

Intervento di psicoeducazione in cardiologia. Uno studio quasi-sperimentale sulla qualità della vita in pazienti con angina *pectoris*

Vito Bernardo¹

¹Psicoterapeuta Cognitivo-Comportamentale - (APC - Lecce)

Riassunto

Introduzione. L'efficacia degli interventi psicologici di prevenzione secondaria e di cura in pazienti con malattia organica è ormai comprovata da numerosi studi.

Il presente lavoro contiene una breve descrizione dei meccanismi fisiopatologici e di alcuni degli aspetti cognitivi ed emozionali e degli stili comportamentali che si osservano nelle fasi di esordio, sviluppo e prognosi della malattia. L'obiettivo del presente lavoro è valutare l'efficacia di un intervento individuale di psicoeducazione volto al miglioramento della qualità di vita di un gruppo di soggetti con angina pectoris.

Metodo. 10 pazienti con angina e rivascolarizzazione miocardica per via percutanea (PTCA) hanno partecipato ad un programma integrato di Prevenzione Secondaria della Cardiopatia Ischemica (interventi di natura specialistica medica e di psicoeducazione). Tutti i pazienti hanno compilato il Questionario sullo stato di salute SF-36 al T1 (a un mese dalla dimissione dal reparto), al T4 (a sei mesi dalla dimissione) e al *follow up* (a due anni dalla dimissione).

Risultati. L'analisi dei dati mostra significativi miglioramenti nell'aderenza al trattamento proposto e nella qualità della vita all' SF-36 all' indice *Role-Physical limitation* (RP) tra T1 e *follow up* e a quello *Physical Component Summary* (PCS) tra T1 e T4.

Parole Chiavi: Angina pectoris, Prevenzione Secondaria, Aderenza, Qualità della vita, Psicoeducazione

A psychoeducational intervention in Cardiology. A quasi experimental study on quality of life in patients with angina pectoris

Summary

Introduction. Numerous studies have now proven the effectiveness of psychological interventions for the secondary prevention and care in patients with organic disease.

The present work contains a brief description of the pathophysiological mechanisms and some of the cognitive and emotional aspects and behavioral styles that are observed during the onset, development and prognosis of the disease. The aim of the present work is to evaluate the effectiveness of a psychoeducational intervention for improving quality of life of a group of patients with angina pectoris.

Method. 10 patients with angina and percutaneous myocardial revascularization (PTCA) participated in an Integrated Prevention Program for Ischemic Cardiomyopathy (specialist medical and psychoeducational interventions). All patients have compiled the Short-Form Health Survey (SF-36) at T1 (one month after discharge), T4 (six months after discharge) and follow up (two years after discharge).

Results. The data analysis shows significant improvements in adherence to the proposed treatment and quality of life at SF-36 at the Role-Physical Limitation (RP) index between T1 and follow up and the Physical Component Summary (PCS) between T1 and T4.

Keywords: Angina pectoris, Secondary Prevention, Adherence, Quality of Life, Psychoeducation

1. Introduzione

Nel mese di maggio 2017, l'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) ha pubblicato i dati di mortalità per causa relativi al periodo 2003-2014, dai quali emerge che le prime tre cause di morte in Italia sono le malattie ischemiche, le malattie cerebrovascolari e altre malattie del cuore. Anche se il dato relativo alla riduzione di oltre il 35% dei tassi di mortalità in 11 anni è positivo, sono ancora presenti molteplici condizioni subcliniche che nel medio-lungo periodo potrebbero contribuire all'aumento dell'incidenza delle malattie del cuore.

Compere (2007a), Sommaruga (2011) e altri propongono un elenco delle variabili considerate fattori di rischio cardiovascolare suddividendole in modificabili e non modificabili. Tra i fattori di rischio non modificabili, gli autori indicano l'età, il sesso maschile, la familiarità, mentre tra quelli modificabili il diabete, l'insulino-resistenza, l'ipertensione arteriosa, la dislipidemia, il fumo di sigaretta e la sedentarietà. Altre condizioni favorevoli alla presenza della malattia organica attraverso l'adozione di stili di vita non salutari sono la depressione (con gli aspetti comportamentali); l'esaurimento dell'energia vitale; la tendenza all'isolamento sociale, ad esperire emozioni quali rabbia (interiorizzata e/o espressa) e ad avere un atteggiamento ostile nelle relazioni interpersonali; lo stress da lavoro e il basso status socioeconomico. Un ultimo elemento, spesso trascurato in letteratura, è il mancato rispetto delle prescrizioni mediche e la non completa aderenza ai trattamenti di modifica comportamentale proposti nei percorsi di cura e riabilitazione.

Diversi sono i trattamenti psicoterapici a matrice cognitivo-comportamentale (sia di gruppo sia nella forma individuale) che possono essere proposti nella riabilitazione dei pazienti con malattia organica e, nel caso specifico, affetti da malattia cardiovascolare: dalla ristrutturazione cognitiva

alla riattivazione comportamentale, dalla RET al lavoro sugli schemi di sé, dai training di rilassamento alle procedure di esposizione, dagli interventi di *decision making* a quelli di *problem solving*. Il focus principale delle procedure è rivolto: alle credenze di ciascun individuo circa le risorse a sua disposizione e in merito agli aspetti interpersonali; alle credenze sulla malattia (cause, conseguenze, durata, controllo), alle valutazioni sulla malattia organica (minaccia alla propria salute, perdita di ruoli nella società) e alle strategie di *coping* utilizzate dal paziente in risposta alle limitazioni fisiche e al disagio emotivo (sia effettivi sia ipotizzati). Ad ogni modo, la proposta delle procedure da utilizzare dovrebbe altresì tener conto degli obiettivi, dei risultati attesi e della durata prevista di ciascun programma.

Boccanelli e Siciliani (2011) sottolineano la necessità di proporre interventi psicologici nelle fasi immediatamente successive alle procedure mediche previste, in quanto “la consapevolezza che la malattia ha colpito un organo vitale può condurre il paziente a dolorose revisioni della stima di sé, a dimensionare diversamente il sentimento del proprio valore e della propria efficienza. L’equilibrio preesistente, in sostanza, appare sovente incrinato, se non addirittura compromesso” (p. 156). Per questi motivi, potrebbero aumentare le probabilità di insorgenza degli elementi clinici caratteristici dei disturbi d’ansia, dei disturbi dell’umore, dei disturbi del sonno, della funzione sessuale e del disturbo dell’adattamento con tutte le sue specificazioni.

2. Ansia, depressione, personalità di tipo D e malattia coronarica

Numerosi studi hanno dimostrato il ruolo che ansia, depressione e personalità svolgono nell’insorgenza, sviluppo e prognosi della cardiopatia coronarica.

Innanzitutto, occorre definire cosa si intende per cardiopatia coronarica (CHD). Maier et al. (2007) sostengono che essa “è causata dall’arteriosclerosi, o arteropatia coronarica, vale a dire dalla stenosi delle arterie coronarie dovuta alla formazione di placche lipidiche che possono determinare angina pectoris o infarto miocardico (MI)”. È oramai noto che si tratta di una malattia di tipo infiammatorio e che lo sviluppo delle placche è effetto di una lesione. “La fase iniziale dello sviluppo della placca è caratterizzata da una disfunzione endoteliale, che si presenta in risposta ad una vasta gamma di fattori irritanti (fumo, ipertensione, colesterolo LDL, stress emotivo). Ne conseguono un’aumentata permeabilità endoteliale, la formazione di molecole vasoattive ed una generale attivazione delle proprietà endoteliali da anticoagulanti a procoagulanti. [...] La lesione cresce di dimensioni in maniera graduale per arrivare a coinvolgere sia l’endotelio che le parti più profonde, ed è possibile che si formi una calotta di fibre nella parte di segmento arterioso

danneggiato. Questa calotta isola la lesione dell'arteria, coprendo l'insieme di leucociti, lipidi e frammenti che compromettono il nucleo necrotico. Più la CHD progredisce verso il suo stadio avanzato, più le richieste fisiche e/o lo stress emotivo si possono combinare con i processi infiammatori in corso nel precipitare gli eventi coronarici catastrofici. Le rotture della placca conducono ad emorragia e danno luogo ad un'ACS" (sindrome coronaria acuta) (Maier et al., 2007, pp. 93-94).

