

Aspetti psicologici nella gestione dei pazienti affetti da ipertensione arteriosa essenziale

Gestione clinica

Maria Luisa Genesia¹, Franco Rabbia¹, Elisa Testa¹, Silvia Totaro¹,
Elena Berra¹, Michele Covella¹, Chiara Fulcheri¹, Giulia Bruno¹, Franco Veglio¹

Abstract

The hypertensive patient is the most stable phenotype in psychosomatic medicine. Hypertensive patients represent a vulnerable population that deserves special attention from health care providers and systems, and psychosomatic medicine may be an important tool in the management of high blood pressure. Depression, anxiety disorders and personality features are often associated with elevated blood pressure (BP) and they may have a role in the development of mild high-renin essential hypertension. Besides, "white coat" hypertension and "masked" hypertension demonstrate how clinic blood pressure could be strongly related to trait anxiety. Hypertension is largely asymptomatic, and patients often have little understanding of the importance of achieving BP control. Medication adverse effects may become an important factor in poor adherence to the treatment and the antidepressant use increases the risk of hypertension. So, the challenge in the management of hypertensive patients is the adherence to non-pharmacological and behavioural treatments for hypertension.

Keywords: Psychological aspects; Essential hypertension; White coat hypertension; Stress; Allostasis

Psychological aspects in the management of patients with essential hypertension
CMI 2012; 6(1): 27-35

¹ Dipartimento di Medicina e Oncologia Sperimentale, Centro Ipertensione, Università di Torino, Ospedale "San Giovanni Battista", Torino

INTRODUZIONE

L'ipertensione arteriosa (IA) è considerata secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) il principale fattore di rischio per l'insorgenza di malattie cardiovascolari, in quanto presente in circa il 25% della popolazione adulta. Si stima che circa 12 milioni di italiani siano affetti da IA, dei quali solo il 30-35% è a conoscenza della condizione clinica e segue una terapia (farmacologica o non) in modo corretto. L'IA è la più frequente causa di mortalità e morbilità nei Paesi occidentali, risultando più comune dei tumori e delle malattie polmonari.

La prevenzione e la gestione dell'IA, pertanto, rappresentano una delle maggiori sfide della sanità pubblica. Sono stati individuati molti fattori di rischio per l'insorgenza della

patologia ipertensiva, tra i quali sovrappeso, abbondante uso di sale nella dieta, scarsa attività fisica, inadeguata introduzione di frutta, verdura e potassio nel regime alimentare, eccessivo uso di alcolici [1,2].

Al fine di prevenire l'innalzamento dei livelli pressori, è importante introdurre delle misure di prevenzione primaria per ridurre o minimizzare questi fattori di rischio nella popolazione, in particolare negli individui con pre-ipertensione. Un approccio di natura preventiva deve inoltre tenere in debita considerazione l'influenza dei fattori psicologici che possono intervenire nell'eziologia della sindrome ipertensiva o che possono interferire con un'ottimale gestione clinica dell'IA. Il ruolo degli aspetti psicologici e di personalità, come l'ansia, la depressione, la personalità di tipo A o D e

Corresponding author
Dott. Franco Rabbia
franco.rabbia@libero.it

Raccomandazioni per la gestione dell'ipertensione arteriosa	Intervento psicologico
<p>Valutazione diagnostica</p> <ul style="list-style-type: none"> Misurazione della pressione arteriosa Anamnesi familiare e clinica Esame obiettivo Analisi genetica Valutazione del danno d'organo <ul style="list-style-type: none"> Cuore Vasi arteriosi Rene Fundus oculi Encefalo <p>Strategie terapeutiche</p> <ul style="list-style-type: none"> Modifiche dello stile di vita <ul style="list-style-type: none"> Abolizione del fumo Moderato consumo di bevande alcoliche Riduzione dell'apporto di sodio con la dieta Altri interventi dietetici Calo ponderale Esercizio fisico Trattamento farmacologico <p>Interventi terapeutici in specifiche condizioni cliniche</p> <ul style="list-style-type: none"> Paziente anziano Diabete mellito Patologie cerebrovascolari Malattia coronarica e scompenso cardiaco Fibrillazione atriale Nefropatia non diabetica Ipertensione nella donna Sindrome metabolica Ipertensione resistente al trattamento <p>Follow up</p>	<p>Assessment psicologico di screening</p> <ul style="list-style-type: none"> Colloquio psicologico Somministrazione di scale e/o questionari psicologici e psicopatologici Valutazione della qualità della vita e dello stato di salute percepito Batteria neuropsicologica per la valutazione del danno encefalico (screening) <p>Strategie terapeutiche</p> <ul style="list-style-type: none"> Interventi di tipo psico-educazionale per migliorare l'aderenza ai trattamenti farmacologici e non Interventi di supporto psicologico e/o psicoterapeutico in pazienti con problematiche di natura psicologica che interferiscono con l'efficacia del trattamento <p>Interventi terapeutici in specifiche condizioni cliniche</p> <ul style="list-style-type: none"> Assessment psicodiagnostico di approfondimento Batteria neuropsicologica estesa per la valutazione del danno encefalico Interventi di supporto psicologico e/o psicoterapeutico Intervento riabilitativo (cognitivo e/o comportamentale) <p>Follow up</p>

Tabella I.
Raccomandazioni cliniche e psicologiche per la gestione del paziente affetto da ipertensione arteriosa [4]

l'alessitimia è ampiamente supportato dalla letteratura e da studi epidemiologici e il costruito di "personalità ipertensiva" è uno dei più stabili nella Medicina Psicosomatica [3] (Tabella I).

