



Progetto "Prendersi a Cuore": l'Approccio Centrato sulla Persona in Cardiologia

Legnano: progetto di prevenzione per pazienti con diagnosi di infarto o Sindrome Coronarica Acuta

INDICE:

1. Introduzione
2. L'esperienza lavorativa in cardiologia
3. Il progetto
4. "Il Cuore" del progetto
5. L'importanza degli incontri di gruppo
6. I primi risultati
7. Le emozioni nascoste dietro l'incontro con la malattia
8. Riflessioni conclusive
9. Bibliografia
10. Allegati
11. Altre letture su HT

1. Introduzione

*"Se un piatto o un bicchiere cadono a terra senti un rumore fragoroso.
Lo stesso succede se una finestra sbatte, se si rompe la gamba di un tavolo
o se un quadro si stacca dalla parete.
Ma il cuore, quando si spezza,
lo fa in assoluto silenzio.
Data la sua importanza, ti verrebbe da pensare che faccia uno dei rumori più forti del mondo,
o persino che produca una sorta di suono cerimonioso, come l'eco di un cembalo o il rintocco di una
campana.
Invece è silenzioso,
e tu arrivi a desiderare un suono che ti distraiga dal dolore.
Se rumore c'è, è interno.
Un urlo che nessuno all'infuori di te può sentire..."*
(Ahern, 2006)

Il presente articolo¹ ha origine dalla mia personale esperienza lavorativa nell'ambito della psicologia

¹ L'articolo che presento è tratto dalla tesi del secondo anno del Quadriennio di Psicoterapia Centrata sulla Persona, nel



della salute in contesto sanitario, e nello specifico dall'attività svolta come psicologa all'interno dell'Unità Operativa di Cardiologia dell'Azienda Ospedaliera, Ospedale Civile di Legnano. In questo articolo presenterò i primi risultati di un progetto di prevenzione secondaria per pazienti ricoverati con diagnosi di infarto o Sindrome Coronarica Acuta². La ricerca si basa sul modello bio-psico-sociale, spostando quindi l'attenzione dalla cura del solo muscolo cardiaco ad un prendersi cura della persona cardiopatica, considerata come organismo globale, degno di fiducia e facente parte di un sistema olistico.

Espressioni come "Spezzare il cuore a qualcuno" o "Avere un cuore gonfio di gioia" non rappresentano solo comuni modi di dire; è infatti sempre più evidente l'importanza del legame "mente-cuore" e del considerare le emozioni, gli atteggiamenti e i modelli di comportamento come possibili fattori di rischio della patologia cardiaca.

Aiutare la persona colpita da infarto a riprendere il contatto con il proprio corpo, le proprie emozioni e il proprio modo di essere significa anche restituirle la bussola fondamentale per orientarsi verso il proprio benessere.

2. L'esperienza lavorativa in cardiologia

Cambiare i comportamenti non salutari come il tabagismo, la sedentarietà e lo stress, o modificare i fattori di rischio correlati alla patologia tra cui il diabete, l'ipertensione e le dislipidemie sono impegni spesso compromessi da vari ostacoli, come la scarsa conoscenza della patologia e dei fattori di rischio.

Questo processo di aderenza – intesa non solo come terapia farmacologica ma anche come gestione di comportamenti salutari – è fortemente influenzato da fattori di natura psicologica, come i sintomi ansioso-depressivi e la negazione o sottovalutazione dell'evento stesso di malattia, che incidono inevitabilmente sulle scelte della persona.

È quindi auspicabile seguire il paziente anche nella fase post-degenza attraverso uno strutturato intervento psico-educazionale, per accompagnarlo nel personale percorso di cambiamento e favorire il miglioramento del benessere.

Da queste premesse è nato presso l'Unità Operativa di Cardiologia dell'Ospedale Civile di Legnano il progetto "*Prendersi a Cuore*". L'intervento di prevenzione secondaria coinvolge principalmente due figure professionali: il cardiologo, che segue lo stato clinico della persona durante e dopo il ricovero, e lo psicologo, responsabile di svolgere attività di sostegno psicologico in reparto e di gestire gli incontri educazionali nella successiva fase post-dimissioni.

Dal percorso psico-educazionale ci si attende che i pazienti possano acquisire maggiori conoscenze e competenze per una corretta gestione della propria malattia e aderenza alla terapia. Con l'incremento della consapevolezza dei fattori di rischio, si ipotizza, infatti, che la persona sia in grado di riconoscere meglio i sintomi della propria condizione patologica, monitorare costantemente i parametri cardiaci e seguire regolarmente un piano di trattamento adeguato al proprio stato di salute.

corso dell'anno 2012. Il lavoro è inserito in un progetto di ricerca più ampio, che prevede un gruppo sperimentale ed uno di controllo con un follow up di 15 mesi. Non essendo ancora conclusa la ricerca, nell'articolo presenterò i risultati preliminari.

2 Sindrome coronarica acuta (SCA) è una diagnosi causata da una stenosi delle arterie coronarie che può determinare sintomi di angina pectoris o la condizione di infarto miocardico (MI).



3. Il progetto

Il progetto prevede un campione sperimentale e uno di controllo, entrambi composti da tutti i pazienti dimessi con diagnosi di SCA a partire dal mese di febbraio 2012 fino al mese di febbraio 2013, presso le Unità Operative di Cardiologia dell'Ospedale Civile di Legnano e di Magenta.

I pazienti dell'U.O. di Cardiologia di Legnano rappresentano il gruppo sperimentale e seguiranno, quindi, il percorso di promozione della salute, mentre i pazienti dimessi dalla U.O. di Cardiologia di Magenta costituiranno il gruppo di controllo.

Si considerano come criteri di esclusione l'impossibilità della persona a partecipare agli incontri di gruppo a causa di limitazioni fisiche, deficit visivi e uditivi, decadimento cognitivo o impossibilità a raggiungere il centro per motivi logistici.

Per entrambi i gruppi coinvolti nello studio sono previsti tre diversi momenti di follow-up clinici, rispettivamente ad 1 mese, a 4 mesi e a 9 mesi dalla dimissione dal reparto di cardiologia.

I parametri clinici considerati nella ricerca sono i livelli di Pressione Arteriosa, i valori di colesterolo plasmatici (in particolare il valore del colesterolo LDL), la massa corporea (BMI), il valore della Hb glicata (nei pazienti diabetici) e l'astensione dal fumo (valutata oggettivamente con la misurazione della CO espirata).

