



Le Patologie Cardiovascolari

È ormai noto come i fattori psicosociali siano implicati nell'incidenza e nella prognosi delle malattie cardiovascolari (P.K. Mehta, A. Thobani & V. Vaccarino, 2015). Si è verificato, infatti, negli ultimi anni un graduale passaggio dal modello biomedico tradizionale a quello biopsicosociale (Engel, 1977). In altre parole, il paziente non è più considerato solo come ricevente passivo di cure mediche e farmacologiche ma come individuo inserito in un contesto di relazioni ed interazioni che possono influire sia sull'insorgenza che sul modo in cui la malattia è percepita e quindi gestita durante il suo decorso clinico: si è passati, quindi, da un approccio relativo al sintomo e alla malattia a un approccio che pone al centro la persona.

Le patologie cardiovascolari sono ritenute, oggi, patologie multifattoriali che, assieme all'asse cuore-cervello, coinvolgono vari altri sistemi funzionali profondamente interrelati tra loro quali quello genetico, immunitario, psicologico (H. Song et al., 2019).

La psiconeuroendocrinoimmunologia e la teoria polivagale

Un ruolo fondamentale è giocato dallo stress e dagli ormoni, due fattori importanti che congiungono, insieme al sistema immunitario, le esperienze psichiche con le risposte somatiche.

Lo stress psico-sociale, ovvero quello che deriva dagli elementi del contesto esterno che hanno un impatto relazionale, ha un legame profondo con queste patologie. Lutto, divorzio, abbandono, separazioni affettive, perdita del lavoro, trasloco, problemi scolastici, debiti, fallimenti professionali, emarginazione, discussioni violente, competizioni sportive vissute con troppa partecipazione, emozioni molto forti: sono tutte esperienze che attivano il timore della perdita e scatenano stati emozionali come rabbia, dolore, ansia, angoscia, tristezza, colpa, vergogna. I meccanismi di difesa che si sviluppano in risposta, come la lotta, la fuga, la negazione o l'immobilità, hanno un'azione sul sistema nervoso autonomo e di conseguenza su quello ormonale e immunitario (Van Der Kolk 2015, Bottaccioli, 2017). Recenti studi neurofisiologici (Porges, 2018), inoltre, mettono in luce la relazione tra frequenza cardiaca, regolazione vagale del cuore e respirazione, rendendo chiara l'estrema utilità dello

sviluppo della capacità per l'essere umano di calmarsi e sentirsi sicuro nel proprio corpo come fattore protettivo per diversi disturbi e malattie somatiche, tra le quali anche le cardiopatie.

Infatti, anche se esistono delle pre-condizioni note, come fattori ereditari, colesterolo alto, sovrappeso, fumo di sigarette, la risposta a questi fattori può essere molto diversa da persona a persona.

L'alessitimia

Un concetto cardine in Psicosomatica è quello di alessitimia, ovvero la incapacità soggettiva di riconoscere, nominare e di conseguenza regolare le proprie emozioni. Un'emozione, infatti, è un evento somatico che viene codificato dai centri corticali prefrontali i quali ne danno una lettura psicologica, trasformandoli in sentimenti. Il riconoscimento di un'emozione, quindi, è necessario affinché la mente attivi i processi regolatori intrapsichici o interpersonali utili ad un ritorno ad uno stato di equilibrio: se riconosco di essere triste o arrabbiato, posso regolare il mio stato con i pensieri conseguenti o chiedere aiuto ad un amico. Se, invece, "ho sonno/sento la mente intorpidita" o "ho la tachicardia/mi formicolano le mani" non vengono riconosciuti come "sono triste" o "sono arrabbiato", l'attivazione fisiologica dell'emozione permane senza essere regolata dalla mente. I soggetti alessitimici non riconoscono l'attivazione fisiologica come relativa a un'emozione, scambiandola per un evento puramente somatico. Questa incapacità, che preclude l'avvio di una strada di regolazione emotiva, lascia il corpo in balia dell'attivazione fisiologica (Taylor et al., 1993, 2000, 2014).

Il disturbo post-traumatico da stress (PTSD) e l'accettazione della malattia nella riabilitazione

Dopo un evento cardiaco grave, si può andare incontro a stati di ansia e depressione e sviluppare addirittura i sintomi tipici di un disturbo post traumatico da stress (PTSD): secondo i dati in letteratura va incontro a un PTSD il 19%-38% dei pazienti che hanno avuto un arresto cardiaco, il 16%-22% di quelli che hanno avuto un infarto del miocardio, 8%-18% dei pazienti sottoposti a chirurgia cardiaca e 11% -16% dei pazienti che hanno subito un trapianto. Non intervenire adeguatamente su questi aspetti psicologici ed emotivi può compromettere le possibilità di recupero sia psicologico che fisico del paziente.

Il processo di accettazione della malattia può essere doloroso e complesso.

Doversi riconoscere in un corpo non più integro, dove vi è qualcosa che non funziona bene come prima, conduce ad un vissuto di vulnerabilità ed alla sensazione di perdita di controllo di sé e della propria vita. Ciò si associa ad irrequietezza, tensione, difficoltà di concentrazione, disturbi del sonno e difficoltà di memoria e ad un

ipercontrollo delle sensazioni corporee. Anche la rabbia è spesso presente, ci si sente traditi da una parte di sé. Oppure la malattia è vissuta dalla persona come un difetto, una ferita nella stima di sé. Anche se la medicina dimostra che è possibile continuare a svolgere la vita normalmente anche in presenza di patologie cardiache, talvolta, le sole spiegazioni e rassicurazioni mediche non bastano ad arginare i dubbi e le angosce e un lavoro psicologico di accettazione della propria malattia diventa dirimente al fine che il soggetto divenga responsabile del proprio bisogno di cure (compliance terapeutica). Si tratta di normali reazioni alla malattia ma, se vissute in maniera troppo intensa e per periodi prolungati, e se espresse in modo non appropriato, possono diventare distruttive per la salute: una persona che nega la propria malattia, perché accettarla è troppo doloroso, tenderà ad avere poca compliance terapeutica, a non modificare il proprio stile di vita e a mettersi in condizioni di rischio.