

E. Molinari A. Compare G. Parati

**Mente e cuore**

**Clinica psicologica della malattia cardiaca**

E. Molinari ■ A. Compare ■ G. Parati

**Mente e cuore**  
**Clinica psicologica**  
**della malattia cardiaca**

 Springer

## A CURA DI:

ENRICO MOLINARI  
Facoltà di Psicologia  
Università Cattolica di Milano  
Istituto Auxologico Italiano  
Milano

GIANFRANCO PARATI  
Università Milano-Bicocca  
Cardiologia II-Ospedale San Luca  
Istituto Auxologico Italiano  
Milano

ANGELO COMPARE  
Facoltà di Psicologia  
Università Cattolica di Milano  
Istituto Auxologico Italiano  
Milano

Tradotto e adattato dall'opera originale:  
*Clinical Psychology and Heart Disease*  
a cura di Enrico Molinari, Angelo Compare, Gianfranco Parati  
© Springer-Verlag Italia, 2006

Traduzione dall'inglese a cura di: Lara Bellardita e Edward Callus  
Maria Consuelo Valentini (Cap. 3)

Springer fa parte di Springer Science+Business Media

[springer.com](http://springer.com)

© Springer-Verlag Italia, 2007

ISBN-10 88-470-0523-X Springer Milan Berlin Heidelberg New York  
ISBN-13 978-88-470-0523-5 Springer Milan Berlin Heidelberg New York

Quest'opera è protetta dalla legge sul diritto d'autore. Tutti i diritti, in particolare quelli relativi alla traduzione, alla ristampa, all'utilizzo di illustrazioni e tabelle, alla citazione orale, alla trasmissione radiofonica o televisiva, alla registrazione su microfilm o in database, o alla riproduzione in qualsiasi altra forma (stampata o elettronica) rimangono riservati anche nel caso di utilizzo parziale. La riproduzione di quest'opera, anche se parziale, è ammessa solo ed esclusivamente nei limiti stabiliti dalla legge sul diritto d'autore ed è soggetta all'autorizzazione dell'editore. La violazione delle norme comporta le sanzioni previste dalla legge.

L'utilizzo in questa pubblicazione di denominazioni generiche, nomi commerciali, marchi registrati, ecc. anche se non specificamente identificati, non implica che tali denominazioni o marchi non siano protetti dalle relative leggi e regolamenti.

*In copertina: disegno riprodotto con autorizzazione dall'opuscolo  
"Lo stress in ambiente di lavoro". ISPESL e Agenzia Europea per la sicurezza e la salute sul lavoro.*  
Progetto grafico della copertina: Simona Colombo, Milano  
Progetto grafico e impaginazione: Graficando snc, Milano  
Stampa: Arti Grafiche Nidasio, Assago (MI)

*Stampato in Italia*

Springer-Verlag Italia S.r.l., Via Decembrio 28, I-20137 Milano

Tra i diversi ambiti di ricerca del Laboratorio di Psicologia Clinica della Facoltà di Psicologia dell'Università Cattolica di Milano e del Laboratorio di Psicologia dell'Istituto Auxologico Italiano, lo studio e la cura degli aspetti psicologici associati alle cardiopatie costituiscono una sfida di particolare interesse.

Con la diminuzione delle malattie infettive, dovuta alle grandi scoperte mediche degli ultimi cent'anni, sono diventate più evidenti altre cause di patologia. Oggi in Italia, come pure negli Stati Uniti e in Gran Bretagna, la principale causa di morte è costituita dalle cardiopatie. In Italia le patologie cardiovascolari causano il 27% dei decessi (il dato si può confrontare con il 21% delle morti per tumore). Negli USA, negli ultimi venti anni è rimasta elevata l'incidenza di mortalità per le cardiopatie: i pazienti con patologia cardiaca sono circa 5 milioni e si registrano 400.000 nuovi casi all'anno. In Italia l'incidenza annuale dell'infarto del miocardio è di circa 130.000 nuovi casi di cui 80.000 nuovi episodi e 50.000 recidive.

Il panorama internazionale delle ricerche e i riscontri clinici evidenziano come alla malattia cardiaca sia spesso associato uno stress psicologico che rappresenta un importante fattore di rischio sia nell'insorgenza della malattia sia nel suo decorso.

Tali evidenze hanno reso necessario lo sviluppo di processi di cura e di riabilitazione basati su una concezione bio-psico-sociale, secondo la quale i fattori biologici, sociali e psicologici, individuali e relazionali, interagiscono in modo inter-dipendente o sistemico nel conservare la salute o causare la malattia.

Come attestato dalle linee guida internazionali sulla riabilitazione cardiaca, il mondo scientifico ha riconosciuto l'importanza dei modelli assistenziali multidisciplinari in ambito clinico in cui le competenze del cardiologo e dello psicologo operano in modo integrato.

È per noi motivo di soddisfazione presentare questo volume a cura di Enrico Molinari, Angelo Compare e Gianfranco Parati, basato sull'edizione inglese "Clinical Psychology and Heart Disease", in quanto lo studio e la cura della malattia cardiaca e della sintomatologia psicologica ad essa connessa possono

rappresentare un luogo privilegiato d'integrazione tra competenze mediche e psicologiche all'interno di un approccio bio-psico-sociale alla malattia.

Il volume si propone di affrontare in modo articolato la questione della sofferenza psicologica nei pazienti con malattia cardiaca, ed è frutto della collaborazione tra i più impegnati ricercatori internazionali nel campo della psicologia clinica e della salute applicata alla malattia cardiaca. Viene presentato: a) lo stato dell'arte sul legame tra aspetti psicologici e funzionalità cardiaca, b) le indicazioni cliniche per la diagnosi ed il trattamento dei fattori psicologici connessi al rischio cardiaco, c) le possibili direzioni che potranno essere intraprese dalle ricerche future.

Il libro, oltre ad illustrare gli aspetti teorici e tecnici per la gestione della complessità della condizione psicologica che interviene nel disturbo cardiaco, rappresenta una proposta per dare un *cuore alla cardiologia*, in quanto condividiamo quanto affermato dal cardiologo Bernard Lown (premio Nobel per la pace nel 1985), e riportato in questo stesso volume: "La medicina si basa sia sulla cura che sulla scienza. Se c'è cura senza scienza, ci sono tante buone intenzioni, ma non c'è medicina. D'altra parte, la scienza senza cura svuota la medicina del suo carattere tauturgico, rendendola non dissimile da altre scienze, come la fisica, l'ingegneria... I due aspetti, cura e scienza, si completano e sono essenziali all'arte medica. Dirò di più: far guarire è diverso dal curare; nel primo caso, si tratta con organi che funzionano male, nel secondo con un essere umano che soffre. Ed è verso l'integrazione tra la cura e la guarigione, io credo, che dovrebbe muoversi la medicina".

Tra i diversi punti di forza del volume vogliamo segnalare nella prima parte la sezione relativa ai fattori di personalità e agli aspetti relazionali associati alla malattia cardiaca, con un particolare approfondimento dei cosiddetti tratti di personalità di Tipo A e Tipo D. Merita una speciale attenzione anche la presentazione delle ricerche che contestualizzano la malattia cardiaca in una prospettiva interpersonale, con particolare riferimento alla relazione di coppia.

Relativamente agli interventi psicologici nella riabilitazione cardiaca, presentati nella seconda parte del libro, viene dato un particolare rilievo alla comprensione, nel colloquio clinico, della sofferenza psicologica del paziente con malattia cardiaca. Altri trattamenti psicologici riguardano: la psicoterapia interpersonale per il trattamento della depressione, il trattamento della sintomatologia ansiosa mediante terapia di coppia e tecniche di rilassamento e l'applicazione delle nuove tecnologie informatiche per il trattamento integrato, cardiologico e psicologico, della sintomatologia psicologica nello scompenso cardiaco.

Riteniamo che questo volume possa essere un utile riferimento per clinici e ricercatori dell'area medica e psicologica e per gli operatori sanitari che vogliono comprendere ed approfondire il legame tra la patologia cardiaca e gli aspetti psicologici.

**Eugenia Scabini**  
*Direttore del Laboratorio di Ricerche Psicologiche*  
*Istituto Auxologico Italiano*  
*Presidente della Facoltà di Psicologia*  
*Università Cattolica di Milano*

**Alberto Zanchetti**  
*Direttore Scientifico*  
*Istituto Auxologico Italiano*

È un momento propizio per presentare un volume che prenda in considerazione tutte le modalità con cui la psicologia clinica può informare ed influenzare la comprensione dello sviluppo e del trattamento delle disfunzioni cardiache. Nonostante le possibili relazioni fra disfunzioni cardiache e fattori psicologici, come il tipo di personalità, siano da alcuni decenni argomento di discussione, solo recentemente la teoria e la ricerca sono state in grado di iniziare a spiegare in maniera esauriente le influenze bio-psico-sociali sulle disfunzioni cardiache, e come le terapie psicologiche possano migliorare la qualità della vita di quanti ne soffrono, e forse di ridurre addirittura l'incidenza della malattia.

