*Humanitas. Pedagogika i Psychologia*, ss. 289-302
ISSN 2956-3992

Oryginalny artykuł naukowy (original article)

Data wpływu/Received: 24.07.2024
Data recenzji/Accepted: 3.09.2024
Data publikacji/Published: 31.12.2024

Źródła finansowania publikacji: Umowa o realizację pracy statutowej w Śląskim Uniwersytecie Medycznym w Katowicach

DOI: 10.5604/01.3001.0055.0310

Authors' Contribution:
**(A) Study Design (projekt badania)**
**(B) Data Collection (zbieranie danych)**
**(C) Statistical Analysis (analiza statystyczna)**
**(D) Data Interpretation (interpretacja danych)**
**(E) Manuscript Preparation (redagowanie opracowania)**
**(F) Literature Search (badania literaturowe)**

Iga Florczyk[1]
Klaudia Glinka[2]
Katarzyna Podkowska-Kurpas[3]
Paweł Dębski[4]
Magdalena Piegza[5]

# OSOBOWOŚĆ TYPU D ORAZ JEJ ZWIĄZEK Z OBJAWAMI DEPRESJI I LĘKU U PACJENTÓW KORZYSTAJĄCYCH Z PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

[1] ORCID: 0000-0002-7283-5491, Oddział Kliniczny Psychiatrii Katedry Psychiatrii, Wydział Nauk Medycznych w Zabrzu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach; iga.florczyk@gmail.com
[2] ORCID: 0000-0002-9610-4976, Oddział Kliniczny Psychiatrii Katedry Psychiatrii, Wydział Nauk Medycznych w Zabrzu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach; klaudia.glinka@gmail.com
[3] ORCID: 0009-0000-7302-7835, Oddział Kliniczny Psychiatrii Katedry Psychiatrii, Wydział Nauk Medycznych w Zabrzu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach; kpodkowska@gmail.com
[4] ORCID: 0000-0001-5904-6407; Oddział Kliniczny Psychiatrii Katedry Psychiatrii, Wydział Nauk Medycznych w Zabrzu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach; pdebski@sum.edu.pl
[5] ORCID: 0000-0002-8009-7118; Oddział Kliniczny Psychiatrii Katedry Psychiatrii, Wydział Nauk Medycznych w Zabrzu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach; mpiegza@sum.edu.pl

## WSTĘP

Zaburzenia lękowe i depresyjne stanowią istotny problem z zakresu zdrowia publicznego, który znacząco wpływa na jakość życia pacjentów oraz funkcjonowanie systemów opieki zdrowotnej (Kessler, 2015). Badania epidemiologiczne wskazują na wysoką częstość występowania tych zaburzeń w populacji ogólnej, co przekłada się na znaczne obciążenie dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) (Vos, 2016). Na podstawie dostępnych danych oszacowano, że od 20% do 30% pacjentów zgłaszających się do POZ doświadcza objawów lęku lub depresji (Kroenke 2016; Huang 2019). Lekarze POZ bywają często pierwszymi osobami, do których zwracają się osoby cierpiące na zaburzenia psychiczne, co wynika z łatwiejszego dostępu do usług medycznych na tym poziomie oraz zaufania pacjentów do swoich lekarzy (Mitchell, 2021). W związku z tym skuteczna identyfikacja oraz podjęcie adekwatnego leczenia zaburzeń lękowych i depresyjnych w tej grupie pacjentów jest kluczowe dla poprawy ich stanu zdrowia, co jednocześnie przyczynia się do zmniejszenia ogólnego obciążenia systemu opieki zdrowotnej i redukcji kosztów, jakie ponosi państwo na leczenie swoich obywateli (Cape, 2018; Wittchen, 2019).

Z dostępnej literatury wynika, że kwestionariusz Szpitalnej Skali Lęku i Depresji (HADS - Hospital Anxiety and Depression Scale) jest skuteczny w wykrywaniu objawów lęku oraz depresji, co ułatwia lekarzom POZ podejmowanie decyzji dotyczących dalszego postępowania, w tym ewentualnego skierowania pacjentów do specjalistów lub wprowadzenia interwencji farmakologicznych i psychoterapeutycznych (Herrmann, 2018; Cosco, 2016). W kontekście POZ, gdzie czas na konsultację jest ograniczony, HADS umożliwia szybką i rzetelną ocenę stanu psychicznego pacjenta (White, 2018). Zastosowanie HADS może być szczególnie korzystne w grupach pacjentów z chorobami somatycznymi, gdzie objawy nasilonego niepokoju i depresji często współwystępują i mogą być maskowane przez objawy chorób somatycznych, takich jak choroby sercowo-naczyniowe czy przewlekłe bóle (Öztürk, 2022; Chong, 2019). Umożliwienie szybkiej i efektywnej oceny stanu psychicznego pacjentów w takich przypadkach jest kluczowe dla całościowego podejścia do leczenia, co z kolei może prowadzić do poprawy ogólnego stanu zdrowia pacjentów i jakości ich życia (Mitchell, 2020; Mykletun 2017).

