

Retrospektywna ocena postaw rodzicielskich a cechy osobowości typu D u osób z chorobą nowotworową

Retrospective assessment of parental attitudes and type D personality features among individuals with cancer

Kinga Pinker, Mariola Bidzan

Instytut Psychologii, Uniwersytet Gdański

Psychoonkologia 2014; 3: 83–88

Adres do korespondencji:

prof. Mariola Bidzan
Instytut Psychologii
Uniwersytet Gdański
ul. Bażyńskiego 4
80-952 Gdańsk
e-mail: mariola.bidzan@ug.edu.pl

Streszczenie

Wstęp: Celem niniejszych badań była ocena zależności między właściwościami środowiska rodzinnego a cechami osobowości typu D u pacjentów z chorobami nowotworowymi. Starano się sprawdzić, czy u chorych na raka występuje ten typ osobowości i czy jest on skorelowany z wcześniejszymi postawami rodziców w toku wychowania.

Materiał i metody: W badaniu uczestniczyło 60 osób (30 kobiet i 30 mężczyzn) cierpiących na różne postaci choroby nowotworowej. Zastosowano dwa narzędzia badawcze: skalę DS-14 do oceny osobowości typu D i Kwestionariusz Retrospektywnej Oceny Postaw Rodziców (KPR-Roc).

Wyniki: Cechy osobowości typu D stwierdzono u 40% osób badanych, a u 36% typ pośredni. Korelacja między większością postaw rodzicielskich a osobowością stresową okazała się nieistotna statystycznie. Wyjątkiem była postawa nadmiernego ochraniania u ojca i niekonsekwencji u matki.

Wnioski: U dość znacznej części pacjentów onkologicznych występuje osobowość stresowa – typu D. Może być ona powiązana z niektórymi postawami rodzicielskimi, jednak do potwierdzenia tej zależności potrzebne są badania na szerszej grupie pacjentów.

Abstract

Background: The purpose of the study was to evaluate the correlation between family environment and type D personality among patients with cancer. We aimed to check whether in this population type D occurs and how it is connected with parents' attitude towards children in their childhood.

Material and methods: Sixty people participated in this study: 30 women and 30 men, all patients with cancer. Method used were: DS-14 to measure type D personality and KPR-Roc, a Polish questionnaire to assess parents' attitude towards children.

Results: Type D personality was found among 40% of patients and intermediate type among 36%. The correlation between parents' attitude and stress personality (type D) was poor. Only in the case of two attitudes – father's excessive protection and mother's inconsistency – was the correlation stronger.

Conclusion: Many cancer patients have type D personality, which could be connected with some of the parents' attitude. However it is necessary to confirm this correlation in a further study among a bigger group of cancer patients.

Słowa kluczowe: psychosomatyka, osobowość typu D, postawy rodzicielskie, choroby nowotworowe.

Key words: psychosomatic, type D personality, parents' attitude, cancer.

Wstęp

Psychosomatyka jest dziedziną nauki rozwijającą się w obecnym czasie bardzo dynamicznie [1]. Rośnie liczba publikacji na ten temat, jednak pytania: Psychika? Somatyka? A może obie naraz? Co jest główną przyczyną chorób o nieznannej bądź wątpliwej etiologii? – pozostają na razie bez odpowiedzi.

Już od czasów starożytnych otwarte umysły postulowały jedność psychofizyczną człowieka. Do dzisiaj nie wymyśliliśmy nic oryginalniejszego. „Leczenie wielu chorób nie jest znane lekarzom Hellady, gdyż nie baczą oni na całość, którą także studiować należy, albowiem nie może być zdrowa część, kiedy niedomaga całość” – te słowa Platona powinny przyświecać szczególnie lekarzom naszej epoki. W dobie wąskich specjalizacji i mnogości nurtów i podejść gubimy sens naszych oddziaływań – człowieka – z jego holistyczną naturą [1, 2].

