

Finnes det premorbide psykologiske faktorer ved kreft? En kritisk vurdering av tidligere studier.

ATLE DYREGROV

Barneklubben,
Haukeland Sykehus

Psychological factors in the development of cancer. A critical evaluation.

Abstract. — This article discusses studies that propose a link between psychological factors and the development of cancer. Both a cancer-prone personality and adverse life-events have been considered as important in the etiological chain of cancer.

The hypothesis of adverse life-events as a precursor of cancer does not find strong support in the literature. There seems to be more consent that the cancer patient is emotionally stable, experiences little psychic and autonomous anxiety, and comes from a «cold» family of origin. However, the methodological designs used (mostly *ex post facto* studies), does not allow the conclusion that these personality characteristics are present premorbid. Alternative theories are set forth, and the methods used are critically evaluated.

The conclusion is that at this point in time there is not valid support for the theory that certain psychological factors preceded the development of cancer.

Det har i de senere år vært en økende interesse for den rolle psykologiske faktorer spiller ved igangsetting og opprettholdelse av somatiske sykdommer.

I det følgende vil jeg gjennomgå studier hvor det med større og mindre styrke er blitt påstått en sammenheng mellom visse psykologiske faktorer og utvikling av kreft. Jeg vil presentere metodiske problemer ved disse studiene, og peke på alternative forklaringer til den premorbide/kausale fortolkning som har vært herskende på dette området.

Beskrivelse av området

De fleste oversiktsartikler på området tar det for gitt at forskerne ikke bare ser på de psykologiske faktorene som premorbide, men av betydning for *kreftgenesen* (Brown, 1966; Crisp, 1970; Broen et al., 1974; Sohl, 1975; Headley, 1977; Fox, 1978; Scurry & Levin, 1979). Dette utgangspunktet tar også jeg for gitt, og jeg henviser til LeShan (1961, s. 313), Greer (1979, s. 84) og Kissen (1969, s. 132) hvor dette utgangspunktet er gjort eksplisitt.

Undersøkelserområdet kan grovt deles i to: 1) Undersøkelser omkring livshendelser eller livsstress, og 2) Undersøkelser omkring personlighetskarakteristika.

Undersøkelsene over *livsstress* har sitt ut-spring i følgende hypotese: Personer som utvikler kreft har opplevd flere stressfulle livshendelser enn andre. Dette gjelder både hendelser som inntreffer umiddelbart forut for sykdomsutbruddet, og hendelser som ligger lengre borte i tid. Både hendelser som forskerne oppfatter som belastende, og hendelser som personene selv oppfatter som belastende, har vært innbefattet i termene «livsstress» eller «stressfulle livshendelser».

I *personlighetsundersøkelsene* har det blitt lett etter karakteristiske trekk hos dem som har utviklet kreft. Personligheten blir ansett som stabil til tross for sykdommen, og trekene antatt å reflektere premorbid personlighet.

Det er anvendt to typer undersøkelser på dette området: De langt fleste er såkalte *ex post facto* undersøkelser (EPF), mens noen få er prospektive studier. Ved EPF-forskning er forskeren utelukket fra å kunne randomisere

personer på eksperimentell- og kontrollgruppe. Han/hun vil heller ikke kunne manipulere eller kontrollere den uavhengige variabel. I motsetning til rene eksperimentelle design vil forsøkeren ha små muligheter for å utelukke trusler mot indre validitet. Dette innebærer en mangelfull kontroll med tredjevariabler som kan forklare forskjeller mellom eksperiment- og kontrollgruppe. Den tillit som kan festes til EPF-undersøkelser er derfor avhengig av i hvilken grad relevante tredjevariabler er undersøkt eller diskutert.

Innen *ex post facto* studiene er det nødvendig å skille mellom: 1) Studier der pasienten har kjennskap til kreften på undersøkelsestidspunktet (benevnt EPF 1 undersøkelser), og 2) undersøkelser foretatt før pasienten fikk kjennskap til diagnosen (benevnt EPF 2 undersøkelser). Ved EPF 2 undersøkelser administreres intervju eller tester til pasienter som venter på diagnostisk biopsi. Biopsi fastslår om sykdom er benign (godartet) eller malign (ondartet). Pasienter som plasseres i de respektive grupper kan deretter sammenlignes. Blant EPF 2 studier inngår også studier der pasientene av andre grunner ikke har kjennskap til diagnosen.

Ved de *prospektive* design er opplysninger om «pasientene» samlet inn i god tid før sykdomsutviklingen. De prospektive design anses derfor for å være «sterkere» metodisk, men den «semiprospektive» fremgangsmåten som er benyttet på psykologi — kreft området har redusert dette fortrinnet. Jeg kommer tilbake til dette i et senere avsnitt.

Oppsummering av undersøkelse

I studiet av livshendelser har *tap* vært hyppigst undersøkt. Det er oftest tale om tap av ektefelle eller en annen nærstående person (ved død eller skilsmisse), men tap refererer også til forhold som pensjonering, oppsigelse, barn som vokser opp og forlater hjemmet o.l. Ved intervju og spørrelistor har Greene (1966), Horne & Picard (1979), Leshan (1966) og Kissen (1967) funnet at personer med kreft har lidd mer tap enn andre (Greene 1966 brukte ikke kontrollgruppe, men finner tapsfrekvensen stor hos kreftpasienter). I en se-

nere undersøkelse fant Kissen, Brown & Kissen (1969) ingen forskjeller i rapporterte tap i barndommen mellom en kreft- og kontrollgruppe. Kreftgruppen rapporterer likevel spontant flere dødsfall i familien enn kontrollgruppen. I undersøkelser av Muslin, Gyarfas & Pieper (1966), Graham et al. (1971), Greer & Morris (1975), Schonfield (1975), Cramer et al. (1977) og den prospektive studien til Thomas & Duszinsky (1974), finnes det ikke forskjeller i tap mellom kreft- og kontrollgruppen.

