

Modyfikacja zachowania Typu A jako podstawa prewencji pierwotnej i wtórnej choroby niedokrwiennej serca

Jan Tylka¹

Instytut Kardiologii

ALTERATION OF TYPE A BEHAVIOR AS A BASE OF PRIMARY AND SECONDARY PREVENTION IN ISCHEMIC HEART DISEASE

Summary. Alteration of Type A behavior as a basis of primary and secondary prevention of ischemic heart disease.

The object of the present study was to determine whether the coronary prone behavior pattern – Type A can be modified through to specific forms of psychological influence.

The components of Type A as time urgency and hostility are described as well as the possible pathopsychologic phenomena this behavior effects leading to accentuation and hastening of the onset of the coronary artery disease.

Our study showed that young patients who had ischemic heart disease presented strong components of Type A behavior, and lower (than other patients) level of somatic risk factors.

During the follow-up cardiac rehabilitation suggestively lowered the Type A as well as some cardiac disturbances.

Niektóre przejawy ludzkich zachowań od dawna były spostrzegane przez lekarzy praktyków jako związane z chorobą serca. W połowie XIX w. niemiecki lekarz Von Dusch głosił, iż osoby o głośnym sposobie mówienia i intensywnie zaangażowane w pracę częściej doświadczają dolegliwości sercowych.

Na początku XX w. William Osler charakteryzował chorych na serce lekarzy jako osoby żyjące pod presją czasu i przyzwyczajone pracować jak maszyna (Osler, 1910). W latach trzydziestych Menningerowie opisali chorych na serce jako osoby ze wzmoczoną agresywnością, a w latach czterdziestych Dunbar (1943), mówiąc o osobowości wieńcowej, wymienia takie jej cechy, jak nadmierna koncentracja na osiągnięciu celu, presja czasu oraz skłonność do wkładania dużego wysiłku w pracę, przeżywanie konfliktu w związku z autorytetami, uwikłanie w liczne funkcje, czynności.

W 1959 r. dwaj kalifornijscy kardiologowie, Friedman i Rosenman, wysunęli koncepcję tzw. wieńcowego wzoru zachowania (*coronary prone behavior pattern*), który został nazwany Typem A zachowania. Ukierunkowanie zainteresowań niektórych kardiologów na zachowanie jako czynnik sprzyjający rozwojowi choroby spowodowane było m.in. tym, że – jak twierdzi – Rosenman w badaniach klinicznych nad cholesterolem spostrzeżono, iż osoby z wysokim poziomem cholesterolu nie różniły się od innych dietą, a zmian w poziomie cholesterolu nie można było tłumaczyć zależnością od diety (Friedman, Rosenman, 1957). Ponadto wzrost zachorowalności na chorobę wieńcową wśród Amerykanów w wieku średnim nie szedł w parze ze wzrostem, częstością, intensywnością zmian miażdżycowych w naczyniach wieńcowych *per se* (Morris, 1951; Saphir i in., 1956) lub ze znacznym wzrostem poziomu lipidów. Wiele grup spożywających pożywienie bogate w tłuszcz zwierzęcy ma ciągle niższy odsetek choroby wieńcowej niż inne grupy o podobnej diecie (Rosenman, Friedman, 1959b). Badania z ostatnich dziesiątków lat wskazują na większą zależność pomiędzy socjoekonomicznym stresem a chorobą wieńcową niż między dietą a chorobą wieńcową. Rosenman twierdzi, że koniunkcja pomiędzy stresem emocjonalnym wywołanym przez cywilizację a dietą i niską aktywnością fizyczną wpływa na wzrost zachorowalności na chorobę wieńcową w krajach zachodnich.

Typ A zachowania pojawił się jako wynik obserwacji zachowania zmieniającego się w wyniku stresu socjoekonomicznego u ludzi zwłaszcza w wieku średnim, którzy w konsekwencji zapadali na chorobę wieńcową. W formułowaniu definicji Typu A dla obojga płci uwzględniono następującą charakterystykę: a) intensywność trwałego dążenia do osiągnięcia wybranych przez siebie, lecz słabo zdefiniowanych celów; b) głęboką skłonność i pragnienie rywalizacji; c) uporczywe pragnienie uznania, awansu; d) stałe uwikłanie w różne liczne funkcje, które powodują restrykcje czasowe; e) nałogowa skłonność do przyspieszania tempa wykonywanych czynności fizycznych czy umysłowych; f) nadzwyczajne psychiczne i fizyczne „pogotowie”; g) agresywne i wrogie uczucia (Friedman, Rosenman, 1959; Rosenman, Friedman, 1961; Rosenman i in., 1975).

Interesujące badania zostały przeprowadzone przez Brozek i wsp. (1966). Przy użyciu testów psychologicznych badał on biznesmenów z Minnesota. W wyniku porównania grupy mężczyzn, którzy przez 14 lat byli zdrowi, z tymi, którzy cierpią na chorobę wieńcową, okazało się, że ci cierpiący na chorobę wieńcową statystycznie

¹ Adres do korespondencji: Jan Tylka, Zakład Rehabilitacji Kardiologicznej Instytutu Kardiologii w Warszawie, ul. Alpejska 42, 04-628 Warszawa.

JAN TYLKA

istotnie intensywniej pracowali, ujawniali wyższy poziom dążeń, szybciej jedli, chodzili, jeździli, pracowali, nawet wtedy, kiedy nie było po temu powodów, co jest wysoce skorelowane z opisem zachowania Typu A, a zostało uzyskane na podstawie wyników badań kwestionariuszem Thurstone'a (Rosenman i in., 1976 a; Chesney i in., 1981).