Osobowość typu D, definiowana przez tendencję do doświadczania negatywnych emocji (negatywna afektywność) oraz skłonność do unikania kontaktów społecznych (hamowanie społeczne), zyskała znaczną uwagę w kontekście jej wpływu na zdrowie psychiczne i fizyczne. Jest to wariant osobowości prawidłowej, którego występowanie sprzyja przeżywaniu depresji i innych negatywnych emocji oraz prowadzi do ograniczenia i zubożenia życia społecznego. Wariant ten, zwany też osobowością stresową, został szeroko zbadany w różnych populacjach, a jego rozpowszechnienie waha się od 10% do 30% w ogólnej populacji, w zależności

od metodologii badania i kontekstu kulturowego (Pedersen, 2017; Kupper, 2018). W populacji pacjentów z chorobami sercowo-naczyniowymi, jak również w grupach z zaburzeniami zdrowia psychicznego, częstość występowania osobowości typu D jest wyższa, co sugeruje jej istotny związek z przewlekłymi schorzeniami oraz pogorszonym stanem zdrowia psychicznego (Mols, 2016).

Celem niniejszego artykułu jest próba oszacowania częstości występowania osobowości stresowej wśród pacjentów POZ oraz rozpowszechnienia objawów depresyjnych i lękowych w tej grupie osób, a także ustalenie wzajemnych zależności pomiędzy tymi parametrami.

## MATERIAŁ I METODY

Badanie zostało zaplanowane przez psychiatrów, którzy dodatkowo świadczą usługi dla POZ na Śląsku. Jest ono częścią większego projektu, który uzyskał zgodę Komisji Bioetycznej (PCN/CBN/0022/KB/218/21). Badanie zostało przeprowadzone metodą sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem ankiety własnej konstrukcji oraz uznanych kwestionariuszy psychologicznych. Opracowano dwuczęściową ankietę przeznaczoną dla pacjentów oraz lekarzy. Sekcja dla lekarzy zawierała pytania o stan zdrowia pacjenta, powody bieżącej wizyty oraz liczbę wizyt w ciągu roku w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej. W części dla pacjentów pytania dotyczyły danych socjodemograficznych oraz częstości i przyczyn kontaktów z placówkami medycznymi. Pozostała część ankiety obejmowała walidowane kwestionariusze z wysokimi parametrami psychometrycznymi, spośród których do niniejszego opracowania wybrano test osobowości typu D (DS-14) oraz Szpitalną Skalę Lęku i Depresji (HADS). Ankieta była dostępna dla pacjentów w trzech Niepublicznych Zakładach Opieki Zdrowotnej w województwie śląskim. Uczestnicy badania zostali szczegółowo poinformowani o jego celu i procedurach oraz mieli możliwość zadawania pytań podczas rozmowy z lekarzem. Przed przystąpieniem do wypełniania kwestionariusza respondenci wyrażali pisemną zgodę na udział w badaniu. Zaznaczono, że odmowa uczestnictwa nie wpłynie na przebieg leczenia i diagnostyki. W projekcie uczestniczyły osoby powyżej 18. roku życia, bez zaburzeń funkcji poznawczych uniemożliwiających samodzielne wykonanie testów, które wyraziły świadomą zgodę na badanie na piśmie. Dane zbierano przez okres od grudnia 2022 roku do końca 2023 roku. Do analizy statystycznej zakwalifikowano jedynie poprawnie wypełnione ankiety. Ankiety niekompletne lub zawierające brakujące odpowiedzi zostały wykluczone przed rozpoczęciem analizy.

Do oceny nasilenia cech osobowości stresowej użyto skali DS-14. Jej twórcą jest Johan Denollet, który uważany jest za pioniera badań nad osobowościowymi determinantami zdrowia somatycznego i jako jeden z pierwszych zajmował się wyjaśnianiem psychospołecznych uwarunkowań chorób somatycznych. Skala osobowości

typu D (DS-14) składa się z 14 pytań ocenianych od 0-4 pkt. Wyniki oblicza się oddzielnie dla składowej Ne (negatywna emocjonalność) i składowej HS (hamowanie społeczne). Im wyższy wynik w każdym z wymiarów, tym większe nasilenie cech osobowości typu D, a uzyskanie co najmniej 10 punktów w każdym z wymiarów pozwala na rozpoznanie osobowości typu D (Ogińska-Bulik, 2009).