Diverse ricerche sui processi fisiologici hanno contribuito alla comprensione delle relazioni tra infiammazione a livello endoteliale e sintomatologia ansiosa e depressiva e profili specifici di personalità.

I meccanismi fisiologici dell'ansia sono stati descritti sinteticamente da Compare et al. (2007b): "l'ansia o lo stress mentale, associati alla situazione di pericolo e alla risposta di attacco o fuga, contribuiscono ad un'eccessiva attivazione dell'SNS (sistema nervoso simpatico) e ad un eccessivo rilascio di catecolamine" (p. 111), quali epinefrina e norepinefrina. Inoltre, il sistema nervoso simpatico contribuisce all'aumento della frequenza cardiaca, della pressione sanguigna, alla diminuzione del plasma, al restringimento delle arterie coronariche e all'aumento complessivo dell'infiammazione.

Anche la depressione è associata ad alterazioni della funzionalità immunitaria: aumento di interleuchina-6 (IL-6), di aptoglobina e α -1 antitripsina, di IL-1, dell'attivazione dell'asse corticoadrenoipotalamico, dei livelli di catecolamine e di cortisolo. In particolare, le catecolamine contribuiscono all'attivazione delle piastrine (alterazioni della pressione sanguigna) e al danno del tessuto vascolare endoteliale. L'iperlipidemia, l'ipertensione e il danno endoteliale, invece, sono conseguenza della ridotta regolazione dell'asse corticoadrenoipotalamico. Maier et al. (2007) riportano i risultati di alcuni studi nei quali si è osservata un'alterata regolazione del sistema nervoso autonomo (diminuzione del contributo parasimpatico) in riferimento alla variabilità dei livelli di battito cardiaco (riduzione).

Il modello comportamentale di tipo A ("impazienza, aggressività, intensa motivazione al raggiungimento di obiettivi sempre più elevati") influenza la patogenesi della malattia cardiovascolare attraverso quattro meccanismi fisiopatologici: "elevata produzione di catecolamine ed elevata reattività cardiaca, un livello eccessivo di testosterone, elevati livelli di corticosteroidi ed un ridotto antagonismo del sistema parasimpatico nei confronti dell'attivazione del sistema simpatico" (Compare et al., 2007c, p. 145).

Per quel che concerne la personalità di tipo D, caratterizzata da affettività negativa e inibizione sociale, i processi fisiologici attivati sono: “maggiore livello della citochina proinfiammatoria TNF- α ” e “maggiore reattività cortisolica” (Compare et al., 2007c, p. 156).

Come ansia e depressione e i profili di personalità influenzano l’esordio, lo sviluppo e la prognosi della malattia cardiovascolare dal punto di vista cognitivo e comportamentale?

Ad elevata intensità, l’ansia può contribuire all’aggregazione delle piastrine e alla formazione di trombi (Compare et al., 2007b). Diversi studi hanno, invece, sottolineato il legame indiretto osservabile dalla messa in atto di comportamenti non salutari quali alimentazione non regolare, consumo di tabacco, abuso di alcool, assenza di esercizio fisico. Anche nella fase di cura e riabilitazione, le preoccupazioni patologiche catastrofizzanti caratteristiche della sintomatologia ansiosa possono incidere sulla *compliance* e completa aderenza al trattamento farmacologico e alle prescrizioni di modifica dei fattori di rischio comportamentali.

Nel caso della depressione, invece, l’adozione di stili di vita non salutari quali fumo, sedentarietà e dieta ricca di grassi contribuiscono all’insorgenza del problema medico cardiovascolare, mentre le difficoltà di adattamento alle temporanee o durature limitazioni e le emozioni senso di colpa e tristezza possono caratterizzare il periodo successivo alla diagnosi e alle procedure mediche: la persona può riflettere sulla responsabilità personale in merito allo sviluppo della malattia per aver adottato uno stile di vita non salutare (Maier et al., 2007) o sulla perdita effettiva o presunta del ruolo personale all’interno del nucleo familiare, nella coppia (aspetti della sessualità), nella società.

In accordo con quanto sostenuto da Thorensen e Powell e Friedman e colleghi è di fondamentale importanza l’attenzione posta alle reazioni (cognitive e comportamentali) degli individui a determinate situazioni. Compare et al. (2007c) sintetizzano il profilo di personalità di tipo A, suggerendo la presenza di “impazienza, aggressività, intensa motivazione al raggiungimento di obiettivi sempre più elevati, senso di urgenza del tempo, desiderio di riconoscimento” (p. 138). Un ruolo fondamentale è svolto dalle valutazioni dell’individuo in particolari circostanze: la percezione di una disponibilità personale parziale delle risorse necessarie al raggiungimento dello scopo di ottenere successo contribuisce alla presenza di insicurezza e inadeguatezza. Tra le credenze di base caratteristiche della personalità di tipo A si annoverano: “devo costantemente provare a me stesso di valere attraverso il raggiungimento di traguardi importanti e socialmente riconosciuti”, “non credo nell’esistenza di principi morali universali garanti di onestà, giustizia e bontà”, “credo che le mie risorse necessarie per avere successo siano scarse e insufficienti”

(Compare et al., 2007c, p. 140). La presenza di tali credenze è relata al comportamento caratterizzato da ostilità e rabbia interiorizzata: la prima nella forma di completa sfiducia nei confronti degli altri e denigrazione espressa, mentre la seconda, non espressa all'esterno, come irritazione "verso la fonte di frustrazione" (Compare et al., 2007c, p. 148).

L'affettività negativa, ovvero una visione pessimistica della vita e la tendenza ad inibire l'espressione delle emozioni negative sono caratteristiche peculiari della personalità di tipo D. In questo caso, sia l'ostilità sia la rabbia sono visibili all'esterno attraverso la messa in atto di comportamenti aggressivi (verbalizzazioni ed espressione fisica). "Le persone sono motivate principalmente da intenti egoistici e sono frequentemente fonte di maltrattamento" è una delle credenze caratteristiche di questo profilo di personalità (Compare et al., 2007c, p. 149), mentre i comportamenti prototipici sono l'atteggiamento di distanza fisica ed emotiva nelle relazioni con gli altri e la mancata, almeno in un primo momento, espressione delle emozioni provate. Nel caso specifico dell'"ostilità cinica" ("schema cognitivo che predispone a frequenti contrasti e conflitti interpersonali" e caratterizzato dalla credenza che "non è possibile fidarsi delle persone, poiché tutte agiscono a partire dai loro intenti egostici e, di conseguenza, vi è un'alta possibilità di divenire vittima di prevaricazioni e offese", Jorgensen et al., 2007, p. 166) e dell'"ostilità difensiva" ("atteggiamento difensivo [...] che è in grado di garantire la salvaguardia dell'autostima attraverso un meccanismo di fuga (comportamentale o cognitiva) dai conflitti interpersonali e dalla minaccia di essere valutati", Jorgensen et al., 2007, p. 167), lo scopo terminale sarebbe ottenere l'approvazione sociale e, se percepito in stato di minaccia o addirittura compromesso, può contribuire all'insorgenza della malattia cardiovascolare (lo stato mentale di vigilanza nei confronti delle reazioni degli altri attiva l'asse simpatoadrenomidollare) e alla presenza di un atteggiamento anassertivo e una modalità comportamentale passivo-aggressiva (attivazione dell'asse corticoadrenoipofisario). Jorgensen et al. (2007) concludono che i meccanismi fisiologici appena descritti sono osservabili nelle fasi di esordio del disturbo medico e possono "indurre ulteriori cambiamenti che facilitano il progredire della malattia", quali "aumentare la vulnerabilità alle infezioni" (attraverso l'attivazione del cortisolo), "del sistema nervoso simpatico" e del "rilascio di acidi grassi liberi" (Jorgensen et al. 2007, p. 174). L'azione negativa sulle funzioni cerebrali della memoria e sulle funzioni cognitive rispettivamente dei glucorticoidi e dell'ipertensione contribuiscono alla rigidità delle strategie di coping in presenza di una rallentata elaborazione delle informazioni e dei disturbi riscontrati nella memoria episodica.

