

## Psicoeducazione e ACT per l'aderenza a stili di vita salutari in riabilitazione cardiologica: una proposta di intervento

Elena Baldassari<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Psicoterapeuta Cognitivo-Comportamentale, SPC Verona

### *Riassunto*

Secondo la World Health Organization le malattie cardiocircolatorie e le cardiopatie sono le principali cause di morte nel mondo. Gli studi della ricerca epidemiologica degli ultimi 30 anni, hanno dimostrato che la prevenzione incentrata sulla riduzione dei fattori di rischio cardiovascolari può ridurre la frequenza delle malattie cardiovascolari, riducendone la mortalità e l'incidenza sulle spese pubbliche sanitarie.

L'abitudine ad uno stile di vita poco salutare (abitudini nutrizionali nocive, alcol e fumo) rappresentano il 45% delle cause di mortalità. L'approccio moderno alla prevenzione cardiovascolare dovrebbe quindi andare oltre una visione basata sul trattamento dei singoli fattori di rischio, promuovendo un approccio basato sulla gestione integrata e multidisciplinare del rischio cardiovascolare totale), addestrandolo il paziente ad uno stile di vita salutare.

In questo progetto ci si prefigge di aiutare il paziente a conoscere la sua patologia, ristrutturando false credenze, e aumentando la sua consapevolezza dell'incidenza dei fattori di rischio sulla sua vita, motivandolo al cambiamento dello stile di vita. In questo modo si punta a ridefinire la percezione di malattia dei pazienti, aumentando la percezione di autoefficacia e la motivazione ad intraprendere il percorso di riabilitazione cardiologica. Infine ci si prefigge di insegnare al paziente la pratica ACT che consenta la promozione di cambiamenti comportamentali.

*Parole Chiave:* Psicoeducazione, ACT, riabilitazione cardiologica, stile di vita salutare, prevenzione cardiovascolare.

### **Psychoeducation and ACT for adherence to healthy lifestyle in cardiac rehabilitation: an intervention plan**

#### *Abstract*

According to the World Health Organization, cardiovascular diseases and heart disease are the main causes of death worldwide. Epidemiological research studies of the last 30 years shown that prevention focused on reducing cardiovascular risk factors can reduce cardiovascular diseases' frequency, reducing mortality and the impact on public health costs. Habit of a unhealthy lifestyle (unhealthy nutritional habits, alcohol and smoking) represent 45% of the causes of mortality. Modern approach to cardiovascular prevention should go beyond a concept of cardiovascular prevention based on the individual risk factors treatment, promoting an approach based on integrated and multidisciplinary management of total cardiovascular risk), training the patient in a healthy lifestyle.

This project aims to help patient know his disease, restructuring false beliefs, and increasing his awareness of the im-pact of risk factors on his life, motivating him to change his lifestyle. In this way, the aim is to redefine

Elena Baldassari, Psicoeducazione e ACT per l'aderenza a stili di vita salutari in riabilitazione cardiologica: una proposta di intervento, N. 23, 2019, pp. 73-96.

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC e SPC. Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su

[www.psicoterapeutiinformazione.it](http://www.psicoterapeutiinformazione.it)

patients' perception of disease, increasing the perception of self-efficacy and increasing motivation to undertake cardiological rehabilitation process. Finally, the aim is teaching ACT practice at patient, helping him to implement behavioral changes.

*Key words:* Psychoeducation, ACT, cardiac rehabilitation, healthy lifestyle, cardiovascular prevention.

## **Introduzione**

Sebbene ridotta rispetto alle precedenti analisi, la mortalità dovuta a malattia cardiovascolari rappresenta ancora oggi la principale causa di abbassamento dell'aspettativa di vita nella popolazione generale, essendo registrati 367 casi di morte per malattie del sistema cardio-circolatorio per 100 000 abitanti (rispetto ai 446 casi nel 1971 per 100 000 abitanti) (World Health Organization 2018).

Inoltre, chi sopravvive ad un evento acuto diventa un malato cronico con notevoli ripercussioni sulla qualità della vita e sui costi economici e sociali. Infatti, le malattie cardio-cerebrovascolari con l'avanzare dell'età si accompagnano spesso a disabilità fisica e disturbi della capacità cognitiva, incidendo sui costi sanitari.

Tra i principali fattori di rischio comuni e modificabili alla base delle principali malattie non trasmissibili, possiamo citare: tabacco, uso dannoso dell'alcool, dieta malsana, attività fisica insufficiente, l'ipertensione arteriosa, l'ipercolesterolemia, il diabete, l'obesità. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) sostiene che, oltre i tre quarti di tutti la mortalità per CVD, potrebbe essere prevenuta con adeguati cambiamenti nello stile di vita.

Oltre i fattori di rischio più noti, stress, ansia e depressione influiscono sul sistema cardiovascolare attraverso percorsi immunitari, neuroendocrini e comportamentali. A loro volta, problemi cardiovascolari e i trattamenti associati, possono causare disagio nei pazienti, inclusi ansia e depressione.

Numerose revisioni sistematiche e meta-analisi di studi eziologici prospettici hanno dimostrato che i fattori di rischio psicosociale come basso status socio-economico, mancanza di sostegno sociale, stress (Kivimäki, et al. 2012), rabbia e ostilità, (Chida, Steptoe, 2010) l'ansia e depressione aumentano il rischio di eventi CVD fatali e non fatali (Palacios, Khondoker, Mann, Tylee, & Hotopf, 2018), malattia cardiaca coronarica (CHD) e mortalità (Pogosova, et al., 2015).

L'approccio moderno alla prevenzione cardiovascolare dovrebbe andare oltre una visione della prevenzione cardiovascolare basata sul trattamento dei singoli fattori di rischio, promuovendo un approccio basato sulla gestione integrata e multidisciplinare del rischio cardiovascolare totale (Volpe, Erhardt, Williams, 2008).

## \_\_\_ Psicoeducazione e ACT per l'aderenza a stili di vita salutari in riabilitazione cardiologica: \_\_\_ una proposta di intervento

Nel seguente elaborato analizzerò i costi delle malattie cardiovascolari per la sanità italiana e cercherò d'illustrare i principali fattori di rischio, focalizzandomi su quelli modificabili per attuare una prevenzione secondaria.

Successivamente delinearò le principali componenti che favoriscono l'aderenza a prescrizioni mediche e a stili di vita salutari.

In seguito verranno introdotte le linee guida ufficiali per la riabilitazione cardiologica, definendola e analizzando i principali approcci psicologici utili ad una presa in carico multidisciplinare. S'analizzeranno quindi la CBT, psicoeducazione e Acceptance and Commitment Therapy (ACT), delineandone l'applicazione all'interno della riabilitazione cardiologica.

In conclusione esporrò un progetto fondato su psicoeducazione ed ACT, allo scopo di addestrare i pazienti a accettare la malattia e aderire a stili di vita salutari.

### **Costi**

Il carico di malattia correlato alle patologie cardiovascolari impegna una quota considerevole della Spesa Pubblica nel nostro Paese.

Le malattie cardiovascolari (CV) costituiscono la principale causa di mortalità, morbilità, ospedalizzazioni. I costi connessi alle attività di diagnosi e cura, assorbono il 64% di tutte le risorse assegnate al Servizio Sanitario Nazionale ed il 23% dei fondi relativi alle spese farmaceutiche (Griffo et al.,2013).

Dunque, la preponderanza e la crescente incidenza delle malattie cardiovascolari in Italia, dovute anche alla crescita dell'aspettativa di vita e della sopravvivenza agli eventi cardiovascolari acuti, rendono difficoltose la sostenibilità e le capacità socio-economiche del sistema sanitario. Le malattie cardiovascolari sono, infatti, la causa più frequente di ospedalizzazione in Italia.

Inoltre, i dati di dimissione indicano che più della metà dei ricoveri per queste malattie sono dovuti a cronicizzazione, complicanze di eventi acuti oltre che a complicanze per ipertensione, ipercolesterolemia, diabete e insufficienza renale cronica. (2018).

Vi sono poche informazioni sui costi associati alla depressione o all'ansia in comorbilità con CHD. Alcuni studi suggeriscono che la depressione aumenta i costi cardiovascolari dal 15 al 50% in cinque anni di cure (Rutledge, Vaccarino, et al., 2009).

