

Československá psychologie 2006 / ročník L / číslo 5

Přehledové studie

TYPY CHOVÁNÍ, TYPY OSOBNOSTI A JEJICH VZTAH KE ZDRAVÍ

IVA ŠOLCOVÁ

Psychologický ústav AV ČR, Praha

VLADIMÍR KEBZA

Státní zdravotní ústav, Praha

ABSTRACT

Behavior types, personality types and their relation to health

I. Šolcová, V. Kebza

The history of research dedicated to behavior types gets over almost fifty years. The paper offers an overview about the latest development of research focused on behavior types, personality types and their relation to health. It addresses especially to the knowledge connected with type A behavior, type C behavior and type D personality. It concerns also the latest development of exploration the relation between some temperament characteristics (introversion-extraversion, neuroticism) or emotional characteristics (depression) and health.

key words:

type A behavior,
type C behavior,
type D personality,
high extroversion – low neuroticism,
depression

klíčová slova:

chování typu A,
chování typu C,
osobnost typu D,
vysoká extraverte – nízký neuroticismus,
deprese

CHOVÁNÍ TYPU A: STRUČNÁ HISTORIE

Výzkum zaměřený na typy chování má za sebou již bezmála padesátiletou historii – základní článek upozorňující na vztah mezi vzorcem chování a kardiovaskulárním nálezem vyšel v r. 1959 (Friedman, Rosenman, 1959). Jeho „prodromální“ fáze má ovšem kořeny již ve druhé polovině 19. století v podobě postřehů německého lékaře von Dusché, který upozornil na skutečnost, že řada jeho pacientů s ischemickou chorobou srdeční vykazuje výrazné příznaky nadměrného zaujetí prací a hlučného, sebevědomého a dominantního hlasového projevu a vystupování. Podobná zjištění uváděl ve 20. letech W. Osler a ve 30. letech tato konstatování doplnili manželé Menninge-rovi odkazy na agresivní projevy chování těchto pacientů. Další část vývoje tohoto konstruktu proběhla ve 40. letech, kdy Friedman s Kasaninem (1943, podle Friedma-na, 2001) upozornili na možnost, že důvodem výskytu srdeční choroby u pouze jed-

Došlo: 6. 1. 2006; I. Š., Psychologický ústav AV ČR, Husova 4, 110 00 Praha 1; e-mail: solco-va@praha.psu.cas.cz; V. K., Státní zdravotní ústav, Šrobárova 48, 100 42 Praha 10

noho z jednovaječných dvojčat mohou být emoční faktory. Přibližně ve stejné době jako Friedman s Rosenmanem popsal Stewart Wolf tzv. sysifovskou reakci, která byla podle něj charakteristická pro osoby náchylné ke kardiovaskulárním chorobám: tyto osoby se typicky snaží zdolávat sice reálné, ale často jimi samými navozené výzvy a z jejich případného úspěšného zdolání se nedovedou ani radovat, ani poté ve svém úsilí zvolnit (Rosch, 2004).

V 80. letech se zdálo být jasno. Státním ústavem pro srdeční, plicní a krevní choroby (National Heart, Lung and Blood Institute) sponzorovaný panel uzavřel dosavadní výzkumnou činnost konstatováním, že chování typu A (CHTA) je spojeno se zvýšeným rizikem kardiovaskulárních onemocnění u občanů USA středního věku z průmyslových oblastí (The review panel, 1981). Vysoká úroveň CHTA byla zařazena spolu s hypertenzí, vysokou úrovní celkového cholesterolu aj. mezi rizikové faktory kardiovaskulárních onemocnění a další vývoj zkoumání této charakteristiky později ukázal, že lze v této souvislosti hovořit o jakési dispoziční vulnerabilitě ke vzniku a rozvoji kardiovaskulárních onemocnění.

Následující léta však přinesla jisté rozčarování: Výsledky výzkumů realizovaných po tomto mezníkovém aktu nebyly vždy konzistentní se základním tvrzením a docházelo k nálezům, které vazbu mezi CHTA a rizikem kardiovaskulárního onemocnění nepotvrzovaly. Proč tomu tak je, je předmětem zkoumání.

M. Friedman (2001) je například přesvědčen, že problém je v nesprávném určování typu chování. On sám s Rosenmanem vždy naléhavě zdůrazňovali, že typ chování musí být určen „klinicky“, v diagnostickém sezení, jehož součástí je kromě části zaměřené na CHTA též osobní a rodinná anamnéza a pozorování zkušeného klinika, jehož cílem je detekovat specifické psychomotorické a fyzické znaky (napětí obličejových svalů, rychlá řeč, pomlaskávání, slyšitelné nádechy apod.). Tuto složku klinického vyšetření pokládají autoři za nejvýznamnější. (Postoj autorů k dotazníkům zjišťujícím typ chování je striktně odmítavý¹.) Protože se praxe od tohoto doporučovaného postupu výrazně odklonila, není podle Friedmana divu, že výsledky studií vycházejí tak, jak vycházejí.

Jiný výklad poskytují studie, které poukazují na význam části projevů CHTA, a to dimenzi zlost – hostilita, jež se ve výzkumech ukázala být nejrobustnějším prediktorem kardiovaskulárních onemocnění. Řada studií (mj. Powell 2000, Williams 1989) prokázala vysoké korelace mezi hostilitou, aterosklerózou a kardiovaskulární úmrtností, ale též úmrtností obecnou, z jakýchkoli důvodů.

Je zajímavé, že ani jeden z původních autorů nepokládá hostilitu za „nejtoxičtější“ komponentu konstelace chování typu A. Za nejškodlivější pokládá M. Friedman trvalou časovou tíseň (pospíchací nemoc – „hurry sickness“), R. H. Rosenman pokládá za nejškodlivější soutěživost (Friedman, 2001; Rosch, 2004).