In questo volume magnificamente curato, Enrico Molinari, Angelo Compare e Gianfranco Parati, forniscono una valida guida per lo studio della psicologia clinica in ambito cardiologico, coprendo le aree fondamentali di ricerca e intervento. Vi sono sezioni che descrivono le basi fisiologiche del legame mente-cuore, le relazioni fra le disfunzioni cardiache e la depressione o l'ansia, le connessioni di tali disfunzioni con il tipo di personalità, i metodi statistici che permettono lo studio dei rischi a livello psicologico, e i relativi trattamenti. Buona parte di questo libro è assolutamente all'avanguardia delle ricerche nell'ambito di questi fenomeni; per esempio, i capitoli sulla qualità dei rapporti di coppia come fattori di rischio o di protezione, e di MacIntosh e coll. sull'applicazione di una terapia di coppia focalizzata sulle emozioni, forniscono punti di vista unici relativamente ai processi interpersonali collegati alle disfunzioni cardiache e al modo in cui i sistemi interpersonali possano essere d'aiuto nel trattamento.

Molinari, Compare e Parati forniscono una assolutamente necessaria visione sistematica di questo gruppo di malattie e degli aspetti psicologici di queste disfunzioni. Nel loro capitolo introduttivo, focalizzano l'attenzione sulle complesse interrelazioni che esistono nelle malattie cardiache fra la componente psicologica e quella somatica, sul modo in cui l'una può influenzare l'altra, e sulla necessità di tener conto in sede di trattamento di queste complesse reciproche influenze.

Gli esseri umani sono entità bio-psico-sociali, influenzate da una gamma di sottosistemi interni e sistemi sociali esterni che si influenzano reciprocamente in un interminabile circolo di causalità. Di conseguenza è necessario comprendere pienamente gli effetti di ogni sottosistema o sistema più ampio su sottosistemi e sistemi differenti, e valutare attentamente il modo migliore per utilizzare queste conoscenze per migliorare il benessere dei pazienti.

Questo volume riflette gli sviluppi delle recenti teorie e della ricerca, che ci permettono appunto di comprendere queste influenze reciproche. Questa è un'area in cui si possono trovare molte teorie ragionevoli, ma nella quale volumi come questo sono necessari per aiutare a capire la portata delle teorie e in che modo l'evidenza le conforti.

Questa consapevolezza può servire da supporto per quella che potrebbe essere una pratica clinica per il trattamento delle malattie cardiache basata sull'evidenza. Includendo le dimostrazioni esaminate in questo libro, tale pratica deve prendere in considerazione l'aspetto psicologico e sociale dell'intervento così come quello biologico. Col prepotente impatto delle malattie cardiache stesse e gli eroici passi in avanti realizzati in ambito chirurgico, tecnologico, farmaceutico e in altri ambiti ancora, è facile tendere a concentrarsi esclusivamente sui fattori biologici e su altrettanto biologiche soluzioni. Ciononostante, la biologia rimane solo una componente della storia, sebbene una parte importante. L'impegno a promuovere uno stile di vita salutare ha un impatto considerevole sulle disfunzioni cardiache, al pari della presenza di un supporto familiare. Inoltre, alcuni schemi psicologici sembrano chiaramente collegati ad una maggior probabilità di insorgenza delle malattie cardiache. Trattamenti che coinvolgono il supporto della famiglia, che promuovono l'autocontrollo e modificano comportamenti che agevolano l'insorgere delle malattie cardiache hanno un impatto notevole. Ancora, come indicano chiaramente i capitoli nella seconda sezione, anche la cura e la comprensione delle co-patologie psicologiche dell'ansia e della depressione assumono grande importanza nel trattamento di pazienti con tali disturbi.

È auspicabile che questo volume aiuti a richiamare l'attenzione sulle ormai evidenti relazioni fra fattori psicologici e disfunzioni cardiache e sull'importante ruolo della psicologia clinica sia nella comprensione delle suddette disfunzioni sia nel trattamento dei pazienti affetti da questa tipologia di disturbi.

**Jay Lebow, Ph.D., ABPP**  
*Clinical Professor*  
*Family Institute at Northwestern*  
*and Northwestern University*  
*Evanston, IL, USA*

**Note sui Curatori** ..... XII

**Elenco degli Autori** ..... XIII

## **Introduzione**

La malattia cardiaca e i fattori psicosociali ..... 1  
*S. Mendis*

## **Capitolo 1**

Una psicologia clinica per la malattia cardiaca ..... 5  
*E. Molinari, L. Bellardita, A. Compare*

## **Parte I** **Fattori psicologici di rischio nella malattia cardiaca**

### ***Basi fisiologiche della relazione mente-cuore***

## **Capitolo 2**

I fattori psicologici di rischio cardiaco: una rassegna ..... 27  
*A. Compare, L. Gondoni, E. Molinari*

## **Capitolo 3**

Psicofisiologia delle malattie cardiache ..... 41  
*G. Parati, M. Valentini, G. Mancina*

## **Capitolo 4**

Stress psicologico e ischemia ..... 77  
*M.M. Burg*

**Depressione e ansia**

**Capitolo 5**

Cardiopatia coronarica e depressione: prevalenza, prognosi, fisiopatologia e trattamento ..... 93  
*K. Maier, D. Chatkoff, M.M. Burg*

**Capitolo 6**

Ansia e malattia cardiaca ..... 109  
*A. Compare, M. Manzoni, E. Molinari, D. Moser, S. Zipfel, T. Rutledge*

**Personalità e aspetti relazionali**

**Capitolo 7**

Personalità di tipo A e di tipo D, rabbia e rischio di recidiva cardiaca ... 135  
*A. Compare, M. Manzoni, E. Molinari, A. Möller*

**Capitolo 8**

Ostilità e cardiopatia ..... 163  
*R.S. Jorgensen, R. Thibodeau*

**Capitolo 9**

Contesto interpersonale e qualità della relazione di coppia come fattore di protezione/rischio in pazienti con malattia cardiaca .... 181  
*A. Compare, E. Molinari, J. Ruiz, H. Hamann, J. Coyne*

**Applicazioni della statistica avanzata  
allo studio dei fattori psicologici di rischio cardiaco**

**Capitolo 10**

L'influenza dei fattori psicologici sull'esito della riabilitazione cardiaca: applicazioni diagnostiche e prognostiche dell'intelligenza artificiale in psicocardiologia ..... 207  
*E. Grossi, A. Compare, E. Molinari*

**Capitolo 11**

L'analisi di Rasch per la valutazione dell'*outcome* in riabilitazione ..... 247  
*L. Tesio*

**Interludio**

Il "cuore" della cardiologia: conversazione con Bernard Lown ..... 265  
*E. Molinari*

## **Parte II** **Riabilitazione psicologica del paziente cardiopatico**

### **Capitolo 12**

Il vissuto di malattia: contesto, relazioni, significati ..... 275  
*A. Compare, B. Mason, E. Molinari*

### **Capitolo 13**

La terapia interpersonale per il trattamento della depressione ..... 291  
*D. Koszycki*

### **Capitolo 14**

Terapia di coppia *emotionally focused* per il trattamento  
dell'ansia in pazienti postinfartuati ..... 317  
*H.B. MacIntosh, S.M. Johnson, A. Lee*

### **Capitolo 15**

Tecniche di rilassamento e ipnosi nella riabilitazione cardiaca ..... 343  
*L. Bellardita, M. Cigada, E. Molinari*

### **Capitolo 16**

Monitoraggio psicologico e cardiologico a distanza  
mediante tecnologie wireless in pazienti  
con scompenso cardiaco: il progetto ICAROS ..... 363  
*A. Compare, E. Molinari, L. Bellardita, A. Villani, G. Branzi,  
G. Malfatto, S. Boarin, M. Cassi, A. Gnisci, G. Parati*

### **Capitolo 17**

Interventi psicologici per la gestione dello stress ..... 389  
*A. Compare, E. Molinari, R. McCratty, D. Tomasino*

# NOTE SUI CURATORI

## **ENRICO MOLINARI, MS, PsyD in Psicologia Clinica**

Professore ordinario di Psicologia Clinica presso la Facoltà di Psicologia dell'Università Cattolica di Milano. È coordinatore del Laboratorio di Psicologia clinica dell'UC e del Dottorato di ricerca in Psicologia clinica dell'Università di Milano Bicocca. Svolge attività clinica e di ricerca presso il Servizio e il Laboratorio di Psicologia dell'Istituto Auxologico Italiano. È didatta della Società Italiana di Ricerca e Terapia Sistemica. Dal 2006 è Presidente dell'Ordine degli Psicologi della Lombardia.

## **ANGELO COMPARE, PhD, MS, PsyD in Psicologia Clinica**

Ricercatore in Psicologia Clinica presso la Facoltà di Psicologia dell'Università Cattolica di Milano, dove ha anche conseguito il Ph.D in Psicologia. Svolge attività clinica e di ricerca con pazienti affetti da patologia cardiaca presso il Servizio e il Laboratorio di Psicologia dell'Istituto Auxologico Italiano. È impegnato in diverse ricerche nazionali ed internazionali nell'ambito della psicologia clinica in cardiologia. È iscritto alla *European Health Psychology Society* e alla *European Family Therapy Association*. Si è specializzato in psicoterapia presso la *European Institute of Systemic-relational Therapies* (EIST) e ha frequentato corsi di perfezionamento presso il *London Institute of Family Therapy* di Londra.

