

# Psychologiczne korelaty stresu pacjentów z opornym nadciśnieniem tętniczym i ich metody radzenia sobie

## Streszczenie

**Wstęp.** Związek cech osobowości, stresu psychologicznego z nadciśnieniem tętniczym był dotychczas przedmiotem licznych badań. Coraz więcej danych przemawia za wpływem zmiennych psychologicznych na rozwój nadciśnienia tętniczego, a także na przebieg leczenia. W związku z rozpowszechnieniem choroby nadciśnieniowej w populacji oraz zróżnicowaniem pod względem medycznym przebiegu jej leczenia warto przyrzeć się również sylwetkom psychologicznym pacjentów, uwzględniając m.in. kryterium podatności na leczenie.

**Materiał i metody.** W badaniu wzięło udział 180 pacjentów ze zdiagnozowanym nadciśnieniem tętniczym w przedziale wiekowym 55–70 lat. Projekt badawczy realizowano w 7. Szpitalu Marynarki Wojennej w Gdańsku Oliwie. Celem projektu badawczego była ocena związku pomiędzy odczuwanym stresem psychologicznym, sposobami radzenia sobie ze stresem, cechami osobowości związanymi z emocjami a przebiegiem choroby nadciśnieniowej. Pacjentów podzielono na opornych oraz podatnych na leczenie. W badaniu wykorzystano następujące narzędzia: Kwestionariusz Poczucia Stresu M. Plopy, R. Makarowskiego, Kwestionariusz Radzenia Sobie ze Stresem P. Olesia, Inwentarz Osobowości Eysencka (MPI) w adaptacji M. Chojnowskiego, Skalę Kontroli Emocji (CECS) w adaptacji Z. Juczyńskiego, Skalę Typu A-Framingham w adaptacji Z. Juczyńskiego.

**Wyniki.** Wyniki badań wskazują, że pacjenci z opornym nadciśnieniem tętniczym częściej odczuwają stres psychologiczny ( $64,54 \pm 12,27$  vs.  $53,67 \pm 14,24$ ,  $p < 0,01$ ), korzystają z emocjonalnych sposobów radzenia sobie ze stresem ( $67,78 \pm 11,12$  vs.  $62,91 \pm 12,21$ ,  $p < 0,01$ ), silniej

kontrolują gniew ( $19,11 \pm 4,40$  vs.  $17,92 \pm 4,16$ ,  $p < 0,05$ ), depresję ( $17,51 \pm 3,16$  vs.  $15,74 \pm 3,05$ ,  $p < 0,05$ ), lęk ( $19,32 \pm 4,62$  vs.  $17,15 \pm 4,48$ ,  $p < 0,01$ ), przejawiają wybrane cechy Wzoru Zachowania A — pośpiech ( $0,63 \pm 0,23$  vs.  $0,53 \pm 0,24$ ,  $p < 0,01$ ) w porównaniu z grupą pacjentów z nadciśnieniem podatnych na leczenie.

**Wnioski:** Uzyskane wyniki potwierdzają zgodność większości hipotez i tworzą spójny obraz psychologicznego funkcjonowania pacjenta z nadciśnieniem opornym jako osoby odczuwającej napięcie emocjonalne, stres intrapsychiczny, stres zewnętrzny, reagującej w sposób emocjonalny na sytuacje stresowe, dążącej do utrzymywania kontroli w sytuacjach emotogennych, cechującej się tendencją do funkcjonowania w pośpiechu.

**Słowa kluczowe:** oporne nadciśnienie tętnicze; stres psychologiczny; metody radzenia sobie; kontrola emocji; cechy osobowości związane z emocjami

## Wstęp

Współczesna psychologia jest istotnie związana z medycyną. Pacjenci często tracą wolę walki, równowagę życiową, nie zawsze udaje im się współpracować z personelem medycznym. Temu wszystkiemu może towarzyszyć silny stres, z którym niekiedy nie radzą sobie w sposób adaptacyjny. Obawiają się przyszłości i brakuje im wiary w to, że mogą zmienić swoje dotychczasowe życie. Świadomie bądź nieświadomie zapominają o zaleceniach lekarskich. Aktualna wiedza z obszaru psychologii klinicznej, psychologii rehabilitacji, psychologii zdrowia, psychologii medycznej otwiera ogromne perspektywy ingerencji diagnostycznej, terapeutycznej w szeroko pojmowaną jedność biopsychospołeczną człowieka [1]. Rutledge i Hogan na podstawie opracowanej metaanalizy wykazali, że ryzyko rozwoju nadciśnienia tętniczego jest o 8% wyższe wśród osób, które miały problemy natury psychicznej, w porównaniu z tymi, u których takich problemów nie zaobserwowano [2]. Na podstawie

*Nadciśnienie Tętnicze w Praktyce 2019, tom 5, nr 2, strony: 190–198*

Adres do korespondencji: Jacek Kowalczyk  
Instytut Pedagogiki Akademii Pomorskiej w Słupsku,  
ul. Bohaterów Westerplatte 64, 76–200 Słupsk,  
tel.: +48 605 036 077; e-mail: jacek.kowalczyk@apsl.edu.pl

 Copyright © 2019 Via Medica, ISSN 1428–5851

wyników badań prospektywnych dotyczących roli czynników psychologicznych jako predyktorów nadciśnienia tętniczego stwierdzono również, że najsilniejsze dowody empiryczne przemawiają za związkiem pomiędzy nadciśnieniem tętniczym a takimi zmiennymi, jak: gniew/złość, lęk/niepokój oraz depresyjność. Wyniki przeważającej części badań kliniczno-kontrolnych potwierdzają, że u osób z nadciśnieniem tętniczym występuje wyższy niż u badanych z grupy kontrolnej poziom wrogości, lęku rozumianego jako cecha osobowościowa, a także depresyjności i negatywnej emocjonalności/neurotyzmu [3]. Dotychczasowe wyniki badań sugerują istnienie związku nadciśnienia tętniczego z cechami osobowości odnoszonymi się przede wszystkim do funkcjonowania emocjonalnego człowieka [4].

