

Cuore, emozioni, stress.

Testo elaborato dalla Dottoressa Marinella Sommaruga – Psicologa (10/2006)



Cos'è stato che mi ha provocato l'infarto? ...Stavo lavando i vetri, in piedi su una scala. All'inizio pensavo che fosse la cervicale, poi ho pensato che poteva essere l'ipertensione...ma il dolore si faceva sempre più forte, ed ho chiesto a mio marito di accompagnarmi in ospedale...poi mi sono sdoppiata...l'ho vissuta come se non fosse neanche mia questa malattia... sono sdoppiata... perché non mi va di dire che sono stata malata, come se stessi raccontando la storia di un altro...forse rifiuto per non pensare ai dolori....adesso non accetto questa malattia, per esempio mi interessa di più il mio intestino che non funziona più bene. Quando mi capita di svegliarmi di notte penso ai momenti belli della mia vita per addormentarmi...non riesco a pensare alla malattia, a come sono fortunata...non so se la rifiuto a

priori. Non voglio dare importanza alla malattia, che mi cambi la vita, che mi costringa seduta su una sedia a rotelle. Quando si legge e si sente che le malattie cardiache sono invalidanti, questo rimane addosso. Perché dico al medico che sto benissimo? Perché nel complesso mi sento bene...Ho bisogno di una vita che mi faccia piangere e ridere. Non volevo sentirmi dire le cose che mi sono sentita dire, affrontare la realtà è sempre difficile! Ho bisogno di affrontare la realtà un pò addolcita. Forse sento la malattia distante per poter accettare meglio i sacrifici che devo fare...adesso accetto la dieta, la ginnastica anche se non mi piaceva....se mi dicono di mangiare solo riso in bianco lo faccio...faccio la cyclette, ma in fondo lo faccio perché me lo dicono loro. Per esempio i farmaci, non so perché li prendo...lo sa mio marito...preferisco fare le cose un pò più inconsciamente....forse è per questo che ho accettato inconsciamente di mangiare così e di fare ginnastica, così non mi sento malata. Non so se avrò più il coraggio di riprovarci...a lavare i vetri. Aspetto che i medici mi dicano che posso provare....Ma cosa posso fare? La dottoressa quando mi aveva dimesso mi aveva detto di fare quello che facevo in ospedale...la noia completa...no, non ce la faccio. Non vorrei prendere la brutta abitudine di non fare più niente. Eppure non la vivo neanche come invalidità, ho la paura di...non voglio sapere la verità fino in fondo perché faccio fatica ad affrontarla, perché so che affrontare la verità è doloroso. Ho paura di sentirmi dire dei dolori...per esempio il male alla spalla, mi preoccupa il dolore del braccio...vorrei che qualcuno mi rassicurasse dicendo che non è quello dell'infarto.. Non so...E' proprio necessario che affronti la malattia?...Non so se mi conviene.. a meno che non parli con qualche medico che mi svegli dal sonno....(TESTIMONIANZA)

Che cosa è stato l'infarto? Che cosa accade quando viene comunicata una diagnosi? Che cosa accade quando un uomo o una donna si trovano ad essere improvvisamente dentro una nuova realtà, quale quella del Pronto Soccorso, della Unità Coronarica, della Cardiochirurgia? Che cosa accade quando la persona diventa “un malato”, “un paziente”? Che cosa accade al suo mondo di affetti? In che modo la sua reazione alla diagnosi influenza il processo decisionale che lo porterà a scegliere di prendersi cura di sé o di non seguire le prescrizioni mediche?

Alcuni studi in psicologia della salute ci insegnano che l'uomo costruisce la propria realtà di malattia (che cosa sa, pensa e prova riguardo alla sua malattia), si pone degli obiettivi e stabilisce ed attua dei piani comportamentali per realizzarli, come evidenziato nella testimonianza. Infatti il processo di cura avviene sulla base di idee, conoscenze, convinzioni, emozioni, aspettative, bilanci tra vantaggi e svantaggi, giudizio sui risultati. I comportamenti che verranno scelti influenzeranno, a loro volta, l'andamento e gli esiti della malattia.

La costruzione della realtà della malattia è quindi il risultato di un processo che coinvolge pensieri ed emozioni, attraverso il quale tutte le informazioni raccolte da molteplici fonti (convinzioni personali adeguate o errate, giornali, televisione, vicini di letto, medici, ecc.) vengono sintetizzate in una rappresentazione della malattia, che contemporaneamente la spiega e le dà un senso, un significato esistenziale soggettivo.

La malattia costituisce un evento stressante, che può essere percepito come una minaccia che mette in pericolo la vita fisica e/o relazionale, o come una frustrazione, cioè come un ostacolo al raggiungimento di obiettivi di vita predeterminati in ambito affettivo e professionale.

