

## Poziom lęku a obraz siebie u osób z chorobą niedokrwienną serca

### Level of anxiety and self-image in patients with coronary heart disease

Beata Pawłowska<sup>1</sup>, Ewa Papuć<sup>2</sup>, Aneta Opolska<sup>3</sup>, Władysław Witczak<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Katedra i Klinika Psychiatrii AM w Lublinie  
Kierownik: prof. dr hab. n. med. M. Masiak

<sup>2</sup> Oddział Neurologii Szpitala Wojskowego w Lublinie  
Ordynator: dr n. med. S. Bańka

<sup>3</sup> Oddział Psychiatrii Szpitala Neuropsychiatrycznego w Lublinie  
Ordynator: lek. med. S. Kowal

<sup>4</sup> Oddział Chorób Wewnętrznych Szpitala Wojskowego w Lublinie  
Ordynator: prof. dr hab. n. med. W. Witczak

#### Summary

**Aim.** The aim of the article was to find the relationship between the level of anxiety and self-image in patients with coronary heart disease.

**Methods.** Subjects were 70 patients with stable coronary heart disease treated in the Internal Medicine Department of the Military Hospital in Lublin and 70 healthy controls. Mean age of the investigated patients was 53.11 years with the mean age in healthy controls being 50.1 years. Subjects were investigated with the use of Spielberg's State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Adjective Check List (ACL) and a questionnaire especially designed for the study concerning the socio-demographic data of the investigated patients.

**Results.** Our results showed a statistically significant higher level of anxiety in men with coronary heart disease as compared to a group of healthy control men. Level of anxiety in women with coronary heart disease compared with healthy control women did not differ significantly. We found a statistically significant relationship between the elevated level of anxiety and certain features of self-image.

**Conclusions.** 1. Men with coronary heart disease exhibit a higher level of anxiety compared with healthy men. 2. Higher level of anxiety in men is associated with the increased need of stabilization, withdrawal from achieving aims, lack of self-trust and lack of autonomy. 3. High level of anxiety in women is associated with negative self-assessment, lack of self-trust, tendency for isolation and stronger need of changes.

*Słowa klucze:* lęk, obraz siebie, choroba niedokrwienna serca

*Key words:* anxiety, self-image, coronary heart disease

## Wstęp

Wieloletnie obserwacje i badania kliniczne od dawna wskazywały na rolę interakcji różnych czynników, w tym także przeżyć emocjonalnych, w złożonej etiopatogenezie zawału serca i innych postaci niedokrwienia mięśnia sercowego. Lęk uznawany jest za jedną z podstawowych reakcji emocjonalnych, związanych z chorobami układu krążenia [1, 2, 3]. Dolegliwości ze strony układu krążenia mogą jednocześnie stanowić istotny element obrazu klinicznego niektórych zespołów lękowych. Zarówno w zespole lęku uogólnionego, jak i lęku napadowego występuje szereg dolegliwości somatycznych, w tym również ze strony układu sercowo-naczyniowego oraz układu oddechowego, takich, jak: kołatanie serca, przyspieszenie czynności serca, ból i kłucie w klatce piersiowej, duszność oraz hiperwentylacja [4]. Tendencja do hiperwentylacji, związana ze stanem lęku, może być jednym z czynników wywołujących ból w klatce piersiowej, arytmie komorową i zawał serca, gdyż przyspieszenie i pogłębienie oddechów jest istotnym czynnikiem doprowadzającym do skurczu naczyń wieńcowych [5, 6]. Stwierdzona u osób z nasilonym lękiem mała zmienność rytmu serca, powodująca wyższy stopień ryzyka arytmii komorowej i nagłej śmierci sercowej, wskazuje na występowanie w tej grupie pacjentów patologicznych zmian dotyczących autonomicznej kontroli czynności serca, polegających na jednoczesnym obniżeniu napięcia układu parasympatycznego i stymulacji układu sympatycznego. U osób z zaburzeniami lękowymi stwierdza się upośledzoną kontrolę związaną z nerwem błędnym barorefleksu serca. Na znaczenie nasilonej stymulacji adrenergicznej wskazuje obserwowany u pacjentów z zespołem lęku napadowego, nie wykazujących podwyższonego poziomu katecholamin w surowicy krwi obwodowej, wyraźny wzrost uwalniania adrenaliny do zatoki wieńcowej podczas napadu paniki [7]. Podwyższone w napadzie lęku stężenia katecholamin mogą niekorzystnie oddziaływać na przepływ wieńcowy, nasilać mechaniczne urazy blaszki miażdżycowej, stymulować płytki krwi do agregacji, wpływać na autonomiczną kontrolę czynności serca, zakłócać rytm serca [8]. Badania prospektywne osób z zespołem lęku napadowego wykazują, że ryzyko ich zgonu z powodu choroby niedokrwiennej serca podwaja się [9, 10].