Do czasów obecnych jedność psychofizyczna była zagadnieniem bardziej filozoficznym niż medycznym i naukowym. Jak bowiem zmierzyć ducha? Gdzie jest granica między światem fizjologii a rzeczywistością psychiczną człowieka? Te wątpliwości nieraz kazały badaczom odchodzić od holistycznego sposobu ujmowania natury ludzkiej. Na szczęście w historii medycyny wciąż pojawiali się lekarze intuicyjnie wierzący, że takie podejście ma sens. Podwaliny teorii, które stworzyli, doprowadziły do powstania nowej subdyscypliny naukowej – psychoneuroimmunologii.

Stres a choroby psychosomatyczne

We współczesnej medycynie oczywiste są założenia o bio-psycho-społecznej naturze człowieka i polietiologicznym charakterze chorób [2, 3]. Nikt już nie polemizuje z faktem, że zaburzenia somatyczne mogą być w równym stopniu uwarunkowane procesami biologicznymi, psychicznymi i społeczno-kulturowymi. Na tym gruncie powstała psychoneuroimmunologia – dziedzina nauki o interdyscyplinarnym charakterze, próbująca wyjaśnić, w jaki sposób psychika namacalnie oddziałuje na ciało człowieka. Zajmuje się trzema obszarami wiedzy: psychologią, neurologią i immunologią, łącząc procesy przebiegające w każdym z tych układów i dowodząc szeregu sprzężeń zwrotnych między tymi płaszczyznami. Pojęcie psychoneuroimmunologii (PNI) zostało stworzone w 1981 r. przez Roberta Adera w wyniku badań nad szczurami i behawioralnie uwarunkowaną immunosupresją [4]. Odkrycie to sprawiło, że głównym przedmiotem zainteresowania Adera i nowo powstałej dziedziny wiedzy stały się powiązania między stresem a ukła-

dem odpornościowym, od którego zależy podatność na choroby somatyczne [5].

Stres, który jest ściśle psychologiczną reakcją na przeciążenie, uruchamia szereg procesów fizjologicznych mających na celu przygotowanie organizmu do walki z niesprzyjającymi warunkami. Jego rola jest adaptacyjna do momentu, gdy mobilizacja jest tylko czasowa. Gdy staje się ona stanem chronicznym, nadmierne pobudzenie układu immunologicznego prowadzi do stopniowego zużywania się rezerw energetycznych organizmu i upośledzenia pracy kolejnych narządów. W wyniku tego procesu następuje także zjawisko patologicznego wzrostu wrażliwości całego systemu na stres, a chroniczna aktywacja utrzymuje się nawet po zaprzestaniu działania bodźca [6]. Niezwykle interesujące są dokonania psychoneuroimmunologii w wyjaśnianiu i opisywaniu całego szlaku oddziaływań biochemicznych, począwszy od reakcji psychologicznej, jaką są emocje pojawiające się w postaci pobudzenia w ośrodkowym układzie nerwowym, poprzez układ hormonalny i neuroprzebieżnikowy, aż do systemu odporności, którego działanie w wypadku stresu przewlekłego najczęściej ulega upośledzeniu [7]. Nie ma tu niestety miejsca na dokładne przytoczenie powyższych badań ze względu na ograniczoną objętość artykułu, dlatego zainteresowanych odsyłamy do wspomnianej literatury. Wracając do układu odpornościowego – jak powszechnie wiadomo, głównymi komórkami tego systemu są limfocyty. W organizmie człowieka występują różne ich rodzaje i każdy z nich charakteryzuje się inną formą działania. Zwrócimy tu szczególnie uwagę na jeden typ, który według najnowszych badań może mieć decydujący wpływ na postęp chorób nowotworowych. Chodzi o komórki NK – *natural killer*. Cechą charakterystyczną ich działania jest niesłychana szybkość. Mają zdolność atakowania nieprawidłowej tkanki już po kilku minutach od kontaktu z nią, gdyż nie potrzebują wcześniejszej jej immunizacji [8]. Fakt ten sprawia, że odgrywają główną rolę w zapobieganiu i zwalczaniu różnych chorób, w szczególności nowotworowych. Niestety, duża wrażliwość tych komórek na zaburzenia homeostazy sprawia, że chroniczny stres upośledza ich funkcjonowanie i znacząco wpływa na stan i pracę układu odpornościowego [9, 10].

