



Cechy osobowości związane z rozpoznaniem nadciśnienia tętniczego

Personality traits related to the diagnosis of essential hypertension

KRZYSZTOF MAŁYSZCZAK, ANGELIKA PYSZEL, ANDRZEJ SZUBA

Katedra i Klinika Psychiatrii AM we Wrocławiu

STRESZCZENIE

Cel. Oceny związku wybranych cech osobowości z nadciśnieniem tętniczym.

Metoda. W badaniu uczestniczyło 175 osób, w tym 84 osoby leczone stacjonarnie z rozpoznaniem nadciśnienia tętniczego samoistnego (52 mężczyzn i 32 kobiety) oraz 91 osób jako grupa kontrolna bez rozpoznania nadciśnienia tętniczego (56 mężczyzn i 35 kobiet). Zastosowano następujące narzędzia: Skalę wrogości Cooka-Medleya (CMHS), Skalę aleksytymii Toronto (TAS-20), Kwestionariusz aleksytymii Bermonda-Vorsta (BVAQ), Skalę dostosowania społecznego Marlowa-Crowna (MCSDS), Kwestionariusz osobowości Eysencka (EPQ-R), Kwestionariusz ogólnego zdrowia Goldberga (GHQ-30) i Inwentarz objawów SCL-90-R.

Wyniki. Analiza czynnikowa ujawniła 4 czynniki związane z nadciśnieniem. Pierwszy z nich odzwierciedla nasilenie objawów psychopatologicznych (GHQ, SCL-90-R), znalazły się w nim także cechy osobowości: neurotyzm i aleksytymia (TAS-TIU). Drugi czynnik zawiera skalę dostosowania społecznego MCSDS, oraz skalę kłamstwa z kwestionariusza Eysencka. Trzeci czynnik zawiera skalę psychotyzmu i sztuczną skalę Alex3-2. Czwarty czynnik zawiera jedynie wartość BMI.

Wnioski. Cechy osobowości wykazują słaby, ale statystycznie znamienny związek z rozpoznaniem nadciśnienia tętniczego. Neurotyzm i aleksytymia powiązane są z nasileniem objawów lękowo-depresyjnych, ich związek z nadciśnieniem wynika prawdopodobnie ze stanu choroby somatycznej. Dostosowanie społeczne i wyniki w skali kłamstwa nie są powiązane z nasileniem objawów i można przypuszczać, że są predyktorami nadciśnienia tętniczego.

SUMMARY

Objectives. To assess the relationship between selected personality traits and essential hypertension.

Method. A total of 175 subjects participated in the study: 84 inpatients diagnosed with essential hypertension (52 men and 32 women) and 91 controls with no such diagnosis (56 men and 35 women). The following instruments were used: the Cook-Medley Hostility Scale (CMHS), the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20), the Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire (BVAQ), the Marlowe-Crowne Social Desirability Scale (MCSDS), the Eysenck Personality Questionnaire (EPQ-R), the General Health Questionnaire (GHQ-30) by Goldberg, and the Symptom Checklist SCL-90-R.

Results. Four factors related to hypertension were found in factor analysis. The first reflects psychopathological symptomatology severity measured using the GHQ and SCL-90-R, and also included two personality traits: neuroticism and alexithymia (TAS-TIU). The second factor comprised social desirability scores on MCSDS, and the Lie scale of the EPQ-R. The third included the scale of psychoticism and an artificial Alex3-2 scale, while the fourth – BMI values only.

Conclusions. Personality traits turned out to have a weak but statistically significant relation to the diagnosis of hypertension. Neuroticism and alexithymia were associated with anxiety-depressive symptoms severity and their relationship with hypertension results probably from the somatic condition. Neither social desirability nor the Lie scale scores were related to symptom severity and they may be assumed to be predictors of essential hypertension.

Słowa kluczowe: samoistne nadciśnienie tętnicze / aleksytymia / wrogość / neurotyzm / dostosowanie społeczne

Key words: essential hypertension / alexithymia / hostility / neuroticism / social desirability

Chwilowe ciśnienie krwi zależy od wpływu czynników psychicznych. Wgląd we własne emocje, opisywanie ich i uzewnętrznianie prowadzą do zmniejszenia ciśnienia tętniczego [1, 2]. Pomimo długiej historii badania czynników psychicznych w nadciśnieniu, nie udało się określić, jakie cechy osobowości wpływają na rozwój choroby, nie powiodły się także próby opisu „osobowości nadciśnieniowej”. Przedstawiana dawniej koncepcja osobowości typu A (charakteryzującej się przeżywaniem złości, agresją, napięciem psychicznym oraz skłonnościami do dominacji i rywalizacji) nie ma, jak się wydaje, związku przyczynowego z nadciśnieniem tętniczym [3, 4]. Obecnie badania koncentrują się na swoistych cechach osobowości: niejawną wrogością, aleksytymii, dostosowaniu społecznym i neurotyzmie.