Rosanski i wsp. [11] oraz Trennant [12] stwierdzili u pacjentów z rozpoznaną chorobą niedokrwienną serca, poddanych badaniu angiograficznemu, przy ekspozycji na rutynowe zadania stresujące, znamienne i przejściową redukcję perfuzji wieńcowej (do 50%). Zespoły lękowe mają związek z czynnościowymi zaburzeniami układu krążenia, ale istnieją również dane wskazujące, że mogą one w istotny sposób wpływać na stan fizyczny pacjentów z zaburzeniami organicznymi, np. chorobą niedokrwienną serca, zapowiadając występowanie ostrych incydentów wieńcowych [13]. Zdaniem Pileckiej [1] choroba niedokrwienna serca związana jest silnie z lękiem, który może być wywołany przez jej objawy, i dodatkowo je komplikować, może wpływać także z rozpoznania zagrażającej życiu choroby oraz ze świadomości fizycznej niesprawności.

Reakcje lękowe, mające udział w złożonej patogenezie zaburzeń układu krążenia i wpływające istotnie na ich przebieg, uwarunkowane są cechami osobowości, której centralny element stanowi obraz siebie [14]. Jednocześnie lęk związany z chorobą niedokrwienną serca wywiera istotny wpływ na cechy osobowości chorego, mogąc

prowadzić do jej dezintegracji, kształtowania się negatywnego obrazu siebie, ograniczać działanie chorego oraz zaufanie do siebie i swoich możliwości [1].

Zaprezentowane dane z literatury stały się podstawą do sformułowania następujących problemów badawczych:

1. Czy osoby z chorobą niedokrwienną serca różnią się w zakresie nasilenia lęku od osób zdrowych?
2. Które cechy obrazu siebie łączą się z nasilonym lękiem u pacjentów z chorobą niedokrwienną serca?

W pracy podjęto próbę weryfikacji następujących hipotez:

1. Osoby z chorobą niedokrwienną serca cechuje wyższy poziom lęku, w porównaniu z osobami zdrowymi.
2. Wysoki poziom lęku łączy się istotnie z cechami obrazu siebie.

### Material

Przebadano 70 pacjentów Oddziału Chorób Wewnętrznych Szpitala Wojskowego w Lublinie ze stabilną postacią duszniczy bolesnej (30 mężczyzn oraz 40 kobiet). Rozpoznanie oparto na badaniu ekg oraz badaniu klinicznym pacjentów i stężeniu enzymów sercowych we krwi. Średni wiek badanych wynosił 53,11 roku, średni czas trwania choroby – 7 lat. W mieście mieszkało 77% badanych, a na wsi 23%. Pracowało 40% pacjentów, a 60% nie pracowało. Wykształcenie wyższe miało 24 pacjentów, średnie – 37, a podstawowe 9 osób.

Grupę kontrolną stanowiło 70 osób zdrowych (30 kobiet i 40 mężczyzn), których średnia wieku wynosiła 50,1 roku.

### Metody

Przeprowadzono ankietę osobową, zastosowano Inwentarz do Pomiaru Lęku jako Stanu i jako Cechy wg Spielberga (STAI) oraz Test Przymiotnikowy ACL, który badani wypełniali według instrukcji: „jaki jesteś” [15]. Korelacje między poziomem lęku jako cechy (L-C) i lęku jako stanu (L-S) a obrazem siebie badanych ustalono na podstawie współczynnika r-Pearsona.

### Wyniki

W pierwszej części pracy porównano poziom lęku jako cechy (L-C) i lęku jako stanu (L-S), określony na podstawie Inwentarza Spielberga STAI, u osób z chorobą niedokrwienną serca z poziomem lęku osób zdrowych. Wyniki przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1

Poziom lęku u osób chorych i zdrowych

STAI	Chorzy		Zdrowi		Test t-Studenta	
	M	SD	M	SD	t	p
L-S	6,48	2,04	5,44	1,83	2,30	0,05
L-C	6,14	1,77	4,74	1,94	3,29	0,002

Osoby z chorobą niedokrwienną serca cechuje istotnie wyższy poziom lęku jako stanu (L-S) i lęku jako cechy (L-C), w porównaniu z osobami zdrowymi.

W tabeli 2 porównano poziom lęku kobiet i mężczyzn chorych z poziomem lęku kobiet i mężczyzn zdrowych.

Tabela 2

**Poziom lęku u kobiet i mężczyzn – chorych i zdrowych**

STAI	Chorzy		Zdrowi		Test t-Studenta	
	M	SD	M	SD	t	p
Mężczyźni – L-S	6,69	1,89	5,06	1,53	2,91	0,01
Mężczyźni – L-C	6,19	1,88	4,50	1,63	2,98	0,01
Kobiety – L-S	6,13	2,28	5,78	2,05	0,47	n.s.
Kobiety – L-C	6,06	1,65	4,94	2,21	1,65	n.s.

