

Magdalena Piegza¹, Katarzyna Podkowska-Kurpas¹, Łukasz Kunert²,
Adrian Szczecina³, Paweł Gustaw Dębski¹, Piotr Gorczyca¹, Jacek Piegza⁴

Otrzymano: 05.11.2023
Zaakceptowano: 07.06.2024
Opublikowano: 30.04.2025

Osobowość typu D a poziom depresji i lęku oraz akceptacja choroby u pacjentów kardiologicznych

Type D personality, levels of depression and anxiety, and disease acceptance in cardiac patients

¹ Oddział Kliniczny Psychiatrii Katedry Psychiatrii, Wydział Nauk Medycznych w Zabrze, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Tarnowskie Góry, Polska

² Zakład Psychoprofilaktyki Katedry Psychiatrii, Wydział Nauk Medycznych w Zabrze, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Tarnowskie Góry, Polska

³ Studenckie Koło Naukowe, Oddział Kliniczny Psychiatrii Katedry Psychiatrii, Wydział Nauk Medycznych w Zabrze, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Tarnowskie Góry, Polska

⁴ III Katedra i Oddział Kliniczny Kardiologii, Śląskie Centrum Chorób Serca, Zabrze, Polska

Adres do korespondencji: Katarzyna Podkowska-Kurpas, Oddział Kliniczny Psychiatrii Katedry Psychiatrii, Wydział Nauk Medycznych w Zabrze, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, ul. Pyskowska 49, 42-612 Tarnowskie Góry, e-mail: kpodkowska@gmail.com

 <https://doi.org/10.15557/PIPK.2024.0035>

ORCID iDs

1. Magdalena Piegza <https://orcid.org/0000-0002-8009-7118>

4. Paweł Gustaw Dębski <https://orcid.org/0000-0001-5904-6407>

2. Katarzyna Podkowska-Kurpas <https://orcid.org/0009-0000-7302-7835>

5. Piotr Gorczyca <https://orcid.org/0000-0002-9419-7988>

3. Łukasz Kunert <https://orcid.org/0000-0001-7600-9413>

6. Jacek Piegza <https://orcid.org/0000-0002-7356-4769>

Streszczenie

Wprowadzenie i cel: Ocena związku osobowości typu D z nasileniem objawów depresji i lęku oraz akceptacją choroby u chorych kardiologicznych. **Materiał i metody:** W badaniu wzięły udział 102 osoby (63 mężczyzn i 39 kobiet). Pacjentów podzielono ze względu na obecność osobowości typu D (grupa 0 – bez niej, grupa 1 – z nią), płeć (grupa 0 – mężczyźni, grupa 1 – kobiety) oraz rozpoznanie kardiologiczne (grupa 1 – z chorobą niedokrwienną serca, grupa 2 – z chorobą niedokrwienną serca i niewydolnością krążenia). Do oszacowania nasilenia cech osobowości typu D użyto skali osobowości typu D (Type D Scale-14, DS-14), do oceny objawów lęku i depresji – Szpitalnej Skali Lęku i Depresji (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS), do zbadania akceptacji choroby – Skali Akceptacji Choroby (Acceptance of Illness Scale, AIS). Niezbędne dane socjodemograficzne zebrano za pomocą autorskiego kwestionariusza. **Wyniki:** Spośród badanych 36% spełniało kryteria osobowości typu D. Wyniki w skali AIS korelowały ujemnie z wiekiem i czasem trwania choroby, oboma składowymi skali DS-14. Wyniki w obu podskalach DS-14 korelowały ujemnie z wynikami w AIS, dodatkowo z HADS-A i HADS-D, a wyniki w podskali DS-14 oceniającej negatywną emocjonalność korelowały dodatnio z wiekiem. Osoby bez cech osobowości typu D cechowały wyższe wyniki w AIS oraz niższe w HADS-A i HADS-D, a w podskali DS-14 dotyczącej hamowania społecznego kobiety uzyskały wyższy wynik. **Wnioski:** Osoby z osobowością D trudniej akceptują swoją chorobę oraz cechuje je wyższy poziom depresji i lęku. U kobiet występuje silniejsze hamowanie społeczne. Osoby młodsze, z krótszym wywiadem chorobowym łatwiej akceptują chorobę.

Słowa kluczowe: akceptacja choroby, choroby sercowo-naczyniowe, typ osobowości D

Abstract

Introduction and objective: To assess the relationship between type D personality and the severity of symptoms of depression and anxiety, as well as disease acceptance in cardiac patients. **Materials and methods:** The study involved 102 participants (63 men and 39 women). The patients were divided according to the presence of type D personality (group 0 – without, group 1 – with type D), gender (group 0 – men, group 1 – women), and cardiac diagnoses (group 1 – with ischaemic heart disease, group 2 – with ischaemic heart disease and circulatory failure). The Type D Scale-14 (DS-14) was used to assess type D personality; the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) was used to assess symptoms of anxiety and depression; and the Acceptance of Illness Scale (AIS) was used to examine disease acceptance. The author's questionnaire was used to collect the necessary sociodemographic data. **Results:** 36% of respondents meet the criteria for type D personality. AIS scores correlated negatively with age and disease duration, both components of the DS-14 scale. Both DS-14 subscales were negatively correlated with AIS and positively correlated with HADS-A and HADS-D, while DS-14 (Ne) was positively correlated with age. Individuals without type D personality traits had higher scores on the AIS and lower scores on the HADS-A and HADS-D. However, in the

social inhibition subscale, women scored higher. **Conclusions:** Individuals with type D personality have more difficulty accepting their illness and are characterised by higher levels of depression and anxiety. Women exhibit stronger social inhibition. Younger individuals, with a shorter history of illness, accept the disease more easily.