Infine, la mancata aderenza ad uno stile di vita salutare, che potrebbe diminuire di molto i fattori di rischio correlati a patologie cardiovascolari, avrebbe un peso clinico ed economico significativo (Cherry, S., Benner, Hussein, Tang, & Nichol, 2009).

In questa ottica occorrerebbe costruire percorsi che assicurino la continuità della presa in carico, migliorando l'integrazione all'interno dei servizi sanitari e la comunicazione con i servizi sociali. In definitiva, andrebbe garantito che tutti i pazienti con malattie cardiovascolari possano usufruire delle migliori pratiche diagnostico-terapeutiche. Obiettivo è quello di limitare le complicanze in coloro che hanno già subito un evento, limitare la cronicizzazione e favorire il recupero del cardiopatico (Ministero della Salute, 2018).

### **Fattori di rischio per le malattie cardiovascolari**

Per fattore di rischio si intende una condizione patologica associata significativamente all'insorgenza di uno specifico evento clinico, che, se viene modificata, può essere collegata ad una riduzione dell'incidenza dell'evento stesso. Studi epidemiologici hanno identificato alcuni fattori di rischio associati all'insorgenza di eventi cardiovascolari: ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia, diabete, obesità (BMI > 30 kg/m<sup>2</sup>) (WHO, 2018).

L'ipertensione arteriosa provoca alterazioni funzionali e strutturali delle arterie di grande e medio calibro, rendendole più sensibili allo sviluppo di lesioni aterosclerotiche.

L'espansione del danno vascolare è un processo multifattoriale, causato da: pressione arteriosa fuori norma, età, fumo di sigaretta, alterazioni del metabolismo lipidico e glucidico e obesità.

La terapia antipertensiva si basa, oltre che sul trattamento farmacologico, su modifiche dello stile di vita, che comprendono (Rugarli, 2015):

- Abolizione del fumo;
- Limitazione nel consumo giornaliero di alcool;
- Riduzione dell'apporto dietetico di sale;
- Pratica regolare di attività fisica aerobica;
- Riduzione e stabilizzazione del peso corporeo;
- Aumento dell'apporto dietetico di frutta, verdura e acidi grassi polinsaturi;
- Riduzione dell'apporto dietetico di grassi saturi e colesterolo

Fattori di rischio biologici come l'ipertensione e l'ipercolesterolemia rappresenta il 48% della mortalità per CVD, mentre fattori comportamentali di rischio, come abitudini nutrizionali nocive, assunzione di l'alcol e l'abitudine al fumo rappresentano il 45% della mortalità.

Inoltre, eventi medici acuti possono provocare un certo numero di reazioni psicologiche. L'umore depresso è un vissuto comune dopo un evento coronarico acuto, poiché viene interpretato come minaccia alla propria vita e al proprio benessere.

Inoltre, è stata confermata una stretta associazione tra depressione e aderenza al farmaco (Fredericks, Lapum, & Lo, 2012). Il tasso di non aderenza al farmaco nei pazienti con CVD depressi è probabilmente il doppio di quello dei pazienti non depressi (Gehi, Haas, Pipkin, S., & Whooley, 2005). Analogamente, i pazienti depressi hanno meno probabilità di aderire a comportamenti di stile di vita salutari, come attività fisica regolare e l'interruzione del vizio del fumo. Bauer, et al., (2012) hanno dimostrato che il miglioramento dei sintomi depressivi sarebbe associato ad una maggiore aderenza auto-riferita ai farmaci e comportamenti di prevenzione secondaria, mentre il miglioramento dei sintomi ansiosi non lo sarebbero. Quindi, s'ipotizza che, prevenire e curare la depressione, possa migliorare l'aderenza del paziente.

In numerosi studi randomizzati, che trattano la depressione in pazienti cardiaci, c'è una marcata riduzione spontanea della depressione nel tempo. Se i pazienti sono gestiti in modo completo, questa depressione può essere di natura temporanea e quindi classificata come disturbo dell'adattamento (Maercker, Einsle, & Köllner, 2007).

### **Compliance ai trattamenti**

E' risaputo che l'assunzione delle terapie raccomandate ai pazienti CAD previene il peggioramento della malattia e salvaguarda dalla morte. Inoltre, una scarsa aderenza alla terapia si può concretizzare in ri-ospedalizzazioni, con ripercussioni anche sulla sostenibilità economica dei sistemi sanitari.

Tuttavia è stato dimostrato che pazienti affetti da malattie cardiovascolari sospendono l'assunzione dei farmaci entro sei mesi dalla dimissione ospedaliera (Rieckmann et al., 2006).

L'aderenza ai trattamenti è stata definita come la "partecipazione attiva, volontaria, e collaborativa del paziente in un flusso di comportamenti reciprocamente accettabili per produrre un risultato terapeutico" (Delamater, 2006).

Sono state individuate due componenti prevalenti nella compliance terapeutica: l'aderenza, intesa come il grado di rispetto delle prescrizioni, e la persistenza, considerata la costanza nell'assunzione (Mazzaglia, et al., 2008). Bassi livelli di compliance può influire pesantemente sull'incidenza di eventi cardiovascolari.

Tra le cause della scarsa aderenza va annoverata la sottovalutazione del problema clinico. Un sondaggio del problema condotto su pazienti ipertesi ha rivelato come oltre il 50% di essi sia scarsamente collaborante a causa di una sistematica dimenticanza (Cheng, Kalis, Feifer, 2001).

Sul versante del medico, il problema più rilevante sembrerebbe essere rappresentato dalla difficoltà nel motivare il paziente affinché assuma la terapia in modo regolare ed adeguato (Ministero della salute, 2018). Per questo motivo potrebbe essere indicato affiancare al medico altri professionisti che possano lavorare sulla motivazione all'aderenza a stili di vita salutari.

### **Riabilitazione cardiologica**

La riabilitazione cardiaca (CR) è un trattamento molto importante per i pazienti che vengono trattati per malattia cardiaca, infarto miocardico, rivascolarizzazione, angina, scompenso cardiaco, ecc. La Cardiologia riabilitativa (CR) costituisce il modello standard più efficace per la realizzazione di un programma di prevenzione secondaria orientata a cardiopatici in fase post acuta o cronica (Fifth Joint Task Force, 2012) ed, in particolare, sembrerebbe essere il modello più efficace per l'attuazione di una prevenzione secondaria strutturata e a lungo termine (Giannuzzi, et al., 2006)

Il suo obiettivo principale è aiutare il paziente a ristabilirsi rapidamente e nel modo più completo possibile, cercando di ridurre al minimo la possibilità di ricorrenza della malattia cardiaca e di migliorare la qualità di vita.

Sulla base delle evidenze scientifiche, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha definito la Cardiologia Riabilitativa (CR) come “processo multifattoriale, attivo e dinamico che ha il fine di favorire la stabilità clinica, ridurre le disabilità conseguenti alla malattia e supportare il mantenimento e la ripresa di un ruolo attivo nella società”.

Ad oggi appare chiaro che un adeguato monitoraggio ed intervento clinico unito ad un programma di esercizio fisico ed interventi strutturati, educazionali e psico-comportamentali, rappresentino la forma più efficace di CR.

In particolare, sarebbe opportuno formulare piani di trattamento individualizzati orientati alla riduzione del rischio, che utilizzino programmi educativi strutturati che mirino ad un effettivo cambiamento dello stile di vita (abolizione del fumo, dieta appropriata, controllo del peso, benessere psicologico). Fondamentale sarebbe la prescrizione di un programma di attività fisica diretto a ridurre le disabilità conseguenti alla cardiopatia, al miglioramento della capacità funzionale e al reinserimento sociale e lavorativo.

I compiti della riabilitazione cardiologica, sarebbero quindi:

- Ridurre morbilità e mortalità, perseguendo la stabilità clinica, riducendo il rischio di recidiva, ritardando la progressione del processo aterosclerotico e della cardiopatia sottostante.