## **GIANFRANCO PARATI, MD**

Professore ordinario di Medicina Interna presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Milano-Bicocca. Primario di Riabilitazione Cardiaca II dell'Ospedale S. Luca dell'Istituto Auxologico Italiano.

# ELENCO DEGLI AUTORI

**Dr. L. Bellardita, PsyD, MS**  
Università di Bergamo  
Università Cattolica di Milano

**Dr. S. Boarin, MD**  
Cardiologo, Cardiologia II  
Ospedale San Luca  
Istituto Auxologico Italiano  
Milano

**Dr. G. Branzi, MD**  
Cardiologo, Cardiologia II  
Ospedale San Luca  
Istituto Auxologico Italiano  
Milano

**Prof. M.M. Burg, PhD**  
Associate Clinical Professor of Medicine  
Behavioral Cardiovascular Health and  
Hypertension Program Department of Medicine  
Columbia University School of Medicine  
New York, USA  
and Associate Clinical Professor of Medicine  
Section of Cardiovascular Medicine  
Yale University School of Medicine  
New Haven, CT, USA

**Ing. M. Cassi**  
ICAROS FIRB  
Project Manager, Senior Partner  
Mobile Medical Technologies  
Genova

**Prof. D. Chatkoff, PhD**  
Assistant Professor  
Department of Behavioral Sciences Psychology  
University of Michigan–Dearborn  
Dearborn, Michigan, USA

**Dr. M. Cigada, MD**  
European School of Hypnotic Psychotherapy  
Milano

**Prof. J.C. Coyne, PhD**  
Co-Director Cancer Control and Outcomes  
Amramson Cancer Center  
Professor of Psychology, Department of Psychiatry  
Professor, Department of Family Practice  
and Community Medicine  
University of Pennsylvania, Philadelphia, USA

**Prof. A. Gnisci, PhD**  
Professore Associato di Psicometria  
II Università di Napoli

**Dr. L.A. Gondoni, MD**  
Unità di Riabilitazione Cardiaca  
Ospedale San Giuseppe, IRCCS  
Istituto Auxologico Italiano  
Verbania

**Dr. E. Grossi, MD**  
Medical Director  
Pharma Department, Bracco SpA  
Milano

**Prof. H.A. Hamann, PhD**  
Assistant Professor  
Department of Psychology  
Washington State University  
Pullman, WA, USA

**Prof. S. Johnson, EdD**  
Professor of Clinical Psychology  
Ottawa University  
Director of the Ottawa Couple and Family Institute  
and Center for Emotionally Focused Therapy  
Ottawa, Canada  
Research Professor at Alliant U  
San Diego, CA, USA

**Prof. R.S. Jorgensen, PhD**  
Associate Professor  
Director of the Psychophysiology Laboratory  
Center for Health and Behavior  
and Department of Psychology  
Syracuse University  
New York, NY, USA

## **XIV** Elenco degli autori

### **Prof. D. Koszycki, PhD, C Psych**

Research Director  
Stress and Anxiety, Clinical Research Unit  
University of Ottawa  
Institute of Mental Health Research  
Royal Ottawa Hospital  
Associate Professor of Psychiatry  
University of Ottawa, Canada

### **Prof. J. Lebow, PhD, ABPP**

Clinical Professor  
Family Institute at Northwestern  
and Northwestern University  
Evanston, IL, USA

### **Dr. A. Lee, PhD**

Ottawa Couple & Family Institute  
Ottawa, Canada

### **Prof. K. Maier, PhD**

Assistant Professor  
Psychology Department, Salisbury University  
Salisbury, MD, USA

### **Dr. G. Malfatto, MD**

Cardiologo, Cardiologia II  
Ospedale San Luca  
Istituto Auxologico Italiano  
Milano

### **Prof. G. Mancia, MD**

Professore di Medicina  
Past President, European Society of Hypertension  
Deputy Editor, Journal of Hypertension  
Direttore, Dipartimento di Medicina  
Università Milano-Bicocca

### **Dr. G.M. Manzoni, PsyD Candidate**

Servizio e Laboratorio di Psicologia Clinica  
Ospedale San Giuseppe, IRCCS  
Istituto Auxologico Italiano  
Verbania

### **Prof. H.B. MacIntosh, PhD**

Assistant Professor  
Faculty of Human Sciences  
St. Paul University  
Ottawa, Canada

### **Dr. B. Mason, PhD**

Director, The Institute of Family Therapy  
London, UK  
Chair of the Advanced Training in Supervision  
Co-Chair of the Doctoral Programme  
Institute of Family Therapy - Birkbeck College  
University of London, UK

### **Dr. R. McCraty, PhD**

Director of Research  
HeartMath Research Center  
Institute of HeartMath  
Boulder Creek, California, USA

### **Dr. S. Mendis, MD, FRCP, FACC**

Senior Adviser  
Cardiovascular Diseases  
World Health Organization  
Ginevra, Svizzera

### **Prof. A.T. Möller, Dphil**

Professor of Clinical Psychology  
Head, Department of Psychology  
Stellenbosch University  
Sud Africa

### **Prof. D.K. Moser, DNSc, RN, FAAN**

Professor and Gill Endowed Chair of Nursing  
Editor, The Journal of Cardiovascular Nursing  
University of Kentucky, College of Nursing  
Lexington, KY, USA

### **Prof. J.M. Ruiz, PhD**

Assistant Professor  
Department of Psychology  
Washington State University  
Pullman, WA, USA

### **Prof. T. Rutledge, PhD**

Assistant Professor  
Department of Psychiatry  
University of California - San Diego  
San Diego, USA

### **Prof. E. Scabini, PsyD, MS**

Preside, Facoltà di Psicologia  
Professore Ordinario di Psicologia Sociale  
della Famiglia  
Direttore, Centro Studi e Ricerche sulla Famiglia  
Università Cattolica di Milano  
Direttore, Laboratorio di Ricerche Psicologiche  
Istituto Auxologico Italiano  
Milano

### **Prof. L. Tesio, MD**

Cattedra di Medicina Fisica e Riabilitativa  
Università di Milano  
Direttore, Laboratorio di Ricerche  
di Riabilitazione Neuromotoria  
Istituto Auxologico Italiano  
Milano

### **Dr. R. Thibodeau, MS**

Doctoral Candidate  
Department of Psychology  
Syracuse University  
Syracuse, NY, USA

**Dr. D. Tomasino, BA**

HeartMath Research Center  
Institute of HeartMath  
Boulder Creek, CA, USA

**Dr. C. Valentini, MD**

Università Milano-Bicocca  
Cardiologia II, Ospedale San Luca  
Istituto Auxologico Italiano  
Milano

**Dr. A.A. Villani, MD**

Cardiologo, Cardiologia II  
Ospedale San Luca  
Istituto Auxologico Italiano  
Milano

**Prof. A. Zanchetti, MD**

Editor in Chief, Journal of Hypertension  
Direttore Scientifico  
Istituto Auxologico Italiano  
Milano

**Prof. S. Zipfel, MD**

Prof. of Medicine and Head  
Department Internal Medicine VI  
Psychosomatic Medicine and Psychotherapy  
University Medical Hospital  
Tübingen, Germany

## La malattia cardiaca e i fattori psicosociali\*

S. MENDIS

Ogni anno si verificano approssimativamente 35 milioni di decessi imputabili a malattie croniche. Circa un terzo di queste morti sono dovute esclusivamente a malattie cardiovascolari. Le malattie cardiovascolari, inoltre, rappresentano il 10% del volume globale delle malattie, l'80% delle quali è sopportato da paesi a reddito basso o medio [1].

Le principali cause delle malattie cardiovascolari sono l'uso di tabacco, le diete non bilanciate e l'inattività fisica. Fattori sociali, economici, culturali, politici e ambientali incentivano e supportano l'adozione di abitudini malsane. L'invecchiamento della popolazione, la globalizzazione e una rapida urbanizzazione sono importanti veicoli di malattie, in particolare nei paesi a basso e medio reddito. Secondo la prima analisi globale dell'impatto dei fattori di rischio sulla salute globale, condotta dalla World Health Organization, i principali fattori di rischio per l'apparato cardiovascolare - consumo di tabacco, elevata pressione sanguigna ed elevato tasso di colesterolo - sono fra i primi 10 fattori di rischio per la salute nel mondo: nel complesso, l'alta pressione sanguigna causa 7 milioni di morti precoci ogni anno, il consumo di tabacco quasi 5 milioni e l'elevato tasso di colesterolo più di 4 milioni.

