

Wymiary osobowości nerwicowej i jej wybrane predyktory wśród osób z nadciśnieniem tętniczym

Dimensions of neurotic personality and its selected predictors in individuals with arterial hypertension

Małgorzata Szcześniak¹, Joanna Furmańska¹, Krystian Konieczny¹,
Krystyna Widecka², Karolina Rachubińska¹

¹ Uniwersytet Szczeciński w Szczecinie, Instytut Psychologii

² Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie,
Klinika Hipertensjologii i Chorób Wewnętrznych

Summary

Aim. To assess the levels of neurotic personality dimensions in a group of patients with arterial hypertension compared to healthy individuals. To test the relationship between the overall neurotic personality score and satisfaction with life as well as tendency to notice and attach importance to the positive aspects of life, experience, and oneself in a clinical sample.

Method. *Neurotic Personality Questionnaire* (KON-2006) by Aleksandrowicz, Klasa, Sobański, and Stolarska (2007), *Satisfaction With Life Scale* (SWLS) by Diener et al., and *the P Scale* by Caprara (2009).

Results. Individuals with arterial hypertension ($N = 81$) are distinguished by significantly higher levels of twenty (out of twenty-four) neurotic personality dimensions than controls without arterial hypertension ($N = 88$). Overall neurotic personality score correlates negatively with life satisfaction and the evaluation of positive aspects of life.

Conclusions. The present study adds to the knowledge on the psychosocial aspects of ill people's functioning and sets directions of work for multidisciplinary teams seeking to improve patients' quality of life.

Słowa kluczowe: nadciśnienie tętnicze, osobowość nerwicowa, satysfakcja z życia

Key words: arterial hypertension, neurotic personality, satisfaction with life

Wstęp

Nadciśnienie tętnicze (*Arterial Hypertension*) to utrwalone podwyższone ciśnienie równe bądź większe niż 140/90 mmHg [1]. W klasyfikacji medycznej rozróżnia się postać pierwotną i wtórną. Postać pierwotna (samoistna), która dotyka większości chorych, nie ma znanej przyczyny somatycznej i jej etiologia jest wciąż niejasna. Uważa się, że jej powstaniu mogą sprzyjać czynniki dziedziczne (związane z układem współczulnym), środowiskowe, psychiczne i emocjonalne oraz związane ze stresem [2]. Postać wtórna (objawowa) opisywana jest wówczas, gdy znana jest przyczyna jej wystąpienia, np. choroby nerek, gruczołów dokrewnych czy mózgu [3].

Już w latach trzydziestych XX wieku Franz Alexander [4] wskazywał na istnienie związku pomiędzy nadciśnieniem tętniczym (łac. *Hypertonia arterialis*) a tłumioną wrogością. Kolejne badania potwierdzały związek reaktywności układu krążenia i takich zmiennych psychologicznych, jak przeżywane emocje, doświadczany stres i określone cechy osobowości [5, 6]. W patofizjologii relację pomiędzy cechami osobowości a nadciśnieniem tętniczym wyjaśnia się najczęściej za pomocą trzech mechanizmów: nadmiernej reaktywności układu krążenia, mechanizmów neurohormonalnych oraz czynników behawioralnych. Pierwsza, najlepiej potwierdzona koncepcja, zakłada, że osoby z nadmierną reaktywnością układu krążenia reagują nawet na niewielkie bodźce stresujące wzmoczoną aktywacją osi podwzgórze-przysadka-nadnercze oraz pobudzeniem układu współczulnego [7]. Druga koncepcja postuluje związek stężenia hormonów i neurotransmiterów odpowiedzialnych za wysokość ciśnienia tętniczego z profilem osobowościowym [8]. Natomiast teoria behawioralna łączy rozwój choroby z nieprawidłowymi zachowaniami zdrowotnymi [9, 10].

Dotychczasowa analiza piśmiennictwa wskazuje na wiele cech psychologicznych jednostki, które mogą mieć znaczenie w rozwoju chorób kardiologicznych, w tym nadciśnienia tętniczego. Wymienia się w tym kontekście: neurotyzm, gniew/złość, lęk/niepokój, depresyjność, niedostosowanie społeczne, aleksytymię oraz cechy charakterystyczne dla wzoru zachowania typu A bądź D [6, 8, 11]. Wciąż jednak istnienie tzw. osobowości nadciśnieniowca pozostaje wśród badaczy przedmiotem kontrowersji [8], mimo że samo nadciśnienie tętnicze, zaliczane do grona chorób psychosomatycznych, stanowi jedną z najczęściej występujących chorób cywilizacyjnych i dotyka prawie miliarda ludzi powyżej 25. roku życia [12]. Szacuje się, że w Polsce nadciśnienie tętnicze dotyczy 20% populacji osób dorosłych [1].

Należy podkreślić, że niektóre badania wykazały pozytywny związek między występowaniem nadciśnienia tętniczego i zaburzeniami lękowymi [13, 14]. Co więcej, Pan i wsp. [15] na podstawie metaanalizy badań przekrojowych stwierdzili, że lęk i nadciśnienie tętnicze znacząco ze sobą korelowały. Inne badania – przeciwnie, nie wskazywały na żadną relację w tym zakresie [16] lub sygnalizowały, że związek ten istnieje, lecz tylko pomiędzy nadciśnieniem tętniczym i dyspozycją lękową, a nie stanem lękowym [17].

Wobec niewielkiej liczby badań dotyczących związku psychospołecznych czynników i ciśnienia krwi [18] oraz braku jednoznacznych danych odnośnie profilu osobowościowego chorych z nadciśnieniem tętniczym postanowiono ocenić poziom wymiarów osobowości nerwicowej w tej grupie chorych w porównaniu z osobami

zdrowymi. Założono, że istnieją różnice we wszystkich wymiarach osobowości nerwicowej pomiędzy osobami chorymi i zdrowymi oraz że grupa kliniczna charakteryzuje się wyższą niż w grupie kontrolnej intensywnością poszczególnych wymiarów (hipoteza 1). Przyjęto również, że wśród osób z nadciśnieniem tętniczym istnieje zależność pomiędzy ogólnym wynikiem osobowości nerwicowej a satysfakcją z życia oraz tendencją do zauważania i przywiązywania wagi do pozytywnych aspektów życia, doświadczeń i samego siebie (hipoteza 2). Wymiary osobowości nerwicowej korelują negatywnie zarówno z zadowoleniem z życia, jak i orientacją pozytywną. Wreszcie brak zadowolenia z życia i pozytywnego spojrzenia na siebie i otaczającą rzeczywistość może być negatywnym predyktorem osobowości nerwicowo zaburzonej (hipoteza 3).

