



**Seminari del Venerdì
Progressi in geriatria**

Esiste la Psicocardiologia?

30 Marzo 2007

Elena Lucchi

Dualismo delle sostanze

Renè Descartes

(1596-1650)

Il mondo si divide in sostanze mentali e sostanze fisiche.

Res cogitans: il pensiero, priva di estensione e divisibilità, sfugge al meccanicismo e al determinismo; la sua essenza è la coscienza.

Res extensa: le cose materiali, caratterizzate dalla estensione e dal movimento; seguono la legge deterministica della causalità; la sua essenza è l'estensione

Le menti possiedono un libero arbitrio, mentre i corpi sono determinati dalle leggi della fisica.

Psicosomatica

- Oltrepassa il dualismo psicofisico e guarda l'uomo come a un tutto unitario dove la **malattia** si manifesta a livello organico come **sintomo** e a livello psicologico come **disagio**
- ribalta lo schema eziologico lesione d'organo-disfunzione-malattia
- **stress**-disfunzione d'organo-lesione-malattia

Lo stereotipo del cardiopatico

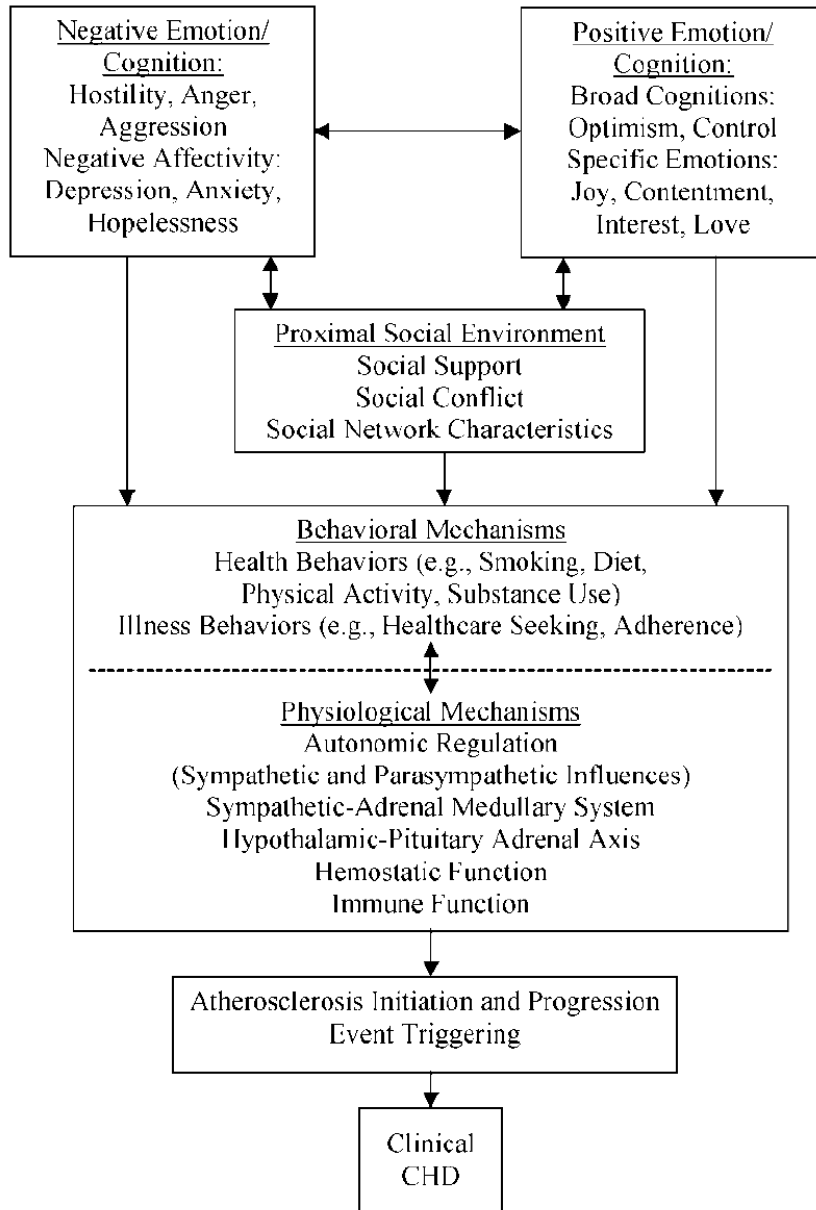
PSICHE



**PATOLOGIA
CARDIACA**

Socio-Cultural Context:

Socioeconomic Status, Gender, Ethnicity, Culture



Fattori predisponenti

- Biologici
- Clinici
- Di **natura psicologica**, legati alla struttura di personalità del paziente
- Relazioni sociali
- Contesto in cui l'individuo è inserito

Fattori psicologici e comportamentali connessi allo sviluppo di cardiopatie

Stati affettivi

- Ansia
- depressione
- situazioni di stress acuto

Iperattivazione fisiologica a stimoli ambientali

- reattività cardiovascolare

Fattori socioculturali

- lavoro eccessivo
- stress quotidiani

Personalità o modalità di reazione

- Comportamento di Tipo A
- ostilità
- rabbia interiorizzata

Fattori interpersonali

- Scarso supporto sociale

Temperamento

Il temperamento si riferisce ai fenomeni caratteristici della **natura emotiva** dell'individuo, inclusa la suscettibilità alla stimolazione emotiva, la sua usuale forza e velocità di **risposta**, la qualità prevalente del suo **umore**, e tutte le peculiarità della fluttuazione e dell'intensità dell'umore.

