

ABORDAREA PSIHOSOMATICĂ A HIPERTENSIUNII ARTERIALE

Angela DUMITRESCU,
D.M. DUMITRESCU, Vasile CHIRIȚĂ

Abstract:

PSYCHOSOMATIC APPROACH OF ARTERIAL HYPERTENSION

Psychiatric medical literature cites the importance of etiological factors in the arterial hypertension break-out, showing that the tiredness, the psychic traumatism and the negative emotions go to the diminution of cortex's functional capacity, with hypothalamic functional perturbations, which induce a hyper excitability and an important instability of vessel-regulatory function.

The main cause seems to be the emotional tension which acts through the mediation of vegetative nervous system on vaso-motorial innervation.

The personality of some individuals with arterial hypertension is calm on the outside, while on the inside it has an aggressive and hostile attitude, inducing a permanent condition of tension in organism.

The psychological modifications of cardiovascular system within the mental stress (modifications often reversible), as well as the psychopathological perturbations quasiconstantly present exert a negative influence on the cortex, determining a series of symptoms grouped into a neuroastheniform syndrome, which leads to dispositional modifications of the patient.

Lumea contemporană este în continuă schimbare. Gradul de complexitate a relațiilor dintre om și mediul său social crește neconținut. Individul nu mai poate fi privit izolat, ci ca o parte integrantă a unui sistem complex cu un înalt grad de interdependență între componentele sale. În aceste condiții, însăși abordarea hipertensiunii arteriale ca boală trebuie făcută într-un mod mai amplu. Perspectiva clinică legată de bolnavul hipertensiv sau cea epidemiologică a populației de hipertensivi trebuie completată cu o nouă dimensiune, perspectiva sociologică asupra hipertensiunii arteriale. Aceasta, pe de o parte, datorită intervenției unor factori din mediul social în etiologia bolii și, pe de altă parte, datorită importantelor consecințe sociale ale hipertensiunii arteriale și ale complicațiilor ei.

Sănătatea constituie rezultatul echilibrului din interiorul diferitelor sisteme ale organismului uman și dintre acestea și mediul înconjurător. Boala este rezultatul fie al unei lezări acute, fie al unei perioade extinse de timp de consum neeconomic de energie sau de tulburare de comunicare severă a diferitelor sisteme și poate fi rezultatul a orice, începând de la o lezare fizică până la una emoțională. Aceasta poate fi exprimată în plan somatic (procesul inflamator sau imunosupresia, hipo- sau hipertensiunea, tensiunea musculară sau atonia, hipo- sau hipertiroidia, hipo- sau hiperlipidemia etc.) sau în plan psihologic (anxietatea sau depresia, hiper- sau hiposensibilitatea emoțională). [1]

Această perspectivă asupra sănătății și bolii afirmă că boala este, în mare parte, rezultatul unui număr de evenimente (atât somatice, cât și psihologice) care sunt percepute ca stresante de către organismul uman.

În societatea contemporană, a devenit o axiomă faptul că factorii psiho-sociali influențează organismul uman, adâncindu-se la maximum discrepanța dintre zestrea adaptativă, psihologică a individului și exigențele crescânde, ce tind către limită, ale mediului.

Stresul (indiferent de natura sa) apare în momentul în care adaptarea organismului a fost depășită, acesta nereprezentând altceva decât o perturbare (reversibilă sau nu), a proceselor adaptative. Există numeroase definiții date stresului psihic (SP), care este considerat ca fiind: „totalitatea conflictelor personale sau sociale ale individului care nu-și găsesc soluția” [2] „o stare de tensiune, încredere și disconfort determinată de agenți afectogeni cu semnificație negativă, de frustrarea sau reprimarea unor stări de motivație (trebuințe, dorințe, aspirații), de dificultatea sau imposibilitatea rezolvării unor probleme” [3] etc.