Med unntak av Thomas & Duszinsky (1974) er undersøkelsene retrospektive, de er foretatt etter at kreften har manifestert seg. Flere av rapportene (Muslin et al, 1966; Graham et al., 1971; Greer & Morris, 1975; Schonfield, 1975) sammenligner personer som har benigne og maligne lidelser i samme organ. Dette kan dekke over en eventuell felles etiologi (tap i begge grupper). Greenes (1966) undersøkelse mangler kontrollgruppe, og både Greene (1966) og LeShan (1966) bruker så vide tapskategorier, at forhold som er resultat av kreften kan bidra til forhøyet tapsfrekvens hos disse pasientene. Disse metodiske svakhetene svekker tilliten til tapsteorien. Foreløpig må konklusjonen bli at det finnes liten evidens for hyppigere premorbide tap hos kreftpasienter enn andre.

For *livsstress generelt* er bildet også broket. Her er intervju den hyppigst brukte fremgangsmåte, men også «Schedule of Recent Experience» (SRE) benyttes. Dette er en spørreliste som brukes for å måle den kumulative effekt av livshendelser over en viss tidsperiode (Holmes & Masuda, 1974).

Smith & Sebastian (1976) fant at kreftpasienter hadde opplevd flere intense hendelser over livsspennet enn kontrollpasienter. Blohmke, Dillenz & Stelzer (1976) fant større grad av livsstress hos kreft- og kontrollpasienter, i likhet med Cramer et al. (1977). Greer & Morris (1975), Graham og medarbeidere (1971), Snell & Graham (1971) og Grisson, Weiner & Weiner (1975) fant ikke forskjeller i livsstress mellom kreft- og kontrollgrupper. Schonfield (1975) fant mer livsstress hos den benigne enn den maligne gruppen i en EPF 2 undersøkelse. Mange av under-

søkelsene er EPF 2 studier hvor kontrollgruppen består av personer med benigne lidelser på samme sted som kreftgruppen. Dette skaper samme problem for tolkningen, som det som ble nevnt under tapsteorien. Termen «livsstress» er ikke brukt likt i undersøkelsene. Under livsstress er det inkludert mange forskjellige fenomener. Dette reflekterer tendensen til å se på psykologiske stress-fenomener med et bredt, mangesidig perspektiv. Likevel må konklusjonen for det generelle livsstressområdet bli den samme som for tap: Det er foreløpig lite evidens for at kreftpasientene har opplevd mer livsstress enn andre.

I *personlighetsundersøkelsene* er det en viss konsistens med hensyn til kreftpasientenes personlighet. Man finner at de er *emosjonelt stabile* og lite emosjonelt reaktive (Kissen & Eysenck, 1962; Kissen, 1963; Kissen, Brown & Kissen, 1969). De er lite engstelige og opplever liten kroppslig reaktivitet (Kissen, Brown & Kissen, 1969; Bahnson & Bahnson, 1966, 1969, 1974). Kissens resultater gjelder lungekreft mens Bahnsons grupper er heterogene med hensyn til kreftsted. Ved bruk av først Maudsley Personality Inventory og senere Eysenck Personality Inventory har Kissen vist at kreftpasienter får en lavere nevrotisisme-skåre (N-skåre) enn kontrollpasienter. Lav N-skåre blir av Kissen tolket som tegn på manglende utløp for emosjoner. Coppen & Metcalfe (1975) og Bond & Pearson (1969) har ikke funnet tilsvarende forskjeller i N-skåre mellom kreft- og kontrollpasienter.

Både Kissen (1967) og Bahnsons (1966, 1969, 1974) har fremhevet kreftpasienters beaktende og fortrenge holdning overfor problemer. Bahnsons har undersøkt og bekræftet bruken av slike forsvarsmønstre, som de mener representerer premorbide forsvarstrekk hos kreftpasientene.

Greer & Morris (1975) fant at kreftgruppen (brystkreft) hadde problemer med å uttrykke emosjoner. Kreftpasienter undertrykte sinne og andre emosjoner signifikant oftere enn personer i kontrollgruppen. Seth & Saksena (1978) fant kreftpasienter mindre emosjonelt stabile enn kontrollpersoner. Instrumentet som ble anvendt, var Cattels 16 PF spørreliste.

Samme manglende emosjonelle stabilitet ble funnet av Finn, Mulcahy & Hickey (1974), og også her ble Cattels 16 PF spørreliste anvendt. De to siste undersøkelsene reiser tvil om Kissen og Bahnson's resultater, og som jeg kommer tilbake til så finnes det også rapportert økt engstlighet og depresjon hos kreftpasienter.

