

Michał Kałużyński, Józef Kocur

Poziom lęku jako stanu bądź cechy u osób z chorobą niedokrwienną serca lub z nadciśnieniem tętniczym

The level of anxiety as state either feature in people with ischemic heart disease or hypertension

Zakład Rehabilitacji Psychospołecznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Wprowadzenie

Najczęstszą przyczyną umieralności w krajach rozwiniętych ekonomicznie są wciąż choroby układu krążenia. Istotne miejsce wśród nich zajmuje choroba niedokrwienna serca (IHD) oraz jeden z najczęstszych czynników ryzyka IHD, jakim jest nadciśnienie tętnicze (2).

Zaburzenia układu krążenia mogą stanowić bardzo ważny element obrazu klinicznego niektórych zespołów lękowych, takich jak zespół lęku uogólnionego oraz zespół lęku napadowego. Dawniej zespoły te uważano za zaburzenia nerwicowe, obecnie – zgodnie z klasyfikacją ICD-10 – umieszczane są w grupie zaburzeń związanych ze stresem i pod postacią somatyczną – jako zespół lęku uogólnionego i zespół lęku napadowego (3).

W obydwu typach lęku występuje szereg dolegliwości somatycznych, w tym także ze strony układu sercowo-naczyniowego: kołatanie serca, przyspieszenie czynności serca, ból i kłucie w klatce piersiowej, duszność, konieczność szybkiego oddychania i inne (4).

Pojęcie lęku

Lęk jest uważany za jedną z emocji o znaku ujemnym, wywołaną przez sytuacje zagrożenia obiektywnego lub subiektywnego, zewnętrznego lub wewnętrznego, działającego aktualnie, w prze-

szłości lub przewidywanego przeszłości. Objawy tej emocji objawiają się w trzech sferach: psychicznej, behawioralnej i somatyczno-wegetatywnej. Do pierwszej należą świadome, wewnętrzne odczucia, które jednostka może zwerbalizować jako uczucie napięcia, skrępowania, zmartwienia, bezradności, brak poczucia bezpieczeństwa, zdenerwowanie itp.

Do psychicznych objawów lęku należą także zaburzenia w spostrzeganiu, koncentracji uwagi, pamięci, sprawności myślenia.

Do drugiej kategorii objawów należy zespół takich zachowań, jak: reakcje unikania, ucieczka, podniecenie ruchowe i manipulacyjne lub zahamowanie ruchowe, określona mimika, drżenie głosu, zmiana siły głosu. Objawy somatyczno-wegetatywne lęku dadzą się zaobserwować w większości układów fizjologicznych. Do najważniejszych z nich należą: wysychanie śluzówki jamy ustnej, wzmożone wydzielanie gruczołów potowych i gruczołów nadnerczy, przyspieszenie akcji serca, wzrost ciśnienia tętniczego krwi, rozszerzenie naczyń krwionośnych, wzrost tępa oddechu, wzrost napięcia mięśniowego. Związki między wymienionymi trzema sferami objawów mogą być zróżnicowane. Różne osoby mogą posiadać odmienne, charakterystyczne dla siebie zespoły objawów, reprezentowane w różnym stopniu przez wymienione trzy sfery (6).

Lęk może być krótkotrwały, związany z konkretną sytuacją, lub trwały, niezależny od aktualnych okoliczności, będący formą trwałego nastawienia związanego z określoną osobowością.

Lęk może także być normalnym zjawiskiem charakterystycznym dla większości populacji, ale może przyjmować formę patologiczną.

W obydwu przypadkach charakter przeżycia jest podobny, inne są natomiast przyczyny i intensywność objawów.

