

## **The power of the group. The psychological intervention in cardiac rehabilitation**

***Lucia Alfano, Daniela Esposito, Noemi Ippolito, Andrea Cappabianca, Domenico Miceli, Alberto Vito***

### *Abstract*

The perspective of cardiological rehabilitation is one of the first areas in which study and treatment of patients' psychological dynamics have found a cultural and operational position. The presence of the psychologist as part of the team has found an active and operational space in preventing and reducing risk factors and improving patients' quality of life. The study aims to observe and evaluate how the intervention of the psychologist in the cardiological rehabilitation process can be useful to patients and their families. We observed that the daily presence of the psychologist in the multidisciplinary intervention team is a useful resource for the cardiological patient involved in the rehabilitation process.

*Keywords:* group; cardiological rehabilitation; quality of life.

---

· Clinical Psychologist, Department of Clinical Psychology, Hospital “Azienda dei Colli”, Naples. Email: [alfanolucia@gmail.com](mailto:alfanolucia@gmail.com); [espositodaniela85@libero.it](mailto:espositodaniela85@libero.it); [noemiippolito.psi@gmail.com](mailto:noemiippolito.psi@gmail.com)

· Clinical Psychologist, Department of Infectious Diseases, University Hospital “San Giovanni di Dio and Ruggi d’Aragona”, Salerno. Email: [an.cappabianca@gmail.com](mailto:an.cappabianca@gmail.com)

· Medical Doctor, Head of Department of Intermediate Rehabilitative Cardiology, Hospital “Azienda dei Colli”, Naples. Email: [domenico.miceli@ospedalideicolli.it](mailto:domenico.miceli@ospedalideicolli.it)

· Clinical Psychologist, Head of Department of Clinical Psychology, Hospital “Azienda dei Colli”, Naples. Email: [alberto.vito@ospedalideicolli.it](mailto:alberto.vito@ospedalideicolli.it)

Alfano, L., Esposito, D., Ippolito, N., Cappabianca, A., Miceli, D., Vito, A. (2019). Il potere del gruppo: L’intervento psicologico in riabilitazione cardiologica [The power of the group. The psychological intervention in cardiac rehabilitation]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 7(2), 63-73. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>

## **Il potere del gruppo: L'intervento psicologico in riabilitazione cardiologica**

***Lucia Alfano, Daniela Esposito, Noemi Ippolito, Andrea Cappabianca, Domenico Miceli, Alberto Vito***

### *Abstract*

L'ottica della riabilitazione cardiologica rappresenta uno dei primi ambiti dove lo studio e il trattamento delle dinamiche psicologiche dei pazienti hanno trovato una collocazione culturale e operativa. La presenza dello psicologo come parte integrante dell'équipe ha trovato uno spazio attivo nell'ambito della prevenzione e riduzione dei fattori di rischio e del miglioramento della qualità di vita dei pazienti, in termini di accoglienza ed elaborazione della sofferenza vissuta da questi ultimi e dai loro familiari. Lo studio si propone di osservare e valutare quanto l'intervento dello psicologo nel percorso di riabilitazione cardiologica possa risultare funzionale ai pazienti e alle loro famiglie. In seguito al lavoro svolto, si ritiene che la presenza quotidiana dello psicologo all'interno dell'équipe d'intervento multidisciplinare sia una risorsa utile al paziente cardiologico nell'ambito del processo di riabilitazione.

*Parole chiave:* gruppo; riabilitazione cardiologica; qualità di vita.