Otrzymane wyniki informują, że chorzy mężczyźni charakteryzują się istotnie wyższym poziomem lęku jako cechy i jako stanu w porównaniu z mężczyznami zdrowymi. Kobiety z chorobą niedokrwienną serca nie różnią się znacząco poziomem lęku od kobiet zdrowych. Uzyskane średnie wyniki wskazują, że zdrowe kobiety cechuje nieznacznie wyższy poziom lęku, w porównaniu ze zdrowymi mężczyznami. Mężczyźni z chorobą niedokrwienną serca charakteryzują się jednocześnie nieco wyższym poziomem lęku niż chore kobiety.

Otrzymane wyniki uzasadniają poczynione w kolejnym etapie pracy próby określenia zależności pomiędzy poziomem lęku jako cechy i jako stanu a obrazem realnym w całej badanej grupie pacjentów, z uwzględnieniem podziału na płeć. Wyniki przedstawiono w tabeli 3.

Tabela 3

**Korelacje między poziomem lęku a obrazem aktualnym osób z Chns**

Skale ACL	Cała grupa		Mężczyźni		Kobiety	
	L-S	L-C	L-S	L-C	L-S	L-C
No-Ckd (ogólna liczba wybranych przymiotników)	-0,40**	-0,31*	-0,14	-0,10	-0,64***	-0,54**
Fav (liczba przymiotników pozytywnych)	-0,27	-0,46***	-0,14	-0,35	-0,44*	-0,63**
Unfav (liczba przymiotników negatywnych)	0,18	0,39**	0,20	0,33	0,20	0,51*
Com (typowość)	0,11	0,02	-0,01	0,00	0,21	0,02
Ach (potrzeba osiągnięć)	-0,25	-0,43**	-0,31	-0,56**	-0,20	-0,26
Dom (potrzeba dominacji)	-0,25	-0,31*	-0,17	-0,32	-0,35	-0,31
End (potrzeba wytrwałości)	-0,26	-0,42***	-0,11	-0,32	-0,39	-0,54**
Ord (potrzeba porządku)	-0,21	-0,36**	0,00	-0,18	-0,42*	-0,59**
Int (potrzeba rozumienia siebie i innych)	-0,08	-0,16	0,00	-0,06	-0,23	-0,37
Nur (potrzeba opiekowania się innymi)	-0,09	-0,25	-0,01	-0,11	-0,22	-0,47
Aff (potrzeba afiliacji)	-0,39	-0,49***	-0,35	-0,47*	-0,49*	-0,60**

Het (potrzeba kontaktów heteroseksualnych)	-0,24	-0,41**	-0,11	-0,34	-0,44*	-0,56**
Exh (potrzeba ujawniania siebie)	-0,12	-0,08	-0,08	-0,18	-0,15	0,09
Aut (potrzeba autonomii)	-0,07	-0,05	-0,04	-0,10	-0,10	0,01
Agg (potrzeba agresji)	0,12	0,17	0,04	0,02	0,19	0,33
Cha (potrzeba zmiany)	-0,17	-0,09	-0,58	-0,44*	0,37	0,45*
Suc (potrzeba wsparcia)	0,22	0,34*	0,28	0,27	0,18	0,43*
Aba (potrzeba poniżania siebie)	0,18	0,27	0,18	0,29	0,16	0,21
Def (potrzeba podporządkowania się)	0,00	-0,10	0,11	0,05	-0,17	-0,34
Crs (skala gotowości do przyjmowania rad)	0,21	0,30*	0,35	0,48*	-0,09	-0,15
S-Cn (skala samokontroli)	-0,09	-0,19	-0,07	-0,08	-0,14	-0,36
S-Cfd (skala zaufania do siebie)	-0,39**	-0,48***	-0,37	-0,53**	-0,42*	-0,41*
P-Adj (skala przystosowania osobistego)	-0,28	-0,35*	-0,23	-0,28	-0,39	-0,50
Iss (skala idealnego obrazu siebie)	-0,44	-0,62	-0,39	-0,57**	-0,51*	-0,71***
Cps (skala osobowości twórczej)	-0,05	-0,19	-0,09	-0,31	-0,02	-0,08
MIs (skala zdolności przywódczych)	-0,05	-0,18	-0,04	-0,08	-0,07	-0,29
Mas (skala męskości)	-0,14	-0,24	-0,03	-0,19	-0,27	-0,30
Fem (skala kobiecości)	-0,12	-0,14	-0,08	-0,04	-0,30	-0,43*
Cp (skala rodzica krytycznego)	0,15	0,25	0,12	0,22	0,20	0,30
Np (skala rodzica opiekuńczego)	-0,32*	-0,41**	-0,18	-0,26	-0,51*	-0,67***
A (skala dorosłego)	-0,33*	-0,40**	-0,22	-0,20	-0,45*	-0,64***
Fc (skala dziecka wolnego)	-0,25	-0,30	-0,36	-0,40	-0,06	-0,09
Ac (skala dziecka przystosowanego)	0,32*	0,49***	0,40*	0,52**	0,24	0,47*
A-1 (wysoka oryginalność, niska inteligencja)	0,03	0,15	0,01	0,16	0,06	0,14
A-2 (wysoka oryginalność, wysoka inteligencja)	0,07	0,06	0,25	0,20	-0,15	-0,14
A-3 (niska oryginalność, niska inteligencja)	-0,38**	-0,48**	-0,30	-0,41*	-0,52*	-0,63**
A-4 (niska oryginalność, wysoka inteligencja)	-0,16	-0,30*	-0,06	-0,28	-0,24	-0,33