Keywords: acceptance of illness, cardiovascular diseases, type D personality

WSTĘP

Wśród osób z rozpoznaniem chorób sercowo-naczyniowych znaczny odsetek spełnia kryteria osobowości typu D. Jest ona jednym z wariantów osobowości prawidłowej (Denollet, 2005; Ogińska-Bulik, 2009), a jej obecność sprzyja przeżywaniu negatywnych emocji i unikaniu kontaktów społecznych. Choroby sercowo-naczyniowe, pomimo skutecznego leczenia, są nadal jedną z najczęstszych przyczyn zgonów w krajach wysoko rozwiniętych, a ciągły wzrost zachorowań upoważnia do poszukiwania czynników wpływających na funkcjonowanie oraz akceptację choroby u pacjentów z tymi rozpoznaniem. Do czynników, które w znacznym stopniu determinują sprawność psychiczną, należą objawy lękowe i depresyjne. Jak wynika z obszernej metaanalizy, jedna osoba na cztery z chorobą niedokrwienną serca (*coronary artery disease*, CAD) reprezentuje wzór zachowania przynależny osobowości stresowej – typu D (Kupper i Denollet, 2018). W polskich badaniach oszacowano częstość występowania osobowości typu D u pacjentów po zawale mięśnia sercowego na 46,5%, przy czym dla ogólnej populacji osób zdrowych w Polsce wynosiła ona 34,8% (Ogińska-Bulik, 2014). Koncepcja osobowości D powstała w wyniku próby wyjaśnienia roli psychospołecznych uwarunkowań chorób somatycznych jako odpowiedź na ogromne zainteresowanie osobowościowymi determinantami zdrowia somatycznego wśród badaczy w drugiej połowie XX wieku (Ogińska-Bulik, 2009). Zgodnie z koncepcją jej twórcy, Johanna Denolleta z 1998 roku na styl zachowania typu D składa się negatywna emocjonalność (*negative affectivity*) oraz hamowanie społeczne (*social inhibition*) (Kupper *et al.*, 2013; Spindler *et al.*, 2009). Występowanie osobowości stresowej sprzyja przeżywaniu negatywnych emocji, takich jak wrogość, gniew, strach, zazdrość, oraz unikaniu kontaktów społecznych w wyniku braku samoakceptacji i obawy przed odrzuceniem. Trwale odczuwane zagrożenie i napięcie emocjonalne z tym związane powoduje trudności w nawiązywaniu silnych relacji międzyludzkich, sprzyja występowaniu depresji, niskiej samooceny i wyczerpania. Mimo skutecznego leczenia choroby sercowo-naczyniowe nadal są jedną z najczęstszych przyczyn zgonów w krajach wysoko rozwiniętych, a ciągły wzrost zachorowań upoważnia do poszukiwania nowych czynników wpływających na ich rozwój i modyfikujących ich przebieg, a także sprzyjających akceptacji choroby u pacjentów z tymi rozpoznaniem (Leu *et al.*, 2019).

Ważnymi czynnikami o udokumentowanej pozycji w piśmiennictwie i w znacznym stopniu determinującymi sprawność psychiczną pacjentów kardiologicznych są

często występujące objawy depresyjne i lękowe (Burkauskas *et al.*, 2016; Schiffer *et al.*, 2008). Udowodniono, że zaburzenia depresyjne stanowią niezależny czynnik ryzyka zachorowania na CAD i mają negatywny wpływ na jej przebieg (Akosile *et al.*, 2023).

Niezależnie jednak od występowania depresji niekorzystny wpływ osobowości stresowej na rokowanie w CAD oraz na nasilenie zmian miażdżycowych w naczyniach wieńcowych zauważa wielu autorów (Denollet *et al.*, 2018; Leu *et al.*, 2019; Piegza *et al.*, 2021; Svansdottir *et al.*, 2013; Wang *et al.*, 2018).

Biorąc to pod uwagę, autorzy niniejszej pracy podjęli się zadania polegającego na zbadaniu wpływu osobowości typu D na nasilenie objawów depresji i lęku oraz na akceptację choroby u chorych kardiologicznych.

MATERIAŁ I METODY

W badaniu wzięły udział 102 osoby (63 mężczyzn i 39 kobiet), których średnia wieku wyniosła 65,471 roku ($SD \pm 10,567$). Pacjentów podzielono na dwie grupy ze względu na obecność osobowości typu D (grupa 0 – bez niej, grupa 1 – z nią), płeć (grupa 0 – mężczyźni, grupa 1 – kobiety) oraz rozpoznanie kardiologiczne (grupa 1 – z CAD, grupa 2 – z CAD i niewydolnością krążenia (*heart failure*, HF)).

