

Esansiyel Hipertansiyonda Psikolojik Etmenler *Psychological Factors in Essential Hypertension*

Cemil Çelik¹, Barbaros Özdemir¹

¹ Yrd. Doç. Dr., Gülhane Askeri Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara, Turkey

ÖZET

Esansiyel hipertansiyon üzerinde en çok durulan psikosomatik hastalıklardan biridir. Yaş, cinsiyet, yüksek miktarda tuz ve alkol tüketimi, obezite, yüksek kalorili beslenme, düşük aktivite düzeyi, yorgunluk, kişilik özellikleri, stres gibi duygusal etmenler esansiyel hipertansiyon etiolojisinde rol oynayan bazı risk faktörleridir. Hipertansiyon, hem etiolojisinde duygusal nedenlerin rol oynaması hem de seyri sırasında psikiyatrik belirtilerin ve bozuklukların ortaya çıkması nedeni ile ruh sağlığı çalışanları tarafından yıllardır araştırılmaktadır. Yapılan çalışmalarda; aşırı kontrollü ve uyumlu olma, işte sürekli çaba gösterme, agresif dürtüleri bastırma gibi özelliklerin hipertansiyona yatkınlığa neden olduğu gösterilmiştir. Hipertansiyonun baskılanmış duygulara karşı bir tepki, bir uyum ve savunma mekanizması olduğu kabul edilmektedir. Hipertansiyona yatkın kişilerde, duygusal streslere cevap olarak sempatik sinir sisteminin etkilendiği, vasküler vazokonstriksiyon ve diğer otonomik cevapların sonucu hipertansiyon ortaya çıkmaktadır. Strese vazokonstriktör cevabın hipertansif olanlarda, tansiyonu normal olanlara göre çok daha uzun olduğu da gösterilmiştir. Hipertansiyona yatkın olan kişilerde, strese karşı otonomik yanıt özelliği kan basıncının yükselmesi şeklindedir. Esansiyel hipertansiyonluların normal tansiyonu olan çocuklarında da duygusal streslere yanıt olarak kan basıncının yükseldiği gösterilmiştir. Esansiyel hipertansiyonda sempatik uyarı artışının kilit bir etmen olabileceği, baroreseptörlerin yapısal ve işlevsel değişiklikler göstererek yeniden düzenlendiği günümüzde en geçerli olan varsayımdır. Bu varsayım göre; duygusal stres sonucu vazomotor merkez üzerindeki baskılanma azalır ve uyarı çıkışı artar. Ardından yeniden düzenlenme ile karotis sinüsü, aort kavsı ve vazomotor merkezlerdeki endotel örtüsünde epigenetik değişiklikleri oluşur ve bu değişiklikler sonrası stres sempatik sistemdeki uyarı çıkışını daha da çoğaltır. Sempatik sistemde uyarı çıkışının artması nörohormonal eksitasyona neden olarak sistemik damar direncini artırır. Dolayısıyla direnci artmış damarlardaki endotel hücreleri daha çok vazokonstriktör madde salgılamakta ve ortaya çıkan vazokonstriksiyon sonucu da hipertansiyon gelişmektedir. Bu zamana kadar yapılan çalışmalar, tutarlı biçimde hipertansif kişilerde duygusal faktörlerin ve belirli kişilik özelliklerinin hastalığı hazırlayıcı olduğunu göstermiştir. Bu yazıda esansiyel hipertansiyon ile psikolojik etmenler arasındaki ilişki gözden geçirilmiş, ortak patofizyolojik düzenekler tartışılmıştır.

Anahtar Sözcükler: Hipertansiyon, Hipertansif Kişilik, Stress, Öfke, Psikosomatik Bozukluklar

ABSTRACT

Essential hypertension is one of the most emphasized psychosomatic disorders. Age, sexuality, excessive salt and alcohol consumption, lower activity level, fatigue, personality traits, emotional factors and stress are some of the risk factors for essential hypertension. The presence of emotional factors in the etiology of the essential hypertension and the emergence of psychiatric symptoms in the course of the illness has driven considerable attention from mental health workers on the disease for a long time. Some of the personality traits that make a person vulnerable to hypertension are being over controlled, being submissive, and hardworking. Hypertension is accepted to be a reaction against suppressed emotions and an adaptive and defense mechanism of the body. Among persons who are prone to hypertension, sympathetic nerve system is affected as a response to emotional stress and hypertension appears as a result of vasoconstriction and other autonomous responses. All at once, it was also shown that vasoconstrictor response continues much longer in hypertensive individuals than in normotensive patients. Autonomic response to stress almost always displays itself as hypertension in individuals who are prone to hypertension. Moreover, normotensive children of hypertensive parents also have elevation in blood pressures as a response to emotional stress almost without exception. The increase in sympathetic stimulus, re-modulation of bar receptors by structural and functional changes are the main features of the most commonly valid hypothesis in essential hypertension, currently. According to this hypothesis: as a result of emotional stress, inhibition over vasomotor center decreases and output of stimulus increases; epigenetic changes in endothelial structure of carotid sinus and/or aortic arch and/or vasomotor centers occurs; and finally stress increases sympathetic stimulus output. This situation leads to neurohormonal excitation; increases in systemic vessel resistance; and in turn increase in the secretion of vasoconstrictor compounds from endothelial cells of over-resistant vessels. Hypertension develops as a result of vasoconstriction. In the previous studies, emotional factors and particular personality traits are consistently confirmed for being predisposing factors in hypertensive individuals. In this article, we focused on the association between essential hypertension and psychological factors, and discussed the common pathophysiological mechanisms.