ASPETTI PSICOLOGICI E PSICOPATOLOGICI DELL'IPERTENSIONE ARTERIOSA

Gli aspetti psicopatologici della depressione e dell'ansia sono quelli che caratterizzano la popolazione di pazienti ipertesi, secondo quanto riportato in letteratura [5,6]. Mentre la depressione pare essere maggiormente rappresentativa dei soggetti con scarsa aderenza alle terapie, di tipo farmacologico

e non [7], l'ansia nei vari studi sembra essere maggiormente correlata al concetto di stress [8-10] e sembra costituire un elemento predittore dell'insorgenza di ipertensione arteriosa. Nel 1997 Alexopoulos [11] propose che la patologia cerebrovascolare, soprattutto quella cronica, legata ad alterazioni dei piccoli vasi cerebrali, potesse predisporre, precipitare o perpetuare una specifica forma di depressione a insorgenza nella terza e quarta età e ipotizzò che il meccanismo patogenetico principale consistesse nel suo impatto sui circuiti fronto-sottocorticali. L'ipotesi di una "depressione vascolare" come sottotipo nosologico autonomo, a 10 anni di distanza dalla sua formulazione, appare supportata da diverse linee guida di evidenza e ha trovato conferma in recenti revisioni sistematiche in termini di validità interna, descrittiva, di costruito e predittiva [12].

Per quanto riguarda la componente ansiosa della popolazione, si può far riferimento al concetto di "carico allostatico" introdotto da McEwen [13], che indaga l'effetto a lungo termine della fisiologica risposta allo stress. Attraverso l'allotasi (capacità di raggiungere o conservare stabilità attraverso dei cambiamenti), il sistema nervoso autonomo, l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene, il sistema cardiovascolare, metabolico e il sistema immunitario proteggono il corpo rispondendo agli stress interni ed esterni. Sia gli stress acuti sia gli stress cronici, cioè l'accumulo di carichi quotidiani di minore intensità, possono avere conseguenze a lungo termine. Soprattutto due fattori determinano la risposta individuale a situazioni potenzialmente stressanti: il modo di percepire una situazione e lo stato generale di salute, determinato non solo da fattori genetici ma anche dalle scelte comportamentali e dallo stile di vita.

La risposta fisica a una variazione, una situazione di pericolo fisico o psicologico, è bifasica: inizia con una risposta allostatica che introduce i cambiamenti adattativi e termina eliminando questa risposta quando il pericolo è cessato. La risposta più comune coinvolge il sistema nervoso simpatico e l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene, con l'attivazione del rilascio delle catecolamine, la secrezione di corticotropina dall'ipofisi e il successivo rilascio di cortisolo. L'inattivazione successiva del sistema riporta il tutto ai livelli basali. A volte però l'inattivazione può essere inefficiente, per cui c'è una sovraesposizione agli ormoni dello stress che si mantiene nel tempo per cui si determina un carico allostatico con conseguenze fisiopatologiche.

Diverse situazioni si accompagnano al carico allostatico, ma la più frequente è costituita dagli stress frequenti: ripetuti aumenti dei valori pressori accelerano il processo aterosclerotico aumentando il rischio cardiovascolare. I sistemi allostatici più studiati sono quelli del sistema cardiovascolare con le sue connessioni con il sovrappeso e l'ipertensione [14]. Anche il sistema nervoso centrale, soprattutto le strutture dell'ippocampo, che hanno un'alta concentrazione di recettori per il cortisolo, risulta danneggiato dallo stress, sia per l'aumento della secrezione di cortisolo nello stress acuto, con soppressione dei meccanismi che nell'ippocampo e nel lobo temporale regolano la memoria a breve termine, sia per l'atrofia dei neuroni piramidali a causa di un meccanismo coinvolgente i glucocorticoidi e i neurotrasmettitori eccitatori rilasciati durante e dopo lo stress; questa atrofia è reversibile se lo stress è di breve durata, ma stress prolungati nel tempo possono uccidere le cellule dell'ippocampo [15]. La RMN ha dimostrato che situazioni stressanti, quali ad esempio episodi depressivi ricorrenti e patologie post-traumatiche, possono essere associate ad atrofia dell'ippocampo [16].