Molti studi recenti forniscono riscontri epidemiologici dei legami causali fra l'incidenza delle coronaropatie nella popolazione sana e la prognosi nei pazienti affetti da tali disfunzioni da una parte, e i fattori psicosociali dall'altra [3, 4]. I fattori psicosociali per cui è stata riportata tale corrispondenza includono depressione, ansia, alcuni tratti della personalità, isolamento sociale e stress cronico [5]. Inoltre, in un recente studio caso-controllo di infarto del miocardio, condotto in 52 paesi, veniva attribuito allo stress psicosociale circa il 30% del rischio di infarto del miocardio in forma acuta [6].

---

\* Disclaimer: questa introduzione rispecchia esclusivamente le opinioni dell'autore e non rappresenta quelle dell'istituzione affiliata.

Vi sono diversi comportamenti plausibili e diversi procedimenti biologici tramite i quali i fattori psicosociali possono essere collegati all'incidenza e alla prognosi delle coronaropatie. Innanzitutto, i fattori psicosociali possono influenzare abitudini strettamente connesse alla salute come il consumo di tabacco, abitudini alimentari scorrette e inattività fisica, che di conseguenza risultano in uno sviluppo di importanti fattori di rischio per l'apparato cardiovascolare: obesità, elevato tasso di pressione sanguigna, glicemia e colesterolo [7]. In secondo luogo, i fattori psicosociali possono produrre cambiamenti fisiopatologici che incrementano il rischio di coronaropatie [8]. Essi includono disturbi del sistema nervoso, squilibri ormonali, anomalie metaboliche, infiammazioni, resistenza all'insulina e disfunzioni dell'endotelio. Questi cambiamenti possono favorire l'aterogenesi o la progressione di malattie subcliniche. Ancora, i fattori psicosociali come la depressione possono essere un ostacolo all'adesione e al riconoscimento della necessità di cure mediche, dando così adito ad un peggioramento della malattia. Per finire, alcuni medicinali utilizzati nel trattamento della depressione, in particolare gli antidepressivi triciclici, possono rivelarsi di per sé fattori di rischio per le coronaropatie [10].

Il test fondamentale per determinare se i fattori psicosociali siano eziologici per le malattie coronariche si basa sulla prova di reversibilità: potrebbero interventi clinici e sociali mirati dalla riduzione di fattori psicosociali come ansia e depressione essere efficaci nel prevenire le coronaropatie e ridurre la frequenza degli attacchi ricorrenti e la mortalità? Trial randomizzati e controllati hanno esaminato gli effetti di diversi interventi fra cui rilassamento, gestione dello stress e counselling in pazienti affetti da coronaropatie. Una meta-analisi che combinava i risultati di 23 trial ha riportato una riduzione nella mortalità complessiva (41%, 95% CI da 8 a 62%) e negli attacchi cardiovascolari non fatali (46%, 95% CI da 11 a 67%) durante i 2 anni di monitoraggio [11]. Tuttavia, i trial su cui queste stime sono basate erano generalmente circoscritti, con tempi di follow-up contenuti, e in alcuni casi basati su assegnazioni sistematiche piuttosto che casuali - e su interventi ampiamente differenti fra di loro. Estesi trial individuali hanno fornito poca evidenza dei benefici in questo contesto. Un vasto studio multicentrico non ha mostrato nessun impatto sulla sopravvivenza senza recidive in coloro che venivano trattati con terapia comportamentale e con inibitori della ricaptazione della serotonina, se i sintomi depressivi erano piuttosto forti [12].

Rimane ancora da chiarire se interventi psicoterapeutici e psicofarmacologici possano prevenire le coronaropatie o modificare il livello di mortalità in pazienti affetti da tale disturbo. È necessario che la ricerca futura si soffermi di meno sulla dimostrazione osservazionale delle associazioni e si concentri maggiormente sull'identificazione delle componenti critiche della depressione e di altre condizioni psicologiche, dei meccanismi tramite i quali queste operano e sulla loro reversibilità.

Comunque, vi sono già in questo momento sufficienti dati per programmare interventi finalizzati a prevenire le coronaropatie. I fattori che incrementano il rischio di coronaropatia sono ben noti, e analoghi in tutto il mondo, sia negli

uomini che nelle donne. Di conseguenza, l'approccio delle istituzioni pubbliche alla prevenzione può basarsi su principi simili a livello globale: fondamentalmente, deve avere come target il consumo di tabacco, la mancanza di attività fisica, la dieta sbilanciata, l'obesità, l'elevata pressione sanguigna, il diabete e i fattori psicosociali. A questo scopo è necessaria una combinazione di strategie di sensibilizzazione della popolazione e di strategie mirate a una diagnosi precoce e al trattamento dei pazienti ad alto rischio di malattie cardiovascolari.

Per minimizzare l'impatto dei fattori psicosociali di rischio, può essere inoltre attuato un intervento basato sulle evidenze disponibili ad oggi. È disponibile infatti una serie di domande di valutazione per rilevare con una certa precisione i livelli eccessivi di stress psicosociale. È necessario che i medici ne facciano uso per identificare ed enfatizzare il ruolo dei fattori di rischio psicosociale durante il *counselling* dei propri pazienti. Se i medici coinvolgono così i pazienti nell'identificazione delle istanze psicosociali, una modifica dei fattori di rischio è più probabile. I pazienti possono inoltre essere aiutati a ridurre i livelli di stress da un supporto dei servizi psicosociali, con attività fisica regolare e training mirato alla riduzione dello stress.

In base ai risultati correnti, l'ansia e la depressione devono essere considerati elementi che contribuiscono allo sviluppo e alla gravità delle coronaropatie. Nei pazienti affetti da coronaropatie andrebbero valutati e trattati i sintomi di ansia o depressione, e i programmi veramente completi di riabilitazione cardiaca dovrebbero includere l'educazione dei pazienti, la loro sensibilizzazione, tecniche cognitive di comportamento e supporto familiare e sociale.

## References

1. WHO (2003) Preventing chronic diseases a vital investment
2. WHO (2002) The world health report. Reducing risks, promoting healthy life. World Health Organization, Geneva
3. Kuper H, Marmot M, Hemingway H (2002) Systematic review of prospective cohort studies of psychosocial factors in the etiology and prognosis of coronary heart disease. *Semin Vasc Med* 2:267-314
4. Hemingway H, Whitty CJ, Shipley M et al (2001) Psychosocial risk factors for coronary disease in White, South Asian and Afro-Caribbean civil servants: the Whitehall II study. *Ethn Dis* 11:391-400
5. Bunker SJ, Colquhoun DM, Esler MD et al (2003) "Stress" and coronary heart disease: psychosocial risk factors. *Med J Aust* 178:272-276.
6. Rosengren A, Hawken S, Ounpuu S et al; INTERHEART investigators (2004) Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11119 cases and 13648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet* 364:953-962
7. Rozanski A, Blumenthal JA, Kaplan J (1999) Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. *Circulation* 99:2192-2217

## 4 **Mente e cuore - Clinica psicologica della malattia cardiaca**

8. Bairey Merz CN, Dwyer J, Nordstrom CK (2002) Psychosocial stress and cardiovascular disease: pathophysiological links. *Behav Med* 27:141-147
9. Brunner E (1997) Stress and the biology of inequality. *Br Med J* 314:1472-1476
10. Roose SP, Glassman AH (1994) Antidepressant choice in the patient with cardiac disease: lessons from Cardiac Arrhythmia Suppression Trial (CAST) studies. *J Clin Psychiatry* 55[Suppl A]:83-100
11. Jones DA, West RR (1996) Psychological rehabilitation after myocardial infarction; multicenter randomized controlled trial. *Br Med J* 313:1517-1521
12. Berkman LF, Blumenthal J, Burg M et al (2003) Effects of treating depression and low perceived social support on clinical events after myocardial infarction: the Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease Patients Randomized trial. *JAMA* 289:3106-3116
13. Walton KG, Schneider RH, Nidich SI et al (2002) Psychosocial stress and cardiovascular disease Part 2: effectiveness of the Transcendental Meditation program in treatment and prevention. *Behav Med* 28:106-123
14. Blumenthal JA, Sherwood A, Babyak MA et al (2005) Effects of exercise and stress management training on markers of cardiovascular risk in patients with ischemic heart disease: a randomized controlled trial. *JAMA* 293:1626-1634
15. WHO (2003) Prevention of recurrent heart attacks and strokes in low and middle income populations. Evidence-based recommendations for policy makers and health professionals. World Health Organization, Geneva

# Una psicologia clinica per la malattia cardiaca

E. MOLINARI ■ L. BELLARDITA ■ A. COMPARE

*“Se cerchiamo di isolare un fatto singolo, ci accorgiamo che di solito è aggan-  
ciato a tutte le altre cose dell’universo”.*

J. Muir [1]

La moderna psicologia scientifica si è sin dagli inizi occupata di problematiche riguardanti il legame tra salute/malattia del corpo e salute/malattia della mente. In particolare la psicologia clinica ha cercato, nelle sue diverse applicazioni, di dare una sempre maggiore sistematicità ai concetti psicologici collegati alla malattia organica. La psicologia clinica viene descritta come: “un settore della psicologia i cui obbiettivi sono la spiegazione, la comprensione, l’interpretazione e la riorganizzazione dei processi mentali disfunzionali o patologici, individuali e interpersonali, unitamente ai loro correlati comportamentali e psicobiologici” [2].

