




Colloquium 1(41)/2021  
ISSN 2081-3813, e-ISSN 2658-0365  
CC BY-NC-ND.4.0  
DOI: <http://doi.org/10.34813/05coll2021>

## STRES PSYCHOLOGICZNY W PARADYGMACIE BIOPSYCHOSPOŁECZNYM Z UWZGLĘDNIENIEM CHOROBY NADCIŚNIENIOWEJ

Psychological stress in the biopsychosocial paradigm including  
hypertensive heart disease

Jacek Kowalczyk  
Akademia Pomorska w Słupsku  
e-mail: [jacek.kowalczyk@apsl.edu.pl](mailto:jacek.kowalczyk@apsl.edu.pl)  
ORCID  0000-0002-7929-6718

### Streszczenie

Znaczenie psychologicznych aspektów chorób somatycznych jest coraz częściej dostrzegane w literaturze naukowej. Aktualność biopsychosocjalnego modelu zdrowia i choroby sprawia, że zrozumienie etiologii choroby, sposób leczenia powinny być uwarunkowane wieloma czynnikami: psychologicznymi, środowiskowymi, a także społecznymi.

Pierwsza część artykułu ma charakter przeglądowy. W drugiej części tekstu, na podstawie badań własnych, pokazano rolę stresu psychologicznego na przykładzie choroby kardiologicznej. Celem artykułu jest przybliżenie tematyki stresu psychologicznego, umiejscowienie go w biopsychosocjalnym modelu zdrowia i choroby, ze szczególnym uwzględnieniem choroby nadciśnieniowej.

**Słowa kluczowe:** stres, model biopsychosocjalny, zdrowie, choroba nadciśnieniowa.

### Abstract

The importance of psychological aspects of somatic diseases is increasingly discussed in the scientific literature. The current state of biopsychosocial model of the health and disease means that understanding the etiology of the disease, the treatment method should be conditioned by many factors: psychological, environmental and social.

The first part of the work is a review. In the second part of the article, based on own research, author presented the role of psychological stress on the example of a cardiological disease. The aim of the article is to present the topic of psychological stress, place it in the biopsychosocial model of health and disease, with particular emphasis on hypertensive heart disease.

**Keywords:** stress, biopsychosocial model, health, hypertension.

## **Wprowadzenie**

Słowo „stres” należy niewątpliwie do tych, których używa się wyjątkowo często, zarówno w piśmiennictwie naukowym, jak i mowie potocznej. Dla jednych badaczy stres jest stanem, który przebiega mniej więcej w ten sam sposób u każdego człowieka, ma charakter niespecyficzny. Zwracają na to uwagę zwłaszcza modele biologiczne. W psychologicznych koncepcjach jednostka ma większą autonomię w zakresie konfrontowania się ze stresem, w mniejszym stopniu zwraca się uwagę na procesy wewnątrz organizmu człowieka. Zainteresowanie badaczy dotyczy interpretacji stresu jako przyczyny, skutku, relacji pomiędzy podmiotem a środowiskiem, autonomii w zakresie odczytywania sytuacji stresowej.

### Stres jako sytuacja trudna, reakcja, transakcja

Perspektywa psychologii stresu oparta na bodźcach koncentruje się przede wszystkim na właściwościach stresora. Każdy krytyczny epizod może być traktowany jako rola, zadanie. Może mieć również unikalne wymagania, społeczne, fizyczne. Koncepcja stresu jako sytuacji trudnej zakłada, że najważniejszym ogniwem jest krytyczny epizod, który ma swoje unikalne wymagania fizyczne, społeczne, szczególnie angażuje zasoby radzenia sobie jednostki, wywołując określoną reakcję na stres. Protoplastami badań w tym kierunku byli Thomas Holmes i Richard Rahe (1967), którzy próbowali mierzyć stres poprzez przypisanie numerów określonym zmianom życia jednostki, tworząc teorię opartą na 43 krytycznych wydarzeniach życiowych, która została uszeregowana przez wolontariuszy według kryterium poziomu przystosowania jednostki do danego wydarzenia. Badania przeprowadzone przez Bruce'a Dohrenwenda (2000) były kolejnym krokiem milowym w rozumieniu stresu jako bodźca. W koncepcji tego autora stres również odnosił się do określonych zdarzeń zewnętrznych lub warunków, z którymi dana osoba musi się zmierzyć, co często przekracza jej zdolności radzenia sobie z daną sytuacją i może prowadzić do wywołania choroby psychicznej lub somatycznej. Najczęstszą chorobą może być depresja (Ogińska-Bulik, 2006). Z występowaniem depresji wiążą się te wydarzenia, których konsekwencje dotyczą kilku różnych a nie jednego wybranego obszaru życia (Checkley, 1996).

Teoria zdarzeń życiowych, oparta na niej metodologia, miała swoich licznych zwolenników, którym udało się wykryć występowanie związków między liczbą zdarzeń, ich wagą a symptomami natury psychicznej. Obecnie nadal prowadzone są badania w tym nurcie, ale taka interpretacja wydarzeń stresowych stwarza wiele problemów. Podstawową jej wadą są: negowanie różnic indywidualnych, błąd subiektywnego szacowania, a także kontrowersyjność momentu, w którym należy przeprowadzić badanie. Dodatkowym problemem związanym z perspektywą stresu jako bodźca są procesy radzenia sobie, procesy i zmiany w pomocy społecznej – często niedostatecznie badane. Stwierdzono również, że z ostatniego półrocza przechowuje

się w pamięci siedemdziesiąt procent zdarzeń związanych z sytuacjami stresowymi, z biegiem czasu wskaźnik ten ulega znacznemu obniżeniu (Plopa i in., 2010, Kowalczyk i in., 2014).

Druga perspektywa przedstawia **stres jako reakcję dyskomfortu**, występującą u osoby znajdującej się w określonej sytuacji. David Mechanic (1962), prominentny przedstawiciel tego podejścia, podkreśla, że stres to wewnętrzna reakcja człowieka o charakterze emocjonalnym, doświadczana w postaci określonego przeżycia. Ten sposób definiowania jest kompatybilny z rozumieniem stresu jako stanu napięcia, poczucia zagrożenia lub lęku. Atutem jego koncepcji jest jej uniwersalność – unikanie egzemplifikacji laboratoryjnych. Spostrzeżenia Davida Mechanica stanowią dalszy rozwój ważnego trendu, w którym stres jest postrzegany w szerokim kontekście działań ludzi w życiu codziennym, a nie jako zjawisko *stricte* laboratoryjne. Autor – psycholog społeczny z Uniwersytetu Wisconsin – opisuje, jak radzą sobie ludzie w odpowiedzi na trudne sytuacje i uważa, że ich procesy radzenia sobie są zawarte w zakresie normalnego ludzkiego doświadczenia (Heszen, 2013). Innym wielkim badaczem, którego teorię można potraktować jako bardziej interdyscyplinarną (na pograniczu biologii i psychologii) jest Hans Selye. Jego największym sukcesem naukowym było opracowanie koncepcji GAS – ogólnego zespołu adaptacyjnego – modelu, który uwzględniał reakcje organizmu na sytuacje stresujące w perspektywie krótko- i długoterminowej. Efektem silnego oddziaływania stresorów jest szereg reakcji organizmu: powiększenie nadnercza, zanik grasicy, śledziony i innych tkanek limfoidalnych, owrzodzenie żołądka. Koncepcja GAS uwzględnia trzy etapy adaptacji: początkowy krótki etap reakcji alarmowej, dłuższy okres odporności oraz terminalny etap wycieńczenia i śmierci. Selye podkreślał, że ten proces zachodzi u wszystkich ludzi w ten sam sposób – są to niespecyficzne zmiany w organizmie spowodowane przez różne funkcje lub uszkodzenia (Selye, 1960). Niektórzy badacze zaliczają koncepcję GAS do nurtu badawczego – stres jako reakcja. Współcześnie również można spotkać się z takim ujęciem stresu, choć większość badaczy uważa, że jest to podejście niewystarczające i jednostronne. Irena Heszen-Niejodek (2002) konstatuje, że wewnętrzne reakcje, które są utożsamiane z pojęciem stresu psychologicznego, mogą powstać w odpowiedzi na działanie szkodliwych bodźców biologicznych, takich jak zbyt wysoka czy niska temperatura.