Material

Badanie przeprowadzono wśród 81 chorych (G_b) z rozpoznaniem nadciśnienia tętniczego, leczonych na Oddziale Chorób Wewnętrznych i Nadciśnienia Tętniczego w Samodzielnym Publicznym Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Szczecinie oraz w Klinice Hipertensjologii i Chorób Wewnętrznych w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym nr 1 Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego im. prof. Tadeusza Sokołowskiego w Szczecinie. Wśród chorych było 46 mężczyzn (56%) i 35 kobiet w wieku od 18 do 80 lat ($M = 48,02$; $SD = 14,01$). Pacjenci byli poddawani farmakoterapii, zwłaszcza monoterapii lub kuracji skojarzonej. Lekami najczęściej stosowanymi w procesie leczenia były: diuretyki tiazydowe, beta-adrenolityki (I, II i III generacji), antagoniści wapnia, inhibitory konwertazy angiotensyny, leki blokujące receptory AT1. Niektórzy pacjenci zgłaszali współwystępowanie innych zespołów chorobowych, takich jak: alergia (1), miażdżycy (1), hipokalemia (1), hipokalcemia (1), cukrzyca (6), depresja (1), zaburzenia krzepnięcia (1), borelioza (1) i nefropatia (1). Osoby chore nie miały postawionej diagnozy psychiatrycznej.

Grupę kontrolną (G_k) tworzyło 88 osób bez nadciśnienia tętniczego w wieku od 20 do 72 lat, w tym 52 kobiety (59%) i 36 mężczyzn. Średnia wieku wynosiła $M = 42,73$ roku ($SD = 13,37$). Kilka osób wymieniło inne dolegliwości lub przebyte choroby, takie jak: nowotwór (1), stwardnienie rozsiane (1), zawał (1), cukrzyca (1), refluks żołądkowo-przełykowy (1), zaćma (1), miażdżycy (1). Dobór grupy kontrolnej miał charakter celowy. W obu grupach przeważały osoby z wykształceniem średnim ($G_b = 38$ vs. $G_k = 39$), następnie wyższym ($G_b = 23$ vs. $G_k = 33$), zawodowym ($G_b = 14$ vs. $G_k = 15$) i podstawowym ($G_b = 6$ vs. $G_k = 1$).

Badania odbyły się za zgodą uczestników, przy jednoczesnym zapewnieniu ich o poufności pozyskanych przez nas danych. Projekt badawczy otrzymał zgodę Komisji Bioetycznej Instytutu Psychologii Uniwersytetu Szczecińskiego (KB 5/2017).

Metoda

W celu weryfikacji hipotez zastosowano:

- 1) *Kwestionariusz Osobowości Nerwicowej* (KON-2006) autorstwa Aleksandrowicza i wsp. [19]. Ujawnia on te obszary osobowości, które w założeniu mogą

- mieć udział w powstawaniu zaburzeń nerwicowych (tab. 1). Osoba badana określa stopień, w jakim dane twierdzenie z puli 243 wszystkich itemów jest prawdziwe w odniesieniu do niej, udzielając odpowiedzi „tak” lub „nie”. Rzetelność narzędzia w niniejszym badaniu okazała się wysoka (wartość α Cronbacha w grupie pacjentów z nadciśnieniem tętniczym wyniosła 0,93, a w grupie kontrolnej była równa 0,88).
- 2) *Skalę satysfakcji z życia* (SWLS) autorstwa Dienera i wsp. (polska adaptacja: Z. Juczyńskiego) [20], która służy do analizy zadowolenia z dotychczasowego życia osoby badanej. Skala składa się z pięciu twierdzeń ocenianych na siedmiostopniowej skali – od 1 – „zdecydowanie nie zgadzam się” do 7 – „zdecydowanie zgadzam się”. Im wyższy wynik, tym wyższe poczucie satysfakcji z własnego życia. Wskaźnik rzetelności α Cronbacha był satysfakcjonujący i wyniósł dla grupy osób chorych $\alpha = 0,78$ i dla grupy kontrolnej $\alpha = 0,81$.
 - 3) *Skalę P* (S-P) autorstwa Caprara (2009) (polska adaptacja: Łaguna, Oleś, Filipiuk, 2011) [21], która służy do pomiaru tendencji do zauważania i przywiązywania wagi do pozytywnych aspektów życia, doświadczeń i samego siebie. Narzędzie liczy 8 twierdzeń, przy czym item nr 4 wymaga odwrócenia. Badany określa na 5-stopniowej skali, w jakim stopniu zdecydowanie się nie zgadza z danym twierdzeniem (wartość 1) lub zdecydowanie się z nim zgadza (wartość 5). Wskaźnik rzetelności dla grupy klinicznej wyniósł $\alpha = 0,91$, a dla grupy kontrolnej był równy $\alpha = 0,89$.

Analizy statystyczne do weryfikacji zaproponowanych hipotez wykonano w programie IBM SPSS Statistics w wersji 20. Wyliczono statystyki opisowe zmiennych ilościowych, przetestowano normalność ich rozkładów, wykonano analizę testów *t*-Studenta dla prób niezależnych i korelacji ze współczynnikiem *r* Pearsona. Zastosowano analizę regresji wielokrotnej, metodą krokową, przyjmując próg istotności $p < 0,05$. Wyniki istotne na poziomie $0,05 < p < 0,1$ uznawano za istotne na poziomie tendencji statystycznej.