Osobowość stresowa – typu D

W tym kontekście ważną rolę może odgrywać koncepcja osobowości stresowej, inaczej typu D. Już od hipotezy czterech fluidów Hipokratesa i Galena poprzez psychologię konstytucjonalną Kretschmera i Sheldona ludzie zadawali sobie pytanie o istnie-

nie cech osobowości sprzyjających chorobom somatycznym. Idee powstałe na podstawie tych dociekań zaowocowały koncepcjami wzoru zachowania A i B oraz teorią osobowości typu C. Nie spełniły jednak one pokładanych w nich nadziei. W związku z tym rozczarowaniem badacze kontynuowali poszukiwania i stworzyli nowy konstrukt: osobowość stresową, inaczej typu D [11].

Pojęcie to zostało zdefiniowane w 1995 r. przez holenderskiego naukowca Johana Denolleta. Zawiera ono w sobie dwa wymiary: negatywną emocjonalność i hamowanie społeczne. Pierwszy z nich określa skłonność człowieka do chronicznego przeżywania negatywnych emocji, a drugi – do tłumienia ich w sytuacjach społecznych. Oznacza to, że osoba taka częściej odczuwa lęk, gniew czy wrogość, ale nie okazuje ich przy innych ludziach z obawy przed odrzuceniem. Poświęca więc niejako ekspresję tego, co czuje, za cenę aprobaty społecznej. Tak naprawdę koszty jednak są dużo większe. Jak dowodzą badania [12], tłumienie emocji, łączące się ze stanem podwyższonego napięcia, wpływa negatywnie na pracę limfocytów NK. Może to sprzyjać osłabieniu odporności i zwiększać podatność na choroby somatyczne. Niektórzy badacze dowiedli również, że pacjentki onkologiczne niewyraźnie otwierając swoje emocje miały wyraźnie gorsze wyniki badań limfocytów niż kobiety pokazujące swoje uczucia [5, 13].

Osobowość typu D jest konstruktem bardzo podobnym do wcześniejszej koncepcji – typu C. Obie zawierają element tłumienia negatywnych emocji. O ile jednak ta ostatnia cechuje się generalnym brakiem świadomości przeżywanych emocji, o tyle w wypadku tej pierwszej tłumienie następuje w sposób świadomy i celowy. Badania nie potwierdziły związku między osobowością typu C a chorobami nowotworowymi, z kolei prace nad osobowością stresową nadal trwają. Czas pokaże, czy któraś z nich okaże się w jakiś sposób prognostyczna w stosunku do choroby.

Material i metody

Celem niniejszych badań była ocena zależności między właściwościami środowiska rodzinnego a cechami osobowości typu D u osób cierpiących na choroby nowotworowe. Na podstawie innych badań [13, 14] przyjęto, że pacjenci onkologiczni mają pewne specyficzne cechy wchodzące w skład osobowości stresowej – typu D. Zadano sobie pytanie o pochodzenie tego konstrukt – czy jest on ubocznym efektem radzenia sobie z ciężką sytuacją choroby i stanu zagrożenia życia, czy też stanowi element osobowości przedchorobowej. Na podstawie badań, które nie mają charakteru

longitudinalnego, nie jest możliwa odpowiedź na to pytanie, więc postanowiono zbadać zjawisko w sposób pośredni – poprzez eksplorację właściwości środowiska rodzinnego pacjentów. Przyjęto, że ewentualna korelacja między występowaniem cech osobowości typu D a konkretnymi postawami rodziców pacjentów może świadczyć o przedchorobowym pochodzeniu negatywnej emocjonalności i hamowania społecznego, wykształconego w trakcie rozwoju w rodzinie pierwotnej.