**Stres jako relacja.** Pogląd na temat stresu przechodził stopniową ewolucję. W poprzednich podejściach stres wydawał się być zagadnieniem uniwersalnym, a podejście człowieka do sytuacji stresowej było nadto reaktywne. Ograniczenie stresu do przyczyny bądź skutku stało się niewystarczające. Współcześnie stres psychologiczny to proces, interakcja pomiędzy jednostką a otoczeniem. W poznawczej teorii stresu kluczowe są dwie ekspertyzy: pierwotna i wtórna (Lazarus, 1991). W pierwotnej ocenie człowiek podejmuje decyzję, czy nowa sytuacja, w jakiej się znajduje, wymaga jego dalszego udziału, czy jest jakiś osobisty udział w danej konfrontacji

i w jakim stopniu oddziaływanie danej sytuacji działa na jednostkę motywacyjnie. Ocena wtórna obejmuje przegląd dostępnych zasobów w celu pokonania pojawiających się trudności. Według Richarda Lazarusa (1991) indywidualne postrzeganie może moderować odpowiedź na stres. Takie podejście dostarczyło podstaw do opracowania skutecznych terapii kognitywnych, aby zmniejszyć niekorzystne wpływy stresu na indywidualne interpretacje tych wydarzeń oraz wzmocnić zdolności radzenia sobie. Nurt poznawczy podkreśla, że człowiek dokonuje oceny, czy bodziec stanowi niebezpieczeństwo lub zagrożenie. Ze względu na różnice w doświadczeniach, osobowości i innych czynnikach psychologicznych, nie wszyscy doświadczają tego samego stresu – nie wszystkie zdarzenia są dla nich równie awersyjne. Model Richarda Lazarusa przetrwał do dnia dzisiejszego, badania prowadzone w tym nurcie koncentrują się na elementach tego modelu, wykazują liczne współzależności bądź konieczność jego rozbudowy.

Rozbudowaną reinterpretacją teorii Lazarusa jest wielopoziomowy model sekwencji Klausa Scherera (2001). Autor wyróżnił ściśle uporządkowane kontrole oceny w ramach procesu transakcyjnego. Pierwsza kontrola dotyczy krystalizacji znaczenia danego zdarzenia, druga to ocena implikacji, zaś trzecia opisuje determinację człowieka w celu poradzenia sobie z sytuacją trudną. Ostatnia, normatywna kontrola znaczenia, bierze pod uwagę zarówno wewnętrzne, jak i zewnętrzne kontrole norm. Efekty oddziaływania sytuacji stresowej mogą się pojawić w różnych etapach modelu, a oceny poznawcze także mogą wpływać zarówno na psychofizjologiczne reakcje, jak i sposoby radzenia sobie (Goh i in., 2010). Koncepcja zachowania zasobów COR Stefana Hobfolla jest również zaliczana do teorii relacyjnych w literaturze przedmiotu. Hobfoll wyróżnia następujące cele aktywności człowieka: poszukiwanie, uzyskiwanie oraz ochrona cenionych obiektów nazwanych przez niego zasobami. Natomiast sytuacja stresowa dotyczy trzech konkretnych okoliczności życiowych: gdy istnieje zagrożenie utratą zasobów netto, gdy dochodzi do utraty zasobów netto, nie dostrzega się wzrostu zasobów następujących po ich zainwestowaniu. Tak więc subiektywna i obiektywna ocena utraty zasobów może być katalizatorem stresu psychologicznego (Hobfoll, 1989).

Współcześnie, powołując się na modele transakcyjne, podkreśla się również istotność czynników natury fizjologicznej i społecznej. W rozbudowanej wersji czynników psychologicznych można wyróżnić: czynniki osobowościowe, istnienie alternatywnych sposobów radzenia sobie, hierarchię potrzeb, systemy przekonań, cenionych wartości, inteligencję, doświadczenie. Do czynników społeczno-kulturowych można zaliczyć: grupy odniesienia, normy społeczne, system wartości kulturowych, takie jak rodzina oraz związane z tym wsparcie społeczne (Płopa i in., 2010).

Ogólnie rzecz biorąc, badacze zainteresowani perspektywą psychologiczną na ogół definiują stres jako doświadczenie, które występuje, gdy człowiek jednocześnie ocenia zdarzenia jako groźne lub w inny sposób szkodliwe, a ich zasoby radzenia sobie z nimi

– jako nieodpowiednie. Podobnie jak obiektywne miary zdarzeń, miary postrzeganego stresu były również przydatne w przewidywaniu późniejszego ryzyka zachorowalności i umieralności (Keller i in., 2012; Nielson i in., 2008; Wisnivesky i in. 2010).

### Model biopsychospołeczny zdrowia i choroby

Model biopsychospołeczny, nazywany zamiennie holistycznym, jest postrzegany jako najbardziej zaawansowany ewolucyjnie, koncentruje się na sferach funkcjonowania człowieka. Model biopsychospołeczny stanowił załączek rozwoju psychologii zdrowia (Friedman i in., 2007). Jest postrzegany jako model opozycyjny względem modelu biomedycznego, w którym liczą się czynniki czysto biologiczne, marginalizując przy tym wpływy psychologiczne, środowiskowe oraz społeczne. W tym modelu uwzględnia się cztery płaszczyzny: fizyczną, psychiczną, społeczną, duchową. Zakłada się, że inspiracją dla tego modelu jest teoria systemów, której autorem jest Ludwig von Bertalanffy (1975). Można to mniej więcej wyjaśnić w następujący sposób: na wyższych poziomach organizacji sposobów działania nie można objaśnić w kategoriach sumowania poszczególnych składowych. Jest to zwłaszcza dostrzegalne wśród organizmów żywych, gdzie pozycja człowieka jest taksonomicznie uprzywilejowana. Ujęcie holistyczne podkreśla, że zdrowie to proces równoważenia wpływów i wzajemnych wymagań w relacji człowiek – otoczenie. Teorie biopsychospołeczne mają szczególne implikacje praktyczne w systemach ochrony zdrowia, gdzie coraz bardziej dostrzega się znaczenie złożoności problemów zdrowotnych (Matlow i in., 2006). W modelu biopsychospołecznym koncepcje zdrowia i choroby nie wykluczają się wzajemnie. Zdrowie znajduje się na kontinuum stanów pośrednich – pomiędzy hipotetycznym optimum zdrowia i klinicznym stadium choroby. Do pozytywnych wskaźników zdrowia i jego „zapleczu funkcjonalnego” zalicza się rezerwę zdrowia pozytywnego i potencjał zdrowotny jednostki (Ostrzyżek, 2012).