## \_\_\_ Psicoeducazione e ACT per l'aderenza a stili di vita salutari in riabilitazione cardiologica: \_\_\_ una proposta di intervento

- Limitare le conseguenze fisiologiche e psicologiche della malattia cardiovascolare;
- Migliorare globalmente la qualità della vita, implementando la capacità funzionale e incidendo così favorevolmente sul grado di autonomia, indipendenza;
- Attuare un programma di prevenzione secondaria mirato a ridurre i fattori di rischio e limitare la progressione della malattia.
- Negli ultimi anni sta emergendo sempre di più l'esigenza di integrare la psicologia clinica all'interno del percorso riabilitativo (Rebecchi., 2018) con i seguenti obiettivi:
- Aiutare i pazienti e i loro familiari a riconoscere ed esprimere le proprie emozioni associate alla malattia;
- Individuare e attuare strategie per supervisione dei fattori di rischio e per la modificazione dello stile di vita;
- Migliorare la gestione dei trattamenti riabilitativi, rendendoli individualizzati e finalizzati a riacquistare una soddisfacente qualità di vita.

Lo psicologo-psicoterapeuta si porrebbe l'obiettivo di valutare e monitorare lo stato emotivo del paziente e della sua famiglia, lavorando sulla consapevolezza ed accettazione di malattia. Inoltre sarebbe molto importante identificare e correggere i fattori di rischio comportamentali, psicosociali e implementare le risorse del paziente per promuovere l'aderenza del programma terapeutico a medio/lungo termine.

Infine sarebbe fondamentale lavorare sul reinserimento lavorativo, familiare e sociale per assicurare un implemento della qualità di vita e diminuire il rischio di recidiva (Bettinardi, et al., 2014).

La riabilitazione cardiaca è quindi una componente essenziale per la completa gestione dei pazienti cardiaci (Giannuzzi, 2016).

### **La psicoterapia cognitivo comportamentale**

La psicoterapia cognitivo-comportamentale fonda le sue radici anni '60 grazie a Aaron Beck e Albert Ellis. Beck, osservando pazienti depressi s'interrogò sulle connessioni tra pensieri e valutazioni ed emozioni e comportamenti, architettando un metodo di assessment finalizzato ad individuare e valutare tali relazioni, arrivando alla conclusione che, indagando le rappresentazioni cosce, sia possibile comprendere e spiegare situazioni psicopatologiche.

Al giorno d'oggi la psicoterapia cognitiva non è modello omogeneo, ma ciò che accomuna tutte le branche è l'accento posto sulle strutture di significato e sui processi di elaborazione dell'informazione.

La teoria cognitiva si fonda sulla tesi che l'adattamento umano e la sopravvivenza siano strettamente dipendenti dall'elaborazione delle informazioni (Beck, & Dozois, 2011).

Lo scopo centrale della terapia cognitiva è alleviare i sintomi attraverso strategie che aiutino i pazienti a riconoscere, diventare consapevoli dei contenuti di pensiero disfunzionale e a ristrutturarli. Tuttavia, per avere cambiamenti solidi è essenziale individuare e modificare, anche le strutture di significato e le distorsioni che producono gli stati cognitivi patogeni.

I terapeuti cognitivi aiutano i pazienti ad esplorare i propri stati patogeni attraverso processi di esplorazione e sperimentazione:

- Paziente e terapeuta collaborano attivamente per raggiungere gli scopi prefissati attraverso l'empirismo collaborativo.
- Il paziente si automonitora ed aumenta la sua consapevolezza.
- Dialogo socratico: il cui obiettivo è mettere in discussione le false credenze del paziente attraverso un approccio dialogico tra paziente e terapeuta, caratterizzato da domande e risposte che tendono a disconfermare quanto sostenuto fino a quel momento dal paziente stesso.

La psicoterapia cognitiva, inoltre, coinvolge il paziente chiedendogli di svolgere compiti a casa, che diventano una componente fondamentale per allenare il paziente ad applicare le skills apprese e generalizzarle nel "mondo reale".

Dal punto di vista cognitivo una tecnica fondamentale è la ristrutturazione cognitiva, utilizzata per far acquisire consapevolezza ai pazienti dei loro pensieri automatici negativi, sottolineandone bias e costi.

Infine, le strategie comportamentali vengono utilizzate per far crescere la consapevolezza del paziente riguardo i costi pagati a seguito di credenze e pensieri automatici, esponendolo ai timori ed alle credenze stesse, facilitando l'apprendimento di nuovi comportamenti. Nello specifico queste vengono utilizzate per:

- aumentare la mastery del paziente;
- abituare il paziente a stimoli temuti (terapia di esposizione),
- rilassare il paziente (rilassamento muscolare progressivo).

### **CBT e riabilitazione cardiaca**

Secondo le Linee guida europee sulla prevenzione delle malattie cardiovascolari (Piepoli, et al., 2017) i metodi cognitivo-comportamentali sono efficaci nel favorire l'adozione di uno stile di vita



## \_\_\_ Psicoeducazione e ACT per l'aderenza a stili di vita salutari in riabilitazione cardiologica: \_\_\_ una proposta di intervento

sano. Avvalersi di strategie cognitivo-comportamentali potrebbe aiutare i pazienti a valutare pensieri, atteggiamenti e convinzioni relativamente alla propria abilità di riuscire a modificare il proprio comportamento, e a valutare il loro ambiente di vita. Le conoscenze e le competenze specifiche degli operatori sanitari (medici, infermieri, psicologi, nutrizionisti ed esperti in riabilitazione CV e medicina dello sport), integrate con interventi comportamentali e multimodali potrebbero contribuire ad ottimizzare le azioni di prevenzione.

L'approccio multimodale sembrerebbe indicato in particolar modo per i soggetti a rischio molto elevato. Questa tipologia di interventi, infatti, vorrebbe incoraggiare uno stile di vita sano, attraverso una serie di modifiche comportamentali inerenti ad alimentazione, attività fisica, tecniche di rilassamento, controllo del peso corporeo e programmi di cessazione del fumo (Piepoli et al., 2010). Inoltre, tali interventi, accrescerebbero le risorse del paziente di affrontare la malattia, determinando una maggiore aderenza alla terapia e contribuendo a ridurre gli esiti cardiovascolari. I fattori di rischio psicosociali (stress, isolamento sociale ed emozioni negative), che potrebbero essere considerati fattori di mantenimento per comportamenti scorretti, dovrebbero essere discussi in specifiche sessioni di counseling individuale o di gruppo.

Gli interventi psicologici si porrebbero l'obiettivo di: aumentare il benessere e l'autoefficacia, migliorare il funzionamento personale e il coping, aumentare la percezione di cambiamento positivo e la ricezione di sostegno dagli altri, e non si limiterebbero a cercare di ridurre la sintomatologia ed il malessere.

L'intervento psicologico sarebbe anche finalizzato a rintracciare le risorse e gli aspetti positivi associati alla malattia in grado di aiutare il paziente sia nell'adattamento psicologico alla malattia stessa che nella gestione quotidiana del processo di cura (Bettinardi, et. al., 2014).

Inoltre, i risultati della psicoterapia cognitivo-comportamentale nell'ambito della psicologia della salute indicano, non solo, che essa è in grado di agire positivamente sui sintomi, ma costituirebbe anche un trattamento costo-beneficio, in grado di ridurre le spese mediche e l'utilizzo dei servizi sanitari.

Ad oggi i programmi di terapia cognitivo-comportamentale sono utilizzati per: gestione dello stress, meditazione, allenamento autogeno, biofeedback, respirazione, yoga e / o rilassamento muscolare.

Rozanski, nei suoi studi (2014), suggerisce che alcune tecniche basate sull'evidenza, possono essere sviluppate come strategie di gestione per promuovere comportamenti sani e per migliorare il benessere psicosociale, molti dei quali derivano da Cognitive Behavioral Therapy (CBT): consulenza sanitaria, smettere di fumare, gestione del peso, autocontrollo, gestione dello stress, ecc.

In una review di Hare et al., (2013) viene dimostrata l'efficacia della CBT per la prevenzione secondaria di esiti cardiovascolari avversi. Ciò dimostra la potenziale efficacia dell'applicazione della CBT alla riabilitazione cardiaca per una migliore aderenza al trattamento da parte del paziente (Gulliksson, Burell, Vessby, Lundin, Toss, & Svärdsudd, 2011).

### *Psicoeducazione*

Le cognizioni di salute e malattia possono essere suddivise in:

- cognizione riguardo la condizione stessa (le rappresentazioni malattia)
- cognizione riguardo i trattamenti per la condizione, cioè rappresentazioni di trattamento
- cognizione riguardanti la capacità del paziente di gestire o risolvere la malattia e le circostanze che la provocano

Queste categorie non si escludono a vicenda, ma sono molto sovrapponibili a causa della complessità di tali cognizioni (Hirani & Newman, 2005).