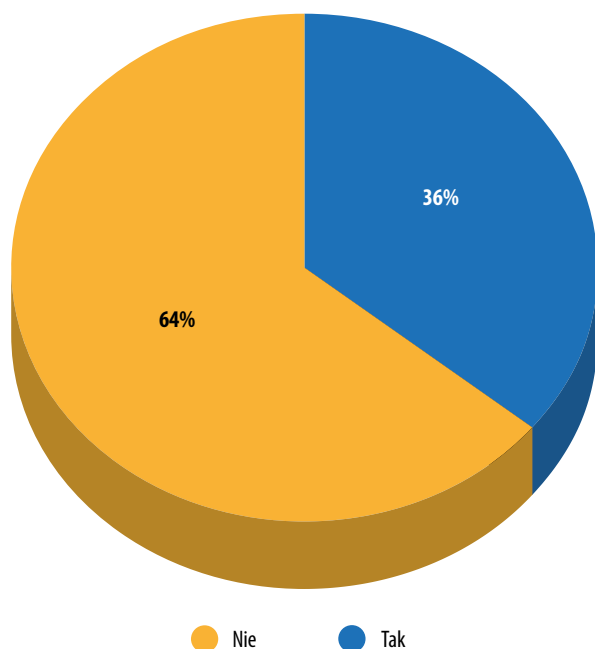
W celu zachowania jednorodności całej grupy badanej wykluczono z analizy uwzględniającej rozpoznania kardiologiczne w stosunku do wszystkich badanych parametrów siedem osób, u których zdiagnozowano tylko niewydolność krążenia. Stąd grupa 1 liczyła 51 osób, a grupa 2 – 44 osoby. Kierowano się rozpoznaniem ustalonymi przez kardiologów podczas hospitalizacji, niewydolność krążenia oceniano w skali NYHA (New York Heart Association), wszyscy chorzy mieścili się w przedziale od II do IV stopnia tej skali. Do oszacowania osobowości typu D użyto skali osobowości typu D (Type D Scale-14, DS-14), do oceny objawów depresji i lęku – Szpitalnej Skali Lęku i Depresji (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS), a do zbadania akceptacji choroby – Skali Akceptacji Choroby (Acceptance of Illness Scale, AIS).

DS-14 opracowana przez Johanna Denolleta zawiera 14 pytań, za które można otrzymać 0–4 pkt. Oddzielnie oblicza się wyniki dla składowej Ne (negatywna emocjonalność), osobno dla składowej HS (hamowanie społeczne). Skala ta służy do oceny nasilenia cech osobowości stresowej, przy czym im wyższy wynik w każdym z wymiarów, tym większe nasilenie cech osobowości typu D. Osobowość typu D rozpoznaje się u osób, które uzyskały ≥ 10 pkt w każdym z wymiarów (Ogińska-Bulik, 2009).

HADS jest powszechnie używanym narzędziem samooceny występowania objawów depresyjnych i lękowych. Składa się z 14 pytań, z których po siedem odnosi się do objawów lęku (HADS-A) i do objawów depresji (HADS-D). Im wyższa punktacja (za każde pytanie można otrzymać maksymalnie 3 pkt), tym większe nasilenie objawów depresyjnych i lękowych. Uzyskanie wyniku 8–10 pkt świadczy o objawach granicznych, a 11–21 pkt – o wyraźnym nasileniu objawów (Stern, 2014; Zigmond i Snaith, 1983).

Do oceny adaptacji choroby użyto AIS, która składa się z ośmiu stwierdzeń dotyczących swoistych trudności i ograniczeń wynikających z postrzegania choroby. Można w niej uzyskać 8–40 pkt, przy czym mniejsza suma punktów świadczy o gorszej akceptacji choroby i adaptacji do niej oraz poczuciu silnego dyskomfortu w związku z jej doświadczaniem. Suma punktów wynosząca 8–19 oznacza niską akceptację choroby, 20–35 – średni poziom akceptacji, a 36–40 – wysoki poziom akceptacji choroby wiążący się z brakiem psychicznego dyskomfortu związanego z obecnością choroby somatycznej w przypadku niniejszego badania (Felton *et al.*, 2009).

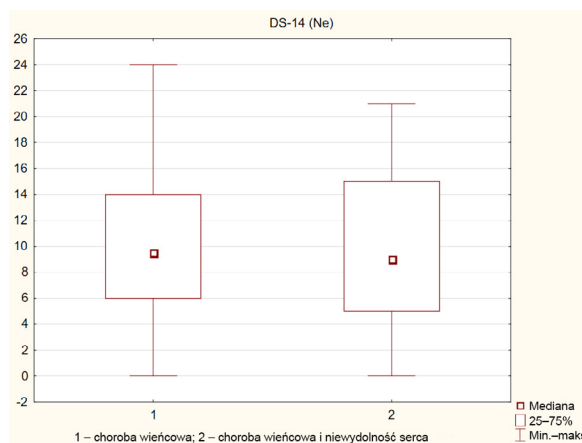
Na potrzeby badania opracowano autorski kwestionariusz do zebrania danych socjodemograficznych oraz dotyczących przebiegu choroby podstawowej, współchorobowości i zastosowanego leczenia. W badaniu wzięły udział tylko te osoby, które zostały ocenione przez konsultującego psychiatrę jako zdolne do świadomego wyrażenia zgody na udział w nim, podpisały taką zgodę oraz nie cierpiały na istotne zaburzenia funkcji poznawczych uniemożliwiające współpracę podczas badania. Występowanie zaburzeń funkcji poznawczych oceniano za pomocą Montrealskiej Skali Oceny Funkcji Poznawczych w wersji 7.2 (Montreal Cognitive Assessment).



