

Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy. Wydział Psychologii

PAVEL LARIONOV, PAWEŁ IZDEBSKI

ORCID: 0000-0002-4911-3984; pavel@ukw.edu.pl

ORCID: 0000-0002-3204-4898; pawel@ukw.edu.pl

---

*Wybrane cechy osobowości a dysfunkcjonalna regulacja emocji  
jako czynnik ryzyka nadciśnienia tętniczego*

---

Selected Personality Traits and Dysfunctional Emotion Regulation  
as a Risk Factor for Arterial Hypertension

PROPOZYCJA CYTOWANIA: Larionov, P., Izdebski, P. (2020). Wybrane cechy osobowości a dysfunkcjonalna regulacja emocji jako czynnik ryzyka nadciśnienia tętniczego. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio J, Paedagogia-Psychologia*, 33(2), 239–252. DOI: <http://dx.doi.org/10.17951/j.2020.33.2.239-252>.

### STRESZCZENIE

W artykule przedstawiono przegląd badań o roli stresu, wybranych czynników psychologicznych i dysfunkcjonalnej regulacji emocji w rozwoju nadciśnienia tętniczego (NT). Zgodnie z psychogennymi poglądami na etiologię NT dysfunkcjonalna regulacja emocji odgrywa kluczową rolę w patogenezie NT i jest jego czynnikiem ryzyka. Najbardziej charakterystycznymi cechami psychologicznymi chorych na NT są: lęk, niektóre wymiary aleksytymii, nieadaptacyjny charakter reakcji na sytuacje stresujące, tłumione emocje, sztywne postawy wobec siebie i świata. Dysfunkcjonalna regulacja emocji wyraża się w niezdolności do szybkiego odzyskiwania równowagi emocjonalnej i bardziej intensywnym przeżywaniu emocjonalnym przez chorych na NT znaczących dla nich sytuacji. Wskazano, że badania cech osobowości chorych na NT są sprzeczne, a izolowane badanie cech osobowości bez uwzględnienia ich związku z innymi zjawiskami o charakterze somatycznym lub psychicznym ma niewielkie znaczenie w celu zrozumienia patogenetycznych mechanizmów rozwoju NT. Przedstawiono też pewne refleksje na temat zdrowia duchowego i jego związku z NT. Ponadto zaproponowano sposoby dalszych badań nad regulacją emocji u osób z NT, które należy przeprowadzić z perspektywy jedności „predyspozycja biologiczna – osobowość – sytuacja”.

**Słowa kluczowe:** nadciśnienie tętnicze; regulacja emocji; osobowość; stres; czynnik ryzyka

## WPROWADZENIE

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) nadciśnienie tętnicze (NT) jest globalnym problemem zdrowia publicznego (WHO, 2013a). Nadciśnienie tętnicze dzieli się na dwie formy: nadciśnienie pierwotne i nadciśnienie wtórne. Nadciśnienie pierwotne (samoistne) to najpowszechniejsza postać nadciśnienia (występuje u 95% chorych), lecz jego bezpośrednia przyczyna nie została ustalona. Nadciśnienie wtórne (objawowe) jest spowodowane określonym procesem chorobowym (Gaciong, Lewandowski, Siński, Abramczyk, 2008; Wojciechowska, Izdebska, 2014).

W 2008 r. na całym świecie u około 1 mld osób dorosłych powyżej 25 lat i starszych zdiagnozowano NT (WHO, 2013a), a do 2025 r. przewidywana liczba chorych może wynieść 1 mld 540–580 mln (Kearney i in., 2005). Według epidemiologicznego badania NATPOL 2011 w Polsce chorych na NT jest około 10 mln osób (Tykarski i in., 2015), a w całej populacji dorosłych Polaków rozpowszechnienie NT wynosi około 34% (Zdrojewski i in., 2015). Zgodnie z Wytycznymi Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego do 2035 r. liczba pacjentów z NT zwiększy się o 50% (Tykarski i in., 2015). Pomimo opracowania skutecznych leków i metod leczenia oraz prowadzenia programów mających na celu zmniejszenie częstości występowania NT poziom zachorowalności wciąż pozostaje wysoki. Wyniki z badania NATPOL 2011 wykazały, że mieszkańcy Polski nie mają dostatecznej wiedzy na temat kryteriów NT i jego powikłań (Suligowska i in., 2014). Obserwuje się niesystematyczne stosowanie leków na NT (Wojarska, Nowak, Materek, 2017), a także niewystarczającą prewencję chorób układu sercowo-naczyniowego (Piwońska i in., 2018). Sprzyja temu sama natura choroby i jej etiologia, która pozostaje wciąż nierozpoznana. WHO metaforycznie nazwała NT „cichym zabójcą”, ponieważ NT rzadko powoduje objawy w początkowej fazie, a tym samym wczesna diagnoza jest bardzo skomplikowana (WHO, 2013a). Według Globalnego Planu Działań WHO w zakresie prewencji chorób niezakaźnych i walce z nimi w latach 2013–2020 proponuje się wziąć pod uwagę wszystkie czynniki ryzyka NT, w tym niewystarczające radzenie sobie ze stresem (WHO, 2013b).

Celem artykułu jest określenie roli stresu oraz wybranych cech osobowości związanych z rozwojem i przebiegiem NT, a także analiza specyfiki regulacji emocji u chorych na NT.

## ZNACZENIE STRESU W ETIOLOGII NT

NT jest postrzegane jako choroba psychosomatyczna i polietiologiczna, co warunkuje skomplikowany mechanizm jej powstawania. Do modyfikujących czynników ryzyka NT należą: palenie tytoniu, nadmierne spożywanie alkoholu,

niezdrowa dieta, mała aktywność fizyczna, otyłość itd. Z kolei niemodyfikującymi czynnikami są: starszy wiek, predyspozycje dziedziczne i współwystępowanie innych poważnych chorób, np. cukrzyca (Knieć, Kujawska-Łuczak, 2012; WHO, 2013b; Williams i in., 2019). Szczególne znaczenie w patogenezie NT ma stres, co zostało podkreślone w wielu badaniach (Kaczyńska, Gaciong, 2003; Moryś, Jeżewska, Rynkiewicz, 2005a, 2005b; Spruill, 2010; Jodłowska, Juszcak, 2013). Coraz częściej przyjmowane jest założenie, że zwłaszcza stres chroniczny wraz z nieadaptacyjną reakcją organizmu na czynniki stresujące to prawdopodobne przyczyny utrzymującego się podwyższenia ciśnienia krwi (Sparrenberger i in., 2009; Ageenkova, 2016). W najnowszych europejskich wytycznych dotyczących postępowania w NT obserwuje się brak odpowiedniej uwagi dla czynników natury psychologicznej, co utrudnia kompleksowe rozpatrzenie problemu NT z pozycji biopsychospołecznego modelu zdrowia, podczas gdy psychologowie kliniczni zgromadzili na ten temat wiele ważnych informacji (Alekhin, Dubinina, 2018).