Pojęcie aleksytymii wprowadzone przez Sifneosa i Nemiacha w kontekście cech osobowości sprzyjających występowaniu chorób somatycznych oznacza uogólnione zaburzenia procesów emocjonalnych prowadzące do braku umiejętności rozpoznawania własnych stanów emocjonalnych i powodujące trudności w odczuwaniu, przeżywaniu, rozumieniu, rozróżnianiu i werbalizowaniu emocji [5, 6]. Stworzono kwestionariusze, służące do pomiaru aleksytymii: skale TAS-26 i TAS-20 (*Toronto Alexithymia Scale*) opracowane przez Taylora i wsp., oraz kwestionariusz BVAQ (*Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire*), nazywany także ALEX-40 [7, 8, 9, 10]. Badania statystycznego związku aleksytymii z nadciśnieniem tętniczym przeprowadzili Jula, Osti i Todarello wraz ze współpracownikami [11, 12, 13]. Pacjenci

z nadciśnieniem charakteryzowali się znacząco większymi wynikami w zakresie cech aleksytymicznych niż osoby zdrowe. Nie badano jednak wpływu zmiennych zakłócających (np. nasilenia objawów lękowych, depresyjnych, wpływu stresu związanego z chorobą), nie prowadzono także badań prospektywnych. Linden i wsp. badając osoby zdrowe, bez nadciśnienia tętniczego stwierdzili, że wartości skali TAS nie były związane z wartościami ciśnienia tętniczego krwi w czasie eksperymentalnie wywoływanych sytuacji stresowych [14].

Jeszcze bardziej niejednoznaczne okazały się wyniki badania poziomu neurotyzmu w nadciśnieniu tętniczym. Coelho i wsp. [15] oraz Pijanowska i wsp. [16] wykazali większe wartości neurotyzmu, w grupach pacjentów z rozpoznaniem nadciśnienia w porównaniu do grupy bez tego rozpoznania. Irvine i wsp. [17] badali wartości neurotyzmu u osób z nadciśnieniem, które były świadome choroby i osób, które nie były świadome. Osoby świadome charakteryzowały się większą średnią wartością neurotyzmu niż osoby nieświadome, które nie różniły się od osób zdrowych pod tym względem. Negatywne wyniki w zakresie związku neurotyzmu z nadciśnieniem tętniczym uzyskali także inni badacze [18, 19, 20].

Niejawna wrogość dotyczy obecności nieświadomych wrogich i agresywnych wyobrażeń, fantazji oraz emocji, które w świadomości zastępowane są treściami akceptowanymi społecznie. Np. wrogość do przedstawicieli innej kultury, wyznania czy orientacji seksualnej może być zastąpiona upozorowaniem jej w nadmierną tolerancję lub zmniejszana poprzez unikanie konfrontowania się z treściami wywołującymi agresywne emocje. Najczęściej używanymi kwestionariuszami do oceny wrogości są: skale Spielberga *Anger-out and Anger-in*, oraz skala Cooka-Medleya pochodząca z kwestionariusza osobowości MMPI. Długotrwałe prospektywne badanie kohortowe związku niejawnej wrogości z nadciśnieniem tętniczym przeprowadzili Yan i wsp. W 15-letniej obserwacji wzięło udział 3308 osób (kobiet i mężczyzn) z populacji ogólnej w wieku 18–30 lat. Wykazano związek pomiędzy poziomem niejawnej wrogości a rozpoznaniem nadciśnienia tętniczego [21]. Everson i wsp. przeprowadzili badanie prospektywne, oceniające związek pomiędzy agresją jawną i tłumioną u 537 osób, początkowo z prawidłowym ciśnieniem tętniczym, w okresie 4-letnim. Agresję oceniono za pomocą skal Spielberga. Wykazano, że zarówno wyższy poziom agresji nieświadomej, jak i świadomej, zwiększał ryzyko wystąpienia nadciśnienia tętniczego [22].

Konstrukt dostosowania społecznego (*social desirability*) opisuje nadmierną, obronną skłonność do identyfikacji z wymaganiami społecznymi, kosztem własnych, indywidualnych potrzeb. Składa on się ze świadomej potrzeby kształtowania wizerunku i zachowania zgodnego ze społecznymi stereotypami, oraz z nieświadomego procesu zniekształcania postrzegania siebie samego, opartego na identyfikacji z projektowanymi częściami superego. Dostosowanie społeczne, mierzone za pomocą skali Marlowe'a-Crowne'a związane jest ze zwiększonym ryzykiem względnym rozwoju nadciśnienia tętniczego, niezależnym od wieku, płci i BMI [23, 24].

CEL

Badanie zostało przeprowadzone w celu oceny związku wybranych cech osobowości z nadciśnieniem tętniczym. Opublikowano wiele prac na temat wpływu cech osobowości na ciśnienie krwi, nie jest jednak jasne, czy cechy te

są ze sobą powiązane oraz, jaki jest ich związek z nasileniem objawów lękowo-depresyjnych. Analiza wielu cech osobowości jednocześnie pozwala na ocenę swoistego i nieswoistego związku z rozpoznaniem nadciśnienia tętniczego.