Ryc. 1. Występowanie osobowości D w badanej grupie

Wiek:	• min.	36
	• maks.	91
	• mediana	65,471
Płeć:	• kobiety	39
	• mężczyźni	63
Wykształcenie:	• podstawowe	11
	• zawodowe	31
	• średnie	43
	• wyższe	17
Rozpoznanie:	• choroba niedokrwienna serca	95
	• niewydolność krążenia	44
Leczenie:	• angioplastyka tętnic wieńcowych	83
	• pomostowanie naczyń wieńcowych	25

Tab. 1. Charakterystyka socjodemograficzna badanej grupy



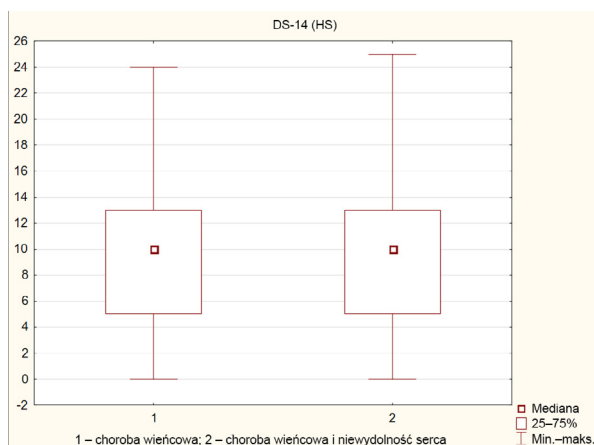
Ryc. 2. Różnice nasilenia negatywnych emocji [podskala DS-14 (Ne)] ze względu na rozpoznania (grupa 1 i grupa 2)

Analiza statystyczna

W analizie danych wykorzystano programy komputerowe Excel i Statistica wersja 13.3. Normalność rozkładów oszacowano za pomocą testu Shapiro–Wilka. Związki występujące pomiędzy zmiennymi ustalono za pomocą współczynnika korelacji rang Spearmana. Istotność różnic badano z wykorzystaniem testu *U* Manna–Whitneya. Jako poziom istotności statystycznej przyjęto $\alpha \leq 0,05$.

WYNIKI

Kryteria osobowości D spełniało 36% badanych (ryc. 1). Charakterystykę socjodemograficzną uczestników badania przedstawiono w tab. 1. Nie odnotowano różnic pomiędzy pacjentami z CAD a tymi z CAD i HF w odniesieniu do obu składowych osobowości typu D (ryc. 2 i 3). Wyniki uzyskane w AIS korelowały ujemnie z wiekiem, czasem trwania choroby i obiema komponentami osobowości stresowej (tab. 2). Obie podskale osobowości stresowej korelowały dodatnio z HADS-A i HADS-D. Negatywna emocjonalność

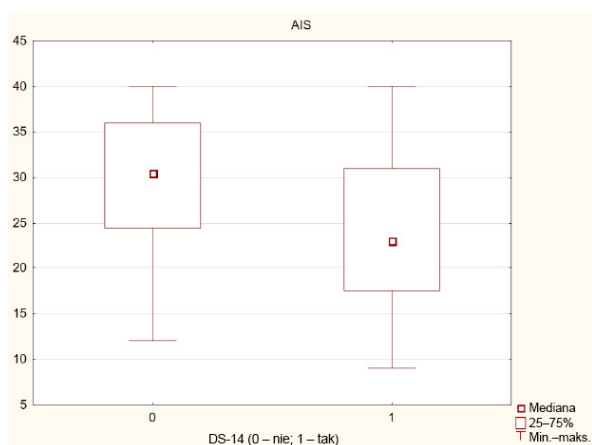


Ryc. 3. Różnice nasilenia hamowania społecznego [podskala DS-14 (HS)] ze względu na rozpoznania (grupa 1 i grupa 2)

	DS-14 (Ne)	DS-14 (HS)	HADS-A	HADS-D	Wiek	Okres choroby [lata]
AIS	-0,236*	-0,204*	-0,168	-0,194	-0,350*	-0,249*
DS-14 (Ne)		0,473*	0,568*	0,314*	0,223*	0,147
DS-14 (HS)			0,298*	0,223*	0,152	0,067
HADS-A				0,355*	-0,012	0,084
HADS-D					0,166	0,045
Wiek						0,396*

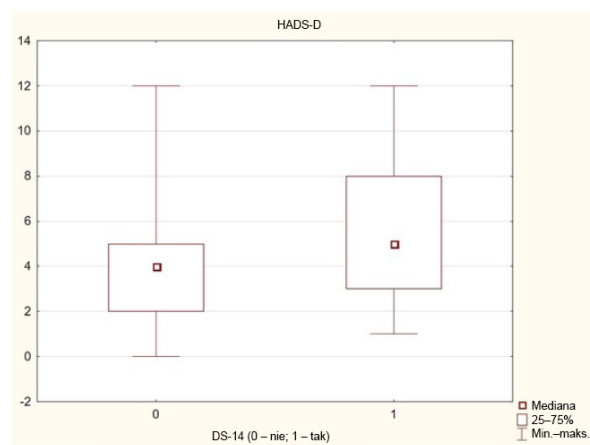
AIS – Acceptance of Illness Scale, Skala Akceptacji Choroby; **DS-14 (Ne)** – negatywna emocjonalność; **DS-14 (HS)** – hamowanie społeczne; **HADS-A** – poziom lęku w Szpitalnej Skali Lęku i Depresji (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS); **HADS-D** – poziom depresji w skali HADS.
* $p \leq 0,05$.