Empedocle

- Aria (caldo e umido)
- Terra (freddo e secco)
- Fuoco (caldo e secco)
- Acqua (freddo e umido)

Ippocrate

- Sangue (**sanguigno**)
- Bile nera (**melanconico**)
- Bile gialla (**collerico**)
- Flemma (**flemmatico**)

Personalità

...la più o meno stabile e durevole **organizzazione** del carattere, del temperamento, dell'intelletto e del fisico di una persona, che ne **determina il modo unico di adattarsi all'ambiente**. Il carattere costituisce il sistema più o meno stabile e durevole di comportamento conativo di una persona (“**la volontà**”); il temperamento è il suo sistema più o meno stabile e durevole di comportamento affettivo (“**l'emozione**”); l'intelletto il suo sistema più o meno stabile e durevole di comportamento cognitivo (“**l'intelligenza**”); il fisico è il suo sistema più o meno stabile e durevole di configurazione **corporea** e di dotazione neuroendocrina.

Personalità di Tipo A

Persone che tendono a “prenderci a cuore” qualcuno o qualcosa (per esempio il lavoro). Investono molta energia con spirito di **competitività**, **iperattività**, **irrequietezza** e alti livelli di **tensione** e **aggressività**. È raro che questi pazienti riescano a concedersi momenti per rilassarsi e dedicarsi a se stessi: vivono con un senso di “**urgenza del tempo**” e si immergono nel lavoro senza un attimo di tregua. Spesso cercano l’affermazione personale e interpretano la realtà come una **sfida quotidiana**. Nello stesso tempo, hanno bisogno di **tenere sotto controllo** l’ambiente e le persone vicine.

Costantemente in lotta contro due nemici: il tempo e gli altri, percepiti come rivali ed ostacoli alla propria autorealizzazione.

Personalità di Tipo A

Friedman e Rosenman negli anni '50 individuano un particolare modello di comportamento, Tipo A (Type A Behavior Personality), che associato ad altre cause si è mostrato un buon fattore predittivo dei disturbi cardiaci.

Caratteristiche comportamentali del Tipo A (TAB)

- Ostilità fluttuante (scatenata dal più banale incidente)
- Urgenza temporale
- Impazienza (può diventare così intensa da trasformarsi in una cronica sensazione d'irritazione ed esasperazione)
- Aggressività
- Ambizione
- Competitività
- Comportamenti pericolosi
- Caratteristico modo di parlare e camminare (rapidi movimenti, tensione muscolare, discorsi in rapida successione)

Valutazione clinica del TAB

Jenkins Activity Survey

- questionario self-report che valuta tre aspetti: impazienza, coinvolgimento lavorativo, competitività.

Structured Interview

- Esame che valuta i possibili sintomi e tratti caratteriali, segni fisici o psicomotori
- Esame clinico con videotape per elicitare i sintomi e comportamenti con una intervista flessibile
- Urgenza temporale
- Ostilità fluttuante
- Insicurezza
- Bassa stima di sé

Urgenza temporale

Sintomi e tratti caratteristici

- Camminata veloce, rapidità nel cibarsi e fretta nel lasciare il tavolo da pranzo
- Continua incitazione a ridurre i ritmi di vita
- Malessere intenso se costretto ad attendere in fila
- Impegno in più attività contemporaneamente
- Coscienza di vivere in uno stato di “urgenza temporale”
- Rifiuto dei ricordi e dei sogni ad occhi aperti; disinteresse per la natura
- Estrema puntualità

Urgenza temporale

Segni psicomotori

- Eloquio rapido: ritmo > 140 parole al minuto
- Postura tesa: movimenti rapidi, bruschi e sussultanti
- Velocizzazione del discorso altrui: mormorii frequenti per accelerare la conclusione (“mmh, mmh”)
- Movimento delle sopracciglia
- Movimento delle spalle
- Viso contratto
- ...
- Eccessiva sudorazione facciale: abbondante sudorazione della fronte e dal labbro superiore. Rappresenta il segnale più inquietante di TAB; anche da solo porta ad una diagnosi di grave TAB.