La psicologia clinica è caratterizzata da una pluralità di modelli, di metodi e di tecniche, ciascuno con una sua propria ragione storica cui sottende un’attività clinica come comune denominatore, indispensabile e centrale, sia essa rivolta al singolo, ai gruppi o ai collettivi [3]. Tra i campi di applicazione vengono tra le altre annoverate, la psicosomatica, la psicologia della salute e la psicologia ospedaliera; anche in tali ambiti riteniamo che la psicologia clinica possa offrire un quadro rilevante e coerente attraverso un insieme di contributi specifici (scientifici, professionali e formativi) che si riferiscono alla promozione e al mantenimento della salute, alla prevenzione e al trattamento della malattia, all’identificazione dei correlati eziologici diagnostici della salute, della malattia e delle disfunzioni associate e infine all’analisi e al miglioramento del sistema di cura della salute e di elaborazione delle politiche della salute.

Le diverse applicazioni della psicologia clinica all’ambito sanitario (Imbasciati parla di una “psicologia sanitaria” [4]) hanno ovviamente risentito dell’evoluzione storica, epistemologica ed applicativa dei diversi paradigmi della psicologia (comportamentale, cognitivo-comportamentale, psicodinamica, sistemica, fenomenologica, ecc.). Tuttavia, l’elemento comune che sembra unificare le diverse

impostazioni è quello della riconsiderazione di un soggetto “contestuale” la cui identità si costruisce all’interno delle relazioni. A partire da questa considerazione il processo di cura non può limitarsi all’organo o al tratto, ma deve estendersi anche a tutto ciò che è collegato e ricollegabile al disturbo. In quest’ottica la malattia viene quindi intesa come il risultato di una complessa interazione tra dinamiche evolutive, individuali, processi biologici geneticamente determinati ed esperienze sociali critiche.

Ci sembra che l’approccio relazionale-sistemico, tra gli altri, si sia fatto portatore di questa visione che spinge ad abbandonare una visione meccanicistico-causale [5]. In tale approccio ogni elemento di un sistema (familiare, sociale, biologico) influenza gli altri e ne è influenzato. Ammettendo che in un circuito sistemico ogni elemento è inserito, ed interagisce, con la sua totalità, allora la dicotomia organico/psichico perde di significato e di valore pragmatico nella cura dell’individuo [6]. Un tentativo di applicare le teorie sistemiche può essere riconosciuto nel modello biopsicosociale proposto da Engel [6], per il quale la malattia è il risultato di un’interazione tra più fattori che possono essere studiati e affrontati su vari piani (dal subcellulare all’ambientale).

Anche il costruttivismo psicologico ha contribuito in maniera notevole al ribaltamento del paradigma meccanicistico [7]. Il contributo di questo approccio è interessante per l’importanza data alla descrizione dei processi di percezione e di significazione da parte del paziente rispetto alla malattia. I teorici del costruttivismo sottolineano che la conoscenza personale, anziché consistere nella rappresentazione di una realtà data, si configura come vera e propria costruzione o specificazione da parte dell’osservatore, al tempo stesso permessa e vincolata dalla sua struttura. Già Piaget [8] riteneva che lo sviluppo cognitivo del bambino avviene attraverso processi di assimilazione e accomodamento: ogni nuovo oggetto o evento è sottoposto al tentativo della persona di attribuirvi un senso sulla base degli schemi percettivi e mentali a disposizione (assimilazione); allo stesso tempo, la nuova esperienza modifica, in una certa misura, l’organizzazione cognitiva in base alle esigenze poste dall’esperienza stessa (accomodamento). Un’analogia per illustrare questo processo ci viene fornita dalla digestione del cibo, il quale subisce dei cambiamenti per poter essere in seguito utilizzato. Sulle orme della psicologia costruttivista, si può intervenire sulla percezione della malattia del paziente e dei suoi familiari attraverso un “modello” di malattia e disabilità co-costruito da clinico e paziente nel momento in cui mettono a confronto il rispettivo punto di vista su un particolare disagio. Un’importante conseguenza di questo approccio consiste nel forte ridimensionamento delle aspettative di onnipotenza terapeutica, da cui, a sua volta, deriva una relazione meno asimmetrica tra medico e paziente [9]. In questo nuovo tipo di relazione il paziente sperimenta una maggiore senso di controllo e di autonomia che contrasta con il forte senso di impotenza derivante dalla malattia. Per quanto riguarda il senso di controllo e di capacità percepito nei confronti della realtà, diversi studi [10-13] hanno dimostrato come, proprio un aumento del senso di auto-efficacia e di locus of control interno (attribuzione causale interna vs attribuzione agli altri o al destino), abbiano un impatto positivo sull’aderenza terapeutica. Nei pazienti

cardiopatici, per esempio, questo è un aspetto particolarmente critico, considerando che molte malattie cardiovascolari comportano cronicità e necessità di continui interventi farmacologici complessi.

L'applicazione della psicologia a particolari tipologie di pazienti ha dato luogo a specifici ambiti clinici e di ricerca quali la psicooncologia, la psiconeuroendocrinologia, la dermatologia psicosomatica, la psiconeuroimmunologia, la psicocardiologia, ecc. Il dibattito attuale verte sul fatto se considerare queste applicazioni come sezioni della psicologia clinica o come vere e proprie nuove discipline a sé stanti. Di fatto, ci sembra che le diverse applicazioni della psicologia clinica alle varie forme di patologia medica abbiano assunto nel tempo una loro specifica caratterizzazione teorica, metodologica e applicativa, ma che nel contempo debbano essere costantemente riportate alle tematiche fondanti della psicologia clinica, così come sono state precedentemente presentate.

Nel presente capitolo, più che coniare una definizione per una presunta nuova disciplina, si vuole sottolineare l'importanza della psicocardiologia (o la cardiopsicologia, a seconda delle possibili sottolineature). Riteniamo infatti che vi sia la necessità di individuare il possibile contributo della psicologia clinica nella prevenzione, nel trattamento e nella riabilitazione del paziente con cardiopatia. Quindi, pur utilizzando il termine psicocardiologia per praticità, è doveroso fare alcune precisazioni, tra cui:

1. Il riconoscimento del legame tra fattori psicologici, sociali ed emotivi con la patologia cardiaca appartiene, oltre che al senso comune, anche alla tradizione clinica. Già nel 1628, William Harvey sottolineava che un "turbamento mentale" che induca piacere o determini uno stato affettivo doloroso influisce sull'attività del cuore [14]. Nel 1910, Sir William Osler identificava i pazienti cardiaci come uomini estremamente ambiziosi con la tendenza a spingere i propri meccanismi corporei fino al limite delle proprie possibilità [15]. Alexander [16] postulava che un'alta pressione sanguigna di origine sconosciuta (ipertensione essenziale o primaria) era prevalente tra le persone fortemente orientate al raggiungimento di un elevato status sociale e tendenti all'inibizione difensiva degli aspetti emotivi e cognitivi della rabbia (individui portati all'evitamento di conflitti interpersonali).
2. Nel caso della cosiddetta "psicocardiologia", più che pensare la pratica psicologica e quella cardiologica come un tutt'uno, si preferisce sottolineare la necessità che professionisti con competenze diverse riescano a comunicare sullo stesso piano e ad integrare le proprie differenti e complementari competenze al fine di ottenere un unico risultato: quello del miglioramento della prevenzione, della cura e della riabilitazione dei molti individui portatori di una malattia cardiaca.
3. Per quanto riguarda l'intervento psicologico, è necessaria una riflessione sulle conoscenze e competenze derivanti dalla formazione in psicologia clinica e su come queste debbano diventare uno strumento "su misura" nella pratica con il paziente cardiopatico, sulla base del diverso tipo di domanda, delle caratteristiche peculiari della patologia cardiaca, e delle caratteristiche tipiche riscontrate nei pazienti rispetto alla loro storia esistenziale.

## **Le attività della psicocardiologia**

Le attività della psicocardiologia riguardano la prevenzione, la diagnosi, la cura e la riabilitazione, in ambito sia ospedaliero che extra ospedaliero, di pazienti che presentano una cardiopatia, oppure il rischio dello sviluppo di una patologia cardiaca. Lo psicologo in ambito sanitario si occupa delle difficoltà comportamentali, emotive e relazionali delle persone che vengono curate, in regime di degenza o ambulatoriale, per una patologia cardiaca cronica o acuta. Le attività psicologiche ospedaliere non si rivolgono solo ai pazienti, ma anche ai loro familiari e agli operatori sanitari.

Affinché si possa implementare un intervento mirato, è necessario prendere in considerazione alcuni elementi fondamentali, quali:

- a. La conoscenza delle caratteristiche e dei bisogni specifici ed unici del paziente con cardiopatia, così come sono stati descritti dai risultati delle ricerche riportati nella letteratura scientifica.
- b. L'atteggiamento del paziente nei confronti della malattia, dello staff medico e paramedico, e dello psicologo stesso. Vanno inoltre considerate le aspettative del paziente nei confronti di se stesso e la loro collocazione nel contesto familiare.
- c. Il tipo di relazione che si stabilisce tra paziente e psicologo e le sue caratteristiche nel tempo.