Rozpatrując paradygmat biopsychospołeczny z punktu widzenia psychologii, należy zaznaczyć, że poziom zdrowia jest zdeterminowany przez uogólnione zasoby odpornościowe, człowiek traktowany jako podmiot zdrowia dzięki poczuciu sensowności życia, zrozumiałości i zaradności może uruchamiać i rozwijać te potencjały. Może więc wpływać na stan swojego zdrowia. Powyższe opisy obrazują współzależność modelu holistycznego z koncepcją salutogentyczną Aarona Antonovsky’ego (1995). Domeną tej koncepcji jest elastyczność, a nie sztywne wymiary poczucia zdrowia. Gwarancją zdrowia jest kompleksowe pielęgnowanie triady – poczucia zrozumiałości, zaradności, sensowności. Koncepcja salutogenetyczna może mieć różne wymiary: jednostkowy, grupowy oraz społeczny – fluktuacyjnie dynamiczne na przestrzeni życia (Eriksson i in. 2007). W koncepcji holistycznego modelu zdrowia według Coleen Saylor (2004) uwzględnia się czynniki z dwóch grup. Pierwsza z nich odnosi się do ciała człowieka, druga natomiast nawiązuje do myśli i duszy. W pierwszej grupie czynników znajdują

między innymi aktywność fizyczna i osiągnięcia zawodowe człowieka, podczas gdy wypoczynek i regeneracja zaliczane są do grupy drugiej.

Podejście holistyczne uznaje odrębność psychospołeczną człowieka chorego, zagrożonego chorobą, poszukuje sposobów leczenia najbardziej optymalnych w kontekście indywidualnych potrzeb. Przyjmuje tezę o wyjątkowości każdego życia przy zwyczajności przeżywanej choroby. Model biopsychospołeczny proponuje złożony i interdyscyplinarny proces diagnostyczny, uwzględniający czynniki natury biologicznej, psychologicznej, społecznej, środowiskowej.

### Miejsce stresu w paradygmacie biopsychospołecznym

Znaczenie i rola psychologicznych aspektów chorób somatycznych, a zwłaszcza w kontekście chorób przewlekłych jest coraz częściej opisywane w literaturze naukowej. W literaturze naukowej w XX wieku funkcjonuje również pojęcie chorób psychosomatycznych, wybranych zaburzeń, względem których postuluje się całościowe ujmowanie problemów człowieka chorego. Tutaj jednak jednostki chorobowe traktowane są zerojedynkowo i selektywnie. Model biopsychospołeczny traktuje problem szerzej, nie ogranicza się tylko do dychotomicznych rozwiązań.

Stres psychologiczny to jeden z najważniejszych elementów modelu biopsychospołecznego. Tendencja do doświadczania i komunikowania odczuwanego stresu psychicznego w formie fizycznych objawów oraz poszukiwanie pomocy medycznej jest powszechnym zjawiskiem klinicznym, które może obejmować ok. 40% pacjentów oraz zwiększać koszty leczenia (Fava, Sonino, 2008).

Do istotnych czynników w kontekście tego modelu należy zaliczyć: podatność na depresję, poczucie beznadziei, zmaganie się sytuacją trudną, izolację społeczną, brak odpowiedniego wsparcia w radzeniu sobie ze stresem. Wskazane powyżej czynniki negatywnie wpływają na zdrowie człowieka. Choroba psychosomatyczna w tym modelu jest opisywana w kategoriach nieprzystosowania się człowieka do zmienności środowiska. Przedstawiona we wcześniejszych podrozdziałach złożoność terminu „stres psychologiczny”, sprawia, że w ramach modelu biopsychospołecznego to zagadnienie powinno zajmować wysokie miejsce w hierarchii czynników budujących ten model. W modelu biopsychospołecznym różne płaszczyzny są ze sobą ściśle powiązane. Przykładowo, czynniki biologiczne osiągną status integralnego elementu modelu biopsychospołecznego, jeśli będą funkcjonować w kontekście psychospołecznym. Oznacza to, że uczucia, myśli, zachowania są ściśle zintegrowane z czynnikami biologicznymi. Rolą poziomu psychologicznego jest zapobieganie przed stresorami płynącymi z obszaru społecznego, pełni więc rolę filtra. Model stresu psychospołecznego przewiduje związek pomiędzy stresem a zdrowiem, zakładając, że choroba somatyczna jest spowodowana interakcją biologiczną, psychologiczną oraz socjokulturową, które determinują model odpowiedzi na stres. Płaszczyzny są ze sobą powiązane, ale nie należy ich utożsamiać, zachowują bowiem odrębność. Zależności

między zdrowiem/chorobą mają charakter obustronny. Stres jest tu rozpatrywany zarówno jako przyczyna, jak również następstwo problemów zdrowotnych. W klinicznej psychologii zdrowia występują dwa kierunki badań:

- skoncentrowane na zależnościach psychosomatycznych – roli czynników psychicznych w powstawaniu, przebiegu chorób i dysfunkcji somatycznych;
- dotyczące psychologicznych następstw choroby (reakcji emocjonalnej, tworzenia jej reprezentacji poznawczej, organizacji zachowania ukierunkowanego na pokonanie choroby) (Heszen-Niejodek, 2007).

Jedną z klasycznych teorii, podkreślających rolę stresu w modelu biopsychosocjalnym, jest propozycja George'a Engela (1977). Autor w swojej pracy uwzględnia konglomerat czynników biologicznych, psychologicznych, społecznych, które determinują dwa dychotomiczne rozwiązania – promocję zdrowia albo rozwój choroby (Keefe, Blumenthall, 2004). Wg tego modelu ciało i umysł są współzależne i dobrze połączone. Koncepcja Engela może być uznana jako rozwinięcie modelu Hansa Selye'go, co oznacza, że stres jest wywołany przez różne psychosocjalne bodźce zagrażające homeostazie.

Inną teorię stresu w ujęciu biopsychosocjalnym stworzył James Allen (Machacova, 1999). Teoria Allena odnosi się do wcześniej opisywanej triady stresu psychologicznego: stres jako bodziec, stres jako reakcja, stres jako relacja. Teoria ma charakter stadialny. W psychosomatycznym modelu stresu w pierwszym etapie pojawia się bodziec, który jest interpretowany przez jednostkę. Stres ulega procesowi kognitywnej obróbki, nie ma statusu w pełni obiektywnego czynnika. Takie właściwości stresorów, jak ich siła i liczba, są marginalizowane (Machacova, 1999). Dzięki ocenie sytuacji człowiek może oszacować dany czynnik jako zagrażający, przekraczający zasoby jednostki. Autor koncepcji podkreśla, że nie liczba czy też jakość stresorów są najważniejsze. W modelu biopsychosocjalnym powinno się zwracać uwagę przede wszystkim na interpretację na poziomie poznawczym. W następnym etapie pojawia się pobudzenie emocjonalne, które prowadzi do różnego typu reakcji – gniewu, lęku, nienawiści, ekstazy, radości, euforii lub niepokoju. Podstawą tego podejścia jest założenie, że ciało i umysł są ze sobą ściśle połączone. Pobudzenie emocjonalne przekształca się potem w pobudzenie fizyczne, co skutkuje zintensyfikowaną pracą organów wewnętrznych. Niekorzystne zjawisko ma miejsce wtedy, gdy pobudzenie fizyczne ma charakter permanentny, rozstrojeniu ulega praca kilku narządów. Efektem tego może być większa podatność na choroby kardiologiczne (Tuszyńska-Bogucka, 2005).