Occorre tuttavia sottolineare che, nei vari studi relativi all'associazione tra pressione arteriosa e aspetti psicopatologici, i risultati ottenuti non sempre sono concordanti, in particolare per quanto concerne i disturbi dell'umore e quelli depressivi. La maggior parte della letteratura evidenzia una correlazione tra ipertensione e disturbi dell'umore, depressione e ansia e, in particolare, si rilevano elevate percentuali di pazienti che manifestano aspetti di natura ansiosa [17,18] e frequentemente tali aspetti sono maggiormente associati a uno scarso controllo della pressione arteriosa [19]. Un esiguo numero di studi, tuttavia, ha rilevato l'assenza di correlazione significativa tra i livelli di valori pressori e disturbi dell'umore e d'ansia nei soggetti ipertesi [20].

Uno studio recente ha confrontato i valori di pressione arteriosa in soggetti con disturbi d'ansia e di depressione con un gruppo di soggetti di controllo. Licht e collaboratori [21] hanno rilevato una più alta pressione arteriosa diastolica in soggetti con disturbi d'ansia, sebbene il grado di ansia non raggiungesse un livello tale da essere considerato un fattore di rischio per l'insorgenza della IA. I soggetti, invece, con tono dell'umore depresso (in corso o in fase di remissione) manifestavano una più bassa pressione ar-

teriosa diastolica e sviluppavano con minore probabilità una pressione sistolica isolata rispetto ai soggetti di controllo. In particolare, gli Autori hanno osservato che l'uso di antidepressivi triciclici era maggiormente associato a valori medi pressori più elevati e con maggiore probabilità i soggetti in trattamento con tali farmaci avevano un grado di IA in stadio 1 o 2. I pazienti in terapia con farmaci antidepressivi di tipo noradrenergico o serotonergico, invece, avevano una maggiore probabilità di sviluppare una IA di grado 1. Pertanto, gli aspetti depressivi, secondo quanto rilevato dagli Autori, sembrerebbero associati a valori pressori più bassi, mentre l'uso di alcuni farmaci antidepressivi sembrerebbe associato ad aumentati livelli di pressione sanguigna sistolica e diastolica.

Un altro aspetto da considerare è che può essere presente nella popolazione di pazienti ipertesi il cosiddetto fenomeno "etichettamento": in altre parole, il fatto di conoscere la diagnosi di IA influenza la prevalenza di sintomi riportati, di assenteismo sul lavoro e di benessere generale. Dopo avere ricevuto la diagnosi, quindi, il paziente può sviluppare una sorta di "sindrome funzionale somatica" caratterizzata dalla forte convinzione di avere una grave malattia, dall'aspettativa che la propria condizione possa probabilmente peggiorare, per cui si configura una condizione catastrofica e disabilitante, che influenza in modo negativo la qualità della vita legata alla salute del paziente [22,23].

CARATTERISTICHE DI PERSONALITÀ DEL PAZIENTE IPERTESO

Sin dagli esordi della medicina psicosomatica, è stata studiata l'associazione tra ipertensione arteriosa e aspetti emozionali.

Alexander fu uno dei primi a definire l'IA come uno dei disturbi psicosomatici [24], differente dal concetto di disturbo convertivo o di nevrosi e la mise in relazione con la presenza di alcuni profili di personalità e fattori di regolazione delle emozioni, sostenendo la necessità di valutare l'individuo nella sua globalità senza separare le funzioni psicologiche da quelle somatiche. Secondo l'Autore, l'IA, così come altre forme di disturbo cardiovascolare, può essere spiegata sulla base di un meccanismo di attivazione neurovegetativa che viene mantenuto poiché le emozioni profonde vengono inibite e non si esauriscono in un'azione efficace.

L'organismo, pertanto, rimane in uno stato di preparazione alla lotta o fuga, dove la costante attivazione del sistema simpatico sollecita le reazioni fisiologiche necessarie in uno stato di emergenza, quali, appunto, aumento della pressione sanguigna e della frequenza cardiaca, e nel soggetto che inibisce l'espressione della propria aggressività tali risposte psicofisiologiche si cronicizzano.

Dunbar [25] propose invece un profilo di personalità caratteristico del soggetto iperteso, definito dalla studiosa stessa "personalità cardiopatica" e caratterizzato da ambizione, dedizione al lavoro, determinato nel raggiungimento degli obiettivi, con elevata immagine di sé e con tendenza alla soppressione delle emozioni. Secondo l'Autrice, la struttura di personalità si sviluppa nell'infanzia e si consolida condizionando le difese corporee, predisponendo così l'individuo allo sviluppo di determinate patologie.