Tab. 2. Macierz korelacji rang Spearmana

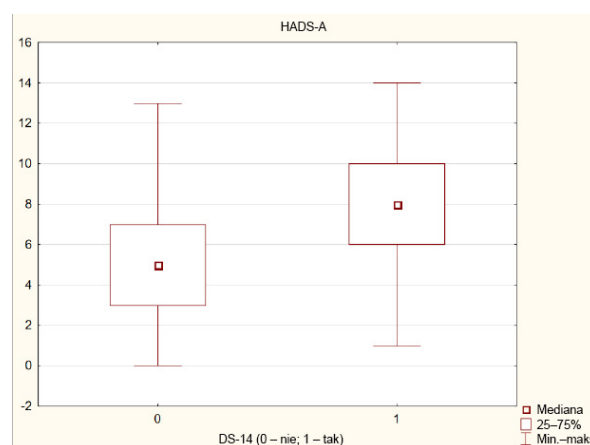


Ryc. 4. Różnice w akceptacji choroby ze względu na obecność osobowości stresowej

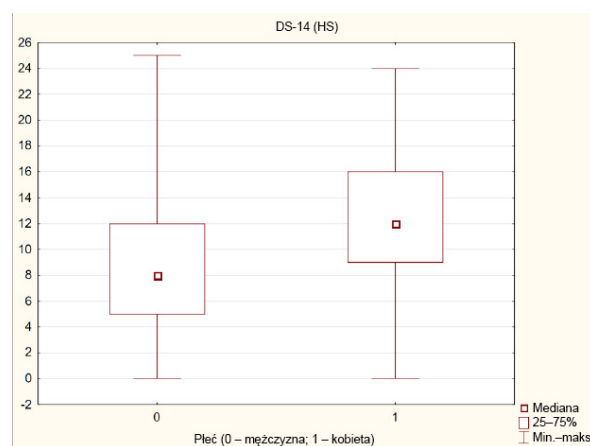
okazała się dodatnio związana z wiekiem (tab. 2). Różnice w akceptacji choroby ze względu na obecność osobowości stresowej przedstawiono na ryc. 4. Osoby bez osobowości typu D cechował wyższy poziom akceptacji choroby, czyli wyższa punktacja w AIS. Osoby bez cech osobowości



Ryc. 5. Różnice w nasileniu objawów depresyjnych w zależności od obecności osobowości stresowej



Ryc. 6. Różnice w nasileniu objawów lęku w zależności od obecności osobowości stresowej



Ryc. 7. Różnice w nasileniu hamowania społecznego ze względu na płeć

typu D osiągnęły niższą punktację w HADS-D i HADS-A (ryc. 5 i 6). Obie podskale testu osobowości stresowej korelowały dodatnio z HADS-A i HADS-D. W podskali hamowania społecznego kobiety uzyskały wyższe rezultaty niż mężczyźni (ryc. 7).

OMÓWIENIE

Zgodnie z przypuszczeniami autorów niniejszego opracowania u pacjentów kardiologicznych występuje wysoka reprezentacja osobowości stresowej (36%). Podobne dane podają inni badacze (Denollet, 2005; Kupper i Denollet, 2018; Ogińska-Bulik, 2009). W niniejszym badaniu brały udział osoby z CAD (grupa 1) oraz z CAD i HF (grupa 2). Nie zaobserwowano różnic pomiędzy tymi grupami w odniesieniu do żadnego analizowanego parametru. Mogło to jednak wynikać z małej liczby osób uczestniczących w badaniu i stosunkowo niewielkiej liczby pacjentów z osobowością typu D. Wielu autorów dostrzegło i opisało związek pomiędzy cechami osobowości D a niekorzystnym przebiegiem CAD (Denollet *et al.*, 2013; Kupper i Denollet, 2018; Starrenburg *et al.*, 2013). Ponadto typ D jest również odrębnym czynnikiem ryzyka występowania objawów lękowych i depresyjnych (Starrenburg *et al.*, 2013).

Związek między osobowością typu D a rokowaniem u pacjentów kardiologicznych został potwierdzony w obszernej metaanalizie, chociaż wydaje się, że ma on wartość prognostyczną tylko u pacjentów z CAD, w przeciwieństwie do pacjentów z HF (Grande *et al.*, 2012). W najnowszej, opublikowanej w 2023 roku metaanalizie 19 badań kohortowych odnośnie do oszacowania wpływu cech profilu osobowości typu D na niepożądane zdarzenia sercowe u chorych kardiologicznie wykazano, że obecność osobowości typu D przepowiadała zdarzenia niepożądane u pacjentów z CAD, podczas gdy dowody dotyczące pacjentów z HF nie były rozstrzygające (Lodder *et al.*, 2023).

Osobowość typu D jest zdefiniowanym czynnikiem ryzyka zarówno powstania, jak i rozwoju CAD. Badania wskazują na jej rolę w etiologii CAD, głównie ze względu na częstsze współwystępowanie nadciśnienia tętniczego i większe nasilenie miażdżycy tętnic wieńcowych, oraz w rokowaniu, gdyż ryzyko restenozy w stencie u pacjentów z osobowością typu D jest ponad dwukrotnie większe (Kupper i Denollet, 2018). Dwie cechy – Ne i HS, które składają się na konstrukt osobowości typu D – dodatkowo korelują z niepożądanymi zdarzeniami sercowo-naczyniowymi i zgonem sercowym/zawałem mięśnia sercowego u pacjentów z CAD, podczas gdy oddzielne wysokie wyniki w skalach Ne lub HS nie wykazują takiej korelacji. Niezależnie od objawów depresyjnych osobowość typu D pozostaje ważnym predyktorem progresji CAD (Denollet *et al.*, 2013).