Spielberger, nawiązując do badań prowadzonych przez R. B. Cattela i J. H. Scheiera, stworzył własną koncepcję lęku. Poddając analizie czynnikowej pomiary różnych wskaźników lęku (samopisowych, obserwacyjnych i psychofizjologicznych) uzyskanych na drodze kilkukrotnego badania tej samej grupy osób, wyodrębnił dwa różne czynniki lęku: odpowiedzialny za zmienność wyników z sytuacji na sytuację (lęk-stan) i odpowiedzialny za różnice indywidualne, (lęk-cecha). Według Spielberga lęk-stan charakteryzuje się subiektywnymi, świadomie postrzeganymi uczuciami obawy i napięcia, którym towarzyszy związane z nimi pobudzenie autonomicznego układu nerwowego. Lęk-cecha przedstawiony jest jako konstrukt teoretyczny, oznaczający motyw lub nabytą dyspozycję behawioralną, która czyni jednostkę podatną na postrzeganie szerokiego zakresu obiektywnie niegroźnych sytuacji jako zagrażających i reagowanie na nie stanami lęku, nieproporcjonalnie silnymi w stosunku do wielkości obiektywnego niebezpieczeństwa (5).

Formowanie się osobowości lękowej wiąże się z wczesnym okresem dzieciństwa, relacjami, jakie zachodzą w tym okresie między dzieckiem a rodzicami.

Spielberger wskazuje także na rolę, jaką w osobowości lękowej pełnią procesy poznawcze (postrzeganie sytuacji).

Cel pracy

Celem pracy jest ocena poziomu lęku jako stanu i lęku jako cechy osobowości u osób z rozpoznaniem choroby niedokrwiennej serca oraz u osób z nadciśnieniem tętniczym, a także ustalenie ewentualnej zależności między poziomem lęku a takimi zmiennymi, jak płeć, wiek, stan cywilny, ilość posiadanych dzieci, wykształcenie, aktualny status zawodowy, okres trwania choroby oraz ilość pobytów w szpitalu.

Materiał i metodyka

Badaniu poddano 40 pacjentów Kliniki Chorób Wewnętrznych i Rehabilitacji Kardiologicznej w Szpitalu Klinicznym Nr 5 Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

W badaniach uczestniczyło 21 mężczyzn oraz 19 kobiet, w przedziale wiekowym od 18 do 78 lat (średnia wieku dla mężczyzn i kobiet – 45,4 lat), u których rozpoznano klinicznie chorobę wieńcową lub nadciśnienie tętnicze.

W badaniach zastosowano Kwestionariusz Samooceny STAI opracowany przez Pracownię Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. Kwestionariusz składa się z dwóch odrębnych części, z których jedna, oznaczona X-1, służy do pomiaru lęku-stanu, druga zaś, oznaczona symbolem X-2, do pomiaru lęku-cechy.

Uzupełnienie Kwestionariusza Samooceny stanowił kwestionariusz osobowy, charakteryzujący badaną grupę pod względem płci, wieku, stanu cywilnego, liczby dzieci, wykształcenia, statusu zawodowego, okresu trwania choroby, pobytu w szpitalu w związku z chorobą.

Badania przeprowadzono po uzyskaniu zgody Komisji Bioetyki Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

Zastosowano następujące techniki statystyczne: wskaźniki struktury (%), statystyki opisowe (miary położenia i zmienności), test typu T (alternatywnie C-Cochrane'a-Coxa) dla grup niezależnych, oszacowanie wartości i istotności statystycznej współczynników korelacji r-Pearson'a, analiza wariancji (test F-Fischera, fakultatywnie – posttest Scheffego).

Charakterystyka badanej populacji

Badanych podzielono na dwie równe liczebnie grupy (po 20 osób w każdej): chorych z rozpoznaniem klinicznym choroby wieńcowej i chorych z nadciśnieniem tętniczym. Kryterium doboru i selekcji chorych był czas trwania choroby (co najmniej 2 lata) i brak w wywiadzie takich powikłań, jak zawał mięśnia sercowego, niewydolność krążenia, udar mózgu.