BADANI I METODY

W badaniu uczestniczyło 175 osób w tym 84 osoby leczone z rozpoznaniem nadciśnienia tętniczego samoistnego (52 mężczyzn i 32 kobiety) oraz 91 osób jako grupa kontrolna (56 mężczyzn i 35 kobiet). Tabl. 1 przedstawia szczegółowe parametry demograficzne badanych osób. Pacjenci byli leczeni w Katedrze i Klinice Chorób Wewnętrznych, Zawodowych i Nadciśnienia Tętniczego Akademii Medycznej we Wrocławiu. Rozpoznanie, stopień i stadium nadciśnienia były określone u każdego z pacjentów za pomocą badania klinicznego, składających się z wywiadu, ogólnego badania fizykalnego, 24 godzinnego monitorowania ciśnienia tętniczego krwi, oraz badań określających uszkodzenie narządów (serca, tętnic, nerek). Stopień zaawansowania nadciśnienia był oceniany zgodnie ze wskazaniami Europejskiego Towarzystwa Hipertensjologicznego [25]. Stadium choroby oceniane było na podstawie wytycznych Światowej Organizacji Zdrowia [26]. Pacjenci z nadciśnieniem wtórnym nie byli włączani do badania. Grupa kontrolna składała się z osób bez rozpoznania nadciśnienia tętniczego. Nie były one badane internistycznie, opieraliśmy się na ich własnych deklaracjach, co do stanu zdrowia. Grupa kontrolna rekrutowana była wśród pacjentów oddziału chirurgicznego, personelu medycznego, studentów medycyny, nauczycieli szkoły podstawowej oraz członków rodzin zespołu badawczego.

Badanie przeprowadzono za zgodą Komisji Bioetyki przy Akademii Medycznej we Wrocławiu. Wszyscy uczestnicy udzielili pisemnej zgody na udział w badaniu, po uzyskaniu informacji o jego cechach i przebiegu.

Narzędzia badawcze

Badanie miało charakter przekrojowy. Jego uczestnicy wypełnili zestaw kwestionariuszy pozwalających na ocenę nasilenia objawów psychopatologicznych, cierpienia psychicznego, wybranych cech osobowości, oraz odnotowanie podstawowych danych demograficznych. Zastosowano następujące kwestionariusze: Skalę aleksytymii Toronto (*Toronto Alexithymia Scale*, TAS-20) [27, 28], Kwestionariusz aleksytymii Bermonda-Vorsta (*Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire*, BVAQ) [29, 30], Skalę wrogości Cooka-Medleya (*Cook-Medley Hostility Scale*, CMHS) [31], Skalę dostosowania społecznego Marlowe-Crowne (*Marlowe-Crowne Social Desirability Scale*, MCSDS) [23], Kwestionariusz osobowości Eysencka (*Eysenck Personality Questionnaire-Revised*, EPQ-R) [32], Inwentarz objawów SCL-90-R (*Symptom Checklist 90-Revised*) [33] i Kwestionariusz ogólnego zdrowia Goldberga (*General Health Questionnaire*, GHQ-30) [34]. Oddzielny kwestionariusz, opracowany przez autorów dotyczył danych demograficznych i elementów wywiadu medycznego.

W analizie wyników uwzględniono także dwie sztuczne skale wywodzące się z kwestionariusza BVAQ: AlexH, oraz Alex3-2. Skala AlexH zawiera pozycje skali BVAQ, które najbardziej różnicowały grupę z nadciśnieniem i grupę kon-

trolną we wcześniejszym badaniu [35]. Skala Alex3-2 jest sztuczną zmienną otrzymaną z podskal skali BVAQ za pomocą ich dodawania i odejmowania (werbalizacja + reaktywność + analizowanie – fantazjowanie – rozpoznawanie). Nie ma ona teoretycznego wyjaśnienia, została stworzona we wcześniejszym badaniu w taki sposób, aby różnice pomiędzy grupami były jak największe. Indeks masy ciała (BMI) obliczano z użyciem formuły: $BMI = \text{waga [kg]} / \text{wzrost}^2 [\text{m}^2]$.

Analiza statystyczna

Różnice średnich wyników pomiędzy grupami oceniono za pomocą testu t Studenta. Wyodrębnione w ten sposób zmienne charakteryzujące się poziomem istotności statystycznej poniżej 0,1 włączono do analizy czynnikowej głównych składowych, biorąc grupę chorych jako podstawę obliczeń. Liczbę czynników określono w oparciu o kryterium wartości własnej >1 , ortogonalizację wykonano za pomocą metody VARIMAX. Wyniki analizy czynnikowej potwierdzono za pomocą tabeli korelacyjnej zawierającej współczynniki korelacji Pearsona wybranych zmiennych.