\*p < 0,05; \*\*p < 0,01; \*\*\*p < 0,001

Analizy statystyczne ujawniły ujemne zależności między skalą lęku jako stanu (L-S) a następującymi skalami testu ACL: No-Ckd (ogólna liczba przymiotników), Fav (liczba przymiotników pozytywnych wybranych do opisu siebie), S-Cfd (skala zaufania do siebie), Np (rodzic opiekuńczy), A (dorosły) i A-3 (niska oryginalność, niska inteligencja), oraz dodatnią korelację ze skalą Ac (dziecko przystosowane). Wysoki poziom lęku jako stanu (L-S) u badanych łączy się istotnie z takimi cechami ich obrazu siebie, jak brak zaufania do siebie, odpowiedzialności, autonomii, z trudnościami

w radzeniu sobie ze stresem i problemami, jakie niesie życie, oraz z nasiloną tendencją do ucieczki przed rzeczywistością w marzenia.

Lęk jako cecha osobowości (L-C) ujemnie koreluje z następującymi skalami testu ACL: No-Ckd (ogólna liczba przymiotników), Fav (liczba przymiotników pozytywnych wybranych do opisu siebie), Ach (potrzeba osiągnięć), Dom (potrzeba dominacji), End (potrzeba wytrwałości), Ord (potrzeba porządku), Aff (potrzeba afiliacji), Het (potrzeba kontaktów heteroseksualnych), S-Cfd (skala zaufania do siebie), P-Adj (skala przystosowania osobistego), Np (rodzic opiekuńczy), A (dorosły) i A-3 (niska oryginalność, niska inteligencja), a dodatkowo ze skalami: Unfav (liczba negatywnych przymiotników wybranych do opisu siebie), Suc (potrzeba wsparcia), Crs (gotowość do przyjmowania rad) i Ac (skala dziecka przystosowanego). Wyniki te informują, że wysoki poziom lęku jako cechy u osób z chorobą niedokrwienną serca występuje z niską samooceną, trudnościami w osiągnięciu celów, realizacji zadań, brakiem wytrwałości, autonomii oraz zaufania do siebie. Relacje interpersonalne osób z chorobą niedokrwienną serca z wysokim poziomem lęku jako cechy charakteryzuje ostrożność, postawa obronna, tendencja do grania podporządkowanych dziecięcych ról oraz reagowania wstydem i poczuciem winy.

Analiza wyników otrzymanych przez mężczyzn z chorobą niedokrwienną serca (tab. 3) wykazała dodatnią zależność między lękiem jako stanem (L-S) a skalą Ac (dziecko przystosowane) oraz ujemną ze skalą Cha (potrzeba zmiany) testu ACL, co oznacza, że wysoki poziom lęku jako stanu u mężczyzn łączy się brakiem autonomii, odpowiedzialności, tendencją do unikania konfrontacji z rzeczywistością, ulegania dezorganizacji pod wpływem stresu i traumy. Im wyższy lęk u chorych mężczyzn, tym bardziej poszukują oni bezpieczeństwa, stabilizacji i unikają wszelkich zmian.

Ujawniono istotne statystycznie, ujemne zależności między wynikami uzyskanymi przez mężczyzn z chorobą niedokrwienną serca w skali lęku jako cechy (L-C) a następującymi skalami testu ACL: Ach (potrzeba osiągnięć), Aff (potrzeba afiliacji), Cha (potrzeba zmiany), Crs (gotowość do przyjmowania rad), S-Cfd (zaufanie do siebie), Iss (skala idealnego obrazu siebie) i A-3 (niska oryginalność, niska inteligencja), oraz dodatnią korelację ze skalą Ac (dziecko przystosowane). Wysoki poziom lęku jako cechy u chorych mężczyzn łączy się z tendencją do przyjmowania podporządkowanych ról dziecięcych, lękiem przed kontaktami interpersonalnymi, poczuciem bezradności, nasiloną potrzebą bezpieczeństwa i stabilizacji, brakiem zaufania do siebie oraz rezygnacją z wytyczania i realizacji życiowych zadań.

