

Nina Ogińska-Bulik

Osobowość typu D a występowanie chorób somatycznych

Type D-personality and prevalence of somatic diseases

Zakład Psychoprofilaktyki Instytutu Psychologii Uniwersytetu Łódzkiego

Rola cech osobowości w rozwoju chorób somatycznych

Badania nad związkiem właściwości osobowości jednostki z ryzykiem chorób somatycznych, głównie chorób układu krążenia, mają swoją długoletnią historię i sięgają pierwszej połowy XX wieku. Już wtedy przedstawiciele kierunku psychosomatyki, jak Dunbar, Aleksander i in. poszukiwali układów i cech osobowości „swoistych” dla określonej jednostki chorobowej. Opisano różne „profile osobowości” sprzyjającej chorobie wrzodowej, astmie, chorobom serca i in. Dunbar (11) opisywała osoby z chorobami serca jako charakteryzujące się zaangażowaniem w pracę, tendencją do dominacji, osiągnięć, wysoką samodyscypliną a także występowaniem cech introwertywnych i skłonnością do depresji ukrywaną przed innymi. Badania dotyczące osobowościowych uwarunkowań chorób serca prowadzone przez Ostfelda i in. (26) wykazały, że osoby z zawałem serca i zaostrzoną chorobą wieńcową charakteryzują się większą skłonnością do napięć emocjonalnych, silną potrzebą niezależności i podejrzliwości. Z kolei Bahnsen i Warwell (18) jednostkom z chorobą wieńcową przypisywali takie cechy, jak: poczucie mniejszej wartości wynikające głównie z dążenia do rywalizacji, tłumiony gniew i wrogość, drażliwość, pesymizm, niezadowolone z życia, wysoki poziom napięcia i niepokoju. Według Ginsparda (14) osoby, które posiadają predyspozycje do zachorowania na chorobę wień-

cową i zawał serca, wykazują trudności w wyrażaniu agresji i gniewu oraz tendencje do depresji maskowane dużą aktywnością.

W Polsce pierwsze badania dotyczące występowania określonych cech osobowości u chorych z zawałem serca prowadzono pod kierunkiem Askanasa (1, 2). Z badań tych wynikało, że chorzy pacjenci ujawniali reakcje emocjonalnej niedojrzałości, głównie brak kontroli, emocjonalnej stabilizacji, nie potrafili opanować lęku i niepokoju. Łazowski i Płużek (18) opisali tzw. zespół psychosomatyczny, charakteryzujący się silną potrzebą osiągnięć, dominacji, dużą samokontrolą, postawą obronną, podejrzliwością, skłonnościami do depresji.

Duże zainteresowanie, początkowo kardiologów, a później psychologów, wzbudziła koncepcja Wzoru zachowania A, opracowana w latach 50. przez Friedmana i Rosenmana. Oprócz elementów osobowościowych konstrukt uwzględnia czynniki behawioralne związane z zachowaniem się jednostki. Na podstawie wieloletnich obserwacji klinicznych autorzy charakteryzowali jednostkę typu A jako osobę, która angażuje się w zdobycie jak największej ilości celów w jak najkrótszym czasie. Jest to osoba, która cechuje się skłonnością do agresji, wrogości, dominacji, poczuciem presji czasu, dążeniem do sprawowania kontroli nad otoczeniem, walką o osiągnięcia i nadmierną rywalizacją (12).

Przeprowadzono wiele badań, które miały wykazać związek wzoru A ze zwiększonym ryzykiem chorób, głównie niedokrwiennej choroby serca,

lecz nie dały one jednoznacznej odpowiedzi, czy i które właściwości jednostki można uznać za sprzyjające ich rozwojowi. Późniejsze badania wykazały, że istotną rolę w rozwoju niedokrwiennej choroby serca należy wiązać nie tyle z globalnym typem A, co z niektórymi jego elementami, a przede wszystkim z gniewem i wrogością (6, 21). Zauważono także, że patogenną rolę mogą pełnić bezradność i poczucie beznadziejności, pojawiające się u jednostek o wzorze A w obliczu braku (bądź utraty) kontroli (29). Według Glassa (15), dążenie do sprawowania kontroli nad otoczeniem jest głównym mechanizmem skłaniającym jednostkę do funkcjonowania zgodnie z typem A. Sytuacja braku lub utraty kontroli u osoby o wzorze A (która jest odbierana przez jednostkę jako silnie stresująca), która pojawia się w sytuacji porażki, może prowadzić do bezradności, poczucia beznadziejności i depresji. Utrata kontroli przez jednostkę i podejmowane przez nią wysiłki mające na celu jej odzyskanie, według Glassa, naprzemiennie angażują układ współczulny i przywspółczulny, co prowadzi do skoków ciśnienia i zmian hormonalnych, zwiększając ryzyko pojawienia się choroby. W dość licznych badaniach polskich, dotyczących zarówno dorosłych (16, 23, 31, 32, 33), jak i dzieci i młodzieży (18, 24, 25), podejmowano próby określenia roli zmiennych osobowościowych, w tym wzoru zachowania A, w rozwoju chorób somatycznych, przede wszystkim chorób układu krążenia.