WYNIKI

W tabl. 1 przedstawiono podstawowe dane demograficzne badanych osób. Grupy: chorych i kontrolna nie różniły się pod względem wieku, różniły się natomiast pod względem BMI i wykształcenia. Średni czas trwania nadciśnienia tętniczego w grupie chorych wyniósł 7,31 lat. U 12 (14%) pacjentów stwierdzono 1 stopień nadciśnienia, u 47 (56%) pacjentów – stopień 2, u 25 (30%) – stopień 3. Pierwsze stadium nadciśnienia stwierdzono u 28 (33%) badanych, drugie u 49 (58%), a trzecie u 8 (10%) osób.

Tabl. 2 przedstawia porównanie wyników w zakresie cech osobowości i nasilenia objawów w grupie pacjentów z nadciśnieniem tętniczym i grupie kontrolnej. Średnie wszystkich zmiennych objawowych (GHQ i SCL-90-R) różnią się pomiędzy grupami. Zmienne związane z cechami osobowości różnią się w mniejszym stopniu, jedynie w przypadku neurotyzmu, kłamstwa i podskali TIU ze skali TAS-20 różnice są statystycznie istotne. Skale objawowe okazały się wysoko skorelowane, zamiast dużej ich liczby, do analizy czynnikowej wprowadzono jedynie dwie: GHQ i GSI (ogólny indeks SCL-90-R).

Wyniki analizy czynnikowej przedstawia tabl. 3. Pierwszy z czynników odzwierciedla nasilenie objawów psychopatologicznych (GHQ i GS), znalazły się w nim także zmienne cech osobowości: neurotyzmu, TAS-TIU, oraz zmienna AlexH. Drugi czynnik łączy skalę dostosowania społecznego MCSDS, skalę kłamstwa z kwestionariusza

Eysencka oraz wiek. Trzeci czynnik zawiera skalę psychozyzmu i sztuczną skalę Alex3-2. Czwarty czynnik zawiera jedynie wartość BMI.

Dla potwierdzenia wyników analizy czynnikowej obliczono korelacje pomiędzy zmiennymi (tablica 4). Podskala TIU koreluje znacząco ze skalami objawowymi i wynikami neurotyzmu, podobnie jak skala TAS i AlexH. Skale kłamstwa i dostosowania społecznego związane są jedynie ze sobą nawzajem. Sztuczna skala Alex3-2, oraz BMI nie korelują z pozostałymi zmiennymi.

OMÓWIENIE WYNIKÓW

Wyniki wykazują, że porównywanie poziomu cech osobowości w badaniu przekrojowym może być mylące. Związki korelacyjne pomiędzy skalami mierzącymi cechy osobowości a rozpoznaniem nadciśnienia są słabe i mogą być łatwo zagłuszone przez charakteryzujące się większym wpływem zmienne objawowe. U osób chorych somatycznie nasilenie objawów depresyjnych i lękowych jest większe niż u osób zdrowych. Różnica wynika przede wszystkim z faktu bycia chorym somatycznie i jest naturalną reakcją na sytuację stresującą. Cierpienie psychiczne oraz objawy lękowe i depresyjne, wpływają na wyniki w skalach oceniających cechy osobowości. Zjawisko wpływu nasilenia objawów depresyjnych na poziom neurotyzmu jest dobrze udokumentowane i nazwane zostało efektem stanu [36]. Ta odwrotna zależność ma znaczny wpływ na korelację pomiędzy cechami osobowości i nasileniem objawów. Analizując różnice pomiędzy grupami chorych i zdrowych można zauważyć wyższy poziom neurotyzmu u osób chorych. Nie jest to jednak rezultatem skłonności osób neurotycznych do zapadania na choroby somatyczne a raczej wynikiem wzrostu poziomu neurotyzmu pod wpływem objawów depresyjnych związanych z chorobą. Przeprowadzono nawet badania prospektywne dotyczące nadciśnienia tętniczego, które potwierdziły ten mechanizm i wykazały, że neurotyzm nie jest predyktorem nadciśnienia tętniczego [17], a nawet w badaniu przekrojowym jego poziom bardziej zależy od zmiennych zakłócających (np. wieku) niż rozpoznania nadciśnienia [37].

Międzygrupowe różnice zmiennych nie mówią wiele o ich związku z rozpoznaniem nadciśnienia tętniczego. Znaczące nasilenie objawów może wpływać na wyniki w zakresie cech osobowości. Dlatego wzajemne zależności zmiennych analizowano za pomocą analizy czynnikowej. Objęła ona wszystkie zmienne, których średnie różniły się pomiędzy grupami w sposób statystycznie istotny lub na granicy istotności statystycznej.

Tablica 1. Podstawowe dane demograficzne osób badanych.
Table 1. Basic sociodemographic characteristics of the sample.

Badana zmienna	Badana grupa				Test t Studenta	
	pacjenci (n = 84)		grupa kontrolna (n = 91)		t	p
	średnia	odchylenie standard.	średnia	odchylenie standard.		
Wiek (lata)	38,92	12,48	38,99	13,88	-0,04	0,97
Wykształcenie (lata)	14,0	3,71	15,3	3,39	-2,35	0,02
BMI (kg/m ²)	28,07	5,90	24,03	4,18	5,23	<0,001

Tablica 2. Porównanie wyników w zakresie cech osobowości i nasilenia objawów w grupie pacjentów z nadciśnieniem tętniczym i grupie kontrolnej.