L'obiezione principale alla teoria formulata dalla Dunbar risiede nel fatto che le sue osservazioni corrispondono a correlazioni secondarie, poiché si potrebbe presupporre che alcuni individui più che altri tendano ad assumere ruoli di responsabilità e adottare pertanto stili di vita che comportano risposte corporee che predispongono a danno progressivo del sistema cardiocircolatorio. Sulla linea di questo filone di ricerca, i due cardiologi statunitensi Meyer Friedman e Ray Rosenman, alla fine degli anni '50 [26], hanno identificato un tipo di personalità definito di tipo A (simile al profilo di personalità coronaropatica della Dunbar) come fattore predisponente a disturbi di tipo cardiovascolare, avanzando l'ipotesi che tale stile comportamentale sia maggiormente associato a un aumento della colesterolemia, del tempo di coagulazione e a un rischio elevato di sviluppo di malattia coronarica. Secondo gli Autori, il tipo A non va inteso come tratto di personalità che si costituisce sulla base di conflitti inconsci (in senso psicoanalitico), ma come risposta comportamentale del soggetto in risposta a eventi esterni di natura stressante. Il tipo A viene così descritto dagli Autori sulla base delle seguenti caratteristiche:

- intensa e prolungata spinta a raggiungere gli obiettivi;
- profonda inclinazione e brama di competere;
- persistente desiderio di riconoscimento e avanzamento di ruolo;
- esagerata ambizione, precisione, puntualità e aggressività;

- costante paura di non avere abbastanza tempo a disposizione.

La correlazione tra il pattern comportamentale di tipo A e il rischio di insorgenza di patologie cardiovascolari è stata confermata da numerosi studi negli anni '70, cosicché il *National Heart, Lung and Blood Institute* ha riconosciuto ufficialmente il tipo A come un fattore di rischio indipendente nelle patologie coronariche [27]. Uno studio condotto su pazienti con infarto miocardico [28] ha dimostrato che il pattern di tipo A è un importante predittore di rischio a sei mesi dall'evento acuto tra i pazienti con le migliori condizioni cliniche. Fava e Rafanelli [29] hanno inserito i criteri diagnostici per il pattern comportamentale di tipo A all'interno dei *Diagnostic Criteria for use in Psychosomatic Research* (DCPR), che comprendono peraltro demoralizzazione, ansia per la salute, umore irritabile, comportamento di tipo A e negazione di malattia.

In uno studio condotto da Rafanelli e colleghi [30] su un campione di 61 pazienti che hanno avuto un recente infarto del miocardio, è stato osservato che circa il 30% di essi presentava un pattern di tipo A.

Una recente metanalisi [31] riguardante i trattamenti psicologici nei pazienti affetti da patologie cardiovascolari ha sottolineato che il fatto di porre come scopo dell'intervento stesso il trattamento del pattern di tipo A si rivela più efficace rispetto ad altri tipi di trattamento con obiettivi diversi.

Recentemente è stato proposto un nuovo costruito di personalità, definito tipo D (*distressed personality*), ed è stata osservata una prevalenza di soggetti con tale pattern comportamentale pari a circa il 53% [32]. Il soggetto con personalità di tipo D è caratterizzato da una tendenza a esperire emozioni negative e a inibire le emozioni evitando il contatto sociale con gli altri. La frequente comorbilità tra pazienti con questo tipo di personalità e l'aumentato fattore di rischio cardiovascolare sottolinea l'importanza di esaminare sia gli stati psicopatologici acuti (per esempio la presenza di depressione maggiore) sia quelli cronici (per esempio la presenza di determinate caratteristiche di personalità) nei pazienti particolarmente a rischio di eventi vascolari. Entrambe le dimensioni che caratterizzano la personalità di tipo D (affettività negativa e inibizione sociale) sono associate a un più elevato livello di cortisolo, che potrebbe altresì spiegare l'associazione tra questo tipo di costruito e il rischio cardiovascolare [33,34].

Recentemente Hausteiner e collaboratori (2010) [35] hanno indagato la presenza dei tratti caratteristici della personalità di tipo D nella popolazione generale e le relazioni con i fattori di rischio cardiovascolari, compresi quelli di natura psicopatologica, e hanno identificato il tipo D come un fattore di rischio prognostico in diverse condizioni cardiovascolari. Gli Autori hanno osservato una prevalenza del 23,4% di pattern D nelle donne e del 26,9% negli uomini. Un pattern di personalità di tipo D è quindi presente in circa un quarto della popolazione generale, dato comparabile con i classici fattori di rischio cardiovascolari e rappresenta, secondo gli Autori, un rilevante e indipendente marker di rischio nella comunità, ragion per cui dovrebbe ricevere la giusta attenzione da parte dei clinici.

Numerose evidenze indicano che i pazienti affetti da patologie cardiovascolari con personalità di tipo D hanno un maggiore rischio di morbilità e mortalità legata a eventi vascolari. I pazienti con questo stile comportamentale presentano inoltre una maggiore vulnerabilità psicologica, caratterizzata da un aumento dei rischi psicosociali e ridotta qualità della vita e sembrano beneficiare in maniera ridotta dei trattamenti medici [36].