W ciągu ostatnich lat znaczenie kliniczne opornego nadciśnienia tętniczego zwiększa się. Warto odnotować, że pojawia się coraz więcej opracowań na temat tego zagadnienia i zwiększa się liczba publikacji ukazujących się w prestiżowych czasopismach medycznych, które znacząco pogłębiają wiedzę odnośnie przyczyn, czynności występowania i następstw tej choroby. W środowisku lekarskim omawiana problematyka dotyczy wielu specjalności: kardiologów, nefrologów, hipertensjologów, jak również lekarzy rodzinnych [5]. Oporne nadciśnienie tętnicze definiuje się najczęściej jako sytuację, w której — mimo stosowania co najmniej 3 leków hipotensyjnych w odpowiednich dawkach i odpowiednim skojarzeniu, z wykorzystaniem diuretyku — nie udaje się obniżyć ciśnienia tętniczego do wartości docelowych. Wedle innej definicji oporne nadciśnienie tętnicze oznacza konieczność przyjmowania 4 i więcej leków hipotensyjnych w celu zapewnienia odpowiedniej kontroli ciśnienia tętniczego [6]. Prof. Tykarski sugeruje, by u osób w podeszłym wieku problemy z obniżeniem ciśnienia skurczowego poniżej 160 mm Hg kwalifikować jako nadciśnienie oporne [7]. Mimo istotnie lepszego wskaźnika leczenia chorych z tym typem nadciśnienia, oporność nadal występuje u wysokiego odsetka osób. Nie udało się jednak ustalić rzeczywistej częstości występowania opornego nadciśnienia tętniczego [8].

W projekcie Garga i wsp., w którym przebadano 141 osób ze zdiagnozowanym opornym nadciśnieniem tętniczym, wykazano, że choroba była uwarunkowana kilkoma czynnikami w różnym zakresie: u 58% oporność była efektem zastosowania nieodpowiedniego schematu leczenia, 16% pacjentów nie stosowało medycznych zaleceń, u 5% stwierdzono wtórne przyczyny nadciśnienia tętniczego. U 9% badanych przyczyny psychosomatyczne determinowały

rozwój choroby, a u 6% badanych nie znaleziono żadnej przyczyny [9]. W innym badaniu wykazano, że do grupy osób najbardziej zagrożonych wystąpieniem opornego nadciśnienia tętniczego zaliczają się: osoby starsze, chorzy niepoinformowani przez lekarza o konieczności uzyskania optymalnego ciśnienia krwi, osoby przyjmujące wiele leków, a także pacjenci, u których wykryto niepożądane działania leku [10].

W przypadku opornego nadciśnienia tętniczego wina może leżeć zarówno po stronie pacjenta, jak i samego lekarza. Dopiero po starannym wyeliminowaniu przyczyn nieodpowiedniej kontroli ciśnienia leżących po stronie pacjenta i lekarza można rozpoznać właściwe nadciśnienie oporne. Pacjenci z opornym nadciśnieniem tętniczym często niedostatecznie dostosowują się do zaleceń lekarskich, a także przyjmują mniejsze dawki leków niż zalecane, co może stanowić istotną przyczynę ograniczonej kontroli ciśnienia. Zakładając, że odsetek przyjmowanych dawek leków niezbędnych do uzyskania odpowiedniej kontroli ciśnienia wynosi ponad 80%, w badaniach wykazano, że jedynie 50–60% pacjentów w pełni stosuje się do zaleceń, natomiast 30–40% chorych wykazuje częściową współpracę. Należy także podkreślić, że takie przyczyny, jak: niewłaściwa interpretacja zaleceń lekarskich, brak wiedzy odnośnie konsekwencji na temat zagrożeń wynikających z choroby, inklinacje do samokontroli czy samoleczenia — mogą być spowodowane niewłaściwą postawą wobec pacjenta. Problem może wynikać z rozbieżnej perspektywy lekarza oraz chorego na temat efektów leczenia. Na początku chory spodziewa się radykalnej efektywności terapii, a także nie zawsze spodziewanej poprawy samopoczucia. Niewłaściwe wyjaśnienia po stronie lekarza mogą prowadzić do gorszej współpracy i zmniejszenia zaufania. Przyjmuje się jednak, że najczęstszą przyczyną niewłaściwej współpracy pomiędzy pacjentem a lekarzem jest zapomnianie o przyjęciu leków [7].

Częstość występowania opornego nadciśnienia tętniczego nie jest znana, dane są bardzo rozbieżne, należy się jednak spodziewać, że wraz ze starzeniem się populacji oraz narastającą epidemią otyłości będzie ona wzrastać. Choć dane nie są w pełni rzetelne, to można przypuszczać, że rokowanie w przypadku osób z nadciśnieniem kontrolowanym jest lepsze niż u osób z nadciśnieniem opornym. U tych drugich choroba zwykle trwa długo, dochodzą do tego również inne czynniki ryzyka sercowo-naczyniowego, takie jak: cukrzyca, przerost lewej komory serca, obturacyjny bezdech podczas snu [11]. „Pacjenci oporni” to ściśle medyczny termin. Dokonując tej kategoryzacji za wykładnię służą przede wszystkim