Ostilità fluttuante

Sintomi e tratti caratteristici

- Insonnia causata da rabbia o frustrazione
- Sfiducia nell'altruismo
- Frequente irritabilità durante la guida
- Tensione-competizione coniugale
- Digrignamento dei denti
- Difficoltà croniche nelle reazioni familiari
- Facile irritabilità di fronte a banali errori commessi dagli altri o per le loro omissioni

Ostilità fluttuante

Segni psicomotori

- Pigmentazione periorbitale: diffuso e permanente deposito di melanina che dà alla pelle delle palpebre inferiori un colorito marrone che può estendersi alle palpebre superiori; la sua rilevazione suggerisce la presenza del TAB a prescindere dall'individuazione di altri aspetti
- Ostilità facciale: combinazione di contrazione dei muscoli orbitali e masseteri
- Sorriso ostile: risata stonata con tono molto acuto
- Stretta della mano durante una conversazione casuale
- Contrazione bilaterale del muscolo buccinatore e orbitale (mostrati i denti)
- Contrazione delle palpebre superiori e a volte di quelle inferiori (mostrata la sclera sulle iridi)
- Tono vocale ostile

Soggetti Tipo A **lavorano al limite** delle loro capacità e **accettano le sfide** se si trovano in situazioni difficili. In questi individui il **rischio di malattie cardiovascolari è raddoppiato** rispetto ai soggetti che hanno una diversa modalità di comportamentale e che sono chiamati **Tipo B** (adeguato senso di sicurezza e stima di sé, riconosce la propria fallibilità, accetta le critiche, è disponibile a delegare ad altri lavori importanti)

Disfunzioni neurofisiologiche nel TAB

- Iperattivazione del SN simpatico

Di fronte a eventi stressanti:

- aumento dei valori di pressione sanguigna
- aumenta la frequenza cardiaca
- aumenta la secrezione di catecolamine
- secrezione elevata di norepinefrina
- incremento dell'ormone adrenocorticotropo
- diminuita secrezione dell'ormone della crescita, ipercolesterolemia (non modificabile cambiando il regime alimentare)
- aggregazione degli eritrociti

TABP e Cardiopatie

- Soggetti classificati Tipo A, a distanza di 8 anni **sviluppano patologia cardiaca nel doppio dei casi**, rispetto a soggetti non-Tipo A.
- Gli individui, consapevoli di appartenere al Tipo A, possono avere una **maggiore motivazione** a modificare i fattori di rischio (fattore protettivo).
- Non appaiono in grado di gestire la propria vita psichica: la **somatizzazione** diviene l'unica possibilità per **risolvere la propria tensione interiore**.

Western Collaborative Group Study, 1975; Framingham Heart Study, 1990

Ragland et al, NEJM 1988

Stress

- Reazione somatica **adattativa** di fronte a stimoli di diversa natura
- Ma che può risultare potenzialmente **patogena**
- **Risposta non specifica** dell'organismo a ogni richiesta che ad esso viene rivolta
- Insieme di **risposte di adattamento** che l'organismo attua rispetto alle diverse condizioni di stimolazione

Processo da adattamento prodotto dallo stress

- **Fase di allarme:** l'organismo riconosce gli stressor percependo una variazione nell'equilibrio biochimico ormonale
- **Fase di resistenza:** l'organismo ricerca il nuovo equilibrio

Risposta adattiva

- **Fase di esaurimento:** l'organismo non riesce a compensare lo squilibrio.

Risposta patologica

Risposta individuale allo stress

- Stress: risposta ad una situazione in cui l'**individuo percepisce** come eccessive le richieste avanzate nei suoi confronti.
- Non necessariamente sono gli eventi gravi a generare lo stress maggiore, ma sono le **preoccupazioni** quotidiane e il **persistere** di queste che causano le conseguenze peggiori.
- Lo stimolo diventa stressante solo se l'individuo, consciamente o inconsapevolmente, lo valuta **significativo** per promuovere l'attivazione emozionale.

Risposta fisiologica allo stress

Reazione di attacco-fuga

Il SN Simpatico risponde con

- rapido aumento della frequenza cardiaca
- rapido aumento della pressione sanguigna
- rilascio di acidi grassi

Preparazione di una rapida reazione fisica agli eventi

Inibizione della reazione di attacco-fuga

- Il cuore ha sprecato energia
- si è verificato una inutile conversione degli acidi grassi in colesterolo

Lo **stress** può produrre una cascata di risposte fisiologiche che, nell'**individuo vulnerabile**, possono determinare l'insorgenza di ischemia, fibrillazioni ventricolari, rottura delle placche o trombosi coronarica.

Le nostre **emozioni** non si possono
separare del tutto dal ritmo del nostro
cuore

“Mi scoppia il cuore”

“Mi ha spezzato il cuore”

“Ho una morsa al cuore”

“Ho il cuore rotto”

Crepacuore

- Sindrome di **tako-tsubo**, scoperta in Giappone, si manifesta **a seguito di forti stress emotivi**: in tali casi il cervello produce una scarica di catecolamine (ormoni “della paura”), che si ripercuote sul cuore.
- Produce gli stessi sintomi dell’infarto (**dolori al petto e modifiche all’elettrocardiogramma**), ma senza ostruzioni significative alle coronarie, bensì un **ventricolo sinistro deformato**, con un marcato movimento alla base ed un mancanza di movimento dall’apice delle regioni medie del ventricolo, che conferiscono a questo organo la forma, appunto, di un vaso a collo stretto (tako-tsubo), usato dai giapponesi per la pesca.