W latach 90. Larry Bernard i Edward Krupat (1994) przedstawili model stresu psychosocjalnego, który koncentruje się na zrozumieniu charakteru niektórych bodźców psychosocjalnych, interpretowanych w rezultacie jako zagrożenie dla homeostazy, podobnie jak u Engela (1977). Autorzy tej koncepcji uznali, że biopsychosocjalny model stresu zbudowany jest z trzech komponentów: komponentu

zewnątrznego, komponentu wewnętrznego oraz interakcji między elementami zewnętrznymi i wewnętrznymi. Element zewnętrzny modelu biopsychospołecznego stresu dotyczy wydarzeń stresowych poprzedzających odczuwanie stresu i może wywołać reakcję stresową. Reakcja na stres jest zainicjowana przez bodźce psychospołeczne, które mają charakter fizjologiczny lub emocjonalny – stanowią zagrożenie dla homeostazy. Człowiek jest zazwyczaj świadomy stresogennych oddziaływań, trafnie rozpoznaje moment, w którym odczuwa konflikt, działa pod presją, jest sfrustrowany. Stresory w tej koncepcji zostały podzielone na cztery kategorie: osobiste, społeczne/rodzinne, zawodowe i ochrony środowiska. Autorom udało się empirycznie powiązać stresory z różnymi dolegliwościami fizycznymi. Szczególnie trudnym stresorem jest żałoba. Badania autorów wykazały związek między poczuciem straty i obniżonym funkcjonowaniem układu odpornościowego. Problemy zdrowotne, liczba wypadków są silnie powiązane z pracą zawodową, niepewnością w kontekście realizacji własnych potrzeb, jak również zmian wynikających z obowiązków służbowych. Wewnętrzny element modelu obejmuje zestaw fizjologicznych i neurologicznych reakcji na stres, kompatybilnych z opisywanym wcześniej modelem stresu Hansa Selye'go. Trzeci komponent modelu biopsychospołecznego stresu to interakcja między elementami zewnętrznymi i wewnętrznymi, z udziałem procesów poznawczych jednostki, na kanwie przedstawionej wcześniej teorii Lazarusa. Stresory różnią się także czasem trwania. Silne stresory są ograniczone czasowo, i na ogół nie są uważane za zagrożenie dla zdrowia. Przewlekłe stresory trwają stosunkowo dłużej i mogą stanowić poważne zagrożenie dla zdrowia.

Przedstawiony wcześniej Richard Lazarus podkreślił znaczenie percepcji człowieka jako głównej determinanty ludzkich reakcji na stres. Według autora artykułu można również dostrzec wybrane implikacje biopsychospołeczne tej teorii. Założenie, że indywidualne postrzeganie może moderować odpowiedź na stres, dostarczyło podstaw do opracowania skutecznych terapii kognitywnych, aby zmniejszyć niekorzystne wpływy stresu na indywidualne interpretacje tych wydarzeń oraz wzmocnić zdolności radzenia sobie. W kontekście np. chorób układu krążenia, które mogą być końcowym ogniwem zadziałania sytuacji stresowej, ważne jest zbadanie, jak człowiek indywidualnie ocenia stres, a nie tylko koncentrowanie się na obiektywnej reprezentacji stresorów w życiu człowieka. W transakcyjnym modelu Lazarusa i Folkman (1984) 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. Pacjenci z objawami kardiologicznymi mogą wykazywać wyższą skłonność do intepretowania sytuacji w kategoriach zagroże-



nia, straty lub krzywdy i w związku z tym częściej reagować emocjami lęku, smutku, niezadowolenia czy złości (Atroszko i in., 2012; Kowalczyk, 2017; Kowalczyk, 2019).

W kontekście prewencji zdrowia ważne jest również nawiązanie do koncepcji stresu jako sytuacji trudnej. Interpretowanie czasowych różnic pomiędzy przewlekłym i ostrym stresem jest przydatne w zrozumieniu możliwej roli stresu psychicznego w chorobach układu krążenia. Do stresorów przewlekłych należą trwałe warunki związane z pracą (wymagania w pracy), relacjami społecznymi (małżeńskie, konflikt rodzinny) i środowiskowymi (np. wysoka przestępczość w sąsiedztwie). Ostry stres obejmuje przemijające zmiany, wynikające z narażenia na awersyjne środowisko. Wydarzenia krótkotrwałe są często gwałtowne, mają charakter nieprzewidywalny i niekontrolowany (np. ostry uraz, żywioły naturalne). Badania ostrego stresu przyczyniły się do zrozumienia harmonogramu klinicznych zdarzeń wieńcowych poprzez określenie wpływu tych czynników środowiskowych na wspomniane zdarzenia u osób z podwyższonymi przewlekle lub epizodycznie czynnikami ryzyka, a także zdiagnozowaną chorobą układu krążenia (Holmes i in., 2006; Kowalczyk i in., 2014).

Bardziej współczesne spojrzenie na rolę stresu w biopsychospołecznym modelu przedstawia Jim Blascovich. Biopsychospołeczny (BPS) model wyzwania i zagrożenia (teoria rozbudowywana przez około dekadę) łączy perspektywy poznawcze, fizjologiczne, behawioralne (Blascovich i in., 2001). Model BPS zakłada, że w sytuacji zadziałania ostrego stresora człowiek najpierw dokonuje prewencyjnej oceny stresu przed realizacją zadania. Ocena polega na adekwatnym przeglądzie własnych zasobów (inteligencji, umiejętności, wiedzy) w kontekście wymagań sytuacji (tego, co jest niezbędne, żeby osiągnąć sukces). Osoby, które uważają, że dysponują wystarczającymi zasobami, aby sprostać wymaganiom danej sytuacji, oceniają ją jako wyzwanie. Natomiast osoby, które oceniają, że nie mają wystarczających zasobów do radzenia sobie, oceniają sytuację jako zagrożenie (Seery, 2011). Ta wstępna ocena kształtuje fizjologiczną odpowiedź na stresującą sytuację. W modelu BPS fizjologiczna reaktywność jest rozumiana jako efektywna odpowiedź autonomicznego układu nerwowego na sytuację stresującą. Odpowiedzi fizjologiczne wpływają następnie na wyniki sytuacyjne, odnosząc się do tego, jak człowiek skutecznie radzi sobie z zadaniem. Po rozwiązaniu sytuacji czynniki te razem kształtują ocenę poziomu odczuwanego stresu. Ocena dotyczy stopnia, w jakim dana sytuacja była postrzegana jako stresująca (Mendes i in., 2008, Quigley i in., 2002).

#### Radzenie sobie ze stresem w kontekście zdrowia i choroby

Radzenie sobie to istotny komponent odporności na stres. Zgodnie z klasycznymi definicjami można rozumieć jako próbę pokonania wymagań stawianych przez środowisko i wydarzenia, które mogą być interpretowane jako wyzwanie, zagrożenie, szkoda, strata lub korzyści osoby (Lazarus, 1991). Na potrzeby artykułu zostaną selektywnie przedstawione koncepcje radzenia sobie związane z tematyką zdrowia i choroby.