Za další poněkud kuriózní příčinu potíží s trvalým uznáním CHTA coby rizikového faktoru pokládá Friedman (2001) skutečnost, že téměř všichni kardiologové jsou osoby s výrazným CHTA. Podle Friedmana je pak ovšem těžké chtít po osobách, které nemají náhled na tento syndrom samy u sebe, aby jej diagnostikovaly u svých pacientů.

Negativní výsledky dobře kontrolovaných studií vedly k jisté skepsi lékařů ohledně vazby psychologických proměnných s kardiovaskulárními chorobami, nezastavily však další výzkum této problematiky.

¹ S jistou výjimkou Bortnerovy škály u R. H. Rosenmana, i tu však pokládá vzhledem k Bortnerově úmrtí za nedokončenou (Rosch, 2004).

Charakteristika CHTA

CHTA je činnostně-emoční komplex potencovaný vlivy z okolního prostředí. Zdá se, že je nějakým způsobem produktem západní kultury a jí vyznávaných hodnot, zejména preference sebevědomí, úspěchu, průbojnosti a rychlosti (Lacher, 1993).

Chování typu A je úzce spojeno se stresogenními situacemi. Prohlubování poznatkové základny přineslo důkazy o tom, že osoby s CHTA prožívají situace, ve kterých je ohrožena jejich kontrola nad situací, intenzivněji, s intenzivnějším psychofyziologickým i neuroendokrinním (Glass et al., 1980) doprovodem než osoby s jinými typy chování (časem se vžilo označení „hot reactors“).

Koncepci typu chování se dostalo výrazného věhlasu a na základě původního vkladu autorů Friedmana a Rosenmana vznikla rozsáhlá speciální literatura, která kromě původního konceptu typu chování rozpracovávala diagnostické a intervenční metody určené k postižení a ke kontrole chování typu A. Hlavními podklady pro koncipování CHTA se staly dvě již klasické studie, a to „Western collaborative group study“ a „Framingham study“.

Po letech intenzivních výzkumů je charakteristika jedinců s převažujícím CHTA vymezována v tom smyslu, že se jedná o osoby nesmlouvavě směřující k dosažení cíle za co nejkratší dobu bez ohledu na překážky. Výrazná orientace na výkon a soutěživost u těchto osob pravděpodobně umocňuje trvale prožívaný nedostatek času a neschopnost uvolnit se. V rozsáhlé řadě studií byly charakterizovány hlavní specifické znaky této charakteristiky, jež se posléze ustálily na vysokém pracovním nasazení spojeném se snahou zvládnout co nejvíce pracovních úkolů v co nejkratším čase, kompetitivnosti, snaze získat kontrolu nad probíhajícím dnem, iritabilitě a hostilitě. Autoři se shodují v tom, že CHTA není osobnostní rys, ale výsledek interakce predisponujících faktorů a situačních podmínek (viz kupř. Matthews, Haynes, 1986). V některých dalších studiích se postupně potvrdila zhruba dvojnásobná úroveň rizika rozvoje kardiovaskulárních onemocnění u mužů i žen s převažující charakteristikou CHTA (Haynes, Feinleib, Kandel, 1980), avšak jiné práce tento vztah nepotvrdily (Case et al. 1985). Příčin těchto rozporných výsledků je zřejmě více: významnou otázkou je nepochybně způsob výběru respondentů v jednotlivých studiích, ale zdrojem problému může být i samo vymezení konstruktu CHTA a jeho operacionalizace.

Osoby s CHTA se podle většiny autorů vyznačují vysokou soutěživostí, zvýšenou úrovní hostility, agrese, iritability a nižší tolerancí k frustraci (tato konstelace se později vžila jako tzv. AHA /anger-hostility-aggression/ syndrom dle Spielbergera). V chování se projevuje jako zvýšená „ochota“ k rozčlenění s příslušnými vnějšími i vnitřními (prožitkovými a zejména fyziologickými) projevy.

Friedman s Rosenmanem (např. 1974) a dalšími spolupracovníky, zejm. Margaret Chesneyovou (např. Chesney, Rosenman, 1983) došli k závěru, že CHTA má trojí původ: První se týká osobnosti a emočních charakteristik jedince typu A (zvýšená soutěživost, agresivita, často rozvinutá v hostilitu, netrpělivost, chronický pocit časové tísně a nutkavá ctižádost). CHTA však vzniká pouze tehdy, jsou-li tyto dispozice „aktivovány“, a taková aktivace závisí na povaze specifických podnětů z prostředí, požadavcích a ohrožení kontroly a na percepci těchto podnětů z prostředí ze strany jedince. Trojí původ CHTA je tak dán vnitřními emočními složkami, stresory ze zevního prostředí a interpretací, na něž závisí odpovědi jedince (Rosenman, 1992). CHTA vede u svých nositelů ke zvýšené reaktivitě na skutečné či vnímané ohrožení jedince a to je patrně mechanismus, kterým je CHTA asociováno s prevalencí a incidencí ischemické choroby srdeční (ICHS) a se závažností koronární aterosklerózy u mužů

a žen. Jeho predikční závažnost je pokládána za obdobnou jako u ostatních rizikových faktorů. Typ chování může být stanoven s relativně vysokou spolehlivostí.

Po potvrzení rizikovosti CHTA se úsilí autorů zaměřilo zejména na možnosti změny CHTA, a to jednak osvětovým působením, jednak cílenými změnami postojů a názorů a změnami organizace denního režimu, včetně nácviku některých speciálních úkonů či dovedností (např. relaxačních metod) a odstranění nežádoucích návyků (kouření, výživa).

Zhruba od poloviny 80. let minulého století je studováno CHTA v dětském věku. Ze studie Murraye a kol. (1986) vyplývá, že CHTA se vyskytuje častěji u chlapců než u dívek a u černých chlapců častěji než u bílých chlapců. Rodičovská posouzení ukázala u těchto dětí zvýšenou tendenci k agresivním interakcím s druhými a prožití většího počtu negativních událostí v porovnání s dětmi klasifikovanými jako typ B chování.