Ogni paziente, comprende la propria malattia attraverso uno schema di riferimento, che influisce anche sui comportamenti attuati per affrontarla. Numerosi studi hanno rilevato l'associazione tra la rappresentazione di malattia e le dimensioni comportamentali che messe in atto per la sua gestione, tra cui: modalità e scelte per affrontare la malattia, aderenza alle prescrizioni (Phillips, Leventhal, Leventhal, 2012), motivazione a partecipare ai programmi di riabilitazione (Cooper, Lloyd, Weinman, & Jackson, 1999) e l'uso dei servizi sanitari primari, secondari e ospedalieri.

Secondo la teoria, le rappresentazioni di malattia, combinate tra loro, costruiscono uno schema con cui il paziente agisce ed elabora cure e consulenze sanitarie, influenzando, di conseguenza, l'autogestione della malattia.

Innanzitutto sono da considerare i segnali corporei strettamente legati alle credenze di malattia ed alla capacità del soggetto di richiedere aiuto: ogni paziente, affetto da una malattia, fa delle ipotesi, quantificando il proprio stato di malattia su una linea di gravità.

Se l'individuo non percepisce le sensazioni corporee che sta vivendo come indicative di un importante problema di salute (per esempio, oppressione al petto come risultato di angina o infarto del miocardio), sarà propenso a ritardare la ricerca di cura e di ipotesi alternative.

Queste ipotesi, di conseguenza, sono particolarmente importanti per quanto riguarda una reazione alla malattia. Per esempio: nel caso di pazienti coronarici, la credenza che la causa del loro problema sia genetica o ereditaria può far sì che il soggetto non pensi di poter agire sulla sua malattia, mantenendo alcuni comportamenti nocivi (ad esempio, fumo, cattiva alimentazione). Al

## \_\_\_ Psicoeducazione e ACT per l'aderenza a stili di vita salutari in riabilitazione cardiologica: \_\_\_ una proposta di intervento

contrario i pazienti che ritengono che la propria malattia possa essere causata da uno stile di vita nocivo (modificabile), saranno più propensi a persistere negli sforzi per cambiarlo (French, Senior, Weinman, & Marteau, 2001).

Credenze riguardanti il livello di gravità della condizione possono anche agire nell'incoraggiare o scoraggiare comportamenti sani. Ad esempio, se un paziente cardiaco non accetta di avere un grave problema può non essere incline a prendere misure adeguate per attenuare l'avanzamento della malattia (Hirani & Newman, 2005).

Al fine di sviluppare interventi mirati ad aiutare i pazienti ad avviare e mantenere cambiamenti comportamentali (per esempi: smettere di fumare, dieta salutare ed esercizio fisico), la percezione dei pazienti riguardo le loro risorse, competenze, e le capacità di affrontare questi problemi, acquisiscono un'importanza fondamentale. Almeno quanto le credenze riguardo malattia di cui sono affetti.

Le aspettative dei pazienti risultano essere coerenti predittori di comportamenti salutari, nonché dirette conseguenze per la salute, poiché sono spesso legate ad attitudini specifiche relative alla salute.

Inoltre, i pazienti hanno convinzioni riguardanti la loro capacità di svolgere queste azioni necessarie: hanno credenze sulla loro autoefficacia. Queste convinzioni sono considerate importanti predittori di comportamenti di vita salutari (Sullivan, LaCroix, Russo, & Katon, 1998).

Gli interventi educativi possono influenzare positivamente lo stato psicologico di un paziente e ridurre i pregiudizi sulla CHD e sui suoi risultati.

Incontri di gruppo focalizzati su preoccupazioni, paure e convinzioni sulla salute sono risultati utili proprio perché consentono ai pazienti di condividere preoccupazioni comuni, ottenere supporto reciproco e informazioni educative ricevendo suggerimenti sulla progressiva ripresa delle normali attività (Pogosova, et al., 2015). Infine training psicoeducativi sarebbero indicati poiché incrementerebbero la motivazione ad aderire a terapie alternative che consentano l'aderenza a stili di vita salutari, oltre ad aumentare la consapevolezza di malattia.

### *Acceptance and Commitment Therapy (ACT)*

Gran parte dei problemi psicopatologici e della sofferenza emotiva, potrebbero essere ricondotti alla difficoltà di abbandonare uno scopo compromesso o minacciato: ad un problema di non accettazione di perdita dello scopo.

L'Acceptance and Commitment Therapy (ACT) aiuta i pazienti nel favorire lo stato mentale accettante in due sensi:

- Riducendo l'impiego di risorse sugli scopi ormai compromessi.
- Diminuendo problemi secondari e cicli di auto-alimentazione (distanziamento dallo scenario temuto), promuovendo, l'investimento sui valori e sugli scopi ottenibili.

Accettare significherebbe quindi riconoscere quanto è in proprio potere, disinvestendo da scopi compromessi e non più raggiungibili, ma investendo le proprie risorse su scopi reali ed abordabili.

L'ACT, sviluppata da S. Hayes alla fine degli anni settanta, è basata sull'idea che molte condotte disadattive e disfunzionali sono il risultato di tentativi di evitare o sopprimere stati interni (pensieri, emozioni o sensazioni corporee), che, se ripetuti, diventano nocivi. Emozioni e pensieri non sarebbero dannosi di per sè, ma lo sarebbe il continuo tentativo di cambiare la forma e la frequenza di esperienze interne, anche quando questo crea problemi comportamentali manifesti: l'evitamento esperienziale

Nella terapia cognitiva tradizionale, i sintomi psicopatologici e le condotte umane più in generale, sono controllati a livello cognitivo. Per questo motivo, per ottenere un cambiamento, si cercano di modificare proprio le cognizioni che causano le condotte problematiche.

L'ACT è una forma di CBT di terza generazione (insieme a Terapia Dialettica, Mindfulness e terapia basata sulla meta-cognizione) e di diretta derivazione comportamentale.

Le terapie di terza generazione non si focalizzano sul cambiamento della natura di eventi psicologici (pensieri e emozioni), ma agiscono sulla funzione di questi eventi. In questo modo non ci si focalizza direttamente sulla modifica di emozioni spiacevoli o di contenuti di pensiero dolorosi (i sintomi), ma si lavora per renderli meno interferenti nella condotta del soggetto, promuovendo l'accettazione: allenare il paziente a stare dentro la sofferenza piuttosto che contrastarla, svincolandosi dai problemi secondari e dai tentativi di soluzione costosi.

L'ACT è quindi un approccio funzionale indicato per un gran numero di problematiche, che ha come focus la riduzione dell'evitamento esperienziale inteso come l'insieme delle strategie utilizzate per controllare o non esperire le esperienze interne (pensieri, emozioni, ricordi) spiacevoli, anche quando potrebbero provocare un danno comportamentale (Hayes, et al., 1996).

Secondo le pratiche ACT, la persona dovrebbe tendere a cambiare il rapporto con questi eventi, anziché modificare il contenuto delle emozioni e del pensiero (Hayes, 2004 ).

La strategia principale di questo approccio è l'insegnamento della flessibilità psicologica a discapito del rifiuto dell'esperienza problematica e dei sintomi: accrescendo la disponibilità del paziente a provare ed accettare le proprie esperienze emotive e cognitive.

Con l'apprendimento di queste tecniche la persona impara a prendere contatto con il momento presente, in modo completo e consapevole e secondo i propri valori (Hayes, et al., 1996 ).