4. "Il Cuore" del progetto

Nel presentare il mio lavoro, vorrei iniziare riportando le parole di un paziente ricoverato presso l'Unità di Terapia Intensiva Coronarica (U.T.I.C) durante un colloquio: *"È successo tutto così in fretta: sono arrivato con la mia auto al pronto soccorso per un dolore strano allo stomaco. Pensavo fosse un problema di digestione, invece il medico mi ha detto che dovevo fare subito un'angioplastica perché il mio cuore aveva avuto un infarto. Come è possibile avere un infarto a cinquant'anni? Il medico dice di non preoccuparsi e che tra qualche giorno mi manderà a casa. Ma come cambierà la mia vita? Io ho paura..."*

L'esperienza condivisa di questa persona, con le sue domande e le sue paure, mette in rilievo il mondo emozionale di chi è stato colpito da un infarto.

Etichettato sulla cartella clinica come "IMA", l'infarto miocardico acuto rappresenta per il paziente un "fulmine a ciel sereno". È qualcosa di improvviso, di non previsto. È qualcosa che suscita caos.

La realtà ospedaliera, però, non prevede un tempo "oltre" a quello strettamente necessario per le cure mediche. Il paziente rientra a casa, infatti, con la propria lettera di dimissione e una lunga serie di nuove medicine, ma molto spesso porta con sé anche un bagaglio di preoccupazioni e di ansie che meritano uno spazio adeguato per essere ascoltate.

Il progetto "Prendersi a Cuore" è stato pensato proprio per rispondere all'esigenza di pazienti, familiari e dei medici stessi, di accompagnare anche in fase post degenza una persona che ha avuto una problematica cardiaca, al fine di favorire una maggiore aderenza alla terapia e ridurre i futuri eventi clinici.

Il percorso psico-educazionale è diviso in due steps: il primo avviene durante la degenza nell'Unità



di Terapia Intensiva di Cardiologia, dove si ricostruisce l'anamnesi e il quadro iniziale della situazione. È un momento fondamentale e delicato del percorso dove è importante accogliere la persona, ascoltarla e supportarla nel proprio disagio. In questa fase verranno effettuati colloqui individuali di sostegno psicologico.

Il secondo momento è nel post degenza, dove la persona partecipa ad un ciclo di tre incontri educazionali di gruppo, con cadenza settimanale, della durata di circa 90 minuti. Viene incoraggiata la partecipazione anche dei familiari, in quanto risorsa importante nel processo di aderenza.

Nonostante gli incontri prevedano di affrontare delle macro-tematiche, il percorso si adatta molto al tipo di richieste dei componenti del gruppo. In generale, la struttura del percorso educativo è composta da un incontro di apertura che permette alle persone di conoscersi e iniziare a condividere la personale esperienza di malattia.

In questa fase iniziale l'utilizzo della narrazione, del disegno e della metafora risultano essere strumenti molto utili per facilitare la verbalizzazione delle emozioni.

In molte persone è forte la sensazione di essere persi, di essere privati delle proprie abitudini e costretti a seguire uno stile di vita rigido e limitante, come dimostrano le parole di questo signore la settimana dopo la dimissione: *"Mi sento in un groviglio di matassa. Tutti mi dicono cosa non devo fare... Mi sento in trappola"*.

In questa prima fase del percorso di gruppo è importante aiutare le persone a prendere contatto con l'esperienza traumatica dell'evento di malattia, attraverso un ascolto attento e rispettoso e un atteggiamento non giudicante.

"Perché proprio a me?" è la domanda che inizia piano piano a ricercare una risposta.

Adottare un approccio fenomenologico, partendo quindi dal punto di vista dell'individuo nei confronti della propria situazione di salute/malattia, aiuta a stabilire un'alleanza con la persona e a legittimare la condivisione delle sue emozioni.

Dalla rappresentazione che la persona ha della patologia cardiaca è importante poi co-costruire una mappa dei suoi fattori di rischio (modificabili e non modificabili) legati all'evento. Un successivo incontro è centrato sui comportamenti a rischio per la salute: riprendendo la tematica legata ai fattori di rischio, si aiuta la persona a comprendere il legame esistente tra il proprio stile di vita e la salute del cuore.

Attraverso la risorsa del gruppo, le persone vengono stimolate ad una auto-osservazione del proprio comportamento di salute. Uno stile non direttivo, ma centrato sulla persona e sul proprio modo di essere, facilita la condivisione delle difficoltà ma anche la ricerca di strategie di coping.

L'ultimo incontro è focalizzato sulla relazione mente-corpo: molte persone dopo un evento cardiaco iniziano a sentire il proprio respiro e il proprio battito.

Iniziano, quasi magicamente, a sentire di avere un cuore.

Spesso accade anche che questo sentire diventi un rumore assordante, da impedire il sonno durante la notte e da ostacolare i movimenti quotidiani.

"Ma adesso si vivrà sempre con il batticuore?", mi chiede una signora durante uno dei primi colloqui in ospedale.

Lavorando in un paradigma bio-psico-sociale, mente e corpo sono dimensioni di uno stesso organismo che ha la possibilità di influenzare e di promuovere la salute.



Come diceva Lowen *"Gli uomini pensano di risolvere tutto con la mente invece di 'sentire'. Ma il sentire non ha a che fare con l'intelligenza o con la forza. Solo lavorando su di sé, sul proprio corpo, grazie al quale l'uomo 'sente', l'uomo può curarsi e aspirare, come è sacrosanto, a una vita sana, libera, felice... La vita di un individuo è la vita del suo corpo"* (Lowen, 1982).

Riuscire a riconoscere i segnali del proprio corpo e a gestire i sintomi di ansia e di stress, rappresentano per il paziente cardiopatico degli strumenti importanti nella gestione della propria patologia.

Alberto Oliverio, nel suo libro *"La mente, istruzioni per l'uso"* afferma: *"Perdere il controllo sul proprio corpo significa, di conseguenza, perdere il controllo sui propri pensieri ed emozioni"*.

Infatti la persona che ha subito un infarto riferisce spesso di sentirsi ingannata dal proprio corpo: *"Ieri stavo bene, poi all'improvviso ho sentito un dolore al petto. Il medico ha detto che ho avuto un infarto miocardico anteriore. Non ho mai avuto dolori, pensavo di conoscere molto bene il mio corpo... E invece mi ha fregato"*.