Współczesny styl życia charakteryzuje się potrzebą rozwiązywania złożonych problemów w warunkach nadmiaru różnorodnych informacji i ograniczonego czasu na ich przetwarzanie (stres informacyjny), co wymaga znacznych wysiłków psychofizjologicznych (Ledzińska, 2009). Sytuacje stresujące stwarzają jedynie warunki do powstawania napięcia psychoemocjonalnego. W większym zakresie rozwój choroby zależy od specyfiki reakcji organizmu na stres. Konsekwencje wpływu stresu na organizm jednostki w znacznym stopniu zależą od jej subiektywnej oceny czynników stresujących i sposobu radzenia sobie w sytuacjach trudnych (Lazarus, Folkman, 1984; Moryś i in., 2005b). Jak podkreślił Hans Selye (1977), istnieje zależność pomiędzy witalnością a stopniem adaptacji u zwierzęcia i człowieka. Skutki stresu i powstawanie choroby zależą od tego, czy jednostka jest w stanie dostosować się do zmieniających się warunków środowiska, nie zakłócając przy tym homeostazy.

W ramach prospektywnego 16-letniego programu WHO „MONICA-psychosocial” wykazano, że dla kobiet ryzyko rozwoju NT jest większe w przypadku stresu pochodzącego ze środowiska rodzinnego niż z pracy. Częstość występowania NT była jeszcze wyższa u kobiet zamężnych, doświadczających stresu zarówno w rodzinie, jak i w pracy. Wykonywanie pracy fizycznej, wyższy poziom wykształcenia oraz stanowisko kierownicze są ważnymi czynnikami zwiększającymi ryzyko NT (Gafarov, Panov, Gromova, Gagulin, Gafarova, 2018). W rezultacie 14-letnich badań stwierdzono, że ryzyko NT u mężczyzn jest większe przy stresie w pracy niż w rodzinie. Życie rodzinne bez partnera, a także ciężka praca fizyczna sprzyjają zwiększeniu ryzyka rozwoju NT (Gafarov, Gromova, Gagulin, Gafarova, 2013). Bezrobocie, wydłużone godziny pracy, niewysoka pensja, obciążenie pracą oraz niska integracja społeczna, samotność i niepewne warunki lokalowe są istotnie związane z ryzykiem rozwoju NT (Cuffee, Ogedegbe, Williams, Ogedegbe, Schoenthaler, 2014). Wnioski z badania „CARDIA Study”

pokazują, że niski status społeczno-ekonomiczny i niezdrowa atmosfera rodzinna w dzieciństwie są znaczącymi czynnikami rozwoju NT w dorosłości (Lechman, Taylor, Kiefe, Seeman, 2009).

## OSOBOWOŚĆ A NT

Wśród cech osobowości predysponujących do rozwoju NT Angelika Chachaj ze współpracownikami (2006) wyróżniła: aleksytymię, neurotyzm, wrogość, dostosowanie społeczne, osobowość lękliwą oraz depresję. Dostosowanie społeczne (pojęcie to jest bliskie aprobachie społecznej) Chachaj ze współpracownikami (2006) rozumie jako przedstawianie własnej osoby w kontaktach z innymi ludźmi w sposób najbardziej pożądanym w danej sytuacji. Pomimo znacznej liczby prac poświęconych badaniu wzorów zachowania związanych z NT wnioski są niejednoznaczne. Uważa się, że wzór zachowania A (WZA), uznany jako czynnik ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego, nie zawsze występuje u pacjentów z NT i chorobą niedokrwienną serca. Badania pokazują, że tylko u jednej trzeciej pacjentów z chorobami kardiologicznymi obserwuje się WZA (Sirri i in., 2012). Wykazano, że wśród mężczyzn zachowanie typu B zwiększa ryzyko choroby niedokrwiennej serca, a kardiotoksyczne działanie WZA zależy od płci i cech kulturowych (Ikeda, Iso, Kawachi, Inoue, Tsugane, 2008). Dawid Miśkowiec, Paulina Kwarta, Andrzej Witusik i Tadeusz Pietras (2013) wskazują, że koncepcja WZA straciła aktualność, a szczególną uwagę zwraca się na koncepcję wzoru osobowości typu D.

Podkreśla się związek chorób kardiologicznych z typem osobowości D, który cechuje się negatywną emocjonalnością i hamowaniem społecznym (Sher, 2005; Kupper, Denollet, 2007; Oliva i in., 2016; Minasidou, Kafkia, Dimitriadou, Kallia, Kourakos, 2017). Stwierdzono, że osoby z typem D (zwłaszcza mężczyźni) mają bardziej wyraźną reakcję niedostosowania układu sercowo-naczyniowego na stres (Habra, Linden, Anderson, Weinberg, 2003; Howard, Hughes, James, 2011; Howard, Hughes, 2013). Prace naukowców zajmujących się badaniem interakcji cech związanych z typami osobowości A i D oraz tworzeniem mieszanych profili osobowości otwierają nowe perspektywy. WZA z negatywną emocjonalnością odzwierciedla wyższe ryzyko chorób sercowo-naczyniowych, brak ruchu, większe nasilenie lęku i depresji, a także wiąże się z niskimi wskaźnikami samooceny, optymizmu i ogólnie stanu zdrowia (Steca i in., 2016). Praktyka niezdrowego stylu życia może wyjaśnić pośredni mechanizm, poprzez który osobowość typu D wiąże się z ryzykiem zachorowalności i śmiertelności u pacjentów z chorobami układu krążenia (Carneiro-Barrera, Valdés-Díaz, Rodríguez-Testal, 2018). Liczba badań (zwłaszcza prospektywnych) jest jednak niewystarczająca, żeby wnioskować o bezpośrednim wpływie osobowości typu D na rozwój chorób układu krążenia.