## \_\_\_ Psicoeducazione e ACT per l'aderenza a stili di vita salutari in riabilitazione cardiologica: \_\_\_ una proposta di intervento

La flessibilità psicologica sarebbe composta da sei componenti primarie: la defusione, l'accettazione, il sé come contesto, il contatto con il momento presente, i valori e l'azione impegnata. L'inflessibilità psicologica sarebbe, al contrario costituita da: fusione, evitamento esperienziale, sé concettualizzato, attenzione rigida al passato o al futuro, valori non chiari e inazione, impulsività o persistenza (Zhang, et al., 2018):

- Defusione: ha l'obiettivo di modificare i legami patogeni tra pensieri e stati interni, senza alterarne la frequenza e la forma, in modo da intaccare l'impatto del significato letterale di un pensiero o ricordo. Infatti, quando gli individui si fondono con tali eventi, rispondono al contenuto della loro lingua come se tali descrizioni fossero realmente presenti (Hayes, et al., 1999). Per esempio, un metodo di defusione può essere la ripetizione del nome di un oggetto temuto fino a che perda significato.
- Accettazione: si verifica nel momento in cui un soggetto decide di esperire emozioni o sensazioni, anche spiacevoli senza cercare di controllarne forma, frequenza o contesto in cui si presentano. Secondo l'ACT il contenuto di emozioni ed esperienze, non sono mai problematici da soli, ma lo diventano quando gli individui cercano di evitarli (Bond, et al., 2006) attuando l'evitamento esperienziale.
- Contatto con il momento presente: aiuta le persone a rimanere in contatto con le richieste ambientali di quel preciso momento, anziché con contesti "what if", eludendo il bisogno di tentativi di soluzione per abbassare l'ansia, come la ruminazione su esperienze passate o future (2006)
- Il sé come contesto: consente di promuovere una visione del sé come un luogo in cui accadono le esperienze, consentendo all'individuo di smettere d'identificarsi con i propri pensieri e le proprie emozioni. Il terapeuta aiuta il paziente a sviluppare il sé osservante, che analizza cosa accade fuori e dentro di sé, senza giudicare, ma legando le proprie sensazioni al contesto in cui è in quel momento (Hayes, 2004a; Strosahl, 2005). In questo modo la persona riesce a distaccare il sé dai suoi pensieri, indebolendo il potere dei pensieri autodenigranti.
- Valori: sono qualità che aiutano l'individuo a scegliere come dirigere le proprie scelte, esattamente come farebbe una bussola (Hayes, et al., 1999). Questi possono agire come rinforzi per molti ambiti, in particolare nel favorire l'aderenza a comportamenti correlati alla salute.

- Azione impegnata: generalizza le risposte legati ai valori di una persona, a tutte le attività a cui prende parte. Tale espansione è favorita dalla scelta di obiettivi intermedi, più facilmente ottenibili.

### **ACT e salute**

Molti studi sulla flessibilità psicologica, attuati nell'ultimo decennio, hanno confermato una consistente correlazione inversa con patologie psicologiche (es. depressione, ansia, stress e lavoro correlato, preoccupazioni, dolore), ed un'associazione positiva con l'aumento della qualità della vita, la percezione di salute ed esperienze emotive positive.

L'ACT, in quanto terapia focalizzata al cambiamento comportamentale, (Hayes, 2006), è risultata essere efficace nella promozione di stili di vita salutare come: la gestione del peso, la cessazione del fumo (Lillis et al., 2009, Bricker, et al., 2014) e la promozione dell'attività fisica (Gifford et al., 2004). Inoltre, tale approccio è stato applicato a numerosi ambiti della malattia cronica, come il dolore cronico ed il diabete.

Studi applicati nell'ambito dell'assistenza sanitaria hanno dimostrato che l'evitamento inflessibile può essere correlato a numerosi esiti comportamentali avversi come l'aumento dell'indice di massa corporea, l'aumento del numero di episodi di binge eating riferiti nel corso di una settimana, la carenza di attività fisica, scelte alimentari poco raccomandate, ed infine ad un calo della qualità di vita. (Lillis, & Hayes, 2008).

L'ACT cerca di agire sugli effetti negativi dell'evitamento inflessibile, favorendo un atteggiamento aperto ed accettante, anche nei confronti di eventi spiacevoli, tramite un'attenzione flessibile a ciò che succede al momento presente. Un occhio di riguardo va al contatto con i valori personali, che guidano le scelte comportamentali (De Isabella, Majani, 2015).

Protocolli ACT sono stati applicati con successo a varie patologie mediche: diabete (Gregg et al., 2007), sclerosi multipla (Sheppard et al., 2010), obesità (Lillis et al., 2009) e chirurgia.

Questi sono stati utilizzati per facilitare comportamenti di vita salutari: lavorando sull'accettazione dell'evidenza che possano presentarsi delle ricadute o pensieri di ricaduta, e sul fatto che, proprio la defusione da questi pensieri può aiutare a superare queste situazioni senza rimanere fusi ed invischiati con loro.

Agli interventi di defusione sono state associate esperienze atte ad implementare l'azione impegnata rispetto ai comportamenti salutari, con l'obiettivo di favorire l'aderenza a comportamenti di vita salutari, ristrutturando o prevenendo meccanismi secondari. Questa abilità sarebbe inoltre definita e

## \_\_\_ Psicoeducazione e ACT per l'aderenza a stili di vita salutari in riabilitazione cardiologica: \_\_\_ una proposta di intervento

rafforzata da valori concreti e predeterminati (Zhang, et al., 2018). In questo modo si promuovrebbero cambiamenti nello stile di vita, favorendo accettazione e abilità basate sulla consapevolezza.

La flessibilità psicologica si definirebbe contestuale poiché sarebbe riferita al cambiamento delle reazioni a pensieri, ricordi sentimenti e sensazioni corporee, e non all'evento. Per esempio con questa abilità si potrebbe insegnare al paziente ad osservare l'impulso di voler fumare una sigaretta senza tentare di liberarsene, né giudicarlo, ma semplicemente prendendone consapevolezza ed osservarlo in quanto semplice impulso.

Il target di tale intervento sarà l'avvio e il mantenimento del cambiamento del comportamento salutare, legato ai valori scelti dal paziente anche in presenza di pensieri o emozioni difficili (Zhang, et al., 2018).

Kashdan e Rottenberg (2010) rintracciano quattro aspetti della flessibilità psicologica che influirebbero sulla salute, tra cui:

- riconoscere le esigenze legate al contesto ed alla situazione ed adattarsi ad esse;
- modificare il modo di pensare o il punto di vista con cui interpretare situazioni di difficoltà nel funzionamento personale o sociale;
- trovare un equilibrio tra desideri, bisogni e varie sfere di vita;
- acquisire consapevolezza, disponibilità e impegno nei confronti di comportamenti congruenti con i propri valori di vita.

In conclusione, l'allenamento alla flessibilità psicologica può favorire un cambiamento duraturo, attraverso l'impegno a mantenere comportamenti orientati ad un valore personale profondamente radicato. Consolidare un atteggiamento aperto ed accettante è fondamentale per sperimentare anche eventi psicologici spiacevoli che ci accompagnano quotidianamente, senza scontrarsi con problemi secondari che possano mantenere stili di vita nocivi.

In questo modo la persona riuscirebbe ad aumentare la coscienza del proprio ambiente interno ed esterno, attuando scelte comportamentali adattive per ogni contesto o situazione (Butryn et al., 2011).

### **Progetto**

#### *Obiettivi*

Le malattie cardiovascolari e le cardiopatie sono le principali cause di morte nel mondo; sono la causa di 15,2 milioni di decessi nel 2016, rappresentando le principali cause di morte negli ultimi 15

anni (WHO, 2017). Gli studi della ricerca epidemiologica degli ultimi 30 anni, hanno dimostrato che, l'azione preventiva, incentrata sulla riduzione dei fattori di rischio cardiovascolari può ridurre la frequenza delle malattie cardiovascolari, riducendone la mortalità e le spese a pubbliche sanitarie legate a questa patologia.

Le linee guida internazionali di riabilitazione cardiologica hanno identificato alcune attività che influiscono sulla prognosi delle malattie cardiovascolari: attività fisica frequente, alimentazione sana, cessazione del fumo, aderenza al trattamento farmacologico prescritto dal medico.

Inoltre è fondamentale individuare ed essere consapevoli di come eventi di vita stressanti possano influire su pensieri ed emozioni, diventando ostacoli per il raggiungimento dei nostri valori, ed in questo caso, all'aderenza a stili di vita salutari. L'approccio moderno alla prevenzione cardiovascolare dovrebbe quindi andare oltre una visione della prevenzione cardiovascolare basata sul trattamento dei singoli fattori di rischio, promuovendo un approccio basato sulla gestione integrata e multidisciplinare del rischio cardiovascolare totale (Volpe M, Erhardt LR, Williams B., 2008), addestrando il paziente ad uno stile di vita salutare.

In questo progetto ci si prefigge di promuovere stili di vita salutari, riducendo l'incidenza dei fattori di rischio sulla prognosi di persone che soffrono di malattie cardiovascolari, e di aumentando la loro qualità di vita.

