

Angelika Chachaj<sup>1</sup>, Krzysztof Małyszczak<sup>2</sup>, Rafał Poręba<sup>1</sup>, Dorota Woźniak<sup>3</sup>,  
Dominika Jabłońska<sup>3</sup>, Łukasz Cedzyński<sup>3</sup>, Paweł Gać<sup>3</sup>, Ryszard Andrzejak<sup>1</sup>,  
Andrzej Szuba<sup>1</sup>

PRACA ORYGINALNA

<sup>1</sup>Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Zawodowych i Nadciśnienia Tętniczego Akademii Medycznej we Wrocławiu

<sup>2</sup>Katedra i Klinika Psychiatrii Akademii Medycznej we Wrocławiu

<sup>3</sup>Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze i Klinice Chorób Wewnętrznych, Zawodowych i Nadciśnienia Tętniczego Akademii Medycznej we Wrocławiu

# Wybrane cechy osobowości osób z nadciśnieniem tętniczym

## Psychological traits in hypertension

### Summary

**Background** The relationship between psychological factors and hypertension has not been established. Such traits as alexithymia, hostility, and neuroticism are the most common suggested dimensions of personality that are contributable to essential hypertension. However, the researches have yielded inconsistent results.

The purpose of the study was the estimation of certain psychological traits in hypertensives.

**Material and methods:** We have studied 42 persons with hypertension and 57 of control group. Participants were recruited from persons who volunteered to participate in free medical control of circulation diseases organized in small polish village. Hypertensive group consisted of subjects who had the diagnosis of hypertension and were treated because of this or in who the office blood pressure measurement was higher than 140/90 mmHg. Psychological traits were estimated by using following questionnaires: the Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire (BVAQ), The Cook-Medley Hostility Scale, The Marlowe-Crowne Social Desirability Scale, and two subscales from Eysenck Personality Questionnaire (EPQ-R) — neuroticism and lie.

**Results** Statistically significant differences were noted in alexithymic difficulty in verbalizing mean score (hypertensives — 25.76/normotensives — 23.57;  $p = 0.032$ ), in the value of difference between alexithymic emotional and cognitive dimensions ( $-1,96/1,64$ ;  $p = 0,024$ )

and in neuroticism score (14.8/12.21;  $p = 0.02$ ). Above-mentioned differences became statistically non relevant when age difference between groups was accounted. However, there were some positions in neuroticism and BVAQ scales that differed between groups. From these positions two separate scales were constructed. Mean values of these scales differed between groups even when age was accounted. Analysis of these scales indicated that differences between groups concerned tendency to experience negative emotions and recognizing emotions.

**Conclusions** Hypertensives had the tendency of greater emotional reactivity and lower ability to identify and verbalize emotions.

*Arterial Hypertension 2006, vol. 10, no 6, pages 532–537.*

**key words:** alexithymia, neuroticism, hostility, social desirability, lie

### Wstęp

Znaczenie cech osobowości w rozwoju nadciśnienia tętniczego, chociaż intuicyjnie odczuwane oraz teoretycznie uzasadnione, nie zostało jasno potwierdzone w wynikach badań eksperymentalnych. Ponadto w różnych badaniach stwierdzono, że dla tej choroby istotne okazywały się inne cechy osobowości. Do najczęściej wymienianych przez badaczy cech osobowości, które mogą mieć znaczenie w rozwoju nadciśnienia tętniczego, należą: aleksytymia, neurotyzm, wrogość, dostosowanie społeczne, osobowość lękliwa oraz depresja.

Aleksytymia oznacza uogólnione zaburzenia procesów emocjonalnych, prowadzące do braku umie-

Adres do korespondencji: lek. Angelika Chachaj  
Klinika Chorób Wewnętrznych, Zawodowych i Nadciśnienia Tętniczego  
ul. Pasteura 4, 50–367 Wrocław  
tel.: (071) 784–25–28; faks: (071) 327–09–54  
e-mail: angelika\_chachaj@wvp.pl

 Copyright © 2006 Via Medica, ISSN 1428–5851

jętności rozpoznawania własnych stanów emocjonalnych i powodujące trudności w odczuwaniu, przeżywaniu, rozumieniu, rozróżnianiu i werbalizowaniu emocji [1]. Wyniki niektórych badań wskazują, że osoby z nadciśnieniem tętniczym charakteryzują się większymi wartościami aleksytymii [2–4].