Z kolei typ C, sformułowany przez Temoshok (30), traktowany jako czynnik ryzyka chorób nowotworowych, wyraża brak emocjonalnej ekspresji (represja emocjonalna), poświęcanie się dla innych, poczucie bezradności i beznadziejności w obliczu stresu. Konstrukcja nie została dokładnie zoperacjonalizowana i nie doczekał się wielu badań. Aktualnie typ osobowości C jest raczej traktowany jako skutek niż przyczyna choroby.

Z przedstawionych badań wynika, że wśród właściwości osobowości szczególną rolę w rozwoju chorób somatycznych pełnią doświadczane przez osobę negatywne emocje, takie jak: gniew, wrogość czy depresja. O ile panuje dość powszechna zgoda co do tego, że występowanie negatywnych emocji jest czynnikiem ryzyka chorób, to wśród badaczy brak jest jasności, czy czynnikiem zwiększającym ryzyko zachorowa-

nia jest wyrażanie emocji, czy też raczej ich tłumienie. To pierwsze podejście prezentowane było m.in. przez Diamonda (4, 5), który podkreślał, że czynnikiem ryzyka zachorowania na niedokrwienne chorobę serca jest wyrażanie gniewu i wrogości. Z kolei Dembroski i wsp. (6) czy Ginspard (14) zwracali uwagę, że tłumienie gniewu ma większy negatywny wpływ na układ krążenia niż jego wyrażanie.

Charakterystyka osobowości stresowej (typu D)

Brak jednoznacznych wyników dotyczących wpływu ekspresji emocji oraz roli wzoru A i osobowości typu C w powstawaniu chorób przyczynił się do podejmowania dalszych poszukiwań takich właściwości osobowości, które mogą predysponować do zachorowania. Zaowocowało to stworzeniem nowego typu osobowości, tzw. osobowości stresowej, czyli typu D. Pojęcie to zostało wprowadzone w roku 1995 przez J. Denoletta z Uniwersytetu w Antwerpii (8).

Osobowość stresowa (distressed personality) obejmuje dwa główne wymiary, rozumiane jako względnie stałe cechy osobowości, tj. negatywną emocjonalność (negative affectivity) oraz hamowanie społeczne (social inhibition). Dla jednostek z osobowością typu D charakterystyczne są następujące elementy:

- częste doświadczanie emocji negatywnych a rzadkie pozytywnych (negatywna emocjonalność);
- skłonność do świadomego powstrzymywania się od wyrażania emocji głównie w sytuacjach społecznych (hamowanie społeczne);
- tendencja do zamartwiania się i odczuwania napięcia;
- pesymistyczny sposób patrzenia na świat;
- łatwość irytowania się;
- niska skłonność do dzielenia się emocjami z innymi, głównie z obawy przed dezaprobatą i odrzuceniem;
- słabe więzi z innymi ludźmi;
- tendencja do obwiniania się.

Ponadto, osobowość typu D wiąże się z takimi objawami stresu psychologicznego, jak: skłonności do depresji, trudności w spostrzeganiu i korzystaniu ze wsparcia społecznego, obniżo-

ne samopoczucie, niski poziom poczucia własnej wartości, niski poziom satysfakcji z życia oraz poczucie wyczerpania, a ponadto częstsze skargi na bóle w klatce piersiowej, częstsze stosowanie środków uspokajających. Typ D jest także dodatkowo związany z doświadczaniem stresu w miejscu pracy (3) oraz rzadszymi powrotami do pracy po okresie absencji (13).