Lo stress può essere semplicemente definito come una risposta di adattamento dell'organismo al fine di far fronte ai cambiamenti che la vita impone. Ma bisogna ricordare che ogni paziente vive l'evento "malattia" in modo diverso secondo la sua personalità di base, le sue precedenti esperienze di vita e le sue capacità di adattamento di fronte agli eventi nuovi.

La risposta di stress è dunque modulata dalle caratteristiche psicologiche della persona sia nella fase di percezione ed elaborazione dei fattori stressanti sia nella fase di fronteggiamento dei fattori stressanti stessi. Le reazioni depressive, l'ansia, l'irritabilità, vengono spesso ritenute una conseguenza dell'esperienza traumatica di malattia che possono influenzare il decorso e la prognosi della malattia. Tuttavia, sempre più studi ci mostrano che i disturbi emotivi (più genericamente identificati con il termine stress) possono anche avere un ruolo come fattori di rischio per lo sviluppo di alcune patologie cardiovascolari. Infatti sono ormai numerose le ricerche che indicano l'importanza dei cosiddetti "fattori di rischio psico-sociali" (in particolare depressione ed emozioni negative, mancanza di supporto familiare e sociale, ansia e stress nell'ambiente di lavoro) nella malattia coronarica.

Se la malattia può essere considerata un evento stressante, dobbiamo ricordare che essa inoltre può aumentare la vulnerabilità ad altri stimoli stressanti quali difficoltà nella relazione con il partner, modificazione di obiettivi di vita, perdita del lavoro, problemi finanziari, isolamento sociale.

Bisogna anche considerare che la persona diventata "paziente" entra in contatto con l'ospedalizzazione, le procedure diagnostiche e terapeutiche più o meno invasive, che a loro volta sono ulteriori stimoli fonte di stress. La mancanza di chiarezza nella comunicazione o informazioni fornite in momenti non appropriati costituiscono essi stessi stressor aggiuntivi (ad esempio informazioni sull'importanza del cambiamento dello stile di vita date ad un infartuato durante la degenza in unità coronarica).

"...Mi è crollato il mondo addosso", "E' stata una mazzata tremenda", E' come se mi avessero squartato", "Mi è caduta una tegola in testa"Si sa, capita a tanta gente, ma non si pensa mai che potrebbe capitare a noi".

In un primo periodo di shock iniziale si può manifestare incredulità alla diagnosi. Tale reazione difensiva di "negazione" all'inizio aiuta ad accettare e superare il trauma, però può portare alla penosa ricerca di un parere diagnostico diverso o addirittura d'interventi risolutivi inefficaci. Alla negazione possono essere associati, o far seguito, sentimenti d'ansia (preoccupazioni eccessive, irrequietezza, o sentirsi tesi o con i nervi a fior di pelle, facile affaticabilità, difficoltà a concentrarsi o vuoti di memoria, irritabilità, tensione muscolare, disturbi del sonno, continue richieste di attenzione o protezione) e sintomi depressivi (essere giù di morale per la maggior parte del giorno, avere facilità al pianto, sentirsi tristi e pessimisti, aver perso interesse o piacere per quasi tutte le attività per la maggior parte del giorno, non riuscire più a concentrarsi, aver perso l'appetito) e, talvolta, sensi di colpa e risentimenti.

Una famiglia serena aiuta a superare questi momenti più facilmente, ma vi è quasi sempre una fase iniziale piuttosto difficile anche perchè si dovrebbe cominciare a pensare di modificare alcune abitudini di vita, ad esempio quelle alimentari.

A volte può capitare di sentire rabbia per quello che è successo. Dobbiamo ricordare che la rabbia è un'emozione normale e sana, che esprimerla in modo appropriato aiuta a liberarsi dallo stress e dalla frustrazione e che può essere compresa e accettata da quanti ci circondano. Se manifestata, invece, in modo inopportuno, con l'intento di rimproverare e aggredire, la rabbia può diventare una forza distruttiva, sia per il soggetto che la esperisce, sia per quanti la subiscono. Spesso vi è la tendenza ad attribuire la responsabilità della propria rabbia ad altri o a eventi esterni.

Gli stati emotivi di questa prima fase devono essere considerati "normali" reazioni di fronte a un'evenienza negativa di vita e divengono patologici solo se molto intensi e protratti nel tempo.

Vi sono persone che si deprimono e che mettono in atto condotte distruttive; altre che trovano degli aggiustamenti; altre ancora che maturano un'esperienza umana più vasta, una maggior comprensione e sensibilità, e che riescono quindi ad essere di aiuto e a stabilire dei buoni rapporti sia all'interno che all'esterno della famiglia.