Wartość neurotyzmu jest wskaźnikiem podatności na depresję pod wpływem sytuacji stresujących, skłonności do przeżywania negatywnych emocji oraz do dekompensacji o charakterze lękowym i depresyjnym [5–6]. W sposób przekonujący nie potwierdzono związku między neurotyzmem a nadciśnieniem tętniczym. W niektórych badaniach wykazano, że poziom neurotyzmu był znacząco wyższy u osób z nadciśnieniem tętniczym [7–8]. W innych jednak nie stwierdzono różnicy w poziomie neurotyzmu w grupie osób z nadciśnieniem tętniczym w porównaniu z grupą kontrolną [9–13], a nawet wykazano zależność odwrotną [14].

Niejawna wrogość oraz dostosowanie społeczne są cechami osobowości charakteryzującymi się tendencją do ukrywania negatywnych emocji. Osoby o wysokim poziomie niejawnej wrogości doświadczają negatywnych emocji w kontaktach z innymi ludźmi. U ich podłoża leży brak zaufania oraz cynizm [15]. Wysoki poziom dostosowania społecznego polega na przedstawianiu własnej osoby w kontaktach z innymi ludźmi w sposób najbardziej pożądany w danej sytuacji. Jest wynikiem zarówno chęci wywarcia dobrego wrażenia na innych, jak i nieświadomego samooszukiwania siebie [16]. Nie ma pewności, czy istnieje związek między wysokim poziomem niejawnej wrogości i poziomem dostosowania społecznego a występowaniem nadciśnienia tętniczego. Doniesienia są zmienne [17–19].

Celem niniejszego badania było porównanie wybranych cech osobowości: aleksytymii, wrogości, dostosowania społecznego, neurotyzmu i kłamstwa między grupą osób z nadciśnieniem tętniczym a grupą kontrolną.

## Material i metody

W badaniu uczestniczyły osoby, które zgłosiły się na bezpłatne badanie przesiewowe chorób układu krążenia, przeprowadzone w podwrocławskiej wsi Boguszyce. Badanie obejmowało: pomiar ciśnienia tętniczego, echokardiografię, oznaczenie stężenia lipidów w osoczu (cholesterolu całkowitego, cholesterolu frakcji LDL, cholesterolu frakcji HDL i triglicerydów) oraz wypełnienie kwestionariuszy psychometrycznych.

Przygodne ciśnienie tętnicze zmierzono jeden raz u każdego z uczestników badania. Pomiar wykonano metodą Riva-Rocciego, przy użyciu konwencjonalnego aparatu do mierzenia ciśnienia tętniczego, po 15-minutowym odpoczynku każdego z badanych.

Następnie uczestnicy badania byli ankietowani przez studentów zbierających wywiad obejmujący dane socjodemograficzne oraz medyczne, a następnie czytali pytania ze standaryzowanych kwestionariuszy i zaznaczali odpowiedzi, których badani udzielali. Wywiad dotyczący danych demograficznych oraz medycznych obejmował pytania o wiek, liczbę lat nauki szkolnej, sytuację cywilną oraz zawodową, wzrost, masę ciała, odnotowywał obecność rozpoznania nadciśnienia tętniczego i chorób o podejrzewanej etiologii psychosomatycznej (między innymi astmy, zespołu jelita drażliwego, choroby wrzodowej, łuszczycy) oraz liczby leków niezbędnych do prawidłowej kontroli ciśnienia tętniczego. Na podstawie wywiadu oraz pomiaru ciśnienia tętniczego uczestników badania podzielono na dwie grupy: grupę z nadciśnieniem tętniczym oraz grupę kontrolną, z prawidłowym ciśnieniem tętniczym. Do grupy z nadciśnieniem tętniczym należały osoby, u których w przeszłości rozpoznano nadciśnienie tętnicze i które leczyły się z tego powodu lub u których podczas badania przygodne ciśnienie tętnicze było wyższe niż 140/90 mm Hg. Grupę kontrolną stanowiły osoby, które nie chorowały zarówno na nadciśnienie tętnicze, jak i na inną chorobę o etiologii psychosomatycznej, oraz u których podczas przygodnego badania ciśnienie tętnicze wynosiło poniżej 140/90 mm Hg. Z badania wyłączono osoby o wątpliwym rozpoznaniu nadciśnienia tętniczego lub chorujące na inne schorzenia o etiologii psychosomatycznej. Wszyscy uczestnicy badania zostali poinformowani o celu badania oraz wyrazili pisemną zgodę na udział w nim. Badanie zaakceptowała Komisja Bioetyczna przy Akademii Medycznej we Wrocławiu.