Keywords: Hypertension, Hypertensive Personality, Stress, Anger, Psychosomatic Disorders

*(Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry 2010; 2(1):52-65)
Çevrimiçi adresi / Available online at: www.cappsy.org/archives/vol2/no1/
Çevrimiçi yayım tarihi / Online publication date: 18 Aralık 2009 / December 18, 2009*

Psikosomatik bozukluklar tanım olarak hastalığın oluşumunda, semptomların alevlenmesinde ya da gerilemesinde ruhsal faktörlerin önemli derecede rol oynadığı kabul edilen hastalıklardır.[1] Psikosomatik hastalıklar ülser, nörodermatit gibi yapısal doku değişiklikleri ile ya da esansiyel hipertansiyon gibi fizyopatolojik mekanizmalarla açıklanabilen değişikliklerle ortaya çıkar.[2] Esansiyel hipertansiyon psikosomatik tıpta üzerinde en çok durulan hastalıkların başında gelmektedir.

Arteriyel kan basıncının normal sayılan sınırların üstüne çıkmasına "hipertansiyon" denir. Arteriyel kan basıncının yüksek sayılabilmesi için belirlenen sınırlar her ne kadar tartışmalı ise de genel olarak sistolik kan basıncının

140 mmHg, diyastolik kan basıncının da 90 mmHg veya üzerinde olması ya da kişinin antihipertansif ilaç kullanıyor olması hipertansiyon olarak tanımlanır.[3,4] Hipertansiyon aterosklerotik koroner arter hastalığı gelişiminde en önemli risk faktörüdür. Ayrıca konjestif kalp yetmezliği, iskemi ve böbrek yetmezliği gelişiminde de önemli rol oynar. Bu sebeplerden dolayı hipertansiyonun önlenmesi ve tedavi edilmesi büyük önem taşımaktadır.[4,5] Türkiye’de tüm erişkin erkeklerin %30’u, kadınların %35’i yüksek tansiyona sahiptir. Ülkemizde hipertansiyon görülme sıklığı %37’dir. Türk insanı hipertansiyon açısından yüksek yaygınlık gösteren toplumlar arasında yer almaktadır.[6]

Hipertansif kişilerin %95’inden fazlasında “esansiyel hipertansiyon” (primer hipertansiyon, idiopatik hipertansiyon) söz konusudur. Esansiyel hipertansiyon, belirlenebilen organik bir sebep olmaksızın kan basıncının yükselmesi şeklinde tanımlanır. Başka bir ifade ile esansiyel hipertansiyon, nedeni belli olmayan hipertansiyondur.[5] Esansiyel hipertansiyonda başlıca risk faktörleri yaş, cinsiyet, yüksek miktarda tuz ve alkol tüketimi, obezite, yüksek kalorili beslenme, düşük aktivite düzeyi, yorgunluk, kişilik özellikleri, stres gibi duygusal etmenlerdir.[7] Esansiyel hipertansiyona yatkın kişilerin belli kişilik özelliklerine sahip olduğu, stres ve öfke gibi duygusal etmenlerin hastalığın oluşumunda önemli rol oynadığı uzun zamandır bilinmektedir. Aynı zamanda esansiyel hipertansiyonlu, özellikle tedaviye dirençli hastalarda major depresyon ve anksiyete bozukluklarının görülme sıklığı yüksektir.[8] Son dönemde araştırmalar bu birlikteliğin ortak noktalarını ve hastalığın oluşumunda psikolojik faktörlerin rollerini aydınlatmaya yoğunlaşmıştır. Hem esansiyel hipertansiyonun [9] hem de psikiyatrik bozuklukların fizyopatolojisinde [10-12] nörohormonal ve sempatik sistemin önemli rol oynadığı öngörüsü ile son dönemlerde çalışmalar bu alana odaklanmış, ancak bu yöndeki araştırmalar aradaki ilişkinin doğasını tam olarak aydınlatmaya yetmemiştir.

Ruthledge ve Hogan [13] esansiyel hipertansiyon gelişimi ve psikolojik stres arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla 1972-2000 yılları arasında yayınlanmış 15 çalışmanın verilerini gözden geçirmişlerdir. Bu çalışmada hipertansiyon gelişme riskinin psikolojik stres düzeyi yüksek olan kişilerde diğerlerine göre sekiz kat daha fazla olduğu; öfke, anksiyete ve depresyon ile hipertansiyon riski arasındaki ilişkinin obezite ve fiziksel aktivite gibi hipertansiyonun diğer daha iyi tanımlanmış risk faktörleri ile kıyaslanabilir düzeyde olduğu saptanmıştır.[13]

Hipertansiyon, hem etiyolojisinde duygusal nedenlerin rol oynaması hem de seyri sırasında psikiyatrik belirtilerin ve bozuklukların ortaya çıkması nedeni ile ruh sağlığı çalışanları tarafından uzun yıllardır araştırılmaktadır.

Bu konuda yapılmış ulusal ve uluslar arası önemli çalışmaları saptayabilmek için "esansiyel hipertansiyon, mizaç, karakter, stres, öfke" anahtar kelimeleri kullanılarak Pubmed/Medline ve Türk Psikiyatri Dizini veritabanları taranmış, ilgili önemli makaleler derlenerek bu yazıya dahil edilmiştir. Saptanan temel araştırmalardan yola çıkılarak bu yazıda esansiyel hipertansiyon ile olası psikolojik etmenler arasındaki ilişki gözden geçirilmiş ve ortak patofizyolojik düzenekler tartışılmıştır.