3. L'aderenza ai trattamenti

Un fattore molto importante nella prognosi dei soggetti con problemi cardiovascolari è l'aderenza ai trattamenti proposti.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO, 2003) ha proposto una definizione del termine aderenza: “*the extent to which a person's behaviour – taking medication, following a diet, and/or executing lifestyle changes, corresponds with agreed recommendations from a health care provider*” (WHO, 2003). Gli autori del documento indicano fattori specifici per un'ottima aderenza: la chiarezza della diagnosi e del trattamento, la continuità delle cure (*follow up* a lungo periodo), la percezione di soggetti attivi dei pazienti nei processi di cura e riabilitazione.

L'aderenza può essere perseguita attraverso differenti modelli e strategie riguardanti soprattutto variabili interpersonali (paziente e personale di cura) e intrapersonali (paziente). Nello specifico, i modelli indicati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità sono i seguenti:

- modello biomedico, in cui i pazienti vengono intesi come “passivi esecutori delle indicazioni del medico” e, in questo caso, la mancata aderenza viene ascritta alle caratteristiche del soggetto coinvolto (ad es., tratti di personalità e variabili sociodemografiche);
- modelli comportamentali di apprendimento, in cui il focus è rivolto ai meccanismi di rinforzo che incidono sull'apprendimento dei comportamenti;
- modelli di autoregolazione, in cui un ruolo importante viene svolto dalle rappresentazioni della malattia e dalle strategie di *coping* utilizzate, entrambi mediatori delle variabili percezione di minaccia alla salute e comportamento assunto (*decision making*).

In sintesi, gli studiosi indicano la vulnerabilità percepita riguardo alla malattia, la percezione della gravità della stessa, l'autoefficacia e il controllo percepito sui comportamenti salutari fattori che contribuiscono ad una buona aderenza nel processo di cura.

Come sottolineato dagli autori del documento e sostenuto da Meichenbaum e Turk (1987), i fattori che influenzano in maniera indipendente i comportamenti di aderenza sono:

- “la conoscenza e le abilità circa il problema di salute e il comportamento autoregolato;
- le credenze relative alla malattia (percezione della gravità, della vulnerabilità, dell'autoefficacia e delle aspettative personali);
- la motivazione;
- l'azione (intrapresa dopo aver ricevuto appropriate informazioni e dopo aver valutato e selezionato le risorse e le alternative a disposizione)” (WHO, 2003).

4. Il modello della self-regulation di Leventhal

Un modello utile alla comprensione della rappresentazione della malattia del paziente e, soprattutto, alla programmazione di interventi nelle fasi di cura e riabilitazione è quello proposto da Leventhal.

Leventhal (1998), Giardini (2007) e altri esplicitano gli assunti alla base della concettualizzazione proposta, quali:

- l'individuo è un attivo *problem solver*, in quanto cerca di dare un senso alla malattia ed evita o controlla i segnali di essa;
- la persona risponde alla malattia in maniera dinamica, ricercando un continuo adattamento, ovvero una generale comprensione dello stato di malessere attraverso la sua rappresentazione, le strategie di *coping* adottate e la continua valutazione degli esiti di queste ultime;
- il soggetto, percependo una minaccia immediata e urgente, è motivato ad aumentare i livelli della propria salute fisica e psichica.

Nel modello della *self-regulation* proposto, Leventhal e collaboratori individuano l'acquisizione delle

informazioni quale condizione necessaria affinché la persona generi una rappresentazione della malattia e una risposta emotiva.

Le rappresentazioni sarebbero organizzate su due livelli separati e distinti: al primo livello, esse appaiono statiche, basate su schemi predefiniti e astratti (etichette prodotte perlopiù da informazioni reperite dalla cultura di appartenenza), mentre al secondo sono dinamiche e fanno riferimento al livello cognitivo, ai sintomi e, quindi, alla percezione individuale di cambiamenti del proprio corpo. Al fine di dare un significato e ridurre i cambiamenti percepiti a livello somatico, la persona metterebbe in atto strategie di *coping* (cognitive e comportamentali) specifiche. La rappresentazione generale del problema (malattia) e la selezione delle strategie di *coping* avrebbero un legame bidirezionale, secondo il quale la prima è modellata dalle seconde e viceversa.

Leventhal e colleghi sostengono che le strategie di *coping* si basano principalmente sulla regola "*If-Then*", dove "*If*" rappresenterebbe la natura della minaccia attribuita alla malattia (credenze relative a identità, cause, durata, conseguenze e cura-il grado di controllo sulla malattia-), mentre "*Then*" costituirebbe l'azione, ovvero ciò che l'individuo fa dopo aver definito il problema. A questo punto la valutazione delle conseguenze delle strategie utilizzate potrebbe contribuire ad un aumento della percezione di minaccia per la salute (ad es., "il bruciore di stomaco che non diminuisce in seguito all'assunzione di un antiacido viene attribuito ad ulcera", Leventhal et al., 1998) e, quindi, all'attivazione di un nuovo processo "*If-Then*". In quest'ultimo caso "*If*" sarebbe

indicata quale valutazione dell'efficacia della strategia di *coping* utilizzata, mentre “*Then*” sarebbe una nuova rappresentazione del problema.

Le rappresentazioni, dunque, vengono formate nel momento in cui il soggetto avverte i primi sintomi, possono mutare nel corso della progressione della malattia, alla presenza di nuovi sintomi e alle risposte al trattamento e vengono processate in parallelo alle risposte emotive.

Leventhal sostiene che le aspettative circa l'esito dei comportamenti hanno un ruolo fondamentale nella pianificazione delle azioni riguardanti la minaccia per la propria salute e nell'aumento di intensità di un'eventuale sofferenza psichica. L'autore individua tre dimensioni caratteristiche delle aspettative: rilevanza allo scopo, durata e aspettative sulla risposta. La prima è identificabile nella selezione delle risposte direttamente accessibili con l'obiettivo di dare un nome allo stato di malessere (ottenibili attraverso gli esami clinici e i segni individuati); la seconda indica quanto tempo la persona ritiene necessario affinché un farmaco, ad esempio, possa fare effetto; la terza è legata, invece, agli effetti concreti della terapia. Qualora le aspettative non fossero rispettate, l'individuo potrebbe sperimentare emozioni quali ansia e tristezza e, più in generale, *distress* emotivo (Leventhal et al., 1998).

Il modello di Leventhal e colleghi appare molto simile al modello TOTE ideato da Miller, Galanter e Pribram e riproposto da Castelfranchi et al. (2002).

Una sintesi del modello è quella di Giardini et al. (2007), i quali riferiscono che “Le risposte alla malattia si articolano fondamentalmente in tre stadi: rappresentazione, *coping* e verifica. Attraverso questi tre stadi il sistema si organizza in modo fluido e considera l'opportunità del soggetto, in caso di necessità, di correggere il proprio modo di agire e le proprie strategie di *coping*. In particolare attraverso la rappresentazione cognitiva, attivata sia da stimoli interni (ad esempio i sintomi) che stimoli esterni (ad esempio informazioni), il soggetto percepisce la minaccia per la salute ed il conseguente significato emozionale. Così, per affrontare la situazione, sia per quel che concerne lo stato di salute che la risposta emozionale, il soggetto sviluppa ed attua piani di azione e strategie di *coping*. Infine, attraverso la verifica, è possibile controllare i risultati dei comportamenti messi in atto e riattivare il percorso autoregolatorio” (p. A65).

Il modello della *self-regulation* è stato utilizzato anche in contesti clinici.

Steca et al. (2013) hanno condotto uno studio su 172 pazienti (età media 66,43 anni e deviazione standard 9,99) con malattia cardiologica. Gli autori ipotizzano che le rappresentazioni cognitive relative alla malattia costituiscono il substrato delle risorse utilizzate dal paziente per pianificare e adottare stili di *coping* in risposta al malessere avvertito.