Wyniki

Zgodnie z przyjętymi celami badawczymi najpierw sprawdzono, czy osoby z nadciśnieniem tętniczym (grupa kliniczna) i osoby bez nadciśnienia tętniczego (grupa kontrolna) różnią się od siebie w zakresie wymiarów osobowości nerwicowej (hipoteza 1). Wyniki porównania, tj. wartości średnich arytmetycznych (*M*) i odchyłeń standardowych (*SD*) dla poszczególnych skal kwestionariusza oraz wartości testu *t*-Studenta, poziomy istotności *p*, a także wartości *d* Cohena przedstawia tabela 1.

Ustalono, że różnice istotne statystycznie występują w zakresie dwudziestu wymiarów osobowości nerwicowej z puli dwudziestu czterech wymiarów składających się na KON-2006. Z wartości wskaźników *d* Cohena wynika, że w większości przypadków siła efektów jest duża i umiarkowana. Tylko w trzech przypadkach siła jest stosunkowo słaba i w czterech jest bardzo mała (tab. 1). Uzyskane wyniki w bardzo dużej mierze potwierdzają założenie przyjęte w hipotezie 1.

Tabela 1. Poziom wymiarów osobowości nerwicowej z podziałem na grupę kontrolną i grupę kliniczną

Wymiar osobowości	Grupa kontrolna (N = 81)		Grupa kliniczna (N = 88)		t	p	d Cohena
	M	SD	M	SD			
1. Poczucie uzależnienia od otoczenia	23,71	2,79	27,01	3,68	6,501	0,000	-1,010
2. Astenia	17,13	1,90	19,69	2,73	6,985	0,000	-1,088
3. Negatywna samoocena	16,57	2,53	18,75	3,43	4,654	0,000	-0,723
4. Impulsywność	21,88	2,57	25,23	3,42	7,218	0,000	-1,107
5. Trudności podejmowania decyzji	15,62	2,06	16,62	2,37	3,568	0,000	-0,450
6. Poczucie wyobcowania	18,03	2,71	19,71	3,86	3,251	0,001	-0,503
7. Demobilizacja	29,00	3,68	28,90	3,48	-0,179	0,858	0,027
8. Skłonność do ryzyka	19,27	2,12	20,28	2,99	2,515	0,013	-0,389
9. Trudności w relacjach emocjonalnych	17,81	1,77	17,65	1,92	-0,576	0,565	0,086
10. Brak witalności	29,35	2,60	29,96	3,18	1,368	0,173	-0,210
11. Przekonanie o niezaradności życiowej	22,57	3,61	23,25	3,38	1,258	0,210	-0,194
12. Poczucie braku wpływu	16,43	2,13	19,25	2,87	7,211	0,000	-1,115
13. Brak wewnętrzsterowności	26,02	3,27	27,12	3,57	2,089	0,038	-0,321
14. Wyobrażenia, fantazjowanie	16,85	2,07	19,60	3,57	7,707	0,000	-0,942
15. Poczucie winy	14,12	1,84	16,60	2,26	7,751	0,000	-1,203
16. Trudności w relacjach interpersonalnych	16,39	1,95	17,62	2,39	3,643	0,000	-0,563
17. Zawiść	17,71	2,41	20,45	3,20	6,245	0,000	-0,967
18. Postawa narcystyczna	17,73	2,53	19,93	3,35	4,777	0,000	-0,741
19. Poczucie zagrożenia	18,01	2,46	20,32	2,86	5,592	0,000	-0,865
20. Egzaltacja	17,43	2,19	20,04	2,64	7,020	0,000	-1,076
21. Irracjonalność	13,44	1,74	14,98	2,11	5,194	0,000	-0,796
22. Drobiazgowość	10,61	1,60	12,18	1,91	5,789	0,000	-0,891
23. Rozpamiętywanie	14,09	1,93	15,86	1,92	5,954	0,000	-0,919
24. Poczucie przeciążenia	12,63	1,74	13,71	1,98	3,753	0,000	-0,579

Źródło: badania własne.

W kolejnym kroku sprawdzano, czy wśród osób z nadciśnieniem tętniczym istnieje zależność pomiędzy ogólnym wynikiem osobowości nerwicowej a satysfak-

cją z życia oraz tendencją do zauważania i przywiązywania wagi do pozytywnych aspektów życia, doświadczeń i samego siebie (hipoteza 2). Korelacja r Pearsona wykazała, że zarówno w grupie klinicznej, jak i kontrolnej ogólny wynik osobowości nerwicowej (KON-2006) koreluje negatywnie z zadowoleniem z życia ($r_{ko} = -0,229^*$ i $r_{kl} = -0,392^{**}$) oraz orientacją pozytywną ($r_{ko} = -0,252^*$ i $r_{kl} = -0,223^*$), co potwierdza hipotezę 2.

W celu pogłębienia omówionych analiz korelacyjnych sprawdzono, czy oba czynniki pozwalają przewidywać poziom zbiorczej oceny stopnia zaburzenia osobowości w obu badanych grupach. W związku z tym zastosowano analizę regresji liniowej z użyciem metody krokowej. Jako zmienne wyjaśniające uwzględniono satysfakcję z życia i orientację pozytywną. Uzyskane wyniki wskazują, że w wypadku osób chorych na nadciśnienie tętnicze obie zmienne są predyktorami wyjaśniającymi samodzielnie największy odsetek (10%) wariancji zbiorczej oceny stopnia zaburzenia osobowości ($\Delta R^2 = 0,101$; $R = 0,352$; $F(80,2) = 5,503$; $p = 0,001$). Wartości współczynnika β świadczą o tym, że niższy poziom nastawienia pozytywnego ($\beta_{S_1} = -0,267$) i satysfakcji z życia ($\beta_{SWLS} = -0,246$) są potencjalnie związane z nerwicowym wymiarem osobowości. W wypadku osób z grupy kontrolnej jedynym predyktorem okazała się satysfakcja z życia, wyjaśniająca 14% wariancji ($\Delta R^2 = 0,144$; $R = 0,392$; $F(87,1) = 15,620$; $p = 0,001$). Wynik pozwala przypuszczać, że niższy poziom zadowolenia z życia może ($\beta_{S-P} = -0,392$) sprzyjać wyższemu poziomowi wymiarów właściwych osobowości nerwicowej. Hipoteza 3 także znalazła więc swoje potwierdzenie.