Crystal Park i Susan Folkman (1997) wprowadziły formę skoncentrowaną na znaczeniu. To od jednostki zależy, w jaki sposób zinterpretuje sytuację – nada danym sytuacjom znaczenie chronicznego stresu. Strategia skoncentrowana na znaczeniu jest szczególnie ważna w sytuacji choroby przewlekłej. Dzięki poznawczemu przekształceniu rzeczywistości człowiek posiada umiejętność przeformułowania posiadanych wartości, dostrzegania uzdolnień i zainteresowań w obszarach wcześniej pomijanych. Może się to dotyczyć osób chorych i zdrowych. Typologia Ralfa Schwarzera (1999) wydaje się również inspirująca w aspekcie problemów zdrowotnych. Radzenie sobie antycypacyjne może mieć miejsce w sytuacji przygotowania się do uczestniczenia w procedurach medycznych, a także wtedy, gdy człowiek spodziewa się wyników warunkujących niepomyślną diagnozę. Przykładem prewencyjnego radzenia sobie mogą być szczepienia oraz badania profilaktyczne. Prewencyjne radzenie sobie polega na zabezpieczaniu jednostki przed chorobą oraz minimalizowaniu skutków choroby. *Crème de la crème* tej koncepcji, czyli proaktywne radzenie sobie, polega na powiększaniu zasobów gwarantujących zdrowy tryb życia. To również stosowanie mechanizmów umożliwiających przewidywanie potencjalnych stresorów, działanie z wyprzedzeniem w celu ich zapobiegania. Poczucie własnej skuteczności oraz wsparcie społeczne to przykłady proaktywnego radzenia sobie. W licznych konfiguracjach prozdrowotnych proaktywna forma radzenia sobie odgrywa najważniejszą rolę. Przyjmuje się, że najbardziej prozdrowotne sposoby radzenia sobie to: proaktywne, prewencyjne, refleksyjne, jak również strategiczne planowanie współgrające z umiejętnością mobilizowania emocjonalnego wsparcia. Najkorzystniejszej, jeśli wspomniane sposoby radzenia sobie mogą ze sobą współgrać (Heszen, 2013).

W celu egemplifikacji omawianych teorii autor postanowił zaprezentować wybrane analizy badawcze uwzględniające stres psychologiczny, radzenie sobie ze stresem w kontekście choroby kardiologicznej. Ponieważ choroby układu krążenia pozostają główną przyczyną przedwczesnych zgonów mężczyzn i kobiet w Polsce, uzasadnione jest poszukiwanie czynników chroniących przed tymi schorzeniami (Góralaska, Basińska, 2019). Nadciśnienie tętnicze stanowi istotny problem społeczny od kilku ostatnich dziesięcioleci. Przyjmuje się powszechnie, że w tym stanie chorobowym skurczowe ciśnienie przekracza wartość 140 mmHg, a rozkurczowe ciśnienie krwi jest wyższe niż 90 mmHg.

Celem projektu badawczego była ocena związku pomiędzy odczuwanym stresem psychologicznym, sposobami radzenia sobie ze stresem a występowaniem choroby nadciśnieniowej.

### **Material badań**

Do badania zakwalifikowano 179 pacjentów ze zdiagnozowanym nadciśnieniem tętniczym, którzy stanowili 59,9% wszystkich osób badanych oraz 120 osób bez zdia-

gnozowanego nadciśnienia oraz chorób towarzyszących, którzy stanowili 40,1% ogółu badanych, w przedziale wiekowym 55–70 lat. W grupie osób badanych znalazło się 149 kobiet (49,8%) i 150 mężczyzn, co oznacza, że pod względem płci grupy były prawie równoliczne. W opisach statystycznych pojedyncze osoby zostały pominięte ze względu na niekompletne dane. Wśród pacjentów z nadciśnieniem tętniczym 109 osób (60,89%) zadeklarowało, że posiada wykształcenie podstawowe albo zawodowe, 70 (39,11%) wskazało, że posiada wykształcenie co najmniej średnie. W grupie kontrolnej 84 osoby (70%) zadeklarowały, że posiadają wykształcenie podstawowe lub zawodowe, natomiast 36 (30%) określiło, że posiada wykształcenie co najmniej średnie. W badanych grupach nie stwierdzono statystycznie istotnej różnicy pod względem wykształcenia (test Fishera,  $OR = 1,496$ ,  $p = 0,111$ ). W grupie badanych z nadciśnieniem tętniczym (61,45%) 110 osób zadeklarowało, że ich sytuacja materialna jest przeciętna, zaś 69 osób (38,55%) określiło swoją sytuację jako dobrą. W grupie kontrolnej 67 osób (55,83%) zadeklarowało, że ich sytuacja materialna jest przeciętna, a 53 osoby (44,17%) określiły swą sytuację materialną jako dobrą. Nie stwierdzono statystycznie istotnej różnicy pod względem sytuacji materialnej w badanych grupach pacjentów z nadciśnieniem (test Fishera,  $OR = 0,794$ ,  $p = 0,34$ ).

### Zastosowane metody badań

#### Kwestionariusz Poczucia Stresu M. Płopy, R. Makarowskiego

Kwestionariusz przeznaczony jest do pomiaru struktury doznań stresowych. Informuje o uogólnionym poziomie odczuwanego stresu w trzech wymiarach: napięcia emocjonalnego, stresu zewnętrznego oraz stresu intrapsychicznego. Współczynniki zgodności wewnętrznej dla trzech skal (wymiarów), stwierdzone w badaniach osób dorosłych, zawierały się w granicach 0,70–0,81. Potwierdzona została trafność czynnikowa KPS. Trafność teoretyczną sprawdzano, korelując wyniki KPS z wynikami kwestionariuszy osobowości (NEO-FFI), temperamentu (PTS), depresji (BDI), lęku (STAI), postaw rodzicielskich (SPR-2), stylów przywiązaniowych (KSP) i satysfakcji z małżeństwa (KDM-2) (Płopa, Makarowski, 2010).

#### Kwestionariusz radzenie sobie ze stresem P. Olesia

Kwestionariusz ten opracował P. Oleś (1995) – i wykorzystał w swojej książce pt. „Kryzys połowy życia u mężczyzn” – na podstawie metody *Ways of Coping Check List Folkman & Lazarus*. Kwestionariusz wyróżnia dwie strategie radzenia sobie: strategie skoncentrowane na problemie oraz strategie skoncentrowane na emocjach. Kwestionariusz cechuje się wysoką rzetelnością ( $\alpha = 0,86$  dla skali – strategie skoncentrowane na problemie,  $\alpha = 0,87$  dla skali – strategie skoncentrowane na emocjach) (Oleś, 1995).

## Procedura badania

Badanie w grupie osób z nadciśnieniem przeprowadzono w Poradni Kardiologicznej w 7 Szpitalu Marynarki Wojennej w Gdańsku, we współpracy z lekarzami prowadzącymi. Badanie było realizowane metodą kliniczno-kontrolną. Grupa kontrolna została dobrana w taki sposób, aby nie różniła się pod względem płci, wieku, wykształcenia, sytuacji materialnej od grupy pacjentów z nadciśnieniem tętniczym. Udział w projekcie był dobrowolny. Osoby poddane badaniu wyraziły na nie zgodę po uprzednim poinformowaniu ich o wszystkich aspektach doświadczenia, które mogą ich dotyczyć, oraz o prawie do odstąpienia w każdym czasie od udziału w badaniu. Przed przystąpieniem do wypełniania kwestionariuszy osoby badane informowane były o tym, że badanie jest anonimowe, a jego wyniki posłużą wyłącznie celom naukowym.

W badaniu postawiono dwie hipotezy:

1. H1. Pacjenci z chorobą nadciśnieniową przejawiają wyższy niż osoby zdrowe poziom napięcia emocjonalnego, stresu intrapsychicznego, stresu zewnętrznego.
2. H2. Pacjenci z nadciśnieniem tętniczym stosują częściej niż osoby zdrowe strategie radzenia sobie ze stresem skoncentrowane na emocjach.

Zmienne niezależne: choroba nadciśnieniowa vs brak choroby.

Zmienne zależne: napięcie emocjonalne, stres intrapsychiczny, stres zewnętrzny, strategie skoncentrowane na emocjach, strategie skoncentrowane na problemie.