Groen (1986) uznaje, iż zawał serca jest skutkiem konstelacji trzech czynników:

1. Pewnym rodzajem osobowości zdeterminowanej przez dziedziczenie, dojrzewanie, wczesne doświadczenia, które stwarzają większe predyspozycje indywidualne.
2. Pewnym typem konfliktowych sytuacji międzyludzkich, które tkwią jako bardziej przyspieszający „stresor”.
3. Pewnym typem zachowania, poprzez które jednostka o takiej osobowości odpowiada na konflikt, sporo uwagi poświęca tzw. wzorom zachowania.

Główna cecha zachowania związanego z chorobą wieńcową może być opisana jako wyolbrzymienie (przesada) powszechnie uznawanego za normalne zachowanie wzoru kultury zachodniej. Jest to różnica ilościowa (*quantitative difference*) pomiędzy pacjentem, jego zachowaniem a innymi ludźmi. Osoba z chorobą wieńcową jest osobą bardziej aktywną, a jej agresja znajduje ujście w aktywności poprzez pracę. „Wieńcowcy” mają skłonność do pracowania ciężiej przez dłuższe godziny niż inni. W stosunku do innych osób więcej czasu poświęcają na pracę niż na wypoczynek, relaks, hobby. Praca jest dla nich głęboko zakorzenionym poczuciem sensu i wartości. Zdumiewająca jest u tych osób tendencja do podejmowania współzawodnictwa, akceptacji wyzwania, przyjmowanie więcej zadań ponad te, które łatwo mogą być wykonane i czuć odpowiedzialność za ich wykonanie w tym samym czasie.

W pracy demonstrują charakterystyczne zachowanie z dominacją nad innymi. Zmagają się lub walczą dla uzyskania przewagi lub przewodnictwa. Swoją agresję ukierunkowują na ciężką pracę, zwłaszcza w wieku średnim, bardziej niż inne osoby.

W życiu rodzinnym mają skłonność do dominowania nad współmałżonkiem i dziećmi. Poprzez ciężką pracę osoby takie spodziewają się wzmocnić swoją finansową i społeczną pozycję, która by pozwalała lepiej zaopatrzyć ich rodzinę. Oczekują podporządkowania współmałżonka i dzieci, miłości z ich strony, co poczytują sobie za kompensację swojej ciężkiej pracy i opieki (troski o innych). Prowadzą aktywne życie społeczne, więcej niż inni palą, jeżdżą drogiymi samochodami i są bardziej socjalnie „uwikłani”. W socjalnej aktywności mają tendencję do przesady (bardziej niż inni).

Istotą ich konfliktów jest frustracja związana z rosnącym pragnieniem dominowania w pracy, rodzinie lub czasami w ogólnych sytuacjach połączonych z frustracją tego pragnienia podziwu i społecznego uznania.

Ogólnie mają tendencję do zatrzymania (nie uwalniania) swoich emocji bardziej niż inni. Jest to sprzeczne z tym, co mówią oni o swojej młodości jako pełnej temperamentu, z wybuchami gniewu, walki. Jest to znaczący brak swobodnego ujawniania błędu, strachu lub depresji w ich zachowaniu, poza sytuacjami, w których te reakcje mogłyby być nazwane „naturalnymi”.

Groen (1996) podkreśla, że te same stwierdzenia odnoszą się do nadciśnienia, cukrzycy i otyłości, gdzie każdy z tych patologicznych warunków silnie koreluje z osobowością i wpływem psychologicznych uwarunkowań. Według Rosenmana i Chesney (1982), znaczący wzrost zachorowań na chorobę wieńcową w społeczeństwach szybko rozwijających się wypływa po części z tego, że społeczeństwa te wychowują osoby o takim typie zachowania, oferując nagrodę za szybkie, agresywne wykonywanie oraz podejmowanie rywalizacji (współzawodnictwa).

Nowoczesne otoczenie niesie współzawodnictwo oraz wrogość, gniew w wymiarze, który był niespotykany w poprzednich pokoleniach lub słabo zindustrializowanych społeczeństwach. Należy przeto wziąć pod uwagę, że Typ A zachowania może nie mieć swych podstaw wyłącznie w cechach osobowości, lecz raczej w tym, że to specyficzne zachowanie i styl życia wyłania się z reakcji pewnych cech osobowościowych na otoczeniem. WzmóŜona skłonność do współzawodnictwa osób o Typie A prowadzi do nastawienia agresywnego i żądzy osiągnięć, maksymalnego psychicznego i fizycznego pogotowia, napięcia mięśniowego, wybuchowego i gwałtownego sposobu mówienia.

Chronicznemu poczuciu braku czasu towarzyszy brak wypoczynku, niecierpliwość oraz nałogowe przyspieszanie większości czynności. To w konsekwencji może wpływać na drażliwość i wzmacniać potencjalną wrogość i gniew, która jest ukryta u wielu osób o Typie A.

Typ A definiowany jest jako zespół działanie–emocja zawierający:

- a) skłonność zachowania się (np. wysokie aspiracje, agresywność, współzawodnictwo i niecierpliwość); b) charakterystyczne zachowanie (np. napięcie mięśni, pogotowie, gwałtowna, dobitna mowa, pośpieszny chód i większość czynności wykonywanych szybko; c) odpowiedź emocjonalna (np. irytacja, wrogość i gniew).

Typ A zachowania nie jest wywołany przez sytuacje stresowe i nie jest synonimem stresu. Jego podłożem jest zespół wartości, myślenia i podejścia do stosunków międzyludzkich, co wyraża się poprzez charakterystyczne gesty, ekspresję twarzy, sposób oddychania, czynności motoryczne i chód, styl mówienia. Trzeba podkreślić, że Typ A wyrasta z interakcji indywidualnych predyspozycji osobowościowych, specyfiki

MODYFIKACJA ZACHOWANIA TYPU A

środowiska, otoczenia i percepcji stresów jako wyzwanie.