Stabilita typu chování dětí určeného tříděními učiteli pomocí Matthewsového testu pro zdraví mládeže (Matthews Youth Test for Health) se podle studie Visintainera a Matthewsové (1987) pohybovala po dvou letech mezi 0,38 až 0,45 u různých souborů (korelace testu a retestu). U souboru, u kterého byla k dispozici data testu a retestu po 5 letech činila korelace 0,39.

Matthewsová s Jenningsem (1984) prokázali vyšší odpověď srdeční frekvence na výkonovou úlohu a vyšší odpověď krevního tlaku na frustrující úlohu u chlapců s CHTA v porovnání s chlapci klasifikovanými jako typ B.

Studie 160 párů dvojčat (polovina monozygotních) ukázala, že některé prvky CHTA, zejména hlasitost řeči, snaha řídit hovor (rozhovor) a hostilita mohou mít dědičnou komponentu (Matthews et al., 1984).

Koncepce CHTA a jeho vztahu ke koronárním onemocněním má mezikulturní platnost (existuje řada zajímavých prací realizovaných např. v Japonsku – viz kupř. Yoshimasu, 2001). Vysoce zajímavé jsou například studie, které opustily pole kardiovaskulárních chorob a zabývají se např. CHTA u lidí, kteří prodělali obrnu (viz např. Bruno, Frick, 1987) či vztahem mezi CHTA u dětí a hyperaktivitou / ADHD (viz např. Nyberg, 2002).

Chování typu B se obvykle vymezuje jako chování o opačných charakteristikách oproti CHTA, tj. uvolněné, klidné, nesoutěživé chování spojené s pozitivními vztahy ke spolupracovníkům, subjektivně prožívaným dostatkem času, naplňováním též nepracovních životních hodnot a cílů (zájmů, koníčků, vztahů k přátelům, rodinných vztahů), trpělivostí a nadprůměrnou frustrační tolerancí.

Nejčastější výhrady, vznášené postupně proti konstruktu CHTA lze shrnout do následujících hlavních bodů:

- konstrukt nemá normální rozložení,
- jde nejspíše o „managerskou nemoc“, týkající se pouze vedoucích pracovníků,
- nejsou dostatečně objasněny vztahy CHTA k základním osobnostním dimenzím a dalším relevantním proměnným,
- nedostatek poznatků o relevanci vztahu jednotlivých komponent CHTA ke zvýšenému riziku kardiovaskulárních onemocnění (KVO).

V průběhu této cca 25 let trvající diskuse se postupně některé z těchto připomínek podařilo vyvrátit (CHTA se nevyskytuje pouze u vedoucích pracovníků, jde o koincidence osobnostních předpokladů s behaviorálními a situačně podmíněnými proměnnými, částečně záměrně ovlivnitelnou učení), jiné se sice potvrdily (konstrukt nemá normální rozložení), nepřineslo to však ani potvrzení, ani vyvrácení předpokladu existence tohoto konstruktů a jeho předpokládané role v komplexu rizikových faktorů KVO. Zbývající připomínky jsou nadále předmětem diskusí a neustále doplňujících

informací; u osob s vyšší úrovní CHTA, včetně podstatné vyšší úrovně hostility, se uvažuje mj. o jakési specifické kombinaci hypersenzitivity sympatického nervového systému, hypercholesterolémie a nižší úrovně parasympatické regulace spolu s dynamickými endokrinními změnami (Suarez et al. 1998; Raeikkoenen et al., 1999).

CHOVÁNÍ TYPU C: BIOPSYCHOSOCIÁLNÍ VZOREC RIZIKA NÁDOROVÝCH ONEMOCNĚNÍ

Koncepce C typu osobnosti (někdy se hovoří o C /cancer/ typu chování), jež byla odvozena z výsledků četných retrospektivních i prospektivních studií, byla uvedena do literatury mj. L. Temoshokovou, H. J. F. Baltruschem a kol., dále H. J. Eysenckem a R. Grossarth-Maticekem. V této koncepci, jež by neměla být chápána v protikladu k chování typu A (Baltrusch, Stangel, Waltz, 1988), je dominující charakteristikou rizikových vlastností osobnosti sklon k popírání a potlačování emocí, zvláště negativních (především hněvu, ale též úzkosti), nedostatek autonomie, silné prožívání ztráty blízké osoby, vyhýbání se konfliktům, závislost na dominantní osobě, dále tzv. harmonizující chování a výrazná sociální konformita a desirabilita, tendence k uplatňování obranných mechanismů potlačení a popření (Grossarth-Maticek et al., 1982; Temoshok, Dreher 1992). Baltrusch, Stangel a Titze (1991) hovoří též o patologické roztomilosti či přijemnosti (pathological niceness), přehnané ochotě (overcompliance), nekonečné trpělivosti, podřizování vlastních potřeb potřebám ostatních a zejména vysoké racionalitě a přísné kontrole vyjadřování emocí až antiemocionalitě. Autoři se domnívají, že vyhýbání se stresorům a jejich popírání spolu s potlačováním emocí a vlastních potřeb jako styl zvládání situačních nároků vedou posléze k oslabení odolnosti organismu vůči karcinogenním vlivům.