Ekstrovertsjon er hyppig diskutert. Også her er resultatene motstridende. Mens én prospektiv studie fant kvinner som utviklet kreft mer ekstroverte enn forventet (Hagnell, 1966), fant en annen prospektiv studie det motsatte (McCoy, 1976). Kissen & Eysenck (1962) fant lungekreftpasienter ekstroverte, mens Kissen senere (Kissen, Brown & Kissen, 1969) ikke fant lungekreftpasientene forskjellige fra andre pasienter. Coppen & Metcalfe (1975) fant høyere ekstrovertsjon hos kreftpasienter enn andre, mens Finn, Mulcahy & Hickey (1974) ikke fant forskjeller.

MMPI-resultatene er jevnt over negative: Schmale & Iker (1971) og Schonfield (1975) fant ikke signifikante forskjeller mellom kreft- og kontrollgrupper, men unntak av en undergruppe blant kreftpasientene som skilte seg ut på løgnskåre hos Schonfield. I prospektive undersøkelser fant Watson & Schuld (1977) ingen forskjeller mellom gruppene, mens McCoy (1976) fant lavere ekstrovertsjons-skåre hos kvinner som utviklet kreft. De fant også resultater som, tydet på mindre psykologisk regresjon i en kreftgruppe enn i en gruppe hypertensjonspasienter.

I flere studier er det rapportert en spesiell *atmosfære i kreftpasientenes opphavsfamilie*. Både Bahnson (1969), Grossarth-Maticek (1976), Kissen (1967) og Thomas et al. (1973, 1974, 1976, 1979) har funnet mangel på nærhet til foreldrene, samt kulde, avvising og neglisjering fra foreldrenes side. I retrospekt persiperer kreftpasientene sin opphavsfamilie med et kaldt emosjonelt klima. Thomas et al.s undersøkelser er prospektive: «Pasientene» er intervjuet forut for utviklingen av sykdommen. Det virker sannsynlig at vi kan ha med en premorbid psykologisk faktor å gjøre. Hvorvidt den er etiologisk relevant eller assosiert med en annen årsaksvariabel, er ikke mulig å avgjøre på grunnlag av disse studiene.

De refererte studiene fordeler seg noenlunde likt over studier med bare menn, bare kvinner, og blandet kjønn i kreftgruppene. Hos kvinner med kreft er det vesentlig bryst- og cervix-kreft som er studert. Hos menn er det lungekreft, leukemi og grupper med kreft på forskjellige steder, som er anvendt. I den blandede kjønnsgruppen er kreftstedet forskjellig, eller ikke opplyst om. Det er en tendens til flere positive funn for premorbide psykologiske faktorer hos menn og i den blandede gruppen, enn hos kvinner.

I EPF 2 studiene (pre-biopsi studiene) er det gjennomgående blitt funnet færre forskjeller mellom kreft- og kontrollgrupper enn ved EPF 1 studier. Personlighetsteorien har fått mest empirisk støtte.

Alternative forklaringer

Jeg nevnte tidligere at de fleste undersøkelser på området er EPF undersøkelser. Mangel-full kontroll med alternative tredjevariabler er et tilbakevendende problem ved slike undersøkelser, og det er helt nødvendig at forskerne enten kontrollerer for, eller i hvert fall diskuterer, relevante tredjevariabler (Kerlinger, 1973). Dette er i liten grad gjort på dette området. Jeg skal derfor berøre noen plausible alternative forklaringer, for å vise at påstanden om spesielle premorbide psykologiske forhold hos kreftpasienter kan få skarp konkurranse av alternative forklaringer. I en annen sammenheng har jeg gitt en grundigere presentasjon av alternative forklaringer på psykologiske forskjeller mellom kreft- og kontrollgrupper (Dyregrov, 1980).

Tidsrelasjoner. Kjennskap til diagnose

I diskusjonen av alternative forklaringer er det viktig å ha i mente tidsrelasjonene mellom uavhengige og avhengige variabler. Forenklet kan tidsrelasjonene illustreres slik:

Av dette oppsettet ser vi at det bare er i de prospektive undersøkelsene at informasjon om de uavhengige variablene (psykologiske faktorer) er foretatt forut for den manifeste sykdommen. For begge EPF designene er inn-samlingen av informasjon skjedd etter at den avhengige variabelen; kreft, har manifestert seg. Det er antatt at pasienter som kommer til biopsi ikke har kjennskap til sin diagnose. Dette utelukker tilsynelatende muligheten for at kjennskap til diagnose skal kunne forklare psykologiske forskjeller som finnes mellom kreft- og kontrollgrupper. Gjennom uttrykket «tilsynelatende» reserverer jeg meg mot denne antagelsen, og jeg begrunner hvorfor.

Flere forskere har hevdet at kvinner som kommer til biopsi, og hvor det senere viser seg at de har kreft, har oppfattet signaler fra sin lege om alvorligheten i de funn som er gjort (Sconfield, 1975; Polivy, 1977). Friedman (1979) har fremholdt at pasienter er spesielt observante og sensitive for non-verbal kommunikasjon fra helsepersonell, og Fox (1978) hevder etter en kort rundspørring at mange leger kan skille maligne og benigne svulster allerede før biopsi.