Badania gniewu jako cechy (*anger trait*) u pacjentów z NT nie prowadzą do jednoznacznych wniosków. W badaniu Abdullah Sohail ze współpracownikami (2016) wykazał występowanie tej cechy u osób z NT. Z kolei w innej pracy zaobserwowano brak znaczących różnic w poziomie gniewu pomiędzy pacjentami z NT a osobami z prawidłowym ciśnieniem (García-Vera, Sanz, Espinosa, Fortún, Magán, 2010). Wyższy poziom lęku, odczuwanego subiektywnie stresu i depresji był charakterystyczny dla osób z NT, a największy wpływ na różnicę między grupami miała depresja (García-Vera i in., 2010). Polscy badacze Paweł Atroszko, Jacek Kowalczyk i Waldemar Kowalczyk (2013), stosując Kwestionariusz Temperamentu EAS, wykazali, że mężczyźni z NT cechują się wyższym poziomem niezadowolenia i złości niż zdrowi mężczyźni.

Podczas prowadzenia badań diagnostycznych w ramach poradnictwa psychologicznego w szpitalu u chorych na NT wykazano występowanie cech alekstymicznych i zwłaszcza operacyjnego stylu myślenia (Ageenkova, Larionov, 2018). Inni badacze także wnioskują, że NT wiąże się z alekstymią, potrzebą aprobaty społecznej i dystresem psychologicznym (Chachaj i in., 2009). Należy zauważyć, że polscy badacze – Krzysztof Małyszczak, Angelika Pyszal i Andrzej Szuba (2007) – opracowali specjalną podskalę Kwestionariusza Alekstytmii Bermonda-Vorsta, która może być pomocna w rozpoznaniu NT. Autorzy ci uważają, że osoby z NT cechują się większą reaktywnością emocjonalną oraz mniejszą umiejętnością rozpoznawania i werbalizowania własnych emocji.

Analizując scenariusze życiowe i system relacji życiowych chorych na NT, Ekaterina K. Ageenkova i Pavel M. Larionov (2018) wykazali, że pacjenci z NT mają tendencję do większego zadowolenia ze swoich życiowych osiągnięć w porównaniu z osobami zdrowymi. U badanych stwierdzono wysoką potrzebę dominacji, która przejawiała się w chęci podkreślania znaczenia swoich sukcesów. Pacjenci z NT deprecjonują znaczenie sukcesów innych ludzi. Wykazano u nich brak empatii w stosunku do ludzi, ale jednocześnie zaobserwowano empatię wobec zwierząt. Większość przeżywanych pozytywnych emocji u chorych z NT była związana z pracą. Dla badanych pacjentów z NT ich wartości, normy moralne i standardy zachowania miały duże znaczenie. W sytuacjach gdy zachowanie innych ludzi nie spełniało tych oczekiwań, osoby badane były skłonne do krytyki i ich potępiania (Ageenkova, Larionov, 2018). Może to być elementem dysfunkcyjnego charakteru komunikacji interpersonalnej pacjentów z NT.

## ZDROWIE DUCHOWE A NT

Koncepcja zdrowia duchowego jest w trakcie rozwoju (Heszen, Sęk, 2012). Warto jednak zwrócić uwagę na niektóre aspekty zdrowia duchowego osób z NT. Retrospektywne badanie wykazało, że pacjenci z NT w momencie badania oraz w okresie dojrzewania cechowali się rzetelnością, odpowiedzialnością, pryncypialnością,

obowiązkowością i orientacją na wysokie standardy moralne (Ageenkova, Larionov, 2018). Jest bardzo prawdopodobne, że specyfika moralnego wychowania chorych na NT w rodzinie lub pod wpływem kultury sprzyja kształtowaniu sztywnych postaw wobec siebie, otoczenia i świata. Z psychologicznego punktu widzenia można sformułować przypuszczenie, że zorientowanie na wysokie standardy moralne oraz brak elastyczności wobec nich zachęcają pacjentów z NT do aktywnej obrony swoich wartości. Podkreślono też przejaw wrogości i krytyki w stosunku do tych, którzy prezentują inne poglądy na życie. Prawdopodobnie takie nadmierne wysiłki powodują przeciążenie emocjonalne, a w konsekwencji chronicznie podwyższone ciśnienie krwi (Ageenkova, Larionov, 2018).

W badaniach akcentuje się, że aspekt duchowości (*spirituality*) dla chorych na NT ma ważne znaczenie w aspekcie leczenia. Z jednej strony duchowe przekonania jednostki mogą pozytywnie wpływać na mechanizm radzenia sobie z negatywnymi emocjami (Kretchy, Owusu-Daaku, Danquah, 2014), z drugiej zaś można obserwować negatywny efekt, kiedy dzięki wierze w cudowne uzdrowienie osoba chora nie stosuje leków i nie stosuje się do zaleceń lekarzy (Kretchy, Owusu-Daaku, Danquah, 2013). Przypuszcza się, że wiara religijna pośrednio poprzez promowanie zdrowego stylu życia, prowadzenie religijnych rytuałów mających charakter ćwiczeń fizycznych, a także za pomocą kształtowania sprzyjającego dobrostanowi psychicznemu obrazu świata zbawiennie wpływa na osoby z NT (Levin, Vanderpool, 1989). W pracy Fernando A. Lucchese i Harolda G. Koeniga (2013) został przedstawiony szeroki przegląd badań oraz implikacji praktycznych na temat związku religijności i duchowości z chorobami kardiologicznymi. Autorzy opisali mechanizmy psychologiczne, społeczne i behawioralne, poprzez które odbywa się wpływ wiary religijnej na układ sercowo-naczyniowy. Stopniowe i konsekwentne rozpatrywanie problemu NT z pozycji zdrowia duchowego jest podejściem perspektywicznym, na które warto zwrócić uwagę szczególnie w Polsce, ponieważ w polskim społeczeństwie wiara chrześcijańska jest szeroko rozpowszechniona i ma silną pozycję.