Rovněž vůči této koncepci byla postupně vznášena řada námitek, týkajících se údajné analogie s represí či základním laděním emocionality. Výsledky studií nebyly vždy pro základní hypotézu příznivé, neboť v některých z nich nebyl prokázán žádný vztah mezi výše popsanými osobnostními charakteristikami a mortalitou na nádorová onemocnění. Přes tyto výhrady a nedostatky je C typ osobnosti ve výzkumné i klinické praxi dále rozpracováván: Nejnověji L. Temoshoková s kolektivem realizují longitudinální studii zaměřenou na vztah mezi chováním typu C a některými imunitními ukazateli. Předběžné výsledky hovoří ve prospěch hypotézy o souvislosti chování typu C a beta-chemokiny.²

Pro rozpracování problematiky vztahu chování a zdraví byly velmi podnětné výsledky rozsáhlých prospektivních studií, provedených na přelomu 70. a 80. let H. J. Eysenckem a jeho spolupracovníky. První studie byla realizována v malém městě Crevence (14 000 obyvatel) v bývalé Jugoslávii, další dvě v německém Heidelbergu (140 000 obyvatel). Tyto tři studie sledovaly vybrané vzorky populace více než deset let, registrovaly údaje o stresogenních událostech, osobnostních vlastnostech probandů, ale též data, týkající se pití, kouření, prodělaných onemocnění a příčin úmrtí, pokud k nim ve sledovaném období u těchto osob došlo. Mezi hlavní zjištění, získaná z vý-

² Její spoluautor H. Dreher (1995) si – pět let před „objevením“ pozitivní psychologie – položil otázku, které osobnostní rysy či faktory mohou posílit imunitní systém. Na základě literárního přehledu dospěl k závěru, že tuto funkci může plnit 7 osobnostních rysů, a to tzv. ACE faktor (od attention-connection-expression) G. E. Schwartze – naslouchání psychickým a somatickým signálům, schopnost svěřit se druhým J. W. Pennebakeru, hardiness S. Kobasy/Qellette, asertivita G. F. Solomona, láskyplná důvěra (affiliative trust) D. McClellanda, zdravé pomáhání (healthy helping) A. Lukse a vnitřní strukturovanost (self-complexity) P. Linvilleho.

sledků těchto studií, patří konstatování, že v populačních skupinách s vyšší úrovní stresorů se objevila mortalita o 40 % vyšší, než ve skupinách méně stresovaných. Projevily se zde též rozdíly mezi důsledky akutního a chronického stresu, avšak s poněkud odlišnými závěry, než ve většině jiných studií (viz Šolcová, Kebza, 1998): zatímco akutní stres mohl podle výsledků uvedených studií vést k potlačení činnosti imunitního systému a tím napomoci vzniku a rozvoji nádorových onemocnění, chronický stres mohl, ovšem pod podmínkou jeho úspěšného zvládnutí, působit jako činitel zvyšující odolnost vůči těmto onemocněním (Grossarth-Maticek, Bastiaans, Kanazir, 1985; Eysenck, 1988 a,b; Grossarth-Maticek et al., 1988). V rámci dalších analýz výsledků těchto studií (např. Grossarth-Maticek, Eysenck, 1990; Grossarth-Maticek, Eysenck, Barret, 1993) koncipoval pak tento tým spolupracovníků specifickou osobnostní typologii, vztahující určité psychické a behaviorální charakteristiky ke dvěma (základním) typům onemocnění, k ischemické chorobě srdeční a nádorovým onemocněním. Jejich typologie zahrnuje čtyři osobnostní typy:

První se vyznačuje nedostatečnou stimulací. Na situace ztráty blízké osoby nebo významné hodnoty či na nedostatečnou odměnu reaguje pocity bezmoci, beznaděje a deprese. Vykazuje nedostatek autonomie a závislost na relevantních osobách a potlačuje emoce. Tento typ je podle autorů predisponující charakteristikou pro vznik a rozvoj nádorových onemocnění.

Druhý typ je nadměrně vzrušivý, disponuje vysokou iritabilitou, přičemž od závislosti na relevantních osobách se pokouší osvobodit a na neúspěch reaguje hostilitou a agresí. Tento typ je podle autorů predisponován k rozvoji ICHS a odpovídá zhruba charakteristice chování typu A.

Třetí typ je nazýván nejasný či rozporuplný (ambivalentní), neboť se v charakteristice jeho prožívání a chování objevují střídavě projevy prvního a druhého uvedeného typu. U osob, řazených k tomuto typu, se objevily též případy úmrtí na jedno z uvedených dvou typů onemocnění, avšak nikoli ve významném rozsahu.

Čtvrtý typ charakterizuje zdravou osobnost, vyznačující se především dostatkem osobnostní autonomie, a nemá žádný vztah k uvedeným dvěma typům onemocnění.

Další významné studie související s chováním typu C – obě s převážně negativními výsledky ohledně vztahu osobnosti a karcinomu – provedli Bleikerová s kolektivem (1996) a Priceová s kolektivem (2001a,b).

Holandská prospektivní longitudinální studie Eveline Bleikerové s kolektivem (1996) se zabývala souborem žen z Nijmegenu (N = 9705), jimž bylo v r. 1989 nebo v r. 1990 43 a více let. Ke každé ženě, jež v průběhu let do r. 1994 onemocněla rakovinou prsu, bylo přiřazeno až 6 kontrolních žen. Výsledky ukázaly, že výskyt rakoviny prsu v souboru souvisí s antiemocionalitou (absence emočního chování nebo nedostatek důvěry ve vlastní pocity). Autoři však výsledek hodnotí (přesto, že jde o nález statisticky významný: procento pravděpodobnosti – odds ratio: 1,19; $p < 0,006$) jako málo průkazný.

Australská prospektivní studie kolektivu Melanie Priceové (2001a) měla jako soubor 514 žen, jež podstoupily mamografii. Před vlastním vyšetřením jim byly administrovány psychologické dotazníky, zaměřené na vlastnosti, jež konsituují typ osoby náchylné k nádorovým onemocněním, osoby typu C. Studie nepotvrdila vazbu mezi psychologickými faktory charakterizujícími osoby typu C a rakovinou prsu. Badatelé však našli vysoce významný vliv interakce negativních životních událostí a nedostatku emoční sociální opory na vznik karcinomu prsu: riziko vzniku karcinomu bylo u těchto osob devětkrát vyšší v porovnání s ostatními (Price et al., 2001b).