Stresul este „răspunsul organismelor vii la solicitarea de orice natură” (Selye).[4] Procesele psiho-somatice care permit să se facă față stresului depind de percepția „pericolului” și de semnificația lui față de sentimentul propriei competențe în situația creată. Indivizii care sunt capabili de răspunsuri eficace pe plan social prezintă și reacții somatice mai intense decât cei cu un comportament de apărare și retragere. Din punct de vedere teoretic, în fața unei situații stresante, omul posedă o strategie complexă pe mai multe planuri: cognitiv, afectiv, comportamental [5], dispunând de trei categorii de reacții de apărare:

- reacție de ignorare a pericolului și de adaptare;
- reacție de „luptă împotriva pericolului”;
- fugă din fața pericolului.

Agenții stresori psihici sunt, în marea lor majoritate, stimuli verbali (incluzând și limbajul interior). Semnificația lor pentru individ îi diferențiază net de toți ceilalți agenți stresori (fizici, chimici etc.). O caracteristică a acestor agenți este caracterul lor potențial de a produce SP, validat numai de semnificația de amenințare, prejudiciu, nocivitate, în general, pe care le-o oferă subiectul agresionat.

Un rol deosebit în apariția și intensitatea SP îl au particularitățile individuale (genetice, cognitive, afective, motivaționale, voliționale etc.). Toate aceste particularități – modelate de experiența de viață familială și profesională a subiectului, inclusiv de o serie de afecțiuni somatice și, mai ales, psihice (nevrozele, în special) – sunt implicate în răspunsul individului la un stresor psihic potențial, contribuind la conferirea unei semnificații nocive, imagineare sau reale, capabile să conducă la „intrarea în starea de SP”.

Stresul determină blocarea alarmei la nivel cerebral, care răspunde de pregătirea corpului pentru acțiuni defensive. Sistemul nervos este trezit și hormonii sunt eliberați pentru a ascuți simțurile, a accelera pulsul, a crește frecvența respirației, a tensiona mușchii. Acest răspuns este important pentru că ajută în apărarea împotriva anumitor situații. Răspunsul este „preprogramat biologic”.

Reacția catecolaminică de stres generează răspunsuri hipertensive chiar la subiectul normal, însă la bolnavii cu HTA există atât un nivel mai crescut al acestei secreții față de indivizii sănătoși supuși unui SP similar, cât și un nivel mai redus al excreției urinare de kaliceina [7].

Este posibil ca, pe lângă o serie de particularități enzimatică la nivelul receptorilor peretelui vascular, să existe și o fază inaparentă, premorbidă, cu valori normale tensionale, în cursul căreia s-ar fi putut epuiza, sub acțiunea unui SP cronic sau repetitiv, mijloacele uzuale endocrine (răspunsul secretor al ACTH, de exemplu) de răspuns la agresiunea unor agenți stresori persistenti, „consumptivi”.

O dată cu modificările valorilor înregistrate în baro-receptori și variațiile excreției renale sare/apă, modificările structurale în precapilare duc la stabilirea unei presiuni arteriale crescute.

Chiar dacă aceste modificări sunt reversibile în stadiile lor timpurii prin medicație și nu sunt morfologic permanente datorită depunerilor de țesut conjunctiv în vasele unde există o rezistență la fluxul sanguin, datele epidemiologice tind totuși să confirme că persoanele cu presiunea arterială sistolică foarte labilă sau cu reacție hipersensibilă a presiunii arteriale au un risc crescut de a contracta hipertensiunea sau boala cardiacă coronariană decât cei cu sensibilitate normală.

Literatura medicală consideră că acest concept de *stres psihic* (SP) desemnează, în esență, o stare generală a organismului – indusă de solicitări psihice intense, variate, uneori cumulate, forțând limitele adaptative – și cu o exprimare pregnantă în planul afectivității, având drept corespondent somatic o afectare a tuturor compartimentelor organismului, între care se remarcă, totuși, componentele cu rol integrator: sistemul neuro-endocrino-vegetativ, aparatul cardio-circulator și sistemul imun [6].