W wyniku tego procesu wzajemnego oddziaływania, agresywność, wrogość i pełen pośpiechu styl życia często współwystępuje ze wzrostem psychofizjologicznego pobudzenia. Po części Typ A może być rozważany jako odpowiedź na utrzymanie kontroli nad zdarzeniami, gdyż zagrażają one indywidualnemu poczuciu kontroli nad otoczeniem (Glass, 1977).

W formułowaniu koncepcji Typu A brano pod uwagę, że jest to specyficzny zespół zachowań, które nie są i nie były połączone z lękiem, z troskaniem, strachem, depresją lub neurotycznością. Typ B natomiast był pojmowany jako relatywny brak objawów Typu A. Osoby o Typie zachowania B były uważane za bardziej zrelaksowane, niefrasobliwe, rzeczywiście usatysfakcjonowane i mniej skoncentrowane na osiągnięciu i zaspokojeniu własnych potrzeb. Z czasem okazało się, że Typ B to nie tylko brak zachowań Typu A, a raczej Typ B ujawnia inny styl radzenia sobie, charakteryzujący się brakiem pośpiechu, niecierpliwości i wrogich reakcji (Rosenman, Chesney, 1982).

Friedman i Rosenman uwzględnili przy konstrukcji Typu A charakterystyczne znaki i sygnały w zachowaniu, takie jak: szybka mowa, przerywanie mówcy, łatwo narastające zniecierpliwienie, które odnieśli do koncepcji Cannona przyjmując hipotezę, że te dyskretne formy zachowania są przejawem chronicznej walki z czasem i ludźmi – walki wynikającej ze wzajemnego oddziaływania pomiędzy pewnymi wzmożonymi cechami osobowości a specyficznymi wymogami otoczenia (Rosenman, 1978b).

Inny sposób podejścia to szukanie, wyizolowanie centralnych cech psychicznych odpowiedzialnych za zachowanie Typu A.

I tak Glass (1977) stwierdził, że Typ A ciężko pracuje tłumiąc zmęczenie, motywując swe działanie wyolbrzymioną potrzebą kontroli nad otoczeniem.

Według Powell (1984), najnowsze badania potwierdzają, że Typ A to zjawisko wielowymiarowe (*multidimensional phenomenon*), gdzie w określonym szyku otwartych zachowań mieszczą się działania poznawcze, zachowania będące odpowiedzią na żądania otoczenia oraz fizjologiczne zjawiska im towarzyszące. Zgodnie z taką koncepcją, Typ A być może spostrzega innych „z wrogością”. W spostrzeganiu siebie może zaniżać poczucie własnej godności, wartości. W reaktywności istotna może się okazać „potrzeba kontroli”, a podsumowaniem bywa walka (*struggle*).

CHARAKTERYSTYKA PSYCHOLOGICZNA TYPU A

Friedman (1977; 1984) i Price (1985) w charakterystyce Typu A uwzględniają zewnętrzne przejawy zachowania, ukryte postawy i przekonania, uwarunkowania środowiskowe prowokujące do określonych zachowań i wreszcie symptomy i oznaki reakcji fizjologicznych. Zewnętrzne oznaki zachowania Typu A i B przedstawiono w poniższej tabeli:

Tabela 1.
Oznaki zewnętrzne Typu A i Typu B zachowania wg Friedmana (1977)
i wg Price (1982)

	Typ A		Typ B
1	Ogólnie uwalnia energię, czujność i pewność siebie	1	Ogólnie ujawnia odprężenie i uprzejmą grzeczność
2	Mocno ściska dłoń przy powitaniu i chodzi żwawym krokiem	2	Delikatnie podaje rękę, chodzi umiarkowanym krokiem
3	Głośno i/lub energicznie mówi	3	Głos ma łagodny, zazwyczaj o niskim natężeniu
4	Zwięzła mowa, skrótove odpowiedzi	4	Mowa wolna, odpowiedzi rozwlekłe
5	Urywa wypowiedzi (błędy w wymowie końcowych sylab lub słów)	5	Nie występują objawy niedokończonych wypowiedzi
6	Mowa szybka, przyśpieszenie mówienia, zwłaszcza pod koniec długiego zdania	6	Wolne, z umiarkowanym spokojem wypowiedzi, bez wyraźnego przyśpieszenia
7	Wybuchowa, gwałtowna mowa (z naciskiem na poszczególne słowa – wymawiane z emfazą) używanie słów wyrażających przysięgę	7	Minimalna skłonność do przyśpieszenia, prawie monotonny tok mowy
8	Przerywanie rozmówcy zanim on skończył	8	Rzadko przerywa osobie, z którą roz-

JAN TYLKA

	swoją wypowiedź		mawia
9	Ponaglanie rozmówcy poprzez używanie form: „tak, tak”, „mhm”, „prawda, prawda”, potakiwanie głową wyrażające zgodę na to, co mówi druga osoba	9	Nie ponagla rozmówcy
10	Gwałtowne reakcje na pytania dotyczące przeszkód w szybkim załatwianiu spraw (np. zbyt wolno jadące samochody, kolejka zmuszająca do czekania)	10	Brak gwałtownych reakcji na pytania dotyczące przeszkód zabierających czas
11	Używa zaciśniętej pięści lub wskazuje palcem na rozmówcę, aby podkreślić to, co mówi	11	Nigdy nie używa zaciśniętej pięści ani nie wskazuje palcem dla podkreślenia tego, co mówi
12	Częste westchnienia zwłaszcza w przypadku pytań odnośnie do pracy (konieczne jest odróżnienie tego zachowania od westchnień osoby depresyjnej)	12	Wzdycha rzadko, chyba że jest w stanie „hiperwentylacji” i ujawnia napięcie lękowe
13	Wrogość skierowana do prowadzącego lub tematu poruszanego w czasie wywiadu	13	Wrogość jest objawem rzadkim, jeżeli w ogóle występuje
14	Często niespodziewanie i z naciskiem odpowiada jednym słowem na Twoje pytanie (np. „Tak!”, „Nigdy!”, „Definitywnie!”, „Absolutnie!”).	14	Brak emfaticznych, pojedynczych odpowiedzi