I risultati dello studio confermano le ipotesi iniziali, in quanto la rappresentazione della malattia e le credenze di autoefficacia mediano la percezione della gravità della patologia, l'intensità del *distress* emotivo e i livelli di soddisfazione per la propria salute.

Steca e collaboratori concludono che le indagini sulla rappresentazione della malattia, sugli stili di *coping* adottati e sull'autoefficacia permettono ai clinici di identificare in maniera più puntuale l'eventuale disagio emotivo dei pazienti e intervenire al fine di rendere meno problematico l'adattamento e il recupero dallo specifico stato clinico medico.

5. L'intervento di psicoeducazione: caratteristiche ed obiettivi

Per psicoeducazione si intende una modalità di trattamento che integra interventi di tipo educativo e terapeutico e può prevedere l'acquisizione di informazioni da parte dei partecipanti circa eziologia, decorso, conseguenze, prognosi della malattia, apprendimento di strategie di *coping* funzionali (cognitive, comportamentali ed emotive) e di comportamenti pro salute (Lukens et al., 2004).

Mosticoni et al. (2011) definiscono scopo ed efficacia degli interventi di psicoeducazione, quali "destigmatizzare l'individuo (anche "normalizzando" il suo disagio), dare informazioni che possano migliorare la sua aderenza al trattamento vero e proprio, e con l'esito di ridurre numero e intensità di eventuali recidive" (p. 55).

Un ulteriore obiettivo dell'intervento psicoeducativo può essere l'aumento della consapevolezza circa la malattia attraverso l'osservazione delle regolarità, circostanze ed esiti delle azioni, la modificazione dei comportamenti disfunzionali e la diminuzione delle probabilità di ricaduta (Mosticoni et al., 2011).

Ad ogni modo, i programmi psicoeducativi utilizzati in clinica possono essere suddivisi in passivi e attivi e differenziati per focus di intervento (Srivastava et al., 2016): modelli informativi, modelli di apprendimento di abilità e modelli comprensivi. Nei modelli informativi l'attenzione è posta al trasferimento di informazioni circa il disturbo a pazienti e familiari attraverso *brochures*, *posters*, supporti audio-visivi, articoli divulgativi, *software* etc. L'obiettivo è quello di aumentare le conoscenze in merito alla natura e al trattamento del disturbo e del *distress* psicologico. L'apprendimento o lo sviluppo di specifiche abilità di gestione della malattia (aspetti medici e psicologici; comportamentali e cognitivi) è caratteristica peculiare e scopo dell'implementazione delle attività nei secondi. Essi prevedono l'utilizzo di tecniche psicoterapiche e possono essere svolti sia in modalità individuale sia in gruppo. I modelli comprensivi, invece, presentano interventi

di trasferimento di conoscenze (informazioni) e di acquisizione di competenze (*mindfulness*, *problem solving*, strategie di *coping* etc.).

5.1 La valutazione di efficacia degli interventi di psicoeducazione in cardiologia riabilitativa

L'efficacia (*effectiveness*) degli interventi di psicoeducazione in pazienti con problemi cardiaci non è univocamente espressa. I dati presentati in diversi studi di metanalisi o di valutazione di programmi singoli psicoeducativi a valenza sperimentale o clinica sono controversi.

In una metanalisi, McGillion et al. (2008a) hanno preso in considerazione sette *trials* con 949 partecipanti complessivi, tutti pazienti con diagnosi di disfunzione dell'arteria coronaria (*Coronary artery disease*, CAD), angina con severità I e III (*Canadian Cardiovascular Society*) e sintomi stabili osservati nel corso degli ultimi sei mesi. I soggetti inseriti nei differenti gruppi sperimentali hanno partecipato a degli incontri di psicoeducazione con terapia cognitivo-comportamentale come modello teorico di riferimento. Gli obiettivi definiti nei vari studi sono: l'aumento dell'esercizio fisico, una gestione funzionale dell'ansia e dello *stress*, il rispetto di un'alimentazione sana e regolare e il corretto utilizzo della terapia farmacologica (nitrati). La tecnica utilizzata, invece, fa riferimento ad un *training* di rilassamento non meglio specificato.

Per valutare l'efficacia clinica degli interventi, gli autori hanno definito i seguenti indicatori: la frequenza di episodi di angina e loro durata nel corso della settimana; la frequenza di utilizzo del nitrato sublinguale; i punteggi delle dimensioni del *Seattle Angina Questionnaire*, strumento utile alla misurazione della qualità della vita (SAQ; Spertus, J. A. et al., 1995); il benessere psicologico. Nello specifico, gli autori hanno riscontrato che cinque *trials* riportano la frequenza degli episodi di angina, tre la durata in minuti degli episodi, tre il numero di confezioni di farmaco utilizzate. Inoltre, due *trials* utilizzano uno strumento *self-report* per la misura della qualità della vita (SAQ) e tre riportano l'utilizzo di scale per la misura di ansia, depressione e *stress* (*Hospital Anxiety and Depression Scale*, *Centre for Epidemiological Studies Depression Scale*, *Derogatis Stress Profile* e *Spielberg State-Trait Personality Inventory*).

Dalle analisi svolte e riportate negli studi presi in esame, nel gruppo di soggetti che ha partecipato ai programmi di psicoeducazione proposti gli autori osservano dei cambiamenti statisticamente significativi, quali: una riduzione di frequenza e durata degli episodi di angina nel corso della settimana; una diminuzione dell'utilizzo della terapia farmacologica; un miglioramento nei punteggi riguardanti le dimensioni *Physical Limitation* (PL) e *Disease Perception* (DP) nel questionario sulla qualità della vita. Inoltre, gli stessi autori riferiscono l'impossibilità di procedere

ad una valutazione dell'efficacia degli interventi in tema di benessere psicologico considerata la non omogeneità degli strumenti utilizzati per indagare lo stesso costrutto.

Lo studio di metanalisi proposto da McGillion et al. (2008a) non appare, dunque, né esaustivo né chiarificatore in merito alla reale efficacia dei programmi di psicoeducazione, in quanto, secondo gli autori, “gli interventi all'interno dei trials sono eterogenei rispetto a durata, format (individuali o di gruppo) e processo”.

Inoltre, McGillion et al. (2008b) hanno condotto uno studio controllato e randomizzato su 130 soggetti affetti da CAD e angina cronica stabile (CSA) negli ultimi sei mesi (66: gruppo sperimentale, 64: gruppo di controllo; età media: 68 anni e deviazione standard 11). I gruppi sperimentali formati prevedono la partecipazione di un numero di soggetti compreso tra 8 e 15. L'intervento psicoeducativo ha come obiettivo l'apprendimento di abilità per la gestione quotidiana del disagio causato dagli episodi di angina, ovvero: gestione dello stress e delle emozioni presenti e relative al dolore e tecniche di rilassamento. Il gruppo di controllo ha seguito l'*iter* medico previsto. La durata dell'intervento è di sei settimane con incontri settimanali della durata di due ore. Al termine di ciascuna sessione i partecipanti ricevono un manuale con le nozioni più importanti trattate in ogni singolo incontro.

Lo strumento per monitorare la qualità della vita è il *Medical Outcomes Study SF-36-Item Short Form* (SF-36; Ware, J. E., 2005); il *Seattle Angina Questionnaire* (SAQ; Spertus, J. A. et al., 1995) per la qualità della vita specifico per l'angina; la *Self-Efficacy Scale* (Lorig, K. Et al., 1989) per l'autoefficacia.

Gli autori dello studio riportano dei risultati a tre mesi dall'inizio dell'intervento. Nel gruppo sperimentale le dimensioni *Physical Functioning* (PF) e *General Health* (GH) per il questionario SF-36 e *Angina Pain Frequency* (PF) e *Stability* (AS) per il SAQ appaiono migliori nel gruppo sperimentale.

In sintesi, a tre mesi il programma di psicoeducazione contribuisce al miglioramento del funzionamento fisico e della salute generale, alla riduzione della frequenza di episodi di angina e al miglioramento della stabilità oltre ad un aumento dell'autoefficacia dei partecipanti all'intervento.