Se știe că factorii de risc cardiovascular contribuie fiecare în parte la starea de risc, existența acestei stări fiind, de fapt, rezultatul interacțiunii tuturor acestor factori.

Important de reținut este faptul că riscul conferit de toți acești factori poate fi considerabil mai mare decât suma riscurilor individuale și că nici unul din factorii de risc cardiovascular nu are putere predictivă atât de mare, încât să poată fi utilizat izolat pentru evaluarea stării de risc.

Factorii de risc cardiovascular au fost sistematizați de experții europeni în felul următor [8]:

- *Stilul de viață*: alimentație bogată în grăsimi saturate, colesterol și calorii; fumatul; excesul de alcool; sedentarismul.

- *Caracteristici biochimice și fiziologice (modificabile)*:

- hipertensiunea arterială;
- hipercolesterolemia (creșterea LDL-colesterolului);
- hipertrigliceridemia;
- hiperglicemia: diabetul zaharat, glicemia bazală modificată;
- obezitatea;
- factori trombogeni.

- *Caracteristici personale (nemodificabile)*: vârsta, sexul, istoria familială de cardiopatie ischemică sau alte boli cardiovasculare aterosclerotice timpurii (la bărbați < 55 de ani, iar la femei < 65 de ani); istorie personală de cardiopatie ischemică sau alte boli cardiovasculare aterosclerotice.

În studiul Framingham, au fost considerați factori de risc majori [9]: fumatul, hipertensiunea arterială, hipercolesterolemia (creșterea LDL-colesterolului), scăderea HDL-colesterolului, diabetul zaharat, vârsta înaintată; și factori de risc adiționali: obezitatea, sedentarismul, istoria familială de boli cardiovasculare premature, creșterea trigliceridelor, LDL-colesterolul, tulburări de coagulare, lipoproteina a – Lp(a), creșterea nivelelor serice ale homocisteinei.

O analiză a altor eventuali factori de risc ai instalării HTA a confirmat rolul greutatei corporale, creșterea cu 5% a acesteia (4 kg pentru un bărbat și 5 kg pentru o femeie de constituție medie), asociindu-se cu o creștere cu 20–30% a riscului de dezvoltare a HTA. Surprinzător, intoxicația tabagică nu pare a fi asociată cu evoluția spre HTA. Ca și concluzie a acestui studiu, s-a putut afirma că un examen clinic anual al întregii populații, cu măsurarea TA, este o activitate corectă de gestionare a sănătății publice, care permite depistarea nu numai a HTA, ci și a numeroase alte patologii.

Abordarea sociologică a hipertensiunii arteriale evidențiază câteva elemente interesante: hipertensiunea arterială esențială este o boală rară la populațiile cu o dezvoltare socio-culturală simplă, cum sunt unele triburi de băștinași dintr-o zonă montană din Noua Guinee [10], indienii mexicani, unele triburi izolate din Brazilia [11], eschimoșii [10].

În societatea civilizată, frecvența hipertensiunii arteriale este în strânsă legătură cu gradul de complexitate socială. Urbanizarea largă, creșterea agregării sociale, accentuarea gradului de interdependență umană, frecvența mare a schimbărilor din viața omului, „bombardamentul” informațional, cu sporirea cantității de „nou”, reclamă din partea omului un neconținut efort de adaptare psihobiologică. Solicitarea de adaptare la multitudinea stimulilor psiho-sociali poate depăși, la un moment dat, posibilitățile individului, constituindu-se în ceea ce se numește stres psiho-social. Eșecul de adaptare psiho-socială a individului sau grupului social are repercusiuni nu numai pe plan psihic, ci și pe plan somatic, ducând la apariția unor boli somatice cu o importantă componentă psihologică (hipertensiune arterială esențială, astm bronșic, ulcer gastric etc.). Din acest punct de vedere, hipertensiunea arterială esențială poate fi considerată rezultatul eșecului individului de a se adapta la exigențele mediului social [12].