Možné mechanismy vazby mezi psychologickými faktory a onemocněním rakovinou popsal Holland (1990):

- Psychologické proměnné mohou ovlivnit zdraví podporující chování, a tím ovlivnit riziko vzniku rakoviny.
- Psychologické proměnné mohou ovlivnit vnitřní prostředí organismu (sekreci hormonů, imunitní faktory).
Bleikerová s kolektivem přidali ještě třetí možnost:
- Za zvýšené riziko rakoviny je odpovědný nějaký doposud neznámý činitel (genetický, hormonální...)

OSOBNOST TYPU D

Nejnověji je intenzivně zkoumána náchylnost ke kardiovaskulárním chorobám u tzv. osobnosti typu D. Pojem pochází od belgického psychologa J. Denolleta (1991 ad.), D znamená „distressed“, a osoby typu D jsou charakterizované tendencí k prožívání negativních emocí a současně k potlačování exprese těchto emocí a souvisejícího chování v sociální interakci. Jedná se tedy o kombinaci dvou osobnostních charakteristik, tendence prožívat negativní emoce a tendence k sociální inhibici.

Promítnutí D typu osobnosti na pětifaktorový model ukázalo, že negativní afektivita koreluje pozitivně s neuroticismem a negativně se svědomitostí, přívětivostí a extravertizací; sociální inhibice koreluje pozitivně s neuroticismem a negativně s extravertizací a svědomitostí (De Fruyt, Denollet, 2002).

Podle posledních výzkumů se zdá, že typ D osobnosti lépe vystihuje náchylnost ke koronárním chorobám než chování typu A.

Ve své přehledové studii, jež shrnuje dosavadní poznatky o vztahu mezi typem D osobnosti a kardiovaskulárními onemocněními, uzavřeli Pedersenová a Denollet (2003), že osoby naplňující charakteristiku D typu osobnosti jsou vystaveny čtyř až téměř devítinásobnému riziku kardiovaskulárního onemocnění, a to za kontroly ostatních rizikových faktorů. Na základě dosavadních studií se dle autorů zdá, že je za to zodpovědná fyziologická hyperaktivita a aktivace zánět vyvolávajících cytokinů.

Jak negativní afektivita, tak sociální inhibice souvisejí dle Shera (2005) se zvýšenou odpovědí kortizolu na stres. Zvýšený kortizol může být dle autora mediátorem ve vztahu mezi osobností typu D a zvýšeným rizikem kardiovaskulárního onemocnění.

Lidé s typem D osobnosti mají dle některých studií též zvýšenou aktivaci imunitního systému a zánětlivých procesů (úroveň cytokinů), což může představovat zvýšené zatížení cév v srdci a v celém oběhovém systému (viz např. Denollet et al., 2003). Jiní autoři spekulují v tom smyslu, že osobám s typem D osobnosti je – vzhledem k jejich zábránám v sociálních kontaktech – méně přístupná sociální opora, a to je možný mechanismus, pro který jsou více náchylné ke kardiovaskulárním onemocněním.

Nedávno představil Johan Denollet odborné veřejnosti dotazník na zjišťování osobnosti typu D (Denollet, 2005). Škála má 14 položek, sedm pro zjištění negativní afektivity a sedm pro zjištění sociální inhibice.

EXTRAVERZE A NEUROTICISMUS, DEPRESE

Vysoká extraverze a nízký neuroticismus

O možné souvislosti vysoké extraverze a nízkého neuroticismu s rakovinným onemocněním referovali poprvé Kissen a Eysenck (1962, podle Schapiro et al., 2001) na základě studie věnované souboru pacientů s rakovinou plic.

Předpokládali, že uvedená kombinace osobnostních dimenzí má vliv na zvýšenou úroveň rizikového chování, jež má pak za následek onemocnění rakovinou. Osoby

s vysokou úrovní extraverze mají dle některých autorů tendenci k vyhledávání sociálně stimulujících situací a jsou tak vystaveni vyšším (škodlivějším) úrovním stresu. Nízká úroveň neuroticismu sebou nese redukovanou možnost emočního odreagování a dochází k akumulaci stresu.

Prospektivní studie Schapirové s kolektivem (2001) se věnovala souboru 1031 osob sledovaných od r. 1976-77 po 20 let. Při vstupním vyšetření byla osobám ze souboru administrována zkrácená forma Eysenckova osobnostního dotazníku. V r. 1996 byly v souboru určeny osoby, jež onemocněly rakovinou a provedeny výpočty. Výsledky nepotvrdily hypotézu o vazbě mezi kombinací vysoké extraverze a nízkého neuroticismu s rakovinným onemocněním. Ukázaly však souvislost rakovinného onemocnění se socioekonomickým statusem.

Hansenová s kolektivem (2005) provedli šetření v rámci prospektivní studie zabývající se účtyhodnou kohortou švédských dvojčat o počtu 29595 párů. Výzkum začal vstupním vyšetřením v roce 1973, kdy byl dvojčatům (jejichž věk se tehdy pohyboval mezi 15-48 lety) administrován Eysenckův osobnostní dotazník. V r. 1999 byl zjišťován vztah mezi daty z dotazníku a onemocněním rakovinou (počet osob onemocněvších rakovinou v této kohortě byl 1898). Výsledky neukázaly vazbu onemocnění k neuroticismu či extraverci jako jednotlivému rysu, ani k jakékoliv kombinaci těchto rysů – tedy ani ke kombinaci vysoké extraverze a nízkého neuroticismu. Studie rovněž nepotvrdila tendenci některého z rysů či kombinace rysů nepřímo zvyšovat riziko rakoviny prostřednictvím behaviorálních faktorů – kouření apod.

Deprese

Mezi koncepcí založené na vztahu osobnostních dispozic a jejich projevech v lidském chování je možno též počítat v současné době rozpracovávané studie týkající se depresivní symptomatiky. V základu depresivně laděné osobnosti stojí řada vzájemně souvisejících nepříznivých vlivů v dětství (dysfunkční rodina, sociální izolace, citová deprivace, nedostatek pozornosti k potřebám druhých atd.), jež mohou iniciovat či akceleroval dynamiku depresivní symptomatologie různého původu, stupně rozvoje a kvality, od opakujících se rozlad, morozit, dystýmie až po endogenní depresi.