Osobowość typu D wykazuje pewne podobieństwa do innych właściwości osobowości traktowanych jako sprzyjające powstawaniu chorób somatycznych, w tym przede wszystkim do typu C oraz do dwóch wymiarów osobowości tzw. Wielkiej Piątki, tj. neurotyzmu i introwersji. Jednostki typu C i D wykazują skłonność do nieujawniania emocji, przy czym dla typu C bardziej charakterystyczna jest represja, zaś dla typu D świadome powstrzymywanie się od wyrażania emocji, przede wszystkim z obawy przed społeczną dezaprobatą i odrzuceniem. Dla obydwu typów charakterystyczne jest pesymistyczne nastawienie do życia i skupianie się na jego negatywnych stronach, a także reagowanie na stres bezradnością, poczuciem beznadziejności i skłonnością do depresji.

To, co wydaje się różnić obydwie typy, to fakt, iż jednostki typu C charakteryzuje skłonność do uznawania potrzeb innych za ważniejsze od własnych (poświęcanie się, nadmierny altruizm), natomiast jednostka o osobowości typu D jest raczej typem egocentrycznym, nastawionym na realizację własnych potrzeb i celów. Ponadto jednostki reprezentujące typ osobowości C mają raczej niską świadomość stresu i dyskomfortu psychicznego i są bardziej pasywne w obliczu sytuacji stresowej.

Osobowość typu D z neurotyzmem łączy tendencja do katastroficznego widzenia rzeczywistości, ocenianie zdarzeń jako silnie zagrażających i szkodliwych, odczuwanie silnego lęku i napięcia, zaś w sytuacjach społecznych odczuwanie zmieszania, a nawet wstydlivosti w obecności innych, a ponadto tendencja do zamartwiania się, pesymistyczny obraz świata, duża podatność na stres i skłonność do załamania się w sytuacjach trudnych. W neurotyczności, w przeciwieństwie do osobowości typu D, nie kładzie się nacisku na powstrzymywanie się od ujawniania negatywnych emocji.

Z kolei rezerwa w kontaktach społecznych, nieśmiałość i skłonności do przebywania w sa-

motności są wspólne dla introwersji i osobowości typu D. Introwersja, podobnie jak typ D, jest związana z mniejszą skłonnością do poszukiwania wsparcia społecznego, słabszą jakością kontaktów społecznych i niskim poczuciem własnej wartości. Z kolei jednostki, które wykazują wysoką negatywną emocjonalność i wysoki poziom introwersji, charakteryzują się wysokim poziomem depresji, lęku, a szczególnie lęku społecznego. Hamowanie społeczne, jako element typu D, koncentruje się na interpersonalnym wymiarze introwersji – co przejawia się w braku komunikatywności, wycofywaniu się, braku asertywności i ogólnie niskiej ekspresji emocjonalnej. Można także doszukiwać się pewnych podobieństw typu D z właściwościami osobowości charakterystycznymi dla typu A, chociaż wydaje się, że obydwie typy więcej dzieli niż łączy. Typ A jest przede wszystkim szerszym konstruktem, obejmujących oprócz elementów osobowości także składające się na styl życia cechy zachowania, które mogą podlegać modyfikacji. Typ D, jako konstrukt osobowościowy, obejmuje stałe właściwości jednostki. Typ A to jednostka niecierpliwa, działająca w pośpiechu, nastawiona na cel, podejmująca ryzyko, natomiast typ D to osoba spokojna, nie lubiąca zmian i unikająca ryzyka. Dla obydwu typów charakterystyczne jest występowanie emocji, głównie gniewu i wrogości, przy czym jednostka o wzorze A jest raczej skłonna ujawniać te emocje na zewnątrz, podczas gdy typ D wykazuje skłonność do powstrzymywania się od ich ujawniania. W obydwu przypadkach występuje doświadczanie stresu, przy czym w typie D jest on związany głównie z kontaktami interpersonalnymi, zaś w typie A jest przede wszystkim wynikiem dążenia jednostki do sprawowania kontroli nad otoczeniem.