Bashiri et al. (2016) hanno condotto uno studio randomizzato su 70 pazienti (di età compresa tra 21 e 65 anni) con diagnosi di disfunzione dell'arteria coronaria (*Coronary artery disease*, CAD). 35 soggetti (gruppo sperimentale) hanno partecipato ad 8 incontri psicoeducativi, con frequenza di due a settimana e della durata di 45-60 minuti ciascuno, mentre i restanti (gruppo di controllo) sono stati sottoposti a cure mediche ordinarie e hanno ricevuto un libretto contenente delle informazioni

generali sulla malattia cardiaca. L'intervento psicoeducativo, svolto in gruppo, verte sull'acquisizione di abilità utili al fronteggiamento dell'ansia e della rabbia, sull'apprendimento di stili di vita salutari e di tecniche di *problem solving* e su un *training* di rilassamento muscolare. Oltre a mettere in atto in ambiente naturale quanto appreso nella singola sessione di gruppo, i partecipanti sono stati contattati telefonicamente per supportarli nelle attività da svolgere a casa durante la settimana. Il programma ha avuto una durata di quattro settimane.

Lo strumento utilizzato per misurare eventuali cambiamenti nell'area qualità di vita è il *Goldberg's General Health Questionnaire* (GHQ; Goldberg, Hilier, 1979), la somministrazione del quale è avvenuta all'inizio e al termine dell'intervento.

I risultati dello studio evidenziano delle differenze statisticamente significative nel confronto tra i punteggi del gruppo sperimentale e quelli del gruppo di controllo al questionario sulla qualità della vita compilato al termine dell'intervento e anche nel confronto dei punteggi al *baseline* e a quattro settimane dall'inizio del programma nel solo gruppo sperimentale. Per queste ragioni, gli autori sostengono che l'intervento psicoeducativo contribuisce in misura rilevante al miglioramento della salute mentale dei soggetti coinvolti, riducendo i sintomi somatici e psicologici (ansia e depressione).

Højskov et al. (2015) hanno condotto uno studio clinico randomizzato su pazienti sottoposti ad intervento di *bypass* aorto-coronarico (*Coronary artery bypass grafting*, CABG). I soggetti coinvolti sono stati 60, mentre i gruppi di intervento quattro (15 partecipanti per gruppo). Il primo gruppo sperimentale ha partecipato ad un *training* di esercizio fisico, il secondo ad un programma psicoeducativo, il terzo ad esercizio fisico e intervento di psicoeducazione, mentre il quarto ha usufruito esclusivamente delle cure mediche. Nello specifico, l'intervento psicoeducativo è strutturato in quattro incontri individuali: all'ingresso, al terzo giorno successivo all'intervento, alla dimissione e a quattro settimane dall'intervento. Quest'ultimo ha come cornice teorica un approccio centrato sul paziente ("lavoro su possibilità di osservare le cose da un punto di vista differente, affermazione delle priorità e dei valori personali, intervento sui paradossi", Højskov et al., 2015). Al fine di offrire tecniche utili alla riduzione dello stress e proporre esercizi di meditazione sono aggiunti al programma psicoeducativo degli esercizi di *mindfulness* (da mettere in atto anche a casa). Gli strumenti utilizzati nelle tre fasi di valutazione (al momento dell'ingresso, alla dimissione, al *follow up* a quattro settimane dall'intervento) sono i seguenti: *Medical Outcomes Study SF-36-Item Short Form* (SF-36; Ware, J. E., 2005), *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS; Bjelland, I. et al., 2002), *HeartQol* (Oldrige, N. et al., 2014), *Multidimensional Fatigue*

Inventory (Lin, J. M. et al., 2009), *Brief Illness Perception Questionnaire* (Broadbernt, E. et al., 2006) e *International Physical Activity* (IPAQ; Hagstromer, M. et al., 2006), *Pittsburgh Sleep Quality Index* (Buysse, D. J. et al., 1989), *The Örebro Musculoskeletal Screening Questionnaire* (Gabel, C. P. et al., 2012).

I dati quantitativi relativi alla compilazione degli strumenti utilizzati non sono stati oggetto di analisi statistiche in quanto, come riferiscono gli stessi autori dello studio, un numero cospicuo di soggetti ha interrotto in fasi differenti la partecipazione al programma e non è stato possibile mettere a confronto i punteggi delle diverse misurazioni. Inoltre, anche l'aderenza all'intervento è risultata deficitaria: sei su dieci sessioni di esercizi fisici previste sono state regolarmente effettuate e solo la metà dei partecipanti ha utilizzato la tecnica della *mindfulness*.

Van Elderen e Dusseldorp (2001) hanno condotto uno studio con disegno quasi sperimentale con *pre test*, *post test* e gruppo di controllo su soggetti affetti da malattia cardiaca coronarica (*Coronary heart disease*, CHD) e loro familiari. 339 pazienti hanno partecipato allo studio, così suddivisi: 127 ad un training di esercizio fisico (con consegna di un modulo informativo sulla patologia), 90 ad un *training* di esercizio fisico e ad un programma psicoeducativo, 122 alle classiche cure mediche (gruppo di controllo).

Nella prima condizione sperimentale sono stati organizzati gruppi di 10-15 pazienti e familiari. Un cardiologo, un dietologo, uno psicologo e un infermiere hanno fornito rispettivamente informazioni circa i fattori di rischio, le abitudini alimentari salutari, gli stili di vita correlati ai fattori di rischio e le caratteristiche della sintomatologia ansiosa e depressiva e i fattori somatici e sociali relati alla malattia. La durata dell'intervento prevista è di un mese, con incontri settimanali di due ore.

Gli obiettivi da raggiungere nei pazienti inseriti nella seconda condizione sperimentale sono: modifica degli stili di vita non salutari (fumo, dieta ed esercizio fisico), apprendimento di strategie utili ad una funzionale gestione del disagio emotivo (ansia, depressione, frustrazione ed irritabilità), messa in atto di comportamenti caratterizzati dall'impegno in attività piacevoli e sociali. Per tali motivi, sono state utilizzate tecniche non precisate relative all'autocontrollo, la *Rational-Emotive Therapy* (RET) ed esercizi di rilassamento. La durata dell'intervento è di un mese, con sessioni di gruppo di 6-8 pazienti e familiari di due ore ciascuna. Inoltre, i partecipanti ricevono le medesime informazioni di quelli della prima condizione sperimentale. Ad ogni incontro segue un'intervista telefonica al fine di monitorare l'andamento di quanto condiviso in esso e discutere di eventuali disagi psicosociali. Nel corso dei dodici mesi successivi alla dimissione, ulteriori sette contatti

telefonici (utilizzati come prevenzione delle ricadute) sono intercorsi tra personale medico e partecipanti.

Gli strumenti utilizzati nello studio sono stati un'intervista su eventuali comportamenti a rischio per il problema cardiaco, *Eating Habits Scale* (Scholten et al., 1994), *Life Satisfaction Questionnaire-H* (LSQ-H; Van Elderen, T. et al., 1997). I dati sono stati raccolti in tre tempi differenti: al momento della dimissione dal reparto, a tre mesi e a dodici mesi dalla dimissione.

Gli autori dello studio sottolineano che nella seconda condizione sperimentale sono stati riscontrati dei cambiamenti significativi tra il *pre test* (dimissione) e al primo *follow up* (a tre mesi dalla dimissione) in tutte le aree relative agli stili di vita. Inoltre, osservano un'ulteriore modifica in positivo degli stili alimentari e un decremento di comportamenti proattivi in tema di fumo e vita sedentaria nel periodo che intercorre tra primo e secondo *follow up* (a dodici mesi dalla dimissione).