W grupie kobiet z chorobą niedokrwienną serca (tab. 3) uzyskano znaczące ujemne zależności między skalą lęku jako stanu (L-S) a skalami testu ACL: No-Ckd (ogólna liczba przymiotników), Fav (liczba przymiotników pozytywnych wybranych do opisu siebie), Ord (potrzeba porządku), Aff (potrzeba afiliacji), Het (potrzeba kontaktów heteroseksualnych), S-Cfd (skala zaufania do siebie), Iss (skala idealnego obrazu siebie), Np (rodzic opiekuńczy), A (dorosły) i A-3 (niska oryginalność, niska inteligencja). Powyższe rezultaty wskazują na istotne zależności między wysokim poziomem lęku jako stanu u chorych kobiet a poczuciem zniechęcenia, lękiem o przyszłość, brakiem zaufania do siebie i innych ludzi, trudnościami w radzeniu sobie ze stresem, wymaganiami pracy, zadaniami i rolami, jakie niesie dorosłe życie.

Analizy statystyczne wykazały istotne ujemne zależności między skalą lęku jako cechy (L-C) a wynikami uzyskanymi przez chore kobiety w następujących skalach testu ACL: No-Ckd (ogólna liczba przymiotników), Fav (liczba przymiotników pozytywnych wybranych do opisu siebie), End (potrzeba wytrwałości), Ord (potrzeba porządku), Aff (potrzeba afiliacji), Het (potrzeba kontaktów heteroseksualnych), S-Cfd (skala zaufania do siebie), P-Adj (skala przystosowania osobistego), Np (rodzic opiekuńczy), A (dorosły) i A-3 (niska oryginalność, niska inteligencja). Dodatkowo, znaczące statystycznie, zależności ujawniono między lękiem jako cechą a skalami ACL: Unfav (liczba negatywnych przymiotników wybranych do opisu siebie), Cha (potrzeba zmiany), Suc (potrzeba wsparcia) i Ac (dziecko przystosowane). Wysoki poziom lęku jako cechy u chorych kobiet współwystępuje z negatywną samooceną, trudnościami z planowaniem i realizacją zadań, pełnieniem obowiązków związanych z pracą i odgrywanymi rolami, z tendencją do izolacji, ostrożnością wobec ludzi, a jednocześnie poszukiwaniem wsparcia i akceptacji z ich strony. Kobiety z wysokim poziomem lęku jako cechy są niezadowolone ze swojej sytuacji i charakteryzuje je nasilona potrzeba zmiany.

W całej grupie pacjentów stwierdzono 6 istotnych statystycznie zależności między lękiem jako stanem i 18 zależności między lękiem jako cechą a skalami ACL. Podobnie, zarówno w grupach mężczyzn, jak i kobiet z chorobą niedokrwienną serca, znacznie więcej znaczących korelacji wystąpiło między poziomem lęku jako cechy, a obrazem siebie niż między poziomem lęku jako stanu a obrazem siebie. Zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn z chorobą niedokrwienną serca lęk nasilają takie cechy obrazu siebie, jak: obawa przed bliskimi relacjami z ludźmi (Aff -), brak zaufania do siebie, swoich zdolności oraz autonomii (S-Cfd -), uważanie się za osobę pokonaną przez życie (Iss -). Wyłącznie u chorych mężczyzn nasilony lęk łączy się z poczuciem braku osiągnięć, celów (Ach -) oraz tendencją do poszukiwania stabilizacji, unikania zmian i ryzykownych sytuacji (Cha -). Cechami obrazu siebie, które współwystępują z nasilonym lękiem wyłącznie u chorych kobiet, są: negatywna samoocena (Fav -, Unfav +), lęk o przyszłość, trudności z samodyscypliną, planowaniem obowiązków (End -, Ord -), skutecznym radzeniem sobie z wymaganiami w pracy i zadaniami wynikającymi z pełnionych ról (A -), niezadowolenie z obecnej sytuacji, nasilona potrzeba zmiany (Cha +), niska odporność na presję społeczną (Np -), tendencja do unikania kontaktów towarzyskich, głównie z płcią przeciwną, przy jednoczesnej nasilonej potrzebie wsparcia ze strony otoczenia (Suc +).

Na podstawie analizy współczynników korelacji stwierdzono, że w grupie mężczyzn najsilniejsze zależności występują między wysokim poziomem lęku jako cechy a małą skutecznością, przedsiębiorczością w osiąganiu celów i realizacji życiowych zadań, brakiem zaufania do siebie i autonomii. W grupie kobiet lęk jako cecha najsilniej koreluje z negatywną samooceną, małą odpornością na stres i presję społeczną oraz trudnościami w radzeniu sobie z obowiązkami.

### Omówienie wyników

Wyniki przeprowadzonych badań pozwoliły na weryfikację sformułowanych w pracy hipotez. Ujawniły istotnie wyższy poziom lęku u mężczyzn z chorobą nie-

dokrwienną serca, w porównaniu z mężczyznami zdrowymi, oraz brak statystycznie istotnych różnic w zakresie lęku między kobietami chorymi a zdrowymi. Ujawniono cechy obrazu siebie, które współwystępują z nasilonym lękiem u mężczyzn i kobiet z chorobą niedokrwienną serca.