Szpitalna Skala Lęku i Depresji (HADS) służyła do oceny objawów depresji i lęku u pacjentów korzystających z porad lekarskich w ramach POZ. Jest to skala samooceny, składa się ona z 14 pytań, z których 7 odnosi się do objawów lęku (HADS-A) i 7 do objawów depresji (HADS-D). Im wyższa punktacja, tym większe natężenie objawów depresyjnych i lękowych. Uzyskanie wyniku od 8 do10 pkt świadczy o granicznych objawach (w naszym badaniu określanych jako ryzyko występowania zaburzeń), od 11 do 21 pkt o ich wyraźnym nasileniu (Zigmond, 1983; Stern, 2014). Należy zaznaczyć, że wyniki otrzymane w tej skali nie są wystarczające i nie uprawniają do postawienia klinicznej diagnozy psychiatrycznej, jednak mogą i powinny zwrócić uwagę lekarza na możliwość występowania zespołów psychopatologicznych wymagających leczenia farmakologicznego. Z uwagi na to, iż lekarzami uczestniczącymi w badaniu byli psychiatrzy, w przypadku wszystkich osób, które w skali HADS uzyskały wynik sugerujący możliwość występowania klinicznych objawów depresji lub lęku, po dodatkowym badaniu psychiatrycznym postawiono odpowiednio rozpoznanie zaburzeń depresyjnych bądź zaburzeń lękowych.

ANALIZA STATYSTYCZNA

Zebrane dane zostały przeanalizowane przy udziale programu Statistica 13.3. Normalność rozkładów badano za pomocą testu Shapiro–Wilka. Ze względu na to, iż rozkłady zmiennych odbiegają od rozkładu normalnego, zastosowano procedury nieparametryczne. Macierze korelacji wykonano z wykorzystaniem współczynnika korelacji rang Spearmana. Istotność różnic badano za pomocą testu U Manna–Whitneya. Jako poziom istotności statystycznej przyjęto alfa mniejsze lub równe 0,05 ($\alpha \leq 0.05$).

## WYNIKI

### Dane socjodemograficzne

Łącznie uzyskano 148 prawidłowo wypełnionych ankiet. W badaniu wzięło udział 54 mężczyzn i 94 kobiet. Średni wiek badanych to 42,64 lata (SD =15,67). Ilość deklarowanych wizyt w POZ w ciągu roku wynosiła średnio 4,26 (SD=3,97), 61 (41,22%) osób pozostawało równocześnie pod stałą opieką poradni specjalistycznych, deklarowały one średnio 4,57 wizyt w poradniach specjalistycznych w ciągu roku

(SD=3,66) Większość ankietowanych nie korzystała nigdy z pomocy psychiatrycznej – 121 (81,76%). Poziom wykształcenia przedstawiał się następująco; z wykształceniem podstawowym 4 osoby (2,7%), zawodowym 29 osób (19,59%), średnim 52 osoby (35,14%), wyższym 59 ankietowanych (39,86%), 4 osoby nie określiły swojego poziomu wykształcenia (2,7%). Przeważały osoby pozostające w związku małżeńskim lub partnerskim – 79 osób (53,38%), owdowiałych było 6 ankietowanych (4,05%), niedeklarujących bycia w stałych związkach – 51 osób (34,46%). Pracujących – 103 (69,59%), emerytów i rencistów 24 (16,22%), uczących się 14 (9,56%), 3 osoby były bezrobotne (2,03%). Główną przyczyną wizyt było przedłużenie dotychczasowego leczenia – 108 osób (72,97%). 31 (20,95%) ankietowanych prowadziło jednoosobowe gospodarstwo domowe.

## Statystyki opisowe zmiennych

Charakterystyki opisowe zmiennych zaprezentowano z wykorzystaniem średniej, odchylenia standardowego, mediany i rozstępu kwartylowego. Dane te wraz z wynikami testowania normalności rozkładu zaprezentowano w tabeli 1.

Tabela 1. Rozkład wyników w kwestionariuszu HADS oraz DS-14 – charakterystyka opisowa

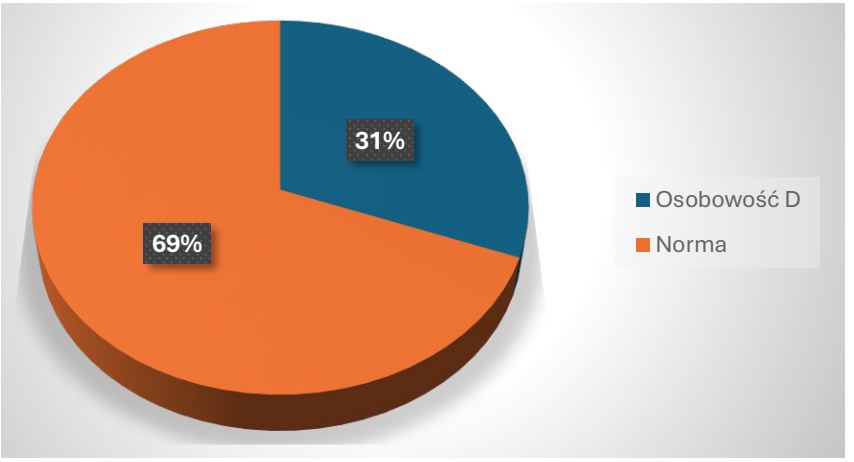
| Zmienna | Średnia | Mediana | Dolny (Kwartyl.) | Górny (Kwartyl.) | Odch. std | W Shapiro–Wilka | p |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| HADS-A | 7,090 | 6,000 | 4,000 | 9,500 | 4,035 | 0,956 | 0,000 |
| HADS-D | 4,396 | 4,000 | 2,000 | 6,000 | 3,489 | 0,903 | 0,000 |
| DS14NE | 10,370 | 9,500 | 4,000 | 15,000 | 6,851 | 0,963 | 0,001 |
| DS14HS | 9,185 | 8,000 | 4,000 | 15,000 | 6,583 | 0,942 | 0,000 |