Poziom aleksytymii oceniono za pomocą kwestionariusza Bermonda-Vorsta (BVAQ, *Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire*) w polskiej adaptacji Maruszewskiego i Ścigały [20]. Składa się on z 40 pytań ułożonych w pięć podskal (wymiarów) aleksytymii: werbalizację (trudności w werbalizacji doznań emocjonalnych), fantazjowanie (ubóstwo wyobraźni oraz marzeń na jawie), rozpoznawanie (słaby wgląd we własne doznania emocjonalne), reaktywność (niska pobudliwość emocjonalna) oraz analizowanie (myślenie konkretne, operacyjne) [1].

Wartości tłumionej wrogości oceniono za pomocą skali wrogości Cooka-Medleya (CMHS, *The Cook-Medley Hostility Scale*), wywodzącej się z kwestionariusza osobowości *Minnesota Multiphasic Per-*

sonality Inventory (MMPI) [15], a wartości dostosowania społecznego — za pomocą skali Marlowe'a-Crowne'a (MCSDS, *The Marlowe-Crown Social Desirability Scale*) [16].

Spśród czterech skal Kwestionariusza Osobowości Eysencka (EPQ-R, *Eysenck Personality Questionnaire Revised*) zastosowano dwie — neurotyzmu oraz kłamstwa. Skala kłamstwa ocenia poziom dysymulacji lub konformizmu i jest bliska skali dostosowania społecznego MCSDS [21].

Z kwestionariusza BVAQ i skali neurotyzmu wydzielono pozycje, których wartości w sposób istotny statystycznie różniły się w grupach. Z wyróżnionych pozycji utworzono oddzielne podskale: N7, będącą częścią skali neurotyzmu, oraz BVAQH, będącą częścią kwestionariusza BVAQ.

Wartości średnich poszczególnych kwestionariuszy, podskal aleksytymii, wyodrębnionych podskal N7 i BVAQH oraz różnicy między wymiarem reaktywności i rozpoznawanie między grupą z nadciśnieniem tętniczym a grupą kontrolną porównano za pomocą analizy wariancji ANOVA. Do obliczenia proporcji płci zastosowano nieparametryczny test  $\chi^2$ . Do uwzględnienia wpływu wieku zastosowano analizę kowariancji ANCOVA. Do wyliczenia korelacji zastosowano parametryczny współczynnik korelacji

Pearsona. Obliczenia statystyczne wykonano za pomocą programu „Statistica for Windows” w wersji 7.

## Wyniki

Do analizy włączono łącznie 99 osób, w tym 70 kobiet (71%) i 29 mężczyzn (29%), w wieku 19–73 lat (mediana wieku — 53 lata). Do grupy z nadciśnieniem tętniczym zakwalifikowano 42 osoby, a do grupy kontrolnej — 57 osób. Grupy nie różniły się proporcją płci ( $\chi^2 = 0,1$ ;  $p = 0,76$ ), natomiast różniły się wiekiem (test  $t$ ;  $t = -5,1$ ;  $p < 0,001$ ) i liczbą lat nauki szkolnej (test  $t$ ;  $t = 2,03$ ,  $p < 0,044$ ). Średni wiek w grupie osób z nadciśnieniem tętniczym (56,2 roku) był wyższy niż w grupie osób bez nadciśnienia tętniczego (45,7 roku). Średnia liczba lat nauki w grupie osób z nadciśnieniem tętniczym (10,7 roku) była mniejsza niż w grupie bez nadciśnienia tętniczego (12,1 roku).