Wskaźniki struktury dla badanej populacji osób pod względem wymienionych w kwestionariuszu parametrów przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1.
Strukturalna charakterystyka badanej populacji (%)

Oceniane parametry	Cała grupa	Choroba niedokrwienna serca	Nadciśnienie tętnicze
Płeć			
Mężczyzna	52,5	55	50
Kobieta	47,5	45	50
Razem	100	100	100
Wiek (w latach)	45,4	45,2	45,55
Stan cywilny			
Wolny (a)	22,5	20	25
Żonaty-mężatka	77,5	80	75
Razem	100	100	100
Dzieci			
0	25	30	20
1	25	25	25
2	37,5	30	45
3	12,5	15	10
Razem	100	100	100
Wykształcenie			
Podstawowe	7,5	10	5
Zawodowe	15	20	10
Średnie	45	40	50
Wyższe	32,5	30	35
Razem	100	100	100
Status zawodowy			
Bezrobotny (a)	12,5	5	20
Pracujący (a)	62,5	75	50
Studiujący (a)	5	5	5
Emeryt (ka)	12,5	10	15
Rencista (ka)	7,5	5	10
Razem	100	100	100
Czas trwania choroby (w miesiącach)	32,65	25,9	39,4
Liczba pobyków w szpitalu			
1	47,5	50	45
2	27,5	25	30
3 i więcej/tree and more	25	25	25
Razem	100	100	100

Wyniki

Uzyskane wyniki (w skali stenowej) dla ujawnianego nasilenia lęku jako stanu wskazują w grupie osób z chorobą niedokrwienną serca na poziom nieznacznie wyższy niż przeciętny, zaś wśród osób z nadciśnieniem tętniczym na po-

ziom oscylujący w granicach przeciętnego. Dla osób z chorobą niedokrwienną serca (zakłada się miarodajność wyników dla 75% populacji) przedział zmienności waha się pomiędzy 4,98 a 8,52 punktu w skali stenowej (dolna granica przedziału mieści się w obrębie wyników przeciętnych, zaś górna – wyników wysokich). W przypadku osób z nadciśnieniem tętniczym

przedział zmienności waha się w granicach 4,16–7,64 (dolna granica przedziału mieści się w obrębie wyników niskich, zaś górna – wyników wysokich).

Analiza struktury rozkładu wyników w skali stenowej dla nasilenia lęku jako stanu wykazała, że wyniki niskie występują u 5% populacji osób z chorobą niedokrwienną serca oraz u 15% osób z nadciśnieniem tętniczym. Wyniki przeciętne stwierdzono u 50% osób z chorobą niedokrwienną oraz 55% z nadciśnieniem, zaś wyniki wysokie u 45% z chorobą niedokrwienną oraz u 30% z nadciśnieniem. Przeważają zatem w obydwu grupach wyniki przeciętne, zaznacza się także duża liczebnie grupa osób z chorobą niedokrwienną serca z wynikami wysokimi.

Z kolei nasilenie lęku jako cechy w grupie osób z chorobą niedokrwienną serca jest nieznacznie wyższe niż przeciętne, zaś wśród osób z nadciśnieniem tętniczym – na poziomie oscylującym w granicach przeciętnego. Przedział zmienności dla osób z chorobą niedokrwienną serca waha się pomiędzy 4,24 a 8,56 punktu w skali stenowej (dolna granica przedziału mieści się w obrębie wyników niskich bądź przeciętnych, zaś górna – wyników wysokich). W odniesieniu do osób z nadciś-

nieniem tętniczym przedział zmienności waha się w granicach 3,75–8,05 (dolna granica przedziału mieści się w obrębie wyników niskich, zaś górna – wyników wysokich).

Rozkład wyników w skali stenowej dla nasilenia lęku jako cechy wykazał obecność wartości niskich u 20% populacji osób z chorobą niedokrwienną serca oraz u 30% osób z nadciśnieniem tętniczym, wyniki przeciętne – u 40% osób z chorobą niedokrwienną oraz u 35% z nadciśnieniem, wyniki wysokie u 40% z chorobą niedokrwienną oraz u 35% z nadciśnieniem tętniczym.