## WPLYW DIAGNOZY NA ZMIANY W OSOBOWOŚCI

Ważne wnioski dotyczące wpływu uświadomienia obecności NT (*awareness of hypertension*) zaprezentowali M.J. Irvine, D.M. Garner, M.P. Olmsted i A.G. Logan (1989). Osoby z NT, które były świadome diagnozy NT w porównaniu z osobami zdrowymi i osobami, które miały NT, ale nie były tego świadome, uzyskały istotnie wyższy poziom neurotyczności, gniewu, lęku-cechy i lęku-stanu, a także charakteryzowały się WZA i skłonnością do tłumienia gniewu. Osoby zdrowe i osoby chore na NT, które nie wiedziały o diagnozie, nie różniły się istotnie (Irvine i in., 1989). To sugeruje, że kształtowanie się zmian w strukturze osobowości może być reakcją na chorobę. We współczesnych badaniach pod-

kreśla się znaczenie fenomenu wpływu diagnozy na stan psychiczny osób z NT (*hypertension labeling*). Po diagnozie obserwuje się rozwój dystresu, niepokoju i innych objawów neurotycznych, których nie było u chorych do momentu postawienia diagnozy i rozpoczęcia leczenia (Hamer, Batty, Stamatakis, Kivimaki, 2010; Tikhonoff i in., 2016). Nie zaobserwowano jednak negatywnych skutków po diagnozie stanu przednadcisnieniowego (Spruill i in., 2013). Pomimo niespójności wyników badań uwidoczniona dynamika powinna być brana pod uwagę w procesie diagnozy i leczenia, aby zapobiec powstawaniu autostygmatyzacji (*self-stigma*) i nie popełniać błędów jatrogennych w trakcie komunikacji między personelem medycznym a pacjentem.

Pomimo wielu badań poświęconych NT nierozstrzygnięte pozostaje pytanie dotyczące cech osobowości predysponujących do NT. Wynika to z faktu prowadzenia badań na osobach chorych. Wnioski z badań retrospektywnych i prospektywnych dostarczają częściowych odpowiedzi i nie są do końca spójne. Co więcej, nie można jednoznacznie wskazać cech osobowości, które byłyby charakterystyczne dla chorych na NT (Cuffee i in., 2014). Larionov (2020) wnioskuje, że izolowane badanie cech osobowości bez uwzględnienia ich związku z innymi zjawiskami o charakterze somatycznym lub psychicznym ma niewielkie znaczenie dla zrozumienia patogenetycznych mechanizmów rozwoju NT. Tylko w ramach koncepcji integracyjnych, uwzględniających występowanie, rozwój i przebieg chorób z perspektywy jedności „predyspozycja biologiczna – osobowość – sytuacja”, badanie cech osobowości staje się znaczące (Schyolkova, 2008; Larionov, 2020). Dostępne dane pozwalają przypuszczać, że najbardziej odpowiednim podejściem byłoby zbadanie dynamiki rozwoju, przebiegu i leczenia NT u osób z różnymi cechami osobowościowymi, a nie koncentrowanie się na znalezieniu specyficznych profili osobowości lub wzorów zachowania. Jest to szczególnie ważne, ponieważ odkryto związek między psychologiczną charakterystyką osobowości a odpowiedzią na leczenie przeciwnadcisnieniowe (Mann, Gerber, 2002). Obecność mających neurotyczny charakter wyżej wskazanych cech osobowości odzwierciedla jednak występowanie u chorych na NT problemów w sferze emocjonalnej. W patogenezie NT szczególnie podkreśla się znaczenie stłumionych emocji (Mann, 2000; Symonides i in., 2014). Istotna staje się więc kwestia regulacji emocji u osób z NT (Larionov, 2020).

#### SPECYFIKA REGULACJI EMOCJI U CHORYCH NA NT

Zgodnie z poglądami psychogennymi na temat rozwoju NT dysfunkcjonalna regulacja emocji odgrywa najważniejszą rolę w patogenezie NT. Pod wpływem stresu obserwuje się aktywację współczulnego układu nerwowego, którego specyfika działania może mieć istotne znaczenie dla zrozumienia mechanizmów powstawania NT (Esler, Kaye, 2000; Mann, 2003, 2012). Ponadto zwraca się uwagę

na specyficzną formę NT – tzw. nadciśnienie neurogenne. Samuel J. Mann (2018) opisał patofizjologię, diagnostykę i leczenie tej choroby, podkreślając jej cechy charakterystyczne. Zwiększona aktywność układu nerwowego wiąże się z gniewem, lękiem, tłumionymi emocjami i nadwrażliwością w odpowiedzi na sytuacje stresowe (Morys i in., 2005b; Mann, 2018). Pacjenci z NT pierwotnym charakteryzują się niezdolnością do szybkiego odzyskiwania równowagi emocjonalnej w porównaniu z pacjentami z NT wtórnym. Wyraża się to w intensywniejszym i dłuższym przeżywaniu emocjonalnym przez chorych na NT znaczących dla nich sytuacji (Ageenkova, 2016). Osoby chore na NT cechują się bardziej wyraźną reakcją układu krążenia na testy zadań umysłowych wywołujących stres (*mental stress tests*) oraz mniejszą zdolnością do powrotu początkowych wartości ciśnienia krwi w porównaniu z chorymi na zaburzenia lękowe (Ageenkova, 2016) i osobami zdrowymi (Deter, Blecher, Weber, 2007; Gasperin, Netuveli, Dias-da-Costa, Patussi, 2009). Wysoką reaktywność kardiologiczną zaobserwowano u osób w stanie przednadciśnieniowym (Schwartz, Durocher, Carter, 2011). Badacze wnioskują, że jest to jeden z czynników ryzyka NT (Matthews i in., 2004).