Przedstawiony opis dotyczy tzw. globalnego Wzoru A zachowania. Według Williamsa (1985), nie wszystkie aspekty globalnego Wzoru A są patogeniczne; patogeniczne są tylko wrogość i gniew. Ważność tych cech Typu A podkreślają Matthews i wsp. (1977), Haynes i wsp. (1980), Rosenman i wsp. (1976a), Chesney i wsp. (1981), Jenkins i wsp. (1968), Barefoot i wsp. (1983), Shekelle i wsp. (1983), natomiast Costa (1984) wskazuje na cynizm w międzyosobniczej komunikacji jako na istotę Typu A zachowania.

W kilku pracach za istotny dla Typu A uznaje się styl odpowiedzi osoby na czynniki naporowe (stresory). Glass (1977) za charakterystyczną uważa odpowiedź Typu A na stresory pochodzące z otoczenia, zagrażające indywidualnemu poczuciu kontroli nad otoczeniem.

Pierwsze wyniki badań wskazujące na wyższą fizjologiczną reaktywność osób o Typie A (wyższa niż Typ B) otrzymano w WCGS (Western Collaborative Group Study) (Rosenman i in. 1975). Były to wyniki stymulujące do dalszych badań, które wykazały, że mężczyźni o Typie A mieli wyższy poziom noradrenaliny we krwi w odpowiedzi na wyzwanie, rywalizację zawartą w zadaniach (Friedman i in. 1960) oraz wyższy poziom noradrenaliny w moczu podczas aktywności w ciągu dnia pracy (Friedman i in. 1975) niż mężczyźni o Typie B. Duża ilość badań dostarczyła argumentów dla skonstruowania Typu A poprzez fakt, że w normalnych warunkach osoby o Typie A bardziej niż osoby o Typie B ujawniają skłonności do rywalizacji, niecierpliwość, agresję, rozdrażnienie, wrogość, wyższą zdolność radzenia sobie oraz zaprzeczanie zmęczeniu.

Są jednak badania, które nie wykazały różnic w poziomie tych cech pomiędzy A i B. Stwierdzono również, że Typ A odpowiada na różne bodźce (w badaniach laboratoryjnych), zwłaszcza na wyzwanie, wyższy poziom katecholamin i współtowarzyszący wzrost ciśnienia oraz tętna. Poza tym specyficzny styl zachowania i jego komponenty (np. rywalizacja, wrogość, pośpiech w procesie poznawczym w związku z koniecznością rozwijania problemu) pozostają w silnym związku z występowaniem choroby wieńcowej i wzmacniają psychofizjologiczną odpowiedź Typu A zachowania (Diamont i in., 1984; Ward i in. 1985).

Ogólnie rzecz można, że największe różnice pomiędzy Typem A i B w zakresie fizjologicznej reaktywności obserwowano w czasie zadań, w których trudność związana była z limitem czasowym i/lub wyzwalała rywalizację (Conrada, 1988). Różnice te występują zwłaszcza tam, gdzie działają bardziej psychiczne niż fizyczne stresory (Dembroski i in. 1979; Ward i in. 1985). Jeśli zadania wymagały rywalizacji, u osób o Typie A stwierdzano zmiany elektrokardiograficzne, prawdopodobnie spowodowane reakcją adrenergiczną (Van Egeren, 1979).

MECHANIZM ROZWOJU CHOROBY WIEŃCOWEJ U OSÓB O TYPIE A ZACHOWANIA

MODYFIKACJA ZACHOWANIA TYPU A

Podstawową rolę mediatorów pomiędzy zachowaniem a rozwojem choroby pełnią biologiczne, niezwykle aktywne substancje, jakimi są katecholaminy. W procesie narastania incydentów choroby wieńcowej w naszym stuleciu ogromny wpływ ma wzrastające tempo życia oraz presja uprzemysławiających się społeczeństw. Już w 1953 r. Raab podkreślał rolę katecholamin w życiu rozwijających się społeczeństw zachodnich, a niedługo potem wskazywał na indywidualny wzrost uwalnianych katecholamin u osób o Typie A, porównywanych z osobami łatwo odpuszczającymi się (Raab, Giguee, 1954).

Nixon (1976) podkreśla skłonność osób Typu A zwłaszcza do ukazywania nadmiernego reagowania i występowania zakłóceń w jego mechanizmach homeostatycznych. Stwierdzono, że osoby po zawale serca (z chorobą wieńcową) ujawniają podwyższony poziom katecholamin w odpowiedzi na emocjonalny stres i podczas wysiłku fizycznego (Nestel i in. 1967; Voudoukis, 1971). To wzmożone uwalnianie katecholamin towarzyszy także agresywności, tendencji do współzawodnictwa, gniewowi i naciskom pośpiechu, które są właściwe dla Typu A (Elmadjian i in. 1958). Nie zdziwi więc fakt, że wzmożone wydzielanie noradrenaliny stwierdził Friedman i wsp. (1975) u osób pracujących o Typie A i w sytuacjach rywalizacji. Towarzysząca rywalizacji odpowiedź ze strony układu krążenia u osób Typu A stwierdzili m.in. Dembroski i wsp. (1978).