Table 2. Comparison of personality traits and symptom severity in hypertension patients and in the control group.

Badana zmienna	Badana grupa		Test t Studenta	
	pacjenci (średnia)	grupa kontrolna (średnia)	t	p
Kwestionariusz osobowości Eysencka, EPQ-R				
– neurotyzm	12,9	9,74	3,52	0,0006
– kłamstwo	11,7	10,4	2,13	0,035
– ekstrawersja	14,7	14,4	0,44	0,66
– psychotyzm	6,51	7,39	-1,81	0,071
Kwestionariusz aleksytymii Bermonda-Vorsta, BVAQ				
– wynik sumaryczny	102,3	103,7	-0,52	0,60
– słowa	22,4	23,1	-0,85	0,40
– marzenia	23,6	22,3	1,32	0,19
– wgląd	19,0	18,3	0,89	0,37
– emocje	19,3	20,1	-1,08	0,28
– myślenie	18,7	19,9	-1,34	0,18
– skala Alex3-1	17,4	22,8	-3,11	0,0021
– skala AlexH	32,1	34,4	-1,83	0,069
Skala dostosowania społecznego Marlowa-Crowna, MCSDS				
– wynik sumaryczny	19,6	18,2	1,94	0,054
Skala wrogości Coocka-Medley'a, CMHS				
– wynik sumaryczny	21,7	20,6	0,98	0,33
Kwestionariusz ogólnego zdrowia, GHQ				
– wynik sumaryczny	7,09	3,90	3,46	0,0007
Skala aleksytymii z Toronto, TAS-20				
– wynik sumaryczny	52,2	48,3	1,92	0,056
– podskala TIU	19,1	14,7	4,82	< 0,0001
– podskala TOU	13,6	13,2	0,53	0,60
– podskala OSM	19,7	20,4	-0,92	0,36
Inwentarz objawów, SCL-90-R				
– SOM (somatyzacja)	1,07	0,33	7,76	< 0,0001
– O_C (natręctwa)	0,919	0,45	5,13	< 0,0001
– I_S (wrażliwość interpersonalna)	0,674	0,37	3,37	0,0009
– DEP (depresja)	0,888	0,41	4,63	< 0,0001
– ANX (lęk)	0,958	0,33	6,03	< 0,0001
– HOS (wrogość)	0,568	0,26	3,41	0,0008
– PHOB (fobie)	0,516	0,19	3,98	0,0001
– PAR (treści paranoidalne)	0,640	0,38	3,11	0,002
– PSY (psychotyczność)	0,637	0,29	4,67	< 0,0001
– AI	0,905	0,44	4,62	< 0,0001
– GSI (indeks nasilenia)	0,206	0,088	5,84	< 0,0001

Tablica 3. Wyniki analizy czynnikowej.

Table 3. Results of factor analysis.

Badane zmienne	Czynnik 1	Czynnik 2	Czynnik 3	Czynnik 4
Podskala TIU wg TAS	0,87			
TAS, skala aleksytymii,	0,82			
Skala AlexH wg BVAQ	-0,80			
Indeks nasilenia wg SCL-90-R	0,71			
Neurotyzm wg EPQ-R	0,77			-0,35
Kwestionariusz GHQ	0,63	0,35	0,34	
Kłamstwo (EPQ-R)		-0,82		
Skala dostosowania, MCSDS		-0,75		
Lata nauki	-0,36	0,51		0,37
Skala Alex3-2 wg BVAQ			-0,71	
Psychotyzm wg EPQ-R			-0,65	
Wskaźnik masy ciała, BMI				0,79
Wariancja wyjaśniona	3,80	1,75	1,31	1,18
% wyjaśnionej wariancji	0,32	0,15	0,11	0,10

Pierwszy z czterech uzyskanych czynników obejmuje zarówno skale objawowe GHQ i SCL-90-R, jak i niektóre cechy osobowości: neurotyzm, TAS-20/TIU, oraz AlexH. Budzi to wątpliwości, co do związku poziomu aleksytymii mierzonej za pomocą skali TAS z nadciśnieniem, tym bardziej, że podobne wyniki uzyskiwano w zakresie neurotyzmu, okazało się, że różnice jego poziomu były wtórne (wynikały z faktu choroby) a nie pierwotne. Wyniki analizy wskazują, że międzygrupowa różnica wyników skali TIU może być rezultatem podobnego, jak w przypadku neurotyzmu wpływu objawów na wyniki TIU. Myślenie o aleksytymii jako o swoistej cesze osobowości skłania do badania jej związku z nadciśnieniem tętniczym. Warto jednak zauważyć, że koncepcja aleksytymii nie ma mocnego podłoża teoretycznego. Można wysunąć zastrzeżenie, że grupuje różne patomechanizmy prowadzące do niesprawności psychicznej: biologiczne – związane ze strukturą mózgu oraz psychologiczne – np. osobowość narcystyczną, która jest

Tablica 4. Korelacje pomiędzy zmiennymi związanymi z nadciśnieniem.
 Table 4. Correlations between hypertension-related variables.