Omówienie wyników

Badanie własne wykazało, że osoby z nadciśnieniem tętniczym przejawiają wyższy poziom trudności w relacjach interpersonalnych niż osoby z grupy kontrolnej. Rezultaty te są zbliżone do innych badań, w których odnotowano, że negatywne interakcje społeczne łączą się z krótkotrwałym podwyższeniem ciśnienia krwi u młodszych dorosłych i długoterminowym podwyższeniem u starszych pacjentów [22]. Smith [23] zauważa, że przeżywanie frustracji w obliczu cudzych sukcesów i dokonań może mieć wpływ zarówno na sprawność fizyczną, jak i zdrowie psychiczne. Wyniki badań przeprowadzonych wśród ludów plemiennych, które miały styczność z zachodnim stylem życia, wykazały, że ich członkowie charakteryzowali się poziomem ciśnienia krwi wyższym niż obserwowane u członków społeczności niezwiązanych z kulturą zachodnią. Wśród wielu przyczyn występujących różnic wymieniono takie czynniki, jak: lęk akulturacyjny, nadmierne obciążenie informacją i zawistną niechęć [24]. Ponadto analizy wykazują, że tłumienie negatywnych emocji może nie tylko przyczyniać się do rozwoju nadciśnienia, ale jest też związane z gorszymi wynikami leczenia przeciwnadciśnieniowego [25]. Wyższy poziom poczucia zagrożenia u osób z hipertensją i nieufność wobec innych mogą być związane z postrzeganiem siebie jako osoby niezrozumianej przez otoczenie. Badania empiryczne ujawniają, że osoby te uważają, że są na „straconej pozycji” [26]. W konsekwencji prowadzi to do znacznego obniżenia pewności siebie i zadowole-

nia z życia oraz wzrostu reakcji o charakterze fatalistycznym. Poczucie zagrożenia może wiązać się również z występowaniem cech charakteryzujących osobowość typu D. Jak podkreślają Compare i wsp. [27], z klinicznego punktu widzenia osoby o tym typie osobowości mają tendencję do zamartwiania się, postrzegają otaczającą je rzeczywistość w ciemnych kolorach, czują się nieszczęśliwe i są nieufne. Jednocześnie unikają wyrażania negatywnych emocji w obawie, że zostaną odrzucone lub spotkają się z czyjąś dezaprobatą. Tym samym mają mniej przyjaciół i czują się niekomfortowo w towarzystwie obcych.

Literatura przedmiotu łączy osamotnienie i izolację społeczną z przewlekłym osłabieniem układu sercowo-naczyniowego, chorobami serca oraz ogólną śmiertelnością [28]. Badanie własne wykazało, że poczucie wyobcowania także jest znacząco wyższe u osób z nadciśnieniem tętniczym aniżeli w grupie kontrolnej. Hawkley i wsp. [29] zwracają uwagę na to, że fizjologiczne efekty przewlekłej samotności narastają stopniowo i przyspieszają wzrost skurczowego ciśnienia krwi. Wynik, który może dziwić w kontekście nadciśnienia tętniczego, to wyższa skłonność do ryzyka przejawiająca się postrzeganiem siebie jako osoby nieobawiającej się nowych sytuacji. Pacjenci jednak często nie doceniają ryzyka, zwłaszcza kiedy oceniają wydarzenie lub działanie jako bardziej znane i kontrolowalne. Ponadto rezultat ten można ostrożnie wytłumaczyć związkiem nadciśnienia tętniczego z osobowością typu A i typu D, w których tendencja do podejmowania ryzyka jest istotnym czynnikiem.

Zauważa się wszakże, że poczucie uzależnienia od otoczenia w wypadku nadciśnienia tętniczego, podobnie jak w wypadku innych chorób przewlekłych, może pojawić się zwłaszcza u tych pacjentów, którzy z trudnością przystosowują się do choroby i nie traktują jej jako wyzwania, lecz porażkę. Ulega wtedy osłabieniu poczucie własnej wartości, pojawia się brak operatywności i wzmagają się negatywne emocje [30]. Takim zachowaniom może towarzyszyć astenia, przejawiająca się biernością i niezadowolaniem z życia. Badania nad zależnościami między funkcjonowaniem serca a astenią wskazują, że nadciśnienie tętnicze współwystępuje z chronicznym zmęczeniem [31], a nadmierne zmęczenie może być wczesnym objawem niewydolności serca [32]. W kontekście poczucia własnej wartości analizy włoskich i polskich naukowców [33, 34] dowodzą, że wyższy ogólny wskaźnik ryzyka sercowo-naczyniowego, zwłaszcza wśród osób o wzorze zachowania typu A bądź D, łączy się z niższą samooceną. Zaniżony obraz własnej osoby z powodu stanu chorobowego wiąże się z gorszą podstawową czynnością serca u jednostek, z jego niewydolnością i chorobą niedokrwienną włącznie.