Dette skulle tale for at biopsipasienter, som senere viser seg å ha kreft, allerede før innleggelse har fått «beskjed» om sin situasjon. Chesser & Anderson (1975) har gitt dette resonnetet støtte: De fant at verbal kommunikasjon fra den almenpraktiserende lege var annerledes til kvinner som senere viste seg å ha maligne enn til kvinner med benigne brystlidelser. Før første konsultasjon mente mange kvinner i den benigne gruppen at de hadde en malign svulst, mens mange i den maligne gruppen hadde forventninger om en benign lidelse. Ved første konsultasjon hos almenpraktiserende lege ble de fleste kvinner i den benigne gruppen fortalt at det ikke var noe alvorlig i veien. De fleste kvinner i den maligne

gruppen ble gitt uttrykk om innleggelsen til biopsi, og det ble sagt at det var viktig å ha med mer i pakt med

Dette understreket at det var viktig som Fox (1978) påpeker, at den berørende lege er foretatt allerede før biopsi, enten verbalt eller non-verbalt, og at det er viktig å skille mellom EPF designene, og ikke nokså utvisket. På den annen side har biopsi har «kjennskap til diagnose» som den kliniske diagnosen, og ikke kjennskap til sykdommen, som psykologiske forskjeller mellom kontrollgrupper både ved

I flere av de gitt uttrykk hevdet pasientene å ha fått informasjon om sin diagnose. Det er imidlertid viktig å huske at diagnose er mulig allerede før biopsi, og at litteraturen omkring dette er velkjent at barna ofte har fått informasjon om graden ved sin sykdom allerede før blitt forsøkt holdt tilbake (Fox, 1974, 1978; Bluebeard, 1978). Det er vanskelig å tenke seg at pasienter allerede nerledes blant voksne pasienter, og evne til å intervjue om verbale budskap er viktig for muligheten til å forstå og adferd fra helsepersonell (Fox, 1972), Harker og Harker (1972), Harker og Harker (1972) kreftsyke, og spesiell sannheten om sin

Samlet sett kan vi si at det er det sannsynlig at pasientene hadde kjennskap til psykologiske virkninger som kan forklare observert kreft- og kontrollgrupper konkurrerende forklaringer om premorbide faktorer i kreft-

	Sykdomsforløp (Avhengig variabel)	Kjennskap til kreften	Innhenting av informasjon om antatt uavh. var.
Tid	Sykdomsprosesser starter		Prospektiv design
	Symptomer	?	
	Legebesøk	Mulig	
	Hospitalisering	Sannsynlig	
	Eventuell biopsi	Sannsynlig	EPF 2 design (pre-biopsi)
	Stadfesting/diagnose	Høyst sannsynlig	EPF 1 design

Psykologiske bivirkninger og medikasjon

En rekke forskere har inn på psykologiske virkninger av kreftens kroppslige faktorer (Mitchell, 1967;

gruppen ble gitt usikker informasjon. Ved innleggelsen til biopsi var forventningene kommet mer i pakt med realitetene.

Dette understreker to forhold: Det ene er, som Fox (1978) påpekte, at den almenpraktiserende lege er forholdsvis sikker i sin sak allerede før biopsi, og han/hun formidler dette verbalt eller non-verbalt. Det andre er at skillet mellom EPF 1 og EPF 2 studiene blir nokså utvisket. Personer som innlegges til biopsi har «kjennskap til kreften» forut for den kliniske diagnosen. Dette innebærer at kjennskap til sykdommen kan forklare psykologiske forskjeller mellom kreft- og kontrollgrupper både ved EPF 1 og EPF 2 studier.

I flere av de gjennomgatte undersøkelser hevdes pasientene å være ukjent med sin diagnose. Det er imidlertid tvilsomt om en kreftdiagnose er mulig å skjule for pasienten. Fra litteraturen omkring barn med kreft er det kjent at barna ofte kjenner til alvorlighetsgraden ved sin sykdom, til tross for at den har blitt forsøkt holdt skjult for dem (Spinetta 1974, 1978; Bluebond-Langner, 1978). Det er vanskelig å tenke seg at dette skulle være annerledes blant voksne. Vi må forvente at voksne evne til å integrere både verbale og ikke-verbale budskap er større enn barns. Likeså muligheten til å oppfatte endrede holdninger og adferd fra helsepersonell og familie. Weisman (1972), Hackett (1976), Hinton (1977) og Harker (1972) har vært samstemmige i at kreftsyke, og spesielt døende pasienter, kjenner sannheten om sin sykdom.

Samlet kan vi si at i samtlige EPF studier er det sannsynlig at en stor del av kreftpasientene hadde kjennskap til sykdommen. Den psykologiske virkning av denne kjennskap kan forklare observerte forskjeller mellom kreft- og kontrollgrupper, og være en konkurrerende forklaring til hypotesen om premorbide faktorer i kreftgruppen.

Psykologiske bivirkninger av sykdomsprosess og medikasjon

En rekke forskere har hevdet at *kreft virker inn på psykologiske faktorer gjennom sykdommens kroppslige effekter* (Fras & Litin, 1967; Mitchell, 1967; Norris, 1972; Brain, 1963;

Bunn et al., 1976 med flere). Kreft kan debutere med psykiatriske symptomer, psykologiske forhold kan påvirkes av metastaser, neurologiske komplikasjoner, kreftens generelle effekt og lokalisering, hormonelle effekter og andre følgetilstander ved krefts spesifikke og uspesifikke systemvirkninger (for en bredere dokumentasjon se Dyregrov, 1980). Sett under ett kan vi si at det skjer et utall kroppslige forandringer som følge av kreft. Mange av disse kan forventes å bevirke psykologiske forandringer. Dette kan forklare psykologiske forskjeller mellom kreft- og kontrollgrupper.