Dagli studi presi in esame emergono dei dati confortanti per ciò che concerne l'*effectiveness* dei programmi di psicoeducazione implementati. Quasi tutti gli autori riferiscono una diminuzione delle limitazioni fisiche a causa della malattia e una riduzione degli episodi di angina nel periodo successivo all'intervento. Inoltre, alcune ricerche evidenziano una diminuzione della sintomatologia ansiosa e depressiva, un aumento dell'autoefficacia e della presenza di stili di vita salutari (alimentazione sana e regolare) al termine del trattamento e al *follow up*.

Emergono altresì diversi punti di debolezza, quali: assenza di chiarezza circa le tecniche specifiche utilizzate per perseguire gli obiettivi prefissati, assenza di indicatori chiari e univoci per la misura e il monitoraggio del benessere psicologico, eterogeneità degli strumenti utilizzati e dei tempi dei vari *follow up*.

6. La ricerca

Il presente lavoro è frutto delle attività di tirocinio di specializzazione previsto e di *project* di ricerca relativo all'anno 2013/2014 ("La qualità della vita nel paziente con cardiopatia ischemica". *Tutor*: Dott. Raffaele Maniglia), entrambi svolti presso il Servizio di Psicologia Ospedaliera del P.O. "Vito Fazzi" di Lecce.

6.1 Intervento di psicoeducazione su un gruppo di pazienti con angina pectoris

6.1.1 Partecipanti

La ricerca è stata svolta presso l'U.O.C. di Cardiologia Interventistica ed Emodinamica (Ambulatorio di Prevenzione Secondaria della Cardiopatia Ischemica) in collaborazione con il

Servizio di Psicologia Ospedaliera del P.O. “Vito Fazzi” di Lecce. I soggetti con angina e rivascolarizzazione miocardica per via percutanea (PTCA) che afferivano all’ambulatorio hanno avuto la possibilità di partecipare ad un programma integrato di Prevenzione Secondaria della Cardiopatia Ischemica, su base volontaria e previa informazione sul tipo di trattamento e firma del consenso informato. Lo studio ha un disegno quasi sperimentale a serie temporale interrotta semplice.

6.1.2 Obiettivi

L’obiettivo della ricerca è valutare l’efficacia di un intervento individuale di psicoeducazione sulla qualità di vita di soggetti con disturbo organico. Nello specifico, i risultati attesi sono: buona aderenza al trattamento generale, migliore qualità della vita (riduzione ed estinzione dei comportamenti non salutari quali fumo, stili alimentari scorretti; aumento di attività fisica e attività socializzanti).

6.1.3 Metodo

Il programma di prevenzione secondaria prevedeva interventi individuali di natura specialistica medica e psicologica. La durata del programma è stata di sei mesi con quattro incontri (a un mese dalla dimissione dal reparto, a tre mesi, a quattro mesi e a sei mesi) e un *follow up* a due anni dalla dimissione.

L’intervento medico è stato caratterizzato dall’esecuzione di controlli clinici e strumentali specialistici (esami ematochimici, elettrocardiogramma, ecocardiogramma, *test* ergometrico, *ecocolor-Doppler* dei TSA) effettuati dal cardiologo del reparto responsabile del programma di Prevenzione Secondaria.

L’intervento psicologico di psicoeducazione prevedeva ad un primo livello l’identificazione e il monitoraggio dei fattori di rischio e di protezione cardiovascolare, l’indagine sulla rappresentazione della malattia (consapevolezza di malattia; credenze sulle possibili cause, durata, conseguenze e possibilità di controllo), la valutazione della qualità della vita e dell’eventuale presenza di ansia e depressione. Il secondo livello è stato caratterizzato dalla modifica degli stili di vita non salutari e dall’intervento sulla rappresentazione della malattia attraverso la ristrutturazione cognitiva e utilizzo della tecnica del *problem solving*. Inoltre, sono stati predisposti dei momenti per la comprensione dell’eventuale sintomatologia ansiosa e/o depressiva riferita dal paziente. La durata

prevista per ciascun incontro è stata di 45 minuti. Non sono stati eseguiti interventi terapeutici specifici nel caso di disturbi di ansia e depressione di intensità elevata e cronici.

6.1.4 Strumenti

I dati sociodemografici, i fattori di rischio (fumo, dislipidemia, ipertensione arteriosa, familiarità, assenza o carenza di supporto sociale e problemi economici) e di protezione (attività fisica, alimentazione sana e regolare, presenza di supporto sociale) sono stati raccolti attraverso un'intervista semistrutturata e schede costruite *ad hoc*. La qualità della vita è stata valutata attraverso la somministrazione del Questionario sullo stato di salute SF-36 (SF-36; Apolone, G. et al., 1997). I tempi definiti per la raccolta dei dati sono stati tre: T1 (ad un mese dalla dimissione), T4 (al termine del programma integrato di Prevenzione Secondaria, ovvero a sei mesi dalla dimissione) e *follow up* (a due anni dalla dimissione).

6.1.5 Risultati

Il campione oggetto di studio è costituito da 10 pazienti (3 donne e 7 uomini, con età media 61,60 anni e ds=10,20).

I partecipanti all'intervento psicoeducativo hanno riferito una riduzione dei comportamenti definiti fattori di rischio cardiovascolare (abitudine al fumo, alimentazione sbilanciata e ricca di grassi e vita sedentaria) e un aumento, invece, dell'adozione di uno stile di vita salutare (attività fisica, alimentazione sana e regolare e percezione di un buon supporto sociale) a sei mesi e a due anni dalla dimissione dal reparto.

Al termine del programma, solo 2 pazienti hanno riferito di mantenere l'abitudine al consumo di tabacco, mentre al *follow up* solo un soggetto ha dichiarato di farne uso.

Al T1, 5 pazienti hanno affermato di avere uno stile alimentare scorretto (nei termini sia di tempi di consumo dei pasti sia di qualità e quantità di cibo), mentre 4 e 2 tra essi hanno sostenuto di adottare uno stile alimentare non salutare rispettivamente al T4 e al *follow up*.

Al T1 e al T4, 4 partecipanti hanno dichiarato di non svolgere alcuna attività socializzante e di percepire scarso supporto sociale, mentre al *follow up* tutti i soggetti hanno riferito di percepire la vicinanza fisica ed emotiva di altre persone.

Ad un mese dalla dimissione dal reparto solo 3 pazienti hanno affermato di svolgere regolare attività fisica (passeggiate all'aria aperta, ginnastica dolce in palestra o piscina), mentre alle due

misurazioni successive 7 partecipanti su 10 hanno esplicitato il loro impegno in attività di esercizio fisico.

	<i>T1</i> (ad un mese dalla dimissione)	<i>T4</i> (a sei mesi dalla dimissione)	<i>Follow up</i> (a due anni dalla dimissione)
<i>Fumo</i>	7 (70%)	2 (20%)	1 (10%)
<i>Dislipidemia</i>	8 (80%)	4 (40%)	4 (40%)
<i>Ipertensione arteriosa</i>	6 (60%)	5 (50%)	5 (50%)
<i>Familiarità</i>		7 (70%)	
<i>Assenza/Carenza di supporto sociale</i>	4 (40%)	4 (40%)	0
<i>Altro</i>	4 (40%)	2 (20%)	3 (30%)
<i>Attività fisica</i>	3 (30%)	7 (70%)	7 (70%)
<i>Alimentazione sana e regolare</i>	5 (50%)	6 (60%)	8 (80%)
<i>Presenza di supporto sociale</i>	6 (60%)	6 (60%)	10 (100%)

Tabella 1: Frequenze e Percentuali Fattori di rischio e di protezione cardiovascolare

I dati ricavati dalla somministrazione del questionario SF-36 sottolineano un miglioramento della qualità della vita dei partecipanti all'intervento. Nello specifico, dal confronto tra i punteggi medi al T1 e al T4 emerge che i 10 pazienti riferiscono un aumento della possibilità di svolgere le attività quotidiane in assenza di dolore al termine dell'intervento psicoeducativo (*Physical functioning*, PF; M=75,44 e M=77,89) e una diminuzione delle limitazioni al lavoro (*Role-physical limitation*, RP; M=52,50 e M=85,00). Inoltre, dall'osservazione dei punteggi delle dimensioni *Role-physical limitation* (RP) e *Role-emotional limitation* (RE) al T4 e al *follow up* emerge l'assenza di problemi al lavoro o in altre attività quotidiane a causa della malattia fisica e il superamento del disagio emotivo (rispettivamente: M=85,00 e M=95,00; M=70 e M=93,33).