U pacjentów z nadciśnieniem tętniczym poczucie braku wpływu jest jednym z najsilniejszych czynników różnicujących ich od osób zdrowych. Taki wynik może być związany z systemem przekonań osób chorujących. Świadomość kontroli nad chroniczną chorobą wpływa zarówno na fizjologiczne, jak i psychologiczne jej aspekty. Wydaje się, że poczucie wpływu może wzmacniać zachowania związane z troską o zdrowie i dobrostanem pacjenta [35]. W badaniach Picketta i wsp. [36] odnotowano, że pacjenci z hipertensją, którzy wierzyli, że stres lub czynniki zewnętrzne powodowały nadciśnienie, rzadziej angażowali się w zdrowe zachowania w postaci regularnych wizyt u lekarza, przyjmowania leków i stoso-

wania właściwej diety. Brak wpływu może wynikać również z niskiego poczucia wewnątrzsterowności. Klasyczne badania Naditcha [37] potwierdzają, że wysokie niezadowolenie i zewnętrzne poczucie kontroli są związane z występowaniem nadciśnienia tętniczego. Z kolei według polskich naukowców [38, 39] przekonanie o własnym wpływie i kontroli przebiegu zdarzeń jest czynnikiem, który pozwala jednostce przezwyciężyć trudności i wydaje się kluczowy przy ustalaniu procesu leczenia. Natomiast zewnętrzne umiejscowienie kontroli współwystępuje z mniej funkcjonalnymi sposobami radzenia sobie, negowaniem objawów choroby, mało rzetelnym stosowaniem się do zaleceń, które mają znaczący wpływ na przebieg terapii i rehabilitacji.

Ponadto tworzenie wyobrażeń wielkościowych i wiara w niespodziewaną zmianę problematycznej sytuacji mogą wynikać z unikowego stylu radzenia sobie [40–42]. Nadciśnieniu tętniczemu mogą również towarzyszyć emocje negatywne, a wśród nich poczucie winy. Wyrażanie pretensji do siebie o swoje zachowania lub cechy charakteru w kontekście chorobowym może być wykorzystywane przez pacjentów do tłumienia złości lub wrogości, zwłaszcza w pierwotnej formie nadciśnienia [22, 43, 44]. Wśród chorujących kobiet o osobowości typu A odnotowano wyższy poziom winy aniżeli u mężczyzn, których z kolei charakteryzowała w stopniu wyższym cecha podejrzliwości [45]. Kierowanie się nieracjonalnymi schematami poznawczymi oraz myślenie życzeniowe jest łączone z unikowym stylem radzenia sobie z trudnymi sytuacjami. Na przykład Wright i Sweeney [46] odnotowują, że osoby z wyższym ciśnieniem rozkurczowym częściej stosują strategie charakteryzujące się irracjonalnością, bagatelizowaniem oraz minimalizacją zagrożenia niż osoby z niższym ciśnieniem krwi.

Wartość czynnika egzaltacji, który odnosi się do postrzegania siebie jako osoby bardzo wrażliwej, zmiennej w nastrojach i szukającej oparcia w innych, okazuje się wyższa w grupie badanej aniżeli w kontrolnej. Jako że cechy składające się na egzaltację przypominają osobowościową cechę neurotyczności, przejawiającą się m.in. w niskiej odporności emocjonalnej i wrażliwości, związek pomiędzy egzaltacją a hipertensją został potwierdzony w licznych badaniach empirycznych [47]. Wysoki poziom neurotyczności jest znaczącym prognostykiem zgonów z powodu chorób układu krążenia [48, 49] oraz umieralności wśród pacjentów kardiologicznych [50, 51]. Rozpamiętywanie, polegające na tendencji badanego do rozmyślania o sobie i swoim postępowaniu, okazało się znacząco częściej obserwowanym zachowaniem w grupie osób z hipertensją aniżeli w grupie kontrolnej. Wynik ten koresponduje z badaniami dotyczącymi związków nadciśnienia tętniczego z myśleniem o nieprzyjemnych wydarzeniach. Inni autorzy [52, 53] odnotowali, że mentalna reprezentacja stresującego wydarzenia i długotrwałe ruminacje mogą aktywować system fizjologiczny w podobny sposób jak chroniczny stres, powodując ryzyko nadciśnienia. Pacjenci z hipertensją uzyskali wyższe wyniki również w skali drobiazgowości, wyrażającej się tendencją do pedantyczności, niepewności, perfekcyjności w myśleniu i działaniu. W badaniach Albert i wsp. [54] zauważono, że studenci o wyższym poziomie perfekcjonizmu byli bardziej narażeni na problemy fizjologiczne związane z reaktywnością stresową. Ponadto potwierdzono krótkoterminowe i długoterminowe skutki wpływu perfek-

cjonizmu na funkcjonowanie sercowo-naczyniowe oraz podwyższone skurczowe i rozkurczowe ciśnienie krwi. Z kolei Powell [55] podkreśla, że osoby zagrożone rozwojem nadciśnienia to najczęściej jednostki energiczne, zdeterminowane, ambitne, konkurencyjne, starające się kontrolować to, jak spędzają czas, prowadzące szybkie i stresujące życie.

W grupie pacjentów z nadciśnieniem tętniczym odnotowano również wyższe wyniki odnośnie postawy narcystycznej, wyrażającej się w postrzeganiu siebie jako osoby zasługującej na szczególne przywileje, w poczuciu wyższości i egocentryzmie. Niektóre badania sugerują, że osoby różniące się poziomem zachowań narcystycznych wykazują zróżnicowane wzorce aktywności autonomicznego układu nerwowego i zaburzeń rytmu serca. Jawne przejawianie postaw narcystycznych ma związek np. z wydłużeniem czasu przedwyrzutowego [56]. Analizy prowadzone pod kątem roli zmiennych psychologicznych w procesach chorobowych potwierdzają, że wśród czynników psychologicznych odgrywających istotną rolę w przebiegu choroby i leczenia pacjentów z nadciśnieniem tętniczym poczesne miejsce zajmują wybuchowość i drażliwość. Z dotychczasowych badań wynika, że osoby cierpiące na nadciśnienie tętnicze osiągają znacząco wyższe wyniki w zakresie impulsywności, depresji oraz gniewu w porównaniu z osobami zdrowymi [45]. Ponadto, jak zauważają naukowcy, [57, 58], przy nadciśnieniu tętniczym mamy do czynienia z brakiem tiaminy, której niewystarczający poziom może prowadzić do gorszego funkcjonowania pamięci, rozdrażnienia, depresji, bezsenności, niskiej koncentracji i braku inicjatywy. Hipertensja może także współwystępować z przedwczesnym starzeniem mózgu, a jego symptomy to m.in.: zwolnione przetwarzanie informacji, trudność w podejmowaniu decyzji, apatia, zaburzenia nastroju, zapominanie [59].