Obydwie typy charakteryzuje także niechęć do korzystania ze wsparcia społecznego w sytuacjach trudnych. Jednostki należące do typu D wykazują tendencję do reagowania na stres poczuciem bezradności, beznadziejności i skłonnościami do depresji, dla osób o wzorze A raczej charakterystyczna jest mobilizacja i podejmowanie działań mających na celu poradzenie sobie ze stresem, chociaż mogą się także pojawić wspomniane reakcje w postaci bezradności i beznadziejności, głównie w sytuacjach utraty kontroli i niemożności jej odzyskania. Należy także podkreślić, że jednostka typu A nie zawsze zdaje sobie sprawę, że prezentuje cechy charak-

terystyczne dla tego wzoru zachowania, podczas gdy typ D jest świadomy zarówno doświadczenia negatywnych emocji jak i skłonności do ich ukrywania.

W świetle przedstawionych porównań raczej trudno jest uznać typ D za nowy konstrukt. Obejmuje on bowiem elementy osobowości od lat uznawane za sprzyjające zachorowaniu. Pewna „nowość” konstruktowi wydaje się tkwić przede wszystkim w podkreśleniu roli łączonych cech osobowości (doświadczenie różnych negatywnych emocji, takich jak lęk, gniew, wrogość, zamartwianie się, skłonności depresyjne i tendencji do powstrzymywania się od ich wyrażania) w procesie stres–choroba, a także w opracowanym przez Denoletta, narzędziu do pomiaru osobowości typu D – the type-D scale (8).

Związek osobowości typu D z chorobami sercowo-naczyniowymi

Pierwsze badania sugerujące, że osobowość typu D prowadzi do negatywnych skutków zdrowotnych, opublikowano w 1995 roku, chociaż wcześniej Denollet (7) wskazywał na wpływ doświadczenia negatywnych emocji i represyjnego stylu radzenia sobie na ryzyko zachorowania na choroby układu sercowo-naczyniowego. Badania te wskazywały, że 73% przypadków śmierci z powodów kardiologicznych wystąpiło u pacjentów charakteryzujących się typem D. Dane te potwierdzono w późniejszych badaniach o charakterze podłużnym, obejmujących ponad 300 pacjentów z chorobą wieńcową, w których stwierdzono, że śmiertelność pacjentów z typem D po 6 latach od pierwszego pomiaru sięgała 27%, podczas gdy pacjentów niewykazujących cech osobowości typu D zaledwie 7%. W roku 2000 powtórzono badania na kolejnej, ponad 300-osobowej grupie pacjentów kardiologicznych (choroba wieńcowa). Typ osobowości D okazał się istotnym predyktorem, zarówno samej choroby, jak i śmiertelności z jej powodu (27). Osobowość typu D czterokrotnie zwiększała ryzyko zachorowania na chorobę wieńcową. Pacjenci o osobowości typu D charakteryzowali się także gorszą jakością życia i gorzej oceniali swój stan zdrowia.

Cechy osobowości typu D rzutują także na efekty rehabilitacji pacjentów kardiologicznych. Badania wykazały, że w wyniku stosowanego leczenia ogólnie zmniejszyły się symptomy zmęczenia i wyczerpania, jednakże u pacjentów z osobowością typu D nasilenie symptomów wyczerpania, a także objawów somatycznych było 4-krotnie wyższe w porównaniu z pacjentami niewykazującymi nasilenia cech typu D (10). O związku osobowości typu D z chorobami układu krążenia świadczy także częstsze występowanie tego typu wśród pacjentów kardiologicznych, w porównaniu z populacją osób zdrowych. Badania M. Kopp i in. (20), przeprowadzone na blisko 12 tysięcznej próbie węgierskiej, pozwoliły na określenie częstości występowania osobowości typu D i jej podstawowych wymiarów w grupie pacjentów kardiologicznych (choroba nadciśnieniowa i niedokrwienne choroby serca) oraz u osób zdrowych. Uzyskane dane przedstawia tabela 1. U osób zdrowych odsetek osobowości stresowej nie przekracza 10% i jest prawie dwukrotnie niższy niż w grupach klinicznych.

Mechanizmy fizjologiczne łączące typ osobowości D z chorobami somatycznymi

Osobowość typu D obejmuje zarówno skłonność do doświadczenia negatywnych emocji, jak i tendencję do powstrzymywania się od ich wyrażania. Wyraźnie podkreśla się wpływ tego połączonego efektu na rozwój chorób, a szczególnie skłonności do nieujawniania emocji.