Per riuscire a raggiungere tale macro-obiettivo ci si propone i seguenti sotto-obiettivi:

- Fornire le informazioni necessarie riguardanti la malattia e ristrutturare le false credenze, in modo da rendere i pazienti consapevoli dell'incidenza dei fattori di rischio e motivarli al cambiamento dello stile di vita.
- Ridefinire la percezione di malattia e aumentare la percezione di autoefficacia del singolo paziente, in modo da motivare il paziente ad intraprendere il percorso di riabilitazione cardiologica.
- Addestrare il paziente alla pratica ACT, promuovendo cambiamenti comportamentali attraverso il potenziamento della flessibilità psicologica, definita come la capacità di contattare il momento presente in modo completo, accettante e consapevole, in modo da ridurre l'evitamento esperienziale, inteso come l'impegno inflessibile e disfunzionale a cambiare o gestire esperienze private come mezzo di regolazione comportamentale.

*Tempistiche*



## \_\_\_ Psicoeducazione e ACT per l'aderenza a stili di vita salutari in riabilitazione cardiologica: \_\_\_ una proposta di intervento

Oltre lo screening e la psicoeducazione, sono previsti 5 incontri a cadenza settimanale lungo tutta la durata della riabilitazione cardiologica. A termine del percorso riabilitativo sarebbe opportuno fissare un incontro di follow-up in concomitanza con i controlli cardiologici (a tre mesi), che consenta un monitoraggio delle abilità apprese.

### *Partecipanti*

Il progetto è stato pensato per pazienti affetti da patologie cardiovascolari che accedono ai percorsi di riabilitazione cardiologica a seguito di interventi.

Sarà fondamentale uno screening psicologico che consenta di valutare i livelli di ansia e depressione che possano influire sul percorso di gruppo, ed, in quanto tali, verranno trattati con percorsi individuali paralleli individuati dall'equipe specialistica.

### *Il progetto*

Il progetto sarà preceduto da uno screening psicometrico composto dai seguenti Test:

- HADS per la misura dell'ansia;
- BDI per valutare l'umore
- MMSE: Nel caso si ottenga un punteggio critico o dubbio si consiglia l'approfondimento neuropsicologico
- CVD-AAQ: per misurare la tendenza dei pazienti con patologie cardiovascolari ad evitare pensieri e sensazioni legati alla malattia, e la motivazione ad attuare cambiamenti nello stile di vita.

Qualora i punteggi di HADS e BDI facciano emergere punteggi patologici si proseguirà con interventi individuali.

Il primo incontro si aprirà con una breve presentazione dei conduttori e dei partecipanti. Si proseguirà con un brainstorming sulle credenze legate alle malattie cardiovascolari, per individuare le false credenze di ogni singolo paziente e ristrutturarle un secondo momento tramite psicoeducazione. Questa prima seduta di gruppo non avrà solo l'obiettivo di migliorare le conoscenze riguardanti la patologia, grazie al supporto di medici specializzati, ma anche di rendere il paziente consapevole delle proprie risorse, aumentando la sua autoefficacia nel migliorare le sue condizioni di salute, agendo sui fattori di rischio modificabili (stile di vita), motivandoli ad intraprendere il percorso psicologico all'interno della riabilitazione cardiologica.

S'introdurrà quindi l'homework del diario degli stili di vita, per monitorare dieta, fumo ed attività fisica, spiegando che questo compito rimarrà costante per tutto il percorso.

Il secondo incontro si aprirà con una breve discussione sulle impressioni derivanti dal diario dello stile di vita. L'obiettivo principale sarà spiegare l'influenza di pensieri ed emozioni sui nostri comportamenti, spiegando come questi possono interferire sul cambiamento. In questa fase si introdurrà il concetto evitamento esperienziale, spiegando come il nostro tentativo di controllare pensieri ed emozioni, alcune volte, può portare a continuare ad investire su uno scopo irraggiungibile. A questo punto si introdurrà l'esercizio della torta di cioccolato: facendo immaginare una buonissima torta di cioccolato si chiederà ai pazienti non aumentare la produzione di saliva, indagando eventuali pensieri giudicanti apparsi durante l'esercizio, e cercando di dimostrarne l'inutilità. Si introdurrà quindi il concetto di accettazione come la sperimentazione di emozioni, pensieri o esperienze spiacevoli, senza cercare di scacciarle. L'incontro si chiuderà con una pratica di respirazione consapevole. Il conduttore lascerà come compito a casa la compilazione di una scheda sui costi dell'evitamento (Harris, R., 2010).

Il terzo incontro si aprirà con la visione degli homework seguita da breve discussione.

Si passerà quindi al concetto di defusione, spiegandola tramite la metafora della radio: "la nostra mente è come una radio che non sta mai in silenzio e non si può controllare".

Si presenterà quindi la tecnica mindfulness dei pensieri sulle foglie, spiegando che le nuvole come i pensieri non si possono fermare, ma l'importante è lasciarli andare. Si aprirà la discussione raccogliendo le impressioni dei partecipanti lasciando spazio a sensazioni, emozioni e pensieri suscitati dalla pratica.

Al termine della discussione si chiederà al paziente di scrivere su un foglio un contenuto spiacevole riguardante l'adesione agli stili di vita salutari, con il compito di attuare questa pratica ogniqualvolta emergano contenuti negativi o giudicanti.

All'apertura del quarto incontro si raccoglieranno i commenti e le impressioni sulle tecniche di defusione imparate.

S'introdurranno quindi i valori. Si chiederà ai pazienti di immaginare il brindisi di una persona a loro cara, durante la loro festa di compleanno tra 10 anni, annotando quali valori vorrebbero mantenere e sottolineando quali obiettivi vorrebbero veder raggiunti. Riagganciandoci al concetto di defusione e di accettazione spiegheremo l'importanza dell'azione impegnata e contestualizzata al momento presente per poter raggiungere i nostri obiettivi. Per consolidare il concetto del "rimanere nel momento presente" si introdurrà la pratica di mindfulness con gusto facendo fermare i partecipanti nel qui ed ora e chiedendo loro di lasciare andare qualsiasi altro pensiero interferente.

Per consolidare il concetto spiegheremo “la metafora della bussola”: “i nostri valori sono come la lancetta di una bussola che dovrebbe guidarci al raggiungimento dei nostri obiettivi”.

Nel quinto incontro si richiederà di compilare il questionario CVD-AAQ per valutare l'efficacia del trattamento sulla flessibilità psicologica, e si chiederà ai pazienti di rivedere insieme il diario dello stile di vita. Si riprenderanno le tecniche imparate, favorendo un confronto tra i partecipanti per valutare le tecniche che sono state più utili. Il fine ultimo è la costruzione di una cassetta degli attrezzi che il paziente potrà portare con sé.

A tre mesi dal percorso è previsto un incontro di follow-up per valutare l'efficacia del progetto.