	<i>T1</i> (ad un mese dalla dimissione)	<i>T4</i> (a sei mesi dalla dimissione)	<i>Follow up</i> (a due anni dalla dimissione)
<i>Physical functioning (PF)</i>	75,44	77,89	85,00
<i>Role-physical limitation (RP)</i>	52,50	85,00	95,00
<i>Bodily pain (BP)</i>	77,00	84,70	76,10
<i>General health (GH)</i>	67,60	65,10	63,60
<i>Vitality (VT)</i>	62,00	61,00	62,00
<i>Social functioning (SF)</i>	78,75	76,25	87,50
<i>Role-emotional limitation (RE)</i>	66,67	70,00	93,33
<i>Mental Health (MH)</i>	70,80	69,20	64,80
<i>Physical Component Summary (PCS)</i>	46,34	50,90	51,07

Mental Component Summary (MCS) 48,44 46,31 48,94

Tabella 2: Punteggi Medi Questionario SF-36

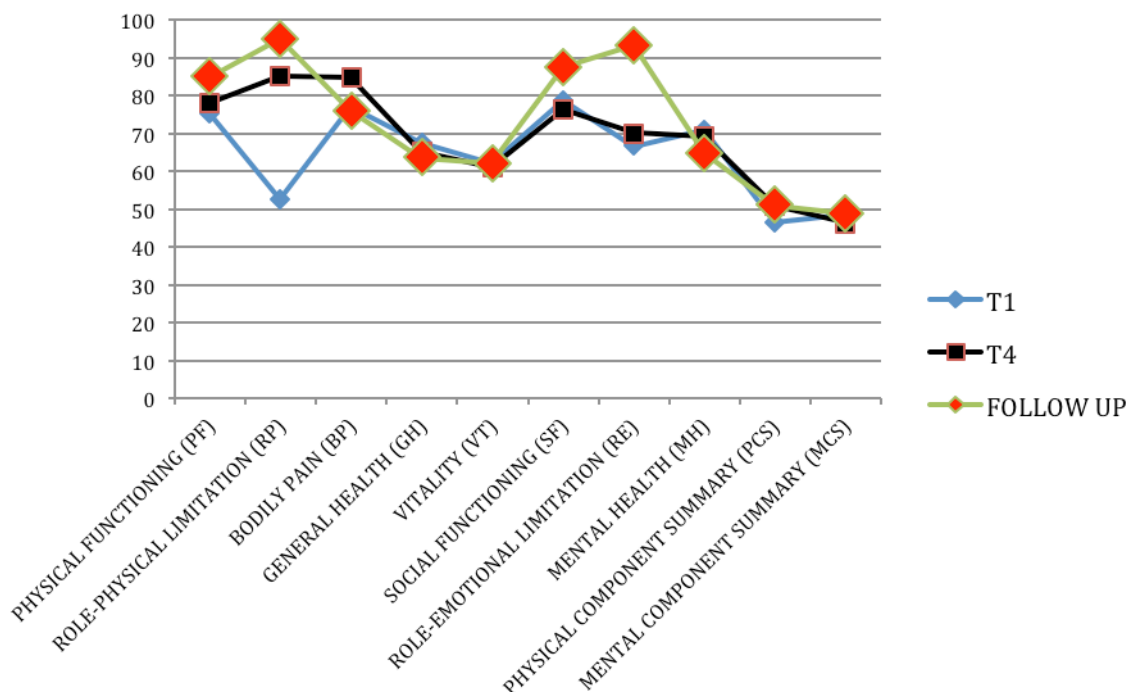


Grafico 1: Punteggi Medi Questionario SF-36

Al fine di valutare la significatività delle variazioni dei punteggi medi al *baseline* (T1), al termine dell'intervento (T4) e al *follow up* sono stati eseguiti dei *test post-hoc* attraverso i *test* di *Wilcoxon* con correzione di Bonferroni del livello di significatività. È così emerso che le uniche differenze significative sono quelle negli indici *Role-Physical limitation* (RP), $p=0,016$ e *Physical Component Summary* (PCS), $p=0,002$, rispettivamente tra T1 e *follow up* e tra T1 e T4.

6.1.6 Discussione

I risultati dello studio, sebbene limitati dall'ampiezza del campione e dall'assenza di un gruppo di controllo, mostrano l'importanza di inserire interventi di tipo psicologico all'interno di programmi di prevenzione secondaria della cardiopatia ischemica al fine di migliorare la qualità di vita dei partecipanti, intervenendo sullo stile di vita, nonché sugli aspetti cognitivi ed emotivi.

In particolare, si osservano soddisfacenti cambiamenti nei fattori considerati di rischio, quali, ad esempio, riduzione delle abitudini alimentari non salutari, consumo di tabacco, assenza di attività fisica e scarso supporto sociale percepito.

Si è altresì osservata la centralità del ruolo svolto dalla rappresentazione della malattia.

Ad esempio, la maggior parte dei pazienti sintomatici ha riferito un'attenzione selettiva alle variazioni fisiologiche legate al sistema cardiocircolatorio, esplicitando le credenze circa la possibilità di controllare parzialmente il malessere e di valutarne la durata come media-lunga.

La familiarità per la malattia ha rappresentato un ulteriore ostacolo alla motivazione al trattamento nei termini di controllo percepito sull'insorgenza, durata e processo di cura. In questo caso, molti pazienti hanno affermato l'incontrovertibilità delle proprie condizioni di salute in quanto la credenza di base è legata alla malattia cardiaca quale causa genetica e non modificabile.

Per ciò che riguarda le possibili cause della malattia, i pazienti che hanno fornito la risposta "Altro" alla scheda sui fattori di rischio hanno attribuito molta importanza alle preoccupazioni per problemi di natura economica, al *distress* percepito nel lavoro e alle difficoltà riscontrate nel sonno.

Infine, nel corso degli incontri si è osservata la presenza di preoccupazioni per il proprio ruolo all'interno della famiglia e nel rapporto di coppia (rispettivamente possibilità di provvedere ai bisogni familiari e integrità nella sfera della sessualità) soprattutto tra i partecipanti più giovani, ancora attivi al lavoro e al primo intervento di PTCA.

Le credenze sulle cause, durata, conseguenze, possibilità di controllo della malattia, sul sé (ruolo), le strategie di *coping* utilizzate e le emozioni ad essi associate (paura, tristezza e rabbia) sono state oggetto di un breve intervento di ristrutturazione cognitiva, mentre la tecnica del *problem solving*, in associazione all'intervento appena citato, è stata utilizzata in caso di indecisione nelle scelte lavorative (ad es., abbandono del lavoro, richiesta di un breve periodo di malattia) e nel cambiamento degli stili di vita non salutari.

Oltre a favorire la verbalizzazione e riflessione sulle rappresentazioni dei pazienti riguardo l'evento occorso e la condivisione di strategie di *coping* alternative, appare evidente l'utilità di proporre interventi per favorire l'aderenza al trattamento. Infatti, la proposta della centralità del paziente nel processo di cura, il rinforzo adeguato per gli sforzi compiuti in ottica di cambiamento, il sostegno nei momenti di difficoltà e sconforto per il mancato raggiungimento degli obiettivi intermedi prefissati e la comprensione del *distress* emotivo presente contribuiscono ad un aumento della motivazione a portare a termine il trattamento e ad un miglioramento della qualità del rapporto tra paziente e staff medico.

7. Conclusioni

Seppur in assenza di protocolli specifici di trattamento, ma in presenza di linee guida internazionali, europee e nazionali per gli interventi psicologici in cardiologia riabilitativa, numerosi studi sottolineano l'efficacia clinica degli interventi di psicoeducazione, svolti nelle fasi successive al completamento delle procedure mediche previste e alla dimissione dal reparto ospedaliero. La caratteristica principale di questa tipologia di programmi è la durata breve-media, elemento che, in alcuni casi e soprattutto in assenza di modelli teorici di riferimento e di strategie terapeutiche ben definite, contraddistingue in negativo le azioni implementate e gli esiti stessi.

