

Studio trasversale sui caratteri di personalità in pazienti ipertesi

M. Cilli, L. Petramala, D. Cotesta, C. Caliumi, M. Iorio, V. Serra, M. Cerruti, C. Letizia, C. Cipriani

Dipartimento di Scienze Cliniche, Università "La Sapienza", Roma, Italia

Riassunto

Obiettivo. Verificare se negli ipertesi, con recente insorgenza di ipertensione o con mancato controllo pressorio ottenuto con le terapie ed in assenza di altri sintomi manifesti di ansia e/o depressione, vi sia una maggiore frequenza o meno di disturbi della personalità rispetto ai soggetti normotesi.

Materiali e Metodi. A 122 pazienti con ipertensione arteriosa (62 donne, 60 uomini, età media $47 \pm 12,7$ anni, suddivisi a seconda che l'ipertensione sia di recente insorgenza senza trattamento o di "vecchia data" ed in trattamento cronico) e 65 soggetti normotesi (37 donne, 28 uomini, età media $41 \pm 11,7$ anni) sono stati somministrati due questionari di autovalutazione: A.S.Q. di Krug e Cattell e C.D.Q. di Krug e Laughlin. Si è calcolata per ogni gruppo di variabili la media e la deviazione standard e si è utilizzato il t test di Mann-Whitney per l'analisi statistica, considerando statisticamente significativo un valore di $p < 0,05$.

Risultati. 37 pazienti ipertesi (30,3%) erano positivi al questionario C.D.Q. e 34 (27,8%) allo A.S.Q. Tra i soggetti normotesi 13 (20%) erano positivi al C.D.Q. e 12 (18,4%) allo A.S.Q. Si è dimostrata una differenza statisticamente significativa per il questionario C.D.Q. e per lo A.S.Q. tra gli ipertesi ed i normotesi. Nessuna differenza statisticamente significativa si è rilevata tra i "nuovi ipertesi" ed i "vecchi ipertesi".

Conclusioni. Nei soggetti ipertesi, rispetto ai normotesi, è significativo il riscontro di maggiori livelli di ansia e depressione, senza palese differenza tra "vecchi" e "nuovi" ipertesi, né in relazione alla terapia antipertensiva farmacologica in corso. *Clin Ter 2007; 158(3):219-221*

Parole chiave: ansia, depressione, ipertensione arteriosa essenziale, stress

Introduzione

Negli ultimi decenni si è andata sempre più consolidando l'evidenza che lo stress psicologico ed in particolare la depressione, possano favorire nell'uomo l'insorgenza di malattie cardiovascolari. In particolare, lo stress mentale della vita quotidiana sembrerebbe raddoppiare il rischio di infarto acuto del miocardio (1). Peraltro, è acclarato che i pazienti con una sintomatologia depressiva dopo un

Abstract

Transverse study of personality characteristics in patients with arterial hypertension

Objective. To verify whether hypertensive patients, with recent or old poor-controlled hypertension, asymptomatic for anxiety and/or depression, seem more disturbed in personality than normotensive patients.

Materials and Methods. 122 patients with arterial hypertension (62 women, 60 men, mean age 47 ± 12.7 years, divided in new-hypertensive patients who don't take any drugs and old-hypertensive patients with a chronic therapy) and 65 normotensive subjects (37 women, 28 men, middle age 41 ± 11.7 years) answered two self-extimating questionnaires: A.S.Q. by Krug and Cattell and C.D.Q. by Krug and Laughlin. For every group of variables it has been calculated the mean and standard deviation and statistical analysis was performed by Mann-Whitney's t test. A value of $p < 0.05$ was considered statistically significant.

Results. 37 hypertensive patients (30.3%) were positive in the C.D.Q. and 34 (27.8%) in the A.S.Q. test. In the group of normotensive subjects, 13 (20%) were positive in C.D.Q. and 12 (8.4%) in A.S.Q. There was a statistic difference in C.D.Q. and A.S.Q. between hypertensive and normotensive subjects. No statistic difference was found in C.D.Q. and A.S.Q. between new and old-hypertensives.