Un studiu publicat în 2004 de un grup de medici americani (Wassertheil-Smoller și colab.) conchide că stresul psihic poate determina pe lângă tulburările somatice și tulburări din sfera psihiatrică, tulburări ale afectelor.

Câteva studii au investigat evenimentele cardio-vasculare relatate la femeile cu vârstă peste 40 de ani, cu depresie. S-a constatat că un număr mare de femei au raportat nivele crescute de simptome depresive, corelate cu risc crescut de deces prin boli cardio-vasculare, chiar și după ce factorii de risc cardio-vascular au fost controlați. [13]

Boli psihosomatice permit înțelegerea raporturilor de coordonare și subordonare a elementelor constitutive ale bolii: agentul psiho-somatogen, personalitatea premorbidă, predispoziția de organ, imprimarea morfo-funcțională, relevanța clinică, evoluția, terapia.

În ceea ce privește hipertensiunea arterială esențială (HTA) putem afirma că există o corelație între aceasta și modificările de ordin psihic care se pot întâlni în funcție și de structura și personalitatea individului.

Într-o lucrare de sinteză scrisă în 1977, Weiner a descris hipertensiunea esențială ca pe un tablou clinic neuniform, care se poate ivi datorită schimbărilor cantitative ale condițiilor diferite ce își exercită influența. Pe lângă factorii somatici, există factori sociali și psihici care au o semnificație deosebită în privința etiologiei, patogenezei și cronicității.

Riscul de apariție a unei HTA autentice este asociat cu valorile inițiale ale TA și cu vârsta. Boala hipertensivă este deosebit de frecventă la supraviețuitorii catastrofelor naturale (inundații, cutremure, incendii etc.), cât și la anumite grupe de oameni asupra cărora se exercită stresul de la locul de muncă [controlorii de trafic aerian sau chirurgii – care fac mult mai des această maladie (proporțional și cu gradul de sofisticare a aparaturii folosite) decât alte profesii cu solicitare nervoasă medie]].

Concluziile unui grup de medici americani publicate în Arch Intern. Med (2000) au fost că: simptomele depresive au fost predictive pentru incidența HT tardive la tinerii adulți și că tinerii negri cu simptome depresive au avut un risc crescut în dezvoltarea HTA. [14]

Într-un articol publicat în Arch Intern Med. (2001) de către un grup de cercetători de la Universitatea Britanică din Columbia, Vancouver, se prezintă un studiu despre testarea eficacității managementului stresului individualizat pentru HTA într-o probă clinică randomizată, folosind măsurarea TA în ambulatoriu. S-a demonstrat că reducerea stresului și îmbunătățirea condițiilor de mediu se asociază cu reducerea TA în ambulatoriu. [15]

Hipertensiunea de situație a fost descrisă ca fiind legătura dintre condițiile specifice ale mediului pacientului cu reacțiile presiunii arteriale. Când există predispoziția de a reacționa în acest fel, influențele mediului pot declanșa creșterea TA. O astfel de predispoziție se formează potrivit caracteristicilor individuale, în funcție de trecutul pacientului.

Riscul mărit ca boala să se instaleze îl constituie variațiile ocazionale ale presiunii arteriale, în cursul stadiilor incipiente ale hipertensiunii, ce depind de mărimea, durata și frecvența reacției vasoconstrictoare.

Anxietatea poate produce multiple tulburări cardiovasculare. Frecvent apar tahicardia și palpițiile. Bolnavii pot avea aritmii cardiace și hipertensiune arterială (la acești pacienți fiind mai frecventă o formă particulară de hipertensiune arterială – „white coat hypertension“).