W tabeli I przedstawiono średnie wartości uzyskane za pomocą kwestionariuszy i ich podskal oraz wyniki porównań statystycznych w grupach.

W tabelach II oraz III przedstawiono statystycznie istotne ( $p < 0,05$ ) korelacje między średnimi wartościami skal i podskal. W dodatkach 1 i 2 przedstawiono podskale N7 i BVAQH.

**Tabela I.** Średnie wartości poszczególnych cech osobowości oraz wyniki porównań statystycznych między grupą z nadciśnieniem tętniczym i grupą kontrolną

**Table I.** Average value of particular traits and results of statistical comparison between group of patients with hypertension and control group

|                                | Grupa z nadciśnieniem tętniczym (n = 42), wartości średnie (odchylenie standardowe) | Grupa kontrolna (n = 57), wartości średnie (odchylenie standardowe) | Wartość F | Wartość p | Wartość F po uwzględnieniu wieku badanych | Wartość p po uwzględnieniu wieku badanych |
|--------------------------------|---|---|-----------|-----------|---|---|
| BVAQ                           | 117,08 ( $\pm 12,31$ )  | 113,11 ( $\pm 21,17$ )  | 1,07      | 0,30      |   |   |
| Werbalizacja                   | 25,76 ( $\pm 4,49$ )  | 23,57 ( $\pm 5,18$ )  | 4,73      | 0,032*    | 1,16                                      | 0,29                                      |
| Fantazjowanie                  | 26,81 ( $\pm 6,21$ )  | 25,72 ( $\pm 7,55$ )  | 0,57      | 0,45      |   |   |
| Rozpoznawanie                  | 21,85 ( $\pm 5,51$ )  | 20,70 ( $\pm 6,71$ )  | 0,71      | 0,38      |   |   |
| Reaktywność                    | 20,05 ( $\pm 5,21$ )  | 22,34 ( $\pm 6,21$ )  | 3,55      | 0,063     |   |   |
| Analizowanie                   | 21,79 ( $\pm 5,17$ )  | 20,79 ( $\pm 6,72$ )  | 0,62      | 0,43      |   |   |
| BVAQH                          | 24,69 ( $\pm 6,88$ )  | 34,72 ( $\pm 8,79$ )  | 34,94     | < 0,001*  | 3,59                                      | 0,003*                                    |
| BVAQ reaktywność–rozpoznawanie | -1,96 ( $\pm 1,19$ )  | 1,64 ( $\pm 1,01$ )   | 5,26      | 0,024*    | 2,09                                      | 0,15                                      |
| Dostosowanie społeczne         | 20,85 ( $\pm 3,01$ )  | 20,11 ( $\pm 4,11$ )  | 0,97      | 0,33      |   |   |
| Wrogość                        | 24,00 ( $\pm 7,73$ )  | 22,63 ( $\pm 7,17$ )  | 0,69      | 0,41      |   |   |
| Neurotyzm                      | 14,80 ( $\pm 4,74$ )  | 12,21 ( $\pm 5,63$ )  | 5,53      | 0,02*     | 3,27                                      | 0,08                                      |
| N7                             | 4,74 ( $\pm 0,27$ )   | 3,24 ( $\pm 0,24$ )   | 17,35     | < 0,001*  | 10,65                                     | 0,002*                                    |
| Kłamstwo                       | 14,15 ( $\pm 3,86$ )  | 13,32 ( $\pm 3,97$ )  | -1,01     | 0,32      |   |   |

\*wartość statystycznie istotna

**Tabela II.** Statystycznie istotne ( $p < 0,05$ ) wzajemne korelacje między wartościami średnimi dostosowania społecznego Marlowe'a-Crowne'a (M-C), wrogości, neurotyzmu, kłamstwa i podskali neurotyzmu N7 oraz między wyżej wymienionymi zmiennymi a wartościami średnimi wartości całkowitej kwestionariusza BVAQ, poszczególnych wymiarów aleksytymii oraz wyodrębnionej podskali BVAQH w grupie z nadciśnieniem tętniczym