wskaźniki medyczne. W literaturze coraz bardziej postuluje się, aby kwestię oporności rozpatrywać również z perspektywy psychologicznej, a być może włączyć ją do samej definicji oporności [12]. Mimo że w bazach naukowych pojawia się coraz więcej badań oraz metaanaliz związanych z nadciśnieniem i czynnikami psychologicznymi, problem nadciśnienia opornego w kontekście czynników psychologicznych jest słabo opisany w literaturze. W obszernym badaniu chińskich naukowców, dotyczącym etiologii oraz rozpowszechnienia opornego nadciśnienia tętniczego, podkreślono, że pacjenci z opornym nadciśnieniem tętniczym doświadczają zaburzeń psychicznych [13]. W badaniu przeprowadzonym przez zespół z Niemiec, Norwegii i Włoch odkryto, że pacjenci z kontrolowanym opornym nadciśnieniem tętniczym są bardziej emocjonalni niż pacjenci z nadciśnieniem niekontrolowanym. Pacjenci z opornym nadciśnieniem zgłaszali, że ich objawy związane z nadciśnieniem miały duży albo bardzo duży wpływ na ogólny stan zdrowia, ogólne samopoczucie, chęć uczestniczenia w niektórych pracach, nastroj, a także relacje z rodziną lub przyjaciółmi. W powyższym badaniu u osób z opornym nadciśnieniem wykazano wyższy wskaźnik depresji, frustracji i lęku [14]. Trzeba przy tym wskazać, że do przyczyn nadciśnienia opornego zalicza się również stany lękowe [5]. Jednocześnie jednak w badaniu przeprowadzonym przez Davies i wsp. nie zaobserwowano żadnych różnic pod względem częstości występowania paniki, lęku i depresji u chorych z nadciśnieniem tętniczym opornym oraz osób podatnych na leczenie. Zdaniem autorów tej pracy prawdopodobnie czynniki nie wiążą się z opornością na zastosowane leczenie. W obu grupach objętych hospitalizacją odnotowano jednak wysoką częstość występowania zaburzeń lękowych i ataków paniki [15].

Celem niniejszej pracy było ustalenie zróżnicowania w zakresie stanu badanych zmiennych pomiędzy grupami pacjentów: opornych na leczenie oraz podatnych na leczenie. Na podstawie dotychczasowych wyników badań można sformułować hipotezy, które stanowią spójny obraz funkcjonowania psychologicznego pacjentów z opornym nadciśnieniem tętniczym. Pacjenci charakteryzujący się opornym nadciśnieniem tętniczym, w porównaniu z pacjentami podatnymi na leczenie, odczuwają większy stres psychologiczny, częściej reagują w sposób emocjonalny na sytuacje trudne, rzadziej korzystają ze strategii problemowych w radzeniu sobie ze stresem, są bardziej neurotyczni, silniej kontrolują emocje gniewu, depresji, lęku. W ich codziennym funkcjonowaniu można częściej dostrzec wybrane komponenty wzoru zachowania Typu A-Framingham: pośpiech, rywali-

zacja. Badane grupy nie różnią się w zakresie takich zmiennych, jak: ekstrawersja/introwersja.

## Materiały i metody

W badaniu wzięło udział 180 osób. Grupę badanych stanowiły osoby z rozpoznaniem nadciśnienia tętniczego. Grupa obejmowała 180 osób, w tym 90 kobiet i 90 mężczyzn. Byli to pacjenci Poradni Kardiologicznej 7. Szpitala Marynarki Wojennej w Gdańsku Oliwie. U wszystkich badanych zdiagnozowano nadciśnienie tętnicze, wszyscy byli leczeni ambulatoryjnie. W badaniu wykorzystano narzędzia psychologiczne, które zastosowano podczas pierwszych wizyt, podczas których zdiagnozowano chorobę nadciśnieniową. Z projektu badawczego wykluczono osoby ze współistniejącymi chorobami. W opisach statystycznych pojedyncze osoby pominięto ze względu na niekompletne dane. Podziału na grupy wśród objętych badaniem pacjentów kardiologicznych dokonano na podstawie dokumentacji medycznej i przebiegu choroby. Dane zawarte w dokumentacji medycznej badanych pacjentów stały się podstawą do wyróżnienia pacjentów opornych na leczenie i chorych podatnych na leczenie. Kryterium podziału była wykładnia prof. Tykarskiego z 2005 r., zgodnie z którą chorych z wartością skurczowego ciśnienia tętniczego powyżej 160 mm Hg, u których zastosowane leczenie jest nieskuteczne, należy uznać za pacjentów z opornym nadciśnieniem tętniczym, a pacjentów, u których dzięki zaobserwowano spadek ciśnienia skurczowego poniżej 160 mm Hg — za podatnych na leczenie [7].

### Kwestionariusze

*Kwestionariusz Poczucia Stresu M. Plopy, R. Makarowskiego*

Zdaniem autorów kwestionariusz jest przeznaczony do pomiaru struktury doznań stresowych. Pozwala na obliczenie wyniku ogólnego informującego o uogólnionym poziomie stresu, a także trzech wyników odnoszących się do wymiarów, takich jak: napięcie emocjonalne, stres zewnętrzny oraz stres intrapsychiczny [16].

*Kwestionariusz Radzenia Sobie ze Stresem P. Olesia*  
Kwestionariusz opracował P. Oleś i wykorzystał go w swojej książce: *Kryzys połowy życia u mężczyzn* na kanwie metody *Ways of Coping Check List Folkman & Lazarus*. Autor zmodyfikował tę metodę, dodał do niej własne twierdzenia i uporządkował je w skali według wyników analizy skupień. Kwestionariusz wyróżnia dwie strategie radzenia sobie: strategię

skoncentrowane na problemie oraz strategię skoncentrowane na emocjach [17].

*Inwentarz Osobowości Eysencka (MPI) w adaptacji M. Chojnowskiego*

Inwentarz MPI, który opracował Hans Jurgen Eysenck, jest jedną z popularnych metod badania osobowości, stosowaną również w Polsce. Służy on do pomiaru dwóch wymiarów osobowości: neurotyzmu i ekstrawersji [18].

*Skala Kontroli Emocji (CECS) w adaptacji:*

*Z. Juczyńskiego*

Skala Kontroli Emocjonalnej (CECS) jest narzędziem samoopisu. Składa się z trzech podskal, z których każda zawiera siedem stwierdzeń dotyczących sposobu ujawniania gniewu, depresji i lęku [19].