---

· Psicologo Clinico, Reparto di Psicologia Clinica, Ospedale "Azienda dei Colli", Napoli. Email: [alfanolucia@gmail.com](mailto:alfanolucia@gmail.com); [espositodaniela85@libero.it](mailto:espositodaniela85@libero.it); [noemiippolito.psi@gmail.com](mailto:noemiippolito.psi@gmail.com)

· Psicologo Clinico, Reparto di Malattie Infettive, Ospedale "San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona", Salerno. Email: [an.cappabianca@gmail.com](mailto:an.cappabianca@gmail.com)

· Medico, Responsabile Reparto di Cardiologia Riabilitativa Intermedia, Ospedale "Azienda dei Colli", Napoli. Email: [domenico.miceli@ospedalideicolli.it](mailto:domenico.miceli@ospedalideicolli.it)

· Psicologo Clinico, Responsabile Reparto di Psicologia Clinica, Ospedale "Azienda dei Colli", Napoli. Email: [alberto.vito@ospedalideicolli.it](mailto:alberto.vito@ospedalideicolli.it)

Alfano, L., Esposito, D., Ippolito, N., Cappabianca, A., Miceli, D., Vito, A. (2019). Il potere del gruppo: L'intervento psicologico in riabilitazione cardiologica [The power of the group. The psychological intervention in cardiac rehabilitation]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 7(2), 63-73. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>

## Introduzione

Nel 1946 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha definito il concetto di salute come uno stato di completo benessere fisico, psichico e sociale, che si svincola dalla mera assenza di malattia o infermità. Sulla scia di tale definizione, nell'ambito del sistema sanitario, si è sviluppata una visione dell'individuo sempre più integrata secondo cui processi fisici e psichici non sono isolati bensì interdipendenti, per cui la sofferenza biologica possiede un rispettivo corollario emozionale (Alfano & D'Alessandro, 2014). Di conseguenza, negli ultimi decenni, il processo di cura non si è limitato alla presa in carico dell'organo compromesso, ma ha imparato a tener conto dei fattori psicologici che è possibile ricollegare ai disturbi fisici, recuperando la storia del paziente e dando spazio ai vissuti soggettivi di quest'ultimo (Molinari, Compare & Paratin 2006; Carli, 2013a, 2013b). All'interno di quest'ottica è stata concepita anche la riabilitazione cardiologica, che ha rappresentato uno dei primi ambiti dove lo studio e il trattamento delle dinamiche psicologiche dei pazienti hanno trovato una collocazione culturale e operativa (Griffo et al., 2008). Già nel 1628 il medico inglese William Harvey sottolineava come un turbamento mentale che inducesse piacere o uno stato affettivo doloroso potesse influire sull'attività del cuore (citato in Molinari, Compare & Paratin, 2006). Essa infatti, secondo la Società Europea di Cardiologia, si traduce nella "somma degli interventi richiesti per garantire le migliori condizioni fisiche, psicologiche e sociali in modo che i pazienti con cardiopatia cronica o post-acuta possano conservare o riprendere il proprio ruolo nella società" (Piepoli et al., 2016, p. 1058). A tal fine, il Gruppo Italiano di Cardiologia Riabilitativa e Preventiva ha predisposto nel 1999 lo sviluppo di linee guida nazionali che raccomandano protocolli d'intervento realizzati da un'équipe multidisciplinare (cardiologo, fisioterapista, dietologo e psicologo) che, attraverso attività fisiche e percorsi psicologici, riesca a lavorare in maniera integrata e più efficace (Ceci et al., 1999).

Nonostante i numerosi progressi operati nell'ambito della diagnosi e del trattamento, secondo gli ultimi dati Istat (2017) le malattie cardiovascolari rappresentano ancora la prima causa di mortalità in Europa, essendo responsabili del 44% dei decessi. Tali patologie, oltre che sullo stato fisico, si ripercuotono negativamente anche sul benessere psicologico degli individui che ne sono affetti. In aggiunta, sulla base di numerose ricerche condotte negli ultimi anni, si ritiene che alcuni stati emozionali possano configurarsi come fattori di rischio coronarico (soprattutto se associati ad una concatenazione di eventi stressanti), mentre sembra che altri operino in maniera rilevante anche nella prognosi della malattia (Lanfranchi & Malinverni, 2010; Pancheri, 1988).