Hipertansiyon ile Korku ve Kaygı İlişkisi

Korku ve kaygı hipertansiyon ile en sık ilişkilendirilen psikolojik faktörlerdir. Alexander hipertansiyonu olan kişilerdeki artmış kan basıncı ve otonomik işlevlerin, baskılanmış düşmanlık veya içe atılmış korkudan kaynaklandığını ilk öneren araştırmacıdır.[14] Bu görüşü destekleyen erken dönem çalışmalardan birinde hipertansif kişilerde daha fazla oranda engellenmiş agresyon ve içsel gerginlik olduğu bildirilmiştir.[15] Sınır düzeyde hipertansiyonu olan hastalarla normal kan basıncına sahip kişilerin karşılaştırıldığı bir çalışmada ise, hipertansif grupta daha az dışa yansıyan agresyon, daha fazla içe yöneltilen agresyon ve daha fazla itaatkarlık saptanmıştır.[16] Ancak yapılan diğer bazı çalışmalarda korku ve agresyon ile yüksek kan basıncı arasında ilişki gösterilememiştir.[17]

Kaygı ile yüksek kan basıncı arasında bağlantıyı araştıran çalışmalarda çelişkili veriler elde edilmiştir.[18-21] Yapılan ilk çalışmalar bu iki durum arasında bağlantı gösterememiş olmasına karşın yakın dönemdeki üç prospektif çalışma hipertansiyonda kaygının etyolojik önemini desteklemiştir.[18,20,21] Üç yıllık izlem süresi olan prospektif bir çalışmada, başlangıçta saptanan yüksek kaygı düzeyinin hipertansiyon oluşumuna yatkınlık sağladığı, ve kaygının kadınlarda hipertansiyon gelişimini öngören bir faktör olduğu gösterilmiştir.[22] Bu çalışmalarda kaygıyı değerlendirmek için Framingham Kaygı Ölçeği kullanılmış, değerlendirilen semptomların birçoğu sempatik sinir sisteminin uyarımı veya epinefrin infüzyonu boyunca yaşanan bulgular olduğu saptanmıştır.[22] Bu sonuçlar göz önüne alındığında sempatik uyarılmanın mı kendini kaygı olarak gösterdiği yoksa kaygının mı sempatik uyarıma neden olduğu temel sorusunun kesin olarak yanıtı ortaya konamamıştır.

Brod ve arkadaşları,[23] strese vazokonstriktif yanıtın hipertansiflerde normotansif hastalara göre daha uzun süreli olduğunu saptamışlardır. Stresli durumlarda oluşan sempatik uyarıyla ortaya çıkan vazokonstriksiyon ve diğer otonomik yanıtın etkisi hipertansiyonlu kişilerde daha şiddetli ve uzun süreli olduğu gösterilmiştir. Strese karşı vazokonstriktif yanıtın normo-

tansiflere göre hipertansif deneklerde daha fazla olduğu gösterilmesi yanında hipertansiflerin normotansif çocuklarında da kontrol grubuna göre bu yönde artmış duyarlılık saptanmıştır.[24] Bu bulgu strese tepki göstermede genetik veya aile içinde öğrenilmiş yatkınlığın önemini vurgulamaktadır.

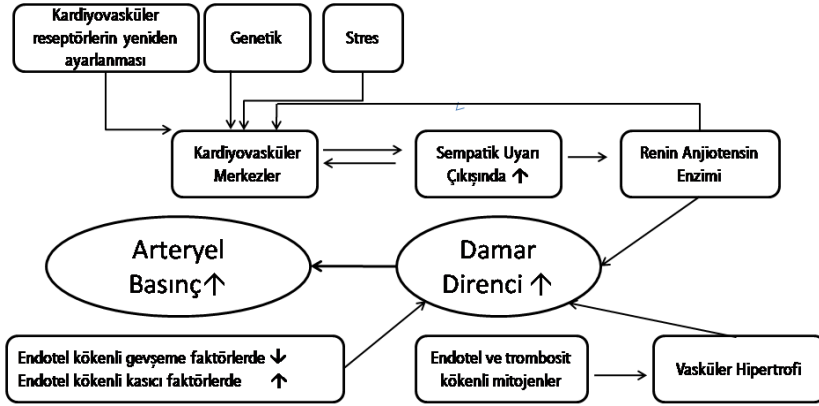
Hayvan deneylerinde, uzamış stres durumlarının devamlı bir kan basıncı yüksekliğine sebep olduğu gösterilmiştir. Kediler üzerinde yapılan çalışmalarda, kediler kafeslere kapatılıp bir çok kez köpeklerin tacizine maruz bırakılarak stress kaynağı oluşturulmuştur. Bu tacizler sırasında kediler kafeslerde korunuyor olmalarına karşın kaçma ve kendilerini savunma olanakları bırakılmamış olması yüzünden, duygusal gerginliklerine eylemle boşalma sağlayamamışlardır. Bu deneyin sonunda, kedilerde uzun süreli hipertansiyon geliştiği gözlenmiştir.[25] İnsanlarda da uzun süreli stres ile hipertansiyon geliştiği gösterilmiştir. Graham'ın 695 İngiliz tankçı asker üzerinde yaptığı çalışma buna örnektir. Bu çalışmaya dahil edilen askerler en az bir yıl kıtada kalmış ve bedensel ve ruhsal ağır stres ile karşılaşmışlardır. Graham, bu askerlerin %38'inde hipertansiyon geliştiğini ortaya koymuştur. Askerlerin büyük çoğunluğunda terhislerinden sonra kan basıncı tekrar normalleşmiştir.[26]

Florans, sürrenal medullasından aralıklarla salgılanan adrenalinin nöronlardan hem adrenalini hem de noradrenalin saliverilmesinde kalıcı bir artmaya neden olabileceğini bunun da nörojenik vazokonstriksiyona ve kan basıncında kalıcı bir yükselmeye yol açabileceğini belirtmiştir.[27] Aralıklarla yaşanan streslerin uzun süreli hipertansiyon haline dönmesinde rol oynayan sürrenal medullasından adrenalini salgılanması; Cannon'un tanımladığı organizmanın tehdit altında olduğunu algıladığında gelişen bir yanıt olan savaş veya kaç taktiği ile ilişkilendirilmiştir.[28]

Pickering ve arkadaşları, hipertansiyon gelişiminde psikolojik stresin etkisinin farklı faktörlere bağlı olduğunu vurgulamış ve bu hastalardaki stresin olası etkilerini şu üç etmenin etkileşimine bağlamışlardır: Stresörün özellikleri, kişi tarafından nasıl algılandığı ve kişinin fizyolojik yatkınlığı.[29] İnsanlar daha fazla stres altında oldukları için değil, strese değişik ölçüde yanıt verdikleri için hipertansif olabilirler görüşü de bir alternative yaklaşım olarak geçerliliğini korumaktadır.