... ogni piccola emozione mi sconvolge...”, “meglio morire se non posso più fare quello che facevo prima”, “non mi sono mai sentito così in forma”...” Sento la necessità di stare in una condizione protetta, dove altre persone si occupino dei miei bisogni materiali”...

In una fase successiva di transizione la persona prende atto della realtà e delle possibilità diagnostiche e terapeutiche offerte: Si possono riscontrare fluttuazioni degli stati emotivi: rabbia, disperazione, angoscia, paura, demoralizzazione, reazioni depressive. Si possono osservare “comportamenti infantili” quali il richiedere continua assistenza anche quando non è necessaria, o reazioni aggressive contro il destino, ad esempio, o indirizzate contro un familiare o un operatore sanitario, cui si attribuisce la causa del proprio star male.

“non sono più come prima”, “perché proprio a me...”, “perché adesso...”, “ho capito che cosa veramente è importante”, “per fortuna mi è venuto un infarto, così ho potuto capire i veri valori per la mia vita”, “tornerò come prima?”,

In una fase ulteriore le persone cercano di dare senso e risposte a quello che è accaduto ridefinendo a volte il senso della propria esistenza. In alcuni casi le persone fanno riferimento alla vicenda della malattia, o dell'intervento chirurgico effettuato, come se fosse un “capitolo chiuso” cui non pensare più. In altri casi la persona arriva a pensare che l'evento malattia può costituire un'occasione di crescita personale che permette di affrontare l'esistenza sotto una luce completamente diversa e di ricostruire un progetto di vita compatibile con gli esiti della malattia stessa.

Ero un grande lavoratore, poi ho avuto l'infarto, sono passati molti mesi, ma non mi sono più ripreso: sono irritato, pieno di paure, sono più emotivo e mi viene da piangere anche quando guardo un film....

In altri casi ancora l'evento malattia non viene accettato e rielaborato e la persona manifesta preoccupazioni continue e il senso di perdita di come si era, può presentare difficoltà di adattamento lavorativo e problematiche nella sfera relazionale. Qualora i problemi non vengano superati in un tempo relativamente breve dall'esordio della malattia, o venga data comunicazione di una diagnosi prognosticamente negativa, è importante fare ricorso ad una assistenza specialistica.

L'attenzione deve essere particolarmente rivolta ai sintomi depressivi, che devono essere raccontati al proprio medico di famiglia, al fine di identificare la cura più adeguata sia farmacologica sia di supporto psicologico, preferibilmente da parte di uno psicologo che lavora nell'ambito della cardiologia riabilitativa.

Bibliografia

Bunker SJ, Colquhoun DM, Esler MD, Hickie IB, Hunt D, Jelinek VM, Oldenburg BF, Peach HG, Ruth D, Tennant CC, Tonkin AM. "Stress" and coronary heart disease: psychosocial risk factors. *Med J Aust.* 2003 Mar 17;178(6):272-6.

• Hemingway, H., Kuper, H. & Marmot, M. (2003). Psychosocial factors in the primary and secondary prevention of coronary heart disease: an updated systematic review of prospective cohort studies. In J.A. Cairns, A.J. Camm, E.L. Fallen, B.J. Gersh & S. Yusuf (eds.), *Evidence-based Cardiology* (pp.181-218). London: BMJ Books.

• Rosengren A, Hawken S, Ounpuu S, Sliwa K, Zubaid M, Almahmeed WA, Blackett KN, Sittih-amorn C, Sato H, Yusuf S; INTERHEART investigators. Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11119 cases and 13648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet.* 2004 Sep 11;364(9438):953-62.

• Rozanski A, Blumenthal JA, Davidson KW, Saab PG, Kubzansky L. The epidemiology, pathophysiology, and management of psychosocial risk factors in cardiac practice: the emerging field of behavioral cardiology. *Am Coll Cardiol.* 2005 Mar 1;45(5):637-51.

• Strike PC, Steptoe A. Psychosocial factors in the development of coronary artery disease. *Prog Cardiovasc Dis.* 2004 Jan-Feb;46(4):337-47.

• Sommaruga M. *Comunicare con il paziente. La consapevolezza della relazione nella professione infermieristica.* Carocci Editore, Roma, 2005.

• Task Force per le Attività di Psicologia in Cardiologia Riabilitativa e Preventiva, Gruppo Italiano di Cardiologia Riabilitativa e Preventiva. *Linee Guida per le attività di psicologia in cardiologia riabilitativa e preventiva.* *Monaldi Arch Chest Dis.* 2003 Sep;60(3):184-234. Italian.