. Bleiker E. M., van der Ploeg H. M., Hendriks J. H., Ader H. J.: Personality factors and breast cancer development: a prospective, longitudinal study. *Journal of National Cancer Institute* 1996, 88, 1478–1482.
2. Coe M. E. Smashing myths about breast cancer, does personality play role?, źródło: www.healthandage.com, 2001.
3. Hahn R. C., Petitti D. B. Minnesota Multiphasic Personality Inventory rated depression and incidence of breast cancer. *Cancer* 1988, 61, 48–58.
4. Hall C. S., Lindzey G. *Teorie osobowości*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1998.
5. Hranicky J. Pleasure freeze" theory of cancer. źródło: www.ahealth.com, 2000
6. Stanton A. L., Danoff-Burg S., Cameron C. L., Bishop M., Collins C. A., Kirk S. B., Sworowski L. A., Twillman R.: Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. *Journal of*

- Consultant and Clinical Psychology 2000, 5, 875–882.
7. Tross S., Herndon J., Korzun A., Kornblith A. B., Cella D. F., Holland J. F., Raich P., Johnson A., Kiang D. T., Perloff M., Norton L., Wood W., Holland J. C.: Psychological symptoms and disease-free and overall survival in women with stage II breast cancer. *Journal of National Cancer Institute* 1996, 88, 661–667.
 8. Watson M., Haviland J. S., Greer S., Davidson J., Bliss J. M.: Influence of psychological response on survival in breast cancer: a population-based cohort study. *Lancet* 1999, 354, 1331–1336.
 9. Zimbardo P. G., Ruch F. L.: *Psychologia i życie*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1997.

Adres do korespondencji

Prof. dr hab. n. hum. Lechosław Gapik
Uniwersytet im. Adama Mickiewicza
ul. Szamarzewskiego 89
60–565 Poznań