Depresivní symptomatologie je považována za specifický soubor osobnostního založení, jež prostřednictvím narušení psychických funkcí a procesů záporně ovlivňuje zdravotní stav. Řada prací, např. studie R. W. Bartropa et al. z roku 1977, nebo práce S. Schleifera a kol. z roku 1983 (podle Baštecký, Šavlík, Šimek, 1993) prokázala vztah mezi smutkem a odloučením od partnera a změnami v činnosti imunitního systému a úrovní morbidit a mortality. Jak ukázaly některé prospektivní studie (např. studie Penninxové s kolektivem z r. 1998 se souborem 4825 osob starších 71 let, či Gallova prospektivní studie z r. 2000, uskutečněná na vzorku 3109 původně zdravých osob), lze ve výsledcích podobných šetření identifikovat vztahy mezi výskytem depresivní symptomatologie a následnými signifikantně vyššími hodnotami vzniku a rozvoje nádorových onemocnění³. Jiná prospektivní studie vazbu mezi depresí a nádorovým onemocněním nepotvrdila (Zonderman, Costa, McCrae, 1989). Další dvě prospektivní studie přinesly kromě potvrzení vztahu deprese a nádorového onemocnění zajímavý vliv interakce deprese a kouření: ve studii Linkinse a Comstocka (1990) byla pravděpodobnost vzniku nádorového onemocnění u kuřáků s depresí v porovnání s nekuřáky bez deprese obecně vyšší, pravděpodobnost vzniku rakoviny orgánů vystave-

³ Druhá z uvedených studií neprokázala vztah mezi depresí a rakovinou obecně, prokázala však signifikantní vztah mezi endogenní depresí a rakovinou prsu.

ných vlivu kouření byla u kuřáků s depresí dramaticky zvýšená (18,5 oproti 2,9). Rovněž Knekt a kol. (1996) došli k podobným výsledkům, jejich studie však byla zaměřena na rakovinu plic. Pravděpodobnost vzniku rakoviny plic byla u depresivních osob v porovnání s osobami s normální náladou 3,32. Kuřáctví zvyšovalo pravděpodobnost vzniku nádorového onemocnění na 19,67. Autoři se v diskusi zamýšlejí nad možnými mechanismy – biologickým a behaviorálním (ovlivňujícím i kuřáctví).

Meta-analýza studií zaměřených na vztah imunitních ukazatelů a deprese, kterou provedli Herbert a Cohen (1993), ukázala, že klinická deprese souvisí s poklesem činnosti IS. Změny byly výraznější u hospitalizovaných a starších pacientů. Vztah mezi poklesem činnosti IS a hloubkou deprese byl lineární.

I u aktuálního psychického stavu s převahou depresivních pocitů – obdrželi autoři podobné výsledky jako u klinické deprese, t.j. změny ve směru poklesu činnosti IS, jednalo se ale o změny menšího rozsahu. I toto by svědčilo pro výše uvedenou linearitu změn (Cohen, Herbert, 1996).

Imunosuprese (zejména úbytek leukocytů), ke které vedou dle autorů vysoké úrovně kortikosteroidů, je pravděpodobně mechanismem, který může otvírat cestu nádorovým onemocněním (Fox, 1978). Autoři uvažují o druhém možném mechanismu, a to o možném karcinogenním vlivu antidepressiv (Brandes, Arron, Bogdanovic, 1992). Přehled studií do r. 1995, které se zabývaly možným rizikem antidepressiv pro vznik nádorových onemocnění, uvádí Wang (1995).

Obecně jsou rozporné výsledky studií, jež se zabývají vztahem osobnosti a nádorového onemocnění, vysvětlovány tím, že potvrzující studie jsou obvykle realizovány na souborech osob, u kterých již byla rakovina diagnostikována. Často se též jedná o relativně malé soubory. Tato metodologická námitka je patrně platná pro všechny studie zabývající se vztahem mezi typem chování /osobnosti a zdravím.

ZÁVĚREM

Zdá se, že dosavadní výzkumy typů chování /osobnosti sdílejí podobný osud: po počátečním nadšení a potvrzujících studiích (většinou s menšími soubory pacientů trpících nemocí, jež je předmětem zkoumání, a kontrolní skupinou) následuje několik dobře kontrolovaných studií, které základní hypotézu zcela nepotvrzují. Do této fáze prozatím nedospěl výzkum zaměřený na D typ osobnosti.

Ať už bude osud základní hypotézy o vztahu mezi typem D osobnosti a kardiovaskulárními onemocněními jakýkoli, význam těchto typů výzkumů spočívá v tom, že byla rozpracována nová interdisciplinární oblast, jež se zaměřuje na možné vazby mezi typy chování /osobnosti a zdravím.

I když se některé hypotézy nepodařilo přesvědčivě doložit, význam dosavadní práce spočívá v tom, že poukázala na význam emocí, nálad, stresu a jeho zvládnutí, osobnostních a sociálních faktorů pro zdraví člověka. Za léta ověřování původních hypotéz se významným způsobem zlepšila metodologie těchto výzkumů, kdy nejněvhodnější výsledky lze očekávat od prospektivních longitudinálních projektů založených na promyšlené výzkumné strategii a nejnovějších statistických metodách.

LITERATURA

Baltrusch, H. J. F., Stangel, W., Waltz, M.: Cancer from the biobehavioral perspective: The type pattern. *Activitas Nervosa Superior* 30, 1988, 1, 18 – 20.