La sensazione di tradimento, di ingiustizia, di violazione di qualcosa che sembrava sicuro e sano è presente in molti dei racconti condivisi nel gruppo.

In quest'ultima fase del percorso viene proposto ai pazienti un rilassamento muscolare progressivo, un esercizio per una maggior consapevolezza del proprio corpo e una migliore gestione delle emozioni di ansia e stress.

Durante gli incontri di gruppo vengono consegnate ai pazienti delle brevi dispense educazionali inerenti alle tematiche trattate.

Lo stesso modello bio-psico-sociale valorizza una corretta informazione come strumento indispensabile per aiutare la persona nel processo di compliance: verranno, quindi, fornite indicazioni riguardo i fattori di rischio della patologia, i valori clinici di riferimento da tenere sotto controllo, le indicazioni mediche sugli stili di vita da seguire e i suggerimenti per modificare i comportamenti non salutari.

Se "sapere è potere", la fiducia stessa nelle risorse e nell'empowerment del cittadino non può infatti prescindere dalle informazioni di cui la persona potrà disporre per operare una scelta consapevole e meditata circa la propria salute (Anfossi, Verlato, Zucconi, 2008).

È importante, però, ricordare che se le indicazioni sui possibili vantaggi di un determinato comportamento sono preziose, rischiano di essere inutili e invisibili se non fondate in un rapporto con la persona di piena fiducia nelle sue possibilità e di rispetto della sua unicità e fatica.

5. L'importanza degli incontri di gruppo

"Il guerriero sa che nessun uomo è un'isola. Non può lottare da solo. Quale che sia il suo piano... ha bisogno di discutere la sua strategia, di chiedere aiuto e, nei momenti di riposo, di avere qualcuno a cui raccontare le storie di battaglia intorno al fuoco" (Coelho, 1997).

L'essere ascoltati con attenzione e non giudizio diminuisce il senso di solitudine ed aumenta il senso di appartenenza ad un gruppo che "combatte" contro le stesse paure e difficoltà. Dal



confronto con l'altro emergono i piccoli piaceri della vita, spesso abbandonati o dimenticati, e la persona si riappropria piano piano di un tempo e di uno spazio proprio che negli anni si era negato.

La situazione di stress causata dalla malattia comporta per l'individuo la necessità di riorganizzare la propria routine quotidiana e di trovare un nuovo equilibrio.

La capacità di essere flessibili, di provare, di tentare e di valutare la strada migliore richiede, però, tempo, pazienza e motivazione.

La persona cardiopatica è portatrice, oltre che di un problema cardiaco, anche di un bagaglio di esperienze: ha una storia, dei legami affettivi e sociali da rispettare, dei bisogni e soprattutto un suo personale stile di coping per affrontare la situazione di stress. Ecco perché è così importante non abbandonare il paziente dopo la dimissione dall'ospedale ma creare un ponte relazionale con la stessa struttura ospedaliera.

È proprio a casa, infatti, che arriva la solitudine per non essere capiti nella propria difficoltà a reagire, emerge la paura di un altro possibile attacco al cuore e l'impotenza di non sapere cosa fare.

La visione della malattia è la cornice nella quale va inserito il puzzle delle informazioni da trasmettere: cogliere la percezione che il paziente ha nei confronti della patologia, quali informazioni possiede e valorizzare la descrizione della sua situazione di malessere è, infatti, fondamentale per individuare quelle credenze irrealistiche che ostacolano il processo di aderenza. Importante è, quindi, adottare durante gli incontri di gruppo un approccio centrato sulla persona che valorizzi la libertà e le responsabilità dell'individuo, considerato come essere umano dotato di fiducia e di innate capacità autopoietiche. Un clima di calore, di comprensione e di non giudizio è il luogo dove, attraverso il confronto interpersonale e l'incontro con se stessi, l'empowerment della persona ha la possibilità di crescere e svilupparsi.

6. I primi risultati

Nel 2012, dal mese di febbraio al mese di luglio, 115 pazienti con diagnosi di sindrome coronarica acuta hanno aderito al progetto "Prendersi a Cuore", partecipando quindi agli incontri di gruppo. Il campione è composto soprattutto da persone di sesso maschile (88%), per la maggior parte coniugate (75%) e l'età media è di 68 anni.

Significativo è stato constatare che tutte le 115 persone con sindrome coronarica acuta hanno concluso il ciclo degli incontri e che il 70% di queste ha seguito il percorso educativo insieme ad un familiare.

Infatti il primo incontro aveva l'obiettivo di creare un legame, una relazione tra le persone del gruppo per facilitare la continuità dell'intero percorso post-degenza.

Inoltre, la presenza di un familiare all'interno degli incontri ha permesso di far emergere le difficoltà che l'evento di malattia provoca non solo alla persona direttamente interessata ma a tutto il nucleo familiare.

La condivisione di ansie e paure che soffocano molti coniugi dei pazienti ha permesso di vedere legittimata anche la loro sofferenza e, nello stesso tempo, li ha aiutati a sentirsi meno soli nell'affrontare la situazione.



Alla fine del ciclo di incontri è stato, poi, somministrato ad ogni persona un questionario di gradimento nel quale si chiedeva, in forma anonima, di esprimere un proprio parere nei confronti del percorso effettuato (Appendice, allegato numero 1).

Dall'analisi dei questionari emerge che il 90% delle persone ritiene di aver acquisito delle informazioni utili relative alla propria patologia (nello specifico il 40% delle persone ha risposto "sempre" e il restante 50% ha risposto "spesso").

Questo dato porta alla riflessione di come sia importante per un paziente dimesso dall'ospedale avere degli strumenti per conoscere e decodificare la patologia cardiaca, evitando così di restare nascosto dietro false credenze e dubbi mai espressi.

Per quanto riguarda il valore che la risorsa gruppo ha avuto nell'esperienza soggettiva dei partecipanti, è importante evidenziarne alcuni aspetti. La quasi totalità delle persone si è sentita aiutata dal confronto e dall'esperienza condivisa dagli altri (il 40% ha risposto "sempre" e il 56% con "spesso").