Conclusions. The study has shown a significant higher level of anxiety and depression in hypertensive subjects as compared to normotensives. However, no significant difference in anxiety and depression levels was found between new- and old-hypertensive patients or in relation with the use of antihypertensive drugs. *Clin Ter 2007; 158(3):219-221*

Key words: anxiety, depression, essential arterial hypertension, stress.

infarto miocardico hanno un più elevato tasso di mortalità rispetto ai pazienti infartuati non depressi (1). Inoltre, è stato rilevato che anche nei pazienti con ictus cerebrale si possono manifestare sintomi depressivi durante il periodo di degenza (2).

È opinione clinica diffusa che lo stato ipertensivo, primitivo o secondario che sia, si possa accompagnare ad un maggior livello di ansia e/o di depressione. Da una revisione degli studi svolti in ambienti socioculturali molto differenti,

è stata confermata tale associazione, ma non è ancora chiaro quale sia il rapporto di causa-effetto o se si possa parlare di uno stato di labilità emotiva che provochi uno squilibrio neuropsicologico che porta, tra le altre cose, a rialzi stabili o episodici dei valori pressori anche con perdita del ritmo circadiano fisiologico di questi.

I primi gruppi di studio in merito sono iniziati in Russia negli anni '80. Infatti, Rozhanets (3), Suslova (4), Tsikulin (5, 6), Aivazian (7), Shkhvatsabaia (8) e Shkarin (9), dal 1986 al 1988, hanno studiato nel tempo centinaia di giovani pazienti ipertesi rilevando, rispetto ai normotesi, maggiori livelli di ansia, minore autocontrollo, minore fiducia in se stessi e frequente tendenza a porre la propria ipertensione al centro dell'attenzione degli altri.

Mac Fadden e Ribeiro, dal canto loro, hanno ipotizzato che tale immaturità nei meccanismi di difesa sia la causa che porta a rialzi pressori episodici che con il tempo possono scaturire in una ipertensione stabile (10). Su questo tema, Vogeles (11) ha rivelato che gli uomini sono più reattivi nei test di frustrazione risultando maggiormente a rischio di sviluppare ipertensione.

Roca Cusachs et al. (12) hanno studiato, tramite un questionario sulla qualità della vita, il grado di soddisfazione sull'andamento quotidiano della propria vita ed è emerso che gli ipertesi, primitivi o secondari, risultano essere meno soddisfatti dei normotesi. Sempre secondo Roca-Cusachs et al. (12) e secondo Jern (14), è la diagnosi stessa di ipertensione che provoca l'attivazione dell'ansia. Pertanto, essi propongono una maggiore attenzione alle modalità di relazione con il paziente che dovrebbe essere aiutato a controllare l'ansia della diagnosi.

Indipendentemente dai rapporti di causa-effetto, Mac Grady (13) ha osservato che con opportune tecniche di rilassamento, negli ipertesi si può ottenere una riduzione della pressione arteriosa di 5 mmHg nel 49% dei casi.

Dati questi presupposti bibliografici, il nostro gruppo di ricerca ha inteso estendere gli studi sull'ansia e la depressione di soggetti ipertesi, cercando però di indagare su casi che non avevano una ansia o una depressione maggiore che li facessero gravitare nella classificazione prevista dal DSM IV. Infatti, sono stati studiati soggetti ipertesi, apparentemente normali dal punto di vista psicologico, che di loro sponte afferivano al nostro ambulatorio per accertamenti circa la recente insorgenza di ipertensione o per il mancato controllo pressorio. Il confronto è stato fatto con soggetti normotesi parimenti privi di turbe dell'umore.

Materiali e Metodi

Sono stati studiati due gruppi di soggetti: 122 pazienti affetti da ipertensione arteriosa (62 donne, 60 uomini; età media $47 \pm 12,7$ anni) e 65 soggetti normotesi (37 donne, 28 uomini; età media $41 \pm 11,7$ anni).

I 122 pazienti ipertesi sono stati suddivisi in 2 sottogruppi: 69 pazienti con ipertensione arteriosa di recente insorgenza (<5 mesi) senza trattamento farmacologico antipertensivo (39 donne, 30 uomini; età media $46 \pm 11,3$ anni) e 53 pazienti con ipertensione arteriosa di "vecchia data" (>24 mesi) ed in trattamento cronico con antipertensivi (29 donne, 24 uomini; età media $46 \pm 10,2$ anni).