Badane zmienne	Wskaźnik masy ciała, BMI	Wymiar neurotyzmu wg EPQ-R	Wymiar kłamstwa wg EPQ-R	Wymiar psychotyzmu wg EPQ-R	Skala aleksytymii (TAS)	Podskala TIU wg TAS	GSI indeks nasilenia wg GHQ
Wskaźnik masy ciała, BMI							
Lata nauki		-0,30	-0,25		-0,26		-0,40
Wymiar neurotyzmu wg EPQ-R					0,47	0,60	0,61
Wymiar kłamstwa wg EPQ-R							0,28
Wymiar psychotyzmu wg EPQ-R							
skala AlexH wg BVAQ		-0,52			-0,74	-0,67	-0,39
skala Alex3-2 wg BVAQ							
Skala dostosowania MCSDS		-0,25	0,47				
Skala wrogości MCHS		0,54		0,24	0,49	0,53	0,45
Skala aleksytymii, TAS		0,47				0,87	0,48
Podskala TIU wg TAS		0,60				0,87	0,58
Kwestionariusz GHQ		0,58			0,29	0,46	0,59

zawsze związana ze znacznym deficytem wglądu w uczucia. To drugie znaczenie jest bliskie koncepcji neurotyzmu. Wyniki badania sugerują, aby nie traktować wyników aleksytymii jako odrębnej, niezależnej zmiennej, a jako zmienną złożoną. Dobrym przykładem jest skala AlexH, będąca podskala kwestionariusza BVAQ. Utworzona została z tych pozycji, które najsilniej różnicowały grupę chorych od grupy kontrolnej. Skala ta wykazuje silny związek z rozpoznaniem nadciśnienia [35]. Analiza czynnikowa udowodniła jednak jej zależność od nasilenia objawów i znacząca korelację ze skalą TAS-20. Wydaje się, że skala AlexH nie wnosi nowej wartości psychometrycznej i składa się z pozycji korelujących wysoko z poziomem neurotyzmu i skalami objawowymi. Można przypuszczać, że po usunięciu wariancji skali TAS-20 związanej z neurotyzmem, jej związek z nadciśnieniem będzie słabszy.

Ciekawe jest, że dwie skale aleksytymii: TAS-20 i BVAQ wykazują różny związek z rozpoznaniem nadciśnienia. O ile średnie wyniki w skali TAS różnią się pomiędzy grupami, a w przypadku jej podskali TIU różnice są znaczące statystycznie, to zarówno cała skala BVAQ, jak i wszystkie jej wymiary takiej zależności nie wykazują. Niemniej obie skale umiarkowanie korelują ze sobą ($r = 0,58$). Zgodność tych dwóch skal aleksytymii jest więc ograniczona, nie jest jasne, która z nich lepiej odpowiada konstruktwi aleksytymii.

Sztuczna zmienna Alex3-2 nie jest związana ani z wartościami całkowitymi TAS-20 i BVAQ, ani ze zmiennymi objawowymi. Może ona być artefaktem, niemniej, związek wyników skali Alex3-2 potwierdził się także w drugim badaniu, na innej grupie pacjentów, ponadto skala ta nie wykazuje korelacji z nasileniem objawów, ani z żadną inną cechą osobowości. Zasługuje, zatem na badanie prospektywne związku z nadciśnieniem tętniczym.

Skale kłamstwa i dostosowania społecznego dotyczą podobnego konstruktów teoretycznego i stąd ich związek korelacyjny. Obie są słabo związane z nasileniem cierpienia psychicznego, wydaje się, że ich związek z nadciśnieniem jest swoisty, bez pośrednictwa objawów. Przeprowadzone badanie prospektywne dotyczące zależności pomiędzy dostosowaniem społecznym a nadciśnieniem tętniczym wykazało, że ta cecha dostosowania społecznego może być predyktorem nadciśnienia tętniczego [24]. Może to nie jest na pierwszy rzut oka jasne, że skale kłamstwa i dostosowa-

nia społecznego są zbliżone, jednak trzeba przypomnieć, że istotą konstruktów Marlowe'a i Crowne'a jest oszukiwanie badającego (jako reprezentanta społeczeństwa), oraz siebie samego co do prawdziwych intencji i potrzeb. Takie ukrywanie prawdy i konstruowanie pozorów, nawet, jeżeli jest nieświadome wywołuje napięcie psychiczne i w następstwie napięcie układu autonomicznego. Koncepcja dominacji potrzeb społecznych nad indywidualnymi jest obecna także w założeniach terapii Gestalt, gdzie wyróżnia się dwie warstwy psychiczne osobowości neurotycznej: dominującą *top-dog* i podporządkowaną *under-dog*, oraz w teorii psychoanalitycznej, jako konflikt pomiędzy sferą popędową (*id*) a hamującym *superego*. Warto zwrócić uwagę na to, że koncepcja aleksytymii zawiera podobne skojarzenia, że człowiek może nie mieć dostępu do swoich emocji i co za tym idzie, do części psychicznego przeżywania.