W prospektywnych badaniach biznesmenów z Minnesota podkreślono znaczenie katecholamin dla rozwoju choroby wieńcowej (Keys i in. 1971). W tych samych badaniach stwierdzono również, że pośpieszny chód oraz wzmożona aktywność motoryczna współtowarzyszyły przypadkom choroby wieńcowej (Brozek i in. 1966).

Wrogości przypisuje się rolę głównego mediatora w rozwoju choroby wieńcowej i zgonu. Pierwsze dane o znaczeniu wrogości uzyskano w badaniach WCGS, kiedy to porównano 62 osoby z chorobą wieńcową ze 124 zdrowymi z grupy kontrolnej. W porównaniu uwzględniono skłonność do wrogości, gniew skierowany na zewnątrz, skłonność do rywalizacji, doświadczanie gniewu częściej niż raz w tygodniu, energiczne odpowiedzi, irytację w czasie oczekiwania w kolejce, wybuchowy sposób mówienia, które to wskaźniki okazały się wyższe niż u chorych z grupy kontrolnej.

Dembroski definiuje wrogość jako relatywnie stałą skłonność do reagowania końcową frustracją lub zachowawczą manifestacją gniewu, irytacji, odrazy, obrazy itp.

Kiedy w Duke University przebadano, używając wywiadu, 131 chorych (którzy przeszli badanie angiograficzne) w kierunku skłonności do wrogości i gniewu (bez ekspresji gniewu), okazało się, że obydwie skłonności znacząco współwystępowały z ostrością i wzrostem choroby wieńcowej. Zależności takiej nie było, gdy brano pod uwagę ogólny wzór zachowania.

Co do biologicznej odpowiedzi na wrogość Dembroski (1978; 1979) pisze, że osoby o wysokiej skłonności do wrogich zachowań mają wyższe tętno i ciśnienie w reakcji na bodźce zarówno behawioralne, jak i fizyczne.

W ostatnich latach stwierdzono różnice pomiędzy osobami Typu A i B w zakresie neurohormonalnej i motorycznej (mięśnie szkieletowe) odpowiedzi na różne typy prowokacji (wyzwania). Młodzi ludzie o Typie A charakteryzują się wyższą ruchliwością naczyń krwionośnych (rozszerzanie – kurczenie się) i wyższym poziomem noradrenaliny, adrenaliny i kortyzolu w czasie wykonywania zadań arytmetycznych niż osoby o Typie B. Natomiast w czasie wykonywania zadań wymagających czujności nie stwierdzono różnic pomiędzy A i B w zakresie uwalnianych katecholamin, ale podwyższony poziom testosteronu u osób Typu A.

Williams twierdzi, że za rodzaj odpowiedzi organizmu u osób Typu A manifestujących wrogość być może odpowiada inny interesujący biologiczny mechanizm leżący u podłoża choroby wieńcowej. Przegląd badań sugeruje, że cynizm, gniew i agresja mają wpływ na przewidywanie śmiertelności osób o podwyższonej wrogości. Osoba cyniczna bowiem – według Williamsa – która nie ma zaufania do innych ludzi, pozostaje w stanie czujności (pogotowia) bardziej niż osoba mająca zaufanie do innych.

Pod koniec lat siedemdziesiątych opublikowano kilka prac, które przedstawiały różne podejścia do zagadnienia modyfikowania Typu A (Frishman, Furberg, Friedwald, 1984; Jenni, 1979; Levenkron, 1983). Autorzy tych prac stosowali bądź to psychoterapię, terapię behawioralną lub farmakoterapię (Norwegian, 1981) albo trening fizyczny (Blumenthal i in. 1980) w celu przekazania osobom poddawany takiemu działaniu informacji o niekorzystnych następstwach manifestowanych przez nich zachowań oraz osiągnięcia zmiany w tym zakresie. Rezultatem podejmowanych prób zmiany wzorca zachowań był m.in. spadek cholesterolu i trójglicerydów, obniżenie podwyższonego ciśnienia krwi, zmniejszenie umieralności na chorobę niedokrwienną serca i szybszy powrót do pracy po ostrym epizodzie wieńcowym. Jednak krótki okres leczenia i obserwacji oraz niewielka liczebność badanych grup wpłynęły ograniczająco na znaczenie tych wniosków.

W latach osiemdziesiątych zaistniały trzy znaczące programy modyfikacyjne: Recurrent Coronary Prevention Project (RCPP) – realizowany przez zespół Friedmana (Friedman i in. 1986; Thoresen i in. 1981); United States Army War College Study (USAWCS) – również realizowany przez zespół Friedmana (Gill i in. 1985); Montreal Type A Intervention Project (MTAIP) – opisany przez Roskiesa i współautorów (1986).

Na szczególną uwagę zasługuje prospektywne badanie RCPP, prowadzone przez zespół Friedmana. Spośród 862 pacjentów po przebytym zawale serca u 592 leczonych kardiologicznie zastosowano oddziaływanie psychologiczne modyfikujące zachowanie Typu A. Część pacjentów (270 osób) leczono kardiologicznie, a część (151) jedynie obserwowano. Po okresie 4,5 roku w grupie osób poddanych treningowi psychologicznemu u 35% z nich obserwowano zmianę zachowania Typu A na Typ B, która utrzymywała się, mimo iż rok wcześniej zaprzestano psychologicznego oddziaływania. Powtórny zawał serca wystąpił u 13% osób poddanych modyfikacji; w grupie osób leczonych tylko kardiologicznie – u 21%. Program RCPP przedłużono, poddając treningowi psychologicznemu przez okres roku tych pacjentów, którzy do tej pory nie uczestniczyli w treningu. Po roku stwierdzono w tej grupie istotne zmniejszenie zachowań Typu A i spadek śmiertelności z powodu choroby niedokrwiennej serca (Friedman i in. 1986; Friedman, Ulmer, 1985).