L'apertura in gruppo ha contribuito ad accrescere l'empowerment individuale, facendo sentire le persone, di volta in volta, sempre più motivate al cambiamento verso stili di vita più salutari, come smettere di fumare, seguire un'alimentazione equilibrata e iniziare un'attività fisica regolare (il 39% ha risposto "sempre" e il 53% "spesso"). A questo proposito vorrei citare l'esperienza di un signore che, proprio al termine dell'ultimo incontro, si esprime al gruppo con queste parole: *"Fino a qualche giorno fa ero impaziente di riprendere il mio lavoro da impiegato bancario e avevo chiesto al mio medico la possibilità di anticipare la fine dei giorni di malattia... A casa mi annoiavo e mi sentivo inutile... Dopo aver ascoltato tutti voi in queste settimane, esco da questo gruppo con la convinzione che ho anche io bisogno del tempo per me, per riprendermi, non solo fisicamente. Non sono ancora pronto a rientrare in quel mondo lavorativo che probabilmente ha contribuito a farmi ammalare. Il mio cuore merita più tempo".*

L'ascoltare le difficoltà quotidiane degli altri è per le persone un grande aiuto per allentare le proprie difese e per far luce sulle sfide personali, stimolando così la ricerca di strategie di coping. I risultati dei questionari evidenziano, quindi, come il gruppo sia stato utile non solo per incrementare le conoscenze relative alla patologia cardiaca, ma anche per dare voce ad un vissuto emotivo che l'evento traumatico ha scatenato.

Più del 70% dei partecipanti afferma, infatti, di avere espresso durante gli incontri le proprie emozioni, riconoscendo il gruppo come un forte stimolo per un miglior contatto emotivo (il 32% delle persone ha risposto di aver espresso "sempre" le proprie emozioni in gruppo e il 40% "spesso"). Questo dato è molto significativo per l'importanza che l'aspetto emotivo assume nel processo di guarigione. Poiché l'aderenza alla terapia è determinata dai fattori psicologici ed emotivi, riuscire a liberare i blocchi di tensione e alleggerire il peso di paura che inevitabilmente accompagnano le giornate di molti pazienti dopo la dimissione, è molto importante.

Se il contesto grupppale facilita lo snodo di dubbi e l'apertura delle emozioni, incrementando il processo di empowerment personale (90%), di contro la percezione di essere di aiuto agli altri ha un peso notevolmente diverso.

La maggior parte delle persone (60%), infatti, ha percepito di essersi sentita di aiuto solamente "qualche volta" e solo 2 persone hanno risposto "sempre".



Questo pone una riflessione su come sia difficile, anche all'interno di un contesto gruppale, riconoscere il proprio potere e l'influenza che si ha nei confronti degli altri. Non è infatti immediato riuscire a considerare la propria esperienza come una risorsa e strumento di aiuto per altre persone: vestire il ruolo di protagonista della propria vita, considerando anche l'esperienza traumatica come un'opportunità, è certamente un obiettivo importante nel processo di cura della persona. Un processo che richiede tempo, pazienza e rispetto.

7. Le emozioni nascoste dietro l'incontro con la malattia

La patologia cardiaca colpisce all'improvviso, mettendo a rischio il senso di continuità dell'individuo: *"Ero sul divano a guardare la televisione quando ho sentito un peso allo stomaco. Ho fatto una limonata calda e per un po' il dolore è passato. Pensavo non avessi digerito la cena... Invece di notte il dolore è tornato diventando sempre più forte. Solo allora mia moglie mi ha convinto a chiamare il 118..."*.

La testimonianza dell'incontro che questo paziente ha avuto con il suo evento di infarto mette in evidenza il tentativo di ignorare i sintomi, di rimandare i pensieri, di allontanare l'ansia. Non è sicuramente facile per molti pazienti alzare il telefono e chiedere aiuto: solo quando il dolore è insopportabile ci si arrende.

L'arrivo in ospedale è spesso descritto come un viaggio nell'attesa, dove si intersecano emozioni ambivalenti di paura e tranquillità, angoscia e speranza, preoccupazione e fiducia.

Diagnosticato l'infarto, le procedure mediche di angioplastica sono rapide e, se non ci sono complicanze, il paziente inizia dopo poche ore a sentirsi fisicamente meglio. Certamente ogni persona ha il suo mondo e il suo personale vissuto di malattia, ma quello che mi ha colpito nei mesi in cui ho svolto l'attività di counseling psicologico in Unità Coronarica è stata la sensazione di tranquillità che accomunava molti dei pazienti ricoverati. Durante i colloqui in reparto traspariva il desiderio di tornare a casa e riprendere le attività interrotte, come i documenti da firmare in ufficio, l'orto da sistemare o i nipotini da andare a prendere a scuola.

In questa fase sembra difficile un contatto con le emozioni più profonde: la mente vuole dimenticare, andare oltre, come se il progettare freneticamente i giorni successivi fosse l'antidoto per cancellare quel black-out al cuore e riprendere la corsa. In questa fase l'ascoltare le parole del paziente senza un giudizio consente di iniziare a costruire una nuova relazione di cura.

Heidegger diceva che *"l'uomo è essenzialmente capacità di prendersi cura"*.

Per permettere questo processo è importante rispettare e accettare i vissuti della persona e non togliere quel potere personale che gli consente di essere l'artefice del proprio cambiamento.

Dietro una cartella clinica e una diagnosi di infarto c'è sempre un individuo con le sue preoccupazioni, i suoi bisogni ma anche con i suoi interessi, le sue amicizie e i suoi valori. Non considerare tutto questo significa non solo limitarsi a guarire un organo malato, ma ignorare un cuore che ha bisogno di essere ascoltato, liberato, per poter riprendere la sua energia vitale.

La patologia cardiaca quando colpisce l'individuo non provoca solo delle conseguenze sulla salute fisica dell'organo, ma è in grado di destabilizzare la vita dell'individuo a vari livelli.

Sia durante la notizia della diagnosi ma soprattutto nella successiva fase di recupero, si attivano nel paziente profonde reazioni emotive e intense angosce di solitudine, di abbandono, di paura e di morte. Queste reazioni psicologiche possono essere considerate una risposta allo shock traumatico



provocato dall'evento, strettamente legato al significato di minaccia per la vita della persona stessa. Spesso una delle difficoltà nel gestire le dinamiche emotive che si scatenano nel paziente è dovuta proprio al mancato riconoscimento delle proprie emozioni, che provocano meccanismi adattivi disfunzionali come la negazione.

Soprattutto dopo la dimissione dall'ospedale, la persona sente crescere dentro di sé l'ansia dell'ignoto e un senso di impotenza dovuto proprio al fatto che la malattia è vissuta come imprevedibile ed incontrollabile. La patologia cardiaca, inoltre, non è quasi mai un evento casuale ma è collegata al modo di vivere dell'individuo.