Rezultaty badań wykazały, że chorzy mężczyźni charakteryzujący się wysokim poziomem lęku rezygnują z osiągnięcia sukcesów, pokonywania trudności, brak im zaufania do siebie i swoich zdolności. Nieefektywnie radzą sobie ze stresem, uciekając przed rzeczywistością w marzenia, przyjmują rolę małego, bezradnego i zależnego dziecka. Podobną reakcję na chorobę niedokrwienną serca opisywali: Płużek, Łazowski, Pilecka, [16]. Uważają oni, że zablokowanie potrzeby osiągnięć, sukcesów prowokuje u osób z chorobami układu krążenia uruchomienie mechanizmów obronnych regresji i represji. U chorych mężczyzn lęk wzmacnia również tendencje do przyjmowania postawy zachowawczej, nastawionej na obronę przed zmianą, dążenie do stabilizacji i bezpieczeństwa. Wyniki te korespondują ze zdaniem Okły [17], która uważa, że choroba ogranicza zaspokojenie ważnych dla życia i rozwoju jednostki potrzeb, a ich deprivacja może stanowić czynnik motywujący jednostkę do zachowań nastawionych nie na rozwój, ale na obronę przed zmianą. Przyczyną może być lęk przed utratą tego, co było znane lub obawą przed przyszłością, brakiem możliwości powrotu do pracy, pełnienia roli partnera, rodzica.

Przeciwną zależność ujawniono u chorych kobiet, u których wysoki poziom lęku łączy się z nasiloną potrzebą zmiany obecnej sytuacji. U kobiet stwierdzono słabszy związek niż u mężczyzn między lękiem a tendencją do podporządkowania się czy ulegania dezorganizacji pod wpływem stresu i traumy. Wysoki poziom lęku u kobiet współwystępuje głównie z małą odpornością na presję społeczną, trudnościami w pełnieniu obowiązków, związanych z wymaganiami pracy i odgrywanymi rolami społecznymi, oraz z niepokojem o przyszłość. Kobiety z wysokim poziomem lęku czują się przytłoczone zmiennością życia, są mniej zdolne do wysiłku. Im większy przeżywają lęk, tym bardziej wycofują się z kontaktów towarzyskich, szczególnie z płcią przeciwną, jednocześnie pragnąc wsparcia, opieki, ochrony i współczucia. Towarzyszące nasilonemu lękowi poczucie niepewności w relacjach z ludźmi, dążenie do izolacji i wycofywania się z kontaktów towarzyskich podkreślali w swoich badaniach Płużek, Łazowski, Pilecka [16]. Wysoki poziom lęku u kobiet łączy się z brakiem akceptacji siebie i zaufania do siebie. Niskie zaufanie do siebie, zdaniem badaczy [1,16,17], motywuje pacjentów do wchodzenia w związki zależnościowe od innych, służące ochronie przed lękiem, doświadczaniem bezradności i beznadziejności w sytuacji podejmowania działania i decydowania o sobie.

Otrzymane rezultaty badań korespondują z opisywanymi w literaturze przedmiotu zależnościami między chorobami układu krążenia a małą odpornością na frustrację, częstym doznawaniem poczucia winy, tendencją do izolacji, pasywności, grania podporządkowanych ról dziecięcych, ucieczki przed rzeczywistością w marzenia, infantyлизmu i regresji [1, 2, 16, 17, 18]. Jak wynika z przeprowadzonych badań, wymienione cechy, utrudniające proces leczenia, przyczyniające się do pogarszania stanu zdrowia pacjentów, ulegają znacznemu nasileniu pod wpływem lęku. Bardzo istotne dla procesu rehabilitacji osób z chorobą niedokrwienną serca wydaje się wypracowanie



konstruktywnych strategii radzenia sobie ze stresem, racjonalnego rozwiązywania problemów, motywacji do realizacji zadań i osiągnięcia celów, zaufania do siebie, swoich możliwości, umiejętności tworzenia pozytywnych relacji interpersonalnych oraz zwiększenie poczucia bezpieczeństwa, czyli cech, które przyczyniają się do redukcji lęku [1, 19, 20, 21, 22, 23, 24].

Otrzymane wyniki stały się podstawą do sformułowania następujących wniosków:

1. Mężczyzn z chorobą niedokrwienną serca cechuje wyższy poziom lęku niż mężczyźni zdrowych.
2. Kobiety z chorobą niedokrwienną serca nie różnią się znacząco poziomem lęku od kobiet zdrowych.
3. Wysoki poziom lęku u chorych mężczyzn łączy się z potrzebą stabilizacji, rezygnacją z osiągnięcia celów, brakiem zaufania do siebie i autonomii oraz tendencją do ucieczki przed rzeczywistością w fantazje.
4. Wysoki poziom lęku u chorych kobiet łączy się z negatywną samooceną, brakiem zaufania do siebie, tendencją do izolacji, trudnościami w pełnieniu obowiązków, związanych z pracą i odgrywanymi rolami społecznymi, z nasiloną potrzebą zmiany.
5. Reakcje lękowe osób z chorobą niedokrwienną serca uwarunkowane są głównie predyspozycjami osobowościowymi.