Legenda: HADS-A – wyniki w kwestionariuszu HADS w podskali lęku; HADS-D – wynik w kwestionariuszu HADS w podskali depresji; DS14NE – wynik w kwestionariuszu DS-14 w skali negatywnej emocjonalności; DS14HS – wynik w kwestionariuszu DS-14 w skali hamowania społecznego
Źródło: opracowanie własne.

## Rozpowszechnienie osobowości typu D oraz nasilenia objawów lęku i depresji w populacji pacjentów POZ

Odnotowano, iż osobowość typu D występuje u 44 osób, co stanowi 31% wszystkich biorących udział w badaniu. Rozkład procentowy obrazuje rysunek 1.

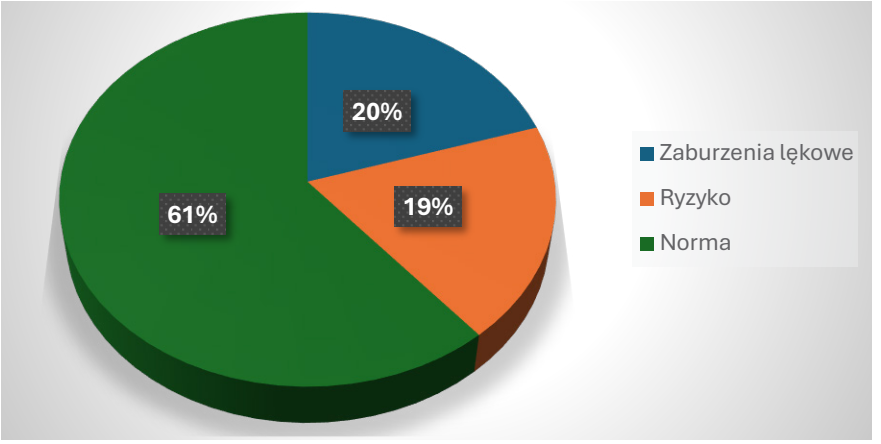
Rysunek 1. Rozpowszechnienie osobowości typu D wśród pacjentów POZ




Źródło: opracowanie własne.

Zaburzenia lękowe zaobserwowano u 29 osób (20%), w grupie ryzyka zaburzeń lękowych znalazło się 27 osób (19%). 61% chorych spełniło kryterium normy czyli braku zaburzeń lękowych. Rozkład procentowy nasilenia objawów lęku obrazuje rysunek 2.

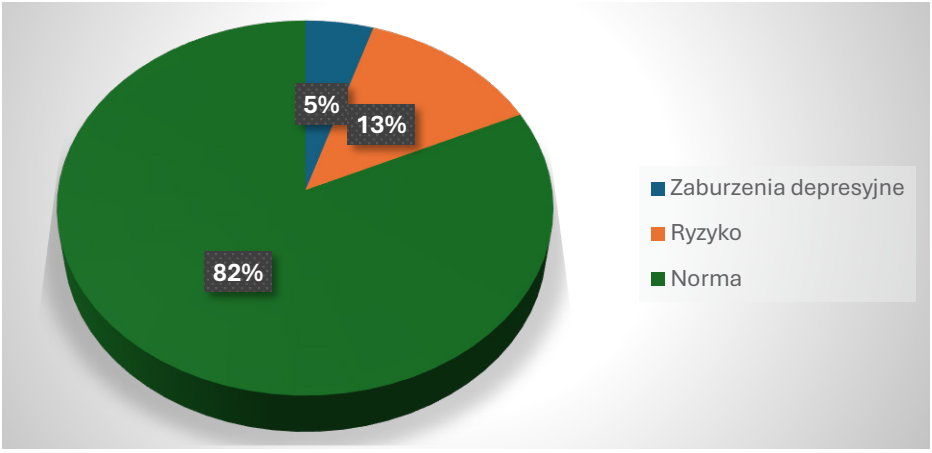
Rysunek 2. Rozklad procentowy natężenia objawów lęku u pacjentów POZ w skali HADS-A




Źródło: opracowanie własne.

Biorąc pod uwagę nasilenie objawów depresyjnych, zaburzenia depresyjne rozpoznano u 5%, czyli u 7 osób, a 13% pacjentów (19 osób) znalazło się w grupie ryzyka rozwoju objawów klinicznej depresji. Znaczna większość pacjentów – 82% nie prezentowała niepokojącego nasilenia objawów depresyjnych w skali HADS--D. Rozklad procentowy w odniesieniu do tego parametru prezentuje rysunek 3.