Modificare gli stili di vita poco salutari è spesso considerato come un obbligo, una catena imposta da medici e familiari che vestono il ruolo di esperti. C'è anche la paura che ogni cambiamento inevitabilmente comporta: se da un lato smettere di fumare e seguire un'alimentazione equilibrata è utile e desiderabile, dall'altro lato è presente la fatica di abbandonare abitudini consolidate e il timore di un fallimento.

È quindi importante accogliere l'ambivalenza e legittimare il conflitto interiore che anima la persona cardiopatica. Questo è possibile solo "abbandonando" il camice bianco da professionisti e istaurando una relazione empatica. L'esperienza in ospedale mi ha insegnato come sia spesso difficile non scivolare nell'abito dell'esperto di prevenzione e promozione della salute:

"Se curare è comunicare sulla linea dell'umano, sicuramente è anche un'azione che mette in crisi, che espone all'inaspettato, che può porre dinanzi allo scontro, non solo all'incontro, nel momento in cui si declina come uno scendere da un ruolo per avvicinarsi all'altro, nel suo terreno. Perché quando si scende si fanno i conti con se stessi, con il proprio fondo".
(Palmieri, 2000).

Riprendere la "bussola del professionista" è stato indispensabile per non perdermi e svolgere al meglio il mio ruolo, nelle mie competenze ma anche nei miei limiti.

Per facilitare e non colludere nel processo di cambiamento della persona è, infatti, importante accettare senza giudizio le sue emozioni e rispettare i suoi tempi, senza pretese, restituendo valore alle sue risorse e potenzialità.

"È in presenza di giudizio negativo, di spinte al cambiamento provenienti dall'esterno e non da se stessi, che gli esseri umani tendono a bloccarsi e radicalizzarsi negli atteggiamenti insani e pericolosi"
(Anfossi, Verlato, Zucconi, 2008).

Creare sin dai primi incontri in ospedale un clima facilitante è lo strumento per istaurare una relazione comunicativa e fiduciosa con la persona e aiutarla ad abbassare le sue difese, permettendo di far emergere le speranze e le paure, i desideri e le fatiche che la malattia inevitabilmente nasconde.

È importante avere sempre l'attenzione sulla persona come organismo globale, entrare nel suo mondo senza perdersi e aiutarlo a sbrogliare il caos emotivo che lo ha travolto per riprendere le redini della propria vita. Perché a volte è proprio *"la consapevolezza della morte che ci incoraggia a vivere"* (Coelho).

Considerare allora il processo di salute come una ricerca del benessere, permette alla persona di partire proprio dall'evento stesso di malattia per andare oltre, per porsi domande su di sé, per avere il coraggio di aprire delle finestre interiori ed esplorare nuovi aspetti esistenziali della propria



vita.

8. Riflessioni conclusive

"Non stiamo mai nei limiti del tempo presente. Anticipiamo l'avvenire come se fosse troppo lento ad arrivare, quasi per affrettare il suo corso; oppure rievochiamo il passato per fermarlo; quasi troppo precipitoso; siamo così imprudenti da scorazzare in tempi che non ci appartengono e da non pensare all'unico tempo che ci appartiene; siamo così fatui da sognare i tempi che non esistono più e da fuggire senza riflettervi, il solo che sussiste. Perché, di solito, il presente ci tormenta"
(Pascal)

La patologia cardiaca espone la persona alla necessità di ridefinire il significato del proprio tempo e del proprio esserci.

Prima dell'evento viveva basandosi sulla fiducia riposta nel proprio corpo e su una sicurezza della dimensione del tempo che gli consentiva di agire e di riconoscersi nel mondo. Quando l'individuo si scontra con l'esperienza di infarto deve affrontare un limite non solo fisico, ma contattare anche la cicatrice interna, la perdita di certezze e di un equilibrio ritenuto stabile.

Il trauma determinato dall'infarto destabilizza il senso di identità della persona, le percezioni e le valutazioni che aveva delle proprie caratteristiche personali; provoca, inoltre, una separazione dalla precedente immagine del corpo e impone all'individuo la necessità di ricostruirsi un'identità personale, adattando il proprio Io alla mutata situazione in cui si trova a vivere.

Un approccio fenomenologico, che parte dall'esperienza vissuta della persona, consente di riporre al centro l'individuo, senza togliergli potere e favorendo lo sviluppo delle risorse personali.

Le sensazioni di smarrimento, di aver perso "il filo della propria vita", di essere stati traditi da un corpo apparentemente sicuro, necessitano un ascolto attento e rispettoso.

Dare la possibilità alla persona di dare voce al proprio malessere in uno spazio e in un tempo adeguati le permette di elaborare e di condividere i propri vissuti.

Un tempo che favorisca la relazione, l'incontro con lo psicologo e con altri pazienti, ma soprattutto l'incontro con se stessi.

L'arrivo della malattia impone, infatti, una nuova percezione di tempo, non più vissuto nelle tre dimensioni di passato, presente e futuro. La vita è tagliata dall'evento in due momenti diversi: c'è un "prima" che viene idealizzato o comunque rimpianto, e un "dopo", che si mostra nebuloso e senza progettualità.

Dopo la permanenza in ospedale e superata la fase acuta, molti sono i pazienti che riferiscono di sentirsi abbandonati e di trovare difficoltà nel rimodellare il ritmo della vita quotidiana, quello della famiglia, degli amici, del lavoro.

La persona viene catapultata in un presente ritrovato, ma vissuto come minaccioso e incerto. L'esperienza degli incontri di educazione alla salute ha messo in luce l'importanza di seguire il paziente durante il rientro a casa, dandogli la possibilità di recuperare le risorse per riprogettare il proprio futuro.

Accogliere senza giudizio le emozioni e i vissuti del paziente, permette di riconoscere l'esigenza della persona di essere vista e ascoltata nel suo personale e unico modo di vivere l'esperienza di



malattia.

Il cambiamento di vita che i pazienti sono costretti ad affrontare, infatti, non è ricondotto solo alla dimensione del benessere fisico, ma anche ad aspetti psicologici e sociali. La frustrazione davanti ai nuovi confini, al non potersi riappropriare dell'immagine di sé precedente alla malattia e alle difficoltà rispetto al futuro imprevedibile, meritano di essere riconosciute e rispettate.