Różnica w nasileniu lęku jako stanu w badanych grupach nie ma charakteru istotnego statystycznie. Identyczna sytuacja ma miejsce w odniesieniu do nasilenia lęku jako cechy.

Płeć okazała się czynnikiem różnicującym nasilenie lęku zarówno stanu, jak i cechy w grupie osób z chorobą niedokrwienną serca. Kobiety wykazują znacząco wyższe nasilenie lęku niż mężczyźni (jako stanu i jako cechy).

W przypadku osób z nadciśnieniem tętniczym płeć nie była czynnikiem różnicującym poziom lęku ani jako stanu, ani jako cechy (tabela 2.).

Analiza korelacyjna wykazała, że nasilenie lęku – jako stanu oraz lęku jako cechy nie zależy od wieku badanych osób.

Tabela 2.
Płeć a nasilenie lęku jako stanu oraz lęku jako cechy

Osoby z chorobą niedokrwienną serca									
Typ lęku	M1	M2	t	df	p	N1	N2	S1	S2
L-stan	5,73	8,00	-3,67	18	0,001754*	11	9	1,35	1,41
L-cecha	5,00	8,11	-4,59	18	0,000226*	11	9	1,00	1,96
Osoby z nadciśnieniem tętniczym									
Typ lęku	M1	M2	t	df	p	N1	N2	S1	S2
L-stan	6,00	5,80	0,25	18	0,80	10	10	2,05	1,47
L-cecha	5,40	6,40	-1,04	18	0,31	10	10	2,22	2,06

M1 – średnie nasilenie lęku (mężczyźni)

M2 – średnie nasilenie lęku (kobiety)

t – wartość empiryczna testu istotności różnic

df – liczba stopni swobody

p – poziom istotności statystycznej

N1 – liczebność ważnych obserwacji (mężczyźni)

N2 – liczebność ważnych obserwacji (kobiety)

S1 – wartość odchylenia standardowego (mężczyźni)

S2 – wartość odchylenia standardowego (kobiety)

* – wynik statystycznie istotny

Również stan cywilny nie okazał się czynnikiem różnicującym nasilenie lęku (ani w przypadku lęku jako stanu, ani jako cechy – w obydwu grupach).

W żadnym z analizowanych przypadków zależność nasilenia lęku jako stanu oraz lęku jako cechy nie wykazała związku z liczbą posiadanych dzieci, z wykształceniem, ze statusem zawodowym czy okresem trwania choroby.

Liczba pobyków w szpitalu także nie okazała się czynnikiem różnicującym nasilenie lęku jako stanu ani jako cechy w grupie osób z chorobą niedokrwienną serca.

W grupie osób z nadciśnieniem tętniczym przy nasileniu lęku jako stanu sytuacja jest podobna jak w grupie pacjentów z chorobą niedokrwienną serca, jednak w przypadku oceny nasileniu lęku jako cechy liczba pobyków w szpitalu była czynnikiem różnicującym (tabela 3).

Tabela 3.
Liczba pobyków w szpitalu a nasilenie lęku jako stanu oraz lęku jako cechy

Osoby z chorobą niedokrwienną serca		
Typ lęku	F	p
L-stan	0,38	0,69
L-cecha	0,52	0,60
Osoby z nadciśnieniem tętniczym		
Typ lęku	F	p
L-stan	0,89	0,42
L-cecha	7,13*	0,0056*

F – wartość empiryczna testu istotności różnic Fischera

p – poziom istotności statystycznej

* – wynik statystycznie istotny

Szczegółową analizę w związku częstości hospitalizacji z nasileniem lęku jako cechy u osób z nadciśnieniem tętniczym przedstawiono w tabeli 4. Wykazano, że istotne różnice w ujawnianym nasileniu lęku jako cechy w grupie chorych z nadciśnieniem tętniczym występują pomiędzy osobami hospitalizowanymi dwukrotnie a trzykrotnie i więcej; znacznie wyższe nasilenie lęku jako cechy stwierdzono w grupie osób hospitalizowanych trzy razy i więcej (tabela 4).