Pacjenci kardiologiczni z osobowością typu D są bardziej narażeni na rozwój innych schorzeń z przyczyn sercowo-naczyniowych i poważne niepożądane zdarzenia sercowo-naczyniowe, a także są podatniejsi na stres psychiczny i cechują się niższą jakością życia związaną ze zdrowiem (Pedersen i Denollet, 2003). Ponadto farmakoterapia i leczenie inwazyjne wydają się przynosić mniejszą korzyść u pacjentów kardiologicznych z osobowością typu D. Wcześniejsze badania sugerują, że fizjologiczna nadwrażliwość i aktywacja cytokin prozapalnych mogą być odpowiedzialne za negatywny wpływ osobowości typu D na rokowanie

sercowo-naczyniowe u pacjentów z CAD (Martens *et al.*, 2007). Ryzyko niekorzystnych zdarzeń sercowo-naczyniowych jest trzykrotnie większe u pacjentów z osobowością typu D, jednak związek ten był bardziej widoczny u pacjentów z CAD niż u pacjentów z HF. Możliwe przyczyny tych niekorzystnych skutków to nadwrażliwość osi podwzgórze–przysadka–nadnercza, zaburzenia autonomicznych i zapalnych procesów regulacji oraz wysoki poziom stresu oksydacyjnego (Denollet i Conraads, 2011). Chociaż w innym opracowaniu pacjenci z typem D cechowali się istotnie wyższym ryzykiem incydentów sercowych niezakończonych zgonem w porównaniu z pacjentami bez osobowości typu D w ciągu 5 lat po pomostowaniu aortalno-wieńcowym, to jednak nie wykazano istotnej różnicy w całkowitej liczbie zgonów (Raykh *et al.*, 2022). Pojawiły się pytania, czy osobowość typu D jest stałym elementem przyczyniającym się do rozwoju choroby sercowo-naczyniowej, czy raczej jest przejawem jej progresji. Badania potwierdzają, że osobowość typu D jest stabilnym konstruktem wpływającym na początek i progresję chorób sercowo-naczyniowych, niezależnie od innych zmiennych, i podkreślają potrzebę badań przesiewowych w kierunku osobowości typu D u pacjentów z takimi chorobami w celu identyfikacji chorych wysokiego ryzyka i poprawy profilaktyki wtórnej (Martens *et al.*, 2007). Obecność osobowości typu D u pacjentów z CAD wiąże się z dysfunkcją śródbłonna u mężczyzn, mierzoną za pomocą poszerzenia tętnicy ramiennej zależnego od przepływu, co jest istotnym czynnikiem prognostycznym zaostření CAD. U pacjentów kardiologicznych z osobowością typu D wykazano większe stężenie anionów nadttlenkowych wytwarzanych przez makrofagi, większy poziom stresu oksydacyjnego i wyższe stężenia cytokin prozapalnych, w tym TNF- α , w porównaniu z pacjentami bez osobowości typu D (Denollet *et al.*, 2018).

Przytoczone informacje nie zostały niezauważone przez społeczność kardiologów, ponieważ Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne (European Society of Cardiology, ESC) odniosło się w swoich wytycznych do problemu zaburzeń emocjonalnych i cech osobowościowych wpływających na rozwój CAD. Wytyczne ESC z 2021 roku dotyczące zapobiegania chorobom układu krążenia w praktyce klinicznej podkreślają potrzebę przeprowadzania badań przesiewowych w kierunku obecności lęku, depresji i osobowości typu D, ponieważ czynniki te mogą odgrywać istotną rolę w ocenie zarówno ryzyka CAD, jak i rokowania w przypadku jej wystąpienia (Visseren *et al.*, 2022).

W badaniach wykazano potencjalne nakładanie się lęku, depresji i jednej z cech osobowości typu D – negatywnej emocjonalności z zamartwianiem się i ruminacjami, przy czym zamartwianie się było głównie związane z lękiem, a ruminacje okazały się związane głównie z depresją i negatywną emocjonalnością. Metody terapeutyczne, takie jak terapia metapoznawcza, mogą wpływać na poziom zamartwiania się i ruminacji, potencjalnie skutkując niższym poziomem lęku, depresji oraz negatywnej emocjonalności

i ostatecznie poprawiając rokowanie sercowo-naczyniowe u pacjentów z CAD (Tunheim *et al.*, 2022).

Badania przesiewowe w kierunku osobowości typu D u pacjentów we wczesnym okresie po interwencyjnych zabiegach przeszłonnych mogą być wykorzystane do identyfikacji osób z większym ryzykiem depresji i lęku po 10 latach od zabiegu (Al-Qezweny *et al.*, 2016). Występowanie zaburzeń lękowych lub depresyjnych bądź objawów lękowych i depresyjnych oraz osobowości typu D poprzedzające implantację kardiowertera wiązało się z gorszym stanem zdrowia pacjentów kardiologicznych (Starrenburg *et al.*, 2013). W populacji ogólnej negatywna afektywność osobowości typu D okazała się związana z lękiem, depresją i wyższym poziomem stresu, podczas gdy spoczynkowa pojemność minutowa serca była związana zarówno z negatywną afektywnością, jak i społecznym hamowaniem, które składają się na konstrukt osobowości typu D (Howard i Hughes, 2012). Wykazano, że osobowość typu D nie tylko przyczynia się do gorszego początkowego stanu zdrowia pacjentów kardiologicznych, ale także pogarsza wyniki ich rehabilitacji, w porównaniu z pacjentami bez cech osobowości stresowej (Pelle *et al.*, 2008). W innym badaniu odnotowano obniżoną jakość życia związaną ze zdrowiem u pacjentów z osobowością typu D oraz CAD i HF zarówno w trakcie rehabilitacji, jak i w ciągu kolejnych 2 lat. Obecność lęku, objawy depresyjne i otrzymywane wsparcie społeczne mogą wpływać na ten związek (Staniute *et al.*, 2015). W niniejszym badaniu wyniki AIS korelowały ujemnie z wiekiem, czasem trwania choroby oraz z obiema składowymi skali DS-14. Oznacza to, że osoby bez cech osobowości typu D osiągają wyższe wyniki w AIS, czyli mają większy wgląd w chorobę, lepiej rozumieją jej istotę i łatwiej znoszą ograniczenia zdrowotne z niej wynikające. Wykazano, że osobowość typu D jest związana ze znacząco gorszym postrzeganiem konsekwencji choroby, dłuższym czasem ich trwania, mniejszym poczuciem kontroli objawów i większą ich liczbą oraz większą koncentracją na dolegliwościach chorobowych, których istota jest mniej zrozumiała dla chorych w porównaniu z osobami bez cech osobowości typu D (Williams *et al.*, 2011).