### Bibliografia

- Bauer, L. K., Caro, M. A., Beach, S. R., Mastromauro, C. A., Lenihan, E., Januzzi, J. L., & Huffman, J. C. (2012). Effects of depression and anxiety improvement on adherence to medication and health behaviors in recently hospitalized cardiac patients. *The American journal of cardiology*, 109(9), 1266-1271.
- Beck, A. T., & Dozois, D. J. (2011). Cognitive therapy: current status and future directions. *Annual review of medicine*, 62, 397-409.
- Bethell H, Lewin R, Dalal H., Cardiac rehabilitation in the United Kingdom Heart 2009;95:271-275.
- Bettinardi, O., da Vico, L., Pierobon, A., Iannucci, M., Maffezzoni, B., Borghi, S., ... & Angelino I, E. (2014). Documento preliminare alla definizione degli interventi Minimal Care infermieristici, fisioterapici, dietistici e psicologici attuabili nell'ambito della Cardiologia Riabilitativa e Preventiva. *Monaldi Arch Chest Dis*, 82, 122-152.)
- Bond, F. W., Hayes, S. C., & Barnes-Holmes, D. (2006). Psychological flexibility, ACT, and organizational behavior. *Journal of Organizational Behavior Management*, 26(1-2), 25-54.
- Bricker, J. B., Mull, K. E., Kientz, J. A., Vilardaga, R., Mercer, L. D., Akioka, K. J., & Heffner, J. L. (2014). Randomized, controlled pilot trial of a smartphone app for smoking cessation using acceptance and commitment therapy. *Drug and alcohol dependence*, 143, 87-94).
- Brown, R. A., Palm Reed, K. M., Bloom, E. L., Minami, H., Strong, D. R., Lejuez, C. W., ... & Hayes, S. C. (2018). A randomized controlled trial of distress tolerance treatment for smoking cessation. *Psychology of Addictive Behaviors*, 32(4), 389.
- Cheng JW, Kalis MM, Feifer S. Patient-reported adherence to guidelines of the Sixth Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Pharmacotherapy* 2001;21:828-41.
- Cherry, S. B., Benner, J. S., Hussein, M. A., Tang, S. S., & Nichol, M. B. (2009). The clinical and economic burden of nonadherence with antihypertensive and lipid-lowering therapy in hypertensive patients. *Value in health*, 12(4), 489-497.
- Chida Y, Steptoe A. The association of anger and hostility with future coronary heart disease: a meta-analytic review of prospective evidence. *J Am Coll Cardiol* 2009; 53: 936-946.
- Cooper, A., Lloyd, G., Weinman, J., & Jackson, G. (1999). Why patients do not attend cardiac rehabilitation: role of intentions and illness beliefs. *Heart*, 82(2), 234-236.
- De Isabella, G. and G. Majani (2015). *Psicologia in medicina: vantaggi e prospettive*, Franco Angeli Edizioni. delle Ricerche, C. C. N. Documento di consenso e raccomandazioni per la prevenzione cardiovascolare in Italia, 2018.
- Delamater, A. M. (2006). Improving patient adherence. *Clinical Diabetes*, 24(2), 71-77.

- European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012) The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *European journal of preventive cardiology*, 2012, 19.4: 585-667.
- Fredericks, S., Lapum, J., & Lo, J. (2012). Anxiety, depression, and self-management: a systematic review. *Clinical nursing research*, 21(4), 411-430.
- French, D. P., Senior, V., Weinman, J., & Marteau, T. M. (2001). Causal attributions for heart disease: a systematic review. *Psychology and Health*, 16(1), 77-98.
- Gehi, A., Haas, D., Pipkin, S., & Whooley, M. A. (2005). Depression and medication adherence in outpatients with coronary heart disease: findings from the Heart and Soul Study. *Archives of internal medicine*, 165(21), 2508-2513.
- Giannuzzi, P. (2016). La riabilitazione cardiologica: le Linee Guida e la realtà italiana. *Monaldi Archives for Chest Disease*, 66(2).
- Gifford E., Kohlenberg B., Hayes s., Antonuccio D., Piasecki M., Rasmussenhall M. and Palm K. (2004), Acceptance-based treatment for smoking cessation, *behavior therapy*, 35(4): 689-705.
- Gregg, J. A., Callaghan, G. M., Hayes, S. C., & Glenn-Lawson, J. L. (2007). Improving diabetes self-management through acceptance, mindfulness, and values: a randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 75(2), 336.
- Griffo, R., Ambrosetti, M., Tramarin, R., Fattiroli, F., Temporelli, P. L., Vestri, A. R., ... & Tavazzi, L. (2013). Effective secondary prevention through cardiac rehabilitation after coronary revascularization and predictors of poor adherence to lifestyle modification and medication. Results of the ICAROS Survey. *International journal of cardiology*, 167(4), 1390-1395.
- Gulliksson, M., Burell, G., Vessby, B., Lundin, L., Toss, H., & Svärdsudd, K. (2011). Randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy vs standard treatment to prevent recurrent cardiovascular events in patients with coronary heart disease: Secondary Prevention in Uppsala Primary Health Care project (SUPRIM). *Archives of internal medicine*, 171(2), 134-140.
- Hare, D. L., Toukhsati, S. R., Johansson, P., & Jaarsma, T. (2013). Depression and cardiovascular disease: a clinical review. *European heart journal*, 35(21), 1365-1372.
- Harris, R. (2010). La trappola della felicità. Come smettere di tormentarsi e iniziare a vivere, Centro Studi Erickson.
- Hayes S.C, Wilson K.G., Gifford E.V., Follette V.M., and Strosahl K. (1996). Experimental avoidance and behavioral disorders: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment, *Journal of consulting and clinical psychology*, 64(6): 1152-68.
- Hayes, S. C. (2004a). Acceptance and commitment therapy and the new behavior therapies: Mindfulness, acceptance, and relationship. In S. C. Hayes, V. M. Follette & M. M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition* (pp. 1-29). New York: Guilford.
- Hayes, S. c., Follette, V. M., & Linehan, M. M. (Eds.). (2004). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. New York: Guilford.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*, 44(1), 1-25.
- Hayes, S. C, Strosahl, K., & Wilson, K G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford.
- Hirani, S. P., & Newman, S. P. (2005). Patients' beliefs about their cardiovascular disease. *Heart*, 91(9), 1235-1239.
- Kashdan, T. B., & Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical psychology review*, 30(7), 865-878.
- Kivimäki M, Nyberg ST, Batty GD, et al. Job strain as a risk factor for coronary heart disease: a collaborative meta-analysis of individual participant data. *Lancet* 2012; 380: 1491-1497.
- Leventhal, H., Phillips, L. A., & Burns, E. (2016). Modelling management of chronic illness in everyday life:

\_\_\_ Psicoeducazione e ACT per l'aderenza a stili di vita salutari in riabilitazione cardiologica: \_\_\_  
una proposta di intervento

- A common-sense approach. *Psihologijske teme*, 25(1), 1-18.
- Levin, M. E., Hildebrandt, M. J., Lillis, J., & Hayes, S. C. (2012). The impact of treatment components suggested by the psychological flexibility model: A meta-analysis of laboratory-based component studies. *Behavior therapy*, 43(4), 741-756.
- Lillis, J., & Hayes, S.C. (2008). Measuring avoidance and inflexibility in weight related problems. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 4 (4), 348-354.
- Lillis, J., Hayes, S. C., Bunting, K., & Masuda, A. (2009). Teaching acceptance and mindfulness to improve the lives of the obese: A preliminary test of a theoretical model. *Annals of Behavioral Medicine*, 37(1), 58-69.
- Maercker, A., Einsle, F., & Köllner, V. (2007). Adjustment disorders as stress response syndromes: a new diagnostic concept and its exploration in a medical sample. *Psychopathology*, 40(3), 135-146.
- Martino, P. L., Penagos, J. P. M., Audisio, E. O., Kerbage, S., Barrios, C., Lirio, C., & Bonet, J. L. (2018). Relationship between psychosocial factors and treatment compliance in cardiovascular rehabilitation. *Archives of Psychology*, 2(5).
- Mazzaglia G, Ambrosioni E, Alacqua M, et al. Adherence to antihypertensive medications and cardiovascular morbidity among newly diagnosed hypertensive patients. *Circulation* 2009;120:1598-605.
- Ministero della salute (2017), Alleanza italiana per le malattie cardio-cerebrovascolari, *Documento di Strategia, 18 maggio 2017*.
- Palacios, J., Khondoker, M., Mann, A., Tylee, A., & Hotopf, M. (2018). Depression and anxiety symptom trajectories in coronary heart disease: Associations with measures of disability and impact on 3-year health care costs. *Journal of psychosomatic research*, 104, 1-8.
- Phillips, L. A., Leventhal, H., & Leventhal, E. A. (2012). Physicians' communication of the common-sense self-regulation model results in greater reported adherence than physicians' use of interpersonal skills. *British journal of health psychology*, 17(2), 244-257.
- Piepoli, M. F., Corra, U., Benzer, W., Bjarnason-Wehrens, B., Dendale, P., Gaita, D., ... & Schmid, J. P. (2010). Secondary prevention through cardiac rehabilitation: from knowledge to implementation. A position paper from the Cardiac Rehabilitation Section of the European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation*, 17(1), 1-17.
- Piepoli, M. F., Hoes, A. W., Agewall, S., Albus, C., Brotons, C., Catapano, A. L., ... & Graham, I. (2017). Linee guida europee 2016 sulla prevenzione delle malattie cardiovascolari nella pratica clinica. Sesta Task Force congiunta della Società Europea di Cardiologia e di altre Società sulla Prevenzione delle Malattie Cardiovascolari nella Pratica Clinica (costituita da rappresentanti di 10 società e da esperti invitati). Redatte con il contributo straordinario dell'Associazione Europea per la Prevenzione e Riabilitazione Cardiovascolare (EACPR). *Giornale Italiano di Cardiologia*, 18(7), 547.
- Pogosova, N., Saner, H., Pedersen, S. S., Cupples, M. E., McGee, H., Höfer, S., ... & von Känel, R. (2015). Psychosocial aspects in cardiac rehabilitation: From theory to practice. A position paper from the Cardiac Rehabilitation Section of the European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation of the European Society of Cardiology. *European journal of preventive cardiology*, 22(10), 1290-1306).
- Rebecchi, D. (Ed.). (2018). *I percorsi clinici della psicologia: Metodi, strumenti e procedure nel Sistema Sanitario Nazionale*. FrancoAngeli.
- Rieckmann, N., Gerin, W., Kronish, I. M., Burg, M. M., Chaplin, W. F., Kong, G., Davidson, K. W. (2006). Course of depressive symptoms and medication adherence after acute coronary syndromes: an electronic medication monitoring study. *J Am Coll Cardiol*, 48(11), 2218-2222.
- Rozanski, A. (2014). Behavioral cardiology: current advances and future directions. *Journal of the American College of Cardiology*, 64(1), 100-110.
- Rugarli, C. (2015). *Medicina interna sistematica*, Edra Masson.
- Rutledge, T., Vaccarino, V., Johnson, B. D., Bittner, V., Olson, M. B., Linke, S. E., ... & Krantz, D. S. (2009). Depression and cardiovascular health care costs among women with suspected myocardial ischemia: prospective results from the WISE (Women's Ischemia Syndrome Evaluation) Study. *Journal of the*