Obecnie rozwijane są poznawcze modele regulacji emocji (Garnefski, Kraaij, Spinhoven, 2001; Leahy, 2002; Gross, Jazaieri, 2014). Proponują one nie tylko teoretyczne konstrukcje regulacji emocjonalnej, lecz także narzędzia badawcze, które pozwalają na badanie poznawczych strategii regulacji emocji. Podkreśla się, że nieadaptacyjne wykorzystanie niektórych z tych strategii może prowadzić do zaburzeń emocjonalnych (Garnefski i in., 2001). Według danych z obserwacji klinicznych napięcie emocjonalne u chorych na NT jest utrzymane dzięki wyobrażaniu sobie sytuacji stresowych. Może to przebiegać trzema głównymi drogami: 1) wyobrażanie realnej negatywnej sytuacji; 2) spór z przeciwnikiem w wyobraźni, co jest najbardziej charakterystyczne dla mężczyzn; 3) konstruowanie prawdopodobnych przyszłych nieprzyjemnych zdarzeń, co jest charakterystyczne dla ludzi podejrzliwych (Ageenkova, 2002). Te wyobrażone sytuacje z czasem nie tracą swojego emocjonalnego znaczenia, a w niektórych przypadkach powodują jeszcze silniejsze emocje (Ageenkova, 2016). Niezdolność do szybkiego odzyskiwania równowagi emocjonalnej na skutek intensywniejszego i dłuższego przeżywania sytuacji znaczących emocjonalnie może być prawdopodobnym czynnikiem ryzyka NT. Utrzymywanie organizmu na wysokim poziomie stresu poprzez tworzenie mentalnych reprezentacji zdarzeń negatywnych, zgodnie z mechanizmem wyczerpania zasobów odpornościowych, może doprowadzić organizm do patologicznego zakłócenia jego homeostazy.

Z pozycji poznawczej regulacji emocji można przypuszczać, że napięcie emocjonalne może być utrzymane ze względu na obecność ruminacji, którą wyróżnia się wśród nieadaptacyjnych strategii regulacji emocji (Garnefski i in., 2001; Leahy, 2002; Gross, Jazaieri, 2014). Ruminacja (przeżuwanie myśli) to nawracanie powtarzających się myśli na temat różnych uczuć, sytuacji życiowych itd.



Obecność ruminacji odgrywa ważną rolę w związku stresu z NT (Key, Campbell, Bacon, Gerin, 2008), a także predysponuje do lęku i zaburzeń depresyjnych (Nolen-Hoeksema, 2000), które są charakterystyczne dla osób z NT, co zostało podkreślone wyżej. Wiesław Baryła i Bogdan Wojciszke (2005), konstruując Kwestionariusz Ruminacji, wyróżnili dwa rodzaje ruminacji: 1) na temat własnej osoby i 2) na temat świata społecznego. Można przypuszczać, że u osób chorych na NT duże znaczenie ma obecność ruminacji o świecie społecznym, treścią której jest rozbieżność między spostrzeganym światem a pożądaną rzeczywistością.

Analizując niektóre z najważniejszych cech osobowości chorych na NT oraz specyfikę ich emocjonalnego reagowania na stresujące czynniki, można odnotować, że osoby z NT cechują się dysfunkcjonalną regulacją emocji. Można przypuszczać, że jest ona ściśle powiązana z działalnością układu nerwowego. Powołując się na Regulacyjną Teorię Temperamentu Jana Strelaua (2012), przedstawione powyżej reakcje emocjonalne chorych na NT prawdopodobnie można opisać w terminach wysokiego poziomu perseweratywności oraz reaktywności emocjonalnej. Zgodnie z wnioskami Ireny Heszen (2013) te cechy temperamentu odzwierciedlają silniejszą reakcję organizmu na stres. Istotne jest także określenie związku zarówno między skalami perseweratywności i emocjonalności reaktywnej a ruminacją, jak i między temperamentem a regulacją emocjonalną. Proponuje się przesunięcie uwagi z izolowanego badania cech osobowości oraz skupienie się na badaniu relacji psychosomatycznych, zwłaszcza związku regulacji emocji z reakcją układu sercowo-naczyniowego na stres u pacjentów z NT i ze stanem przednadcisnieniowym (Larionov, 2020). Ukierunkowane ścieżki badawcze stwarzają nowe możliwości w badaniach mających na celu określenie patogenetycznych czynników powstawania NT.

## ZAKOŃCZENIE

Analiza wniosków z badań przedstawionych w artykule wykazała, że pacjenci z NT cechują się pewnymi problemami w sferze emocjonalnej. Za najistotniejsze z nich można uznać niezdolność do szybkiego odzyskiwania równowagi emocjonalnej po stresujących sytuacjach oraz dłuższe i bardziej intensywne przeżywanie emocjonalne znaczących dla nich sytuacji. Pomimo faktu, że wyniki badań cech psychologicznych osób z NT są sprzeczne, to jednak obecność tłumionych emocji, aleksytymii, lęku i generalnie dysfunkcjonalnej regulacji emocji zasługuje na uwagę. Zakłada się, że brak odpowiedniej regulacji emocji może być czynnikiem ryzyka NT. Istotne jest to, że regulacja emocji za pomocą metod samoregulacji psychicznej jest możliwa do skorygowania, co umożliwi opracowanie specyficznych metod psychoterapeutycznych służących profilaktyce i rehabilitacji osób z NT.