Denne alternative forklaringen settes ikke ut av spill selv om EPF 2 studier benyttes. Kreftprosessene er i gang på undersøkelsestidspunktet. Jeg skylder likevel å gjøre oppmerksom på at de psykologiske forandringene som ledsager kreftprosessene er nokså vagt beskrevet. Men når det er tale om *forandringer* i psykologiske karakteristika, skulle det tale imot at vi har med premorbide psykologiske faktorer å gjøre.

Det finnes ikke opplysninger om *medikasjonsnivå* blant pasientene i disse studiene. Antineoplastiske medikamenter (kjemoterapi) er vist å virke inn på psykologiske faktorer (Weiss et al., 1974; Holland, Fasanello & Ohnuma, 1974; Philibert & Levine, 1980). Vi står ovenfor enda en ukontrollert alternativ variabel som kan forklare eventuelle forskjeller mellom kreft- og kontrollgrupper.

Kreftens *latenstid* er av flere estimert til å være over 5 år (Gardner, 1975; Fox, 1978). Dette innebærer at instrumenter som måler livsstress i de siste årene før «sykdomsutbruddet», vil kunne fange opp forandringer som mer er resultat av, enn medvirkende årsak til kreften. Den lange latenstiden gjør det også mulig å tenke seg at personlighetskarakteristika gradvis forandrer seg frem mot sykdomsutbruddet.

Psykologiske og sosiale effekter av å bli diagnostisert med kreft

Kreft er den sykdom som oppfattes som mest truende og skremmende i folks bevissthet. Den oppfattes som ensbetydende med

død (McIntosh, 1974). Dette medfører at sosial kontakt med kreftpasienter ofte unngås. Både slektninger, venner og personalet på sykehuset kan bidra til dette sosiale vakuum.

Kreftpasienten befinner seg i tillegg i en ny situasjon — alvorlig syk, avsondret fra sin vanlige tilværelse, hospitalisert og ikke minst, — overlatt til et liv i usikkerhet. Som pasienter er de konfrontert med frykt for smerte, tilbakefall, progressiv svekkelse og død.

Det er i denne situasjon undersøkeren beveger seg. De svar og reaksjoner pasienten kommer med på intervju/tester må ses på bakgrunn av denne spesielle situasjon. Det er tvilsomt om personligheten vil forbli upåvirket i en slik sosial situasjon. Når kreftgruppen ikke bare skiller seg fra en frisk kontrollgruppe, men også fra hospitaliserte kontrollgrupper, antar jeg at dette kan skyldes at den psykologiske reaksjon er gradert i forhold til hvor alvorlig sykdommen er.

Benekting. Fortrengning. Mangel på emosjonell reaksjon

Av oppsummeringen tidligere i denne artikkelen fremgår det at bl.a. Bahnson & Bahnson, og Kissen med medarbeidere finner at kreftpasienter er mindre engstelige og mer emosjonelt stabile enn andre. Dette strider ikke bare mot common sense, men også mot en rekke studier hvor det er rapportert mye angst blant kreftpasienter (Achte & Vauhkonen, 1970; Laxenaire et al., 1971; Bronner-Huszar, 1971; Finn et al., 1974; Schonfield, 1975; Lewis, Gottesman & Gutstein, 1979). Dette kan skyldes bruk av forskjellige instrumenter. Det kan også tenkes at tidspunktet for vurdering av pasientene kan spille inn.

Hvis vi likevel velger å se på Bahnsons' og Kissens resultater som reelle, kan det være riktig, som spesielt Bahnsons og Kissen hevder, at dette er uttrykk for benekting og fortrenning. Men mens disse forfatterne hevder at dette er livslange, premorbide trekk, vil jeg hevde at det kan være tale om en *situasjonsbestemt benektning*. Polivy (1977) og Sanders & Kardinal (1977) har funnet hyppig bruk av benekting blant pasienter med livstruende sykdommer. Mages & Mendelsohn (1979) hevder

at kreftpasienter unngår, kontrollerer og fjerner seg fra ubehagelige følelser og tar for å minske ubehag. Målet er å danne enbarriere mot smertefulle stimuli og den nummenhet som følger, og slike barrierer reduserer intensiteten ved den traumatiske opplevelsen.

Wortman & Dunkel-Schetter (1979) har foresatt den teori at kreftpasienter må indre at alt er fint og at de klarer seg bra for sosial kontakt og støtte. Dette er i tråd med jeg skrev om sosial isolasjon tidligere. Kreftpasienter kan ved sin adferd lett utfordre personalets vanskelige forhold til døden. De kan medføre tilbaketrekning fra personalet side. Klager, engstelighet og depresjon kan aktivisere dødsproblematikk hos personalet og kan være med å minke kontaktfrekvens. Underrapportering av problemer kan i lys av dette skyldes pasientenes forsøk på å beholde sin sosiale kontakt i en truende livssituasjon. Benekting og fortrenning (undertrykkning av emosjoner) kan derfor ses som måter å mestre den sosiale situasjon pasientene står ovenfor. I en slik situasjon vil informasjon gitt ved intervju eller test bli aktivt tilpasset den situasjon pasienten står i.