Dal momento che la rappresentazione che il paziente possiede verso la propria condizione di salute influisce sull'aderenza ad una terapia e quindi sul benessere psico-fisico, è importante partire proprio dal suo mondo, dalla sua personale visione della situazione, per favorire una globale cura della persona.

Considerare nel processo di cura dell'infarto un percorso post degenza strutturato in incontri di gruppo significa proporre uno spazio dove il disagio psichico possa emergere e trovare un contenimento. Facilitare la persona a fermarsi vuol dire anche permetterle di andare oltre il recupero fisico del cuore: dare voce all'emozione, elaborare il senso dell'esperienza critica dell'evento cardiaco, permette alla persona di riflettere e restituire un significato non solo alla situazione di disagio, ma più in generale alla propria vita.

"Prendersi a Cuore", significa, quindi, prendere contatto con un mondo interiore, con le proprie paure e i propri desideri. È accettare il limite imposto dalla malattia, ponendosi domande ed esplorando le emozioni represses.

"Prendersi a Cuore" significa anche permettere alla ferita di infarto di diventare una feritoia dalla quale porre un nuovo sguardo per progettare la propria vita.

9. Bibliografia

- Ahern, C. (2006) *Se tu mi vedessi ora*, Bur Rizzoli, Sonzogno
- Anfossi, M., Verlatto, M.L., Zucconi, A.(2008), *Guarire o curare? Comunicazione ed empatia in medicina*, Bari: La Meridiana
- Cigoli, V., & Mariotti, M. (2002), *Il medico, la famiglia e la comunità. L'approccio biopsicosociale alla salute e alla malattia*, Milano: Franco Angeli
- Coehlo, P. (1997) *Manuale del guerriero della luce*, Bompiani, Milano
- Denollet, J. (2000), *Type D personality: a potential risk factor refined*, Journal of Psychosomatic Research, 49, 255-266
- Engel, G. (1980), *The clinical application of the biopsychosocial model*, American Journal of Psychiatry, 137, 535-544
- Heidegger, M. (1927), *Sein und Zeit*, Max Niemeyer Verlag, Germania. Trad.it Essere e tempo, Longanesi, Milano, 2005
- Jesi, A.P., Giannuzzi, P., Griffo, R., Urbinati, S., Tassoni, G., Baldi, C., Sommaruga, M., Iannucci, M., Sanges, D., Robiola, R., Carbonelli, M. G., Familiari, M. G., Saggiocca, L., Bianco, E., Cristinziani, G. R., Amari, C., Richichi, I., Alessandrini, F., Mordenti F., Mauro B., Mozzetta, S., Miglioretti, M., Buchberger, R., Cammarano, R., Sampaolo, L., (2005), *Linee guida su cardiologia riabilitativa e prevenzione secondaria delle malattie cardiovascolari*, www.pnlg.it
- Kubzansky, L. D., Davidson, K. W., & Rozanski, A. (2005), *The clinical impact of negative psychological states: expanding the spectrum of risk for coronary artery disease*, Psychosomatic Medicine, 67 (Supplement 1), 10-14
- Larson, D. G. (1993), *Aiutare chi soffre. Una guida per chi offre relazioni di aiuto a persone colpite da lutti e malattie terminali*, Bari: La Meridiana



- Leventhal, H., Idler, E., & Leventhal, E. (1999), *The impact of chronic illness on the self system*, in R. Contrada & R. Ashmore (Eds.), *Self, social identity and physical health*, Boston: Oxford University Press
- Lydia, R (2000), *Il ruolo dell'espressione delle emozioni nella promozione della salute. Il modello biocomportamentale dell'adattamento*, Psicologia della salute, 3
- Lowen, A. (1958), *The language of the body* MacMillan, New York. Trad.it *Il linguaggio del corpo*, Feltrinelli, Milano, 1997
- Lowen, A (1980), *Fear of life*, MacMillan., New York . Trad.It *Paura di vivere*, Astrolabio, Roma 1982
- Lowen, A (1989), *Love, sex and your heart*, MacMillan, New York. Trad.It. *Amore sesso e cuore*, Astrolabio, Roma 1989
- Maseri, A. (2008), *"Per il tuo cuore": la ricerca di domani per una terapia ed una prevenzione personalizzata*, Salute cardiovascolare, 3, 4
- Molinari, E., Bellardita, L., & Compare, A. (2007), *Una psicologia clinica per la malattia cardiaca*, in E. Molinari, A. Compare & G. Parati (Eds.), *Mente & cuore. Clinica psicologica della malattia cardiaca*, Milano: Springer
- Oliverio, A., (2001), *La mente istruzioni per l'uso*, Rizzoli, Milano
- Palmieri, C. (2000), *La cura educativa*, Franco Angeli, Milano
- Pedersen, S. D., & Denollet, J. (2003), *Type D personality, cardiac events, and impaired quality of life: a review*, Eur J Cardiovasc Prev Rehabil, 10, 241-248
- Perino, F. (2002), *L'approccio Centrato sulla Persona in ambito sanitario*, Da Persona a Persona
- Proust, M. (1913), *À la recherche du temps perdu*, France, Trad. It. *Alla Ricerca del tempo perduto*, Mondadori, Milano
- Quinn, J. R. (2005), *Delay in seeking care for symptoms of acute myocardial infarction: Applying a theoretical model*, Research in Nursing & Health, 28(4), 283-294
- Rogers, C.R. (1961), *On becoming a person. A therapist's view of psychotherapy*, Houghton-Mifflin, Boston, rad. it. *La terapia centrata sul cliente*, Martinelli, Firenze, 1970
- Rogers, C.R. (1970), *Carl Rogers on encounter Groups*, Harper & Row, New York, Trad. it. *I gruppi di incontro*, Astrolabio, Roma, 1976
- Rogers, C.R. (1980), *A Way of Being*, Ma. Houghton Mifflin Co, Boston, Trad. it. *Un modo di essere*, Martinelli, Firenze, 1983
- Solano, L. (2001), *Tra mente e corpo: come si costruisce la salute*, Cortina, Milano
- Vaccari, V., Zucconi, A. (1996), *Il mondo delle relazioni interpersonali secondo Carl Rogers*, Rivista di Psicoterapia Relazionale, 4
- WHO (2002), *The World Health Report 2002*, Genevre, World Health Organization
- Zani, B., & Cicognani, E. (2000), *Psicologia della salute*, Bologna: Il Mulino
- Zucconi, A., Howell, P.(2003), *La promozione della salute*, La Meridiana, Molfetta