Jula e colleghi [37] hanno preso in considerazione vari aspetti psicologici al fine di valutare l'eventuale associazione con l'ipertensione. Nello studio venivano valutati vari aspetti, quali l'espressione della collera, l'ansia, l'ostilità, la depressione e l'alessitimia, e si è visto che solo quest'ultima condizione sembrava correlata all'ipertensione e poteva differenziare il gruppo di osservazione rispetto ai controlli. In realtà gli altri sintomi di disturbo psichico possono fluttuare con il tempo e le circostanze, mentre l'alessitimia, cioè la difficoltà nell'esprimere e identificare le emozioni e nel distinguere gli affetti dalle sensazioni corporee [38], è generalmente considerata una caratteristica stabile della personalità, spesso associata al sesso maschile, al basso livello culturale, al basso livello socio-economico, e debolmente associata all'avanzare dell'età. Diverse sono le teorie psicologiche al riguardo, e vi sono anche teorie neurobiologiche che suggeriscono che questa condizione possa essere correlata all'interruzione della comunicazione limbica-neocorticale, o che possa risultare da un deficit nella comunicazione interemisferica o da una disfunzione dell'emisfero destro.

Recenti indagini di imaging funzionali hanno confermato che le strutture della

corteccia cingolata mediofrontale e anteriore erano meno attivate da stimoli intensi negli individui alessitimici rispetto a quelli non alessitimici, particolarmente quando venivano impiegati stimoli sperimentali negativi [39,40].

Indipendentemente dalle cause, l'alessitimia riflette un deficit nel processo cognitivo e nella regolazione delle emozioni, ragion per cui la scarsa capacità di prendere consapevolezza delle emozioni e di farvi fronte renderebbe gli individui alessitimici vulnerabili agli stress continui.

Studi recenti hanno evidenziato un'elevata frequenza di alessitimia in soggetti con nuova diagnosi di IA [41]. Todarello e collaboratori [42] nel loro studio hanno trovato una percentuale pari a circa il 55,3% di soggetti ipertesi (n = 114) alessitimici, contro il 16,3% dei pazienti non ipertesi (n = 130). I risultati ottenuti dallo studio supportano l'ipotesi che si possa riscontrare una prevalenza di alessitimia in pazienti con patologie che un tempo venivano caratterizzate come disturbi "psicosomatici classici". Gli Autori, inoltre, ipotizzano che il deficit di processamento cognitivo e di modulazione dell'affettività sia caratteristico del paziente alessitimico e predisponga il soggetto a una maggiore attivazione simpatica, che condurrebbe a sua volta allo sviluppo di IA.

IPERTENSIONE DA "CAMICE BIANCO": IL RUOLO DELLA COMPONENTE PSICOLOGICA

La *white-coat hypertension* (ipertensione da camice bianco) fornisce un'ulteriore prova di come la pressione arteriosa possa essere legata agli aspetti psicologici. Si definisce *white coat hypertension* o "ipertensione clinica isolata" la presenza di valori pressori persistentemente elevati nell'ambulatorio medico, ma normali in altre occasioni [4,43].

Ogedegbe e colleghi hanno descritto il processo di condizionamento ipotizzato che potrebbe condurre all'innalzamento dei livelli pressori nell'ambito della situazione clinica [44]. Le teorie psicologiche che spiegano il fenomeno dell'ipertensione da camice bianco sono principalmente due.

La prima, la teoria dell'ansia generalizzata, afferma che un individuo che presenta un'ansia di tratto (ansia come elemento stabile della personalità) ha la tendenza con maggiore probabilità a ricevere una diagnosi di ipertensione da camice bianco. Parecchi

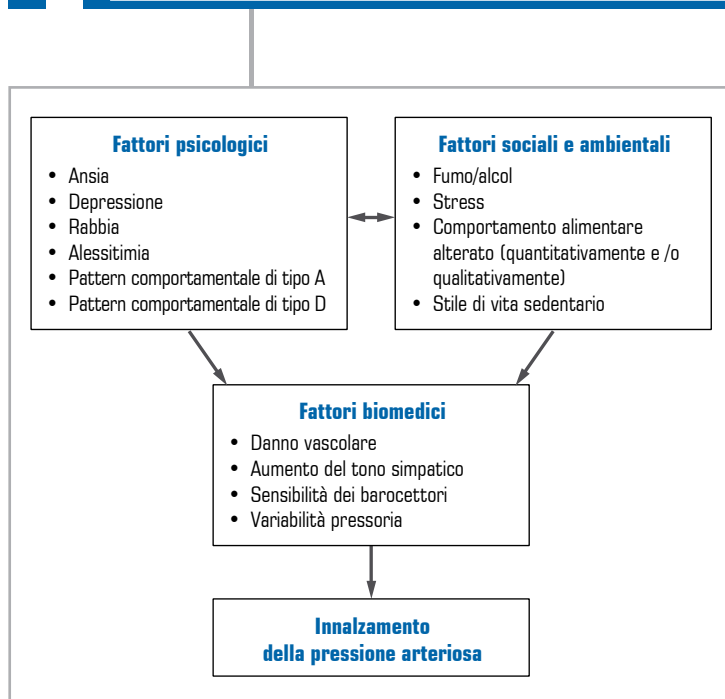


Figura 1. L'ipertensione arteriosa nel modello biopsicosociale. Modificata da [54]

studi, tuttavia, hanno fallito nel trovare delle correlazioni tra la misura dell'ansia di tratto e il valore della pressione arteriosa ambulatoriale [45].