Tillit

Hvor villig vil pasienter med en livstruende sykdom utlevere seg gjennom tester, spørrelistor eller intervju? I de fleste av de gjennomgatte studiene ser test- eller intervjusituasjonen ut til å være første møte mellom forsker og pasient. Dette er ingen ønskesituasjon for fortrolighet og tillit.

«A patient will be able to acknowledge worries, guilts and problems fully only in those people who can be trusted to accept the truth without criticism or evaluation» (Mages & Mendelsohn, 1979, s. 269).

En kort innledningssamtale kan vanskelig etablere denne tillit. Kanskje forklaringen på de motstridende resultatene m.h.t. angst (og depresjon) finnes her: Angst, depresjon, håpløshet og sinne vil muligens først vise seg etter dypere og mer langvarig kontakt med pasientene, mens spørreskjema, tester og førstegang-

møte vil medføre at pasientene benekter problemer. Vi står her ovenfor et klinisk metodisk problem, som vil kreve egne undersøkelser.

De prospektive undersøkelser

Prospektive studier tillegges vanligvis mer vekt enn retrospektive studier. Dette skyldes at metoden reduserer risikoen for subjektiv bias, all den stund data er innsamlet før «risikogruppen» har identifisert seg. På psykologi-kreft området har forskerne ved de prospektive studiene samlet inn data om psykologiske karakteristika før kreften viser seg. Dette innebærer at flere av de alternative forklaringene jeg har vært inne på ikke har relevans ved prospektive studier.

Dessverre har forskerne på psykologi-kreft området ikke benyttet rene prospektive design. De har søkt tilbake til data samlet inn for å undersøke hypoteser om andre sykdomsgrupper. Det er ikke på forhånd satt opp en teoretisk forbindelse mellom prediktorvariabler og kreft. Forskeren vil, i dette som jeg har kalt for et semiprospektivt design (Dyregrov, 1980), *retrospektivt* søke etter variabler som skiller kreftgruppen fra kontrollgrupper. Dette gjøres ved å utføre en rekke statistiske tester for å finne variabler som skiller gruppene. Når det «fiskes» etter variabler på denne måten, kan statistisk signifikante forskjeller mellom gruppene opptre på basis av sjanse alene (Cook & Campbell, 1979). Desto flere tester som utføres, desto større sjanse for å finne variabler som skiller gruppene. Fox (1978) har gjennomgått de prospektive studiene som er gjennomført på dette området, og konkluderer med at de forskjeller som er funnet kan forventes på basis av sjanse alene. Likevel skal det fremholdes at det for noen av variablene som skiller gruppene, har vært sammenfall mellom prospektive og retrospektive studier. Vi må avvente bedre prospektive studier før sikrere konklusjoner kan trekkes.

Konklusjon

Jeg har vist at det foreløpig er få holdpunkter for å hevde at kreftpasienter har opplevd mer livsstress enn andre. På personlig-

hetsområdet er kreftpasienter rapportert å være emosjonelt stabile, lite plaget av psykisk og autonom angst, og med benekting og fortrenning som livslange forsvarsmekanismer. Mangel på nærhet til foreldre, og et kaldt emosjonelt klima i pasientenes opphavsfamilie er også rapportert.

Det har blitt antatt at de nevnte forskjellene eksisterer forut for sykdomsutviklingen. Jeg har presentert alternative forklaringer til denne premorbide forklaringen. Kreftgruppens spesielle psykologiske karakteristika kan være resultat av den psykososiale situasjon pasienten kommer i, de kan være sidevirkninger av sykdomsprosessen som foregår i kroppen, eller resultat av metodiske feilkilder.

På bakgrunn av dette må vi slutte at vår nåværende viten ikke gjør det mulig å konkludere med at det finnes spesielle premorbide psykologiske karakteristika hos personer som utvikler kreft. Inntil forskningsmetodene som anvendes forbedres, og alternative teorier uttestes, er den premorbide hypotesen å betrakte som tentativ, men interessant.

Referanser

- Achté, K. & Vauhkonen, M. L. Psychic factors in cancer. I *Cancer and Psyche*. Monographs from the Psychiatric Clinic of the Helsinki University Central Hospital. Helsinki, 1970.
- Bahnson, C. B. & Bahnson, M. B. Role of the ego defenses: Denial and repression in the etiology of malignant neoplasm. *Annales of the New York Academy of Science*, 1966, 125, 827-845.
- Bahnson, M. B. & Bahnson, C. B. Ego defenses in cancer patients. *Annales of the New York Academy of Science*, 1969, 164, 546-559.
- Bahnson, C. B. & Bahnson, M. B. *Personality variables and life experiences predicting specific disease syndromes*. Paper presented at the American Psychological Association's annual convention. New Orleans, Sept. 1., 1974.
- Blohmke, M., Dillenz, M. & Stelzer, O. Soziale und psychosoziale Bezüge in der Krebsgenese. *MMG (Medizin, Mensch, Gesellschaft)* 1976, 1, 32-38.
- Bluebond-Langner, M. *The private world of dying children*. Princeton, 1978.
- Bond, M. R. & Pearson, I. B. Psychological aspects of pain in women with advanced cancer in the cervix. *Journal of Psychosomatic Research*, 1969, 13, 13-19.
- Brain, L. The neurological complications of neoplasms. *The Lancet*, 1963, 1, 179-184.
- Bronner-Huszar, J. The psychological aspects of cancer in man. *Psychosomatics*, 1971, 12, 133-138.