Rysunek 3. Rozkład procentowy natężenia objawów depresji u pacjentów POZ w skali HADS-D




Źródło: opracowanie własne.

## Związki pomiędzy zmiennymi

Analiza korelacji pomiędzy osobowością typu D a nasileniem objawów lęku i depresji ujawniła występowanie istotnych zależności. Istotna i silna korelacja występuje pomiędzy negatywną emocjonalnością a nasileniem objawów lęku. Podobny związek zaobserwowano pomiędzy negatywną emocjonalnością a nasileniem objawów depresji. Odnotowano także umiarkowane i pozytywne związki pomiędzy tendencją do hamowania społecznego a nasileniem objawów lęku i depresji. Wiek badanych istotnie i ujemnie korelował z negatywną emocjonalnością. Korelację zaprezentowano w tabeli 2.

Tabela 2. Korelacja wieku z wynikami uzyskanymi w skali HADS oraz DS14

| **Zmienne** | **HADS A** | **HADS D** | **DS14 NE** | **DS14 HS** | **WIEK** |
|---|---|---|---|---|---|
| HADS-A | 1,000 | | | | |
| HADS-D | 0,563* | 1,000 | | | |
| DS14 NE | 0,767* | 0,560* | 1,000 | | |
| DS14 HS | 0,386* | 0,379* | 0,570* | 1,000 | |
| WIEK | -0,063 | -0,030 | -0,177* | -0,114 | 1,000 |

Legenda: HADS-A – wyniki w kwestionariuszu HADS w podskali lęku; HADS-D – wynik w kwestionariuszu HADS w podskali depresji; DS14NE – wynik w kwestionariuszu DS-14 w skali negatywnej emocjonalności; DS14HS – wynik w kwestionariuszu DS-14 w skali hamowania społecznego *p<0,05
Źródło: opracowanie własne.

### Różnice międzypłciowe w zakresie badanych zmiennych

Nie odnotowano istotnych statystycznie różnic w zakresie nasilenia osobowości typu D, objawów lęku i depresji pomiędzy kobietami i mężczyznami, którzy uczestniczyli w badaniu. Wyniki testu U Manna–Whitneya zaprezentowano w tabeli 3.

Tabela 3. Różnice w zależności od płci w zakresie wyników uzyskanych w skali HADS i DS14

| Zmienna | Sum.rang Kobiety | Mediana Kobiety | Sum.rang Mężczyźni | Mediana Mężczyźni | Z | p | Kobiety | Mężczyźni |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| HADSA-SUM | 6521,500 | 6,50000 | 3918,500 | 6,000000 | -0,01242 | 0,990089 | 90 | 54 |
| HADSD-SUM | 6344,500 | 3,00000 | 4095,500 | 4,000000 | -0,74734 | 0,454861 | 90 | 54 |
| DS14NE | 6873,000 | 10,00000 | 3858,000 | 8,500000 | 0,44851 | 0,653783 | 92 | 54 |
| DS14HS | 6500,000 | 8,00000 | 4231,000 | 8,500000 | -1,06178 | 0,288336 | 92 | 54 |

Źródło: opracowanie własne.

## DYSKUSJA

W prowadzonym przez nas badaniu nie uzyskano istotnych statystycznie różnic pod względem płci w skalach depresji i lęku mierzonych przy pomocy HADS. Jest to sprzeczne z innymi doniesieniami, które informują, że kobiety zazwyczaj uzyskują wyższe wyniki w skali HADS-A, co sugeruje wyższy poziom zgłaszanego lęku w porównaniu z mężczyznami (Cosco, 2016). Różnice w większej skłonności kobiet do raportowania objawów lękowych mogą wynikać z różnic w doświadczaniu stresu oraz strategiach radzenia sobie z nim (Spinhoven, 2016; Remes, 2016). Z kolei w badaniach prowadzonych na populacji młodych dorosłych wykazano, że mężczyźni częściej uzyskują wyższe wyniki w skali depresji, co może odzwierciedlać różnice w ekspresji emocjonalnej i mechanizmach obronnych (Houle, 2020).

Badania epidemiologiczne wykazują, że u osób z osobowością typu D istnieje większe ryzyko wystąpienia objawów lęku, depresji oraz innych problemów emocjonalnych, co potwierdza hipotezę o ich zwiększonej podatności na negatywne skutki stresu (Grande, 2020). W prowadzonym przez nas badaniu również wykazano, iż respondenci prezentujący cechy tego wariantu osobowości mieli wyższe

predyspozycje do pozostawania w grupie ryzyka lub rozwoju zaburzeń lękowych oraz depresyjnych. Jest to zgodne z doniesieniami innych autorów (Sher, 2005; Shahsavarinia, 2022). Prawdopodobnie zwiększone ryzyko rozwoju zaburzeń lękowych u tych osób wynika z wyższego poziomu lęku odczuwanego w kontekście sytuacji codziennych, ale również w odpowiedzi na stresujące wydarzenia (Svansdottir, 2019). Negatywna afektywność, będąca jedną z dwóch centralnych komponent osobowości typu D, jest silnie powiązana z występowaniem zaburzeń lękowych, co potwierdzają liczne badania epidemiologiczne (Pedersen, 2017). Korelacja między osobowością typu D a zaburzeniami depresyjno-lękowymi jest również widoczna w kontekście klinicznym, gdzie osoby z tym typem osobowości częściej zgłaszają wyższy poziom symptomów psychopatologicznych, co wskazuje na konieczność wczesnej interwencji i wsparcia psychologicznego (Polman, 2021).