W badaniu uczestniczyło 60 osób: 30 kobiet i 30 mężczyzn, pacjentów Kliniki Onkologii i Radioterapii Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku. Średnia wieku wynosiła 60 lat: 57 lat dla kobiet ($M = 56,77$; $SD = 11,15$) i 62 lata dla mężczyzn ($M = 62,37$; $SD = 9,8$). Osoby badane cierpiały na różne rodzaje choroby nowotworowej, szczegółowe rozpoznanie nie miało wpływu na dobór grupy.

Zastosowano dwa narzędzia pomiarowe:

- Skalę DS-14 do pomiaru osobowości typu D, autorstwa Niny Ogińskiej-Bulik, Zygryda Juczyńskiego i Johana Denolleta. Jest to narzędzie samoopisu, składa się z 14 twierdzeń, po 7 na każdy z dwóch wymiarów: negatywnej emocjonalności i hamowania społecznego. Badany określa podane stwierdzenia na pięciostopniowej skali od 0 – zdanie fałszywe, do 4 – prawdziwe. Dla każdego wymiaru wyniki oblicza się oddzielnie, zaklasyfikowanie do typu D następuje po uzyskaniu co najmniej 10 punktów w każdej ze skal. Podwyższony wynik tylko jednego wymiaru wskazuje na typ pośredni [15];
- Kwestionariusz Retrospektywnej Oceny Postaw Rodziców (KPR-Roc), opracowany przez Mieczysława Plopę [16]. Narzędzie to służy do oceny postaw rodziców przez dorosłych pacjentów, dokonywane z perspektywy czasu. Osobny arkusz 50 pytań odnosi się do postawy matki, a osobny do postawy ojca. Łącznie dają one zestaw 100 pozycji testowych. Osoba badana ocenia swoich rodziców na pięciostopniowej skali, a wyniki grupują się w pięć wymiarów opisujących relacje rodzic – dziecko:
 - postawa akceptacji – odrzucenia: pierwszy biegun oznacza, że w odczuciu badanego rodzic okazywał mu miłość, wykazywał wrażliwość na jego potrzeby i stany emocjonalne oraz udzielał nienarzucającego się wsparcia. Drugi biegun charakteryzuje się chłodem emocjonalnym i obojętnością rodzica, który nie czuje potrzeby kontaktów z dzieckiem, wytwarza dystans i ogranicza się do zaspokajania jedynie jego potrzeb materialnych;
 - postawa autonomii: cechuje się zrozumieniem dla potrzeby prywatności dziecka. Rodzic pozwala swobodnie eksplorować środowisko,

udzielając wsparcia, gdy dziecko o to poprosi. W trudniejszych sytuacjach udziela rad, ale nie narzuca swojego zdania, ucząc samodzielnego rozwiązywania problemu;

- postawa nadmiernie ochraniająca: charakteryzuje się potrzebą rodzica przesadnej troski o życie dziecka. Rodzic taki czuje napięcie i niepokój, gdy dziecko samo eksploruje środowisko, więc ingeruje w przebieg wydarzeń, nie pozwalając na swobodny rozwój;
- postawa nadmiernie wymagająca: cechuje się wysokimi wymogami i surowością w ocenie niedociągnięć. Rodzic kontroluje życie przez nakazy i zakazy, nie biorąc pod uwagę potrzeby samodecydowania dziecka. Nie ma ono żadnej możliwości sprzeciwu, czuje, że jest ważne, ale zarazem że sprawia zawód rodzicom;
- postawa niekonsekwentna: rodzic postrzegany jest jako emocjonalnie niestabilny i zmienny. Działa pod wpływem chwili i szybko się denerwuje, co sprawia, że trudno przewidzieć jego reakcje. W takiej sytuacji dziecko zwykle wycofuje się w swój świat, nie czując się bezpiecznie i nie będąc w stanie się domyślić, jak zareaguje rodzic tym razem.