Per tali motivi, come dichiarato nella premessa, negli ultimi anni la figura dello psicologo ha trovato uno spazio attivo e operativo nell'ambito della cardiologia riabilitativa. Il suo intervento si focalizza: sulla prevenzione e sulla riduzione dei fattori di rischio; sul miglioramento della qualità di vita dei pazienti; sull'accoglienza e sull'elaborazione della sofferenza vissuta da questi ultimi e dai loro familiari (Alfano & D'Alessandro, 2014).

L'individuo affetto da un disturbo cardiovascolare o da un evento cardiaco acuto vive un momento di crisi psicologica molto forte che lo "costringe" a cambiare la percezione di sé: sia nel doversi riconoscere in un altro corpo "compromesso dalla malattia", sia nel fare i conti con la propria fragilità emotiva. Le reazioni a tali vissuti sono soggettive e differenziate e dipenderanno sia dalla messa in atto di strategie di *coping* efficaci nella gestione della malattia, sia dalle reazioni emotive del sistema familiare e dalle relazioni intessute dal paziente con quest'ultimo.

Le evidenze scientifiche riportate in letteratura correlano le patologie cardiologiche a disturbi psicologici come ansia e depressione, considerandole possibili esiti emotivi che insorgono nel paziente a seguito della malattia (Bartley, 2005; APA, 2013). Infatti un episodio acuto e inatteso, così come un intervento chirurgico invasivo stabilito da tempo, possono determinare uno stato d'ansia legato sia alla preoccupazione per le conseguenze fisiche e psicosociali indotte dall'evento cardiaco, sia al timore che quest'ultimo possa ripresentarsi, inducendo la persona ad avvertire un bisogno di protezione costante anche quando non sussiste una reale necessità (Bambauer, Locke, Aupont, Mullan & McLaughlin, 2005).

La depressione, invece, sembra incidere in maniera più sfavorevole sulle prognosi cardiologiche poiché, la percezione della perdita dell'integrità psicofisica individuale, potrebbe indurre il paziente a manifestare un atteggiamento passivo e rassegnato all'ineluttabilità della malattia, a non collaborare o addirittura a rifiutare qualunque indicazione terapeutica (Rafanelli, Pancaldi & Ferranti, 2005; Rosso, Robone, Salvati & Delle Chiaie, 2001).

È necessario dunque monitorare i livelli di ansia e di depressione successivi al trauma cardiologico, al fine di promuovere un programma riabilitativo che risulti più funzionale, non solo alla persona, ma anche al sistema familiare coinvolto.

Prendendo le mosse dai contenuti esposti finora, nel 2012 è stata attivata una collaborazione tra l'Unità Operativa Semplice Dipartimentale (UOSD) di Psicologia Clinica e l'UOSD di Cardiologia Riabilitativa

Intermedia dell'Azienda Ospedaliera dei Colli (Monaldi-Cotugno-C.T.O.) di Napoli, il cui responsabile ha ritenuto importante, a completamento della propria équipe, l'integrazione della figura dello psicologo. A partire da tale richiesta, è stato costituito un gruppo di lavoro, composto da psicologi, che ha svolto un primo periodo osservativo presso il reparto di riabilitazione cardiologica, volto ad alla comprensione delle dinamiche di reparto e dei bisogni dei principali attori del contesto, al fine di analizzare la domanda del committente (Carli & Paniccia, 2003). Da tale lavoro preliminare è emerso sia il forte bisogno di supporto psicologico dei pazienti, sia il bisogno dell'équipe riabilitativa di poter contare su figure specialistiche che si occupassero della sfera emotiva dei pazienti, che spesso non trovava un adeguato spazio di accoglienza e di elaborazione. Successivamente, a seguito di riunioni d'équipe multidisciplinari, è stato quindi delineato il lavoro di ricerca-intervento qui presentato, con l'obiettivo generale di valutare quanto l'inserimento dello psicologo, inteso come figura attiva e integrata all'interno di un'équipe multidisciplinare, e la possibilità, per i pazienti, di fruire di supporto psicologico sia gruppale che individuale, potessero risultare funzionali nell'ambito di un percorso di riabilitazione cardiologica. Nell'ipotesi degli Autori, nei casi in cui l'individuo è chiamato a fronteggiare eventi critici come quelli cardiologici, la stretta relazione tra le variabili biologiche, psicologiche e interpersonali gioca un ruolo determinante nella genesi di diversi quadri di sofferenza psichica, che spesso coincidono con lo sviluppo di strategie di *coping* scarsamente adeguate a fronteggiare il percorso riabilitativo. Nonostante ciò, vi è spesso uno scarto tra il bisogno di supporto psicologico e la sua manifestazione mediante l'esplicitazione di una richiesta d'aiuto, *gap* che è possibile colmare ricorrendo alla potenza del setting gruppale quale spazio privilegiato, anche se non esclusivo, dell'intervento psicologico in riabilitazione cardiologica.