O mai bună cunoaștere clinică a tulburărilor anxioase ar permite un control terapeutic mai eficient al acestora, precum și evitarea unor examinări complementare, uneori exhaustive și intempestive care, în cerc vicios, pot contribui la persistența sau chiar agravarea simptomatologiei acestor subiecți.

Se poate discuta despre existența unei sistematizări a HTA:

- Bolnavi tineri hiper-reactivi vasculari care vor dezvolta o HTA tranzitorie juvenilă de o configurație existențială stresantă și care vor putea fi chiar vindecați odată cu dispariția sursei stresante ori printr-o psihoterapie dirijată;

- Bolnavi de peste 40 – 45 ani, vârsta la care apare, în mod obișnuit, HTAE, având între factorii precipitanți ai debutului bolii, SP;

- Bolnavii hipertensivi (cu HTAE sau HTA – secundară), aflați în cursul evoluției bolii și la care SP poate produce paroxisme tensionale, soldate sau nu cu unele complicații, dintre care edemul pulmonar acut, ca și accidentele vasculare cerebrale, reprezintă situații în care SP acționează, prin intermediul acestor creșteri ale tensiunii arteriale.

În plus, HTA, agravată de SP, contribuie la accelerarea procesului aterosclerotic, cât și la apariția bolii coronariene, alături și de ceilalți factori de risc. [6]

Mai mulți cercetători au încercat să definească „personalitatea hipertensivului“.

Astăzi se consideră că aceasta este caracterizată printr-o ostilitate intensă disimulată sub o aparență amabilă și compezentă, fiind totuși inhibată, și care nu-și găsește ieșire în activitate (pe care acești subiecți o resimt ca pe o frustrare).

Astfel, s-a arătat faptul că hipertensiunea se leagă de dorința de a exprima în exterior ostilitatea, în vreme ce există nevoia unui comportament pasiv și adaptat.

Studiile au fost urmate de multe altele tratând despre structura personalității acestor pacienți. Comportarea lor socială se caracterizează prin a fi hiperadaptată, maleabilă, axată pe eficiență, pasivă, cu tendința de a evita conflictele; în plus, comportarea se resimte din cauza înfrânării sentimentelor atât pozitive, cât și negative.

În vreme ce aceste trăsături puse în evidență de studiile inițiale se referă, în primul rând, la comportamentul observabil al pacienților, cercetările mai recomandate au arătat că la aceștia percepția conflictului și a stresului este, de asemenea, alterată în comparație cu normotensivii.

Literatura medicală arată că stresul psihosocial este extrem de important și de evident la majoritatea bolnavilor hipertensivi [11], care au și reacții presoare la stimulii din mediu mult exagerate față de normotensivi. Caracteristicile individuale se șterg, iar ceea ce contează, în primul rând, este incapacitatea de rezolvare a unor probleme profesionale, familiale sau de alt tip, însoțită de anxietate, evidentă mai ales în aglomerările urbane. Marile orașe constituie surse de stres, chiar și numai progresivă a tensiunii arteriale până la nivele hipertensive. [11]

Stresul profesional și profesia contribuie la creșterea frecvenței hipertensiunii arteriale. Prevalența sa a fost găsită deosebit de mare la controlorii de trafic aerian și la furnaliști [16]. În primul caz, se poate afirma că stresul profesional deosebit de însemnat intervine în determinarea creșterii tensiunii arteriale. Într-un alt studiu asupra alterării sănătății la controlorii traficului aerian, Rose și colab. au arătat că erau periclitați nu numai cei care se identificau prea puternic cu serviciul și erau foarte sociabili și adaptați, dar, de asemenea, și cei care refuzau să admită stresul implicat.

În cel de-al doilea caz (al furnaliștilor), probabil că expunerea cronică la temperaturi excesive cu tulburările hemodinamice și hidroelectrolitice consecutive, este factorul hotărâtor în creșterea prevalenței bolii la această profesie.