Poszukiwanie psychogennych przyczyn nadciśnienia tętniczego, a także – patrząc szerzej – przyczyn chorób psychosomatycznych, opiera się na idei negatywnego oddziaływania wypartych, lub zaprzeczonych emocji. Ta heurystyczna koncepcja jest trudna do weryfikacji, ponieważ nie ma prostej i pewnej metody badania nieświadomych przeżyć. Dlatego związek cech dostosowania społecznego, kłamstwa i być może aleksytymii z nadciśnieniem jest zauważalny, ale ilościowo słaby. Poza tym nie każda struktura psychiczna z przewagą hamowania sprzyja nadciśnieniu. Nie ma wątpliwości, że nasilenie objawów nerwicowych i poziom neurotyzmu nie należą do czynników wywołujących nadciśnienie tętnicze, chociaż można je traktować jako wyznaczniki dysfunkcji osobowości. Patrząc od strony fizjologicznej, ciśnienie tętnicze krwi jest bezpośrednio związane z pobudzeniem układu współczulnego, zatem sprzyjać mu będą stany emocjonalne zawierające przeżywanie agresywne i komplementarne do niego stany lękowe. Takiemu przeżywaniu odpowiada w największym stopniu charakter opisywany w teorii psychoanalitycznej jako pośredni pomiędzy strukturą przededypalną (np. osobowość borderline, narcystyczna, czy histrioniczna) a neurotyczną (osobowość obsesyjno-kompulsyjna, czy histeryczna). Do tej, pośredniej patologii zalicza się osobowości bierno-agresywną i sadomasochistyczną. Charakteryzują się one częściowym wglądem w emocje, oraz zdolnością do nawiązywania niedobrych, jednak dosyć realnych relacji, sprzyjających przeżywaniu

złości, lęku i agresji. Można spekulować, że cecha dostosowania społecznego odzwierciedla w pewnym stopniu taką bierno-agresywną relację, w której prawdziwe przekonania są płytko zaprzeczone, z wyczuwalną złością.

WNIOSKI

Cechy osobowości wykazują słaby, ale statystycznie znamienne związek z rozpoznaniem nadciśnienia tętniczego. Neurotyzm i aleksytymia powiązane są z nasileniem objawów lękowo-depresyjnych, ich związek z nadciśnieniem wynika prawdopodobnie ze stanu choroby somatycznej. Dostosowanie społeczne i wyniki w skali kłamstwa nie są powiązane z nasileniem objawów i można przypuszczać, że są predyktorami nadciśnienia tętniczego.