Tabela 1.
Częstość występowania osobowości typu D i jej wymiarów w badaniach węgierskich (w %)

	Negatywna emocjonalność	Hamowanie społeczne	Typ D
Ogólna populacja	19,5	23,0	9,4
Mężczyźni	16,2	21,7	8,2
Kobiety	22,3	24,2	10,4
Grupy kliniczne:			
Nadciśnienie	31,5	33,3	15,7
Niedokrwienne choroby serca	33,6	35,2	15,7

• źródło: Kopp i in. 2003.

W badaniach prowadzonych na pacjentach z chorobą wieńcową stwierdzono m.in., że poziom śmiertelności pacjentów z wysokim nasileniem negatywnych emocji nie różnił się w sposób istotny od poziomu śmiertelności pacjentów o niskim ich nasileniu. Poziom ten różnicowało natomiast nasilenie powstrzymywania się od wyrażania tych emocji. Był on wyższy u pacjentów silniej hamujących emocje (9). Ważne więc okazuje się w relacji stres–choroba nie tyle doświadczanie negatywnych emocji, co sposób radzenia sobie z nimi.

Zbliżonego stanowiska, podkreślającego rolę powstrzymywania się od wyrażania emocji jako czynnika zwiększającego ryzyko zachorowania, można doszukiwać się także w innych badaniach, a przede wszystkim w sygnalizowanych wcześniej badaniach prowadzonych przez Ginspald (14), która stwierdziła, że osoby posiadające predyspozycje do zachorowania na chorobę wieńcową i zawał serca wykazują trudności w wyrażaniu agresji i gniewu oraz – maskowane dużą aktywnością – tendencje do depresji.

Pennebaker i Traue (28) podkreślają, iż powstrzymywanie się od ekspresji emocji negatywnych, związanych z doświadczaniem sytuacji trudnych (urazowych), poprzez rozwój procesów hamowania mobilizuje stan stresu, prowadząc do obniżenia odporności fizjologicznej, a w konsekwencji zwiększonego ryzyka pojawienia się chorób somatycznych. U osób hamujących emocje obserwuje się takie symptomy dystresu, jak przyspieszenie akcji serca, wzrost ciśnienia tętniczego krwi, zwiększenie stężenia hormonów stresu (katecholamin i kortyzolu). Jak podkreśla Mausch (22), powstrzymywanie się od wyrażania emocji może prowadzić do tego, że jednostka nie docenia skutków fizjologicznych znaczenia sytuacji obciążającej jej emocjonalnie, chociaż jej ciało wyraźnie reaguje pod względem fizjologicznym.

Za główne mechanizmy fizjologiczne łączące osobowość typu D ze zwiększonym ryzykiem zachorowania uważa się:

- osłabienie układu immunologicznego (wykazano, że typ D jest predyktorem zwiększonego wydzielania cytokin istotnych dla rozwoju choroby wieńcowej);
- mechanizm zwiększonej reaktywności (w badaniach młodych, zdrowych ludzi wykaza-

no, że hamowanie społeczne (komponent typu D) było związane z podwyższeniem ciśnienia krwi, a obydwa komponenty typu D, tj. negatywna emocjonalność oraz hamowanie społeczne, były związane ze zwiększonym wydzielaniem kortyzolu).

Pomiar osobowości typu D

Wzoruując się na skali D-16 Denolleta skonstruowano polską wersję skali do badania osobowości stresowej o nazwie D-14 (17). Skala ta zawiera 14 stwierdzeń, z których 7 dotyczy negatywnej emocjonalności, pozostałe 7 hamowania społecznego. Przeznaczona jest do badania osób dorosłych, zdrowych i chorych. Stosowana wraz z innymi narzędziami może służyć w programowaniu działań profilaktycznych i terapii chorych, u których predyspozycje osobowościowe odgrywają istotną rolę w etiopatogenezie chorób i ich leczeniu.

Zgodność wewnętrzna skali D-14 wynosi 0,90 dla negatywnej emocjonalności oraz 0,74 dla hamowania społecznego. Stabilność bezwzględna, ustalona w odstępie 6 tygodni na grupie 50 badanych, wynosi odpowiednio 0,85 oraz 0,72. Trafność teoretyczną skali oszacowano, analizując związki ze zmiennymi, które mierzą zbliżone konstrukty. Stwierdzono występowanie dodatniej korelacji negatywnej emocjonalności z lękiem (0,60; $p < 0,001$) i depresją (0,54; $p < 0,01$) oraz hamowania społecznego z depresją (0,45; $p < 0,01$) skali HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale). Ponadto, obydwa wymiary korelują ujemnie z poczuciem satysfakcji z życia (odpowiednio: -0,43 i -0,44; $p < 0,01$) Skali Satysfakcji z Życia (SWLS) Dienera i wsp. Na podstawie analizy czynnikowej (varimax) wyłoniono dwa czynniki wyjaśniające ogółem 62% wariancji całkowitej. Wszystkie ładunki czynnikowe przekraczają wartość 0,40. Treść stwierdzeń wchodzących w skład czynnika pierwszego odpowiada elementom składowym wymiaru określonego jako negatywna emocjonalność, zaś drugiego – hamowanie społeczne.