**Table II.** Statistically significant ( $p < 0.05$ ) correlation between average value of social desirability in Marlowe-Crowne scale (MC), hostility, neuroticism, lying and subscale of N7 neuroticism and between above variables and average of total value of BVAQ questionnaire, particular dimension of alexithymia and BVAQH subscale in group of hypertensive patients

|               | M-C   | Wrogość | Neurotyzm | N7    | Kłamstwo |
|---------------|-------|---------|-----------|-------|----------|
| Werbalizacja  |       |         |           |       |          |
| Fantazjowanie |       |         |           |       |          |
| Rozpoznawanie |       |         | 0,44      | 0,34  |          |
| Reaktywność   |       |         | -0,38     |       |          |
| Analizowanie  |       |         |           |       | -0,35    |
| BVAQ          |       |         |           |       |          |
| BVAQH         |       |         | -0,58     | -0,36 |          |
| M-C           |       | -0,38   |           |       | 0,58     |
| Wrogość       | -0,38 |         | 0,41      |       | -0,42    |
| Neurotyzm     |       | 0,41    |           | 0,82  |          |
| N7            |       |         | 0,82      |       |          |
| Kłamstwo      | 0,58  | -0,42   |           |       |          |

**Tabela III.** Statystycznie istotne ( $p < 0,05$ ) wzajemne korelacje między wartościami średnimi wartości całkowitej kwestionariusza BVAQ, poszczególnych wymiarów aleksytymii i wyodrębnionej podskali BVAQH w grupie z nadciśnieniem tętniczym

**Table III.** Statistically significant ( $p < 0.05$ ) correlation between average total value of BVAQ questionnaire particular dimension of alexithymia and BVAQH subscale in group of hypertensive patients

|               | Werbalizacja | Fantazjowanie | Rozpoznawanie | Reaktywność | Analizowanie | BVAQ | BVAQH |
|---------------|--------------|---------------|---------------|-------------|--------------|------|-------|
| Werbalizacja  |              |               |               |             |              | 0,39 |       |
| Fantazjowanie |              |               |               |             |              | 0,36 |       |
| Rozpoznawanie |              |               |               |             |              | 0,44 | -0,53 |
| Reaktywność   |              |               |               |             |              | 0,50 | 0,48  |
| Analizowanie  |              |               |               |             |              | 0,64 |       |
| BVAQ          | 0,39         | 0,36          | 0,44          | 0,50        | 0,64         |      |       |
| BVAQH         |              |               | -0,53         | 0,48        |              |      |       |

## Dyskusja

Po porównaniu wartości średnich między grupą z nadciśnieniem tętniczym a grupą kontrolną wykazano statystycznie znaczące różnice w zakresie skali neurotyzmu, wymiarów aleksytymii: werbalizacja oraz różnica między wymiarami reaktywność (emocjonalna) i rozpoznawanie (emocji). Istotnie statystycznie okazały się również różnice średnich wartości wyodrębnionych podskal: aleksytymii (BVAQH)

i neurotyzmu (N7). Różnice w grupach w zakresie poziomu niejawnej wrogości, dostosowania społecznego oraz kłamstwa nie były statystycznie istotne.

Po uwzględnieniu wieku badanych statystycznie istotne różnice dotyczyły jedynie wyodrębnionych podskal BVAQH oraz N7. Średnia liczba punktów podskali N7 w grupie z nadciśnieniem tętniczym była większa niż w grupie kontrolnej. Średnia liczba punktów podskali BVAQH była mniejsza niż w grupie kontrolnej. W grupie z nadciśnieniem tętniczym

**Dodatek 1.**

Podskala neurotyzmu N7, zawierająca pozycje związane z rozpoznaniem naciśnienia tętniczego (każda odpowiedź „tak” — punktowana 1, odpowiedź „nie” — punktowana 0)

1. Czy łatwo zranić Twoje uczucia?
2. Czy często czujesz, że masz „wszystkiego dość”?
3. Czy masz skłonność do zamartwiania się?
4. Czy uważasz się za osobę „spiętą” lub przewrażliwioną?
5. Czy cierpisz na bezsenność?
6. Czy kiedykolwiek pragnęłaś (pragnęłaś) nie żyć?
7. Czy cierpisz na „nerwy”?