Esansiyel hipertansiyonda sempatik uyarı artışının kilit bir etmen olabileceği, baroreseptörlerin yapısal ve işlevsel değişiklikler göstererek yeniden düzenlendiği günümüzde en geçerli olan hipotezdir. Bu hipoteze göre vazomotor merkez üzerinde daha az baskılanma olduğundan uyarı çıkışı artmaktadır. Daha sonra yeniden düzenlenme ile karotis sinüsü ve/veya aort kavsı ve/veya vazomotor merkezlerdeki endotel örtüsünde

genetik değişiklikler meydana gelmekte ve sonuçta stres sempatik uyarı çıkışında artışa neden olmaktadır. Bu durum nörohormonal eksitasyona, sistemik damar direncinde artışa ve dolayısıyla direnci artmış damarlardaki endotel hücrelerinin daha çok vazokonstriktör madde salgılamasına ve vazokonstriksiyon oluşumuna yol açmaktadır. Bu tablonun sonucunda da hipertansiyon gelişmektedir.[9,30] (Şekil.1)



Şekil.1. Sempatik aktivitenin kan basıncı artışı üzerine etkisi

Sonuç olarak stres, özgül olmayan yolla sempatik aktivasyon meydana getirir, bunun sonucu olarak damar direnci artar, vazokonstriksiyon ve diğer otonomik cevaplar ortaya çıkar. Vazokonstriksiyonun uzaması ve otonomik cevapların süreklilik kazanmasının kaçınılmaz sonucu da kan basıncının yükselmesidir. Çok uzun süreden beri kaygı, korku ile hipertansiyon arasındaki ilişki araştırılıyor olmasına rağmen tartışmalar henüz sonuçlanabilmiş değildir.

Hipertansiyon ve Öfke İlişkisi

Öfke bazı hedeflere zarar vermek ile ilişkili olarak ani şekilde hissedilen ve duygu, biliş ve fizyolojik tepkilerle bağlantılı bir duygu olarak tanımlanmıştır.[31] Başka bir tanımlamada; öfke fizyolojik (genel sempatik uyarılma, hormon-nörotransmitter işlevi), bilişsel (otomatik düşünceler, bilişsel çarpıtma), fenomenolojik (öfke duygusunun öznel olarak farkında olma) ve davranışsal (yüz ifadesine yansımaları, sözel ya da davranışsal öfke dışı vurum yöntemleri) yönleri olan çok boyutlu bir duygu olarak değerlendirilmektedir.[32] Yapılan çalışmalarda sürekli veya aralıklı öfke düzeyinin beta adrenerjik reseptör sayı ve duyarlılığında azalmaya ve

dolayısıyla sempatik aktivasyona yol açtığı, stresin etkilediği benzer düzeyle hipertansiyon gelişimine yatkınlık sağladığı ifade edilmektedir.[33,34]

Öfke ve öfke ifadesinin kan basıncı düzeyleri üzerindeki olası kronik etkisini gösteren mekanizmalar henüz tam anlamıyla açıklığa kavuşturulamamıştır. Buna karşın öfke, sempatik sinir sisteminin aktivasyonunun bir sonucu olarak bazı insanlarda kan basıncı düzeylerinde akut artışa neden olmaktadır.[35,36] Sürekli öfke düzeyinin ve öfke ifade tarzlarının hipertansiyon gelişiminde rol oynayabileceğine dair birçok çalışma yapılmıştır.[37] Bu çalışmaların sonuçları tutarlı değildir. Hepsi olmasa da önceki bazı çalışmalar içte kalan öfkenin kan basıncı düzeyleri ya da hipertansiyon durumu ile pozitif ilişki gösterdiğini ortaya koymuştur.[38-43] Öte yandan diğer bazı çalışmalar ise dışa boşaltılan öfkenin kan basıncı düzeyleri ile tersine ilişki gösterdiğini belirtmektedir.[39,40] İleriye dönük dört yıllık izlem çalışmasında öfke dışa vurum puanları düşük olan normotansif erkeklerin, öfke dışa vurum puanları yüksek olan normotansif erkeklerle göre daha fazla hipertansiyon geliştirebileceklerini saptanmıştır.[44]

Sonuç olarak öfke ifadesi ve kan basıncı düzeyleri arasındaki ilişkiler yaş, cinsiyet, sosyoekonomik stres ve ırk gibi çeşitli faktörlerden etkilenmektedir. Çalışmalar değerlendirildiğinde özellikle sürekli öfke düzeyleri yüksek olan bireylerin esansiyel hipertansiyona yatkınlık oluşturduğu söylenebilir. Bununla birlikte, öfke ifadesi ve kan basıncı düzeyleri arasındaki ilişkide değişiklik oluşturabilecek davranışsal faktörler de henüz yeterince aydınlatılamamıştır. Hipertansif hastaların öfkelerini tanıma ve baş etme konusunda beceri kazandırılması tedaviye katkıda bulunabilir. Gelecekte yapılacak çalışmalarda, her iki cinsiyetten ve farklı yaş gruplarından deneklerin alınması ve öfke durumunun altında yatan mekanizmalara odaklanılmasının uygun olacağı, kesitsel çalışmalar yerine daha çok uzunlamasına takip çalışmalarının yapılmasına gereksinim vardır.

Hipertansif Kişilik Yapısı ve Kavramsal Sorunlar

Hipertansif kişilik psikosomatik tıpta en çok tartışılan alanlardan biridir. Bu yapı psikolojik özelliklerle yüksek kan basıncı gelişimi ihtimali arasında önemli bir bağlantı olduğu anlamına gelmektedir.[45] Hipertansiyon gelişimine yatkınlık sağlayan belirli bir hipertansif kişilik örüntüsünün olduğu çalışmalarda vurgulanmıştır.