10. Allegati

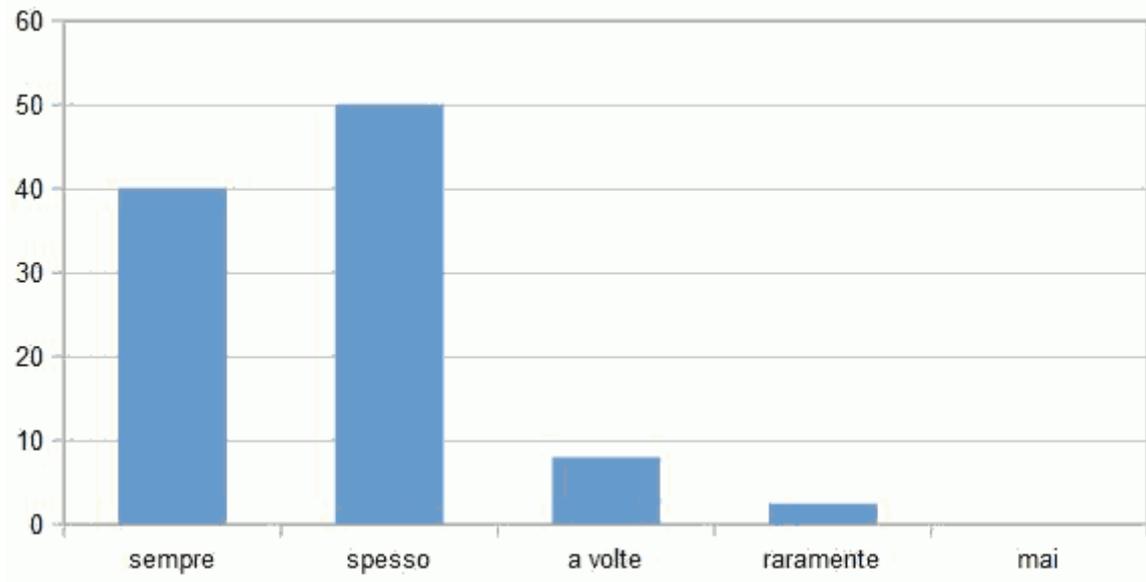
Allegato n. 1: questionario di gradimento

Rispondi alle seguenti affermazioni mettendo una **X** nella casella corrispondente.

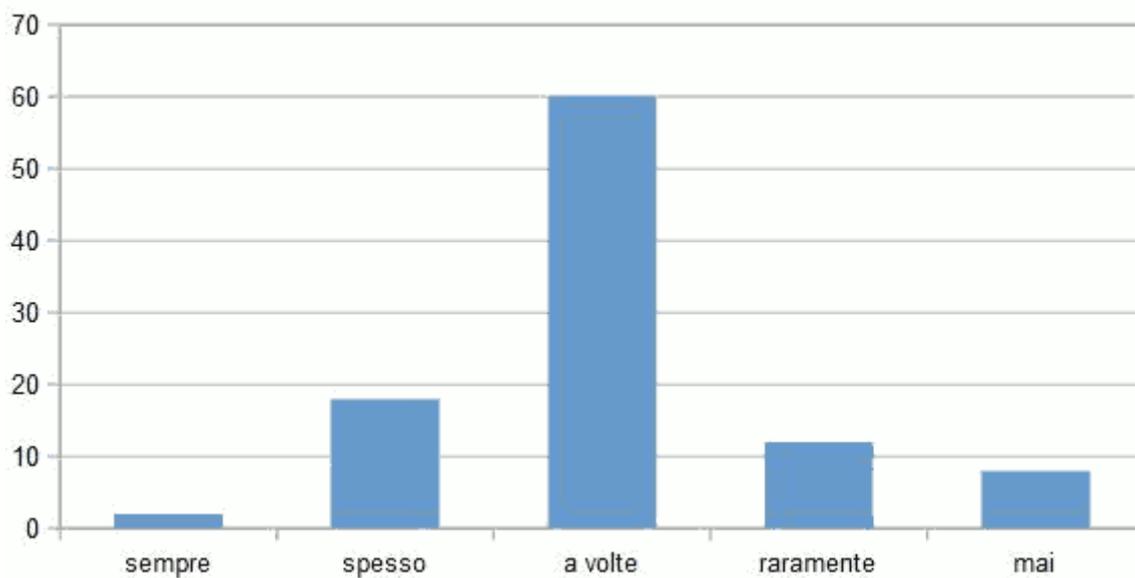
	Sempre	Spesso	A volte	Raramente	Mai
Dal percorso educativo ho acquisito informazioni utili relative alla patologia cardiaca					
Ho percepito di aiutare, con la mia esperienza, gli altri componenti del gruppo					
Mi sono sentito aiutato dal confronto con gli altri componenti del gruppo					
Durante gli incontri di gruppo ho percepito di sentirmi più motivato al cambiamento (smettere di fumare, iniziare un'attività fisica regolare, seguire un'alimentazione equilibrata, gestire le emozioni di ansia e stress)					
Ho espresso le mie emozioni durante gli incontri di gruppo					

**Allegato n. 2: tabelle relative agli item del questionario di gradimento**

Item 1. Dal percorso educativo ho acquisito informazioni utili relative alla patologia cardiaca