W próbie normalizacyjnej składającej się z 520 osób w wieku 20–60 lat, reprezentujących ludzi zdrowych i chorych, uzyskano średni wynik dla negatywnej emocjonalności 10,81 (SD = 5,99), zaś dla hamowania społecznego 11,84 (SD = 4,97). W tabeli 2 przedstawiono średnie wyniki

Tabela 2. Skala D-14: porównanie średnich wyników ze względu na płeć i wiek

	Negatywna emocjonalność		Hamowanie społeczne	
	M	SD	M	SD
Płeć:				
Mężczyźni (N = 290)	10,32	6,14	11,06	4,95
Kobiety (N = 230)	11,24	6,00	11,64	5,27
Wiek:				
do 40 lat (N = 270)	9,45	6,02	11,61	4,70
pow. 40 lat (N = 250)	12,53	5,50	12,13	5,29

badania z uwzględnieniem płci i wieku. Kobiety uzyskały wyższe wyniki w obydwu wymiarach osobowości typu D, lecz różnice nie są statystycznie istotne. Natomiast wiek różnicuje wyniki negatywnej emocjonalności. Wyższe wyniki w tym zakresie charakteryzują osoby w starszym wieku ($t = -6,00$; $p < 0,000$).

W tabeli 3 porównano wyniki czterech badanych grup, w tym trzech grup klinicznych. Wyniki różnią się w sposób statystycznie istotny, zarówno w odniesieniu do negatywnej emocjonalności ($F = 32,64$), jak i hamowania społecznego ($F = 14,63$). Najniższe wyniki prezentują osoby zdrowe, najwyższe – chorzy kardiologicznie (dusznica bolesna, po zawale serca). Wyniki grupy zdrowej różnią się statystycznie istotnie od wyników osób chorych, brak natomiast istotnego zróżnicowania między grupami klinicznymi.

Badanie można prowadzić indywidualnie i grupowo. Po przeczytaniu krótkiej instrukcji badany decyduje, w jakim stopniu charakteryzują go wymienione właściwości, zaznaczając jedną z następujących odpowiedzi: nie, raczej nie, trudno powiedzieć, raczej tak, tak. Każde stwierdzenie jest oceniane od 0 (nie) do 4 punktów (tak). Oddzielnie oblicza się sumę wyników dla negatywnej emocjonalności (stwierdzenia nr: 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8) i hamowania społecznego (6, 9, 10, 11, 12, 13, 14). Następnie wyniki surowe przelicza się na jednostki standaryzowane w skali stenowej, podane w tabeli 4 (przekształcenia wyników surowych na jednostki standaryzowane w skali stenowej, dokonano łącznie dla wszystkich badanych, mimo

Tabela 3. Skala D-14: porównanie średnich wyników badanych grup

	Negatywna emocjonalność		Hamowanie społeczne	
	M	SD	M	SD
Osoby zdrowe (N = 203)	8,97	5,59	10,73	4,57
Pacjenci kardiologiczni (N = 100)	13,97	5,58	12,97	5,52
Chorzy onkologicznie (N = 69)	11,87	5,42	11,13	4,56
Pacjenci dializowani (N = 60)	13,80	3,46	14,48	3,45

iż wiek różnicował w pewnym stopniu nasilenie negatywnej emocjonalności).