Crepacuore

- 2% dei pazienti ricoverati per infarto
- donne sessantenni, in post-menopausa, con problemi di depressione o ansia (Journées Européennes de la SFC, 2006).
- **Episodi scatenanti**: morte improvvisa di un congiunto, fallimenti finanziari, allontanamento del partner, rapine, perdite al gioco.
- **Può essere fatale** se non si interviene con un trattamento farmacologico adeguato, ma se si procede alle cure appropriate, può essere **superata nell'arco di 10-15 giorni**.

Depressione e CHD

Anni '40

- Più alto tasso di mortalità nei pazienti depressi (Malzberg, 1937)

Anni '70

- La mortalità per cardiopatie nei pazienti depressi è più elevata del 50%, rispetto ai non depressi. Il rischio di morte si riduce nei soggetti sottoposti a trattamento antidepressivo (Weeke, Juel, Vaeth, 1987)

Depressione e CHD

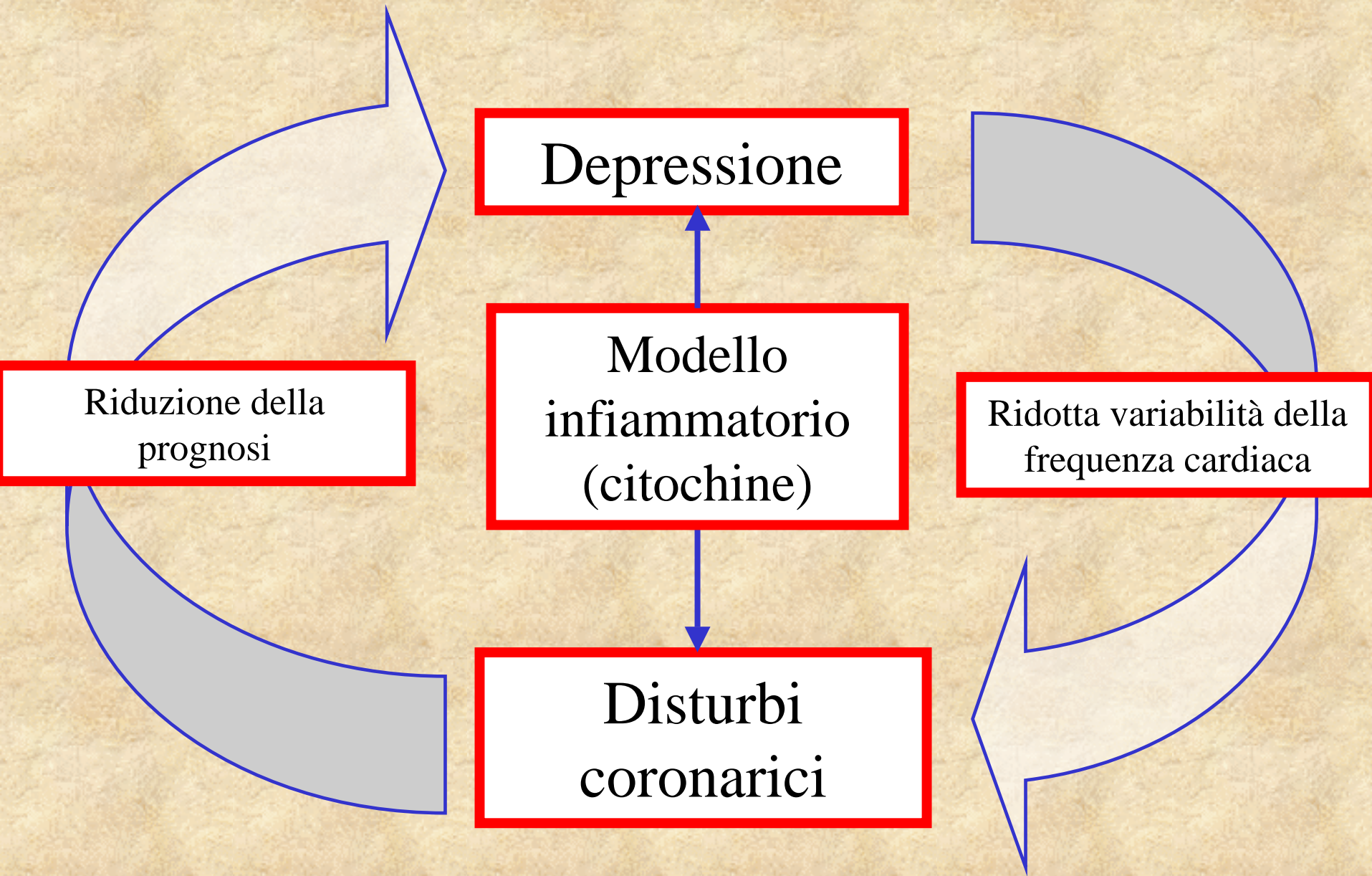
- La depressione può **precedere** di alcuni anni lo sviluppo di patologie coronariche
- La depressione **incrementa il rischio** di sviluppare **patologie coronariche** di 1.6 punti.
- Presenza di sintomi depressivi si associano all'incremento del rischio d'infarto miocardico **acuto e di mortalità**.