Jak już wspomniano, wiele opracowań potwierdza związek osobowości typu D z niską jakością życia i dystresem psychicznym u pacjentów kardiologicznych. Im więcej wyładowań, tym więcej objawów depresji i lęku, gorsze funkcjonowanie, gorsza akceptacja choroby i jakość życia u pacjentów z wszczepionym kardiowerterem (Karczewska i Młynarska, 2021). Również u osób dializowanych zaobserwowano podobne zależności. W chińskim badaniu obecność osobowości

typu D okazała się predyktorem niskiej jakości życia, gorszego postrzegania choroby i poczucia niższego wsparcia społecznego u przewlekle dializowanych chorych (Li *et al.*, 2017). Warto także wspomnieć, że w cytowanym badaniu rozpoznawanie osobowości typu D u tych chorych wynosiło 35,6%, co okazało się wyższym wynikiem niż u pacjentów z przewlekłą chorobą serca (Denollet *et al.*, 2009), a jednocześnie wynikiem zbliżonym do uzyskanego w niniejszym badaniu. Akceptację choroby można traktować jako czynnik prewencyjny chroniący przed pojawieniem się objawów lęku i depresji także u pacjentów z cukrzycą, szczególnie typu 1 (Badura-Brzoza *et al.*, 2022).

OGRANICZENIA BADANIA

Głównym ograniczeniem badania była niewielka grupa pacjentów biorących udział w projekcie i stosunkowo niskie wskaźniki korelacji, co skłania do wyciągania ostrożnych wniosków. Kryteria osobowości typu D spełniało 36% badanych. W przyszłości autorzy niniejszej pracy planują przeprowadzenie badania z większą grupą chorych kardiologicznie, co – zgodnie z dostępnymi danymi – będzie skutkowało zwiększeniem liczby pacjentów z osobowością stresową i pozwoli uzyskać bardziej miarodajne wyniki.

WNIOSKI

1. Osoby z osobowością typu D trudniej akceptują chorobę oraz cechują się wyższym poziomem depresji i lęku.
2. U kobiet występuje silniejsze hamowanie społeczne.
3. Osoby młodsze, z krótszym wywiadem chorobowym łatwiej akceptują chorobę.

Konflikt interesów

Autorzy nie zgłaszają żadnych finansowych ani osobistych powiązań z innymi osobami lub organizacjami, które mogłyby negatywnie wpłynąć na treść publikacji oraz rościć sobie prawo do tej publikacji.

Źródło finansowania

Umowa o realizację pracy naukowo-badawczej w ramach pracy statutowej w Śląskim Uniwersytecie Medycznym w Katowicach (nr PCN-1-151/N/0/K).

Wkład autorów

Koncepcja i projekt badania; zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu: MP, JP. Gromadzenie i/lub zestawianie danych: KPK, ŁK, AS. Analiza i interpretacja danych: MP, PGD, JP. Napisanie artykułu: MP, KPK. Krytyczne zrecenzowanie artykułu: PG.