- Brown, F. The relationship between cancer and personality. *Annales of the New York Academy of Science*, 1966, 125, 865-873.
- Brown, J. H., Varsamis, J., Toews, J. & Shane, M. Psychiatry and oncology: A review. *Canadian Psychiatric Association journal*, 1974, 19, 219-222.
- Bunn, P. A., Schein, P. S. & Devita, V. T. Central nervous system complications in patients with diffuse histiocytic and undifferentiated lymphoma: Leukemia revisited. *Blood*, 1976, 47, 3-10.
- Chesser, E. S. & Anderson, J. L. Psychological considerations in cancer of the breast. *Royal Society of Medical Proceedings*, 1975, 68, 793-795.
- Cook, T. D. & Campbell, D. T. *Quasi-experimentation. Design and analysis for field settings*. Chicago: Rand McNally, 1979.
- Coppen, A. & Metcalfe, M. Cancer and extraversion. *British Medical Journal*, 1963, 2, 18-19.
- Cramer, I., Blohmke, M., Bahnson, C. B., Bahnson, M. B., Scherg, H. & Weinhold, M. Psychosoziale Faktoren und Krebs. *Munch. Med. Wschr.*, 1977, 119, 1387-1392.
- Crisp, A. M. Some psychosomatic aspects of neoplasia. *British journal of Medical Psychology*, 1970, 43, 313-331.
- Dyregrov, A. *Finnes det premorbide psykologiske faktorer ved kreft? En kritisk gjennomgåelse av undersøkelser og metode*. Hovedoppgave, Psykologisk fakultet, Universitetet i Bergen, 1980.
- Finn, F., Mulcahy, R. & Hickey, N. The psychological profiles of coronary and cancer patients, and of matched controls. *Irish journal of Medical Science*, 1974, 143, 176-178.
- Fox, B. H. Premorbid psychological factors as related to cancer incidence. *Journal of Behavioral Medicine*, 1978, 1, 45-133.
- Fraas, I. & Litin, E. M. Comparison of psychiatric manifestations in carcinoma of the pancreas, retroperitoneal malignant lymphoma, and lymphoma in other locations. *Psychosomatics*, 1967, 8, 275-277.
- Friedman, H. S. Nonverbal communication between patients and medical practitioners. *Journal of Social Issues*, 1979, 35, 82-99.
- Gardner, B. Breast cancer revisited. *JAMA (Journal of the American Medical Association)*, 1975, 232, 742-743.
- Graham, S., Snell, L. M., Graham, J. B. & Ford, L. Social trauma in the epidemiology of cancer of the cervix. *Journal of Chronic Disease*, 1971, 24, 711-725.
- Greene, W. A. J. The psychosocial setting of the development of leukemia and lymphoma. *Annales of the New York Academy of Science*, 1966, 125, 794-801.
- Greer, S. Psychological inquiry: A contribution to cancer research. *Psychological Medicine*, 1979, 9, 81-89.
- Greer, S. & Morris, T. Psychological attributes of women who develop breast cancer: A controlled study. *Journal of Psychosomatic research*, 1975, 19, 147-153.
- Grissom, J., Weiner, B. J. & Weiner, E. A. Psychological correlates of cancer. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 1975, 43, 113.
- Grossarth-Maticek, R. Krebskrankung und Familiendynamik, 1976, 1, 294-318.
- Hackett, T. P. Psychological assistance for the patient and his family. *Annual review of Medicine*, 1976, 27, 371-378.
- Hagnell, O. The premorbid personality of persons who develop cancer in a total population investigation, 1947 and 1957. *Annales of the New York Academy of Science*, 1966, 125, 846-855.
- Harker, B. L. Cancer and communication: A personal experience. *Psychiatry in Medicine*, 3, 163-171.
- Headley, D. B. Premorbid psychological factors in cancer. *Biological Psychology Bulletin*, 1977, 1, 1-10.
- Hinton, J. Bearing cancer. I R. H. Moos (Ed.), *Coping with psychical illness*. New York: Medical Book Company, 1977.
- Holland, J., Fasanello, S. & Ohnuma, T. Psychosomatic symptoms associated with L-Asparaginase administration. *Journal of Psychiatric Research*, 1976, 105-113.
- Holmes, T. H. & Masuda, M. Life change and cancer susceptibility. I B. S. Dohrenwend & B. P. Dohrenwend, (Eds.), *Stressful life events: Their nature and effects*. New York: Wiley & Sons, 1974.
- Horne, R. L. & Picard, R. S. Psychosocial risk factors for lung cancer. *Psychosomatic Medicine*, 1978, 40, 503-513.
- Kerlinger, F. N. *Foundations of behavioral research* (2. utg.) New York: Holt, Rinehart & Winston, 1973.
- Kissen, D. M. Personality characteristics in patients conducive to lung cancer. *British journal of Medical Psychology*, 1963, 36, 27-36.
- Kissen, D. M. Psychological factors and lung cancer in men aged 55-64. *British journal of Medical Psychology*, 1967, 40, 29-43.
- Kissen, D. M. The present status of psychosomatic cancer research. *Geriatrics*, 1969, 24, 129-137.
- Kissen, S. M., Brown, R. I. F. & Kissen, M. A follow-up report on personality and psychosocial factors in lung cancer. *Annales of the New York Academy of Science*, 1969, 164, 535-544.
- Kissen, D. M. & Eysenck, H. J. Personality in lung cancer patients. *Journal of Psychosomatic Medicine*, 1962, 6, 123-127.
- Laxenaire, M., Chardot, C. & Bentz, M. L. Quelques aspects psychologiques du malade cancéreux. *La Revue Médicale*, 1971, 79, 2497-2500.
- LeShan, L. A basic psychological orientation apparatus associated with malignant disease. *Psychiatric Quarterly*, 1961, 35, 314-330.
- LeShan, L. An emotional life-history pattern associated with neoplastic disease. *Annales of the New York Academy of Science*, 1966, 125, 780-793.
- Lewis, M. S., Gottesman, D. & Gutstein, S. The onset and duration of crisis. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 1979, 47, 128-134.
- Mages, N. L. & Mendelsohn, G. A. Effects of cancer on patients' lives: A personological approach. I