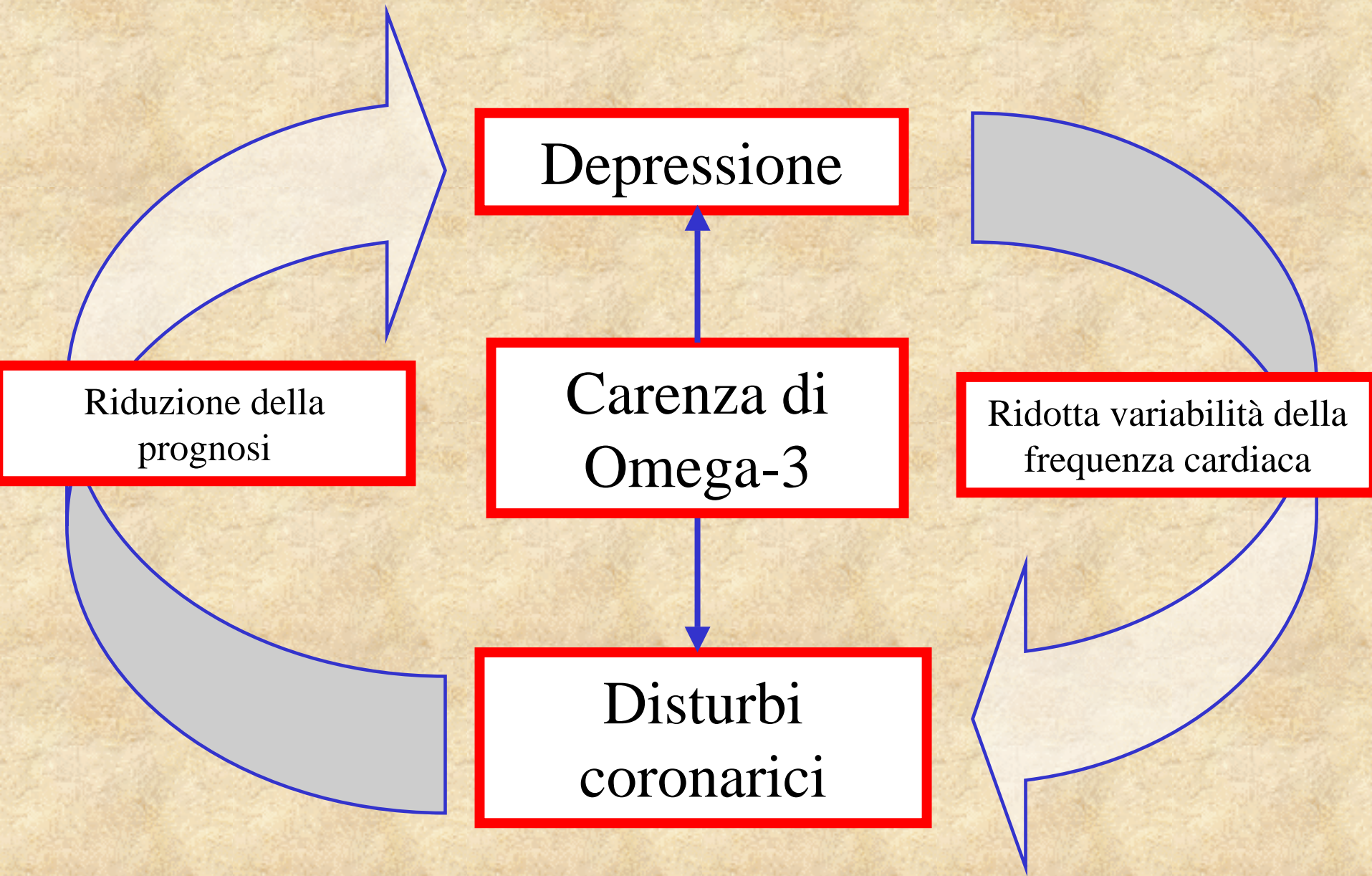
Depressione

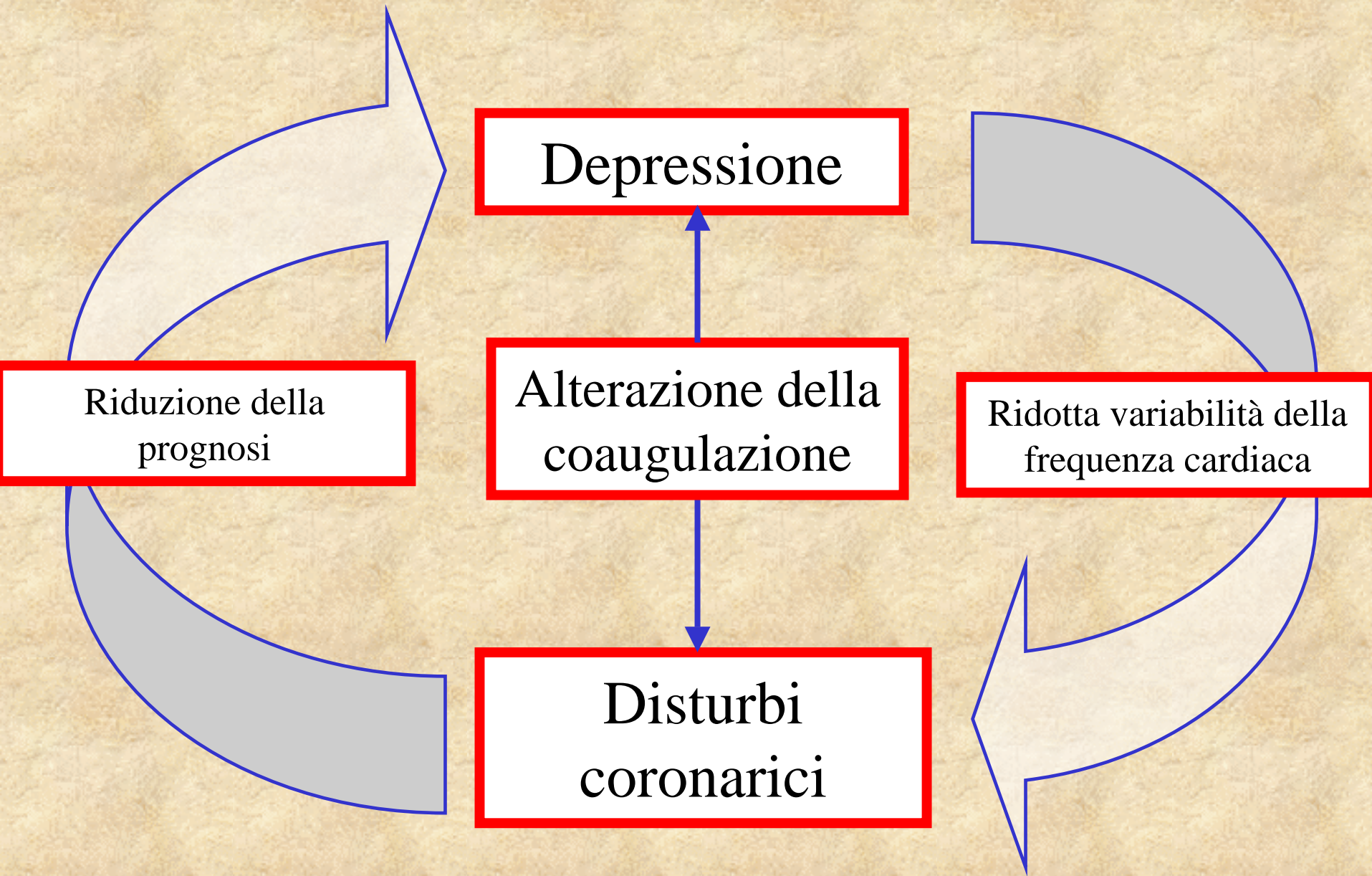
Riduzione della
prognosi

Ridotta variabilità della
frequenza cardiaca

Disturbi
coronarici

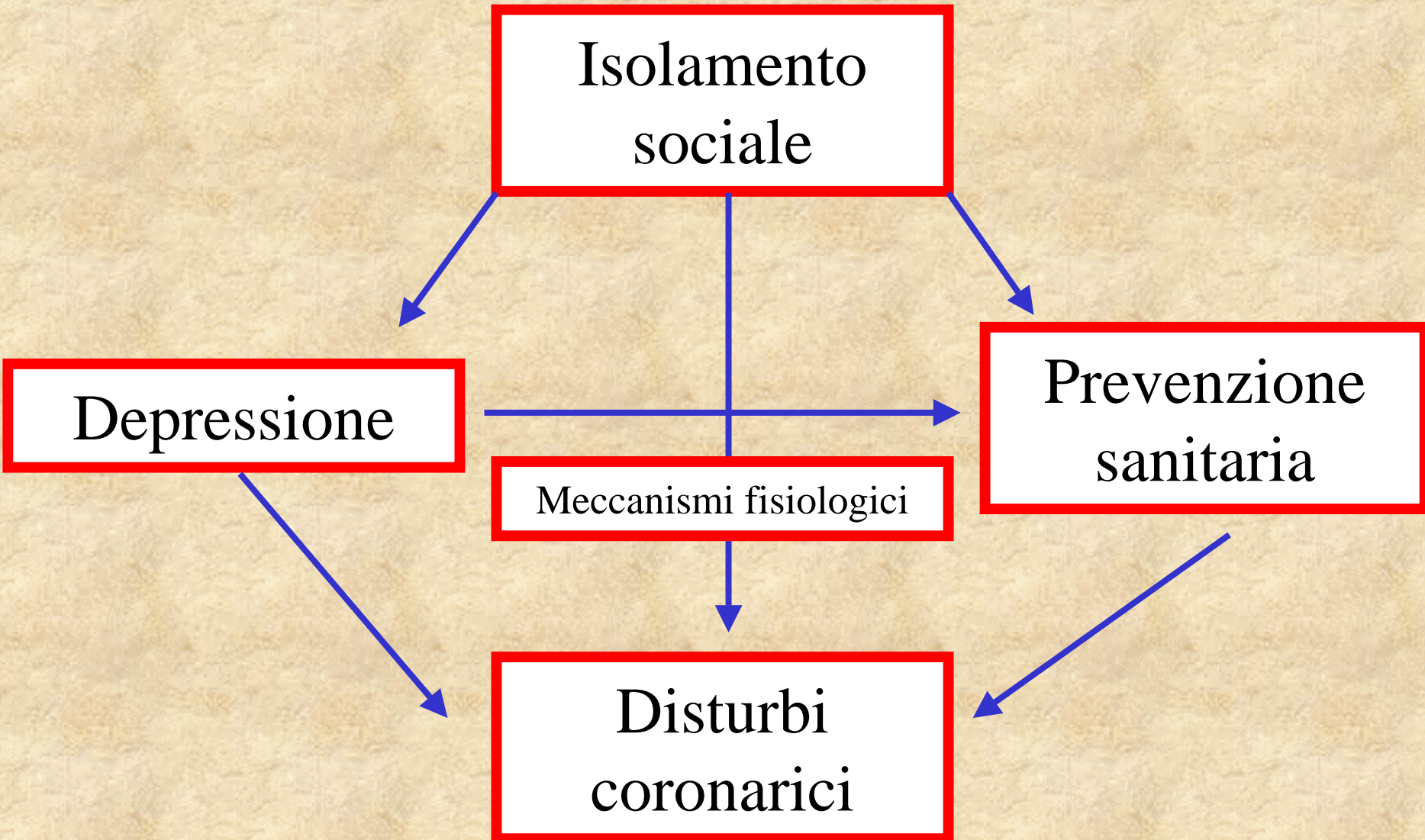






Supporto sociale

- Sistema di relazioni (rapporti familiari, amicizie) all'interno dei quali le persone possono contare sul **reciproco sostegno** e sperimentare legami significativi
- **Inibisce lo stress**, garantendo un supporto emotivo, informativo, interpersonale protratto nel tempo.
- Si **interpone** tra l'evento stressante e la reazione dell'individuo.



**PATOLOGIA
CARDIACA**



**REAZIONI
PSICOLOGICHE**

Processi mentali all'insorgenza dei primi sintomi dell'infarto

- *Normalizing symptoms*: collegare i sintomi a una esperienza già vissuta (“indigestione”, “colpo di freddo”). Permette un controllo della situazione.
- *Struggling to maintain the status quo*: tentativo di mantenere il controllo della situazione riducendo la gravità della situazione (“non è nulla di grave, state tranquilli”).