Wariant osobowości typu D wykazuje istotne zróżnicowanie w zależności od płci i wieku. Badania wskazują, że kobiety są bardziej podatne na rozwój cech osobowości typu D niż mężczyźni, co może być związane z większą tendencją do doświadczania negatywnych emocji oraz silniejszą skłonnością do wycofywania się z kontaktów społecznych (de Moor, 2019). Z kolei mężczyźni z osobowością typu D często manifestują swoje trudności w mniej bezpośredni sposób, co może wpływać na sposób, w jaki objawy tej osobowości są rozpoznawane i klasyfikowane (Williams, 2020). Wśród ankietowanych w naszym badaniu pacjentów nie zaobserwowano istotnych statystycznie różnic w zakresie występowania wariantu osobowości typu D w zależności od płci badanych, co może być spowodowane niewielką grupą badawczą.

W kontekście wieku, osobowość typu D jest częściej diagnozowana wśród młodszych dorosłych niż w starszych grupach wiekowych, co sugeruje, że starsze osoby mogą lepiej radzić sobie z negatywnymi emocjami lub że cechy osobowości typu D mogą tracić na sile wraz z wiekiem (Grande, 2020; Mols, 2016). Podobną tendencję zaobserwowano w naszym badaniu, gdzie wykazano, że wraz z wiekiem nieznacznie spada wynik w podskali negatywnej emocjonalności, z kolei nie zaobserwowano podobnych, istotnych rozbieżności dotyczących rozwijania się wycofania społecznego. Może to odzwierciedlać różnice w zależności od wieku w doświadczaniu stresu oraz rozwijania strategii radzenia sobie z nim w różnych fazach życia, a także wyższą stabilnością emocjonalną osiąganą wraz z upływem lat życia (Svendsen, 2017; Jonason, 2016). Uwzględnienie płci i wieku w ocenie osobowości typu D jest kluczowe dla zrozumienia jej wpływu na zdrowie psychiczne i fizyczne oraz dla opracowania efektywnych strategii interwencji (Pedersen, 2017; Schiffer, 2017).

## OGRANICZENIA

Przeprowadzone przez nas badanie objęło zakresem grupę około 148 osób, co wymaga poszerzenia liczby respondentów w przeszłości celem lepszego zobiektywizowania wyników oraz niwelacji ograniczeń związanych z doborem próby. Ponadto kwestionariusze wypełniane przez pacjentów mogły zostać obarczone błędami polegającymi na niepełnym zrozumieniu poleceń oraz istoty ankiety. Badanie prowadzone w konkretnych jednostkach poradni podstawowej opieki zdrowotnej może nie w pełni uwzględniać różnice demograficzne w zakresie edukacji lub statusu socjoekonomicznego, w związku z czym otrzymane wyniki mogą nie przekładać się na ogół populacyjny. Ponadto nie posiadamy danych, czy pacjenci nie pozostawali pod opieką psychoterapeuty w momencie rozwiązywania kwestionariusza, a to również mogłoby przyczyniać się do wpływu na odczuwanie objawów lęku i depresji oraz na wykazywanie różnego nasilenia cech wariantu osobowości typu D, co nie pozostaje obojętne dla wyników badania.

## WNIOSKI

1. Pacjenci z osobowością typu D mają wyższe predyspozycje do rozwoju zaburzeń lękowych i depresyjnych.
2. Płeć nie różnicuje istotnie tendencji w zakresie osobowości typu D oraz nasilenia objawów lęku i depresji wśród pacjentów POZ.
3. Wraz z wiekiem pacjentów nieznacznie spadają tendencje do odczuwania negatywnej emocjonalności.

W gabinetach POZ warto zwrócić uwagę, czy pacjent nie prezentuje cech osobowości typu D, ponieważ jest on w grupie ryzyka rozwoju zaburzeń depresyjnych i lękowych.

## BIBLIOGRAFIA

Cape, J., Whittington, C., Buszewicz, M., Wallace, P., & Underwood, L. (2018). Brief psychological therapies for anxiety and depression in primary care: Meta-analysis and meta-regression. BMC Medicine, 8(1), 38, https://doi.org/10.1186/1741-7015-8-38.

Chong, J., Mackenzie, L.J., Williams, R.L., Bower, P., & Simpson, S.A. (2019). Hospital Anxiety and Depression Scale: Factor structure, psychometric properties and measurement invariance across sociodemographic characteristics in a population-based sample. *Journal of Affective Disorders*, 250, 199-208, https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.04.078.