## Analiza statystyczna

W celu zweryfikowania postawionych hipotez posłużono się testami statystycznymi. Na wstępie w odniesieniu do zmiennych ilościowych przeprowadzono analizę rozkładu zmiennych przy pomocy testu Kołmogorowa-Smirnowa. Postawiona hipoteza statystyczna o normalności rozkładów cech ilościowych została odrzucona (na poziomie istotności równym 0,05) i dlatego zdecydowano się na podejście nieparametryczne. Decyzja o różnicy rozkładów cech w grupach badawczych była podejmowana na podstawie testu rangowego Wilcoxona. Obliczenia zostały wykonane z użyciem środowiska obliczeń statystycznych R 3.1.1.

## Wyniki

W obszarze subiektywnego odczuwania stresu – poczucia stresu psychologicznego istotnie wyższe wyniki uzyskali pacjenci kardiologiczni w porównaniu z grupą osób bez rozpoznania tej choroby. Badane grupy różnią się w bardzo istotny sposób pod względem trzech zmiennych: napięcia emocjonalnego, stresu intrapsychicznego oraz stresu zewnętrznego.

Tabela 1. Napięcie emocjonalne, stres intrapsychiczny, stres zewnętrzny – poczucie stresu psychologicznego wśród pacjentów kardiologicznych i osób zdrowych

Poczucie stresu psychologicznego	Pacjenci kardiologiczni (n = 179)			Osoby bez nadciśnienia (n = 120)			Test Wilcoxon
	średnia	odch. st.	Q50	średnia	odch. st.	Q50	
Napięcie emocjonalne	21,87	5,93	22,00	18,47	6,11	17,00	W = 14356,00 p < 0,0000
Stres intrapsychiczny	18,51	5,14	19,00	16,91	5,56	16,00	W = 12997,00 p < 0,0020
Stres zewnętrzny	17,90	5,50	18,00	16,35	5,39	15,00	W = 12795,00 p < 0,0050

Źródło: opracowanie własne

Dane w tabeli 2 wskazują, że u pacjentów z rozpoznaniem nadciśnieniem tętniczym dominującą metodą radzenia sobie ze stresem są strategie skoncentrowane na emocjach. Pacjenci kardiologiczni korzystają z nich częściej niż osoby bez takiego rozpoznania. Różnice te są istotne statystycznie. Pod względem strategii skoncentrowanych na problemie nie dostrzega się różnic statycznych pomiędzy badanymi grupami.

Tabela 2. Strategie skoncentrowane na emocjach, strategie skoncentrowane na problemie – metody radzenia sobie ze stresem wśród pacjentów kardiologicznych i osób zdrowych

Metody radzenia sobie ze stresem	Pacjenci kardiologiczni (n = 175)			Osoby bez nadciśnienia (n = 120)			Test Wilcoxon
	średnia	odch. st.	Q50	średnia	odch. st.	Q50	
Strategie skoncentrowane na emocjach	64,55	12,03	65,00	53,39	13,80	54,00	W=15375,00 p < 0,0000
Strategie skoncentrowane na problemie	40,21	7,88	40,00	39,71	10,52	41,00	W = 10292,0 p = 0,3862

Źródło: opracowanie własne

## Dyskusja wyników badań

Hipotezy nr 1 i 2 zostały pozytywnie zweryfikowane. Poziom odczuwanego stresu – napięcie emocjonalne, stres intrapsychiczny, stres zewnętrzny są to subiektywne wymiary stresu psychologicznego. W tych trzech wymiarach wyższe wyniki osiągają pacjenci kardiologiczni w porównaniu z grupą osób zdrowych od nadciśnienia tętniczego. Napięcie emocjonalne występuje w różnych codziennych sytuacjach, gdy pojawiają się trudności w odpężaniu się. Związane jest to z brakiem energii do działania, poczuciem zmęczenia bez wyraźnej przyczyny, jak i z tendencją do rezygnacji z podejmowania różnych zadań, realizacji planów. Stres zewnętrzny pojawia

się wtedy, 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 jest związany z nieumiejętnością radzenia sobie z przeżyciami wewnętrznymi (Plopa, Makarowski, 2010). Najnowsza metaanaliza dotycząca relacji pomiędzy nadciśnieniem a stresem psychologicznym wykazała, że stres psychospołeczny jest związany ze zwiększonym ryzykiem nadciśnienia tętniczego (Liu i in., 2017). Należy podkreślić, że poczucie stresu psychologicznego to wymiar subiektywny, podwyższone wyniki w opisywanych wymiarach nie muszą być kompatybilne z obiektywnymi źródłami stresu, interpretowaniem stresu jako sytuacji trudnej, co mogłoby być ciekawym uzupełnieniem prezentowanych badań. Autorzy metody zakładają, że w sytuacji kiedy potencjał osobowościowo-społeczny okazuje się niewystarczająco ukształtowany, może to prowadzić do odczuwania stanów lękowych, depresyjnych, braku satysfakcji z codziennego życia (Plopa, Makarowski, 2010). W sytuacji kiedy system psychiczny jest pełen napięć i konfliktów, niepotrzebne są zewnętrzne stresory, aby odczuwać lęk i zagrożenie (Peacock, 1993). Istniejąca choroba może zmieniać również ocenę wcześniejszych wydarzeń, poprzez działanie choćby mechanizmów obronnych (Thoits, 1983). Jak podkreśla nurt poznawczy, człowiek dokonuje oceny czy bodziec stanowi niebezpieczeństwo lub zagrożenie. Prawdopodobnie pacjenci kardiologiczni mają większe inklinacje do odczuwania subiektywnego stresu psychologicznego.

Dowiedziano, że nieoptymalny sposób radzenia sobie w sytuacji choroby pogarsza samopoczucie chorego i wiąże się z większą śmiertelnością (Kurowska, Dąbrowska, 2008). W porównywanych grupach dostrzega się różnice pod względem strategii radzenia sobie ze stresem. Pacjenci kardiologiczni częściej korzystają z emocjonalnych strategii. Obie badane grupy nie różnią się pod względem zadaniowego radzenia sobie ze stresem. Emocjonalne strategie korelują z wyższymi wskaźnikami dolegliwości somatycznych, osoby przejawiające je zachowują się obronnie, koncentrują się na swoich emocjach. Podobnie jak w innych badaniach, stylem radzenia sobie ze stresem, bardziej predysponującym do rozwoju nadciśnienia, jest styl skoncentrowany na emocjach (Ariff i in., 2011, Vitaliano i in., 1993). Sposób zorientowany na zadaniu jest uważany za bardziej funkcjonalny styl radzenia sobie (Terry, 1994; Opuchlik i in., 2009). Można założyć, że osoby korzystające z zadaniowego stylu radzenia sobie potrafią efektywnie obniżać poziom lęku i stresu, co jednocześnie wpływa na niższy poziom ciśnienia tętniczego.

#### Implikacje praktyczne

Czynniki psychologiczne, a zwłaszcza stres psychologiczny, ma wpływ na rozwój nadciśnienia tętniczego, współpracę z lekarzem. Dzięki znajomości profilu psychologicznego pacjenta można odpowiednio zoptymalizować przebieg leczenia. Współczesna psychologia jest istotnie związana z medycyną. Sama współpraca z lekarzem

może być źródłem stresu, z którym pacjenci nie zawsze radzą sobie w sposób adaptacyjny. Mają obawy, czy ich stan zdrowotny się poprawi. W sposób świadomy lub nieświadomy nie przestrzegają zaleceń lekarskich. Aktualna wiedza z obszaru psychologii klinicznej, psychologii rehabilitacji, psychologii zdrowia, psychologii medycznej otwiera przed człowiekiem ogromne perspektywy ingerencji diagnostycznej, terapeutycznej w szeroko pojmowaną jedność biopsychospołeczną istoty ludzkiej (Kowalczyk, 2017).