Tabela 4.
Liczba pobyków w szpitalu a nasilenie lęku jako cechy w grupie osób z nadciśnieniem tętniczym – post hoc

Liczba pobyków w szpitalu a nasilenie lęku jako cechy (L-cecha)	{1}	{2}	{3 i więcej}
{1}	-	0,179728	0,107390
{2}	0,179728	-	0,005617*
3 {3 i więcej}	0,107390	0,005617*	-

{1}	{2}	{3 i więcej}
M = 5,89	M = 4,17	M = 8,00

M – średni uzyskany wynik dla nasilenia lęku jako cechy odnośnie do ilości pobyków w szpitalu wśród osób z nadciśnieniem tętniczym.

* – wynik statystycznie istotny.

Omówienie wyników

W wyniku przeprowadzonych badań wykazano, że na poziom lęku stanu oraz lęku cechy osobowości nie miały wpływu takie czynniki, jak wiek, stan cywilny, liczba posiadanych dzieci, wykształcenie, okres trwania choroby czy status zawodowy. Warto zwrócić jednak uwagę, że przy statusie zawodowym wynik dla lęku jako cechy w grupie osób z nadciśnieniem tętniczym jest bardzo bliski istotności statystycznej.

Okazuje się, że czynnikiem różnicującym nasilenie lęku zarówno jako stanu, jak i cechy jest płeć osób z chorobą niedokrwienną serca. W tej grupie kobiety wykazują znacząco wyższy poziom lęku jako stanu i cechy. Można to próbować wyjaśnić m.in. tym, że ryzyko występowania choroby niedokrwiennej serca jest znacznie wyższe u mężczyzn niż u kobiet w wieku przedmenopauzalnym, po menopauzie częstość występowania IHD u kobiet jest porównywalna do częstości występowania u mężczyzn w podobnym wieku (1). Liczba pobyków w szpitalu nie była czynnikiem różnicującym nasilenie lęku w grupie osób z chorobą niedokrwienną serca. Natomiast u pacjentów z nadciśnieniem tętniczym test okazał się statystycznie istotny, ale jedynie w przypadku lęku jako cechy. Okazało się, iż występują statystycznie istotne różnice w ujawnianym nasileniu lęku jako cechy pomiędzy osobami będącymi

w szpitalu w związku z chorobą dwukrotnie oraz osobami będącymi w szpitalu trzykrotnie i więcej. Można założyć, że pacjenci hospitalizowani trzykrotnie i częściej bardziej obawiają się konsekwencji związanych z nadciśnieniem tętniczym. Będąc kolejny raz w szpitalu, mogą ujawniać cechę lęku do nieuniknionych powtórnych badań i zabiegów, a także, co może być niewykluczone w następnym etapie leczenia, kolejnej wizyty w szpitalu.

Konieczność uwzględnienia lęku jako stanu i cechy u chorych wynika z jego wpływu na stan psychiczny i somatyczny zarówno w okresie hospitalizacji, jak i w dalszym etapie leczenia. Jeżeli wysoki poziom lęku utrzymuje się po opuszczeniu szpitala, to może on w sposób zasadniczy utrudnić adaptację do normalnego życia, powodując m.in. ograniczenie aktywności i pogarszając jakość życia.

Dlatego leczenie i rehabilitacja w chorobach układu krążenia powinna uwzględniać specjalistyczne wsparcie psychologiczne, a niekiedy psychiatryczne.