Cosco, T.D., Doyle, F., Ward, M., & McGee, H. (2016). Latent structure of the Hospital Anxiety and Depression Scale: A 10-year systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 74(1), 18-23, https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2012.10.005.

de Moor, M.H.M., Distel, M.A., Trull, T.J., & Boomsma, D.I. (2019). Personality type D: An epidemiological study in the Netherlands. *Psychological Medicine*, 49(7), 1177-1187, https://doi.org/10.1017/S003329171800221X.

Grande, G., Romppel, M., Barth, J., et al. (2020). Association of type D personality with anxiety, depression, and health status across 12,000 patients with cardiovascular diseases: results from the German national cohort. *Journal of Psychosomatic Research*, 130, 109940, https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2019.109940.

Grande, G., Romppel, M., Barth, J., et al. (2020). Type D personality across the lifespan: A longitudinal study in a general population cohort. *Journal of Psychosomatic Research*, 134, 110129, https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110129.

Herrmann, C. (2018). International experiences with the Hospital Anxiety and Depression Scale: A review of validation data and clinical results. *Journal of Psychosomatic Research*, 42(1), 17-41, https://doi.org/10.1016/S0022-3999(96)00216-4.

Houle, J., Mishara, B.L., & Chagnon, F. (2020). An examination of the relationship between psychiatric diagnosis, psychological distress, and suicide risk in male and female young adults. BMC Psychiatry, 20, 92, https://doi.org/10.1186/s12888-020-02506-5.

Huang, Y., Wang, Y., Wang, H., Liu, Z., Yu, X., Yan, J., ... & Xu, Y. (2019). Prevalence of mental disorders in China: A cross-sectional epidemiological study. *The Lancet Psychiatry*, 6(3), 211-224, https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30511-X.

Jonason, P.K., & Roggeveen, S. (2016). A person-centered approach to type D personality: Individual differences in negative affectivity and social inhibition. *Personality and Individual Differences*, 92, 139-143, https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.12.031.

Kessler, R.C., Petukhova, M., Sampson, N.A., Zaslavsky, A.M., & Wittchen, H.U. (2015). Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 24(1), 4-15, https://doi.org/10.1002/mpr.1495.

Kroenke, K., Spitzer, R.L., & Williams, J.B.W. (2016). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606-613, https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x.

Kupper, N., & Denollet, J. (2018). Type D personality is associated with social anxiety in the general population: A four-year follow-up study. *Journal of Anxiety Disorders*, 54, 69-74, https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.01.003.

Mitchell, A.J., & Rao, S. (2021). The efficacy of case finding for depression in primary care using routinely collected clinical data. *British Journal of General Practice*, 71(703), e49-e56, https://doi.org/10.3399/bjgp20X713489.

Mitchell, A.J., Meader, N., Symonds, P., Fielding, S., Burton, M., & Renfrew, R. (2020). Diagnostic validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) for screening for major depressive disorder and anxiety disorders in cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 45(1), 69-81, https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.10.009.

Mols, F., & Denollet, J. (2016). Type D personality in the general population: A systematic review of health status, mechanisms of disease, and work-related problems. *Health Psychology Review*, 10(1), 17-35, https://doi.org/10.1080/17437199.2014.926910.

Mols, F., Thong, M.S.Y., Vissers, P.A.J., et al. (2016). Differences in type D personality across the lifespan: A systematic review and meta-analysis. *Aging & Mental Health*, 20(5), 519-528, https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1019296.

Mykletun, A., Stordal, E., & Dahl, A.A. (2017). Hospital Anxiety and Depression (HAD) scale: Factor structure, item analyses and internal consistency in a large population. *British Journal of Psychiatry*, 179(6), 540-544. https://doi.org/10.1192/bjp.179.6.540.

Ogińska-Bulik, N. (2009). *Osobowość typu D. Teoria i badania*. Wydawnictwo AHE, Łódź.

Öztürk, S., Saral, Ö., Dağlıoğlu, S., Uysal, S., Gökmen, Ö., & Şahin, S. (2022). The usefulness of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) to screen for psychological distress among adult cancer patients: A meta-analysis. *Psycho-Oncology*, 31(2), 187-199, https://doi.org/10.1002/pon.5631.

Pedersen, S.S., & Denollet, J. (2017). Is type D personality here to stay? Emerging evidence across cardiovascular disease patient groups. *Current Cardiology Reports*, 19(11), 118, https://doi.org/10.1007/s11886-017-0912-6.

Pedersen, S.S., & Denollet, J. (2017). Type D personality, cardiac events, and impaired quality of life: a review. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation*, 14(5), 596-612, https://doi.org/10.1097/HJR.0b013e3280128e4c.

Polman, R., Clough, P., & Levy, A. (2021). A meta-analysis of the prevalence of type D personality in clinical populations. Journal of Psychosomatic Research, 141, 110339, https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110339.