W kontekście zaprezentowanych badań warto również się zastanowić nad ewentualną współpracą psychologów z pacjentami. Funkcjonowanie w chorobie przewlekłej to trudne wyzwanie, gdyż pacjent stoi w obliczu przeformułowania dotychczasowych celów życiowych (Żychlińska, Stefańska, 2013). Pomimo licznych obciążeń wynikających z choroby, ważna jest praca nad specyficznymi właściwościami jednostki – zasobami, które mogą pełnić funkcję ochronną (Górska, Basińska, 2020). Zajęcia grupowe w formie warsztatów radzenia sobie ze stresem, elementy dialogu motywującego, ćwiczenia relaksacyjne dla pacjentów, którzy mają podwyższone poczucie stresu psychologicznego, w sposób emocjonalny reagują na sytuacje trudne, to wskazówka dla lekarzy, psychologów, jak również menedżerów/dyrektorów zarządzających służbą zdrowia, szpitalami. Po kilku takich sesjach pacjenci sami mogliby nauczyć się wdrażać w życie proste techniki relaksacyjne, pracować nad swoimi przekonaniem, lepiej radzić sobie ze stresem – w mniejszym stopniu odczuwać napięcie emocjonalne, stres zewnętrzny, intrapsychiczny oraz kształtować u siebie problemowe strategie radzenia kosztem emocjonalnych. W bardziej ideowym założeniu, pacjenci, którzy uzyskali wysokie wyniki w radzeniu sobie skoncentrowanym na emocjach, powinni skorzystać z terapii poznawczo-behawioralnej, która docelowo mogłaby wyjaśnić, że strategia emocjonalna nie jest jedyną i najbardziej efektywną drogą radzenia sobie z sytuacjami stresowymi. Ukształtowanie optymalnych strategii radzenia sobie ze stresem oraz wzrost świadomości w zakresie zapobiegania sytuacjom stresującym powinno gwarantować pacjentom kardiologicznym lepszą jakość życia (Kamoei, Meschi, 2016) – to wszystko w ramach wspierania biopsychospołecznego modelu zdrowia i choroby.

### **Podsumowanie**

Traktując model biopsychospołeczny jako wykładnię, należy zaznaczyć, że wzajemne zależności między stresem psychologicznym interpretowanym jako sytuacja trudna, reakcją, relacją/transakcją, radzeniem sobie ze stresem a stanem somatycznym są niepodważalne. Współczesna wiedza neurobiologiczna, psychologia zdrowia, medycyna kliniczna to potwierdziły. Zależności te występują w różnych okolicznościach: w trakcie występowania i przebiegu choroby somatycznej, reakcjach psychicznych na chorobę somatyczną, przebiegu zaburzenia czynnościowego, w odpowiedzi na sytuacje psychospołeczne, podczas współwystępowania choroby somatycznej i zaburzenia

psychicznego. Model biopsychospołeczny, współczesne jego adaptacje, powinien być szczególnie wrażliwe na problematykę różnorodnie interpretowanego stresu, nadać jej szczególny status w hierarchii czynników psychologicznych odpowiedzialnych za funkcjonowanie na kontinuum zdrowia i choroby.

Czynniki psychologiczne, a zwłaszcza poziom odczuwanego stresu psychologicznego, sposób radzenia sobie ze stresem, mają wpływ na rozwój i przebieg choroby nadciśnieniowej. Mogą również determinować jakość współpracy z lekarzem. W rozwoju choroby mają znaczenie zarówno czynniki genetyczne, jak również aktywna postawa pacjenta, co jest zgodne z założeniami paradygmatu biopsychospołecznego.

## BIBLIOGRAFIA

1. Antonovsky, A. (1995). *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia, jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*. Warszawa: Fundacja IPN.
2. Ariff, F., Suthahar, A., Ramli, M. (2011). Coping styles and lifestyle factors among hypertensive and non-hypertensive subjects. *Singapore Medicine Journal*, 52(1), 29–34.
3. Atroszko, P., Kowalczyk, J., Kowalczyk, W. (2012). Cechy osobowości związane z emocjami u pacjentów z nadciśnieniem tętniczym – badanie pilotażowe. *Nadciśnienie tętnicze*, 17(1), 30–37.
4. Bernard, L.C., Krupat, E. (1994). *Health Psychology: Biopsychosocial Factors in Health and Illness*. New York: Harcourt Brace College Publishers.
5. Blascovich, J., Mendes, W.B., Hunter, S.B., Lickel, B., Kowai-Bel, N. (2001). Perceiver threat in social interactions with stigmatized others. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80(2), 253–267. DOI: 10.1037/0022-3514.80.2.253
6. Checkley, S. (1996). The neuroendocrinology of depression. *International Review of Psychiatry*, 8(4), 373–378. DOI: 10.3109/09540269609051552
7. Dohrenwend, B.P. (2000). The role of adversity and stress in psychopathology: Some evidence and its implications for theory and research. *Journal of Health and Social Behavior*, 41(1), 1–19. DOI: 10.2307/2676357
8. Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. DOI: 10.1126/science.847460
9. Eriksson, M., Lindström, B. (2007). Antonovsky's Sense of Coherence Scale and It's relation with quality of life: A systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61(11), 938–944. DOI: 10.1136/jech.2006.056028
10. Fava, G.A., Sonino, N. (2008). The Biopsychosocial Model Thirty Years Later. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77(1), 1–2. DOI: 10.1159/000110052
11. Friedman, H.S., Adler, N.E. (2007). The history and background of health psychology. W: H.S. Friedman, R.C. Silver (eds.), *Foundations of health psychology* (3–18). NY: Oxford University Press.
12. Goh, Y.W., Sawang, S., Oei, T.P. (2010). The Revised Transactional Model (RTM) of occupational stress and coping: an improved process approach. *Australian and New Zealand Journal of Organisational Psychology*, 3, 13–20. DOI: 10.1375/ajop.3.1.13
13. Góralaska, K., Basińska, M. (2019). Resiliency as a predictor of flexibility in coping with stress of cardiac patients. *Health Psychology Report*, 7(3), 191–199. DOI: 10.5114/hpr.2019.85952
14. Góralaska, K., Basińska M. (2020). Zasoby osobiste a elastyczność w radzeniu sobie ze stresem u osób chorych kardiologicznie. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, Sectio J*, 33(2), 221–237. DOI: 10.17951/j.2020.33.2.221-237