*Lo sviluppo della psicocardiologia.* Le ricerche che hanno maggiormente dato impulso allo sviluppo della psicocardiologia sono state quelle focalizzate sull'associazione tra fattori di personalità e malattia cardiaca. Tra queste spiccano i classici studi dei due cardiologi di San Francisco Meyer Friedman e Ray Rosenman, iniziati negli anni cinquanta, i quali misero in evidenza l'esistenza di una complessa sequenza di comportamenti e caratteristiche indicate come schema comportamentale di tipo A (type A behavior pattern - TABP) [17]. Il TABP viene definito come un complesso di azioni-emozioni, che può essere osservato in qualsiasi persona aggressivamente coinvolta in un compito, la quale prevede di raggiungere risultati sempre più elevati, solitamente in situazioni di competizione con altre persone. Gli autori sottolineano come questo fenomeno non costituisca una vera e propria psicopatologia, ma piuttosto una forma di conflitto socialmente accettabile. Le persone che tendono ad utilizzare questo pattern sono inclini a mostrare un'ostilità altalenante ma straordinariamente razionalizzata [18]. Friedman tentò di dare una spiegazione dei meccanismi sottostanti al TABP partendo da una prospettiva di tipo psicodinamico: alla base dell'ostilità e del senso di urgenza nello svolgere qualsiasi attività, ritenute le componenti più "tossiche" del TABP, venne postulata l'azione di una forte insicurezza e/o scarsa autostima, che verrebbe contrastata dall'individuo attraverso il continuo raggiungimento di obiettivi sempre più ambiziosi.

Nonostante gli interessanti risultati emersi dalle ricerche, non tutti gli studi condotti sino ad oggi sono riusciti a confermare la relazione tra TABP e malattia coronarica, soprattutto a causa di problemi metodologici legati alla valutazione delle diverse componenti del TABP. Queste indagini hanno però rappresentato una

svolta di notevole interesse in ambito scientifico: è ormai pressoché riconosciuto che alcuni tratti di personalità possono influire negativamente sulla salute e in particolar modo sulla salute cardiaca. Gli studi più recenti sull'individuazione di caratteristiche di personalità riconducibili alla cardiopatia sono quelli di Denollet e colleghi [19-22] che hanno rivolto i loro interessi verso la definizione di un nuovo pattern di personalità potenzialmente associato alla malattia cardiaca, la personalità di tipo D, ovvero *distressed personality*. La tassonomia si basa su due tratti, affettività negativa ed inibizione sociale [23]. Nello specifico, l'affettività negativa denota la tendenza a esperire un disagio diffuso ed un pessimismo pervadente. L'inibizione sociale fa riferimento alla difficoltà dei soggetti a manifestare le proprie emozioni ed idee, alla consuetudine di “tenersi tutto dentro”, e alla tendenza a trovarsi in difficoltà nelle interazioni sociali. La presenza di atteggiamenti che si riferiscono a questi tratti hanno portato a delineare la cosiddetta personalità di tipo D, che secondo Denollet [19] e altri autori [24], denota la tendenza ad essere impauriti senza una specifica ragione, ad avere un visione pessimistica della vita, a sentirsi spesso depressi, irritati e poco coinvolti nell'esperienza di stati d'umore positivi. Gli studi che appartengono a questa corrente si sono concentrati principalmente, dal 1996 al 2000, sulla correlazione tra fattori di rischio psicologici (stress, depressione, esaurimento vitale) in funzione della presenza di personalità di tipo D e sulla loro incidenza sul funzionamento cardiovascolare.

Nonostante solitamente personalità di tipo A e personalità di tipo D vengano considerate come due poli opposti, essi presentano invece una caratteristica sottostante in comune, vale a dire la “desiderabilità sociale”. Questa infatti porta gli individui con personalità di tipo D a non esprimere i loro stati d'animo per paura di essere giudicati negativamente o non accettati socialmente; di contro, porta gli individui che presentano un pattern di personalità di tipo A a ricercare in maniera compulsiva esperienze in grado di fornire una conferma sociale.

Un altro campo di indagine riguarda i fattori di rischio comportamentali; infatti, a partire dai primi anni '60, si è sviluppata una grande quantità di studi sui comportamenti legati alla dipendenza (tra cui spiccano tabagismo ed alcolismo) e sugli stili comportamentali legati alla salute (mancanza di attività fisica e dieta sregolata). I risultati [25] hanno dimostrato come il fumo, pur essendo la causa principale di morte prematura, sia tuttavia anche quella più prevenibile e riducibile [26-28]. Si è quindi diffusa la modalità d'intervento, soprattutto di matrice cognitivo-comportamentale, volta alla modificazione dei comportamenti a rischio.

Un ulteriore filone di ricerca nell'ambito della psicocardiologia si è indirizzato all'individuazione dei legami tra patologie cardiache e psicopatologie. Ansia, depressione, intenso sforzo lavorativo, stress e isolamento sociale sono state le variabili più studiate. L'estensiva meta-analisi condotta da Rozanski [29] ha messo in luce la plausibilità dell'associazione tra questi fattori psicosociali e l'insorgenza e il decorso della cardiopatia.

*Comportamento nei confronti della malattia.* Uno degli aspetti da considerare con molta attenzione è l'atteggiamento che ognuno assume nei confronti della malattia. La nozione di comportamento di malattia (*illness behaviour*) deriva

dal concetto di *sick role* (ruolo di malato) di Parsons [30-33]. L'*illness behaviour* esprime la modalità attraverso la quale le persone interpretano e reagiscono ai loro sintomi e come quindi ricorrono all'aiuto medico. È stato definito la modalità tramite la quale determinati sintomi possono essere diversamente percepiti e valutati e quale effetto possono determinare in diversi tipi di persone. Mechanic [34] sostiene che l'*illness behaviour* sia caratterizzato e prenda forma in gran parte da fattori sociali e culturali scarsamente collegati con la malattia.

I concetti essenzialmente sociologici di *sick role* e di *illness behaviour* sono stati successivamente integrati da Pilowsky [35-39] che ne ha fornito un'applicazione psicologica. Pilowsky [38] ha definito l'*illness behaviour* come la modalità con cui gli individui reagiscono agli aspetti del proprio funzionamento valutati in termini di salute e malattia. Secondo l'autore si può anche parlare di *abnormal illness behaviour* (AIB - comportamento anormale nei confronti della malattia), che viene definito come un modo di percepire il proprio stato di salute in maniera inappropriata e/o disadattata. Tale errata percezione persiste anche qualora un medico (o un altro operatore sanitario) abbia offerto una spiegazione ragionevolmente lucida della natura della malattia ed una terapia appropriata e nonostante il paziente sia stato sottoposto ad esami completi e ad una valutazione di tutti i parametri funzionali. L'appropriatezza della percezione va considerata sulla base di alcune caratteristiche del paziente quali età, retroterra educativo e socioculturale [38].

Spesso l'AIB è associato con l'eccessiva adozione del ruolo di malato. È inoltre frequentemente connesso al rifiuto nel paziente dell'idea che fattori psicologici possano influenzare lo stato di salute [35]. Nell'insieme dei comportamenti disfunzionali legati alla malattia non vengono inclusi solo comportamenti manifesti (tra cui lo stare sempre a letto) ma anche eventuali pensieri e sentimenti connessi alla malattia che possono risultare inappropriati. Ad esempio, il soggetto potrebbe credere che il medico non abbia fornito un'adeguata spiegazione dei sintomi riportati e che quindi ci potrebbero essere altre possibili spiegazioni nonché possibili opzioni di trattamenti da esplorare. La manifestazione di AIB è spesso associata a vantaggi secondari derivanti dal ruolo di malato, come la dipendenza dagli altri (medico o familiari) o l'esenzione dalle responsabilità imposte dal proprio ruolo sociale [40]. L'introduzione del concetto di *illness behaviour* ha rappresentato un significativo passo avanti nel fornire uno strumento atto a comprendere la relazione del paziente cronico con la sua malattia. La valutazione dell'*illness behaviour* rende possibile il riconoscimento di quei sintomi somatici che non sono riconducibili ad una patologia fisica bensì ad un disturbo psichico: in genere, quando i pazienti lamentano sintomi vaghi e non localizzati e che mancano della normale relazione con il tempo, con l'attività fisica o con l'anatomia, sarebbe opportuno eseguire una valutazione approfondita della condizione psicologica del paziente. Inoltre, è comunque importante raccogliere informazioni sulla sofferenza psicologica del paziente direttamente connessa alla patologia fisica, poiché il disagio psicologico sottostante è spesso poco evidente. Solo approfondendo la conoscenza del malato, i sintomi psicofisici possono essere intesi come espressione di una dolorosa e costante ricer-

ca di aiuto che, in mancanza della risposta attesa, può drammaticamente incrementare la disabilità del paziente o minacciarne la compliance [41].