Remes, O., Wainwright, N., Surtees, P., Lafortune, L., Khaw, K.-T., & Brayne, C. (2016). Sex differences in the association between area deprivation and generalised anxiety disorder: British population study. BMJ Open, 6(11), e011490, https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011490.

Schiffer, A.A., Denollet, J., Widdershoven, J.W., et al. (2017). Type D personality and anxiety predict hospital readmission in chronic heart failure patients. European Journal of Heart Failure, 9(4), 355-361, https://doi.org/10.1016/j.ejheart.2017.01.003.

Shahsavarinia K., Javadivala Z., Allahverdipour H., et al. (2022). Psychological pathways between type D personality and COVID-19. *Health Psychology Report*. 2022;10(1):20-30, https://doi.org/10.5114/hpr.2021.110933.

Sher, L. (2005). Type D personality: the heart, stress, and cortisol. QJM: *An International Journal of Medicine*, 98(5), 323-329, https://doi.org/10.1093/qjmed/hci057.

Spinhoven, P., Elzinga, B.M., Giltay, E.J., & Penninx, B.W.J.H. (2016). Anxious or depressed and still happy? PloS One, 11(9), e0162267, https://doi.org/10.1371/journal.pone.0162267.

Stern, A.F. (2014). The hospital anxiety and depression scale. *Occupational Medicine*, 64(5), 393-394.

Svansdottir, E., Gudmundsdottir, H., Jonasson, L., & Kristjánsdóttir, H. (2019). Type D personality, social support and health-related quality of life in Icelandic people. *Scandinavian Journal of Public Health, 47*(4), 393-400, https://doi.org/10.1177/1403494818758918.

Svendsen, I.H., Hill, S., King, R.B., & Smith, A. (2017). Age differences in the experience of negative affect and social inhibition: Implications for type D personality. *Aging & Mental Health, 21*(8), 839-847, https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1156058.

Vos, T., Lim, S.S., Abbafati, C., Abbas, K.M., Abbasi, M., Abbasi-Kangevari, M., ... & Murray, C.J.L. (2016). Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet, 396*(10258), 1204-1222, https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30925-9.

White, D., & Leach, C. (2018). Validation of the Hospital Anxiety and Depression Scale for use with adolescents. *British Journal of Psychiatry, 160*(6), 766-770, https://doi.org/10.1192/bjp.160.6.766.

Williams, L., O'Connor, R.C., Howard, S., & Hughes, B.M. (2020). Gender differences in type D personality and cardiovascular health: Evidence from the general population. *Journal of Psychosomatic Research*, 133, 110124, https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110124.

Wittchen, H.U., Schönfeld, S., Kirschbaum, T., Mewes, R., Neumer, S., Dour, H., & Kessler, R.C. (2019). Generalized anxiety and depression in primary care: Prevalence, recognition, and management. *Journal of Affective Disorders, 225*, 482-490, https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.08.023.

Zigmond, A.S., & Snaith, R.P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-37020.

## OSOBOWOŚĆ TYPU D ORAZ JEJ ZWIĄZEK Z OBJAWAMI DEPRESJI I LĘKU U PACJENTÓW KORZYSTAJĄCYCH Z PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

**Streszczenie:** Pojęcie osobowości typu D zostało wprowdzone w 1997 roku przez profesora psychologii klinicznej Johana Denolleta. Opisał on związek pomiędzy pewnymi cechami osobowości a zapadalnością na schorzenia somatyczne i adaptacją do nich. Ten wariant osobowości, zwany również stresowym, charakteryzuje się większą skłonnością do przeżywania negatywnych emocji i wycofaniem społecznym. Celem przeprowadzonego badania była ocena rozpowszechnienia osobowości typu D wśród pacjentów korzystających z podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) oraz określenie współwystępowania objawów depresji i lęku w tej grupie. Badaniem ankietowym objęto 148 pacjentów POZ. W badanej grupie 31% osób spełniało kryteria osobowości stresowej; wyniki wskazują na znacząco częstsze objawy lęku oraz depresji u tych pacjentów.

**Słowa kluczowe:** osobowość typu D, Podstawowa Opieka Zdrowotna, HADS, DS-14

## TYPE D PERSONALITY AND ITS RELATIONSHIP WITH SYMPTOMS OF DEPRESSION AND ANXIETY IN PRIMARY HEALTH CARE PATIENTS

**Abstract:** The concept of Type D personality was introduced in 1997 by Professor Johan Denollet, a clinical psychologist. He described the relationship between certain personality traits and susceptibility to somatic diseases and adaptation to them. This personality variant, also known as distressed, is characterized by a greater tendency to experience negative emotions and social withdrawal. The aim of our study was to assess the prevalence of Type D personality among patients using Primary Health Care (PHC) services and to determine the co-occurrence of symptoms of depression and anxiety in this group. A survey was conducted on 148 PHC patients. In the study group, 31% of individuals met the criteria for distressed personality, with results indicating significantly more frequent symptoms of anxiety and depression in these patients.

**Keywords:** Type D personality, Primary Health Care, HADS, DS-14