- Stone, F. Cohen, N. E. Adler & associates, (Eds.), *Health psychology — a handbook*. San Francisco: Jossey-Brass Publ., 1979.
- McCoy, J. W. *Psychological variables and onset of cancer*. Thesis submitted to the faculty of the Graduate College of the Oklahoma State University. December 1976.
- McIntosh, J. Processes of communication, information seeking and control associated with cancer. *Social Science and Medicine*, 1974, 8, 167-187.
- Mitchell, W. M. Etiological factors producing neuropsychiatric syndromes in patients with malignant disease. *International journal of Neuropsychiatry*, 1967, 3, 464-468.
- Muslin, H. Y., Gyarfás, K. & Pieper, W. J. Separation experience and cancer of the breast. *Annales of the New York Academy of Science*, 1966, 125, 802-806.
- Norris, F. H. The remote effects of cancer on the nervous system. *Zeitschrift für Neurologie*, 1972, 201, 201-210.
- Polivy, J. Psychological effects of mastectomy on a woman's feminine self-concept. *The journal of Nervous and Mental Disease*, 1977, 164, 77-87.
- Sanders, J. B. & Kardinal, C. G. Adaptive coping mechanisms in adult acute leukemia patients in remission. *JAMA (Journal of the American Medical Association)*, 1977, 238, 952-954.
- Schmale, A. H. Jr. & Iker, H. P. Hopelessness as a predictor of cervical cancer. *Social Science and Medicine*, 1971, 5, 95-100.
- Schonfield, J. Psychological and life-experience between Israeli women with benign and cancerous breast lesions. *Journal of Psychosomatic Research*, 1975, 19, 229-234.
- Scurry, M. T. & Levin, E. M. Psychosocial factors related to the incidence of cancer. *International journal of Psychiatry in Medicine*, 1978-79, 9, 159-177.
- Seth, M. & Saksena, N. K. Personality characteristics of lung cancer patients. *Indian journal of Clinical Psychology*, 1978, 5, 43-48.
- Silverfarb, P. M., Philibert, D. & Levine, P. M. Psychosocial aspects of neoplastic diseases: II. Affective and cognitive effects of chemotherapy in cancer patients. *American journal of Psychiatry*, 1980, 137, 597-601.
- Smith, W. R. & Sebastian, H. Emotional history and pathogenesis of cancer. *Journal of Clinical Psychology*, 1976, 32, 863-866.
- Snell, L. & Graham, S. Social trauma as related to cancer of the breast. *British journal of Cancer*, 1971, 25, 721-734.
- Sohl, P. A. Psychogenic factors in the etiology of cancer. *Smith college studies in social work*, 1975, 45, 109-136.
- Spinetta, J. J. The dying child's awareness of death: A review. *Psychological Bulletin*, 1974, 81, 256-260.
- Spinetta, J. J. Communication patterns in families dealing with life-threatening illness. I O. J. Z. Sahler, (Ed.), *The child and death*. St. Louis: Mosby, 1978.
- Thomas, C. B. Precursors of premature disease and death. *Annales of Internal Medicine*, 1976, 85, 653-658.
- Thomas, C. B. & Duszynski, K. R. Closeness to parents and the family constellation in a prospective study of five disease states: Suicide, mental illness, malignant tumor, hypertension and coronary heart disease. *John Hopkins Medical journal*, 1974, 134, 251-270.
- Thomas, C. B., Duszynski, K. R. & Shaffer, J. W. Family attitudes reported as potential predictors of cancer. *Psychosomatic Medicine*, 1979, 41, 287-302.
- Thomas, C. B. & Greenstreet, R. L. Psychobiological characteristics in youth as predictors of five disease states: Suicide, mental illness, hypertension, coronary heart disease and tumor. *John Hopkins Medical journal*, 1973, 132, 16-43.
- Watson, C. G. & Schuld, D. Psychosomatic factors in the etiology of neoplasma. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1977, 45, 455-461.
- Weisman, A. D. *On dying and denying*. New York: Behavioral publications Inc., 1972.
- Weiss, H. D., Walker, M. D. & Wiernik, P. H. Neurotoxicity of commonly used antineoplastic agents. *The New England journal of Medicine*, 1974, 291, 75-81.
- Wortman, C. B. & Dunkel-Schetter, C. Interpersonal relationships and cancer: A theoretical analysis. *Journal of Social Issues*, 1979, 35, 120-155.

Postadresse:

Atle Dyregrov
 Barnekliviken
 5016 Haukeland Sykehus
 Telef. 29 80 60, linje 5190