### Состояние фобии о собственная картина у лиц с ишемической болезнью сердца

#### Содержание

**Задание.** Заданием исследования было получение ответа на поставленный проблемный вопрос: как и какие зависимости появляются между состоянием фобии и чертами собственной картины у больных с ишемической болезнью сердца?

**Материал.** Исследовано 70 больных Терапевтического отделения Военного госпиталя в г. Люблине со стабильной формой грудной жабы (30 мужчин и 40 женщин). Средний возраст исследованных – 53,11 лет. Контрольную группу составляли 70 здоровых добровольцев (30 женщин и 40 мужчин), средний возраст которых составлял 50,1 лет.

**Методы.** Использована личностная анкета, глоссарий для определения фобии как состояния, так и черты по Шпильбергеру (STAI), а также прилагательный тест ACL.

**Результаты.** Исследования показали существенно более высокий уровень фобии у мужчин с ишемической болезнью сердца в сравнении со здоровыми добровольцами. Состояние фобии у женщин с ишемической болезнью сердца не носил черт статистической достоверности. Между уровнем фобии у пациентов и их собственной картиной обнаружены многочисленные зависимости.

**Выводы.** 1. Мужчины с ишемической болезнью сердца проявляют тяжелые состояния фобии, нежели здоровые мужчины. 2. Высокий уровень фобии у больных мужчин сочетается с потребностью стабилизации, отказ с достижения поставленных целей, отсутствием уверенности в себе и автономии. 3. Высокий уровень фобии у больных женщин соединяется с негативной самооценкой, отсутствием уверенности в себя, тенденции к изоляции и усиленной потребностью изменений.

### Angstlevel und Selbstbild bei Personen mit Herzischämie

#### Zusammenfassung

**Ziel.** Das Ziel der Studie war die Suche nach der Antwort auf die wissenschaftliche Frage: ob und welche Abhängigkeiten zwischen dem Angstlevel und den Eigenschaften des Selbstbildes bei Patienten mit Herzischämie auftreten.

**Material.** Es wurden 70 Patienten der Internen Abteilung des Militärkrankenhauses in Lublin untersucht. Sie litten an einer stabilen Asthma bronchialis (30 Männer und 40 Frauen). Das Durchschnittsalter der Untersuchten betrug 53,11 Jahre. Die Kontrollgruppe bildeten 70 gesunde Personen (30 Frauen und 40 Männer), deren Durchschnittsalter bei 50,1 Jahren lag.

**Methoden.** Es wurden die persönliche Umfrage, das Inventar zur Messung der Angst als Zustand und Eigenschaft nach Spielberger (STAI) und Adjektivtest ACL angewandt.

**Ergebnisse.** Die Studie zeigte einen bedeutend höheren Angstlevel bei Männern mit Herzschämie im Vergleich mit den gesunden Männern. Der Angstlevel bei den kranken und gesunden Frauen unterschied sich statistisch nicht signifikant. Zwischen dem Angstlevel bei Patienten und ihrem Selbstbild wurden zahlreiche Abhängigkeiten festgestellt.

**Schlussfolgerungen.** 1. Die Männer mit Herzschämie charakterisiert ein größeres Angstlevel als die gesunden Männer. 2. Der hohe Angstlevel bei kranken Männern wird mit dem Bedürfnis nach einer Stabilisierung, Verzicht auf Zielerreichen, Mangel an Selbstvertrauen und Autonomie verbunden. 3. Der hohe Angstlevel bei kranken Frauen wird mit einer negativen Selbstbeurteilung, Mangel an Selbstvertrauen, Tendenz zur Isolation und dem intensivierten Bedürfnis nach Veränderungen verbunden.

### Le niveau d'anxiété et l'image de soi-même des patients souffrant de la cardiopathie coronarienne

#### Résumé

**Objectif.** Trouver les relations du niveau d'anxiété et l'image de soi-même des patients souffrant de la cardiopathie coronarienne.

**Matériel.** On a examiné 70 patients de l'Hôpital Militaire de Lublin – Section Interne – souffrant de la cardiopathie coronarienne stable (30 hommes et 40 femmes, leur moyenne de l'âge – 53,11 ans). Le groupe de contrôle : 70 personnes saines (30 femmes et 40 hommes, leur moyenne de l'âge – 50,1 ans).

**Méthodes.** On use les questionnaires suivants : State-Trait Anxiety Inventory de Spielberg (STAI), Adjective Check List (ACL).

**Résultats.** On observe le niveau d'anxiété plus élevé chez les hommes souffrant de la cardiopathie coronarienne que chez les hommes du groupe de contrôle. Ce niveau d'anxiété ne diffère point chez les femmes malades et chez les femmes du groupe de contrôle. On trouve plusieurs corrélations du niveau d'anxiété des patients et leur image de soi-même.