La seconda teoria, riconducibile al modello del condizionamento classico, fornisce un'utile alternativa alla comprensione della causa dell'innalzamento dei valori pressori e del possibile rischio di una diagnosi errata. Tale teoria suggerisce che i soggetti con ipertensione da camice bianco sono stati precedentemente esposti a stimoli spiacevoli, come una diagnosi medica indesiderata e/o procedure mediche dolorose (stimoli incondizionati), in una o più situazioni mediche, che possono aver condotto a un'ansia transitoria e a un innalzamento della pressione arteriosa (risposta incondizionata). In seguito a ripetute esposizioni, i segnali associati allo stimolo incondizionato, per esempio il camice bianco del clinico o la struttura della sala medica, sono potenziali stimoli condizionati che hanno il potere loro stessi di suscitare risposte di ansia e di elevazione dei livelli pressori [46]. Tale teoria permette anche di spiegare meglio il fatto che i valori pressori tendano a modificarsi rapidamente in relazione al cambiamento dello stimolo, mentre la teoria relativa all'ansia generalizzata non permette di spiegare questo aspetto [47].

CONCLUSIONI E PROSPETTIVE

I pazienti ipertesi rappresentano una popolazione vulnerabile, che merita un'attenzione speciale da parte della sanità pubblica e

la medicina psicosomatica potrebbe rivestire un ruolo importante nella gestione clinica di questi pazienti. L'IA è spesso asintomatica e i pazienti hanno scarsa consapevolezza rispetto all'importanza dell'ottimale controllo dei valori pressori, data la possibile presenza di spiacevoli effetti collaterali dei farmaci ipertensivi, con conseguente ricaduta sull'aderenza ai trattamenti proposti.

I fattori psicologici e di personalità giocano un ruolo chiave nella presa in carico del paziente, poiché attraverso la comprensione di tali aspetti il clinico può instaurare con il paziente l'alleanza terapeutica necessaria per un'adeguata gestione della patologia. Sarebbe pertanto importante una valutazione degli aspetti psicologici e di personalità dei pazienti, condotta da specialisti nel settore, attraverso colloqui clinici, interviste, scale di valutazione e tecniche di osservazione [48,49]. Attraverso un'accurata valutazione del paziente iperteso è possibile eventualmente impostare dei percorsi di cura e di trattamento individualizzati che tengano in considerazione le caratteristiche specifiche del paziente stesso.

La sfida nella gestione del paziente iperteso e nella prevenzione del danno cardiovascolare consiste proprio nel miglioramento dell'aderenza ai trattamenti farmacologici e non farmacologici e, allo stesso tempo, nell'ottica della salutogenesi, nell'identificazione e potenziamento dei fattori protettivi a livello individuale, sociale ed economico per prevenire il disagio psicologico determinato da una condizione di malattia cronica.

Secondo la classificazione di Meichenbaum e Turk [50], le variabili associate alla minor aderenza terapeutica sono molteplici: variabili relative al paziente, alla malattia, al trattamento, all'interazione medico-paziente. In particolar modo, soffermandoci sulla prima classe di variabili, quelle cioè relative alla persona, si osserva una maggiore vulnerabilità nei pazienti con IA che presentano problematiche relative a scarso supporto sociale, disturbi psichiatrici, depressione e ansia e in quelli che presentano maggiori difficoltà nel riconoscimento della condizione di malato o nella necessità di trattamento (evidente soprattutto nei soggetti ipertesi ma asintomatici) [51]. Numerosi studi hanno dimostrato che il trattamento psicologico determina un aumento del 50% dell'aderenza dei pazienti alla terapia [52].

La visione di malattia proposta, pertanto, è volta a superare il dualismo tra psiche e soma e, secondo il modello biopsicosociale,

ciale, la malattia è intesa come interazione dinamica di fattori multipli (biologici, psicologici e sociali) che devono essere tenuti in considerazione nel processo di diagnosi medica. Si tratta pertanto di un modello integrativo che si orienta verso la salute globale della persona nel suo ambiente, con un' enfasi particolare sulla promozione della salute, intesa come realiz-

zazione di sé ed esplorazione del nuovo [53] (Figura 1).

DISCLOSURE

Gli Autori dichiarano di non avere conflitti di interesse di natura finanziaria in merito ai temi trattati nel presente articolo.