Alexander'a göre hastaların hostile ve agresif duygularına karşın sürdürdükleri mücadeleleri esansiyel hipertansiyon psikodinamiğinin çekirdeğini oluşturur. Bu kişiler hostildir ve duygularını sürekli olarak kontrol ederler. Çocukluklarında öfke ve agresyon nöbetleri olan kişilerdir. Çocukluk

yıllarında, ebeveynlerinin ve çevrenin ilgisini agresif davranışlarla kaybedebilecekleri korkusu ile hostile dürtülerini kontrol altına almaya ve bastırmaya çalışmışlardır. Bu kişiler başkaları üzerinde otorite ve disiplin kuramazlar; genellikle başkalarının işlerini üstlenirler. Aşırı sorumluluk ve doğruculuk duygusundan kin ve öfke gelişmekte ve bunları daha şiddetli kontrol altına alma gereksinimi ortaya çıkmaktadır. Böylece daha çok gerginliğe neden olan bir kısır döngü oluşmaktadır.[12] Alexander ve Dunbar, hipertansiflerde düşmanlık ve bağımlılık eğilimi üzerinde durmuşlar; öfkenin gösterilememesi ve dışı vurulamamasıyla hipertansiyon arasında bir ilişki kurmuşlardır. Hipertansif bireyler, uysal, cana yakın, çevrenin onayını bekleyen, yumuşak başlı olmalarına rağmen, derinde öfke taşıyan bireyler olarak tanımlanmaktadır.[12]

Hipertansiflerin özgül kişilik özelliklerine ilişkin birçok araştırma ve gözlem vardır. Hipertansiyonlu kişilerin düşmanca tavırlarını ve anksiyetelerini bastıran kişiler olduğu ve bu kişilerde periferik vasküler direncin arttığı bildirilmiştir.[34,46] Bu bireyler bastırılmış düşmanca duyguları uyarıldığı zaman buna kan basıncının artması ile cevap verirler. Hipertansif kişilik özellikleri; hırsın dışı vurumu, zeka, vicdanlılık, mükemmelliyetçilik, titizlik, bağımlılıktan kaçınma, eleştiriye duyarlılık ve kırılmaya karşı aşırı duyarlılık, gerginlik olarak tarif edilmiştir.[47]

Kişilik özellikleri ile esansiyel hipertansiyon arasındaki ilişkiyi ortaya koymaya yönelik bir öz bildirim ölçeğini geliştirip kullandığı çalışmasında Baer, hipertansif ve normotansif grupların hostile ve anksiyete açısından fark gösterdiğini ortaya koymuştur. Esansiyel hipertansiyonu olanların hostile ve anksiyeteyi daha uzun süreli ve daha yoğun yaşadıkları bulunmuştur.[48] Kidson [49], ve Harburg ve arkadaşları [50] Catell 16 Kişilik Faktörü Anketini kullanarak yaptıkları çalışmalarında esansiyel hipertansiyonu olanlar ile normotansiflerin kişilik yapıları arasında farklılıklar bulunduğunu ortaya koyarken, Ostfeld ve Lebovitz [51] MMPI ile bu iki grup arasında fark saptamamıştır.

Öncü çalışmalarda, "A tipi" kişilik yapısının hipertansiyon gelişimi için bir predispozan factor olabileceği bildirilmiştir.[52] A tipi kişiliği olanlar; yoğun biçimde yarışmacı, yüksek başarı gereksinimi olan, işleri ile yoğun biçimde ilgili, sürekli bir şekilde gergin ve kendilerini zamana göre ayarlayan kişiler olarak tanımlanırlar. Daha sonraki çalışmalar ise; A tipi davranışın, koroner kalp hastalığı için bağımsız bir risk faktörü iken hipertansiyon için risk faktörü olmadığını göstermiştir.[52] Weder ve Julius, toplumsallık, itaatkarlık ve içe yöneltilmiş öfke gibi kişilik özelliklerinin esansiyel hipertansiyon gelişiminde davranışsal belirleyici olduğunu öne sürmüştür.[53]

Esansiyel hipertansiyonun özel bir kişilik yapısı veya intrapsişik çatışması olan bireylerde olduğu ileri sürülmektedir. Bu intrapsişik çatışmalar; pasif bağımlı eğilimler ve agresif dürtüler ile kronik öfke veya dargınlık ve içereleme duygularının baskılanması arasında olmaktadır. Hipertansif hastalar öfkelerini ve düşmanca dürtülerini, çevrenin onayını ve güvenini kaybetmemek için kabullenmez ve ifade edemezler. Öte yandan bunlar normalin altında iddiacı, suçluluk duymaya eğilimli, güvensiz, gergin, aşırı canlı ve çevrelerini tehlikeli algılama eğilimi gösterirler. Üstü örtülü bir güceniklik ve obsesif kompulsif yargının yanısıra anksiyete ve depresyona eğilimlidirler.[54]