Wnioski

1. W grupie pacjentów z chorobą niedokrwienną serca kobiety wykazywały wyższy poziom lęku zarówno jako stanu, jak i cechy. U osób z nadciśnieniem tętniczym płeć nie była czynnikiem różnicującym.
2. Stwierdzono znacznie większe nasilenie lęku jako cechy u pacjentów z nadciśnieniem tętniczym przebywających w szpitalu trzykrotnie i więcej, w porównaniu do rzadziej hospitalizowanych.
3. Nie stwierdzono zależności między nasileniem lęku jako stanu lub cechy a takimi czynnikami, jak wiek, stan cywilny, liczba posiadanych dzieci, wykształcenie, status zawodowy, oraz czas trwania choroby.

Streszczenie

Choroba niedokrwienna serca, oraz nadciśnienie tętnicze mogą stanowić bardzo ważny element obrazu klinicznego niektórych zespołów lęko-

wych, takich jak: zespół lęku uogólnionego oraz zespół lęku napadowego.

Zbadano poziomu lęku jako stanu i lęku jako cechy osobowości u osób z rozpoznaniem choroby niedokrwiennej serca oraz u osób z nadciśnieniem tętniczym.

Oceniano, czy takie zmienne, jak: płeć, wiek, stan cywilny, ilość dzieci, wykształcenie, aktualny status zawodowy, okres trwania choroby i ilość pobytów w szpitalu, mają wpływ na poziom lęku.

Badaniu Kwestionariuszem Samooceny STAI poddano 40 pacjentów Kliniki Chorób Wewnętrznych i Rehabilitacji Kardiologicznej.

Stwierdzono, że w grupie pacjentów z chorobą niedokrwienną kobiety wykazywały wyższy poziom lęku jako stanu i cechy, a w grupie chorych z nadciśnieniem tętniczym pacjenci wielokrotnie hospitalizowani ujawnili wyższy poziom lęku jako cechy.

Lęk jako cecha może stanowić podłoże bardziej sprzyjające powstawaniu choroby niedokrwiennej serca niż nadciśnienia tętniczego, z kolei sam fakt występowania choroby może podwyższać poziom lęku, zwłaszcza jako stanu.

Słowa kluczowe: **lęk, choroba niedokrwien-
na serca, nadciśnienie tętnicze**

Summary

Ischemic heart disease and hypertension which are the most common risk factor of IHD could be the important element of clinical picture of anxiety disorder: like generalised anxiety disorder or panic disorder.

Examination the level of the anxiety as the state and feature of personality among the patient with recognised IHD and hypertension. It has been estimated like: sex, age, legal status, number of children, education, actual profession, statute, period of disease and number of hospitalization, have influence on the level anxiety. Fourteen patients have been examined in Internal Disease Clinic and Cardiology Rehabilitation Clinic. As a method has been used: Self-estimation Questionnaire STAI.

It has been concluded that in the group patients ischemic heart disease the women had high level of anxiety as state and feature. The patients with

a hypertension who have been many times treated had high level anxiety as a feature. The anxiety can be a base to produce IHD more than hypertension. The fact of ischemic heart disease can cause an high level anxiety particularly as a state.

Key words: **anxiety, ischemic heart disease, hypertension**

Piśmiennictwo

1. Crawford M. H. (red.): Kardiologia (współczesne rozpoznanie i leczenie). PZWL, Warszawa 1997, 128.
2. Cybulska B. (red.): Profilaktyka choroby niedokrwiennej serca. Kardiologia Pol. Wrzesień 2000, 53, 56.
3. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10. WMV, Kraków 1994.
4. Musselman D. L., Evans D. L., Nemeroff C. B.: The relationship of depression to cardiovascular disease. Arch. Gen. Psychiatry, 1998, 55, 580–592.
5. Spielberger C. D.: Theory and research on anxiety. [W:] Spielberger C. D. (red.): Anxiety and Behavior, Academic Press, New York 1966, 16–17.
6. Wrześniewski K. (red.): Wybrane zagadnienia lęku (teoria i pomiar). WAM, Warszawa 1983, 89–90.

Adres do korespondencji

Michał Kałużyński
ul. Romera 18
91–165 Łódź