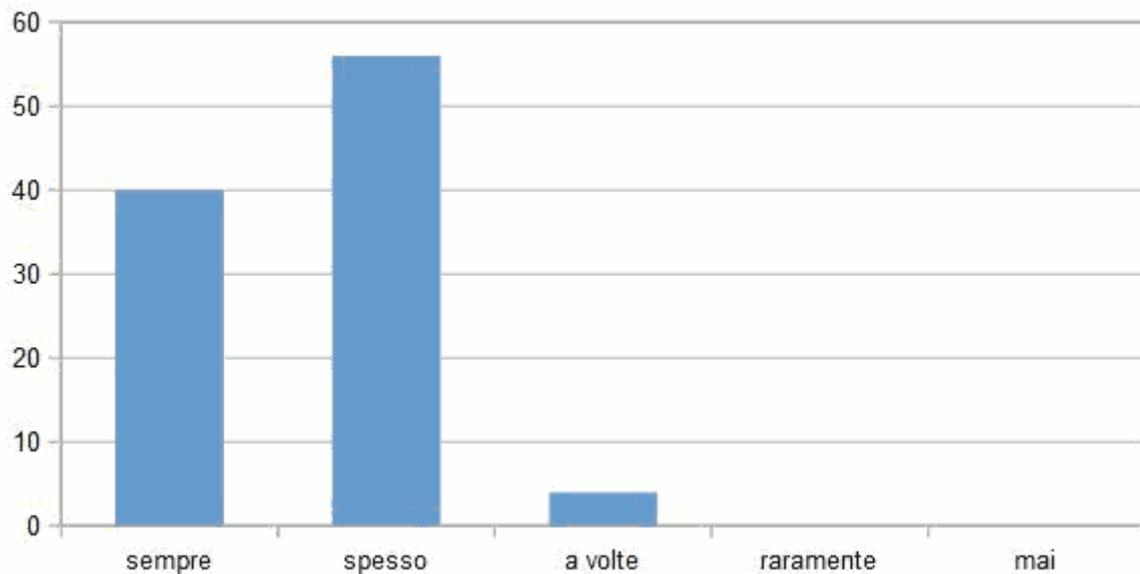


Item 2. Ho percepito di aiutare, con la mia esperienza, gli altri componenti del gruppo

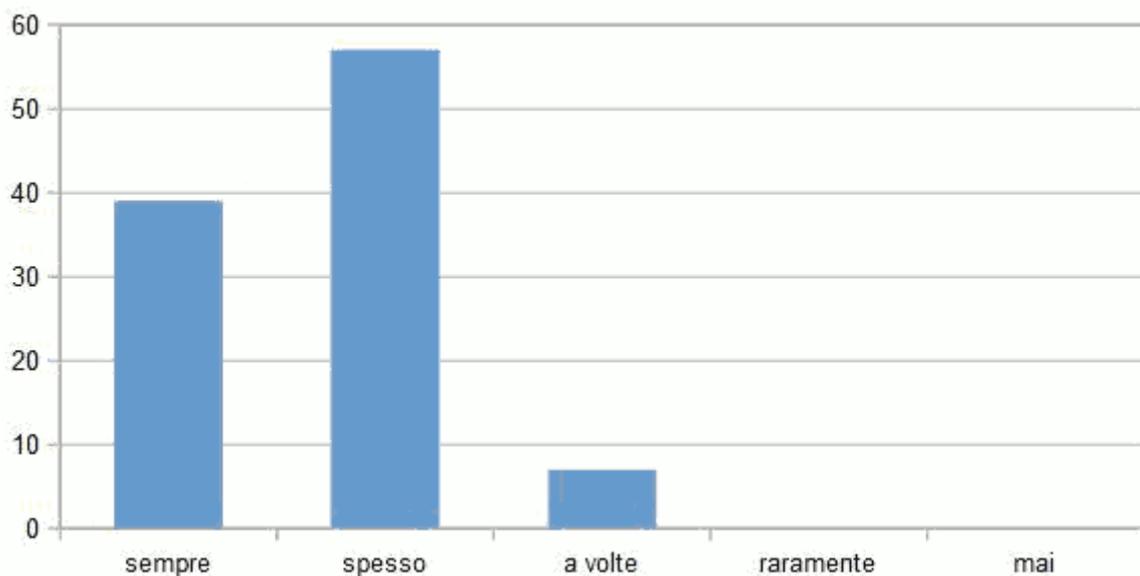




Item 3. Mi sono sentito aiutato dal confronto con gli altri componenti del gruppo

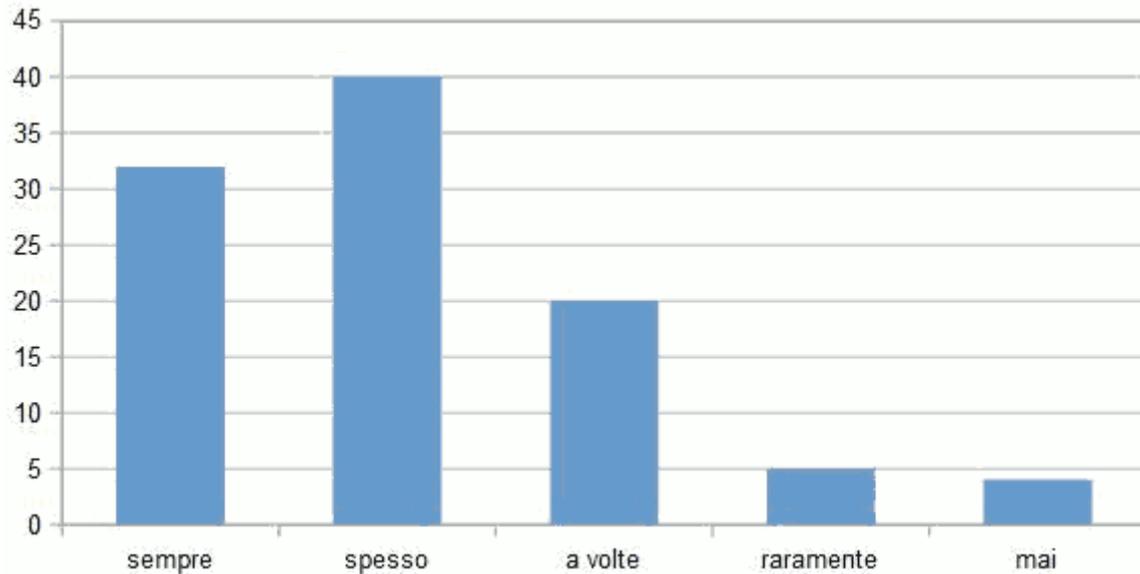


Item 4. Durante gli incontri di gruppo ho percepito di sentirmi più motivato al cambiamento (smettere di fumare, iniziare un'attività fisica regolare, seguire un'alimentazione equilibrata, gestire le emozioni di ansia e stress).





Item 5. Ho espresso le mie emozioni durante gli incontri di gruppo



11. Altre letture su HT

- Roberta Dell'Acqua, "*Le emozioni che spezzano il cuore. La sindrome "Tako-Tsubo" nel paradigma PNEI*", articolo pubblicato su HumanTrainer.com, Psico-Pratika nr. 143, 2018
- Roberta Dell'Acqua, "*Il CardioPsicologo: lo Psicologo in reparto, Legnano*", articolo pubblicato su HumanTrainer.com, Psico-Pratika nr. 141, 2017
- Laura Messina, "*Psiconcologia: Mastectomia e significati simbolici del seno*", articolo pubblicato su HumanTrainer.com, Psico-Pratika nr. 71, 2011