Hipertansif Kişilik Kavramına Yönelik Sorunlar

Kişilik yapısı ile artmış kan basıncı arasındaki ilişkiyi daha iyi ve kesin anlamaya engel olan bazı faktörler vardır. Hipertansif kişilik ile ilgili hiçbir varsayımın tamamıyla kabul görmemesi bu faktörlerden biridir. Hangi kişilik veya psikolojik özelliklerin kan basıncı ile ilişkili olduğu hakkında fikir birliği yoktur. Bununla birlikte ilginin çoğu kızgınlık, kaygı ve son dönemde özellikle depresyon üzerinde yoğunlaşmıştır. Aynı sorunun ilgili bir yönü hipertansiyon gelişiminde çevresel stresörler ve kişilik özellikleri arasındaki diğer nedensel ilişki veya etkileşimleri özelleştiren bir model yokluğudur.[55] Belli saatler arasında çalışan ve mesleki stres tanımlayan erkekler arasında, baskılanan kızgınlığın hipertansiyon prevalansı ile bağlantılı olduğu gözlemi sorunun bir diğer yönüdür.[56,57] Yüksek kan basıncı dışında belirti vermeyen hipertansif hastalarda [58] ve kan basıncı normal olan ancak aile öyküsü olan hastalarla [59] yapılan iki çalışmada da daha az duygu dışavurumu, yakınmacı olmayan bir tutum ve inkar ile karakterize kişilik, duyguları ayırt edebilme yeteneği yoksunluğu saptanmıştır. Bu tarz kişilik özelliklerinin şikayetçi olmayan tutuma zorlayan ve aktif duygusal başa çıkma gelişimini engelleyen stresli psikososyal bir iş çevresinden kaynaklandığı öngörülmüştür.[58]

Hipertansif kişilik hakkındaki tartışmanın çözümünü zorlaştıran ikinci bir faktör genellikle kabul edilmiş bir değerlendirme stratejisinin olmamasıdır. Bu nedenle literatürdeki birçok çalışmada standardize edilmiş psikolojik testler kullanılmamıştır.[60,61] Bazı çalışmalar sadece kızgınlık ve kaygıyı ölçerken bazıları bu değişkenlerin dışavurumu veya baskılanmasını ölçmüşlerdir. Değerlendirme stratejilerindeki değişkenlikler çalışmaları karşılıklı değerlendirmeyi güçleştirmektedir.

Üçüncü olarak çoğu çalışma saptanan farklılıkların normal tansiyonu olanlara karşı hipertansiflere mi yoksa sağlıklı olanlara karşı hasta olanlara mı özgül olduğunu araştırmamıştır.[62] Psikolojik karakter özellikleri ile

hipertansiyon arasındaki potansiyel ilişkiyi araştıran birçok çalışmanın diğer kardiovasküler bozukluğu olan hastaları dikkatlice dışlamadığı düşünülmektedir.

Dördüncü nokta sınıflandırma sorunudur. Hipertansif kişilerde nadiren gözlenen göreceli yüksek kaygı ve kızgınlık düzeyleri etyolojik bağlantılı olmaktan öte tanının sonucu gibi gözükmemektedir.[63,64] Örneğin önemli bir çalışmada hipertansiyon olduğunun farkında olan bireylerde kan basıncı normal olan ve hipertansiyonun farkında olmayan bireylere göre belirgin derecede yüksek nörotizm, durumsal ve genel kaygı, ve tip A davranış puanları bulunmuştur.[63]

Beşinci problem güvenirliliği önemli derece olumsuz etkileyen kan basıncının değerlendirilmesinde zorluktur. Katılımcıları hipertansif ve normotansif olarak sınıflandırabilmek psikolojik değişkenler ile kan basıncı arasındaki bağı araştıran birçok çalışma için hayati önemi olan bir durumdur. Henüz çok az çalışma sistematik olarak psikolojik/kişilik ölçümleri ile farklı kan basıncını farklı ortamlarda veya farklı yöntemler kullanarak değerlendirmiştir. Klinikte kan basıncının değerlendirilmesinde durumsal ve psikolojik faktörlerin önemli rolleri olduğuna inanılır. Tüm tanı konan hastaların yaklaşık %20 kadarında "beyaz önlük" hipertansiyonu vardır.[65]

Sonuç

Esansiyel hipertansiyon tek başına mortalite için ciddi bir hastalık olmasının yanında, sonrasında gelişebilecek birçok sistemik hastalığa da zemin hazırlamaktadır. Esansiyel hipertansiyonun etyolojisinde psikolojik faktörlerin önemi göz ardı edilemeyecek kadar büyüktür. Yıllardır ruh sağlığı çalışanlarının dikkatini çekmiş ve halen tam anlamıyla yeterince açıklanamamış olması itibarıyla bu alan, çalışmaların devam etmesi için gizemini korumaktadır.

Bu zamana kadar yapılan çalışmalar genel olarak gözden geçirildiğinde birçok sonuçta çelişki olduğu gözlenmektedir. Çalışmaların metodolojik ve istatistiksel eksikliklerinin olması, test ve ölçüm araçlarında farklı materyallerin kullanılması, yaş, cinsiyet, eğitim durumu gibi sosyodemografik verilerin göz ardı edilmesi, tansiyon ölçüm ve takibine yeterince önem verilmemesi ve tanı konusunda hataların olması, başka bir organik ve psikiyatrik hastalık olup olmaması, tansiyon ilacı kullanıp kullanmaması gibi değişkenler çalışma sonuçlarındaki bu çelişkileri açıklamaya yeterli olduğu düşünülmektedir.

Hipertansiyon patofizyolojisinde önemli bir risk faktörü olan psikolojik etmenlerin gevşeme terapileri, psikoterapi ve farmakoterapi gibi tedavi

yöntemleri ile kolayca tedavi edilebileceği değerlendirildiğinde, koroner/konjestif kalp hastalıkları için büyük bir risk faktörü olan hipertansiyonun önlenmesi ve tedavisi için psikiyatri ve psikoloji alanında çalışan uzmanlara çok iş düşmektedir.

Bundan sonra yapılacak olan çalışmaların yönetsel olarak daha iyi kurgulanması, belirli yaş gruplarının ayrı ayrı değerlendirilmesi, kontrol gruplarının oluşturulması, biyolojik göstergelerinde çalışılması, özellikle gevşeme, meditasyon gibi bütün psikiyatrik tedavi yöntemlerinin takip çalışmalarında ayrı bir protokol oluşturularak planlanması önerilmektedir.

