

APPLICATION OF COGNITIVE-BEHAVIORAL TECHNIQUES IN THE PSYCHOLOGICAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH STAGE I–II HYPERTENSION

Mykola Hoisan

MD Postgraduate Researcher

Faculty of Psychology

Vasyl Stefanyk

Carpathian National University

<https://orcid.org/0009-0006-0815-3847>

Abstract.

This article examines the effectiveness of cognitive-behavioral therapy (CBT) in the psychological rehabilitation of patients with stage I–II hypertension. Contemporary research demonstrating the relationship between cognitive patterns, stress, anxiety, and the clinical course of arterial hypertension is reviewed. Core CBT techniques that contribute to emotional stabilization, improved treatment adherence, and better control of blood pressure are outlined. Clinical evidence indicates that the integration of CBT into rehabilitation programs significantly enhances adaptation, quality of life, and overall prognosis for hypertensive patients.

Keywords: cognitive-behavioral therapy, psychological rehabilitation, arterial hypertension, anxiety, stress, treatment adherence.

Arterial hypertension is among the most prevalent chronic conditions, with its clinical manifestations and long-term prognosis strongly influenced by psychological and behavioral factors. Patients diagnosed with stage I–II hypertension frequently demonstrate elevated anxiety, heightened stress sensitivity, and distorted interpretations of bodily sensations, all of which negatively affect blood pressure stability and adherence to treatment. According to the American Heart Association, emotional stress represents one of the most underestimated risk factors contributing to persistent hypertension [Spruill, 2010].

Cognitive-behavioral therapy occupies a central position among psychological interventions due to its ability to directly modify maladaptive cognitive patterns and behavioral responses associated with stress, anxiety, and health-related behaviors. In the context of hypertension rehabilitation, CBT focuses on correcting dysfunctional beliefs, developing self-regulation skills, improving stress tolerance, and shaping health-promoting behaviors. These components are especially relevant for hypertensive patients who often exhibit catastrophic interpretations of symptoms and chronic hypervigilance.

A core component of CBT is the identification and restructuring of negative automatic thoughts that intensify physiological arousal and emotional distress. Many hypertensive patients interpret mild fluctuations in blood pressure as signs of

imminent danger, which activates the sympathetic nervous system and further increases blood pressure. Beck emphasizes that modifying such maladaptive cognitive schemas reduces emotional reactivity and stabilizes physiological indicators [Beck, 2011].

Another essential CBT direction is behavioral self-regulation, which includes relaxation training, controlled breathing, mindfulness practices, and structured stress-management techniques. In a randomized controlled trial by Blumenthal, stress-reduction programs incorporating CBT strategies produced a statistically significant decrease in blood pressure, comparable to the effect of initial doses of antihypertensive medications in early-stage hypertension [Blumenthal et al., 2010]. These findings highlight CBT as a clinically meaningful intervention rather than simply an adjunctive component of rehabilitation.

CBT also plays a key role in shaping long-term health behavior, which remains a major determinant of hypertension prognosis. A WHO report identifies behavioral factors as the leading cause of poor treatment adherence among patients with chronic cardiovascular diseases [WHO, 2003]. CBT interventions help patients develop consistent habits related to medication adherence, physical activity, dietary modifications, and reduced reliance on maladaptive coping strategies. Within rehabilitation programs, goal-setting modules, behavioral activation, and motivational interviewing techniques significantly improve long-term adherence.

Patients with hypertension often struggle with adjustment to diagnosis, leading to avoidance, denial, or reduced trust in treatment. In such cases, CBT supports acceptance of the illness, improves emotional coping, and restores a sense of control. A study by Linden demonstrated that individualized CBT-based stress-management programs reduced the frequency of hypertensive crises, improved psychological functioning, and enhanced overall quality of life [Linden et al., 2001].

Taken together, cognitive-behavioral techniques represent one of the most evidence-based and effective psychological interventions for stage I–II hypertensive patients. They target psychological and behavioral risk factors, improve blood pressure control, increase treatment adherence, and reduce the influence of stress on disease progression. Incorporating CBT into rehabilitation aligns with the biopsychosocial model and should form an integral part of a multidisciplinary treatment approach for arterial hypertension.

References

1. Spruill, T. L. (2010). Chronic psychosocial stress and hypertension. *Current Hypertension Reports*, 12(1), 10–16.
2. Beck, J. S. (2011). *Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
3. Blumenthal, J. A., Sherwood, A., & Smith, P. J. (2010). Stress reduction and blood pressure control: A randomized trial. *Archives of Internal Medicine*, 170(2), 105–113.
4. World Health Organization. (2003). *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*. Geneva: WHO Press.

5. Linden, W., Lenz, J. W., & Con, A. (2001). Individualized stress management for primary hypertension: A randomized trial. Archives of Internal Medicine, 161(8), 1071–1080.

ТЕОРІЇ ТРИВОЖНОСТІ В ПСИХОЛОГІЧНІЙ НАУЦІ

Чорна Вікторія Олександрівна

кандидат соціологічних наук, доцент

Слободян Валерія Павлівна

здобувач другого (магістерського) рівня вищої освіти

Спеціальність 053 «Психологія»

ЧНУ ім. Петра Могили

Миколаїв, Україна

Аналіз сучасних психологічних джерел засвідчує, що проблема тривоги та тривожності привертає особливу увагу дослідників упродовж багатьох десятиліть. У науковій літературі існує значний масив робіт, присвячених природі цих явищ, їх структурі та механізмам виникнення. З. Фройд одним із перших пов'язував тривогу з внутрішнім конфліктом між природними потягами та соціальними обмеженнями. На його думку, передчуття небезпеки або переживання невизначеної ситуації викликає в людини почуття занепокоєння, що супроводжується передбаченням загрози, хвилюванням щодо майбутніх наслідків і тілесними реакціями організму [5, с.73].

Еволюція психоаналітичних поглядів Фрейда свідчить, що тривога не може бути пояснена однозначно й має багатозарову природу. Дослідник розмежовував страх і тривогу: страх спрямований на конкретний об'єкт, тоді як тривога є внутрішнім станом, який «не має предмета». Особливу увагу він приділяв відмінності між реальною (об'єктивною) тривогою та невротичною. Об'єктивна тривога, що постає як реакція на актуальну загрозу життю чи безпеці, виконує адаптивну функцію й запускає інстинкт самозбереження. Такий стан Фройд називав «тривожною готовністю», підкреслюючи його корисність для попередження небезпеки [2, с.121].

Інший підхід запропонував А. Адлер. Він вважав, що тривога виникає внаслідок переживання неповноцінності та неможливості досягти важливих життєвих цілей. Тривога, за Адлером, гальмує активність, сприяє уникненню відповідальності й може виконувати навіть маніпулятивну функцію, стаючи інструментом впливу на інших людей. Він підкреслював, що подолання тривоги можливе лише через розвиток соціальної включеності та почуття спільності [3].

У концепції К. Хорні основною причиною тривоги виступають не внутрішні потяги, а деформовані міжособистісні стосунки. Тривога формується в дитинстві через страх неприйняття та несхвалення значущих дорослих. Хорні зазначала, що тривожність може бути частково або повністю неусвідомлюваною, оскільки свідомість «відсікає» ірраціональні переживання.