**Dodatek 2.**

Podskala BVAQH zawierająca pozycje kwestionariusza BVAQ najbardziej związane z rozpoznaniem naciśnienia tętniczego (pozycje 1, 2, 4, 5, 6, 9, 10 są w skali BVAQ pytaniami punktowanymi odwrotnie; autorzy w swojej podskali zastosowali punktację jednolitą, w której im bardziej badany udzielał odpowiedź „tak”, tym mniej punktów otrzymał)

1. Kiedy czuję się spięta(y), jest mi trudno zrozumieć, jakie doznanie emocjonalne jest tego przyczyną.
2. Jest mi trudno mówić o własnych uczuciach, nawet bardzo bliskim osobom
3. Gdy moi przyjaciele lub bliźni znajomi kłócą się gwałtownie w mojej obecności, silnie mnie to porusza
4. Często nie wiem, co się we mnie dzieje
5. Wobec rzeczy, którymi pasjonują się inni, pozostaję obojętna(y)
6. Emocji nie da się zrozumieć
7. Niespodziewane wydarzenia często wytrącają mnie z równowagi emocjonalnej
8. Uważam, że trzeba mieć dostęp do własnych uczuć
9. Dziwi mnie bardzo, że inni tak często analizują swoje emocje
10. Innym opowiadam raczej o swoich codziennych zajęciach niż o swoich uczuciach
11. Kiedy widzę, że ktoś strasznie płacze, robi mi się smutno

stwierdzono mniejszą wartość średnią, ponieważ osoby te odpowiadały na pytania podskali BVAQH w większym stopniu twierdząco (dla podskali BVAQH zachowano jednolitą punktację; w kwestionariuszu BVAQ połowa pytań jest notowana odwrotnie).

Spśród 11 pozycji podskali BVAQH cztery należały do wymiaru reaktywność, a trzy do wymiaru analizowanie. Z wymiarów werbalizacja i rozpoznawanie pochodziły po dwie pozycje. Żadna pozycja nie pochodziła z wymiaru fantazjowanie. Rozpoznanie naciśnienia tętniczego nie było zgodne z konstruktem aleksytymii,

który odzwierciedla kwestionariusz BVAQ, natomiast wiązało się z jego cząstkowymi wymiarami.

Twórcy skali BVAQ rozróżnili dwa aspekty aleksytymii: emocjonalny oraz poznawczy. Nazywali je odpowiednio aleksytymią I i II rodzaju [2, 10]. Aleksytymia I rodzaju polega na niedoświadczaniu własnych emocji. Charakteryzuje się niską reaktywnością emocjonalną oraz ubóstwem wyobraźni. Składają się na nią wymiary: reaktywność i fantazjowanie. Aleksytymia II rodzaju polega na upośledzeniu rozpoznawania, werbalizacji oraz racjonalnego wyjaśniania własnych doznań emocjonalnych. Składają się na nią wymiary: rozpoznawanie, analizowanie i werbalizacja.

Autorzy artykułu, analizując treść poszczególnych pozycji wyodrębnionego przez nich kwestionariusza BVAQH, stwierdzili, że osoby z naciśnieniem tętniczym charakteryzowały się większą reaktywnością emocjonalną oraz mniejszą umiejętnością rozpoznawania i werbalizowania własnych emocji. Wyliczona różnica między aleksytymią II rodzaju i aleksytymią I rodzaju okazała się silniej związana z rozpoznaniem naciśnienia tętniczego niż sumaryczna wartość aleksytymii, chociaż także poniżej progu istotności statystycznej.