Kaynaklar

1. Öztürk MO. Ruhsal Etkenlerle Bağlantılı Fizyolojik İşlev veya Yapı Bozuklukları. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Hekimler Yayın Birliği, Ankara.1997.
2. Çevik A. Psikosomatik Hastalıklar. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. (Ed. I. Sayıl) Antıp A.Ş. Yayınları, Ankara. 2000.
3. Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. The sixth report of The Joint National Committee on Prevention, Dedection and Treatment Of High Blood Pressure. Arch Intern Med 1997; 157:2413-2446.
4. Guidelines Subcommittee of The World Health Organization. World Health Organization-International Society of Hypertension guidelines for the management of hypertension. J Hypertens 1999; 17:151-183.
5. Akıllı, A. Tanı, Sınıflama, Klinik Yaklaşım, Tetkikler. Hipertansiyon.İlsan-İltaş İlaç Firması, İzmir.1998; s.1-23.
6. Ulusal Hipertansiyon Tedavi ve Takip Klavuzu. Türk Kardiyoloji Derneği Novartis İlaç Ürünleri, İstanbul. 2000; s.22-23.
7. Özmen M. Hipertansiyon, kişilik yapısı ve stres. Hipokrat Dergisi 2002; 11:339-342.
8. Davies SJ, Ghahramani P, Jackson PR, Hippisley-Cox J, Yeo WW, Ramsay LE. Panic disorder, anxiety and depression in resistant hypertension--a case-control study. J Hypertens 1997; 15:1077-1082.
9. Grassi G, Quarti-Trevano F, Dell'Oro R, Mancia G. Essential hypertension and the sympathetic nervous system. Neurol Sci 2008; 29:33-36.
10. Charmandari E, Kino T, Souvatzoglou E, Chrousos GP. Pediatric stress: hormonal mediators and human development. Horm Res 2003; 59:161-79.
11. Ahrens T, Deuschle M, Krumm B, van der Pompe G, den Boer JA, Lederbogen F. Pituitary-adrenal and sympathetic nervous system responses to stress in women remitted from recurrent major depression. Psychosom Med 2008; 70:461-467.
12. Cameron OG. Anxious-depressive comorbidity: Effects on HPA axis and CNS noradrenergic functions. Essent Psychopharmacol. 2006; 7:24-34.
13. Ruthledge T, Hogan BE. A quantitative review of prospective evidence linking psychological factors with hypertension development. Psychosom Med 2002; 64:758-766.
14. Alexander F. Emotional factors in essential hypertension. Psychosom Med 1939; 1:175-179.

15. Wolf S, Wolff HG. A summary of experimental evidence relating life stress to the pathogenesis of essential hypertension in man. in *Hypertension* (Ed. TE Bell) University of Minnesota Press, Minneapolis. 1951, pp.288.
16. Pickering TG. Does psychological stress contribute to the development of hypertension and coronary disease? *Eur J Clin Pharmacol* 1990; 30:1-7.
17. Perini C, Muller FB, Rauchfleisch U, Battegay R, Hobi V, Buhler FR. Psychosomatic factors in borderline hypertensive subjects and offspring of hypertensive parents. *Hypertension* 1990; 16:627-634.
18. Sparrow D, Garvey AJ, Rosner B, Thomas HE. Factors in predicting blood pressure change. *Circulation* 1982; 65:789-794.
19. Markovitz JH, Matthews KA, Kannel WB, Cobb JL, D'Agostino RB. Psychological predictors of hypertension in the Framingham Study. Is there tension in hypertension? *JAMA* 1993; 270:2439-2443.
20. Baer PE, Collins FH, Bourianoff GG, Ketchel MF. Assessing personality factors in essential hypertension with a brief self-report instrument. *Psychosom Med* 1979; 41:321-330.
21. Jonas BS, Franks P, Ingram DD. Are symptoms of anxiety and depression risk factors for hypertension? Longitudinal evidence from the National Health and Nutrition Examination Survey I Epidemiologic Follow-up Study. *Arch Fam Med* 1997; 6:43-49.
22. Markovitz JH, Matthews KA, Wing RR, Kuller LH, Meilahn EN. Psychological, biological and health behavior predictors of blood pressure changes in middle-aged women. *J Hypertens* 1991; 9:399-406.
23. Light KC. Psychosocial precursors of hypertension experimental evidence. *Circulation* 1987; 76:67-76.
24. Falkner B, Onesti G, Hamstra B. Stress response characteristic of adolescent with high genetic risk for essential hypertension. *Clin Exp Hypertens* 1981; 3:583-591.
25. Campbell RJ, Henry JP. Animal Models of Hypertension. In *Handbook of Psychology and Health Vol. 3. Cardiovascular Disorders and Behavior.*(Eds. Krantz DS, Baum A, Singer JE). Lawrence Erlbaum, New Jersey. 1983, pp.155-198.
26. Özkan T. Kalp Dolaşım Sistemi Hastalıklarının Psikodinamiği. *Psikosomatik Hastalıklar*, İstanbul. 1991.
27. Florans JS. Epinephrine and the genesis of hypertension. *J Hypertens* 1992; 19:1-18.
28. Özaydın S. Psikomatik Hastalıkların Fizyopatolojisi. *Psikosomatik Hastalıklar*. (Ed. E. Adam), İstanbul. 1991.
29. Pickering TG, Schnall PL, Schwartz JE, Pieper CF. Can behavioural factors produce a sustained elevation of blood pressure? Some observations and a hypothesis. *J Hypertens* 1991; 9(Suppl 8):S66-S68.
30. Shepher JT. Increased systemic vascular resistance and primary hypertension: The expanding complexity. *J Hypertens* 1990; 8:15-27.
31. Berkowitz L, Jones EH. Toward an understanding of the determinants of anger. *Emotion* 2004; 4:107-130.
32. Eckhardt C, Norlander B, Deffenbacher J. The assesment of anger and hostility: a critical review. *Aggress Violent Behav* 2002; 9:17-43.
33. Yu BH, Kang EH, Ziegler MG. Mood states, sympathetic activity and in vivo beta adrenerjik receptor function in a normal population. *Depress Anxiety* 2008; 25:559-564.