## BIBLIOGRAFIA

- Ageenkova, E.K. (2002). Psihologicheskie faktory v razvitii serdechno-sosudistykh zaboлевanij. *Psihoterapija i klinicheskaja psihologija*, 3(5), 19–23.
- Ageenkova, E.K. (2016). Proizvol'noe prolongirovanie psihojemotional'nogo stressa kak faktor riska serdechno-sosudistykh zaboлевanij. *Lichnost' v menjajushhemsja mire: zdorov'e, adaptacija, razvitie*, 4(15), 98–103. DOI: <https://doi.org/10.23888/humJ2016498-103>
- Ageenkova, E.K., Larionov, P.M. (2018). Novye vozmozhnosti issledovanija zhiznennogo scenarija v processe psihologicheskogo konsul'tirovanija. *Dialog*, 3(50), 18–31.
- Alekhin, A.N., Dubinina, E.A. (2018). New European guidelines for the management of arterial hypertension: The perspective of a clinical psychologist. *Arterial'naya Gipertenziya*, 24(6), 628–630. DOI: <https://doi.org/10.18705/1607-419X-2018-24-6-628-630>
- Atroszko, P., Kowalczyk, J., Kowalczyk, W. (2013). Cechy osobowości związane z emocjami u pacjentów z nadciśnieniem tętniczym – badanie pilotażowe. *Nadciśnienie Tętnicze*, 17(1), 30–37.
- Baryła, W., Wojciszke, B. (2005). Kwestionariusz ruminacji. *Studia Psychologiczne*, 43(4), 5–22.
- Carneiro-Barrera, A., Valdés-Díaz, M., Rodríguez-Testal, J.F. (2018). Type D personality, lifestyle habits, and cardiovascular disease risk: A mediational model. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 23(1), 35–46.  
DOI: <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.23.num.1.2018.19248>
- Chachaj, A., Małyszczak, K., Poręba, R., Woźniak, D., Jabłońska, ..., Szuba, A. (2006). Wybrane cechy osobowości osób z nadciśnieniem tętniczym. *Nadciśnienie Tętnicze*, 10(6), 532–537.
- Chachaj, A., Małyszczak, K., Kucharski, W., Lukas, J., Pyszczel, K., ..., Szuba, A. (2009). Personality characteristics of patients with essential hypertension. *Clinical and Experimental Medical Letters*, 50(2), 93–97.
- Cuffee, Y., Ogedegbe, C., Williams, N.J., Ogedegbe, G., Schoenthaler, A. (2014). Psychosocial Risk Factors for Hypertension: An Update of the Literature. *Current Hypertension Reports*, 16(483). DOI: <https://doi.org/10.1007/s11906-014-0483-3>
- Deter, H.C., Blecher, A., Weber, C.S. (2007). Cardiovascular reactivity of patients with essential and renal hypertension in an emotion-triggering interview. *Behavioral Medicine*, 3(4), 117–125.  
DOI: <https://doi.org/10.3200/BMED.32.4.117-125>
- Esler, M., Kaye, D. (2000). Sympathetic nervous system activation in essential hypertension, cardiac failure and psychosomatic heart disease. *Journal of Cardiovascular Pharmacology*, 35, 1–7. DOI: <https://doi.org/10.1097/00005344-200000004-00001>
- Gaciong, Z., Lewandowski, J., Siński, M., Abramczyk, P. (2008). Jak rozpoznać wtórne postacie nadciśnienia tętniczego? *Forum Medycyny Rodzinnej*, 2(5), 341–348.
- Gafarov, V.V., Gromova, E.A., Gagulin, I.V., Gafarova, A.V. (2013). Effects of stress on risk of arterial hypertension in general male population of 25–64 years old: 14 years of follow up (epidemiological study on the basis of the WHO program «MONICA — PSYCHOSOCIAL»). *Arterial'naya Gipertenziya*, 19(1), 27–31. DOI: <https://doi.org/10.18705/1607-419X-2013-19-1-27-31>
- Gafarov, V.V., Panov, D.O., Gromova, E.A., Gagulin, I.V., Gafarova, A.V. (2018). The risk of hypertension over 16 years and job-related stress in female population aged 25–64 years in Russia/Siberia. *Arterial'naya Gipertenziya*, 24(2), 183–192.  
DOI: <https://doi.org/10.18705/1607-419X-2018-24-2-183-192>
- García-Vera, M., Sanz, J., Espinosa, R., Fortún, M., Magán, I. (2010). Differences in emotional personality traits and stress between sustained hypertension and normotension. *Hypertension Research*, 33, 203–208. DOI: <https://doi.org/10.1038/hr.2009.210>
- Garnefski, N., Kraaij, V., Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30(8), 1311–1327.  
DOI: [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00113-6](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00113-6)

- Gasperin, D., Netuveli, G., Dias-da-Costa, J.S., Patussi, M.P. (2009). Effect of psychological stress on blood pressure increase: A meta-analysis of cohort studies. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(4), 715–726. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000400002>
- Gross, J.J., Jazaieri, H. (2014). Emotion, Emotion Regulation, and Psychopathology: An Affective Science Perspective. *Clinical Psychological Science*, 2(4), 387–401.  
DOI: <https://doi.org/10.1177/2167702614536164>
- Habra, M., Linden, W., Anderson, J., Weinberg, J. (2003). Type D personality is related to cardiovascular and neuroendocrine reactivity to acute stress. *Journal of Psychosomatic Research*, 55(3), 235–245. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(02\)00553-6](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(02)00553-6)
- Hamer, M., Batty, G.D., Stamatakis, E., Kivimaki, M. (2010). Hypertension Awareness and Psychological Distress. *Hypertension*, 56, 547–550.  
DOI: <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.110.153775>
- Heszen, I. (2013). *Psychologia stresu. Korzystne i niekorzystne skutki stresu życiowego*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Heszen, I., Sęk, H. (2012). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Howard, S., Hughes, B., James, J.E. (2011). Type D personality and hemodynamic reactivity to laboratory stress in women. *International Journal of Psychophysiology*, 80(2), 96–102.  
DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2011.02.006>
- Howard, S., Hughes, B. (2013). Type D personality is associated with a sensitized cardiovascular response to recurrent stress in men. *Biological Psychology*, 94(2), 450–455.  
DOI: <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2013.09.001>
- Ikeda, A., Iso, H., Kawachi, I., Inoue, M., Tsugane, S. (2008). Type A behaviour and risk of coronary heart disease: The JPHC Study. *International Journal of Epidemiology*, 37(6), 1395–1405.  
DOI: <https://doi.org/10.1093/ije/dyn124>
- Irvine, M.J., Garner, D.M., Olmsted, M.P., Logan, A.G. (1989). Personality differences between hypertensive and normotensive individuals: Influence of knowledge of hypertension status. *Psychosomatic Medicine*, 51(5), 53–549.  
DOI: <https://doi.org/10.1097/00006842-198909000-00005>
- Jodłowska, E., Juszcak, M. (2013). Wpływ stresu przewlekłego na rozwój nadciśnienia tętniczego. *Folia Medica Lodziensia*, 40(1), 53–77.
- Kaczyńska, A., Gaciong, Z. (2003). Stres psychiczny a nadciśnienie tętnicze. *Arterial Hypertension*, 7(1), 45–50.
- Kearney, P.M., Whelton, M., Reynolds, K., Muntner, P., Whelton, P.K., He, J. (2005). Global burden of hypertension: Analysis of worldwide data. *Lancet*, 365(9455), 217–223.  
DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)17741-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)17741-1)
- Key, B.L., Campbell, T.S., Bacon, S.L., Gerin, W. (2008). The influence of trait and state rumination on cardiovascular recovery from a negative emotional stressor. *Journal of Behavioral Medicine*, 31(3), 237–248. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10865-008-9152-9>
- Knieć, M., Kujawska-Luczak, M. (2012). Wpływ stylu życia na występowanie nadciśnienia tętniczego u dorosłych. *Forum Zaburzeń Metabolicznych*, 3(1), 14–23.
- Kretchy, I., Owusu-Daaku, F., Danquah, S. (2013). Spiritual and religious beliefs: Do they matter in the medication adherence behaviour of hypertensive patients? *Biopsychosocial Medicine*, 7(15). DOI: <https://doi.org/10.1186/1751-0759-7-15>
- Kretchy, I., Owusu-Daaku, F., Danquah, S. (2014). Mental health in hypertension: Assessing symptoms of anxiety, depression and stress on anti-hypertensive medication adherence. *International Journal of Mental Health Systems*, 8(25). DOI: <https://doi.org/10.1186/1752-4458-8-25>
- Kupper, N., Denollet, J. (2007). Type D personality as a prognostic factor in heart disease: Assessment and mediating mechanisms. *Journal of Personality Assessment*, 89(3), 265–276.  
DOI: <https://doi.org/10.1080/00223890701629797>