Każdemu z tych wymiarów przyporządkowane jest 10 pytań, których odpowiedzi są odpowiednio punktowane. Wynik surowy jest następnie zamieniany na steny, które świadczą o natężeniu danej postawy w relacji rodzic – dziecko [16].

Wyniki

Osobowość typu D stwierdzono u 40% badanych, po równo wśród kobiet i mężczyzn, u 35,7% typ pośredni, czyli co najmniej jedną ze skal o podwyższonym wyniku: negatywna emocjonalność u 61,7% wszystkich pacjentów, a hamowanie społeczne u 55%. Wyniki te obrazuje tabela 1. Różnice między płciami w występowaniu poszczególnych podskal okazały się nieistotne statystycznie.

Głównym celem badań było ustalenie zależności między osobowością typu D dorosłych chorych

na raka a ocenianymi przez nich retrospektywnie postawami ich rodziców. Do analizy wyników posłużył test *t*-Studenta dla prób niezależnych. Tabela 2. przedstawia porównanie ocen rodziców dokonanych przez osoby ze zdiagnozowaną osobowością stresową i bez niej. Większość wyników okazała się nieistotna statystycznie, co oznacza, że nie mamy podstaw do stwierdzenia zależności między typem D osobowości pacjentów onkologicznych a postawami wychowawczymi ich rodziców. Wyjątkiem są dwa wyniki będące na granicy istotności – bardzo słaba pozytywna korelacja z niekonsekwencją u matki: $t(58) = 1,67, p < 0,099, d$ Cohena = 0,59, oraz nieco silniejsza dodatnia korelacja z postawą ochraniająca u ojca: $t(58) = 1,95, p < 0,056, d$ Cohena = 0,75. Oznacza to, że osoby badane, u których stwierdzono cechy osobowości typu D, oceniały matki jako bardziej niekonsekwentne, a ojców jako bardziej ochraniających niż pacjenci bez cech tej osobowości.

Dyskusja

Warto zauważyć, że osobowość typu D jest stosunkowo nowym konstruktem, w związku z czym nie ma jeszcze zbyt wielu badań na ten temat. Twórca tego pojęcia, Johan Denollet, publikując w literaturze anglojęzycznej, zajmował się przede wszystkim nadciśnieniem i chorobami serca [17]. To dopiero polscy badacze zainteresowali się występowaniem osobowości stresowej wśród pacjentów z innymi schorzeniami, takimi jak nowotwory, choroba wrzodowa czy łuszczyca, co jest ich niewątpliwą zasługą [18].

Opierając się na powyższych doniesieniach, zwrócono szczególną uwagę na występowanie osobowości typu D u chorych na raka. Nowotwory są coraz częstszym powodem zgonów w Europie, plasują się na drugim miejscu pod względem śmiertelności, zaraz po chorobach układu krążenia [19]. Z uwagi na swój przewlekły charakter i rosnącą częstość występowania będą się stawały coraz dotkliwszym problemem nie tylko medycznym,

Tabela 1. Tabela krzyżowa: negatywna emocjonalność i hamowanie społeczne
Table 1. Cross table: negative emotions and social inhibition

		Hamowanie społeczne		Ogółem	
		tak	nie		
Negatywna emocjonalność	tak	liczebność	24	13	37
		% z ogółem	40,00	21,70	61,70
	nie	liczebność	9	14	23
		% z ogółem	15,00	23,30	38,30
Ogółem		liczebność	33	27	60
		% z ogółem	55,00	45,00	100,00

Tabela 2. Test *t*-Studenta dla grup niezależnych. Średnie wyniki surowe i odchylenia standardowe dla oceny postaw rodzicielskich przez osoby z typem D i bez typu D**Table 2.** Student's *t* test for independent groups. Average raw scores and standard deviations for the assessment of parental attitudes by people with type D personality fetures