15. Heszen, I. (2002). *Teoretyczne i kliniczne problemy radzenia sobie ze stresem*. Poznań: Stowarzyszenie Psychologia i Architektura.
16. Heszen, I. (2013). *Psychologia stresu*. Warszawa: PWN.
17. Heszen-Niejodek, I. (2007). Psychologia zdrowia jako dziedzina badań i zastosowań praktycznych. W: I. Heszen-Niejodek, H. Sęk (red.), *Psychologia zdrowia* (21–39). Warszawa: Wydawnictwo PWN.
18. Hobfoll, S.E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44(3), 513–524. DOI: 10.1037//0003-066x.44.3.513
19. Holmes, S.D., Krantz, D.S., Rogers, H., Gottdiener, J., Contrada, R.J. (2006). Mental stress and coronary artery disease: A multidisciplinary guide. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 49(2), 106–122. DOI: 10.1016/j.pcad.2006.08.013
20. Holmes, T.H., Rahe, R.H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11(2), 213–218. DOI: 10.1016/0022-3999(67)90010-4
21. Kamoei, K., Meschi, F. (2016). The relationship between perceived stress and coping styles with psychological well-being in cardiac patients. *Health Sciences*, 5(11), 707–711.
22. Keefe, F.J., Blumenthal, J. (2004). Health Psychology: What Will the Future Bring? *Health Psychology*, 23(2), 156–157. DOI: 10.1037/0278-6133.23.2.156
23. Keller, A., Litzelman, K., Wisk, L.E., Maddox, T., Cheng, E.R., Creswell, P.D., Witt, W.P. (2012). Does the perception that stress affects health matter? The association with health and mortality. *Health Psychology*, 31(5), 677–684. DOI: 10.1037/a0026743
24. Kowalczyk, J. (2017). *Psychologiczne korelaty stresu pacjentów z nadciśnieniem tętniczym i ich metody radzenia sobie* (nieopublikowana rozprawa doktorska). Uniwersytet Gdański, Gdańsk.
25. Kowalczyk, J. (2019). Psychologiczne korelaty stresu pacjentów z opornym nadciśnieniem tętniczym i ich metody radzenia sobie. *Nadciśnienie tętnicze w praktyce*, 5(2), 190–198.
26. Kowalczyk, J., Wojciechowski, L., Atroszko, P. (2014). Lista możliwych czynników stresowych – badanie pacjentów kardiologicznych. W: *Reviewed Proceedings of the Interdisciplinary Scientific International Conference for PhD students and assistants Quære 2014, International Interdisciplinary Scientific Conference for PhD Students and assistants, vol. 4* (916–924). Hradec Králové: Magnanimitas.
27. Kurowska, K., Dąbrowska, A. (2008). Poczucie koherencji a style radzenia sobie z chorobą u osób z rozpoznany nadciśnieniem tętniczym. *Arterial Hypertension*, 12(6), 432–438.
28. Lazarus, R.S. (1991). *Emotion and Adaptation*. New York: Oxford University Press.
29. Liu, M.Y., Li, N., Li, W.A., Khan, H. (2017). Association between psychosocial stress and hypertension: a systematic review and meta-analysis. *Neurological Research*, 39(6), 573–580. DOI: 10.1080/01616412.2017.1317904
30. Machacova, H. (1999). *Behavioural Prevention of Stress*. Prague: Charles University in Prague, the Carolinum.
31. Matlow, A.G., Wright J.G., Zimmerman, B., Thomson, K., Valente, M. (2006). How can the principles of complexity science be applied to improve the coordination of care for complex pediatric patients? *Quality and Safety in Health Care Journal*, 15(2), 85–88. DOI: 10.1136/qshc.2005.014605
32. Mechanic, D. (1962). *Students under stress: A study in the social psychology*. New York: Free Press of Glenco.
33. Mendes, W.B., Major, B., McCoy, S., Blascovich, J. (2008). How attributional ambiguity shapes physiological and emotional responses to social rejection and acceptance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 94(2), 278–291. DOI: 10.1037/0022-3514.94.2.278

34. Nielson, N.R., Kristensen, T.S., Schnohr, P., Grønbaek, M. (2008). Perceived stress and cause-specific mortality among men and women: Results from a prospective cohort study. *American Journal of Epidemiology*, 168(5), 481–491. DOI: 10.1093/aje/kwn157
35. Ogińska-Bulik, N. (2006). Czy osobowość sprzyja etiopatogenezie chorób? Nowe kierunki badań – osobowość typu D. *Nowa Psychologia*, 2, 5–22.
36. Oleś, P. (1995). Kryzys połowy życia u mężczyzn a radzenie sobie ze stresem. *Roczniki Filozoficzne*, 43(4), 91–110.
37. Oleś, P. (1995). *Kryzys połowy życia u mężczyzn*. Lublin: Redakcja Wydawnictw KUL.
38. Opuchlik, K., Wrzesińska, M., Kocur, J. (2009). Ocena poziomu stylów radzenia sobie ze stresem i poczucia umiejscowienia kontroli zdrowia u osób z chorobą niedokrwinną serca i nadciśnieniem tętniczym. *Psychiatria Polska*, 43(2), 235–245.
39. Ostrzyżek, A., Ostrzyżek, J.T. (2012). Biomedyczny versus holistyczny model zdrowia a teoria i praktyka kliniczna. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 93(4), 682–686.
40. Park, C.L., Folkman, S. (1997). Meaning in the context of stress and coping. *General Review of Psychology*, 1(2), 115–144. DOI: 10.1037/1089-2680.1.2.115
41. Plopa, M., Makarowski, R. (2010). *Kwestionariusz poczucia stresu*. Warszawa: Vizja Press & IT.
42. Quigley, K.S., Barrett, L.F., Weinstein, S. (2002). Cardiovascular patterns associated with threat and challenge appraisals: A within-subjects analysis. *Psychophysiology*, 39(3), 292–302. DOI: 10.1017/s0048577201393046
43. Saylor, C. (2004). The circle of health: A health definition model. *Journal of Holistic Nursing*, 22(2), 97–115. DOI: 10.1177/0898010104264775
44. Scherer, K.R. (2001). Appraisal considered as a process of multi-level sequential checking. W: K.R. Scherer, A. Schorr, T. Johnstone (eds.), *Appraisal processes in emotion: Theory, methods, research* (92–120). New York: Oxford University Press.
45. Schwarzer, R., Taubert, S. (1999). Radzenie sobie ze stresem: Wymiary i procesy. *Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna*, 17, 72–92.
46. Seery, M.D. (2011). Challenge or threat? Cardiovascular indexes of resilience and vulnerability to potential stress in humans. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 35(7), 1603–1610. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2011.03.003
47. Selye, H. (1960). *Stres życia*. Warszawa: PZWL.
48. Terry, D.J. (1994). Determinants of coping: the role of stable and situational factors. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(5), 895–910. DOI: 10.1037/0022-3514.66.5.895
49. Thoits, P.A. (1983). Dimensions of life events that influence psychological distress: An evaluation and synthesis of the literature. W: H.B. Kaplan (editor), *Psychosocial stress: Trends in theory and research* (33–103). New York: Academic Press. DOI: 10.1016/B978-0-12-397560-7.50007-6
50. Tuszyńska-Bogucka, V. (2005). Komponent psychologiczny choroby. Stres dnia codziennego a ryzyko choroby na przykładzie modelu R.J. Allena. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio D: Medicina*, 16(6), 87–90.
51. Vitaliano, P.P., Russo, J., Bailey, S.L., Young, H.M. (1993). Psychosocial factors associated with cardiovascular reactivity in older adults. *Psychosomatic Medicine*, 55(2), 164–177. DOI: 10.1097/00006842-199303000-00005
52. Von Bertalanffy, L. (1975). *Perspectives on General Systems Theory – scientific and philosophical studies*. New York: George Brazzilier.
53. Wisnivesky, J.P., Lorenzo, J., Feldman, J.M., Leventhal, H., Halm, E.A. (2010). The relationship between perceived stress and morbidity among adult inner-city asthmatics. *Journal of Asthma*, 47(1), 100–104. DOI: 10.3109/02770900903426989
54. Żychlińska, K., Stefańska, W. (2013). Poczucie koherencji a style radzenia sobie z chorobą przewlekłą u osób ze stwardnieniem rozsianym. *Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne*, 2(5), 195–204.