Analiza korelacji między wartościami podskali BVAQH a wymiarami kwestionariusza BVAQ w grupie z naciśnieniem tętniczym prowadzi do podobnych wniosków. Skala BVAQH korelowała z wymiarami reaktywność i rozpoznawanie (tab. III). Korelacja z wymiarem rozpoznawanie była dodatnia, z wymiarem reaktywność — ujemna. Oznacza to, że osoby z naciśnieniem tętniczym charakteryzowały się większą reaktywnością emocjonalną i mniejszą zdolnością do rozpoznawania emocji.

Na związek między naciśnieniem tętniczym a trudnością rozpoznawania własnych emocji wskazuje również niewielka korelacja między wartością średnią podskali N7 a wymiarem rozpoznawanie skali BVAQ (tab. II).

Głównym ograniczeniem badania przeprowadzonego przez autorów artykułu jest to, że uczestniczyły w nim osoby, które same zgłosiły się na bezpłatne przesiewowe badanie układu krążenia. Można podejrzewać, że osoby te charakteryzują się większym zainteresowaniem własnym zdrowiem i mogą się różnić psychologicznie od ogólnej populacji osób z naciśnieniem tętniczym i grupy kontrolnej [22]. Brak klinicznej oceny spowodował, że wśród osób zakwalifikowanych do grupy chorych mogły się znaleźć osoby z naciśnieniem tętniczym wtórnym lub naciśnieniem białego fartucha.

**Wnioski**

Osoby z naciśnieniem tętniczym charakteryzują się większą skłonnością do przeżywania negatywnych emo-

cji, większą reaktywnością emocjonalną oraz mniejszą umiejętnością rozpoznawania i werbalizowania własnych emocji. Rozpoznanie nadciśnienia tętniczego w większym stopniu wiąże się z niektórymi elementami skal neurotyzmu i aleksytymii niż z całymi skalami. Aby potwierdzić wnioski, należy przeprowadzić dalsze badania w innych populacjach chorych na nadciśnienie tętnicze.

## Streszczenie

**Wstęp** Dotychczas nie wyjaśniono znaczenia cech osobowości dla rozwoju pierwotnego nadciśnienia tętniczego. Spośród cech osobowości największe znaczenie przypisuje się aleksytymii, niejawniej wrogości oraz neurotyzmowi. Wyniki badań są jednak wieloznaczne.

Celem badania była ocena wybranych cech osobowości u osób z nadciśnieniem tętniczym.

**Materiał i metody** Do badania włączono 42 osoby z nadciśnieniem tętniczym i 57 osób tworzących grupę kontrolną. Badanych kwalifikowano spośród osób, które zgłosiły się na badanie przesiewowe chorób układu krążenia w podwrocławskiej wsi Boguszyce. Do grupy z nadciśnieniem tętniczym kwalifikowano osoby, u których w przeszłości rozpoznano nadciśnienie tętnicze i które były leczone z tego powodu lub u których przygodne ciśnienie tętnicze było wyższe niż 140/90 mm Hg. Cechy osobowości oceniono za pomocą następujących kwestionariuszy: aleksytymii Bermonda-Vorsta (BVAQ), wrogości Cooka-Medleya, dostosowania społecznego Marlowe'a-Crowne'a oraz skal neurotyzmu i kłamstwa Kwestionariusza Osobowości Eysencka.

**Wyniki** Statystycznie istotne różnice stwierdzono w zakresie wymiaru werbalizacji skali BVAQ (grupa z nadciśnieniem tętniczym 25,76/grupa kontrolna 23,57;  $p = 0,032$ ), różnicy między wymiarami reaktywności i rozpoznawania (emocji) (-1,96/1,64;  $p = 0,024$ ) oraz neurotyzmu (14,80/12,21;  $p = 0,02$ ). Po uwzględnieniu różnicy wieku za pomocą analizy kowariancji stwierdzono, że różnice średnich wartości wszystkich skal nie były statystycznie istotne. Stwierdzono jednak, że wartości niektórych pozycji skal neurotyzmu i BVAQ różniły się znacząco w grupach. Z pozycji tych utworzono odrębne skale, których wartości średnie różniły się w grupach, nawet po uwzględnieniu wieku badanych. W analizie tych skal wykazano, że dotyczą skłonności do przeżywania negatywnych emocji oraz wglądu w emocje.