### **Materiali e metodi**

Lo studio ha coinvolto 167 soggetti, tra i quali 107 pazienti affetti da patologia cardiovascolare impegnati in un percorso di riabilitazione cardiologica (gruppo sperimentale) e 60 soggetti estratti dalla popolazione sana (gruppo di controllo).

Il lavoro si è configurato come una ricerca-intervento che, a partire dall'inserimento della figura dello psicologo all'interno di un percorso di riabilitazione cardiologica, ha realizzato un'indagine osservativa di quelle che sono le principali dinamiche psichiche che si attivano nei pazienti. Più nello specifico, i soggetti del gruppo sperimentale sono stati inclusi in un percorso di supporto psicologico che si componeva di incontri di gruppo tra pazienti, condotti da due psicologhe, e percorsi di sostegno psicologico individuali svolti su richiesta dei pazienti.

Gli incontri di gruppo hanno avuto durata di un'ora e si sono svolti con una cadenza mensile per circa due anni. I gruppi sono stati condotti da due psicologhe che all'inizio di ogni meeting, dopo essersi presentate e dopo aver illustrato i fini e l'utilità dell'intervento psicologico all'interno del percorso di riabilitazione cardiologica, sono passate alla fase più pregnante del lavoro gruppale. I percorsi di supporto psicologico individuale sono stati intrapresi su richiesta del paziente, a seguito dell'incontro di gruppo, o su invio del cardiologo. In tali casi, essi si sono costituiti per l'emersione o l'amplificazione di problematiche emotive pregresse, le quali hanno reso più complessa la gestione della malattia e la conseguente riorganizzazione dello stile di vita del paziente a seguito dell'evento cardiaco. I percorsi individuali sono stati caratterizzati da 8 colloqui clinici a cadenza quindicinale (la durata ulteriore del percorso è stata modulata in base alle esigenze del paziente e al processo terapeutico).

Il gruppo sperimentale è stato suddiviso in due sottogruppi, sulla base della raccolta anamnestica e dei dati clinici dei pazienti:

- il primo, denominato GDM (Gruppo Diagnosi Medica) comprende 67 pazienti la cui patologia cardiovascolare è stata diagnosticata in seguito a una visita medica specialistica;
- il secondo, denominato GDC (Gruppo Diagnosi Chirurgica) comprende 40 pazienti la cui patologia cardiovascolare ha necessitato di un intervento chirurgico.

Nel lavoro di ricerca, in particolare, ci si è focalizzati sui seguenti aspetti:

- il livello di consapevolezza che i pazienti hanno della malattia e le attribuzioni di significato assegnate alla medesima;
- la percezione che i pazienti hanno del proprio umore sulla base dell'influenza esercitata dalla malattia nella loro vita;
- la modalità di reazione degli individui di sesso maschile e degli individui di sesso femminile rispetto alla gravità della condizione cardiaca;

- la modalità in cui l'intervento di gruppo (mutuo-aiuto), in un'ottica di tipo qualitativo, può risultare utile durante un percorso di riabilitazione cardiologica.