BIBLIOGRAFIA

1. Whelton PK, He J, Appel LJ, Cutler JA, Havas S, Kotchen TA, et al. Primary prevention of hypertension: clinical and public health advisory from the National High Blood Pressure Education Program. *JAMA* 2002; 288: 1882-8
2. Franklin SS, Larson MG, Khan SA, Wong ND, Leip EP, Kannel WB, et al. Does the relation of blood pressure to coronary heart disease risk change with aging? The Framingham Heart Study. *Circulation* 2001; 103: 1245-9
3. Friedman R, Schwartz J, Schnall P, Landsbergis P, Pieper C, Gerin W, et al. Psychological variables in hypertension: relationship to casual or ambulatory blood pressure in men. *Psychosom Med* 2001; 63: 19-31
4. Mancia G, De Backer G, Dominiczak A, Cifkova R, Fagard R, Germano G, et al; ESH-ESC Task Force on the Management of Arterial Hypertension. 2007 ESH-ESC practice guidelines for the management of arterial hypertension: ESH-ESC Task Force on the Management of Arterial Hypertension. *J Hypertens* 2007; 25: 1751-62
5. Alexander F. Emotional factors in essential hypertension. *Psychosom Med* 1939; 1: 175-9
6. Engel BT. An historical and critical review of the articles on blood pressure published in Psychosomatic Medicine between 1939 and 1997. *Psychosom Med* 1998; 60: 682-96
7. Bonnet F, Irving K, Terra JL, Nony P, Berthezène F, Moulin P. Depressive symptoms are associated with unhealthy lifestyles in hypertensive patients with the metabolic syndrome. *J Hypertens* 2005; 23: 611-7
8. Young EA, Nesse RM, Weder A, Julius S. Anxiety and cardiovascular reactivity in the Tecumseh population. *J Hypertens* 1998; 16: 1727-33
9. Greenage M, Kulaksizoglu B, Cilingiroglu M, Ali R. The role of anxiety and emotional stress as a risk factor in treatment-resistant hypertension. *Curr Atheroscler Rep* 2011; 13: 129-31
10. Pickering TG, Clemow L. Paroxysmal hypertension: the role of stress and psychological factors. *J Clin Hypertens (Greenwich)* 2008; 10: 575-81
11. Alexopoulos GS, Meyers BS, Young RC, Campbell S, Silbersweig D, Charlson M. "Vascular depression" hypothesis. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54: 915-22
12. Alexopoulos GS, Meyers BS, Young RC, Campbell S, Silbersweig D, Charlson M, et al. Validity of vascular depression as a specific diagnostic: a review. *Encephale* 2007; 33: 39-48
13. McEwen BS. Protective and damaging effects of stress mediators. *N Engl J Med* 1998; 338: 171-9
14. McEwen BS. Central effects of stress hormones in health and disease: understanding the protective and damaging effects of stress and stress mediators. *Eur J Pharmacol* 2008; 583: 174-85
15. McEwen BS, Gianaros PJ. Stress- and allostasis-induced brain plasticity. *Annu Rev Med* 2011; 62: 431-45
16. Berthoz S, Artiges E, Van de Moortele PF, Poline J, Consoli SM, Martinot JL. Effect of impaired recognition and expression of emotions on fronto-cingulate cortices: an fMRI study of men with alexithymia. *Am J Psychiat* 2002; 159: 961-7
17. Tully PJ, Pedersen SS, Winefield HR, Baker RA, Turnbull DA, Denollet J. Cardiac morbidity risk and depression and anxiety: a disorder, symptom and trait analysis among cardiac surgery patients. *Psychol Health Med* 2011; 16: 333-45
18. Grimsrud A, Stein DJ, Seedat S, Williams D, Myer L. The association between hypertension and depression and anxiety disorders: results from a nationally-representative sample of South African adults. *PLoS One* 2009; 4: 5552