W latach 1993-1996 Tylka wraz ze współpracownikami realizowali program badań², w którym badaniami objęto 65 mężczyzn. Jednak dwie osoby nie zgłaszały się na kolejne badania, więc ostatecznie pozostało 63 badanych. Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej oraz ocenie psychologicznej.

W badaniach zastosowano ustrukturalizowany wywiad rejestrowany na video – dla oceny typu zachowania; Kwestionariusz Kontroli Emocjonalnej J. Brzezińskiego; Kwestionariusz STAI Ch. Spielbergera; Kwestionariusz Socjologiczny, opracowany przez Z. Kobaka.

W analizie wyników uwzględniono: a) nasilenie objawów Typu zachowania A/B i zmiany tego nasilenia (do zmiany typu włącznie) w trakcie rehabilitacji; b) relacje zachodzące pomiędzy typem zachowania a somatycznymi czynnikami ryzyka (ryzyko wysokie-niskie); zależność pomiędzy wzorem zachowania A/B a reaktywnością emocjonalną badanych i wskaźnikami fizjologicznymi; d) relacje zachodzące pomiędzy badanym wzorem zachowania A/B a przebiegiem rehabilitacji, nawrotami choroby, dolegliwościami oraz powrotem do pracy.

Do Typu A zakwalifikowano 44 osoby, 13 osób oceniono jako Typ B. Po 2 latach od badania wstępnego zanotowano istotną zmianę zachowania jedynie z Typu A na B, która wystąpiła u 16 osób (43,0%), a tylko u jednej osoby o wzorze B wzrastały objawy charakterystyczne dla wzoru A. Test Mc Nemara badający różnice frakcji w próbach połączonych wykazał istotną różnicę $p < 0,001$. Należy tu podkreślić, że 12 spośród tych 16 osób stale uczestniczyło w programie rehabilitacji psychicznej (terapia behawioralna i psychoedukacja), a 4 z nich było objętych także treningami fizycznymi. Stwierdzono istotny spadek wartości ogólnego wzoru zachowania A o 8,5 jednostek (w tym pośpiechu o 6, a wrogości o 2,5 jednostek) w czasie 2 lat.

Analiza wyników reaktywności emocjonalnej w zależności od typu zachowania wykazała, że na początku okresu obserwacji osoby o wzorze zachowania A uzyskały w skali K (kontrola sytuacji) wynik niższy od Wzoru B o 8 jednostek (x dla A = 48,58, B = 56,23; $Pr SF = 0,0178$), co wskazuje na większą łatwość wchodzenia w sytuacje emotogenne u osób o Wzorze A. W badaniu końcowym różnica ta zmalała do 2 pkt., wzrosła zatem u Typu A skłonność do spokojnego kontrolowania sytuacji.

Konieczność hospitalizacji w trakcie dwuletniej obserwacji wystąpiła u 17 osób, w tym z powodów kardiologicznych – u 11 osób, z których 8 (72,7%) osób prezentowało Wzór A, a 3 osoby (27,3%) – Wzór zachowania B. U pięciu hospitalizowanych osób istotnym elementem Wzoru A była nasilona wrogość. Stresowe sytuacje (wydarzenia) częściej towarzyszyły osobom o Wzorze A zachowania niż B i nieco częściej (10-20%) występowały u osób o niskim somatycznym ryzyku choroby.

Prezentowane tu niektóre wyniki naszego programu w znacznej mierze są zgodne z poglądem Friedmana (1979), że Typ A zachowania działa jako akcelerator patofizjologicznych zmian w układzie krążenia. W naszych

² Badania były finansowane przez Komitet Badań Naukowych, grant 4S 40405704, nt. „Wpływ Typu A zachowania na przebieg leczenia, rehabilitacji oraz nawroty choroby u osób po zawale serca i wszczepieniu pomostów aortalno-wieńcowych”.

MODYFIKACJA ZACHOWANIA TYPU A

badaniach osoby o Typie A, które miały jednocześnie wysokie somatyczne ryzyko choroby, były średnio o 6 lat młodsze niż osoby o takim samym ryzyku, ale o Typie B.

Przebieg choroby (w tym nawroty choroby i dolegliwości z koniecznością hospitalizacji) w zdecydowanie większym stopniu był gorszy u osób o Wzorze A zachowania (72,2%) niż u osób o Wzorze B (27,3%). Jest to zgodne z poglądami Jenkinsa i wsp. (1971), Glassa (1977), Rosenmana i wsp. (1975), że osoby o Typie A mają częstsze nawroty choroby niż inni z chorobą wieńcową.

JAN TYLKA

WNIOSKI

Typ A zachowania jest znaczącym czynnikiem wpływającym na stan psychosomatyczny osób z chorobą niedokrwienną serca. Jego działanie udokumentowane w etiologii choroby ujawnia się równie mocno w jej terapii i rehabilitacji, a manifestuje się jednocześnie zarówno poprzez specyficzne dla niego zespoły reakcji (pośpiech, wrogość), jak i wskaźniki reaktywności emocjonalnej i komponenty fizjologiczne. Nasilenie objawów tego typu zachowania pozostaje w pewnych relacjach z symptomami choroby niedokrwiennej serca, a także z powtórnymi hospitalizacjami.