*Rapporto tra paziente e psicologo.* Per coinvolgere il paziente cardiopatico in una relazione terapeutica è fondamentale mantenere un dialogo sempre attivo e vivace. Affinché il paziente venga ingaggiato in un lavoro terapeutico, ogni seduta dovrebbe dare il senso che qualcosa di concreto è stato ottenuto (una nuova informazione è stata acquisita, oppure è stato assegnato un compito che può migliorare la qualità della vita del paziente o ridurre il rischio di recidive). Un approccio più passivo spesso non è funzionale con i pazienti cardiopatici, che potrebbero trovare troppo impegnativo aderire ai tempi ed al setting tipici di tale trattamento [14]. Inoltre, anche se molte psicoterapie si muovono nella direzione della promozione della consapevolezza, nell'intervento con il paziente cardiopatico è necessario spingersi oltre, fino ad arrivare ad un concreto cambiamento comportamentale che sia efficace nel ridurre la presenza di fattori di rischio associati alla malattia cardiaca.

*Il contesto familiare.* Una sempre maggiore attenzione dovrebbe essere posta alle dinamiche familiari. Diversi studi sul supporto sociale [42] hanno evidenziato l'impatto della percezione di poter ricevere aiuto (emotivo e materiale) sulla salute mentale e sull'aderenza al trattamento. I rapporti di coppia e familiari sono proprio caratterizzati dalla relazione con un "altro significativo" che costituisce la fonte principale di soddisfazione dei bisogni materiali ed emotivi, i quali si fanno particolarmente evidenti con l'insorgere di una patologia organica. Ad esempio, i risultati delle ricerche indicano che la conflittualità coniugale aumenta la reattività cardiaca dei pazienti [43].

Molti degli studi di matrice relazionale nell'ambito della psicocardiologia si sono focalizzati:

- a. sull'impatto del disturbo cardiaco sulla relazione di coppia;
- b. sull'influenza della relazione di coppia sul decorso della patologia cardiaca del paziente;
- c. sull'influenza della relazione di coppia sull'adattamento psicosociale alla patologia cardiaca.

È stato dimostrato che nelle coppie in cui un partner soffre di patologia cardiaca si verifica un deterioramento progressivo della qualità della relazione. Come indicatori della qualità della relazione sono stati generalmente considerati la soddisfazione coniugale, la comunicazione delle emozioni, il coinvolgimento emotivo, la conflittualità e i cambiamenti nello stile di vita e nei ruoli coniugali. Tuttavia l'utilizzo di efficaci strategie di coping da parte della coppia è risultato particolarmente importante per la gestione della patologia e per il mantenimento di una buona relazione coniugale [44]. In questo volume verranno considerate in maniera approfondita le problematiche relazionali e familiari (in particolare nei capitoli di Coyne, Compare e colleghi e di Johnson e colleghi).

In conclusione, molti dei problemi che insorgono nella cura – a partire dalla noncompliance, che pone in conflitto il paziente con il medico fino a giungere

al disadattamento e all'abbandono del trattamento – rappresentano i primi passi che nel tempo allontanano dallo sviluppo di un obiettivo terapeutico comune. Infatti, il paziente, la famiglia ed il medico possono avere priorità diverse, talvolta persino contrapposte, rendendo così il processo di cura un'impresa frustrante e costosa per tutti. Come si può, quindi, facilitare lo sviluppo di un obiettivo comune? Il solo "ascoltare" iniziale rappresenta il principale incoraggiamento all'interazione, anche se l'intervento clinico e terapeutico (inteso in un'ottica sistemica, in cui tutte le componenti organiche, individuali e familiari si influenzano reciprocamente) si struttura successivamente [45].

## **Linee guida internazionali ed italiane**

Lo sviluppo di conoscenze, esperienze e specifiche competenze tecniche e scientifiche ha permesso di delineare una serie di indicazioni ad uso delle figure professionali che lavorano insieme al cardiologo sia nel trattamento che nella riabilitazione del paziente cardiopatico. In alcuni casi sono state redatte vere e proprie linee guida per l'intervento psicologico nell'ambito della cardiologia riabilitativa e preventiva. Secondo l'American Heart Association [46], il termine riabilitazione cardiaca si riferisce all'intervento, multicomponentiale e coordinato, progettato al fine di ottimizzare il funzionamento fisico, psicologico e sociale del paziente con cardiopatia, e per cercare di stabilizzare, rallentare o persino invertire il progresso del processo aterosclerotico sottostante con lo scopo ultimo di ridurre morbilità e mortalità. Gli studi sinora condotti mostrano risultati a volte controversi rispetto all'impatto degli interventi psicosociali sulla prognosi nei pazienti con cardiopatia. Tuttavia, secondo le linee guida dell'American Heart Association, l'intervento psicologico rimane una parte integrante dei programmi di riabilitazione cardiaca utile per migliorare il benessere psicologico e la qualità della vita nei pazienti con cardiopatia.

Nella realtà italiana, il Gruppo Italiano di Cardiologia Riabilitativa e Preventiva (GICR), insieme all'Associazione Nazionale dei Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO), e alla Società Italiana di Cardiologia (SIC), ha prodotto nel 1999 le linee guida per la cardiologia riabilitativa [47]. Il GICR ha identificato le diverse fasi in cui l'*utente* (paziente, familiare, cardiologo, medico curante) entra in contatto con l'attività dello psicologo e, per ciascuna fase, sono state descritte le attività svolte, con particolare attenzione agli aspetti connessi all'appropriatezza e alla correttezza di esecuzione degli interventi professionali, sia sotto il profilo clinico che organizzativo. In particolare, per quel che riguarda il processo d'interazione tra il soggetto cardiopatico e lo psicologo, sono state individuate le seguenti fasi:

- *Selezione*: è la fase iniziale del processo di cura e si caratterizza per la scelta del servizio da parte dell'utente o dell'inviante. La definizione di alcune strategie da parte dello psicologo permette di guidare poi le richieste dell'utente e dell'inviante soprattutto in termini di appropriatezza all'accesso al processo di cura.
- *Ingresso*: momento in cui l'utente stabilisce il primo contatto con lo psicologo.
- *Valutazione*: consiste nell'individuazione dei bisogni di cura dell'utente.

- *Intervento*: si caratterizza per la messa in atto di una serie di azioni che hanno come fine la soddisfazione dei bisogni identificati nella precedente fase di valutazione.
- *Follow-up*: in quest'ultima fase lo psicologo verifica se i bisogni di cura dell'utente sono stati soddisfatti e, secondo il caso, se ci sono le condizioni per cui l'utente necessita di un programma di continuità della cura.

Per ognuna di queste fasi il GICR ha individuato adeguati strumenti valutativi e terapeutici, tra cui il colloquio clinico e la somministrazione di questionari standardizzati.

## **Lo psicologo in “psicocardiologia”**

Nella realtà nord-americana, dalla II Guerra Mondiale in poi, la presenza degli psicologi negli ambienti medici è aumentata progressivamente con lo sviluppo della psicologia clinica come professione. Dagli anni '50 agli anni '90 il numero degli psicologi impiegati in ambienti medici è passato da 255 a 3000 [48]. Le richieste nei confronti degli psicologi da parte dei medici riguardano principalmente la gestione delle difficoltà psicologiche connesse a problemi medici e la valutazione dell'andamento psicologico dei pazienti con patologie croniche. In Italia, il numero di psicologi che operano nelle aziende ospedaliere è di circa 136 [48]. Per quanto riguarda la psicocardiologia nello specifico, il GICR ha condotto uno studio volto a definire lo stato dell'arte dell'attività psicologica nell'ambito dei programmi di riabilitazione cardiologia [49]. Lo studio YSIDE-Y (Italian Survey on CarDiac REhabilitation - Psychology) è stato condotto con lo scopo di implementare l'utilizzo delle linee guida per la psicocardiologia, anche attraverso specifiche attività di formazione per gli operatori. Appare quindi evidente il sempre maggiore interesse e coinvolgimento di professionisti ed istituzioni nella definizione delle attività psicologiche volte a migliorare gli interventi di riabilitazione e prevenzione della malattia cardiaca.

All'interno di un approccio in cui è ampiamente riconosciuto che l'attenzione non deve essere focalizzata solo sui processi patologici di per sé, lo psicologo rappresenta un elemento professionale qualificante della multidisciplinarietà, intesa come principio fondante di una risposta globale al paziente.

- Lo psicologo ricopre un ruolo molto importante nell'aiutare il cardiologo [14]:
- Nell'offrire supporto intra ed extra-ospedaliero ai pazienti su temi quali l'aderenza terapeutica, la modificazione dello stile della vita, la rielaborazione del trauma dovuto al fatto di essere stato “vittima” di un’“offesa” (termine spesso utilizzato dai pazienti) quale è un evento cardiaco.
  - Nella personalizzazione della terapia: l'ottimizzazione della terapia medica, la comprensione delle pressioni relazionali e professionali con cui si scontra quotidianamente il paziente, e l'anticipazione delle difficoltà emotive e delle conseguenti ripercussioni a livello fisico, sembrano facilitare l'aderenza dei pazienti e diminuire i tassi di ospedalizzazioni dovuti a recidive.