34. Everson SA, Goldberg DE, Kaplan GA, Julkunen J, Salonen JT. Anger expression and incident hypertension. *Psychosom Med* 1998; 60:730-735.
35. Barcroft H, Konzet H. On the actions of noradrenaline, adrenaline and isopropyl noradrenaline on the arterial blood pressure, heart rate and muscle blood flow in man. *J Physiol* 1949; 110:194-204.
36. James GD, Yee LS, Harshfield GA, Blank SG, Pickering TG. The influence of happiness, anger, and anxiety on the blood pressure of borderline hypertensives. *Psychosom Med* 1986; 48:502-508.
37. Çelik C, Özdemir B, Çaycı T, Aparcı M, Özmenler KN, Özgen F ve ark. Esansiyel hipertansiyonda öfke düzeyi ve öfke ifade tarzı. *Gülhane Tıp Dergisi* 2009; 51: 158-161.
38. Sinha R, Lovallo WR, Parsons OA. Cardiovascular differentiation of emotions. *Psychosom Med* 1992; 54:422-435.
39. Harburg E, Gleiberman L, Russell M, Cooper ML. Anger-coping styles and blood pressure in black and white males: Buffalo, New York. *Psychosom Med* 1991; 53:153-164.
40. Ohira T, Tanigawa T, Iso H, Sankai T, Shimamoto T. Impact of anger expression on blood pressure levels in white-color workers with low-coping behavior. *Environ Health Prev Med* 2000; 5:37-42.
41. Steele MS, McGarvey ST. Anger expression, age, and blood pressure in modernizing Samoan adults. *Psychosom Med* 1997; 59:632-637.
42. Harburg E, Blakelock EH, Roeper PR. Resentful and reflective coping with arbitrary authority and blood pressure: Detroit. *Psychosom Med* 1979; 41:189-202.
43. Perini C, Muller FB, Buhler FR. Suppressed aggression accelerates early development of essential hypertension. *J Hypertens* 1991; 9:499-503.
44. Somova LI, Connolly C, Diara K. Psychosocial predictors of hypertension in black and white Africans. *J Hypertens* 1995; 13:193-199.
45. Shapiro AP. Psychological factors in hypertension: An overview. *Am Heart J* 1988; 116: 632-637.
46. Zhang J, Niaura R, Todaro JF, McCaffery JM, Shen BJ, Spiro A 3rd, et al. Suppressed hostility predicted hypertension incidence among middle-aged men: the normative aging study. *J Behav Med* 2005; 28:443-454.
47. Diamond EL. The role of anger and hostility in essential hypertension and coronary heart disease. *Psychol Bull* 1982; 92: 410-433.
48. Baer PE, Collins FH, Bourianoff GG, Ketchel MF. Assessing personality factors in essential hypertension with a brief self-report instrument. *Psychosom Med* 1979; 41:321-330.
49. Kidson MA. Personality and hypertension. *J Psychosom Res* 1973; 17:35-45.
50. Harburg E, Julius S, McGinn NF. Personality traits and behavioral patterns associated with systolic blood pressure levels in college males. *J Chronic Dis* 1964; 17:405-414.
51. Ostfeldt AM, Lebovitz BZ. Personality factors and pressor mechanisms in renal and essential hypertension. *Arch Intern Med* 1959; 104:43-52.
52. Steptoe A, Melville D, Ross A. Essential hypertension and psychological functioning: a study of factory workers. *Br J Clin Psychol* 1982; 21:303-311.
53. Weder AB, Julius S. Behavior, blood pressure variability and hypertension. *Psychosom Med* 1985; 47:406-413.
54. Çevik A. Özgül Psikosomatik Bozukluklar. *Psikiyatri Temel Kitabı*, (Eds. C Güleç, E Köroğlu) Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 1998.

55. Wolf ES. On the Development Line of Self Object Relations. In *Advances in Self Psychology*. (Ed. A. Goldberg A) International Universities Press, New York. 1980.
56. Schnall PL, Landsbergis PA, Baker D. Job strain and cardiovascular disease. *Annu Rev Public Health* 1994; 15:381-411.
57. Schnall PL, Schwartz JE, Landsbergis PA, Warren K, Pickering TG. A longitudinal study of job strain and ambulatory blood pressure: results from a three-year follow-up. *Psychosom Med* 1998; 60:697-706.
58. Cottington EM, Matthews KA, Talbott E, Kuller LH. Occupational stress, suppressed anger, and hypertension. *Psychosom Med* 1986; 48:249-260.
59. Knox S, Svensson J, Waller D, Theorell T. Emotional coping and the psychophysiological substrates of elevated blood pressure. *Behav Med* 1988; 14:52-58.
60. Theorell T. Family history of hypertension an individual trait interacting with spontaneously occurring job stressors. *Scand J Work Environ Health* 1990; 16 (Suppl 1):74-79.
61. Kahn HA, Medalie JH, Neufeld HN, Riss E, Goldbourt U. The incidence of hypertension and associated factors: The Israel ischemic heart disease study. *Am Heart J* 1972; 84:171-182.
62. McClelland DC. Inhibited power motivation and high blood pressure in men. *J Abnorm Psychol* 1979; 88:182-190.
63. Friedman HS, Booth-Kewley S. The "disease-prone personality". A meta-analytic view of the construct. *Am Psychol* 1987; 42:539-555.
64. Irvine MJ, Garner DM, Olmsted MP, Logan AG. Personality differences between hypertensive and normotensive individuals: influence of knowledge of hypertension status. *Psychosom Med* 1989; 51:537-549.
65. Rostrup M, Mundal HH, Westheim A, Eide I. Awareness of high blood pressure increases arterial plasma catecholamines, platelet noradrenaline and adrenergic responses to mental stress. *J Hypertens* 1991; 9:159-166.