Zaliczenie do typu D wymaga uzyskania w obydwu wymiarach wyników powyżej średniej, a więc w przypadku posługiwania się stenami wyników powyżej 5. stena. Analogicznie, obydwie wyniki poniżej 6. stena wskazują na brak cech charakterystycznych dla osobowości stresowej. Wyniki nie kwalifikujące się ani do jednego, ani do drugiego typu można zaliczyć do typu pośredniego. W przeprowadzonych dotychczas badaniach polskich odsetek osób zaliczonych do typu D

Tabela 4. Skala D-14: tymczasowe normy (dorośli, N = 530)

Negatywna emocjonalność	Sten	Hamowanie społeczne
0	1	0–1
1	2	2–4
2–4	3	5–6
5–7	4	7–8
8–10	5	9–11
11–13	6	12–13
14–16	7	14–16
17–19	8	17–19
20–23	9	20–21
24–28	10	22–28

wynosił 7,3 w grupie zdrowych, 31 – u pacjentów kardiologicznych, 18,1 onkologicznych, zaś najczęściej – 41,1% u chorych dializowanych. Wymagane są dalsze badania, prowadzone na zróżnicowanych grupach osób chorych i zdrowych.

Streszczenie

Osobowość typu D obejmuje dwa wymiary, tj. negatywną emocjonalność oraz hamowanie społeczne. Ten pierwszy wyraża tendencje jednostki do doświadczania silnych negatywnych emocji (i stresu), natomiast drugi odnosi się do skłonności do powstrzymywania się od ich wyrażania, głównie w sytuacjach społecznych. Osobowość typu D traktowana jest jako niezależny czynnik ryzyka chorób somatycznych, a przede wszystkim chorób układu krążenia. Za główne mechanizmy łączące osobowość typu D z chorobami uznaje się mechanizm zwiększonej reaktywności oraz osłabienie układu immunologicznego. Skonstruowana skala D-14 (autorzy: N. Ogińska-Bulik i Z. Juczyński) do pomiaru osobowości typu D składa się z 14 twierdzeń i mierzy dwa wymiary: negatywną emocjonalność i hamowanie społeczne. Posiada satysfakcjonujące parametry psychometryczne.

Słowa kluczowe: **osobowość typu D, choroba**

Summary

Type D-personality consists of two dimensions: negative affectivity and social inhibition. Negative affectivity denotes the tendency to experience strong negative emotions (and distress), whereas social inhibition refers to tendency to inhibit the expression of these emotions, mainly in social interactions. Type D-personality is regarded as an independent risk factor of somatic diseases, particularly cardiovascular diseases. The mechanisms linking type D-personality with somatic diseases are: physiological hyper-reactivity and debilitation of immune system. D-14 scale (developed by Ogińska-Bulik and Z. Juczyński to measure type D personality consists of 14 items which allow to assess negative affectivity and

social inhibition. This scale has obtained satisfactory psychometric properties.

Key words: **type D-personality, disease**

Piśmiennictwo

1. Askanas Z., Ostrowska H., Siek S.: Osobowość chorego a zawał serca. *Polski Tygodnik Lekarski*, 1965, 20, 1327–1329.
2. Askanas Z., Ostrowska H., Siek S.: Ocena sylwetki psychologicznej chorych ze świeżym zawałem serca. *Polski Tygodnik Lekarski*, 1966, 21, 1268–1271.
3. Balog P.: Type D personality and chronic stress in the Hungarian population. Paper presented at 3rd International Conference on The (non) expression of emotions in health and disease, Tilburg, The Netherlands, 19–21 October, 2003.
4. Diamond E.: The role of anger and hostility in essential hypertension and coronary heart disease. *Psychological Bulletin*, 1982, 92, 410–433.
5. Diamond E., Schneiderman N., Schwartz R., Smith J., Vorp R., Pasin R.: Harassment, hostility and type A as determinants of cardiovascular reactivity during competition. *Journal of Behavioral Medicine*, 1992, 7, 171–189.
6. Dembroski T. M., MacDougall J. M., Williams R. B., Haney T. L., Bluementhal J. A.: Component of type A, hostility and anger-in: Relationship to angiographic findings. *Psychosomatic Medicine*, 1985, 47, 219–233.
7. Denollet J.: Negative affectivity and repressive coping: Pervasive influence on self-reported mood, health and coronary prone behavior. *Psychosomatic Medicine*, 1991, 53, 538–556.
8. Denollet J.: Personality and coronary heart disease: The type-D scale-16. *Annals of Behavioral Medicine*, 1998, 20, (3), 209–215.
9. Denollet J., Brutsaert D.: Personality, disease severity, and the risk of long-term cardiac events in patients with a decreased ejection fraction after myocardial infarction. *Circulation*, 1998, 97, 167–173.
10. Denollet J., Vaes J., Brutsaert D.: Inadequate response to treatment in coronary heart disease: Adverse effects of type D personality and younger age on 5-year prognosis and quality of life. *Circulation*, 2000, 102, 630–635.