- Larionov, P.M. (2020). Psihosomaticheskie otnoshenija pri arterial'noj gipertenzii. *Rossijskiy kardiologicheskij zhurnal*, 25(3), 3683. DOI: <https://doi.org/10.15829/1560-4071-2020-3-3683>
- Lazarus, R.S., Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer Pub. Co.
- Leahy, R.L. (2002). A model of emotional schemas. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9(3), 177–190. DOI: [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(02\)80048-7](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(02)80048-7)
- Lechman, B.J., Taylor, S.E., Kiefe, C.I., Seeman, T.E. (2009). Relationship of Early Life Stress and Psychological Functioning to Blood Pressure in the CARDIA Study. *Health Psychology*, 28(3), 338–346. DOI: <https://doi.org/10.1037/a0013785>
- Ledzińska, M. (2009). *Człowiek współczesny w obliczu stresu informacyjnego*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.
- Levin, J.S., Vanderpool, H.Y. (1989). Is religion therapeutically significant for hypertension? *Social Science & Medicine*, 29(1), 69–78. DOI: [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(89\)90129-9](https://doi.org/10.1016/0277-9536(89)90129-9)
- Lucchese, F.A., Koenig, H.G. (2013). Religion, spirituality and cardiovascular disease: Research, clinical implications, and opportunities in Brazil. *The Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery*, 28(1), 103–128. DOI: <https://doi.org/10.5935/1678-9741.20130015>
- Małyszczak, K., Pyszel, A., Szuba, A. (2007). Podskala Kwestionariusza Aleksytymii Bermonda-Vorsta związana z rozpoznaniem nadciśnienia tętniczego. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 16(1), 43–47.
- Mann, S.J. (2000). The mind/body link in essential hypertension: Time for a new paradigm. *Alternative Therapies In Health And Medicine*, 6(2), 39–45.
- Mann, S.J. (2003). Neurogenic essential hypertension revisited: The case for increased clinical and research attention. *American Journal of Hypertension*, 16(10), 881–888. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0895-7061\(03\)00978-6](https://doi.org/10.1016/S0895-7061(03)00978-6)
- Mann, S.J. (2012). Psychosomatic research in hypertension: The lack of impact of decades of research and new directions to consider. *The Journal of Clinical Hypertension*, 14(10), 657–664. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1751-7176.2012.00686.x>
- Mann, S.J. (2018). Neurogenic hypertension: Pathophysiology, diagnosis and management. *Clinical Autonomic Research*, 28, 363–374. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10286-018-0541-z>
- Mann, S.J., Gerber, L.M. (2002). Psychological Characteristics and Responses to Antihypertensive Drug Therapy. *The Journal of Clinical Hypertension*, 4(1), 25–34. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1524-6175.2002.00493.x>
- Matthews, K.A., Katholi, C.R., McCreath, H., Whooley, M.A., Williams, D.R., ..., Markovitz, J.H. (2004). Blood pressure reactivity to psychological stress predicts hypertension in the CARDIA study. *Circulation*, 110(1), 74–78. DOI: <https://doi.org/10.1161/01.CIR.0000133415.37578.E4>
- Minasidou, E., Kafkia, T., Dimitriadou, A., Kallia, T., Kourakos, M. (2017). Personality D type and cardiovascular disease: A literature review. *Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu*, 2(2), 112–121. DOI: <http://dx.doi.org/10.21784/IwP.2017.012>
- Miśkowiec, D., Kwarta, P., Witusik, A., Pietras, T. (2013). Wzór zachowania typu A jako predyktor choroby niedokrwiennej serca – czy wciąż aktualny problem? *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 22(2), 129–136.
- Moryś, J., Jeżewska, M., Rynkiewicz, A. (2005a). Znaczenie stresu w patogenezie nadciśnienia tętniczego. Część I. *Nadciśnienie Tętnicze*, 9(1), 1–10.
- Moryś, J., Jeżewska, M., Rynkiewicz, A. (2005b). Znaczenie stresu w patogenezie nadciśnienia tętniczego. Część II. *Nadciśnienie Tętnicze*, 9(5), 374–384.
- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(3), 504–511. DOI: <https://doi.org/10.1037/0021-843X.109.3.504>
- Oliva, F., Versino, E., Gammino, L., Colombi, N., Ostacoli, L., ..., Picci, R. (2016). Type D Personality and Essential Hypertension in Primary Care: A Cross-Sectional Observational Study