Nie dziwi więc, że ogólne poczucie przeciążenia, przejawiające się stawianiem sobie zbyt wysokich wymagań, podporządkowaniem zobowiązaniom i zadaniom, spełnianiem oczekiwań innych, może być istotnym czynnikiem ryzyka w występowaniu nadciśnienia tętniczego. Kompleksowe analizy wykazują, że napięcia związane z wymaganiami w pracy lub innymi formami presji psychologicznej często prowadzą do chorób układu krążenia [60]. Kolejnym wymiarem różnicującym obie grupy jest tendencja do rozpamiętywania własnego postępowania. Koncentracja uwagi nie tylko na obecnych stresorach, ale też wracanie pamięcią do negatywnych wydarzeń sprawiają, że przedłużona ruminacja może powodować autonomiczną aktywację, podobną w sile do odpowiedzi na pierwotne zdarzenie i prowadzącą w efekcie do hipertensji [61].

Na podstawie uzyskanych wyników stwierdzono, że zgodnie z przyjętą hipotezą 2 wśród osób z nadciśnieniem tętniczym istnieje negatywna zależność pomiędzy ogólnym wynikiem osobowości nerwicowej a satysfakcją oraz tendencją do zauważania i przywiązywania wagi do pozytywnych aspektów życia, doświadczeń i samego siebie. Ponadto potwierdzono hipotezę 3, gdyż oba czynniki są negatywnymi predyktorami osobowości nerwicowo zaburzonej. Rezultaty niniejszego badania korespondują z ustaleniami innych autorów, wedle których poczucie szczęścia wydaje się sprzyjać zdrowiu fizycznemu, a optymizm zapobiega chorobom sercowo-naczyniowym [62, 63]. W klasycznych psychospołecznych badaniach Weissa i wsp. [64] odnotowano

znaczny odsetek osób o osobowości nerwicowej wśród pacjentów z nadciśnieniem tętniczym. Z kolei Hildingh i Baigi [65] zauważyli, że zmniejszony poziom zadowolenia, niepokój i zaburzenia snu były wyższe w grupie osób z hipertensją niż w grupie kontrolnej. Chociaż, jak twierdzą Pan i wsp. [15], mechanizm zależności między lękiem a nadciśnieniem tętniczym jest złożony, ogólnie można stwierdzić, że lęk zwiększa ciśnienie krwi, całkowity obwodowy opór naczyniowy, aktywność układu współczulnego, aktywność reninową osocza i stężenie lipidów we krwi, prowadząc do obniżonego dobrostanu.

Jeśli chodzi o ograniczenia niniejszego badania, po pierwsze, należy zwrócić uwagę, że w hipotezie 3 przyjęto, że niższy poziom zadowolenia z życia może sprzyjać wyższemu poziomowi wymiarów właściwych osobowości nerwicowej – wskazane byłoby zatem zweryfikowanie, czy większy poziom wymiarów właściwych osobowości nerwicowej może wpływać na mniejszą satysfakcję z życia. Takie ujęcie wymagałoby znaczącego powiększenia grupy badanej w celu wykonania odpowiednich statystyk. Po drugie zaś, można przypuszczać, że jakość życia osób chorych jest niższa nie tylko z powodu nadciśnienia, ale także chorób współwystępujących. Dlatego w dalszej perspektywie zasadne byłoby przeanalizowanie roli nie tylko zmiennych psychosocjalnych, ale również czynników socjodemograficznych.

Wnioski

1. Wyższy poziom wymiarów osobowości nerwicowej różnicuje chorych z nadciśnieniem tętniczym od grupy osób bez nadciśnienia tętniczego.
2. Poziom osobowości nerwicowej wiąże się z oceną satysfakcji z życia.
3. Satysfakcja z życia oraz tendencja do zauważania i przywiązywania wagi do pozytywnych aspektów życia stanowią negatywne predyktory osobowości nerwicowej. Wynik ten ma istotne implikacje praktyczne z punktu widzenia interdyscyplinarnych zespołów medyczno-psychologicznych, nastawionych na podnoszenie jakości życia chorych.

Piśmiennictwo

1. Wojciechowska M, Izdebska E. *Profilaktyka nadciśnienia tętniczego*. Med. Ogólna Nauki Zdr. 2014; 20(4): 370–373.
2. Detilleux M. *Nadciśnienie tętnicze*. Warszawa: Bauer-Weltbild Media. Klub dla Ciebie; 2007.
3. Januszewicz A. *Nadciśnienie tętnicze – aspekty kliniczne*. Warszawa: Wydawnictwo Czelej; 2006.
4. Alexander F. *Emotional factors in essential hypertension: Presentation of a tentative hypothesis*. Psychosom. Med. 1939; 1(1): 175–179.
5. Flaa A, Ekeberg Ø, Kjeldsen SE, Rostrup M. *Personality may influence reactivity to stress*. Biopsychosoc. Med. 2007; 1: 5.
6. Rutledge T, Hogan BE. *A quantitative review of prospective evidence linking psychological factors with hypertension development*. Psychosom. Med. 2002; 64(5): 758–766.