	Tak			Nie			Test istotności różnic średnich				Test jednorodności wariancji		
	M	SD	N	M	SD	N	<i>t</i>	df	<i>p</i>	<i>d</i>	F	df1; df2	<i>p</i>
Matka: akceptacja – odrzucenie	40,96	7,21	24	42,92	4,93	36	-1,161	37,18	0,253	-0,39	4,06	1; 58	0,048
Matka: autonomia	37,63	6,74	24	39,08	5,05	36	-0,904	39,77	0,371	-0,31	4,09	1; 58	0,048
Matka: ochranianie	38,58	6,94	24	36,97	5,10	36	1,036	58	0,304	0,33	2,16	1; 58	0,147
Matka: wymaganie	30,75	8,36	24	29,36	7,85	36	0,654	58	0,516	0,24	0,01	1; 58	0,942
Matka: niekonsekwencja	24,42	7,62	24	21,28	6,74	36	1,678	58	0,099	0,59	0,50	1; 58	0,481
Ojciec: akceptacja – odrzucenie	40,33	6,73	24	40,64	7,64	36	-0,159	58	0,874	-0,06	0,02	1; 58	0,883
Ojciec: autonomia	40,00	5,76	24	38,44	8,03	36	0,818	58	0,417	0,36	1,86	1; 58	0,178
Ojciec: ochranianie	33,96	7,72	24	29,83	8,21	36	1,951	58	0,056	0,75	0,02	1; 58	0,901
Ojciec: wymaganie	28,08	10,17	24	28,92	9,60	36	-0,322	58	0,749	-0,12	0,10	1; 58	0,757
Ojciec: niekonsekwencja	24,71	8,65	24	23,53	8,78	36	0,513	58	0,610	0,19	0,37	1; 58	0,545

lecz także społecznym. Skłoniło nas to do zajęcia się tą tematyką od strony psychologicznej i poszukiwania ewentualnych korelatów choroby czy czynników sprzyjających zachorowaniu. Oprócz celów poznawczych niniejsze studium może mieć też wymiar praktyczny: przyjrzenie się sytuacji psychologicznej pacjenta umożliwi specjalistom lepszą pomoc chorym w radzeniu sobie z tą trudną sytuacją.

Pierwszym pytaniem badawczym była kwestia samego występowania osobowości stresowej u pacjentów chorych onkologicznie. Polscy badacze stwierdzili ją u 9,3% osób zdrowych, 31% pacjentów kardiologicznych, 41% osób dializowanych i 19% chorych na raka [18]. We wcześniejszym studium [11] obserwowano bardzo podobny rozkład występowania: 7,3% osobowości typu D w zdrowej populacji, 31% u chorych kardiologicznie, 41,1% u pacjentów dializowanych i 18,1% u chorych na raka. Wyniki te sugerują, że osobowość stresowa występuje istotnie częściej u osób chorych niż zdrowych, nie ogranicza się jednak tylko do jednego schorzenia. Na tej podstawie można stwierdzić, że badany konstrukt wiąże się bardziej ze zgeneralizowaną podatnością na różnego typu zaburzenia zdrowia niż z konkretną chorobą.

W niniejszym badaniu uzyskano wynik na poziomie 40%. Jest to dość wysoki odsetek, odbiegający nieco od rezultatów uzyskanych wcześniej przez naukowców zajmujących się tą tematyką. Pierwszą

z hipotez wyjaśniających jest dość mała grupa badanych, licząca 60 osób. W doniesieniach cytowanych wcześniej liczba pacjentów była na poziomie 400, co jest istotną różnicą. Drugą kwestią tłumaczącą ten wynik może być fakt, że badanie najczęściej miało formę indywidualnej rozmowy, z zachowaniem dbałości o komfort i dyskrecję. Forma ta była wymuszona przez warunki pracy z osobami często starszymi, w oczywisty sposób zmęczonymi procesem leczenia, które wołały, by pytania zostały im przeczytane, niż samodzielnie wypełniać kwestionariusze. Osobisty stosunek badacza do badanego mógł mieć wpływ na szczerść udzielanych odpowiedzi i uzyskane wyniki.