- Within a Cohort of Patients Visiting General Practitioners. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 204(1), 43–48. DOI: <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000421>
- Piwońska, A., Piotrowski, W., Kozela, M., Pająk, A., Nadrowski, P., ..., Drygas, W. (2018). Cardiovascular diseases prevention in Poland – results of WOBASZ and WOBASZ II. *Kardiologia Polska*, 76(11), 1534–1541. DOI: <https://doi.org/10.5603/KP.a2018.0154>
- Schwartz, C.E., Durocher, J.J., Carter, J.R. (2011). Neurovascular responses to mental stress in prehypertensive humans. *Journal of Applied Physiology*, 110(1), 76–82. DOI: <https://doi.org/10.1152/jappphysiol.00912.2010>
- Schjolokova, O.Y. (2008). Zadachi psihologicheskoy diagnostiki v klinicheskoy medicine. *Vestnik Juzhno-Ural'skogo gosudarstvennogo universiteta. Serija: Psihologija*, 32(132), 81–90.
- Selye, H. (1977). *Stres okiełznany*. Warszawa: PIW.
- Sher, L. (2005). Type D personality: the heart, stress, and cortisol. *An International Journal of Medicine*, 98(5), 323–329. DOI: <https://doi.org/10.1093/qjmed/hci064>
- Sirri, L., Fava, G.A., Guidi, J., Porcelli, P., Rafanelli, C., ..., Sonino, N. (2012). Type A behaviour: A reappraisal of its characteristics in cardiovascular disease. *International Journal of Clinical Practice*, 66(9), 854–861. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1742-1241.2012.02993.x>
- Sohail, A., Mahmood, A., Asad, A., Basirat, A., Bilal, A., Bukhari, M.H. (2016). Psychosocial Determinants of Hypertension. *Annals of Punjab Medical College*, 10(2), 101–104.
- Sparrenberger, F., Cichelero, F.T., Ascoli, A.M., Fonseca, F.P., Weiss, G., ..., Fuchs, F.D. (2009). Does psychosocial stress cause hypertension? A systematic review of observational studies. *Journal of Human Hypertension*, 23(1), 12–19. DOI: <https://doi.org/10.1038/jhh.2008.74>
- Spruill, T.M. (2010). Chronic Psychosocial Stress and Hypertension. *Current Hypertension Reports*, 12(1), 10–16. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11906-009-0084-8>
- Spruill, T.M., Feltheimer, S.D., Harlapur, M., Schwartz, J.E., Ogedegbe, G., ..., Gerin, W. (2013). Are there consequences of labeling patients with prehypertension? An experimental study of effects on blood pressure and quality of life. *Journal of Psychosomatic Research*, 74(5), 433–438. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2013.01.009>
- Steca, P., D'Addario, M., Magrin, M., Miglioretti, M., Monzani, D., Pancani, L. (2016). A Type A and Type D Combined Personality Typology in Essential Hypertension and Acute Coronary Syndrome Patients: Associations with Demographic, Psychological, Clinical, and Lifestyle Indicators. *PLoS ONE*, 11(9), 1–28. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0161840>
- Strelau, J. (2012). *Psychologia temperamentu*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Suligowska, K., Gajewska, M., Stokwiszewski, J., Gaciong, Z., Bandosz, P., ..., Zdrojewski, T. (2014). Niedostateczna wiedza Polaków na temat kryteriów nadciśnienia tętniczego i jego powikłań – wyniki badania NATPOL 2011. *Nadciśnienie Tętnicze*, 18(1), 9–18.
- Symonides, B., Holas, P., Schram, M., Śleszycka, J., Bogaczewicz, A., Gaciong, Z. (2014). Does the control of negative emotions influence blood pressure control and its variability? *Blood Pressure*, 23(6), 323–329. DOI: <https://doi.org/10.3109/08037051.2014.901006>
- Tikhonoff, V., Hardy, R., Deanfield, J., Friberg, P., Muniz, G., ..., Richards, M. (2016). The relationship between affective symptoms and hypertension – role of the labelling effect: The 1946 British birth cohort. *Open Heart*, 3(1). DOI: <https://doi.org/10.1136/openhrt-2015-000341>
- Tykarski, A., Narkiewicz, K., Gaciong, Z., Januszewicz, A., Litwin, M., Kostka-Jeziorny, K. (2015). Zasady postępowania w nadciśnieniu tętniczym – 2015 rok. *Nadciśnienie Tętnicze w Praktyce*, 1(1), 1–70.
- WHO (2013a). *A global brief on hypertension. Silent killer, global public health crisis*. Switzerland.
- WHO (2013b). *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020*. Switzerland.
- Williams, B., Mancia, G., Spiering, W., Rosei, E.A., Azizi, M., ..., Desormais, I. (2019). Wytuczne ESC/ESH dotyczące postępowania w nadciśnieniu tętniczym (2018). *Kardiologia Polska*, 77(2), 71–159. DOI: <https://doi.org/10.5603/KP.2019.0018>

- Wojarska, I., Nowak, E., Materek, D. (2017). Unsystematic drug use in hypertension treatment as a life and health threatening problem. *Journal of Education, Health and Sport*, 7(3), 44–52.
- Wojciechowska, M., Izdebska, E. (2014). Profilaktyka nadciśnienia tętniczego. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 20(4), 370–373. DOI: <https://doi.org/10.5604/20834543.1132038>
- Zdrojewski, T., Rutkowski, M., Bandosz, P., Gaciong, Z., Solnica, B., ..., Wyrzykowski, B. (2015). Ocena rozpowszechnienia i kontroli czynników ryzyka chorób serca i naczyń w Polsce – badania NATPOL 1997, 2002, 2011. W: G. Kopeć, P. Jankowski, A. Pająk, A. Drygas (red.), *Epidemiologia i prewencja chorób układu krążenia* (s. 57–64). Kraków: Medycyna Praktyczna.

## SUMMARY

The article presents a review of research on the role of stress, selected psychological factors and dysfunctional emotion regulation on the development of arterial hypertension (AH). According to the psychogenic views on the etiology of AH, dysfunctional emotion regulation plays a key role in the pathogenesis of AH and is its risk factor. The most characteristic psychological traits of patients with AH are anxiety, some dimensions of alexithymia, non-adaptive coping with stress, suppressed emotions, rigid attitudes towards oneself and the world. Dysfunctional emotion regulation is expressed in the inability to quickly regain emotional balance and more intense emotional experience of significant situations in patients with AH. It was indicated that the study of personality traits of patients with AH is contradictory and the isolated study of personality traits without taking into account their relationship with other phenomena of a somatic or psychological nature is of little importance to understand the pathogenetic mechanisms of AH development. Some reflections on spiritual health and its relationship with the AH were presented. Also, methods of further research on the emotion regulation in people with AH have been proposed, which should be carried out from the perspective of unity “biological predisposition – personality – situation”.

**Keywords:** arterial hypertension; emotion regulation; personality; stress; risk factor