- American College of Cardiology*, 53(2), 176-183.
- Sheppard, S. C., Forsyth, J. P., Hickling, E. J., & Bianchi, J. (2010). A novel application of acceptance and commitment therapy for psychosocial problems associated with multiple sclerosis: Results from a half-day workshop intervention. *International Journal of MS Care*, 12(4), 200-206.
- Strosahl, K. D. (2005). ACT with the multi-problem patient. In S. C. Hayes & K. D. Strosahl (Eds.), *A practical guide to acceptance and commitment therapy* (pp. 209-245). New York: Springer Science.
- Sullivan, M. D., Lacroix, A. Z., Russo, J., & Katon, W. J. (1998). Self-efficacy and self-reported functional status in coronary heart disease: a six-month prospective study. *Psychosomatic medicine*, 60(4), 473-478.
- Volpe M, Erhardt LR, Williams B. Managing cardiovascular risk: the need for change. *J Hum Hypertens* 2008;22:154-7.
- V. M. Follette, & M. M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition* (pp. 120-151). New York: Guilford.
- Wilson, K. G., & Murrell, A R. (2004). Values work in acceptance and commitment therapy: Setting a course for behavioral treatment. In S. C. Hayes, (World Health Organization. (2017). *Noncommunicable diseases: progress monitor 2017.*)
- (World Health Organization, 2018). *World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*)
- Zhang, C. Q., Leeming, E., Smith, P., Chung, P. K., Hagger, M. S., & Hayes, S. C. (2018). Acceptance and commitment therapy for health behavior change: a contextually-driven approach. *Frontiers in psychology*, 8, 2350.

### Sitografia

- [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2606\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2606_allegato.pdf)
- <http://www.salute.gov.it/rssp/paginaParagrafoRssp.jsp?sezione=risposte&capitolo=interventi&id=2743>

### Appendice

#### A) Diario degli stili di vita

Diario stile di vita	Lun	Mar	Mer	Gio	Ven	Sab	Dom	Note
Attività fisica (tempo)								
Fumo (numero di sigarette)								
Alimentazione								

#### B) Esercizio della torta di cioccolato

Ti chiederò di pensare ad una cosa e poi di non pensarci per un secondo solo.  
Chiudi gli occhi e segui le mie parole..

## \_\_\_ Psicoeducazione e ACT per l'aderenza a stili di vita salutari in riabilitazione cardiologica: \_\_\_ una proposta di intervento

Iniziamo: pensa ad una fragrante torta di cioccolato.

- Senti il profumo...
- Non pensarci!
- Ora invece pensa al sapore di cioccolato nella tua bocca ..
- Non pensarci! (morbida)
- Ora invece pensa alla sua consistenza nella tua bocca, a come i denti affodano bene... senti la bocca che si riempie di saliva..
- Smetti di salivare...

### *C) Esercizio di mindful eating, la 'pratica dell'uva passa'*

1 – Tenere in mano. Per prima cosa prendete un acino di uva passa e tenetelo sul palmo della mano o tra pollice e indice. Concentrandovi su di esso, immaginate di essere appena arrivati da Marte e di non aver mai visto un oggetto come questo nella vostra vita.

2 – Vedere. Datevi il tempo di vederlo veramente; osservate l'acino d'uva passa con cura e con piena attenzione.

Lasciate che i vostri occhi ne esplorino ogni parte, esaminando i punti in cui risplende la luce, gli incavi più scuri, le pieghe e le grinze e qualsiasi asimmetria o caratteristica unica.

3 – Toccare. Rivoltate l'acino d'uva passa tra le dita, esplorandone la consistenza, magari a occhi chiusi, se ciò acuisce il vostro senso del tatto.

4 – Annusare. Tenendo l'acino d'uva passa sotto il naso, a ogni inspirazione inalate qualsiasi odore, aroma o fragranza che ne scaturisca, notando nel frattempo le reazioni a percepite a livello dello stomaco e della bocca.

5 – Mettere in bocca. Ora avvicinate lentamente l'acino d'uva passa alle labbra, notando la precisione dei movimenti del braccio e della mano. Posatelo delicatamente in bocca, senza masticare. Esplorate per qualche momento l'acino d'uva passa con la lingua e le sensazioni che suscita in voi.

6 – Assaporare. Quando siete pronti, preparatevi a masticare l'acino d'uva passa, notando come e dove deve collocarsi per la masticazione. Poi, molto consapevolmente, date un morso o due e notate che cosa succede subito dopo, facendo esperienza delle eventuali ondate di gusto che emana mentre continuate a masticarlo. Senza ancora ingoiarlo, notate le semplici sensazioni generate nella vostra bocca dal gusto e dalla consistenza dell'acino d'uva passa e come esse possano cambiare nel tempo, momento per momento, oltre a prendere nota di eventuali cambiamenti nell'oggetto stesso.

7 – Ingoiare. Quando vi sentite pronti a ingoiare l'acino d'uva passa, vedete se prima di tutto riuscite a percepire l'intenzione di ingoiare mentre essa emerge, in modo da sperimentare consciamente anche tale intenzione, prima di procedere.



8 – Seguire le sensazioni. Infine, vedete se riuscite a sentire ciò che rimane dell'uva passa mentre scende nello stomaco e a percepire le sensazioni del corpo nel suo complesso, al termine di questo esercizio di consapevolezza.

*D) Esercizio dei pensieri sulle foglie*

Ora ti chiederò di immaginare di essere in campagna, davanti a un ruscello. L'acqua scorre lenta; sull'acqua sono appoggiate delle grandi foglie, che seguono il corso del ruscello.

L'esercizio consiste nel poggiare i tuoi pensieri, ogni pensiero che ti attraversa la mente, su queste grandi foglie e poi semplicemente lasciarli lì, guardarli.

Prima ci rilassiamo per due minuti.

Se sei pronto ora ti chiederò di chiudere gli occhi, concentrarti e mettere ogni pensiero che ti passa in testa in una di queste foglie e di lasciarli andare via. Non devi dirmi niente, ma solo guardare scorrere il fiume (3/4 minuti).

**Elena Baldassari**

**Psicologa-Psicoterapeuta, provincia di Bergamo**  
**Specializzata a Verona, training Mancini e Prunetti**  
**e-mail: baldassariele@gmail.com**

*Per comunicare con l'autore potete scrivere alla mail personale, se fornita, o a quella della rivista: [psicoterapeutiinformazione@apc.it](mailto:psicoterapeutiinformazione@apc.it)*

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC (Associazione di Psicologia Cognitiva) e SPC (Scuola di Psicoterapia Cognitiva). Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su [www.psicoterapeutiinformazione.it](http://www.psicoterapeutiinformazione.it)