Drugą kwestią, a zarazem najważniejszą w kontekście niniejszych badań, było sprawdzenie ewentualnych zależności pomiędzy osobowością stresową a postawami własnych rodziców, ocenianymi retrospektywnie przez chorych na raka. W dziedzinie psychologii oczywisty wydaje się fakt, że klimat emocjonalny rodziny pochodzenia odgrywa główną rolę w kształtowaniu osobowości dziecka. Ciekawym badawczo problemem jest niewątpliwie pytanie, czy taka sama zależność zachodzi w przypadku osobowości typu D. Uzyskane wyniki w większości okazały się nieistotne statystycznie. Wydaje się w takim razie, że związek między badanymi konstruktami nie istnieje. Uwagę zwróciły jednak dwa wyniki będące na granicy

istotności: bardzo słaba pozytywna korelacja osobowości typu D z niekonsekwencją u matki oraz trochę silniejsza – z postawą ochraniają u ojca. Dodatkowo ważność tych wyników potwierdzają miary wielkości efektu, kształtujące się na poziomie 0,59 i 0,75. Wartości te świadczą o sile związku między zmiennymi bez względu na wielkość próby. Oznacza to, że gdyby powtórzone badania na większej grupie osób, korelacja między osobowością stresową a wymienionymi postawami rodzicielskimi okazałaby się istotna statystycznie. Gdy szukając wyjaśnienia dla takich wyników, sięgniemy do definicji analizowanych postaw, związek między zmiennymi wyda się oczywisty. Według twórcy Kwestionariusza [16] rodzic cechujący się niekonsekwencją wprowadza napiętą atmosferę do domu, działając często impulsywnie i zgodnie ze zmieniającymi się nieustannie nastrojami. Sprawia to, że jego zachowanie staje się nieprzewidywalne dla członków rodziny, którzy zamykają się w swoim świecie, gdyż nigdy nie wiedzą, z jaką reakcją spotkają się po ujawnieniu swoich uczuć. Ich postawa może być elementem osobowości typu D, ponieważ zawiera w sobie jednocześnie przeżywanie negatywnych emocji w związku z sytuacją w domu i silne tłumienie ich wyrażania z obawy przed odrzuceniem.

Warto również dodać, że podobne wyniki uzyskała Bemka [20]. Badała ona pacjentów kardiologicznych i uzyskała istotną różnicę między chorymi z osobowością stresową a grupą kontrolną pod względem oceniania swoich matek jako bardziej niekonsekwentnych. Nie zauważono natomiast związku osobowości typu D z ochraniającym u ojca.

Podsumowanie i wnioski

Na podstawie uzyskanych wyników sformułowano następujące wnioski:

1. U znacznej części pacjentów onkologicznych występują cechy osobowości stresowej typu D.
2. U pacjentów onkologicznych stwierdzono związek pomiędzy występowaniem cech osobowości typu D a postawą nadmiernego ochraniają u ojca i postawą niekonsekwencji u matki.

Wartościowe wydaje się powtórzenie badań na dużo większej grupie osób, by sprawdzić, czy zaobserwowane zależności naprawdę istnieją. Z punktu widzenia dostępnej literatury można potwierdzić występowanie osobowości stresowej u pacjentów chorych somatycznie, w tym onkologicznie. Pozostaje jednak pytanie, w jak dużym odsetku. Ciekawe wydają się również wyniki dotyczące korelacji badanego konstruktów z retrospektywnymi ocenami rodziców. Czy oznacza to, że specyficzny klimat domu rodzinnego wpływa

na stresogenne style przeżywania, które na pewno nie sprzyjają zdrowiu? Nie wiadomo. Na pewno niniejsze badania świadczą o tym, że jest jeszcze wiele niewiadomych w tej dziedzinie, i mogą być dobrą inspiracją dla kolejnych naukowców zainteresowanych tą tematyką.