*Skala Rypu A-Framingham w adaptacji*

*Z. Juczyńskiego*

Skala Typu A zawiera 10 stwierdzeń, z których pięć pierwszych dotyczy cech i właściwości typowych dla jednostki, kolejne cztery — odczuć pod koniec przeciętnego dnia, a ostatnie wiążą się z presją czasu. W polskiej wersji skala obejmuje dwa czynniki charakteryzujące Typ A — pośpiech i rywalizację [19].

**Analiza statystyczna**

W celu weryfikacji postawionych hipotez badawczych wykorzystano testy statystyczne. Na wstępie w odniesieniu do zmiennych ilościowych przeprowadzono analizę rozkładu zmiennych za pomocą testu Kołmogorowa-Smirnowa. Postawiona hipoteza statystyczna o normalności rozkładów cech ilościowych została niemal we wszystkich przypadkach odrzucona (na poziomie istotności równym 0,05). Z tego po-

wodu zdecydowano się na podejście nieparametryczne. Decyzję o różnicy rozkładów cech w grupach badawczych podejeto na podstawie testu rangowego Wilcoxon.

**Wyniki**

Poniżej przedstawiono wyniki badań psychologicznych wyodrębnionych grup pacjentów.

W obszarze subiektywnego odczuwania stresu — poczucia stresu psychologicznego — istotnie wyższe wyniki uzyskali pacjenci kardiologiczni z opornym nadciśnieniem w porównaniu z grupą pacjentów podatnych na leczenie. Grupy różnią się w bardzo istotny sposób pod względem czterech zmiennych: napięcia emocjonalnego, stresu intrapsychicznego, stresu zewnętrznego oraz poczucia stresu psychologicznego.

Dane w tabeli II wskazują, że u pacjentów z rozpoznaniem nadciśnieniem tętniczym dominującą metodą radzenia sobie ze stresem są strategie skoncentrowane na emocjach. Pacjenci z opornym nadciśnieniem tętniczym korzystają z nich częściej niż pacjenci podatni na leczenie. Różnice te są istotne statystycznie. Pod względem strategii skoncentrowanych na problemie nie odnotowano różnic statycznych pomiędzy badanymi grupami.

Dane w tabeli III dotyczą sfery emocjonalnej. Wykazano, że pacjenci z opornym nadciśnieniem w większym stopniu kontrolują emocje gniewu, depresji, lęku, ich codziennemu funkcjonowaniu częściej towarzyszy pośpiech, w większym stopniu doświadczają cech wzoru zachowania Typu A-Framingham w porównaniu z grupą chorych podatnych na leczenie. Wyniki te osiągają istotność statystyczną. Pod względem innych zmiennych dotyczących sfery

**Tabela I.** Napięcie emocjonalne, stres intrapsychiczny, stres zewnętrzny — poczucie stresu psychologicznego wśród pacjentów opornych/podatnych na nadciśnienie

Lp.	Poczucie stresu psychologicznego	Pacjenci oporni na leczenie (n = 76)			Pacjenci podatni na leczenie (n = 103)			Test Wilcoxon
		Średnia	SD	Q50	Średnia	SD	Q50	
1.	Napięcie emocjonalne	24,47	5,13	25,00	19,95	5,77	20,00	W = 5648.00 p < 0,0000
2.	Stres intrapsychiczny	20,26	4,72	21,00	17,22	5,08	18,00	W = 5225.50 p < 0,0001
3.	Stres zewnętrzny	19,80	5,4	21,00	16,50	5,17	16,00	W = 5361.50 p < 0,0000
4.	Poczucie stresu psychologicznego	64,54	12,27	65,00	53,67	14,24	55,00	W = 5645.00 p < 0,0000

Źródło: opracowanie własne; SD (standard deviation) — odchylenie standardowe; Q50 — mediana

**Tabela II.** Strategie skoncentrowane na emocjach, strategie skoncentrowane na problemie — metody radzenia sobie ze stresem wśród pacjentów opornych/podatnych na nadciśnienie

Lp.	Metody radzenia sobie ze stresem	Pacjenci oporni na leczenie (n = 72)			Pacjenci podatni na leczenie (n = 103)			Test Wilcoxon
		Średnia	SD	Q50	Średnia	SD	Q50	
1.	Strategie skoncentrowane na emocjach	67,78	11,12	67,00	62,91	12,21	63,50	W = 4664.00 p < 0.0044
2.	Strategie skoncentrowane na problemie	40,57	7,67	40,00	39,95	8,05	39,00	W = 3862.50 p = 0.3195

Źródło: opracowanie własne; SD (*standard deviation*) — odchylenie standardowe; Q50 — mediana

**Tabela III.** Przejawy emocjonalności wśród pacjentów opornych/podatnych na leczenie

Lp.	Sfera emocjonalna	Pacjenci oporni na leczenie (n = 76)			Pacjenci podatni na leczenie (n = 103)			Test Wilcoxon
		Średnia	SD	Q50	Średnia	SD	Q50	
1.	Neurotyzm	7,26	4,28	7,50	6,67	4,10	4,00	W = 4255.50 p = 0.1584
2.	Ekstrawersja	6,34	2,45	7,00	6,62	2,92	7,00	W = 3697.00 p = 0.2614
3.	Kontrola gniewu	19,11	4,40	20,00	17,92	4,16	18,00	W = 4576.50 p < 0.0263
4.	Kontrola depresji	17,51	3,16	17,00	15,74	3,05	16,00	W = 5042.00 p < 0.0009
5.	Kontrola lęku	19,32	4,62	19,00	17,15	4,48	17,00	W = 3425.50 p < 0.0053
8.	Pośpiech	0,63	0,23	0,63	0,53	0,24	0,53	W = 4800.50 p < 0.0095
9.	Rywalizacja	0,53	0,21	0,53	0,52	0,20	0,53	W = 4153.00 p = 0.2416
10.	WZA	0,58	0,19	0,60	0,52	0,18	0,53	W = 4630.00 p < 0.0364

Źródło: opracowanie własne; SD (*standard deviation*) — odchylenie standardowe; Q50 — mediana

emocjonalnej: neurotyzmu, ekstrawersji, skłonności rywalizacyjnych, badane grupy nie są statystycznie różnicowane.