Oddziaływanie poprzez kompleksową rehabilitację, z uwzględnieniem przede wszystkim sfery poznawczej, emocjonalnej i codziennych form zachowań osób o Typie A, ma charakter modyfikujący (osłabiający) nasilenie jego objawów.

Uwzględnianie w programach prewencji wtórnej (także pierwotnej) strategii psychologicznego modyfikowania Wzoru A w znacznym stopniu może wpływać na zachowanie równowagi psychosomatycznej osób, u których ryzyko choroby związane jest głównie ze wzmożoną reaktywnością psychofizjologiczną.

BIBLIOGRAFIA

- Barefoot, J. C., Dahlstrom, W. G., Williams, R. B. (1983). Hostility, CHD incidence and total mortality: 25-year follow-up study of 255 physicians. *Psychosomatic Medicine*, 45, 59-63.
- Blumenthal, J. A., Williams, R. S., Williams, R. B., Wallace, A. G. (1980). Effects of exercise on Type A (coronary prone) behavior pattern. *Psychosomatic Medicine*, 42, 289-296.
- Brozek, J., Keys, A., Blackburn, H. (1966). Personality differences between potential coronary and non-coronary subjects. *Annals of New York Academy Science*, 134, 1057-1064.
- Chesney, M. A., Black, G., Chadwick, J., Rosenman, R. (1981). Psychological correlates of the coronary – prone behavior pattern. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 217-229.
- Contrada, R. J., Krantz, D. S. (1988). Stress, reactivity, and Type A behavior: Current status and future directions. *Annals of Behavioral Medicine*, vol. 10, 2, 64-70.
- Costa, P. T. (1984). Is Neuroticism A Risk Factor for CAD? Is Type A Measure of Neuroticism? [W:] T. H. Schmidt, T. M. Dembroski, G. Blümchen (red.), *Biological and Psychological Factors in Cardiovascular Disease* (s. 85-95). Berlin–Heidelberg–New York–London–Paris–Tokyo: Springer–Verlag.
- Dembroski, T. M., Mac Dougall, J. M., Herd, J. A., Shields, J. L. (1979). Effect of level of challenge on pressor and heart rate responses in Type A and B subjects. *Journal of Applied Social Psychology*, 9, 209-228.
- Dembroski, T. M., Mac Dougall, J. M., Shields, J. L., Pettito, J., Lushene, R. (1978). Components of the Type A coronary-prone behavior pattern and cardiovascular responses to psychomotor performance challenge. *Journal of Behavioral Medicine*, 1, 159-175.
- Dembroski, T. M., MacDougall, J. M., Williams, R. B., Haney, T. L., Blumenthal, J. R. (1985). Components of Type A, hostility, and anger – in relation to angiographic findings. *Psychosomatic Medicine*, 47, 219-233.
- Diamond, E., Schneiderman, N., Schwartz, D., Smith, J., Vorp, R., Pasin, R. (1984). Harassment, hostility and Type A as determinants of cardiovascular reactivity during competition. *Society of Behavioral Medicine*, Abst. E 104, Philadelphia.
- Dunbar, H. (1943). *Psychosomatic diagnosis*. New York: Hoerber.
- Elmadjian, F., Hope, J., Lamson, E. (1958). Excretion of epinephrine and norepinephrine under stress. *Recent Prog. Horm. Res.*, 14, 513-518.
- Friedman, M. (1977). Type A behavior pattern: some of its pathophysiological, components. *Bulletine New York Academy Medicine*, 53, 393-604.
- Friedman, M. (1979). The modification of Type A behavior in post – infarction patients. *American Heart Journal*, 97, 551-560.
- Friedman, M., Byers, S., Diamant, J., Rosenman, R. (1975). Plasma catecholamine response of coronary – prone subjects (Type A) to a specific challenge. *Metabolism* 4, 205-210.
- Friedman, H. S., Booth-Kewley, S. (1987). The disease-prone: A meta-analytic view of the construct. *American Psychologist*, 42, 539-555.
- Friedman, M., Rosenman, R. (1957). Comparison of fat intake of American men and women; possible relationship to incidence of clinical coronary artery disease. *Circulation*, 16, 339-347.
- Friedman, M., Rosenman, R. (1959). Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings. *Journal of American Medical Association*, 169, 1286-96.
- Friedman, M., Thorensen, C. E., Gill, J. J., Ulmer, D., Powell, L. H., Price, V. A., Brown, B., Thompson, L., Rabin, D. D., Breal, W. S., Bourg, E., Levy, R., Dixon, T. (1986). Alteration of Type A behavior and its effect on cardiac recurrences in post myocardial infarction patients: Summary results of the Recurrent Coronary Prevention Project. *American Heart Journal*, 112, 653-665.
- Friedman, M., Ulmer, D. (1985). *Treating Type A behavior and your heart*. New York: Fawcett Crest.
- Frishman, W. H., Furberg, C. D., Friedwald, W. T. (1984). B – adrenergic blockade for survivors of acute myocardial infarction. *New England Journal of Medicine*, 310, 830-837.
- Gill, J. J., Price, V. A., Friedman, M., Thorensen, C. E., Powell, L. H., Ulmer, D., Brown, B., Drews, F. R. (1985). Reduction in Type A behavior in healthy middle – aged American military officers. *American Heart Journal*, 110, 503-514.