Nel gruppo di pazienti con ipertensione arteriosa di vecchia data, 15 (23,8%) erano in trattamento con beta-bloccanti.

Abbiamo scelto due test psico-diagnostici di facile esecuzione, accessibili a persone di diversa estrazione culturale ed applicabili ad una larga fascia d'età che va dall'adolescenza fino all'età adulta ed all'età avanzata. Si tratta di due questionari di autovalutazione: A.S.Q. (Anxiety Scale) di Krug e Cattell (15) e C.D.Q. (Depression Scale) di Krug e Laughlin (16), comparabili tra loro, standardizzati su una fascia di popolazione di diversa estrazione sociale e per entrambi i sessi, inserito nel catalogo delle Organizzazioni sociali per materiali e test psicodiagnostica. Ogni test è costituito da 40 items a risposta multipla con 3 diverse formulazioni del tipo: positivo, negativo, incerto. Il soggetto esaminato poteva autocompilare i test in circa 20 minuti barrando con un segno le risposte A, B o C. È stato spiegato al paziente che non vi era una valutazione qualitativa sulle risposte (ogni risposta è quindi valida) ed i soggetti dovevano dare risposte il più possibile precise: nel caso A o C, per esempio sì o no; sempre o mai ed il minor numero di risposte incerte, nel caso di risposta B. Le risposte andavano date soprattutto sulla base della prima impressione che veniva in mente, senza riflettere troppo o chiedere ad altre persone. Se il soggetto aveva dubbi, l'esaminatore poteva tranquillamente spiegare i termini per evitare che l'esaminando desse risposta dubbie nel caso non sapesse decidere, anche se l'esaminando poteva tralasciare la risposta se proprio non sapeva decidere. Nel caso in cui l'esaminando avesse avuto difficoltà di lettura, allora l'esaminatore leggeva e siglava i questionari.

La valutazione dei due test è stata espressa con numeri progressivi da 1 a 10: i numeri da 1 a 7 indicavano un normale livello di ansia e depressione, i numeri da 8 a 10 mostravano un rischio di ansia e depressione patologica. L'elaborazione dei dati è stata sviluppata utilizzando un computer provvisto del software Primer. Per ogni gruppo di variabili è stata calcolata la media e la deviazione standard (DS). Per l'analisi dei confronti statistici è stato utilizzato il T test (Mann-Whitney). È stato considerato statisticamente significativo un valore di $p \leq 0,05$.

Risultati

I risultati del nostro studio hanno dimostrato che nel gruppo di pazienti con ipertensione arteriosa essenziale, 37 (30,3%) erano positivi al questionario C.D.Q. e 34 (27,8%) erano positivi al questionario A.S.Q. Di contro, nei soggetti normotesi, solo 13 (20%) erano positivi al questionario C.D.Q. e 12 (18,4%) a quello A.S.Q.

L'analisi statistica tra le medie dei valori ha dimostrato una differenza statisticamente significativa per il questionario C.D.Q. ($p=0,031$) e per il questionario A.S.Q. ($p=0,0035$) tra i pazienti ipertesi ed i normotesi.

Per quanto concerne i confronti statistici in relazione al periodo di insorgenza della patologia ("nuovi ipertesi" vs "vecchi ipertesi") i risultati dello studio hanno dimostrato che dei "nuovi ipertesi" 23 (33,3%) erano positivi per il questionario C.D.Q. e 19 (27,5%) erano positivi per il questionario A.S.Q.; dei "vecchi ipertesi" 15 (28,3%) pazienti erano

positivi per il questionario C.D.Q. e 15 (28,3%) per l'A.S.Q. In questi pazienti non si è rivelata significativa alcuna differenza statistica tra le medie dei valori dei due gruppi.