Per quanto riguarda gli strumenti utilizzati, la valutazione dei livelli di ansia e depressione dei pazienti è stata ottenuta mediante la somministrazione della Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (Zigmond & Snaith, 1983). Quest'ultima rappresenta uno strumento di screening ampiamente utilizzato per valutare in maniera distinta le dimensioni dell'ansia e della depressione in popolazioni non psichiatriche. La HADS, secondo il modello bi fattoriale originale, è costituita da 14 items appartenenti a due sotto-scale di sette elementi: una misura i livelli di ansia; l'altra quelli della depressione. Il formato di risposta è una scala Likert a 4 passi (dove 0 = assente, 3 = molto grave). I dati normativi, per ogni sottoscala, classificano i punteggi inferiori a 7 come normali (non casi), quelli compresi tra 8 e 10 come casi dubbi (situazioni che potenzialmente potrebbero evolvere in senso psicopatologico) e infine quelli uguali o superiori a 11 come indicativi della presenza di ansia o di depressione clinicamente rilevanti (casi certi).

Nello studio sono stati analizzati i seguenti punteggi HADS:

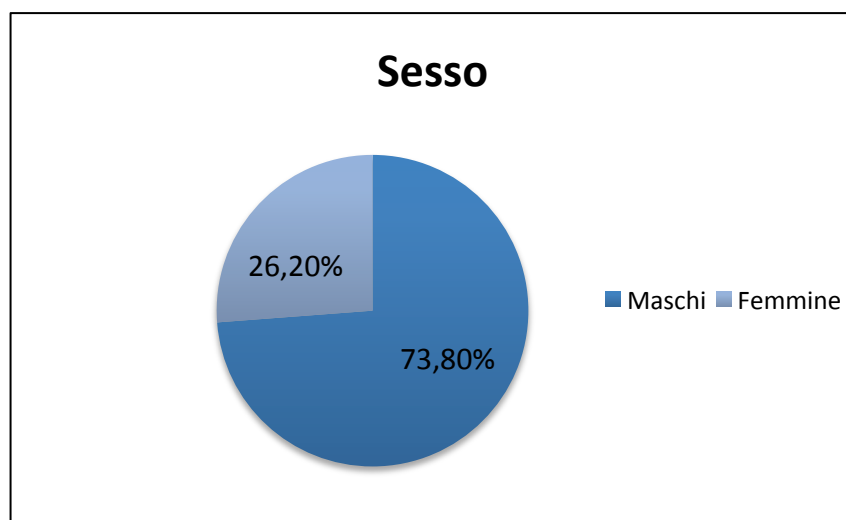
- il punteggio totale (HADS-T), che indica il distress globale;
- il punteggio della sottoscala Ansia (HADS-A), che indica la presenza di sintomi ansiosi;
- il punteggio della sottoscala Depressione (HADS-D), che rileva la presenza di sintomi depressivi.

La strutturazione semplice, la velocità di risposta agli items e l'accettazione dello strumento da parte dei pazienti, hanno permesso di evidenziare come l'ansia e la depressione possano coesistere con la malattia fisica, individuando i soggetti che presentano un distress psicologico. La diagnosi precoce di quest'ultimo ha permesso di avviare strategie di intervento volte a prevenire gli effetti negativi del malessere psichico.

### **Risultati**

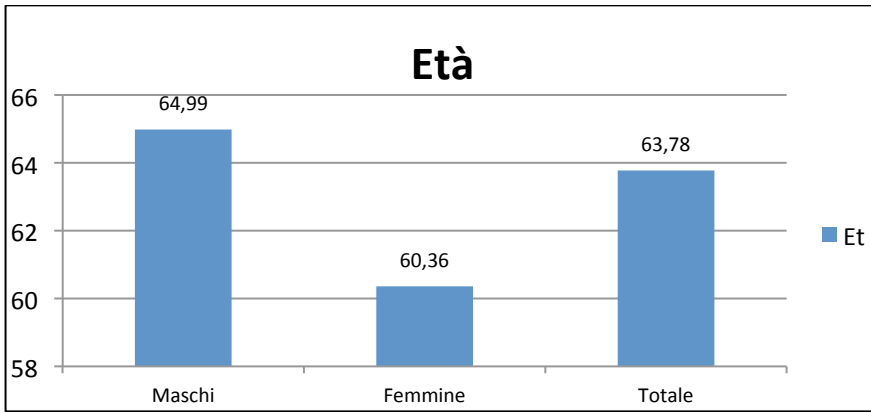
Il gruppo sperimentale si compone di 107 pazienti di cui il 26,2% è rappresentato da donne e il 73,8% da uomini (Grafico 1).