MODYFIKACJA ZACHOWANIA TYPU A

- Glass, D. C. (1977). *Behavior patterns, stress and coronary disease*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Groen, J. J. (1986). From clinical experience to tested hypothesis: The role of psychological factors in coronary heart disease. [W:] T. H. Schmidt i in., *Biological and psychological factors in cardiovascular disease* (s. 3-12). Berlin–Heidelberg–New York–London–Paris–Tokio: Springer Verlag.
- Haynes, S., Feinleib, M., Kannel, W. (1980). The relationship of psychosocial factors to coronary heart disease in the Framingham: study III. 8 year incidence of CHD. *American Journal of Epidemiology*, 111, 37-58.
- Jenkins, C. D., Rosenman, R. H., Friedman, M. (1966). Components of the coronary-prone behavior pattern: their relation to silent myocardial infarction and blood lipids. *Journal of Chronic Disease*, 19, 599-604.
- Jenni, M. A., Wollersheim, J. P. (1979). Cognitive therapy, stress management training, and the Type A behavior pattern. *Cognitive Therapy and Research*, 3, 61-73.
- Leverkon, J. C., Choen, J. D., Muller, H. S., Fisher, H. B. (1983). Modifying the Type A coronary prone behavior pattern. *Journal of Consultant and Clinical Psychology*, 51, 192-204.
- Matthews, K., Glass, D., Rosenman, R., Bortner, R. (1977). Competitivedrive, pattern A, and coronary heart disease: a further analysis of some data from the Western collaborative group study. *Journal Chronic Disease*, 30, 489-498.
- Mestel, P. J., Verghese, A., Lovell, R. R. H. (1967). Catecholamine secretion and sympathetic nervous responses to emotion in men with and without angina pectoris. *American Heart Journal*, 73, 227-234.
- Morris, J. (1951). Recent history of coronary disease. *Lancet*, 1, 1-7.
- Norwegian Multicenter Study Group (1981). Timolol-induced reduction in mortality and reinfarction. *New England Journal of Medicine*, 304, 801-807.
- Osler, W. (1910). The Lumleian Lectures on angina pectoris. *Lancet*, 1, 839-844.
- Powel, L. H. (1984). The Type A behavior pattern: An update on conceptual assessment and intervention research. *Behavioral Medicine*, Update, 4, 7-10.
- Price, V. A. (1982). Type A behavior pattern. A model for research and practice. New York–London–Paris–San Diego: Academic Press.
- Raab, W., Gigue, W. (1954). Total urinary catechol excretion in cardiovascular and other diseased conditions. *Circulation*, 9, 592-598.
- Rosenman, R. (1978b). The interview method of assessment of the coronary prone behavior pattern. [W:] T. Dembroski i in. (red.), *Coronary – prone behavior*. Berlin: Springer–New York: Heidelberg.
- Rosenman, R. i in. (1976a). Heritability of personality and behavior. Proceedings of the first international congress of twin studies. Rome, Italy, nov. 1974. *Acta Genet. Med. Gemellol.*, 25, 221-224.
- Rosenman, R. H., Brand, R. H., Jenkins, C. D., Friedman, M., Strauss, R., Wurm, M. (1975). Coronary heart disease in the Western Collaborative Group Study: Final follow-up experience of 8, 5 years. *Journal of the American Association*, 333, 827-887.
- Rosenman, R., Chesney, M. (1982). Stress, Type A behavior, and coronary disease. [W:] L. Goldberger, Breznitz (red.), *Handbook of stress*. New York: Macmillan.
- Rosenman, R., Friedman, M. (1959). The possible relationship of the emotions to clinical coronary heart disease. [W:] G. Pincus (red.), *Hormones and atherosclerosis*. New York: Academic.
- Rosenman, R. H., Friedman, M. (1961). Association of specific behavior pattern in women with blood and cardiovascular findings. *Circulation*, 24 1173-78.
- Roskies, E., Seraganian, P., Oseasohn, R., Hanley, J. A., Colln, R., Martin, N., Smilga, C. (1986). The Montreal Type A Intervention Project: Major findings. *Health Psychology*, 5, 45-69.
- Saphiro, O. i in. (1956). Coronary arteriosclerotic heart disease in younger age groups: its greater frequency in this group among increasingly older necropsy population. *Am. J. Med Sci*, 231, 494-501.
- Schmidt, T. H., Dembroski, T. M., Blumchen, G. (red.) (1986). *Biological and psychological factors in cardiovascular disease*. Berlin–Heilderberg–New York–London–Paris–Tokio: Springer.
- Shekelle, R. B., Gale, M., Ostfeld, A. M., Paul, O. (1983). Hostility, risk of CHD, and mortality. *Psychosomatic Medicine*, 45, 109-114.
- Thoresen, C. E., Telch, M. J., Eagleston, J. R. (1981). Approaches to altering the Type A behavior pattern. *Psychosomatics* 22, 427-479.
- Tylka, J. (1994). *Czynnik psychiczny w etiologii i rehabilitacji choroby niedokrwiennej serca* (rozprawa habilitacyjna). Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Kardiologii.
- Van Egeren, L. F. (1979). Cardiovascular changes during social competition in mixed motive game. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 858-864.
- Voudoukis, I. (1971). Exaggerated cold – pressor response in patients with atherosclerosis vascular disease. *Angiography*, 22, 57-62.
- Ward, M., Chesney, M., Swan, G., Black, G., Parker, S., Rosenman, R. (1985). Cardiovascular responses in Type A and Type B men to series of stressors. *Journal of Behavioral Medicine*, 3, 152-157.
- Williams, R. B., Barefoot, J. C., Shekelle, R. B. (1985). The health consequences of hostility. [W:] M. A. Chesney, R. H. Rosenman (red.), *Anger and Hostility in Cardiovascular and Behavioral Disorders* (s. 173-185). New York: Hemisphere.
- Williams, R. B. Jr., Haney, T. L., Lee, K. L., Kong, Y. H., Blumenthall, J. A., Whalen, R. E (1980). Type A behavior, hostility and coronary atherosclerosis. *Psychosomatic Medicine*, 42, 539-549.