## Dyskusja

Podział pacjentów z nadciśnieniem ze względu na wybrane kryteria medyczne okazał się interesujący z perspektywy psychologicznej. Większość hipotez postawionych w niniejszej pracy się potwierdziła — wykazano, że zmienne psychologiczne związane z doświadczaniem wydarzeń stresowych, subiektywnym poczuciem stresu, radzeniem sobie z sytuacjami problemowymi, dotyczące sfery emocjonalnej mogą mieć wpływ na dalszy przebieg choroby.

Stres przenika wszystkie sfery naszego życia, wkraczał też do gabinetu lekarskiego, implikując wiele

trudności nie tylko osobistych, ale i terapeutycznych. Najnowsza metaanaliza dotycząca relacji pomiędzy nadciśnieniem a stresem psychologicznym wykazała, że stres psychospołeczny wiąże się ze zwiększonym ryzykiem nadciśnienia tętniczego [20]. W badaniu autora stres psychologiczny był interpretowany jako uogólniony poziom stresu. Pod względem trzech wymiarów: napięcie emocjonalne, stres intrapsychiczny, stres zewnętrzny, pacjenci z nadciśnieniem opornym osiągnęli istotnie wyższe wyniki niż pacjenci podatni na leczenie.

Napięcie emocjonalne wynika z poczucia niepokoju, nadmiernej nerwowości. Występuje w różnych codziennych sytuacjach, gdy pojawiają się trudności w odprężaniu się. Wiąże się to z brakiem energii do działania, poczuciem zmęczenia bez wyraźnej przyczyny oraz tendencją do rezygnacji z podejmowania różnych zadań, realizacji planów.

Stres zewnętrzny pojawia się, gdy jest się niesprawiedliwie ocenianym przez inne osoby w różnych kontekstach społecznych (w domu, pracy), gdy narasta poczucie bezradności, wyczerpania w obronie swojego punktu widzenia (swoich racji).

Stres intrapsychiczny wiąże się z nieumiejętnością radzenia sobie z przeżyciami wewnętrznymi.

Autorzy narzędzia zakładają, że w sytuacji kiedy potencjał osobowościowo-społeczny okazuje się być niewystarczająco ukształtowany, mogą wystąpić stany lękowe, depresyjne i brak satysfakcji z codziennego życia [16].

Radzenie sobie ze stresem jest to wysiłek celowy, który człowiek podejmuje w sytuacji, którą interpretuje jako stresogenną. Określenie najlepiej precyzujące sposób radzenia sobie w literaturze anglojęzycznej określa się jako *coping*. Zagraniczni badacze podkreślają związek pomiędzy nadciśnieniem a stylem skoncentrowanym na emocjach [21, 22], co znalazło potwierdzenie w przeprowadzonych badaniach autora artykułu, zwłaszcza w kontekście opornego nadciśnienia. W literaturze akcentuje się tezę, że problemowe strategie są bardziej efektywne, gdy pojawia się możliwość kontroli sytuacji, natomiast emocjonalne – w przypadku braku należytej kontroli [23]. Można założyć, że osoby wykorzystujące zadaniowy styl radzenia sobie potrafią efektywnie obniżyć poziom lęku i stresu, co jednocześnie wpływa na obniżenie wartości ciśnienia tętniczego.

W literaturze naukowej zauważa się, że lęk i depresja mogą mieć zarówno znaczenie pierwotne, jak i wtórne w kontekście choroby nadciśnieniowej. W populacji obejmującej 168 tys. osób z nadciśnieniem tętniczym schorzenie to było łatwiejsze do zdiagnozowania wśród pacjentów z podwyższonym poziomem depresji i lęku [24]. Pacjenci z nadciśnieniem tętniczym mogą również doświadczać wielu intensywnych emocji zwiększających ryzyko rozwoju zaburzeń psychicznych, zwłaszcza lęku i depresji [25, 26]. W transakcyjnym modelu Lazarusa i Folkmana ujmuje się ścisły związek pomiędzy doświadczanymi emocjami i przeżywanym stresem. Jest to poznawcza teoria, która nadaje szczególną rolę procesom oceny sytuacji jako pośredniczącym w powstawaniu reakcji stresowej. Emocje są wynikiem określonej oceny sytuacji i współwystępują z fizjologicznymi komponentami reakcji stresowej. Z tej perspektywy interesująca jest indywidualna podatność na reagowanie negatywnymi emocjami oraz procesy kontroli emocjonalnej [27]. Osoby z nadciśnieniem, a zwłaszcza z nadciśnieniem opornym, mogą wykazywać większą skłonność do interpretowania sytuacji w kategoriach zagrożenia, straty lub krzywdy i w związku z tym częściej rea-

gować emocjami lęku, smutku, niezadowolenia czy złości [28–30]. Jednocześnie w celu niwelowania przykrych emocji mógł się u takich osób wykształcić mechanizm kontroli emocjonalnej polegający na unikaniu specyficznych sytuacji emotogennych [27], co potwierdziły wyższe wyniki w wymiarach kontroli gniewu, lęku, stanów depresyjnych w grupie z opornym nadciśnieniem w porównaniu z grupą pacjentów podatnych na leczenie. Pewnym zaskoczeniem był brak istotności statystycznej w wymiarze neurotyzmu. Neurotyzm w rozumieniu Hansa Eysencka nieodłącznie wiąże się z lękiem i ogólnym napięciem emocjonalnym [31]. Osoby niezrównoważone emocjonalnie są mało odporne na działanie stresu. Wartość neurotyzmu jest wskaźnikiem podatności na depresję pod wpływem sytuacji stresujących, skłonności do przeżywania negatywnych emocji oraz do dekompensacji o charakterze lękowym i depresyjnym [32, 33]. Jednak związek neurotyzmu z nadciśnieniem tętniczym nie jest naukowo przekonujący. Wyniki niektórych badań wskazują, że poziom neurotyzmu jest znacząco wyższy u pacjentów z nadciśnieniem tętniczym w porównaniu z grupą kontrolną [34]. Przeprowadzono również badania, w których takiej zależności nie wykazano [35, 36]. W kontekście dwóch wymiarów wzoru zachowania A, często opisywanego w literaturze naukowej pod kątem reaktywności emocjonalnej i większego ryzyka zachorowania na choroby somatyczne [37], zakładano wyższy poziom dwóch wymiarów — pośpiechu i rywalizacji wśród pacjentów z nadciśnieniem opornym. Jedyńm wymiarem, który istotnie różnił badane grupy, był pośpiech. Można więc stwierdzić, że pacjenci z opornym nadciśnieniem tętniczym częściej walczą z czasem, szybciej się niecierpliwią w sytuacji spóźnienia, gdy mają przeczucie, że bezproduktywnie tracą czas, częściej starają się robić wiele rzeczy naraz niż chorzy podatni na leczenie.