- *Distancing oneself*: indifferenza rispetto alla gravità della situazione.
- *Facing one's mortality*: presa di consapevolezza del pericolo. Ricerca del senso, cause e conseguenze della malattia.

Reazioni emotive alla malattia

Depressione

- Consapevolezza della perdita dei ruoli (familiari e sociali)
- Sensazione di impotenza, tristezza e solitudine.
- Scarsa aderenza ai cambiamenti di vita e al percorso riabilitativo.
- Fattore predittivo dello sviluppo di complicanze cardiache e di morte nei 18 mesi successivi all'evento acuto.

Reazioni emotive alla malattia

Ansia

- Reazione alla paura della morte.
- Paura che si possa ripresentare la patologia.
- L'aumento FC e pressione sanguigna legate all'ansia possono determinare una eccessiva preoccupazione per tali sintomi.
- Si riduce se il paziente è adeguatamente informato.
- Aumenta a partire dal sesto mese dall'evento e decresce dopo circa un anno.

Reazioni della famiglia

- **Aggressività e rifiuto**: la malattia e il malato sono vissuti come pericolosi, perché minaccia l'integrità della famiglia. La malattia viene nascosta.
- **Chiusura al mondo esterno**: la famiglia si chiude intorno al malato per proteggerlo, ma gli impedisce di riprendere la vita sociale.
- **Regressione** ad uno stato di dipendenza del malato: potrebbe ostacolare un recupero di autonomia.
- **Accettazione** di un sostegno: permette di prendere contatto con la nuova situazione.

**INTERVENTI
PSICOLOGICI**



**PREVENZIONE
PATOLOGIA
CARDIACA**

Prevenzione primaria

Interventi rivolti a impedire l'insorgenza di malattie latenti nella persona sana.

- Programmi informativi adeguati.
- Campagne contro il fumo, promozione di una corretta alimentazione ed attività fisica.
- Rivolto all'intera popolazione.
- Effettuato con l'utilizzo dei media.

Prevenzione secondaria

Attività tese ad individuare nella persona presunta sana, i sintomi del primissimo insorgere della malattia.