Piśmiennictwo

1. Pędziwiatr H. Teoretyczne podstawy terapii w ujęciu psychosomatycznym. Uniwersytet Zielonogórski, Zielona Góra 2006.
2. Wasilewski B. Holistyczne rozumienie medycyny wymogiem współczesności. *Sztuka Leczenia* 2011; 1-2: 11-15.
3. Wrześniewski K. Czy zasadnym jest wyodrębnianie chorób psychosomatycznych? W: Pilawska H, Siemińska M (red.). *Zachowania ludzkie w zdrowiu i chorobie*. Instytut Psychosomatyczny, Materiały z Międzynarodowej Konferencji Medycyny Psychosomatycznej Krajów Nadbałtyckich, Warszawa 1999.
4. Wasmer Smith L. *Psychika i ciało*. Wydawnictwo Prószyński i S-ka, Warszawa 1998.
5. Mausch K. *Wprowadzenie do psychoneuroimmunologii*. Wydawnictwo Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin 2003.
6. Uziatko J, Araszkievicz A. *Psychoneuroimmunologia – zarys badań*. *Psychoonkologia* 2002; 6: 77-81.
7. Żak W. Reumatoidalne zapalenie stawów w świetle odkryć psychoneuroimmunologii. W: Pilawska H, Siemińska M (red.). *Zachowania ludzkie w zdrowiu i chorobie*. Instytut Psychosomatyczny, Materiały z Międzynarodowej Konferencji Medycyny Psychosomatycznej Krajów Nadbałtyckich, Warszawa 1999.
8. Gołąb J, Jakóbisiak M, Lasek W, Stokosa T. *Immunologia*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012.
9. Jurkowski MK. Komórki cytotoksyczne (NK) a psychoonkologia. *Psychoonkologia* 2002; 6: 103-107.
10. Gapik Ł, Kosmala J. Wpływ czynników psychologicznych związanych z diagnozą i operacyjnym leczeniem choroby nowotworowej na aktywność komórek NK. *Sztuka Leczenia* 2003; 9: 71-76.
11. Ogińska-Bulik N. Osobowość typu D a występowanie chorób somatycznych. *Sztuka Leczenia* 2004; 10: 9-16.
12. Booth RJ, Pennebaker JW. Emocje a odporność. W: Lewis M, Haviland-Jones JM (red.). *Psychologia emocji*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005; 701-716.
13. Ogińska-Bulik N, Juczyński Z. *Osobowość – stres a zdrowie*. Difin, Warszawa 2008.
14. Ogińska-Bulik N. The role of social support in posttraumatic growth in people struggling with cancer. *Health Psychology Report* 2013; 1: 1-8.
15. Juczyński Z, Ogińska-Bulik N. *Narzędzia pomiaru stresu i radzenia sobie ze stresem*. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2009.
16. Płopa M. *Więzi w małżeństwie i rodzinie*. Metody badań. Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2005.
17. Denollet J, Van Heck G. Psychological risk factors in heart disease. What Type D personality is (not) about. *J Psychosom Res* 2001; 51: 465-468.
18. Ogińska-Bulik N, Juczyński Z. Właściwości osobowości sprzyjające chorobom somatycznym – rola typu D. *Psychoonkologia* 2008; 12: 7-13.
19. Kułakowski A, Skowrońska-Gardas A (red.). *Onkologia: podręcznik dla studentów medycyny*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2003.
20. Bemka E. Retrospektywna ocena postaw rodzicielskich a wzór zachowania A i osobowość stresowa typu D u pacjentów z chorobą niedokrwienną serca. Uniwersytet Gdański, praca magisterska nr 2105, Gdańsk 2008.