Przyjmuje się, że w przypadku opornego nadciśnienia tętniczego wina leży głównie po stronie pacjenta, ale może to być też efekt pogarszającej się współpracy pacjenta z lekarzem. Niedostateczne zaufanie do lekarza, brak subiektywnego poczucia choroby, rozczarowanie nieskutecznością terapii, działania niepożądane leków, pogorszenie jakości życia, skłonność do samokontroli i samoleczenia [7] są to czynniki, które w środowisku medycznym uznaje się za przyczyniające się do nieskuteczności terapii. Niezrozumienie zaleceń lekarskich, brak świadomości zagrożeń związanych z nadciśnieniem mogą wynikać również z niewłaściwego podejścia lekarza do pacjenta. Dopiero konsekwentne wyeliminowanie przyczyn, za które odpowiedzialni są

zarówno pacjent, jak i lekarz, pozwala rozpoznać rzeczywiste nadciśnienie odporne. Niektóre z przyczyn, takie jak subiektywne odczuwanie choroby czy skłonność do samokontroli, mogą być skorelowane ze zmiennymi psychologicznymi, które okazały się istotne w niniejszym badaniu. Nie wszyscy badacze są jednak zgodni, że to czynniki psychologiczne oraz osiągnięcie odpowiedniego porozumienia pomiędzy pacjentem a lekarzem mają kluczowe znaczenie w leczeniu opornego nadciśnienia. Toner i wsp. w badaniu kliniczno-kontrolnym wykazali, że czynnikami w największym stopniu mogącymi utrudniać osiąganie optymalnych wskaźników ciśnienia skurczowego jest palenie tytoniu oraz połączenie palenia papierosów i intensywnego stosowania kofeiny [38].

Warunkiem skuteczności terapii w procesie leczenia nadciśnienia tętniczego jest stosowanie się pacjenta do zaleceń lekarskich, świadomość i motywacja do prowadzenia zdrowego trybu życia i regularne zażywanie leków — tzw. *compliance*. Czynniki psychologiczne mają wpływ zarówno na rozwój nadciśnienia, jak również przebieg choroby, współpracę z lekarzem, prowadzenie zdrowego trybu życia, regularnie przyjmowanie leków. Z tego powodu w ramach psychokardiologii warto jest realizować badania, uwzględniając kolejne podziały pacjentów chorujących na nadciśnienie. Uwzględniając metodologię, badania prospektywne pozwoliłyby lepiej odpowiedzieć na pytanie, czy przebieg choroby, podatność/oporność na leczenie mogą mieć wpływ na zmiany w zakresie sposobów radzenia sobie z emocjami, poczucia stresu psychologicznego, kontroli emocji, cech osobowości związanych z emocjami.

Zapobieganie wystąpieniu nadciśnienia tętniczego na podstawie zdiagnozowanego profilu psychologicznego może być zadaniem trudnym do zrealizowania w praktyce. Należy jednak zadać pytanie, czy możliwe jest, by dzięki ewentualnej dalszej współpracy z psychologiem pacjenci wstępnie zdiagnozowani jako oporni zostali zakwalifikowani do grupy pacjentów podatnych na leczenie. W tym kontekście warto rozważyć potencjalne korzyści z adresowania do wybranych grup pacjentów nadciśnieniowych takich form współpracy psychologicznej, jak terapia poznawczo-behawioralna, trening relaksacyjny, warsztaty radzenia sobie ze stresem. Po kilku spotkaniach z terapeutami pacjenci sami mogliby nauczyć się wdrażać w życie proste techniki relaksacyjne, lepiej radzić sobie ze stresem — pomagać w kształtowaniu problemowych strategii radzenia sobie ze stresem, ograniczając strategie emocjonalne, a także pracować nad swoimi przekonaniami i wspierać poczucie własnej sprawczości. Działanie

takie bez wątpienia należy połączyć z leczeniem farmakologicznym i aktywnym podejściem pacjenta przy pokonywaniu choroby, tym bardziej, że są to czynniki często ze sobą zintegrowane. Rozpatrując więc dylemat, czy obecność kolejnego psychologa/psychologów w placówkach służby zdrowia jest korzystne ekonomicznie, należy odwołać się do hipokratejskiego aforyzmu: „Lepiej zapobiegać niż leczyć”. Jest to teza aktualna nawet w kontekście profilaktyki wtórnej.

## Wnioski

Uzyskane wyniki tworzą spójny obraz psychologicznego funkcjonowania pacjenta z nadciśnieniem opornym jako osoby z silnym poczuciem odczuwanego stresu psychologicznego, reagującej w sposób emocjonalny na sytuacje stresowe, dążącej do utrzymywania kontroli w sytuacjach emotogennych, cechującej się tendencją do funkcjonowania w pośpiechu.

W przypadku pacjentów z opornym nadciśnieniem tętniczym szczególnie ważne jest prowadzenie badań prospektywnych uwzględniających zmienne psychologiczne oraz weryfikacja jakości współpracy pacjenta z lekarzem prowadzącym w kontekście kwalifikowania chorych do danej grupy.