Piśmiennictwo

- Akosile W, Tiyaite B, Colquhoun D et al.: Management of depression in patients with coronary artery disease: a systematic review. *Asian J Psychiatr* 2023; 83: 103534.
- Al-Qezweny MN, Utens EM, Dulfer K et al.: The association between type D personality, and depression and anxiety ten years after PCI. *Neth Heart J* 2016; 24: 538–543.
- Badura-Brzoza K, Głowczyński P, Piegza M et al.: Acceptance of the disease and quality of life in patients with type 1 and type 2 diabetes. *Eur J Psychiatry* 2022; 36: 114–119.
- Burkauskas J, Brozaitiene J, Bunevicius A et al.: Association of depression, anxiety and type D personality with cognitive function in patients with coronary artery disease. *Cogn Behav Neurol* 2016; 29: 91–99.
- Denollet J: DS14: Standard assessment of negative affectivity, social inhibition, and Type D personality. *Psychosom Med* 2005; 67: 89–97.
- Denollet J, Conraads VM: Type D personality and vulnerability to adverse outcomes in heart disease. *Cleve Clin J Med* 2011; 78 (Suppl 1): S13–S19.
- Denollet J, van Felijs RA, Lodder P et al.: Predictive value of type D personality for impaired endothelial function in patients with coronary artery disease. *Int J Cardiol* 2018; 259: 205–210.
- Denollet J, Pedersen SS, Vrints CJ et al.: Predictive value of social inhibition and negative affectivity for cardiovascular events and mortality in patients with coronary artery disease: the type D personality construct. *Psychosom Med* 2013; 75: 873–881.
- Denollet J, Schiffer AA, Kwaijtaal M et al.: Usefulness of Type D personality and kidney dysfunction as predictors of interpatient variability in inflammatory activation in chronic heart failure. *Am J Cardiol* 2009; 103: 399–404.
- Felton BJ, Revenson TA, Hionrichsen GA: Skala akceptacji choroby AIS. In: Juczyński Z: Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2009: 162–166.
- Grande G, Romppel M, Barth J: Association between type D personality and prognosis in patients with cardiovascular diseases: a systematic review and meta-analysis. *Ann Behav Med* 2012; 43: 299–310.
- Howard S, Hughes BM: Construct, concurrent and discriminant validity of Type D personality in the general population: associations with anxiety, depression, stress and cardiac output. *Psychol Health* 2012; 27: 242–258.
- Karczewska O, Młynarska A: The influence of antiarrhythmic device intervention on biopsychosocial functioning and anxiety in patients with an implanted cardioverter defibrillator. *Medicina (Kaunas)* 2021; 57: 113.
- Kupper N, Denollet J: Type D personality as a risk factor in coronary heart disease: a review of current evidence. *Curr Cardiol Rep* 2018; 20: 104.
- Kupper N, Pedersen SS, Höfer S et al.: Cross-cultural analysis of type D (distressed) personality in 6222 patients with ischemic heart disease: a study from the International HeartQoL Project. *Int J Cardiol* 2013; 166: 327–333.
- Leu HB, Yin WH, Tseng WK et al.: Impact of type D personality on clinical outcomes in Asian patients with stable coronary artery disease. *J Formos Med Assoc* 2019; 118: 721–729.
- Li J, Wu X, Lin J et al.: Type D personality, illness perception, social support and quality of life in continuous ambulatory peritoneal dialysis patients. *Psychol Health Med* 2017; 22: 196–204.
- Lodder P, Wicherts JM, Antens M et al.: Type D personality as a risk factor for adverse outcome in patients with cardiovascular disease: an individual patient-data meta-analysis. *Psychosom Med* 2023; 85: 188–202.
- Martens EJ, Kupper N, Pedersen SS et al.: Type-D personality is a stable taxonomy in post-MI patients over an 18-month period. *J Psychosom Res* 2007; 63: 545–550.
- Ogińska-Bulik N: Osobowość typu D. Teoria i badania. Wydawnictwo AHE, Łódź 2009.
- Ogińska-Bulik N: Type D personality and quality of life in subjects after myocardial infarction. *Kardiol Pol* 2014; 72: 624–630.
- Pedersen SS, Denollet J: Type D personality, cardiac events, and impaired quality of life: a review. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2003; 10: 241–248.
- Pelle AJ, Erdman RA, van Domburg RT et al.: Type D patients report poorer health status prior to and after cardiac rehabilitation compared to non-type D patients. *Ann Behav Med* 2008; 36: 167–175.
- Piegza M, Pająk J, Leksowska A et al.: Typ osobowości D a choroba niedokrwienna serca. *Psychiatria* 2021; 18: 129–135.
- Raykh OI, Sumin AN, Korok EV: The influence of personality type D on cardiovascular prognosis in patients after coronary artery bypass grafting: data from a 5-year-follow-up study. *Int J Behav Med* 2022; 29: 46–56.
- Schiffer AA, Pedersen SS, Widdershoven JW et al.: Type D personality and depressive symptoms are independent predictors of impaired health status in chronic heart failure. *Eur J Heart Fail* 2008; 10: 802–810.
- Spindler H, Kruse C, Zwisler AD et al.: Increased anxiety and depression in Danish cardiac patients with a type D personality: cross-validation of the Type D Scale (DS14). *Int J Behav Med* 2009; 16: 98–107.
- Staniute M, Brozaitiene J, Burkauskas J et al.: Type D personality, mental distress, social support and health-related quality of life in coronary artery disease patients with heart failure: a longitudinal observational study. *Health Qual Life Outcomes* 2015; 13: 1.
- Starrenburg AH, Kraaier K, Pedersen SS et al.: Association of psychiatric history and type D personality with symptoms of anxiety, depression, and health status prior to ICD implantation. *Int J Behav Med* 2013; 20: 425–433.
- Stern AF: The hospital anxiety and depression scale. *Occup Med (Lond)* 2014; 64: 393–394.
- Svansdottir E, Denollet J, Thorsson B et al.: Association of type D personality with unhealthy lifestyle, and estimated risk of coronary events in the general Icelandic population. *Eur J Prev Cardiol* 2013; 20: 322–330.
- Tunheim K, Dammen T, Baardstu S et al.: Relationships between depression, anxiety, type D personality, and worry and rumination in patients with coronary heart disease. *Front Psychol* 2022; 13: 929410.
- Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM et al.: 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur J Prev Cardiol* 2022; 29: 5–115.
- Wang Y, Liu G, Gao X et al.: Prognostic value of type D personality for in-stent restenosis in coronary artery disease patients treated with drug-eluting stent. *Psychosom Med* 2018; 80: 95–102.
- Williams L, O'Connor RC, Grubb NR et al.: Type D personality and illness perceptions in myocardial infarction patients. *J Psychosom Res* 2011; 70: 141–144.
- Zigmond AS, Snaith RP: The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67: 361–370.