Grafico 1 – Composizione del gruppo sperimentale per sesso



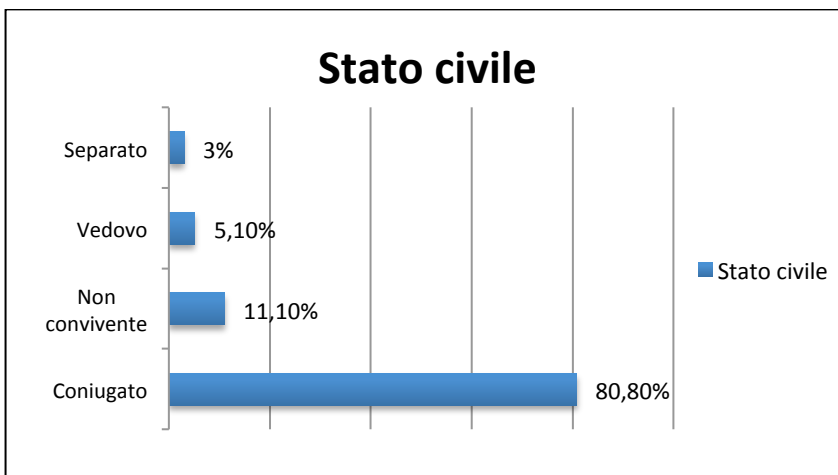
L'età media del campione è 63 anni: il 10,3% ha un'età inferiore a 50 anni, l'88,8% ha un'età superiore a 50 anni e solo lo 0,9% ha un'età inferiore a 40 anni (Grafico 2).

Grafico 2 – Composizione del gruppo sperimentale per età media



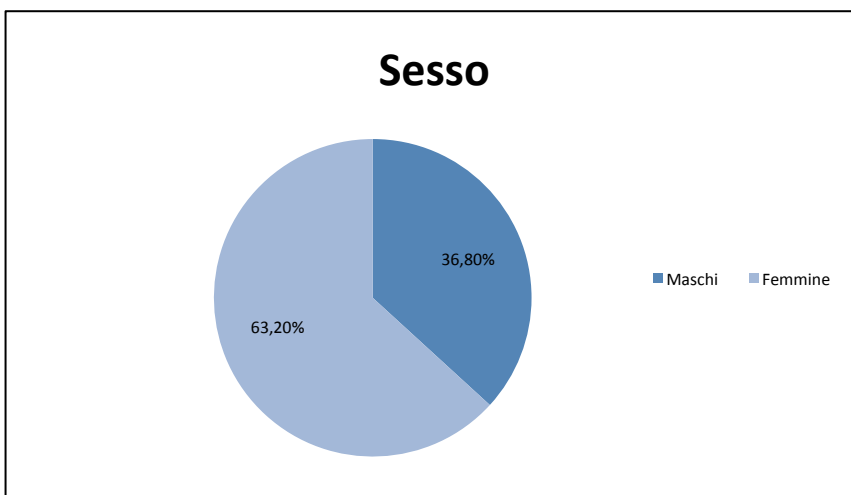
L'80,8% dei pazienti è coniugato, l'11,1% è single, il 5,1% è vedovo e il 3% è separato (Grafico 3).