**Wnioski** Osoby z nadciśnieniem tętniczym charakteryzowały się większą reaktywnością emocjonalną oraz mniejszą umiejętnością rozpoznawania i werbalizowania własnych emocji.

**słowa kluczowe:** aleksytymia, neurotyzm, wrogość, dostosowanie społeczne, kłamstwo

*Nadciśnienie Tętnicze 2006, tom 10, nr 6, strony 532–537.*

## Piśmiennictwo

- Bermond B., Vorst H.C., Vingerhoets A.J., Gerritsen W. The Amsterdam Alexithymia Scale: its psychometric values and correlations with other personality traits. *Psychother. Psychosom.* 1999; 68: 241–251.
- Jula A., Salminen J.K., Saarijarvi S. Alexithymia: a facet of essential hypertension. *Hypertension* 1999; 33: 1057–1061.
- Gage B.C., Egan K.J. The effect of alexithymia on morbidity in hypertensives. *Psychother. Psychosom.* 1984; 41: 136–144.
- Todarello O., Taylor G.J., Parker J.D., Fanelli M. Alexithymia in essential hypertensive and psychiatric outpatients: a comparative study. *J. Psychosom. Res.* 1995; 39: 987–994.
- Ormel J., Rosmalen J., Farmer A. Neuroticism: a non-informative marker of vulnerability to psychopathology. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 2004; 39: 906–912.
- Ormel J., Oldehinkel A.J., Vollebergh W. Vulnerability before, during, and after a major depressive episode: a 3-wave population-based study. *Arch. Gen. Psychiatry* 2004; 61: 990–996.
- Sainsbury P. Neuroticism And Hypertension In An Out-Patient Population. *J. Psychosom. Res.* 1964; 28: 235–238.
- Coelho R., Hughes A.M., da Fonseca A.F., Bond M.R. Essential hypertension: the relationship of psychological factors to the severity of hypertension. *J. Psychosom. Res.* 1989; 33: 187–196.
- Cochrane R. Neuroticism and the discovery of high blood pressure. *J. Psychosom. Res.* 1969; 13: 21–25.
- Cochrane R. Hostility and neuroticism among unselected essential hypertensives. *J. Psychosom. Res.* 1973; 17: 215–218.
- Kidson M.A. Personality and hypertension. *J. Psychosom. Res.* 1973; 17: 35–41.
- Santonastaso P., Canton G., Ambrosio G.B., Zamboni S. Hypertension and neuroticism. *Psychother. Psychosom.* 1984; 41: 7–11.
- 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.
- Davies M. Blood pressure and personality. *J. Psychosom. Res.* 1970; 14: 89–104.
- Smith T.W., Frohm K.D. What's so unhealthy about hostility? Construct validity and psychosocial correlates of the Cook and Medley Ho scale. *Health Psychol.* 1985; 4: 503–520.
- Crowne D.P., Marlowe D. A new scale of social desirability independent of psychopathology. *J. Consult. Psychol.* 1960; 24: 349–354.
- Zhang J., Niaura R., Todaro J.F. i wsp. Suppressed hostility predicted hypertension incidence among middle-aged men: the normative aging study. *J. Behav. Med.* 2005; 28: 443–454.
- Mann S.J., James G.D. Defensiveness and essential hypertension. *J. Psychosom. Res.* 1998; 45: 139–148.
- Jorgensen R.S., Johnson B.T., Kolodziej M.E., Schreer G.E. Elevated blood pressure and personality: a meta-analytic review. *Psychol. Bull.* 1996; 120: 293–320.
- Maruszewski T., Ścigała E. Emocje — aleksytymia — poznanie. Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań 1998.
- Brzozowski P., Drwal Ł. Kwestionariusz Osobowości Eysencka; polska adaptacja EPQ-R. Pracownice Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 1995.
- De Gucht V., Fischler B., Heiser W. Personality and affect as determinants of medically unexplained symptoms in primary care; A follow-up study. *J. Psychosom. Res.* 2004; 56: 279–285.