Baltrusch, H. J. F., Stangel, W., Titze, I.: Stress, cancer and immunity: New developments in biopsychosocial and psychoneuroimmunologic research. Congress on Brain and Immunity. *Acta Neurologica* 13, 1991, 4, 315-327.
Baštecký, J., Šavlík, J., Šimek, J.: Psy-

- chosomatická medicína. Praha, Grada, Avicenum 1993.
- 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 the National Cancer Institute* 88, 1996, 20, 1478-1482.
- Brandes, L. J., Arron, R. J., Bogdanovic, R. P.: Stimulation of malignant growth in rodents by antidepressant drugs at clinically-relevant doses. *Cancer Research* 52, 1992, 3796-3800.
- Bruno, R. L., Frick, N. M.: Stress and „Type A“ behavior as precipitants of post-polio sequelae: The Felician/Columbia survey. In: Halstead, L. S., Wiechers, D. O. (Eds.): Research and clinical aspects of the late effects of poliomyelitis. White Plains, March of Dimes Research Foundation 1987.
- Case, R. B., Heller, S. S., Case, N. B., Moss, A. J.: Type A behavior and survival after acute myocardial infarction. *The New England Journal of Medicine* 312, 1985, 737.
- Cohen, S. and Herbert, T. B.: Health psychology: Psychological factors and physical disease from the perspective of human psychoneuroimmunology. *Annu. Rev. Psychol.* 47, 1996, 113 – 142.
- De Fruyt, F., Denollet, J.: Type D personality: A five-factor model perspective. *Psychology and Health* 17, 2002, 671-683.
- Denollet, J.: Negative affectivity and depressive coping pervasive influence on self-reported mood, health, and coronary prone behavior. *Psychosomatic Medicine* 1991, 53, 538-556.
- Denollet, J.: DS14: Standard assessment of negative affectivity, social inhibition, and type D personality. *Psychosomatic Medicine* 67, 2005, 89-97.
- Denollet, J., Conraads, V. M., Brutsaert, D. L., De Clerck, L. S., Stevens, W. J., Vrints, C. J.: Cytokines and immune activation in systolic heart failure: the role of type D personality. *Brain and Behavior Immunology* 17, 2003, 304-309.
- Dreher, H.: The immune power personality. Penguin Books USA, Inc. 1995.
- Fox, B. H.: Premorbid psychological factors related to cancer incidence. *Journal of Behavioral Medicine* 1, 1978, 45-133.
- Friedman, M., Rosenman, R. H.: The Type A behavior and your heart. New York, Alfred Knopf 1974.
- Friedman, M.: Type A behavior: The poorly recognized and rarely treated major coronary risk factor. San Francisco Medical Society, Feb. 2001. Dostupné na <http://www.sfms.org/sfm/sfm201c.htm>; vyhledáno březen 2005.
- Friedman, M., Rosenman, R. H.: Association of specific behavior pattern with blood and cardiovascular findings. *JAMA* 169, 1959, 1286-1296.
- Gallo, J. J., Armenian, H. K., Ford, D. E., Eaton, W. W., Khachaturian, A. S.: Major depression and cancer: the 13-year follow-up of the Baltimore epidemiologic catchment area sample (United States). *Cancer Causes and Control* 11, 2000, 751-758.
- Glass, D. C., Krakoff, L. R., Contrada, R. J., Hilton, W. F., Kehoe, K., Mannucci, E., Collins, C., Snow, B., Elting, E.: Effect of harassment and competition upon cardiovascular and plasma catecholamine responses in Type A and B individuals. *Psychophysiology* 17, 1980, 453-463.
- Grossarth-Maticek, R., Kanazir, D. T., Schmidt, P., Vetter, H.: Psychosomatic factors in the progress of cancerogenesis. Theoretical models and empirical results. *Psychotherapy and Psychosomatics* 38, 1982, 284 – 302.
- Grossarth-Maticek, R., Bastiaans, J., Kanazir, D. T.: Psychosocial factors as strong predictors of mortality from cancer, ischemic heart disease and stroke: The Yugoslavian prospective study. *Journal of Psychosomatic Research* 29, 1985, 167 – 176.
- Grossarth-Maticek, R., Eysenck, H. J., Vetter, H., Schmidt, P.: Psychosocial types and chronic diseases: Results of the Heidelberg prospective psychosomatic intervention study. In: Maes, S., Spielberger, C. D., Defares, P. B., Sarason, I. G. (Eds.): Topics in health psychology. Chichester/New York, Wiley 1988, 57 – 75.
- Grossarth-Maticek, R., Eysenck, H. J.: Psychological factors in the prognosis, prophylaxis, and treatment of cancer and coronary heart disease. *Directions in Psychiatry* 9, 1990, 2 – 7.
- Grossarth-Maticek, R., Eysenck, H. J., Barret, P.: Prediction of cancer and coronary heart disease as a function of method of questionnaire administration. *Psychological Reports* 73, 1993, 943 – 959.
- Hansen, P. E., Floderus, B., Frederiksen, K., Johansen, Ch.: Personality traits, health behavior, and risk for cancer: A prospective study of a Swedish twin cohort. *Cancer* 103, 2005, 5, 1082-1091.
- Haynes, S. G., Feinleib, M., Kannel, W. B.: The relationship of psychosocial factors to coronary heart disease in the Framingham study: Pt. 3. Eight-year incidence of coronary heart disease. *American Journal of Epidemiology* 111, 1980, 37 – 58.
- Holland, J. C.: Behavioral and psychosocial risk factors in cancer: human studies. In: Hol-