Baer și colab. și-au dirijat atenția către interacțiunea familială indirectă prin investigarea comportării conflictuale în cadrul familiilor cu tați hipertensivi.

Structura personalității unui membru de familie – de exemplu, conflictul dintre impulsivitatea agresivă și dependență la hipertensiv – afectează interacțiunea întregii familii, astfel copiii unui tată hipertensiv vor avea un mod particular de abordare a problemelor, în general, conturându-se o personalitate ce tinde spre evitarea unor măsuri radicale (unor hotărâri), mai ales în situații de criză.

Hipertensivii, fără a prezenta elemente de psihopatologie, au o deficiență de integrare a instinctelor agresive în structura conștientă, ei resimțind sentimentul agresiv încărcat de angoase și culpabilități.

BIBLIOGRAFIE:

1. Sivik, T., *Ce este medicina psihosomatică?*, MA, MD, PhD Klinikchef IPS, Institute of Psychosomatic Medicine in Göteborg, Sweden, 2005.
2. Floru, R., *Stresul psihic*, București, Editura Științifică, 1974.
3. Golu, M., *Stresul psihic. Dicționar de psihologie socială*, București, Editura Enciclopedică, 1981, p. 235-236.
4. Sells, S., B., *On the nature of stress*, J. E., McGrath (Ed.), *Social and psychological factors in stress*, New York: Holt, Rinehart and Winston, 1970, p. 134-139.
5. Selye, H., *Stress without Distress*, J.B. Lippincott., Philadelphia and New York, 1974.
6. Iamandescu, I. B., *Stresul psihic și Bolile Interne*, vol. I, Editura ALL, 1993.
7. Taylor, A., *Stress, hypertension et cardiopathie ischémique*, loc. cit. 12, 133-152, 1982.
8. *Second Joint Task Force of European and Other Societies on Coronary Prevention. Prevention of coronary heart disease in clinical practice*, Eur. Heart J. 1998; 19: 1434-1503.
9. *American Heart Association. Primary Prevention of Coronary Heart Disease: Guidance From Framingham*, <http://www.amhrt.org/Scientific/statements/1998>.
10. Warnes, H., Wittkower, E.D., *Psychosomatic transculturell*, Med. Prisma, 1995, 3, p. 8-21.
11. Turcu, E., Macarie, C., Ionescu, D. D., *Tratamentul hipertensiunii arteriale*, Editura Militară, București, 1978.

12. Scotch, N.A., Geiger, H.J., *The epidemiology of essential hypertension. Psychologic and socio-cultural factors in etiology*, J. Chron. Dis., 1963, 16, 12, p. 1183-1213.
13. Wassertheil-Smoller, S., PhD; S., Shumaker, PhD; J., Ockene, PhD; Gr., A., Talavera, MD, MPH; Ph., Greenland, MD; B. Cochrane, RN, PhD; J. Robbins, MD; A. Aragaki, MS; J. Dunbar-Jacob, PhD, RN – *Change in depression as a precursor of cardiovascular events*. SHEP Cooperative Research Group (Systoloc Hypertension in the elderly) Arch Intern Med. 2004;164:289-298.
14. Levenstein, S., M.D., Smith, M. W., DrPH; George, A., Kaplan, PhD, *Depressive Symptoms and Increased Risk of Stroke Mortality Over a 29, Year Period* Arch Intern Med. 2001;161:1341-1346.
15. Linden, W., PhD; Lenz, J.W., PhD; Con, A.H., MA, *Individualized Stress Management for Primary Hypertension*, Arch Intern Med. 2001; 161:1071-1080.
16. Kloetzel, K., Andrade, A.E., Falleiros, J., Cota Pacheco, J., *Relationship between hypertension and prolonged exposure to heat*, J. Occup. Med., 1993, 15, 11, p. 878-880.

Angela DUMITRESCU,
D.M. DUMITRESCU,
Vasile CHIRIȚĂ – profesor univ. dr.,
Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr. T. Popa” Iași