Warsztaty psychologiczne poświęcone metodom radzenia sobie ze stresem, treningi relaksacyjne oraz zajęcia grupowe w ramach terapii poznawczo-behawioralnej skierowane do pacjentów z opornym nadciśnieniem tętniczym, u których poczucie stresu psychologicznego jest podwyższone, silnie kontrolujących swoje emocje, z towarzyszącą negatywną emocjonalnością, zachowaniami o charakterze lękowym, depresyjnym i rywalizacyjnym, w sposób emocjonalny radzących sobie z codziennymi problemami, mogą stanowić wsparcie w farmakoterapii. Warto więc, by lekarze, psychologowie, jak również menedżerowie/dyrektorzy zarządzający służbą zdrowia i szpitalami wsparcie takie rozważyli.

## Finansowanie

Projekt zrealizowano dzięki grantom badawczym:  
— projekt młodych naukowców i uczestników studiów doktoranckich Uniwersytetu Gdańskiego na 2014 r. *Psychologiczne korelaty stresu pacjentów kardiologicznych a ich metody radzenia sobie. Realizacja grantu badawczego*;  
— projekt młodych naukowców i uczestników studiów doktoranckich Uniwersytetu Gdańskiego na 2012 r. *Źródła i poczucie stresu psychologicznego u osób chorujących na nadciśnienie tętnicze*.

## Piśmiennictwo

1. Bidzan M, Bieleninik Ł, Bogucka D, et al. Problemy etyczne w naukach o zdrowiu na przykładzie psychologii klinicznej i rehabilitacyjnej. *Pol Forum Psychol.* 2013; 18(3): 363–374.
2. Rutledge T, Hogan BE. A quantitative review of prospective evidence linking psychological factors with hypertension development. *Psychosom Med.* 2002; 64(5): 758–766, doi: [10.1097/01.psy.0000031578.42041.1c](https://doi.org/10.1097/01.psy.0000031578.42041.1c), indexed in Pubmed: [12271106](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12271106/).
3. Chachaj A, Małyszczak K. Czy określone cechy osobowości mogą prowadzić do wystąpienia nadciśnienia tętniczego. *Nadciśnienie Tętnicze.* 2008; 12(4): 300–308.
4. Sanz J, García-Vera M, Magán I, et al. Differences in personality between sustained hypertension, isolated clinic hypertension and normotension. *Eur J Pers.* 2007; 21(2): 209–224, doi: [10.1002/per.605](https://doi.org/10.1002/per.605).
5. Januszewicz A, Prejbisz A. Oporne nadciśnienie tętnicze. Zasady postępowania w praktyce lekarskiej. *Via Medica, Gdańsk* 2009.
6. Szwench E, Florczak E, Prejbisz A, et al. Oporne nadciśnienie tętnicze — postępy w diagnostyce i leczeniu. *Kardiologia Polska.* 2012; 70(1): 66–74.
7. Tykarski A. Nadciśnienie tętnicze oporne. *Choroby Serca i Naczyn.* 2005; 2(4): 190–193.
8. Egan BM, Zhao Y, Axon RN. US trends in prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension, 1988–2008. *JAMA.* 2010; 303(20): 2043–2050, doi: [10.1001/jama.2010.650](https://doi.org/10.1001/jama.2010.650), indexed in Pubmed: [20501926](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20501926/).
9. Garg JP, Elliott WJ, Folker A, et al. RUSH University Hypertension Service. Resistant hypertension revisited: a comparison of two university-based cohorts. *Am J Hypertens.* 2005; 18(5 Pt 1): 619–626, doi: [10.1016/j.amjhyper.2004.11.021](https://doi.org/10.1016/j.amjhyper.2004.11.021), indexed in Pubmed: [15882544](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15882544/).
10. Knight EL, Bohn RL, Wang PS, et al. Predictors of uncontrolled hypertension in ambulatory patients. *Hypertension.* 2001; 38(4): 809–814, doi: [10.1161/hy0901.091681](https://doi.org/10.1161/hy0901.091681), indexed in Pubmed: [11641291](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11641291/).
11. Calhoun DA, Jones D, Textor S, et al. American Heart Association Professional Education Committee. Resistant hypertension: diagnosis, evaluation, and treatment. A scientific statement from the American Heart Association Professional Education Committee of the Council for High Blood Pressure Research. *Hypertension.* 2008; 51(6): 1403–1419, doi: [10.1161/HYPERTENSIONAHA.108.189141](https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.108.189141), indexed in Pubmed: [18391085](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18391085/).
12. Berra E, Rabbia F, Testa A, et al. Psychological Aspects in Apparent Resistant Hypertension: an Emblematic Case. *Clin Exp Hypertens.* 2015; 3(2): 1026.
13. Chen G, Chen F, Sun K, et al. Prevalence and determinants of resistant hypertension among hypertensive patients attending a cardiology clinic in China: a prospective cross-sectional study. *Trop J Pharm Res.* 2016; 15(10): 2261–2237, doi: [10.4314/tjpr.v15i10.27](https://doi.org/10.4314/tjpr.v15i10.27).
14. Schmieder RE, Grassi G, Kjeldsen SE. Patients with treatment-resistant hypertension report increased stress and anxiety: a worldwide study. *J Hypertens.* 2013; 31(3): 610–5; discussion 615, doi: [10.1097/HJH.0b013e32835d6e53](https://doi.org/10.1097/HJH.0b013e32835d6e53), indexed in Pubmed: [23303395](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23303395/).
15. Davies SJ, Ghahramani P, Jackson PR, et al. Panic disorder, anxiety and depression in resistant hypertension — a case-control study. *J Hypertens.* 1997; 15(10): 1077–1082, doi: [10.1097/00004872-199715100-00005](https://doi.org/10.1097/00004872-199715100-00005), indexed in Pubmed: [9350581](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9350581/).
16. Plopa M, Makarowski R. *Kwestionariusz poczucia stresu.* Vizja Press & IT, Warszawa 2010.
17. Oleś P. *Kryzys połowy życia u mężczyzn.* Redakcja Wydawnictw KUL, Lublin 1995.
18. Choynowski M. The development of the Polish adaptation of the Eysenck's „Maudsley personality inventory”. *Acta Psychol (Amst).* 1969; 31(1): 45–65, doi: [10.1016/0001-6918\(69\)90071-7](https://doi.org/10.1016/0001-6918(69)90071-7), indexed in Pubmed: [5812072](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/5812072/).
19. Juczyński Z. *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia.* Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2002.
20. Liu MY, Li Na, Li WA, et al. Association between psychosocial stress and hypertension: a systematic review and meta-analysis. *Neurol Res.* 2017; 39(6): 573–580, doi: [10.1080/01616412.2017.1317904](https://doi.org/10.1080/01616412.2017.1317904), indexed in Pubmed: [28415916](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28415916/).
21. Ariff F, Suthahar A, Ramli M. Coping styles and lifestyle factors among hypertensive and non-hypertensive subjects. *Singapore Med J.* 2011; 52(1): 29–34, indexed in Pubmed: [21298238](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21298238/).
22. Vitaliano PP, Russo J, Bailey SL, et al. Psychosocial factors associated with cardiovascular reactivity in older adults. *Psychosom Med.* 1993; 55(2): 164–177, doi: [10.1097/00006842-199303000-00005](https://doi.org/10.1097/00006842-199303000-00005), indexed in Pubmed: [8475231](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8475231/).
23. Terry DJ. Determinants of coping: the role of stable and situational factors. *J Pers Soc Psychol.* 1994; 66(5): 895–910, doi: [10.1037//0022-3514.66.5.895](https://doi.org/10.1037//0022-3514.66.5.895), indexed in Pubmed: [8014834](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8014834/).
24. Byrd JB, Powers JD, Magid DJ, et al. Detection and recognition of hypertension in anxious and depressed patients. *J Hypertens.* 2012; 30(12): 2293–2298, doi: [10.1097/HJH.0b013e328359b6e6](https://doi.org/10.1097/HJH.0b013e328359b6e6), indexed in Pubmed: [23032145](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23032145/).
25. DeJean D, Giacomini M, Vanstone M, et al. Patient experiences of depression and anxiety with chronic disease: a systematic review and qualitative meta-synthesis. *Ont Health Technol Assess Ser.* 2013; 13(16): 1–33, indexed in Pubmed: [24228079](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24228079/).
26. Vetere G, Ripaldi L, Ais E, et al. [Prevalence of anxiety disorders in patients with essential hypertension]. *Vertex.* 2007; 18(71): 20–25, indexed in Pubmed: [17356718](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17356718/).
27. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal and coping.* Springer, New York 1984.
28. Atroszko P, Kowalczyk J, Kowalczyk W. Cechy osobowości związane z emocjami u pacjentów z nadciśnieniem tętniczym — badanie pilotażowe. *Nadciśnienie Tętnicze.* 2012; 17(1): 30–37.
29. Kowalczyk J, Wojciechowski L, Atroszko P. Lista możliwych czynników stresowych — badanie pacjentów kardiologicznych. *International Interdisciplinary Scientific Conference for PhD Students and Assistants.* 2014; 4: 916–925.
30. Kowalczyk J. *Psychologiczne korelaty stresu pacjentów z nadciśnieniem tętniczym i ich metody radzenia sobie.* Rozprawa doktorska. Uniwersytet Gdański, Gdańsk 2017.
31. Eysenck S, Eysenck HJ, Barrett P. A revised version of the psychoticism scale. *Personality and Individual Differences.* 1985; 6(1): 21–29, doi: [10.1016/0191-8869\(85\)90026-1](https://doi.org/10.1016/0191-8869(85)90026-1).
32. Ormel J, Oldehinkel AJ, Vollebergh W. Vulnerability before, during, and after a major depressive episode: a 3-wave population-based study. *Arch Gen Psychiatry.* 2004; 61(10): 990–996, doi: [10.1001/archpsyc.61.10.990](https://doi.org/10.1001/archpsyc.61.10.990), indexed in Pubmed: [15466672](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15466672/).