- land, J. C., Rowland, R. H. (Eds.): *Handbook of psychooncology*. New York, Oxford University Press 1990, 705-726.
- Herbert, T. B., Cohen, S.: Stress and immunity in humans: A meta-analytic review. *Psychosomatic Medicine* 55, 1993, 364-379.
- Chesney, M. A., Rosenman, R.: Specificity in stress models: Examples drawn from type A behaviour. In: Cooper, C. L. (Ed.): *Stress research. Issues for eighties*. Chichester, New York, Brisbane, Toronto, Singapore, Wiley 1983.
- Knekt, P., Raitasalo, R., Heliovaara, M., Lehtinen, V., Pukkala, E., Teppo, L., Maatela, J., Aromaa, A.: Elevated lung cancer risk among persons with depressed mood. *Journal of Epidemiology* 144, 1996, 1096-1103.
- Lachar, B. L.: Coronary prone behavior. *Texas Institute Journal* 20, 1993, 143-151.
- Linkins, R. W., Comstock, G. W.: Depressed mood and development of cancer. *American Journal of Epidemiology* 132, 1990, 962-972.
- Nyberg, L.: Type A behavior and hyperactivity/ADHD: Are they related? Doctoral thesis. Uppsala University 2002.
- Price, M. A., Tennant, C., Smith, R., Butow, P., Kennedy, S. J., Kossoff, M., Dunn, S. M.: The role of psychosocial factors in the development of breast carcinoma: Part I. *Cancer* 91, 2001a, 4, 676-685.
- Price, M. A., Tennant, C., Smith, R., Butow, P., Kennedy, S. J., Kossoff, M., Dunn, S. M.: The role of psychosocial factors in the development of breast carcinoma: Part II. *Cancer* 91, 2001b, 4, 686-697.
- Murray, D. M., Matthews, K. A., Blake, S. M., Prineas, R. J., Gillury, R. F.: Type A behavior in children: Demographic, behavioral and physiological correlates. *Health Psychology* 5, 1986, 2, 159-169.
- Matthews, K. A., Haynes, S. G.: Type A behavior pattern and coronary disease risk: Update and critical evaluation. *American Journal of Epidemiology* 123, 1986, 923-960.
- Matthews, K. A., Jennings, J. R.: Cardiovascular responses of boys exhibiting the type A behavior pattern. *Psychosomatic Medicine* 46, 1984, 6, 484-497.
- Matthews, K. A., Rosenman, R. H., Dembroski, T. M., Harris, E. L., MacDougall, J. M.: Familial resemblance in components of the type A behavior pattern: A reanalysis of the California type A twin study. *Psychosomatic Medicine* 46, 1984, 6, 512-522.
- Pedersen, S. S., Denollet, J.: Type D personality, cardiac events, and impaired quality of life: a review. *European Journal of Cardiovascular Preventive Rehabilitation* 10, 2003, 241-248.
- Penninx, B. W. J. H., Guralnik, J. M., Pahor, M., Ferrucci, L., Cerhan, J. R., Wallace, R. B., Havlik, R. J.: Chronically depressed mood and cancer risk in older persons. *J. Natl. Cancer Institute* 90, 1998, 1888-1893.
- Powell, J.: Šťěstí začíná uvnitř. 2. vydání. Praha, Portál 2000.
- Raeikkoenen, K., Matthews, K. A., Flory, J. D., Owens, J. F.: Effects of hostility on ambulatory blood pressure and mood during daily living in healthy adults. *Health Psychology* 18, 1999, 44-53.
- Rosenman, R. H.: Coronary prone behavior pattern and coronary heart disease: Implications for the use of beta blockers in primary prevention. *Activ. Nerv. Sup., Suppl.* 3, 1982.
- Rosenman, R. H., Ward, M. M.: The changing concept of cardiovascular reactivity. *Stress medicine* 4, 1988, 241 - 251.
- Rosch, P. J.: Type A and coronary disease. Separating fact from fiction. An interview with R. H. Rosenman by Paul J. Rosch. *Health and Stress, the Newsletter of The American Institute of Stress*, June 2004. Dostupné na <http://www.stress.org/TypeA.htm>; vyhledáno březen 2005.
- Sher, L.: Type D personality: the heart, stress, and cortisol. *QJM: An International Journal of Medicine* 98, 2005, 5, 323-329.
- Schapiro, I. R., Ross-Petersen, L., Sclan, H., Grade, K., Olsen, J. H., Johansen, Ch.: Extroversion and neuroticism and the associated risk of cancer: A Danish cohort study. *American Journal of Epidemiology* 153, 2001, 8, 757-763.
- Suarez, E. C., Kuhn, C. M., Schanberg, S. M., Williams, R. B., Jr., Zimmerman, E. A.: Neuroendocrine, cardiovascular, and emotional responses of hostile men: The role of interpersonal challenge. *Psychosomatic Medicine* 60, 1998, 78-88.
- Šolcová, I., Kebza, V.: Psychoneuroimnologie a zvládání stresu. *Československá psychologie* 42, 1998, 32-41.
- Temoshok, L.: On biobehavioral models of cancer, stress and disease course. *American Psychologist* 50, 1995, 1104-1105.
- Temoshok, L., Dreher, H.: The type C connection: The mind-body links to cancer and your health. New York, Random House 1992. The review panel on coronary prone behavior and heart disease. Coronary-prone behavior and coronary heart disease: a critical review. *Circulation* 63, 1981, 1199-1215.
- Wang, P. S.: The epidemiology of depression and cancer: do antidepressant medications play a role? *Depression and Cancer* 1995. Dostup-

né na <http://www.hsph.harvard.edu/Organizations/DDIL/depress.html>; vyhledáno červen 2005.

Williams, R.: The trusting heart: Great news about Type A behavior. New York, Times Books 1989.

Yoshimasu, K.: Relation of type A behavior pattern and job-related psychosocial factors to nonfatal myocardial infarction: A case-control study of Japanese male workers and women. Psychosomatic Medicine 63, 2001, 797-804.

Zonderman, A. B., Costa, P. T., Jr., McCrae, R. R.: Depression as a risk for cancer morbidity and mortality in a nationally representative sample. JAMA 262, 1989.

SOUHRN

Výzkum věnovaný typům chování má za sebou bezmála padesátiletou historii. Stať poskytuje přehled o nejnovějším vývoji výzkumů zaměřených na typy chování, typy osobnosti a jejich vztah ke zdraví. Věnuje se zejména poznatkům souvisejícím s chováním typu A, chováním typu C a osobností typu D. Postihuje též nejnovější vývoj zkoumání vztahu mezi některými temperamentovými charakteristikami (intoverze-extraverze, neuroticismus) či emočními charakteristikami (deprese) a zdravím.