- Nel miglioramento della comunicazione tra medico e paziente: lo psicologo può costituire un'importante risorsa nella gestione dei pazienti che, in seguito agli spesso numerosi ricoveri ospedalieri, tendono ad assumere un recalcitrante ruolo di malato che diventa progressivamente sempre più difficile da gestire. È importante che i medici siano consapevoli di tali atteggiamenti ed usufruiscano della consulenza dello psicologo in modo da gestire possibili conseguenze negative, come ad esempio atteggiamenti autolesionistici.
- Nella conduzione di una diagnosi differenziale. Ad esempio, il disturbo da attacco di panico presenta una sintomatologia somatica rilevante, che si manifesta principalmente come senso di costrizione al torace e difficoltà respiratoria. È quindi necessario imparare a distinguere quando tale sintomatologia è dovuta alla presenza di un disturbo cardiaco e quando invece può essere ricondotta ad un attacco di panico. Una recente meta-analisi condotta su un totale di 1364 soggetti che presentavano dolore al torace, ha evidenziato nel 74% dei pazienti a cui veniva diagnosticato un attacco di panico (vale a dire il 30% del totale, n = 411) non veniva riscontrata alcuna presenza di problematiche cardiache. È tuttavia importante sottolineare anche la comorbidità di malattia cardiaca e disturbo da attacco di panico (rilevata nel 7,7% dei campioni considerati nella meta-analisi). In conclusione, il precoce riconoscimento di un disturbo da attacco di panico nel contesto del pronto soccorso potrebbe evitare l'utilizzo di strumenti di valutazione del funzionamento cardiovascolare invasivi e costosi (quali l'angiografia coronarica) e conseguentemente migliorare la prognosi di pazienti cardiopatici che presentano anche un disturbo da attacco di panico.

*Il colloquio clinico.* Il colloquio clinico è lo strumento privilegiato per lo psicologo, sia ai fini di una corretta psicodiagnostica e verifica dei dati derivanti dai test di valutazione psicologica [47], sia nell'intervento di consulenza e supporto. In fase psicodiagnostica, il colloquio mira ad indagare le problematiche psicologiche attuali e la loro possibile interferenza con il recupero riabilitativo.

Le linee guida italiane per l'attività psicologica in cardiologia riabilitativa e preventiva individuano le diverse aree, funzionali e non, connesse alla malattia che andrebbero investigate:

1. sintomatologia
2. funzionalità fisica
3. funzionalità psicologica
4. storia di malattia
5. percezione/elaborazione di malattia
6. risorse, coping, autoefficacia
7. supporto familiare e/o sociale
8. motivazione alla terapia e propensione all'aderenza
9. aspettative

*Caratterizzazione dell'intervento psicologico.* Sempre sulla base delle linee guida italiane [47], lo scopo dell'intervento psicologico viene identificato nell'aiutare i pazienti e i loro familiari a:

- riconoscere ed esprimere le proprie emozioni riguardanti la malattia;
- individuare e attuare strategie per il controllo dei fattori di rischio e per la modificazione dello stile di vita;
- implementare la corretta autogestione dei trattamenti riabilitativi sulla base delle caratteristiche individuali;
- riacquistare una soddisfacente qualità di vita.

La letteratura mostra come gli interventi maggiormente efficaci siano quelli multicomponenziali, mirati al controllo di più fattori di rischio attraverso l'utilizzo di diverse tecniche di intervento, tra cui il rilassamento, interventi psicoeducazionali, terapia cognitiva, counseling, tecniche di rinforzo, ecc.

*Formazione dello psicologo per le attività nell'ambito della psicocardiologia.* Il sistema soggettivo dello psicologo (emotivo, cognitivo e relazionale) rappresenta lo strumento elettivo d'intervento nell'ambito della psicologia clinica. Tale sistema si costruisce attraverso la formazione specifica e l'attività clinica [50]. Pur non esistendo un percorso formativo specifico ad hoc per lo psicologo che opera nella prevenzione e riabilitazione cardiologia, è possibile tuttavia identificare, tra gli approcci teorici e metodologici tipici della psicologia clinica, alcuni elementi che meglio si adattano alla pratica in questo ambito. In particolare, si vuole prendere in considerazione:

- a. La centralità della terapia rogersiana nell'approccio al paziente. Rogers si dedicò ampiamente alla ricerca e all'esplicazione delle caratteristiche umane del "terapeuta centrato sul cliente" [51]. Questi si contraddistingue per una disposizione ottimistica e per la maggiore centralità che conferisce alla persona verso la quale deve essere diretta la terapia. Il protagonista non è infatti il terapeuta, ma l'utente. Un'altra caratteristica della terapia rogersiana è la non-direttività: il terapeuta esce quasi di scena lasciando al cliente la possibilità di guidare il percorso terapeutico, in cui egli assume il ruolo di facilitatore e guida verso la consapevolezza. Punto centrale è quello di garantire lo sviluppo autonomo dell'individuo, ossia "l'autorealizzazione", per mezzo di un atteggiamento positivo nei confronti dell'utente e delle sue potenzialità, caratterizzato da accettazione benevola e comprensione empatica. Rogers auspicava che, attraverso questa posizione del terapeuta, l'utente si potesse sentire più motivato ad addentrarsi nel processo di conoscenza di sé e ad apprezzarsi, sviluppando così il proprio senso di autostima.
- b. I contributi della psicologia positiva. Nell'ambito delle scienze mediche e sociali l'ultimo decennio è stato caratterizzato da una crescente attenzione allo studio del benessere e della qualità della vita. Inizialmente questi temi erano analizzati a partire da indicatori oggettivi della salute fisica, insieme ad altri indicatori relativi a condizioni abitative, reddito e ruoli sociali. Numerosi studi hanno tuttavia dimostrato che gli indicatori oggettivi non sono sufficienti a fornire una valutazione adeguata del benessere e della soddisfazione di un individuo e che qualità della vita e benessere sono concetti relativi. In ambito psicologico, lo studio del benessere soggettivo ha dato origi-

ne al vasto e sfaccettato movimento della psicologia positiva [52] il quale ha enfatizzato il ruolo fondamentale delle risorse e delle potenzialità dell'individuo. Ciò rappresenta un autentico capovolgimento di prospettiva nella progettazione di interventi di riabilitazione; vengono infatti privilegiate attività volte alla mobilitazione delle risorse della persona, piuttosto che alla riduzione o compensazione delle sue limitazioni [53]. La prospettiva della psicologia positiva può apportare utili contributi alla psicocardiologia, in particolare per quanto riguarda le attività volte a promuovere la qualità della vita del paziente cardiopatico e dei familiari coinvolti nel processo di cura.

- c. La psicoterapia cognitivo-comportamentale [54, 55]. All'interno dell'approccio cognitivo-comportamentale l'obiettivo principale è quello di ottenere, *hic et nunc*, una modificazione del comportamento disfunzionale. Il terapeuta cerca di attivare tutte le risorse del paziente stesso e di suggerire valide strategie volte all'eliminazione del problema. Alcuni elementi fondamentali del percorso terapeutico sono l'individuazione di:
- come e quando viene agito il comportamento disfunzionale, insieme alle possibili strategie (inefficaci) che vengono utilizzate per far fronte alla situazione;
  - strategie efficaci, centrate sulla risoluzione del problema o sulle emozioni suscitate dalle situazioni e che costituiscono fonte di disagio (*coping skills*) [56].

La terapia cognitivo-comportamentale è particolarmente indicata per i pazienti cardiopatici, in quanto si tratta di un intervento breve nel quale sia il paziente che il terapeuta giocano un ruolo attivo nell'identificazione delle specifiche modalità di pensiero che possono essere causa dei vari problemi e nell'individuazione degli obiettivi e dei passaggi necessari per giungere ad un cambiamento del comportamento. L'intervento cerca di promuovere un aumento del senso di autostima ed autoefficacia [10] e del senso di attribuzione interna.

L'approccio cognitivo-comportamentale è particolarmente indicato nella riduzione dei fattori di rischio quali tabagismo e dieta squilibrata. È importante considerare che una mancanza di collaborazione da parte del paziente potrebbe essere dovuta al fatto che il terapeuta cerca di insegnare al paziente ciò che conosce dei suoi problemi e delle possibili soluzioni ad essi, partendo così da una posizione "psicoeducativa". Il terapeuta dovrebbe invece cercare di far propria la prospettiva del paziente, imparando ad utilizzare il suo linguaggio (e non, viceversa, aspettandosi che sia il paziente ad apprendere il linguaggio dello psicoterapeuta) e ad adottare, temporaneamente, la sua visione del mondo con lo scopo ultimo di costruire un imprescindibile rapporto di alleanza terapeutica.

- d. La psicoterapia sistemico-familiare [9]: in seguito ad un evento cardiaco (o, più in generale, ad una malattia di qualsiasi natura), si verifica una "crisi" (intesa come rottura di un esistente equilibrio) che coinvolge tutti i membri del sistema familiare e che spesso rende necessaria la rinegoziazione dei ruoli in termini di "chi si prende cura di chi". Se i vari membri della famiglia (incluso il paziente) non riescono a stabilire un'adeguata suddivisione delle