33. Ormel J, Rosmalen J, Farmer A. Neuroticism: a non-informative marker of vulnerability to psychopathology. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2004; 39(11): 906–912, doi: [10.1007/s00127-004-0873-y](https://doi.org/10.1007/s00127-004-0873-y), indexed in Pubmed: [15549243](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15549243/).
34. Coelho R, Hughes AM, da Fonseca AF, et al. Essential hypertension: the relationship of psychological factors to the severity of hypertension. *J Psychosom Res.* 1989; 33(2): 187–196, doi: [10.1016/0022-3999\(89\)90046-9](https://doi.org/10.1016/0022-3999(89)90046-9), indexed in Pubmed: [2724195](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2724195/).
35. Cochrane R. Neuroticism and the discovery of high blood pressure. *J Psychosom Res.* 1969; 13(1): 21–25, doi: [10.1016/0022-3999\(69\)90015-4](https://doi.org/10.1016/0022-3999(69)90015-4), indexed in Pubmed: [5776998](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/5776998/).
36. Kidson MA. Personality and hypertension. *J Psychosom Res.* 1973; 17(1): 35–41, doi: [10.1016/0022-3999\(73\)90085-8](https://doi.org/10.1016/0022-3999(73)90085-8), indexed in Pubmed: [4730011](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4730011/).
37. Sęk H. *Psychologia Kliniczna*. Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 2016.
38. Toner JM, Close CF, Ramsay LE. Factors related to treatment resistance in hypertension. *Q J Med.* 1990; 77(283): 1195–1204, doi: [10.1093/qjmed/77.2.1195](https://doi.org/10.1093/qjmed/77.2.1195), indexed in Pubmed: [2274660](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2274660/).