**Conclusions.** 1. Les hommes souffrant de la cardiopathie coronarienne ont le niveau d'anxiété plus élevé que les hommes saines. 2. Ce niveau élevé d'anxiété des patients corrèle avec : besoin de stabilisation, résignation de certains buts, manque de confiance en soi-même, manque d'autonomie. 3. Ce niveau élevé d'anxiété des patientes corrèle avec : auto-évaluation négative, manque de confiance en soi-même, tendance à s'isoler, besoin augmentée du changement.

#### Piśmiennictwo

1. Pilecka B. *Badania psychologiczne w nadciśnieniu tętniczym i niedokrwiennych chorobach serca.* W: Łazowski J, red. *Problemy psychosomatyczne w pierwotnym nadciśnieniu tętniczym i chorobie wieńcowej.* Warszawa: PZWL; 1982, s. 51–79.
2. Wrześniewski K. *Psychologiczne problemy chorych z zawałem serca.* Warszawa: PZWL; 1986.
3. Zalewska T, Tylka J. *Typ A zachowania a choroba niedokrwienna serca.* Kard. Pol. 1992; 36: 313–318.
4. Wysocki H, Rybakowski J. *Depresja i lęk a choroby układu krążenia.* Kutno: Polfa, 2000.
5. Freeman LJ, Nixon P. *Are coronary artery spasm and progressive damage to the heart associated with the hyperventilation syndrome?* Brit. Med. J. 1985; 291: 851–852.

6. Girotti LA, Crosatto JR, Messuti H i in. *The hyperventilation test as a method for developing succesful therapy in Prinzmetal angina*. Am. J. Cardiol. 1982; 49: 834–841.
7. Watkins L, Grossman P, Krishan R, Sherwood A. *Anxiety and vagal control of heart risk*. Psychosom. Med. 1998; 60: 498–502.
8. Deedwania PC. *Hemodynamic changes as triggers of cardiovascular events*. Cardiol. Clin. 1996; 14: 229–238.
9. Coryell W, Noyes R, House JD. *Mortality among outpatients among anxiety disorders*. Am. J. Psychiatry 1986; 143: 508–510.
10. Weissman MM, Markowitz JS, Queller R i in. *Panic disorder and cardiovascular/cerebrovascular problems: results from a community survey*. Am. J. Psychiatry 1998; 55: 511–520.
11. Rosanski A, Blumenthal JA, Kaplan J. *Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy*. Circul. 1999; 99: 2192–2217.
12. Tennant C. *Experimantal stress and cardiac functions*. J. Psychosom. Res. 1996; 40: 569–583.
13. Moser DK, Dracup K. *Is anxiety early after myocardial infarction associated with subsequent ischemic and arrhythmic events?* Psychom. Med. 1996; 58: 395–401.
14. Siek S. *Formowanie osobowości*. Warszawa: ATK; 1986.
15. Drwał R. *Adaptacja kwestionariuszy osobowości*. Warszawa: PWN; 1995.
16. Płużek Z, Łazowski J, Pilecka B. *Korelacje pomiędzy dolegliwościami a cechami osobowości mierzonymi testem przymiotnikowym ACL*. W: Łazowski J, red. *Problemy psychosomatyczne w pierwotnym nadciśnieniu tętniczym i chorobie wieńcowej*. Warszawa: PZWL; 1982, s. 185–189.
17. Okła W. *Źródła lęku u chorych o różnym poziomie zaspokojenia potrzeby bezpieczeństwa*. W: Tłokiński W, red. *Lęk zjawisko umotywowane*. Warszawa: Uniwersytet Gdański; 1995, s. 142–147.
18. Kaźmierski R, Ciesielska A, Ciesielski M. *Wpływ czynników psychologicznych na rozwój miażdżycy oraz ryzyko wystąpienia zawału serca i udaru niedokrwiennego mózgu*. Now. Lek. 2003; 72: 310–316.
19. Sęk H. *Wprowadzenie do psychologii klinicznej*. Warszawa: Scholar; 2001.
20. Jarosz M. *Psychologia lekarska*. Warszawa: PZWL; 1983.
21. Kulczycki M. *Pacjent w szpitalu*. W: Jarosz M, red. *Psychologia lekarska*. Warszawa: PZWL; 1983, s. 272–292.
22. Ogińska-Bulik N. *Zachowania typu A u dzieci i młodzieży*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego; 1998.
23. Tylka J. *Stres a choroby serca: jego źródła i sposoby zwalczania*. Kard. Pol. 1992; 36: 309–312.
24. Tylka J, Rudnicki S, Piotrowiak S. *Psychosomatyczne aspekty zawału serca*. Przegl. Lek. 1982; 39: 597–599.

Adres: Beata Pawłowska  
20-630 Lublin, ul. Żarnowiecka 5/13

Otrzymano: 24.01.2005  
Zrecenzowano: 16.11.2005  
Przyjęto do druku: 22.12.2005