7. Matthews KA, Salomon K, Brady SS, Allen MT. *Cardiovascular reactivity to stress predicts future blood pressure in adolescence*. Psychosom. Med. 2003; 65(3): 410–415.
8. Chachaj A, Małyszczak K. *Czy określone cechy osobowości mogą prowadzić do wystąpienia nadciśnienia tętniczego?* Nadciśn. Tętn. 2008; 12(4): 300–308.
9. Helmers KF, Mente A. *Alexithymia and health behaviors in healthy male volunteers*. J. Psychosom. Res. 1999; 47(6): 635–645.
10. Siegler IC, Peterson BL, Barefoot JC, Williams RB. *Hostility during late adolescence predicts coronary risk factors at midlife*. Am. J. Epidemiol. 1992; 136(2): 146–154.
11. Al-Asadi N. *Type A behaviour pattern: Is it a risk factor for hypertension?* East. Mediterr. Health J. 2010; 16(7): 740–745.
12. Baszczuk A, Kopczyński Z, Musiałik K. *Rozpowszechnienie nadciśnienia tętniczego na świecie i w Polsce*. Forum Zab. Metabol. 2014; 5(4): 141–147.
13. Dorn T, Yzermans CJ, Guijt H, Zee van der J. *Disaster-related stress as a prospective risk factor for hypertension in parents of adolescent fire victims*. Am. J. Epidemiol. 2007; 165(4): 410–417.
14. Wei TM, Wand L. *Anxiety symptoms in patients with hypertension: A community-based study*. Int. J. Psychiatry Med. 2006; 36(3): 315–322.
15. Pan Y, Cai W, Cheng Q, Dong W, An T, Yan J. *Association between anxiety and hypertension: A systematic review and meta-analysis of epidemiological studies*. Neuropsychiatr. Dis. Treat. 2015; 11: 1121–1130.
16. Shinn EH, Poston WS, Kimball KT, St Jeor ST, Foreyt JP. *Blood pressure and symptoms of depression and anxiety: A prospective study*. Am. J. Hypertens. 2001; 14(7): 660–664.
17. Lemche AV, Chaban OS, Lemche E. *Trait anxiety but not state anxiety level associates with biomarkers for hypertension in the metabolic syndrome*. Psychophysiology 2016; 53(6): 914–920.
18. Ford CD, Sims M, Higginbotham JC, Crowter MR, Wyatt SB, Solomon KM i wsp. *Psychosocial factors are associated with blood pressure progression among African Americans in the Jackson hearth study*. Am. J. Hyperten. 2016; 29(8): 913–924.
19. Aleksandrowicz JW, Klasa K, Sobański JA, Stolarska D. *KON-26: Kwestionariusz Osobowości Nerwicowej*. Psychiatr. Pol. 2007; 41(6): 759–778.
20. Juczyński Z. *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; 2001.
21. Łaguna M, Oleś P, Filipiuk D. *Orientacja pozytywna i jej pomiar: polska adaptacja Skali Orientacji Pozytywnej*. Stud. Psychol. 2011; 49(4): 47–54.
22. Jorgensen RS, Johnson BT, Kolodziej ME, Schreer GE. *Elevated blood pressure and personality: A meta-analytic review*. Psychol. Bull. 1996; 120(2): 293–320.
23. Smith RH. *Envy: Theory and research*. New York, NY: Oxford University Press; 2008.
24. Murphy HB, McGill U. *Blood pressure and culture: The contribution of cross-cultural comparisons to psychosomatics*. Psychother. Psychosom. 1982; 38(1): 244–255.
25. Symonides B, Holas P, Schram M, Śleszycka J, Bogaczewicz A, Gaciong Z. *Does the control of negative emotions influence blood pressure control and its variability?* Blood Press 2014; 23(6): 323–329.
26. Rowan RL, Schrader C. *Control high blood pressure without drugs. A complete hypertension handbook*. New York: Fireside; 2001.
27. Compare A, Manzoni GM, Molinari E. *Type A, Type D, anger-prone behavior and risk of relapse in CHD patients*. W: Molinari E, Compare A, Parati G red. *Clinical psychology and hearth disease*. Milan: Springer; 2010. S. 185–215.

28. Patterson AC. *Does the mortality risk of social isolation depend upon socioeconomic factors?* J. Health Psychol. 2016; 21(14): 2420–2433.
29. Hawkey LC, Thisted RA, Masi CM, Cacioppo JT. *Loneliness predicts increased blood pressure: Five-year cross-lagged analyses in middle-aged and older adults.* Psychol. Aging 2011; 25(1): 132–141.
30. Kurowska K, Kasprzyk A. *Akceptacja choroby i style radzenia sobie ze stresem u osób dializowanych.* Psychiatr. Psychol. Klin. 2013; 13(2): 99–107.
31. Naschitz JE, Mussafia-Priselac R, Peck ER, Peck S, Naftali N, Storch S i wsp. *Hyperventilation and amplified blood pressure response: Is there a link?* J. Hum. Hypertens. 2005; 19(5): 381–387.
32. Dworkin HJ, Lawrie C, Bohdlewicz P, Lerner AM. *Abnormal left ventricular myocardial dynamics in eleven patients with chronic fatigue syndrome.* Clin. Nucl. Med. 1994; 19(8): 675–677.
33. Greco A, Steca P, Pozzi R, Monzani D, Addaio MD, Villani A i wsp. *Predicting depression from illness severity in cardiovascular disease patients: Self-efficacy beliefs, illness perception and perceived social support as mediators.* Int. J. Behav. Med. 2014; 21(2): 221–229.
34. Sobczak-Kaleta MA, Torbicki A, Kasprzak JD. *The importance of psychosocial factors in management of pulmonary arterial hypertension patients.* Kardiol. Pol. 2018; 76(3): 529–535.
35. Younger J, Finan P, Zautra A, Reich J, Davis M. *Personal control in chronic pain sufferers during acute interpersonal stress.* Psychol. Health 2008; 23(5): 515–535.
36. Pickett S, Allen W, Franklin M, Peters RM. *Illness beliefs in African Americans with hypertension.* West. J. Nurs. Res. 2014; 36(2): 152–170.
37. Naditch MP. *Locus of control, relative discontent and hypertension.* Soc. Psych. 1974; 9(3): 111–117.
38. Biernacka MA, Jakubowska-Winecka A. *Health locus of control as a psychological factor in improving treatment results in adolescents with primary hypertension and diabetes.* Health Psychol. Rep. 2017; 5(1): 20–29.
39. Opuchlik K, Wrześnińska M, Kocur J. *Ocena poziomu stylów radzenia sobie ze stresem i poczucia umiejscowienia kontroli zdrowia u osób z chorobą niedokrwienną serca i nadciśnieniem tętniczym.* Psychiatr. Pol. 2009; 43(2): 235–245.
40. Beck AT, Freeman A, Davis DD. *Cognitive therapy of personality disorders.* New York, London: The Guilford Press; 2004.
41. Le Roux S, Lotter GA, Steyn HS, Malan L. *Cultural coping as a risk for depression and hypertension: The SABPA prospective study.* Cardiovasc. J. Afr. 2018; 29(6): 366–373.
42. Honeycutt A, Milliken ME. *Understanding human behavior: A guide for health care providers.* New York: Delmar; 2012.
43. Sullivan PA, Procci WR, DeQuattro V, Schoentgen S, Levine D, van der Meulen J i wsp. *Anger, anxiety, guilt, and increased basal and stress-induced neurogenic tone: Causes or effects in primary hypertension?* Clin. Sci. 1981; 61(7): 389–392.
44. Lo C, Sarker T, Canning O, Martin V, McCarthy MA, Granton J i wsp. *Clinical presentation of existential distress in pulmonary arterial hypertension.* Can. Respir. J. 2019; 3(1): 56–62. Doi: 10.1080/24745332.2018.1507614.
45. Sanz J, Garcia-Vera MP, Espinosa R, Fortun M, Magan I. *Psychological factors associated with poor hypertension control: Differences in personality and stress between patients with controlled and uncontrolled hypertension.* Psychol. Rep. 2010; 107(3): 923–938.