- Intervento che si concentra sui soggetti con evidenza clinica di cardiopatia e sugli individui ad elevato rischio.
- Approccio su più livelli per ridurre i fattori di rischio, con lo scopo di ridurre la probabilità che si verificano patologie cardiache maggiori.
- Compito che spetta al medico.

Prevenzione terziaria

Tende ad impedire il progredire di una malattia manifesta, della disabilità e della morte.

- Intervento di cura e riabilitazione che permette al paziente di recuperare le proprie abilità.
- Compito che spetta al medici aiutato da altre figure professionali, nell'ottica di un approccio multidimensionale (psicologo, terapeuta, nutrizionista...).

Adesione alle prescrizioni mediche

- Resistenza al cambiamento, aspetto legato alle caratteristiche del soggetto (Tipo A), ancorato a modalità di comportamento prestabilite e cristallizzate.
- Consultazioni come contrattazione fra medico e paziente.
- Le informazioni più efficaci per far sì che un paziente aderisca alle indicazioni terapeutiche sono quelle in grado di **isolare ed identificare il comportamento problematico**, stabilendo un **nesso diretto** tra questo e la patologia.
- **Intervento centrato sul paziente**: non un ruolo direttivo del medico, né tentativi di persuasione, ma una interazione con il bisogno di autonomia del paziente, aspetto che motiva al cambiamento.

Fattori motivazionali

- Quanto il paziente si sente pronto al cambiamento.
- Quanto ritiene di essere in grado di cambiare (autoefficacia).
- Quanto sente forte la spinta al cambiamento.

Stadi del cambiamento

Il cambiamento è un processo graduale

- **Precontemplazione:** dubbio di avere dei comportamenti a rischio
- **Contemplazione:** valutazione delle motivazioni di cambiamento e rischi
- **Determinazione:** decisione di una strategia di cambiamento
- Azione
- **Mantenimento:** identificazione di strategie per impedire le ricadute
- **Ricaduta:** elaborazione di strategie per rispondere alle ricadute

L'infartuato che continua a fumare

Giustificazioni

- gravità degli effetti psicologici dell'astinenza da nicotina
“Se non fumo non riesco più a lavorare, non riesco a concentrarmi, sono nervoso, irritabile, insoddisfatto; questa condizione mi mette più a rischio del fumo.”
- effetti dimagranti della nicotina
“Se smetto di fumare ingrasso e questa condizione sarebbe peggiore per il mio cuore”

Ma

- La dipendenza fisica da nicotina si riduce in tre giorni e scompare dopo due settimane.
- Un terzo dei soggetti dimagrisce, un terzo mantiene il peso e un terzo ingrassa.

Autoefficacia

Fiducia nella propria capacità di attuare un comportamento prestabilito

- In soggetti con malattia coronarica, la effettiva riduzione dei fattori di rischio (fumo, sedentarietà) non è predetta dalla sola volontà di cambiamento (intention), ma dipende dalla convinzione di riuscire a cambiare (perceived behavioral control).

Interventi di supporto al paziente infartuato

Supporto psicologico

- aiuta i pazienti a riconoscere ed esprimere le proprie emozioni riguardanti l'infarto, determinando una riduzione di ansia e depressione, aiutando a riacquistare la sensazione di controllo

Supporto comunicativo

- comunicare con i pazienti e i familiari può essere utile per alleviare lo stato d'ansia conseguente l'evento acuto; necessita di tempi specifici. Porta ad una maggior adesione alle prescrizioni mediche

Supporto informativo

- Se le informazioni non sono adeguate, le reazioni sono ansia, paura, confusione.
- Tre passi: verifica delle informazioni disponibili, scambio, controllo del messaggio appreso.

Supporto emotivo

- Fornisce al paziente la possibilità di esprimere e comunicare le proprie emozioni e sentimenti, anche negativi, senza essere giudicati.

**Ha senso parlare di
PSICO
CARDIO
GERIATRIA?**

- Nel **paziente giovane**, i diversi fattori di rischio svolgono un ruolo determinante nello sviluppo della patologia cardiaca e dunque la prevenzione primaria e secondaria rappresentano l'intervento da preferire.
- Il paziente lotta **contro la propria malattia**, contro i propri **comportamenti** negativi e le **reazioni** maladattive.

- Nella **persona anziana** è forse l'età a rappresentare il maggior fattore di rischio: dunque sono la **cura e la riabilitazione** a rappresentare il focus dell'intervento.
- Il paziente lotta **contro la disabilità** che deriva dalla propria malattia.
- Un intervento solo sulla malattia non serve!

Conclusioni

Anche nella cura dei soggetti con patologia cardiaca, come in geriatria, è necessario l'approccio multidimensionale che unisca fattori biologici, clinici, psicologici, relazionali e sociali, in un intervento plurispecializzato (o despecializzato)

PsicoSocioCardio....logia

Nell'anziano curare le patologie cardiache solo intervenendo sul cuore è come curare la depressione solo con gli antidepressivi...

**Si può curare un cuore
senza curare la persona?**