PIŚMIENNICTWO

- Brown DE, James GD, Nordloh L. Comparison of factors affecting daily variation of blood pressure in Filipino-American and Caucasian nurses in Hawaii. *Am J Phys Anthropol.* 1998; 106: 373–383.
- Lynch JJ, Lynch KE, Friedmann E. A cry unheard: sudden reductions in blood pressure while talking about feelings of hopelessness and helplessness. *Integr Physiol Behav Sci.* 1992; 27: 151–169.
- Schroeder KE, Narkiewicz K, Kato M, Pesek C, Philips B, Davisom D, Somers VK. Personality Type and Neural Circulatory Control, Hypertension. 2000; 36: 830–833.
- JEJ, Sweetnam PM, Yarnell JWG, Elwood PC, Stansfeld SA. Is Type A Behaviour Really a Trier for Coronary Heart Disease Events? *Gallacher Psychosom Med.* 2003; 65: 339–346.
- Jakubik A. Zaburzenia osobowości. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2003. s.96–102.
- Nemiach JC. A Psychodynamic View of Psychosomatic Medicine. *Psychosom Med.* 2000; 62: 299–303.
- Vorst CM, Bermond B. Validity and reliability of the Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire. *Pers Individ Dif.* 2001; 30: 413–434.
- Deborde AS, Berthoz S, Perdereau F, Godart N, Corcos M, Jeammet P. Validity of the BVAQ: a study in eating disorder patients and controls. *Encephale.* 2004; 30: 464–73.
- Parker JD, Taylor GJ, Bagby RM. The 20-Item Toronto Alexithymia Scale. III. Reliability and factorial validity in a community population. *J Psychosom Res.* 2003; 55: 269–75.
- Maruszewski T, Ścigała E. Emocje-aleksytymia-poznanie. Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora; 1998.
- Jula A, Salminen JK, Saarijärvi S. Alexithymia A Facet of Essential Hypertension. *Hypertension.* 1999; 33:1057–1061.
- Osti RM, Trombini G, Magnani B. Stress and distress in essential hypertension. *Psychoter Psychosom.* 1980; 33: 193–197.
- Todarello O, Taylor GJ, Parker JD, Fanelli M. Alexithymia in essential hypertensive and psychiatric outpatients: a comparative study. *J Psychosom Res.* 1995; 39: 987–94.
- Linden W, Lenz JW, Stossel C. Alexithymia, defensiveness and cardiovascular reactivity to stress. *J Psychom Res.* 1996; 41: 575–583.
- Coelho R, Hughes AM, da Fonseca AF, Bond MR. Essential hypertension: the relationship of psychological factors to the severity of hypertension. *J Psychosom Res.* 1989; 33: 187–96.
- Pijanowska M, Zajaczkowska M, Pijanowski Z. A comparison of blood pressure load in groups of children with high and low levels of neuroticism. *Pol Merkuriusz Lek.* 2001; 10: 274–276.
- Irvine MJ, Garner DM, Olmsted MP, Logan AG. Personality differences between hyper-tensive and normotensive individuals: influence of knowledge of hypertension status. *Psychosom Med.* 1989; 51: 537–549.
- Santonastaso P, Canton G, Ambrosio GB, Zamboni S. Hypertension and neuroticism. *Psychother Psychosom.* 1984; 41: 7–11.
- Hozawa A, Ohkubo T, Tsuji I, Kikuya M, Matsubara M, Suzuki T, Nagai K, Kitaoka H, Arai Y, Hosokawa T, Satoh H, Hisamichi S, Imai Y. Relationship between personality and self-measured blood pressure value at home: the Ohasama study. *Clin Exp Hypertens.* 2002; 24: 115–23.
- Kohler T, Scherbaum N, Richter R, Bottcher S. The relationship between neuroticism and blood pressure reexamined. An investigation of a nonclinical sample of military conscripts. *Psychother Psychosom.* 1993; 60: 100–105.
- Yan LL, Liu KL, Matthews KA, Daviglius ML, Ferguson TF, Kiefe CI. Psychosocial Factors and Risk of Hypertension. The Coronary Artery Risk Development in Young Adults (CARDIA) Study. *JAMA.* 2003; 22/29: 2138–2148.
- Everson SA, Goldberg DE, Kaplan GA, Julkunen J, Salonen JT. Anger expression and incident hypertension. *Psychosom Med.* 1998; 60 (6): 730–735.
- Crowne DP, Marlowe D. A new scale of social desirability independent of psychopathology. *J Consult Psychol.* 1960; 24: 349–354.
- Mann SJ, James GD. Defensiveness and essential hypertension. *J Psychosom Res.* 1998; 45: 139–148.
- Guidelines for the Management of Arterial Hypertension. *J Hypertens.* 2007; 25: 1105–1187.
- World Health Organization-International Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension. Guidelines Subcommittee. *J Hypertens.* 1999; 17: 151–183.
- Bagby RM, Parker JD, Taylor GJ. The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *J Psychosom Res.* 1994; 38: 23–32.
- Bagby RM, Taylor GJ, Parker JD. The Twenty-item Toronto Alexithymia Scale-II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *J Psychosom Res.* 1994; 38: 33–40.
- Vorst CM, Bermond B. Validity and reliability of the Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire. *Pers Individ Dif.* 2001; 30: 413–434.
- Maruszewski T, Ścigała E. Emocje-aleksytymia-poznanie. Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora; 1998.
- Smith TW, Frohm KD. What's so unhealthy about hostility? Construct validity and psychosocial correlates of the Cook and Medley Ho scale. *Health Psychol.* 1985; 4: 503–520.
- Brzozowski P, Drwal Ł. Kwestionariusz Osobowości Eysencka; polska adaptacja EPQ-R. Warszawa: Pracownice Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; 1995.
- Derogatis LR. SCL-90-R (revised) version manual. Baltimore: Johns Hopkins University School of Medicine; 1977.
- Goldberg DP. The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire. London: Maudsley Monographs; 1972.
- Małyszczak K, Pyszel A, Szuba A. Podskala Kwestionariusza Aleksytymii Bermonda-Vostrą związana z rozpoznaniem nadciśnienia tętniczego. *Post Psychiatr Neurol.* 2007; 16: 43–47.
- Ormel J, Oldehinkel AJ, Brilman Nolen VA, Vollebergh W. Vulnerability before, during, and after a major depressive episode. A three-wave population-based study of state, scar and trait effects. *Arch Gen Psychiatry.* 2004; 61; 387–392.
- Małyszczak K, Pyszel A, Szuba A. Neurotyzm u pacjentów z nadciśnieniem tętniczym. *Post Psychiatr Neurol.* 2007; 16: 49–52.

Wpłynęło: 25.04.2008. Zrecenzowano: 19.12.2008. Przyjęto: 21.04.2009.

Adres: Dr hab. Krzysztof Małyszczak Katedra i Klinika Psychiatrii AM we Wrocławiu ul. Pasteura 10, 50-367 Wrocław, tel. 71 7766 295, e-mail: durlik@life.pl