I risultati della ricerca svolta presso l'Ambulatorio di Prevenzione Secondaria della Cardiopatia Ischemica del P. O. "Vito Fazzi" di Lecce sottolineano la necessità di proporre interventi strutturati al fine di contribuire alla consapevolezza della malattia e al cambiamento degli stili comportamentali non salutari e di migliorare l'aderenza al processo di cura e riabilitazione. L'intervista semistrutturata, l'indagine sulla rappresentazione della malattia e l'individuazione dei fattori di rischio e di protezione cardiovascolare, utilizzati nella fase di valutazione, hanno offerto la possibilità di definire per ciascun paziente i target di intervento (credenze, emozioni e stili comportamentali specifici) e la condivisione delle strategie terapeutiche utilizzate.

Ad ogni modo, è auspicabile un percorso che miri alla definizione di programmi con obiettivi e indicatori specifici, operazionalizzabili, appropriati al contesto e al modello teorico di riferimento, realistici (rispetto alle risorse e alle azioni da implementare) e che tengano conto del tempo a disposizione per lo svolgimento.

Bibliografia

- Apolone, G., Mosconi, P. & Ware, J. E. (1997). *Questionario sullo stato di salute SF-36: manuale d'uso e guida all'interpretazione dei risultati*. Milano: Guerini e Associati.
- Bashiri, Z., Aghajani, M. & Alavi, N. M. (2016). Effects of Psychoeducation on Mental Health in Patients With Coronary Heart Disease. *Iran Red Crescent Medical Journal*. May, 18 (5), 1-8.
- Boccanelli, A & Siciliani, A. R. (2011). Esigenze di collaborazione tra Medicina e Psicologia nelle malattie cardiovascolari. In Lazzari, D. (A cura di), *Psicologia Sanitaria e malattia cronica. Interventi Evidence-Based e Disease Management*. Pacini Editore Medicina (pp. 154-160).
- Castelfranchi, C. & Miceli, M. (2002). Architettura della mente: scopi, conoscenze e loro dinamica. In Castelfranchi, C., Mancini, F., Miceli, M. (A cura di), *Fondamenti di cognitivismo clinico*. Bollati Boringheri (pp. 45-62).

- Compare, A., Gondoni, L. & Molinari, E. (2007a). I fattori psicologici di rischio cardiaco: una rassegna. In Molinari, E., Compare, A., Parati, G. (A cura di), *Mente e cuore. Clinica psicologica della malattia cardiaca*. Springer (pp. 27-39).
- Compare, A., Manzoni, M., Molinari, E., Moser, D., Zipfel, S. & Rutledge, T. (2007b). Ansia e malattia cardiaca. In Molinari, E., Compare, A., Parati, G. (A cura di), *Mente e cuore. Clinica psicologica della malattia cardiaca*. Springer (pp. 108-132).
- Compare, A., Manzoni, M., Molinari, E. & Moller, A. (2007c). Personalità di tipo A e di tipo D, rabbia e rischio di recidiva cardiaca. In Molinari, E., Compare, A., Parati, G. (A cura di), *Mente e cuore. Clinica psicologica della malattia cardiaca*. Springer (pp. 135-161).
- Giardini, A., Majani, G., Pierobon, A., Gremigni, P. & Catapano, I. (2007). Contributo alla validazione italiana dell'IPQ-R. *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia. Supplemento A, Psicologia*. 29 (1), A64-A74.
- Højskov, I. E., P. Moons, Hansen, N. V., Greve, H., Olsen, D. B., La Cour, S., Glud, C., Winkel, P., Lindschou, J., Egerod, I., Christensen, A. V. & Kikkenborg Berg, S. (2015). Early physical training and psycho-educational intervention for patients undergoing coronary artery bypass grafting. The SheppHeart randomized 2 × 2 factorial clinical pilot trial. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 1– 13.
- Jorgensen, R. S. & Thibodeau, R. (2007). Ostilità e cardiopatia. In Molinari, E., Compare, A., Parati, G. (A cura di), *Mente e cuore. Clinica psicologica della malattia cardiaca*. Springer (pp. 162-180).
- Leventhal, H., Leventhal, E. A. & Contrada, R. J. (1998). Self-regulation, health, and behavior: a perceptual-cognitive approach. *Psychology and Health*, 13, 717-733.
- Lukens, E. P. & McFarlane, W. R. (2004). Psychoeducation as Evidence-Based Practice: Considerations for Practice, Research, and Policy. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 4 (3), 205-225.
- Maier, K., Chatkoff, D. & Burg, M. M. (2007). Cardiopatia coronarica e depressione: prevalenza, prognosi, fisiopatologia e trattamento. In Molinari, E., Compare, A., Parati, G. (A cura di), *Mente e cuore. Clinica psicologica della malattia cardiaca*. Springer (pp. 93-107).
- McGillion M. H., Victor, A. J. C., Watt-Watson, J. & Cosman T. (2008a). Effectiveness of Psychoeducational Interventions for Improving Symptoms, Health-Related Quality of Life, and Psychological well Being in Patients with Stable Angina. *Current Cardiology Reviews*, 4, 1-11.
- McGillion, M. H., Watt-Watson, J., Stevens, B., LeFort, S. M., Coyte & P., Graham, A. (2008b). Randomized Controlled Trial of a Psychoeducation Program for the Self-Management of Chronic Cardiac Pain. *Journal of Pain and Symptom Management*, August, 36 (2), 126-140.
- Mosticoni, R., Filograno, M. C. & Rigliaco, A. (2011). Argomenti di analisi funzionale. Tecniche di terapia cognitivo-comportamentale. Giovanni Fioriti Editore, 55-56.

- Picciolo, A., Picani, C., Greco, S., Bergamo, A., Colizzi, A., Mangiacotti, L., Quarta, L., Tondo, A., Ciccirillo, F., Fischietti, D., Colonna, G. & Montinaro, A. (2011). Prevenzione secondaria della cardiopatia ischemica. Un suggerimento per nuove prospettive. *Salento Medico*. Anno XXXIV (4), 54-57.
- Sommaruga, M. (2011). Lo stato delle evidenze e le linee guida per l'intervento psicologico nelle malattie cardiovascolari. In Lazzari, D. (A cura di), *Psicologia Sanitaria e malattia cronica. Interventi Evidence-Based e Disease Management*. Pacini Editore Medicina (pp. 143-153).
- Srivastava, P. & Panday, R. (2016). Psychoeducation an Effective Tool as Treatment Modality in Mental Health. *The International Journal of Indian Psychology*. 4, Issue 1, No. 82, 123-130.
- Steca, P., Greco, A., Monzani, D., Politi, A., Gestra, R., Ferrari, G., Malfatto G. & Parati, G. (2013): How does illness severity influence depression, health satisfaction and life satisfaction in patients with cardiovascular disease? The mediating role of illness perception and self-efficacy beliefs. *Psychology & Health*, 1-19.
- Van Elderen, T. & Dusseldorp, E. (2001). Lifestyle effects of group health education for patients with coronary heart disease. *Psychology and Health*, 16, 327-341.
- World Health Organization (2003). Adherence to long-term therapies: evidence for action.

Report (online)

Istat, L'evoluzione della mortalità per causa: le prime 25 cause di morte, anni 2003-2014. Pubblicato il 04/05/2017.

<https://www.istat.it/files/2017/05/Report-cause-di-morte-2003-14.pdf?title=L%E2%80%99evoluzione+della+mortalit%C3%A0+per+causa++04%2Fmag%2F2017+-+Testo+integrale+e+nota+metodologica.pdf> (Consultato il 14/08/2017).

Vito Bernardo

Psicologo-Psicoterapeuta, Lecce

Specializzato a Lecce, training Semerari, Mosticoni

e-mail: bernardo.vito@libero.it

Per comunicare con l'autore potete scrivere alla mail personale, se fornita, o a quella della rivista:
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