11. Dunbar H. F.: Psychosomatic diagnosis. Harper @ Row, New York, 1943.
12. Friedman M., Rosenamn R.: Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings. *Journal of the American Medical Association*, 1959, 169, 1286–1296.
13. Fruyt F., Denollet J.: Type D personality: A five factor model perspective. *Psychology and Health*, 2002, 5, 671–683.
14. Ginsparg S.: The many faces of suicide. Mc Grow-Hill, New York 1980.
15. Glass D. C.: Behavior patterns, stress and coronary disease. Lawrence Hillsdale: Erlbaum 1977.
16. Juczyński Z.: Predyktory efektywności rehabilitacji kardiologicznej po niepowikłanym zawale serca. Wyd. KUL, Lublin 1989.
17. Juczyński Z., Ogińska-Bulik N.: Pomiar predyspozycji osobowościowych sprzyjających etiopatogenezie chorób (w druku).
18. Łazowski J., Plużek Z.: Problemy psychosomatyczne w pierwotnym nadciśnieniu tętniczym i chorobie wieńcowej. PZWL, Warszawa 1982.
19. Keltikangas-Jarvinen L., Raikonen K.: Developmental trends in Type A behavior as predictors for the development of somatic coronary heart disease risk factors. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1989, 51, 210–215.
20. Kopp M., Skrabski A., Purebl G., Denollet J.: Gender differences in cross sectional associations of type D personality and cardiovascular morbidity in the Hungarian population. Poster presented at 17th Conference of the European Health Psychology Society, Kos, Greece 24–27 September, 2003.
21. Matthews K., Haynes S.: Type A behavior pattern and coronary disease risk. *American Journal of Epidemiology*, 1986, 6, 923–931.
22. Mausch K.: Inteligencja emocjonalna a problemy zdrowia i choroby. *Sztuka Leczenia*, Kraków 2001, 7, 2, 45–48.
23. Nasiłowska-Barud A.: Zmiany psychosomatyczne u chorych po świeżym zawale serca w okresie pięcioletniej rehabilitacji. Agencja Wydawniczo-Handlowa AD, Lublin 1996.
24. Ogińska-Bulik N.: Zachowania Typu A u dzieci i młodzieży. Geneza, charakterystyka i modyfikacja. Wyd. UŁ, Łódź 1998.
25. Ogińska-Bulik N.: Modyfikacja zachowań Typu A u dzieci i młodzieży. Wyd. UŁ, Łódź 2002.
26. Ostfeld A. M., Lebovits B. Z., Shekelle R. B., Paul O.: A prospective study of the relationship between personality and coronary disease. *Journal of Chronic Diseases*, 1964, 17, 265–276.
27. Pedersen S., Denollet J.: Type D personality, cardiac events and impaired quality of life: a review. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, 2003, 10, 241–248.
28. Pennebaker J. W., Traue H. C.: Inhibition and psychosomatic processes. [W:] Traue H. C., Pennebaker J. W. (red.): *Emotion, inhibition and health*. Hogrefe and Huber, Seattle. WA. 1993, 146–163.
29. Seligman M., Walker E., Rosenham D.: *Psychopatologia*. Wyd. Zysk i S-ka, Poznań 2003.
30. Temoshok L.: Personality, coping style, emotion and cancer: Toward an integrative model. *Cancer Survey* 1987, 6, 3.
31. Tylka J.: Czynniki psychiczne w etiologii i rehabilitacji choroby niedokrwiennej serca. Instytut Kardiologii, Warszawa 1994.
32. Wrześniewski K.: *Styl życia a zdrowie. Wzór zachowania A*. Wyd. PAN, Warszawa 1993.
33. Wrześniewski K., Lepczyński P.: Wzory reagowania emocjonalnego w sytuacjach stresowych i ich związek z chorobą somatyczną. *Polski Tygodnik Lekarski*, 1985, 40, 1285–1290.

Adres do korespondencji

Prof. dr hab. Nina Ogińska-Bulik
Zakład Psychoprofilaktyki
Instytut Psychologii Uniwersytetu Łódzkiego
ul. Smugowa 10/12
91–433 Łódź
e-mail: noginska@uni.lodz.pl