46. Wright TA, Sweeney D. *Coping strategies and diastolic blood pressure*. Psychol. Rep. 1989; 62(2): 443–449.
47. Hutchinson JG, Ruiz JM. *Neuroticism and cardiovascular response in women: Evidence of effects on blood pressure recovery*. J. Pers. 2011; 79(2): 277–301.
48. Shipley BA, Weiss A, Der G, Taylor MD, Deary IJ. *Neuroticism, extraversion, and mortality in the UK health and lifestyle survey: A 21-year prospective cohort study*. Psychosom. Med. 2007; 69(9): 923–931.
49. Kucharska A, Jaworski M, Panczyk M, Pilska M, Gajewska D, Niegowska J. *The effectiveness of dietary approaches to stop hypertension: Diet intervention in persons with arterial hypertension and obesity: A key role of the patients' personality profile*. Ann. Nutr. Metab. 2018; 72(2): 104–111.
50. Murberg TA, Bru E, Aarsland T. *Personality as predictor of mortality among patients with congestive heart failure: A two-year follow-up study*. Pers. Individ. Dif. 2001; 30(5): 749–757.
51. Szekely A, Balog P, Benko E, Breuer T, Szekely J, Kertai MD i wsp. *Anxiety predicts mortality and morbidity after coronary artery and valve surgery – A 4-year follow-up study*. Psychosom. Med. 2007; 69(7): 625–631.
52. Gerin W, Zawadzki MJ, Brosschot JF, Thayer JF, Christenfeld NJS, Campbell TS i wsp. *Rumination as a mediator of chronic stress effects on hypertension: A causal model*. Int. J. Hypertens. 2012; 2012: 453–465.
53. Clemow LP, Pickering TG, Davidson KW, Schwartz JE, Williams VP, Shaffer JA i wsp. *Stress management in the workplace for employees with hypertension: A randomized controlled trial*. TBM. 2018; 8(5): 761–770.
54. Albert P, Rice KG, Caffee L. *Perfectionism affects blood pressure in response to repeated exposure to stress*. Stress. Health 2016; 32(2): 157–166.
55. Powell TJ. *Stress free living*. New York: Dorling Kindersley; 2000.
56. Sommer KL, Kirkland KL, Newman SR, Estrella P, Andreassi JL. *Narcissism and cardiovascular reactivity to rejection imagery*. J. Appl. Soc. Psychol. 2009; 39(5): 1083–1115.
57. Scheinbaum AAM, Getoff D. *Reduce blood pressure naturally: A complete approach for mind, body, and spirit*. Bloomington, IN: Xlibris Corporation; 2005.
58. Seravalle G, Mancina G, Grassi G. *Sympathetic nervous system, sleep, and hypertension*. Curr. Hypertens. Rep. 2018; 20(9): 74. Doi: 10.1007/s11906-018-0874-y.
59. Elias MF, Dore AL. *Hypertension and cognitive functioning. A perspective in historical context*. Hypertension 2012; 60(2): 260–268.
60. Tsutsumi A, Kayba K, Tsutsumi K, Igarashi M. *Association between job strain and prevalence of hypertension: A cross-sectional analysis in a Japanese working population with a wide range of occupations: The Jichi Medical School cohort study*. Occup. Environ. Med. 2001; 58(6): 367–373.
61. Gerin W, Davidson KW, Christenfeld NJS, Goyal T, Schwartz JE. *The role of angry rumination and distraction in blood pressure recovery from emotional arousal*. Psychosom. Med. 2006; 68(1): 64–72.
62. Gilltay EJ, Geleijnse J, Zitman M, Hoekstra FG, Schouten EG. *Dispositional optimism and all-cause and cardiovascular mortality in a prospective cohort of elderly Dutch men and women*. Arch. Gen. Psychiatry 2004; 61(11): 1126–1135.
63. Kubzansky LD, Thurston R. *Emotional vitality and incident coronary heart disease*. Arch. Gen. Psychiatry 2007; 64(12): 1393–1401.

-
64. Weiss E, English OS, Fisher HK, Kleinbart M, Zatuchni J. *The emotional problems of high blood pressure*. Ann. Inter. Med. 1952; 37(4): 677–688.
 65. Hildingh C, Baigi A. *The association among hypertension and reduced psychological well-being, anxiety and sleep disturbances: A population study*. Scan. J. Caring Sci. 2010; 24(2): 366–371.

Adres: Małgorzata Szcześniak
Uniwersytet Szczeciński
Instytut Psychologii
71-017 Szczecin, ul. Krakowska 69
e-mail: malgorzata.szczesniak@whus.pl

Otrzymano: 27.09.2018
Zrecenzowano: 21.11.2018
Otrzymano po poprawie: 27.11.2018
Przyjęto do druku: 28.11.2018