Discussione

I risultati della nostra ricerca confermano quanto già rilevato circa il riscontro di maggiori livelli di ansia e depressione nei soggetti ipertesi (3-9). Non convalidano, invece, le conclusioni di Jern (14), che vedono nella diagnosi di ipertensione la causa che promuove le alterazioni ansioso-depressive degli ipertesi. Infatti, i nostri dati, analizzati in relazione al periodo di insorgenza dell'ipertensione, non hanno trovato livelli di ansia o di depressione che siano diversi tra i neo ipertesi e quelli inveterati. Peraltro, i risultati del nostro studio hanno rivelato che non vi sono differenze significative nei livelli del tono dell'umore nei pazienti ipertesi in relazione al tipo di trattamento antipertensivo in vigore (calcioantagonisti, betabloccanti o inibitori del recettore per l'angiotensina). Su questo aspetto della ricerca riteniamo, però, che occorran studi ulteriori.

Nell'interpretare i risultati della nostra ricerca, dobbiamo dire che il riscontro di più elevati livelli di ansia o di depressione negli ipertesi può avere una ulteriore interpretazione rispetto a quelle già date in letteratura. Infatti, tralasciando la disputa sui rapporti di causa ed effetto, si può accedere all'ipotesi che l'ansia e la depressione possano essere per sé "fattori di rischio aggiuntivo" per l'ipertensione, facendo parte di una base costituzionale che si può esprimere prima o dopo il manifestarsi della malattia.

In tema di costituzionalità endogena dei disturbi affettivi, si può ipotizzare che l'ansia e la depressione siano sostenute da una iperattività del sistema nervoso autonomo che inizia come una anomala risposta allo stress e che, una volta innescata, si perpetui in un circolo vizioso.

Bibliografia

- O'Condor CM, Gurbel PA, Serebruany UL. Depression and ischemic heart disease. *Am Heart J* 2000; 140(suppl):63-9
- Glodzic-Sobanska L, Slowik A, et al. Depressive symptoms following ischemic stroke. *Neurol Neurochir Pol* 2003; 37:17-25
- Rozhanets RV, Petrova MM, Konokova LI. Prognostic value of psychological characteristic in the evolution of borderline arterial hypertension, *Kardiologia* 1988; 28(12):13-6
- Suslova EA, Aleksandrova VYU. Psychological correlates of elevated arterial pressure and smoking in adolescents. *Cor Vasa* 1988; 30(4):257-62
- Tsikulin AE. Personality traits of person with borderline arterial hypertension and patients with essential hypertension. *Kardiologia* 1987; 27(1):82-5
- Tsikulin AE, Zin'kovskii AK. Correlations among various indices characterizing the psychological and somatic status of patients with essential hypertension. *Ter Arkh* 1986; 58(11):22-5
- Aivazian TA, Khramelashvili VV, Oborina GG. Psychological and psychophysiological characteristics of arterial hypertension patients. *Kardiologia* 1986; 26(1):59-61
- Shkhvatsabaia IK, Zaitsev VP, Aivazian TA. Personality characteristics of hypertension patients. *Kardiologia* 1980; 20(5):37-41
- Shkarin VV, Shkarina IN, Malygin VL. Psychological aspects of systemic approach to intra-nosological diagnosis in arterial hypertension. *Ter Arkh* 2000; 72(11):43-6
- Mac Fadden MA, Ribeiro AV. Psychological aspects and essential arterial hypertension. *Rev Assoc Med Bras* 1998; 44(1):4-10
- Vogele C, Jarvis A, Cheeseman K. Anger suppression, reactivity and hypertension risk: gender makes a difference. *Ann Behav Med* 1997; 19(1):61-9
- Roca-Cusachs A, Ametilla J: Quality of life in arterial hypertension. *Med Clin Barc* 1992; 98(13):486-90
- Mac Grady A, Higgins J. Effects of repeated measurements of blood pressure on blood pressure in essential hypertension. Role of anxiety. *J Behav Med* 1990; 13:93-101
- Jern S, Wall U. Long-term stability of blood pressure and pressor reactivity to mental stress in borderline hypertension. *Am J Hypertens* 1995; 8:20-28
- Krug and Cattell A.S.Q. – OS Firenze
- Krug and Laughlin C.D.Q. – OS Firenze