19. Sanz J, García-Vera MP, Espinosa R, Fortún M, Magán I, Segura J. Psychological factors associated with poor hypertension control: differences in personality and stress between patients with controlled and uncontrolled hypertension. *Psychol Rep* 2010; 107: 923-38
20. Hildrum B, Mykletun A, Stordal E, Bjelland I, Dahl AA, Holmen J. Association of low blood pressure with anxiety and depression: the Nord-Trøndelag Health Study. *J Epidemiol Community Health* 2007; 61: 53-8
21. Licht CM, de Geus EJ, Seldenrijk A, van Hout HP, Zitman FG, van Dyck R, et al. Depression is associated with decreased blood pressure, but antidepressant use increases the risk for hypertension. *Hypertension* 2009; 53: 631-8
22. Rostrup M, Ekeberg O. Awareness of high blood pressure influences on psychological and sympathetic responses. *J Psychosom Res* 1992; 36: 117-23
23. Barsky AJ, Borus JF. Functional somatic syndromes. *Ann Intern Med* 1999; 130: 910-21
24. Alexander F. Psychoanalytic study of a case of hypertension. *Psychosom Med* 1939; 1: 139-52
25. Dunbar HF. Psychosomatic Diagnosis. New York, NY: Paul Hoeber, 1943
26. Friedman M, Rosenman RH. Association of specific overt behavior patterns with blood and cardiovascular findings: blood cholesterol level, blood clotting time, incidence of arcus senilis and clinical coronary artery disease. *JAMA* 1959; 169: 1286-96
27. Cooper T, Detre T, Weiss SM. Coronary-prone behavior and coronary heart disease; a critical review. *Circulation* 1981; 63: 1199-215
28. Carinci F, Nicolucci A, Ciampi A, Labbrozzi D, Bettinardi O, Zotti AM, et al. Role of interactions between psychological and clinical factors in determining 6-month mortality among patients with acute myocardial infarction. Application of recursive partitioning techniques to the GISSI-2 database. Gruppo Italiano per lo Studio della Sopravvivenza nell'Infarto Miocardico. *Eur Heart J* 1997; 18: 835-45
29. Fava GA, Rafanelli C. I nuovi criteri diagnostici per la ricerca in medicina psicosomatica. *Medicina Psicosomatica* 1995; 40: 287-97
30. Rafanelli C, Roncuzzi R, Finos L, Tossani E, Tomba E, Mangelli L, et al. Psychological assessment in cardiac rehabilitation. *Psychother Psychosom* 2003; 72: 343-9
31. Whalley B, Rees K, Davies P, Bennett P, Ebrahim S, Liu Z, et al. Psychological interventions for coronary heart disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; 8: CD002902
32. Denollet J. DS14: standard assessment of negative affectivity, social inhibition, and type D personality. *Psychosomatic Medicine* 2005; 67: 89-97
33. Kopp M, Skrabski A, Csoboth C, Rethelyi J, Stauder A, Denollet J. Type D personality: cross-sectional associations with cardiovascular morbidity in the Hungarian population. *Psychosom Med* 2003; 65(Suppl A): A6
34. Habra ME, Linden W, Anderson JC, Weinberg J. Type D personality is related to cardiovascular and neuroendocrine reactivity to acute stress. *J Psychosom Res* 2003; 55: 235-45
35. Hausteiner C, Klupsch D, Emeny R, Baumert J, Ladwig KH; KORA Investigators. Clustering of negative affectivity and social inhibition in the community: prevalence of type D personality as a cardiovascular risk marker. *Psychosom Med* 2010; 72: 163-71
36. Pedersen SS, Denollet J. Type D personality, cardiac events, and impaired quality of life: a review. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2003; 10: 241-8
37. Jula A, Salminen Jk, Saarijärvi S. Alexithymia. A facet of essential hypertension. *Hypertension* 1999; 33: 1057-61
38. Taylor GJ, Bagby RM, Parker JDA. Disorders of affect regulation: alexithymia in medical and psychiatric illness. Cambridge: Cambridge University Press, 1997
39. Shallice T. Theory of mind and the prefrontal cortex. *Brain* 2001; 124: 247-8
40. Berthoz S, Artiges E, Van de Moortele PF, Poline J, Consoli SM, Martinot J-L. Effect of impaired recognition and expression of emotions on fronto-cingulate cortices: an fMRI study of men with alexithymia. *Am J Psychiat* 2002; 159: 961-67
41. Nordby G, Ekeberg O, Knardahl S, Os I. A double-blind study of psychosocial factors in 40-year-old women with essential hypertension. *Psychother Psychosom* 1995; 63: 142-50
42. Todarello O, Taylor GJ, Parker JD, Fanelli M. Alexithymia in essential hypertensive and psychiatric outpatients: a comparative study. *J Psychosom Res* 1995; 39: 987-94
43. Mancia G, Parati G. Clinical significance of "white coat" hypertension. *Hypertension* 1990; 16: 624-6
44. Ogedegbe G, Pickering TG, Clemow L, Chaplin W, Spruill TM, Albanese GM, et al. The misdiagnosis of hypertension: the role of patient anxiety. *Arch Intern Med* 2008; 168: 2459-65

45. Donner-Banzhoff N, Chan Y, Szalai JP, Hilditch JR. Is the 'clinic-home blood pressure difference' associated with psychological distress? A primary care-based study. *J Hypertens* 1997; 15: 585-90
46. Reiff S, Katkin ES, Friedman R. Classical conditioning of the human blood pressure response. *Int J Psychophysiol* 1999; 34: 135-45
47. Dykman RA, Gantt WH. Experimental psychogenic hypertension: blood pressure changes conditioned to painful stimuli (schizokinesis). *Integr Physiol Behav Sci* 1997; 32: 272-87
48. Fava GA, Sonino N. The clinical domains of psychosomatics medicine. *J Clin Psychiatry* 2005; 66: 849-58
49. Sonino N, Tomba E, Genesia ML, Bertello C, Mulatero P, Veglio F, et al. Psychological assessment of primary aldosteronism: a controlled study. *J Clin Endocrinol Metab* 2011; 96: 878-83
50. Meichembaum D, Turk DC. Facilitating treatment adherence. New York, NY: Plenum Press, 1987
51. Majani G. Compliance, adesione, aderenza. I punti critici della relazione terapeutica. Milano: Ed. McGraw-Hill, 2001
52. Haynes RB, Ackloo E, Sahota N, McDonald HP, Yao X. Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database Syst Rev* 2008: CD000011
53. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977; 196: 129-36
54. Rutledge T, Hogan BE. A quantitative review of prospective evidence linking psychological factors with hypertension development. *Psychosom Med* 2002; 64: 758-66