Grafico 3 – Composizione del gruppo sperimentale per Stato Civile



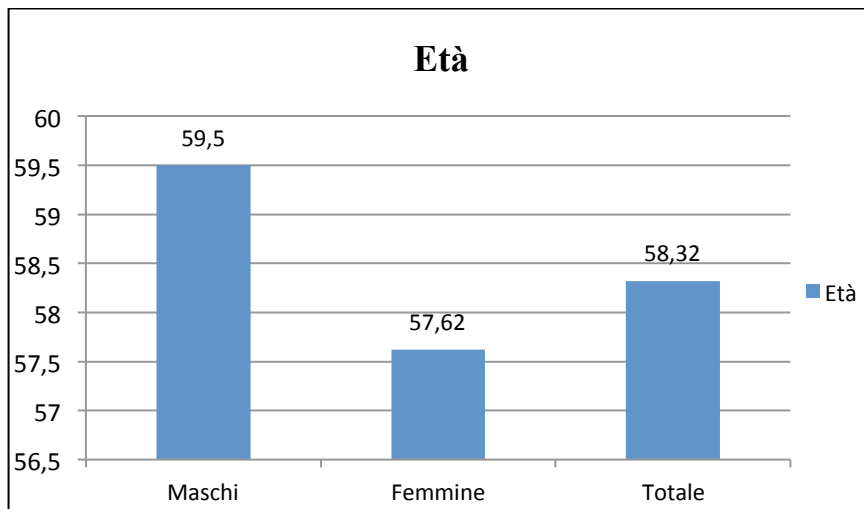
Il gruppo di controllo si compone di 60 soggetti appartenenti alla popolazione “sana”, di cui il 36,8% corrisponde al sesso maschile mentre il 63,2% a quello femminile (Grafico 4).

Grafico 4 – Composizione del gruppo di controllo per sesso



L'età media va dai 55 ai 65 anni e corrisponde alla media del campione sperimentale (Grafico 5).

Grafico 5 – Composizione del gruppo di controllo per età



Dalla somministrazione del questionario HADS ai pazienti del gruppo sperimentale emerge una correlazione altamente significativa tra sesso e ansia, in base alla quale i punteggi delle donne risultano superiori a quelli degli uomini. Visto che, all'interno del campione considerato, gli individui di sesso maschile affetti da patologia cardiaca corrispondono ad una percentuale più elevata rispetto a quella caratterizzante gli individui di sesso femminile, si desume che l'ansia non sia correlata all'evento cardiologico bensì alla dimensione di genere (Tabella 1).

Tabella 1 - Punteggi medi al Test HADS-Ansia in base al sesso

Sesso	HADS-Ansia		
	Media	D.S.	p
M	6,71	4,38	<b>0,01</b>
F	10,04	4,40	

Inoltre, nonostante circa il 40% dei pazienti del gruppo sperimentale consideri estremamente utile la consulenza psicologica all'interno del percorso di riabilitazione cardiologica (Grafico 6), l'interesse ad usufruire di tale servizio non si riflette in maniera direttamente proporzionale (Grafico 7).

Grafico 6 – Percezione di utilità della consulenza psicologica tra i pazienti del gruppo sperimentale

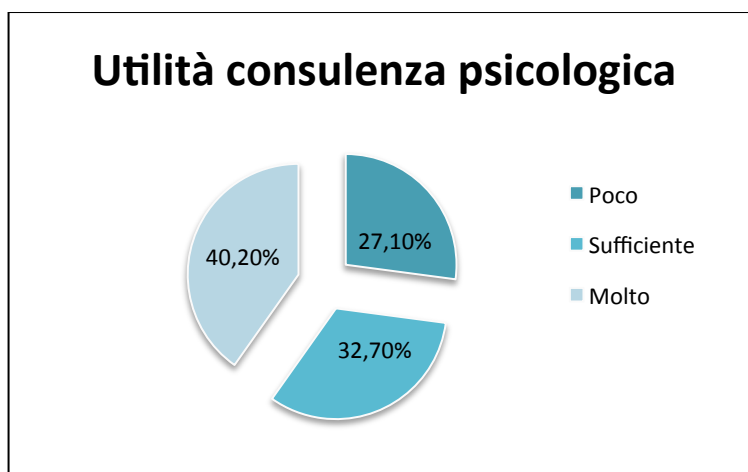
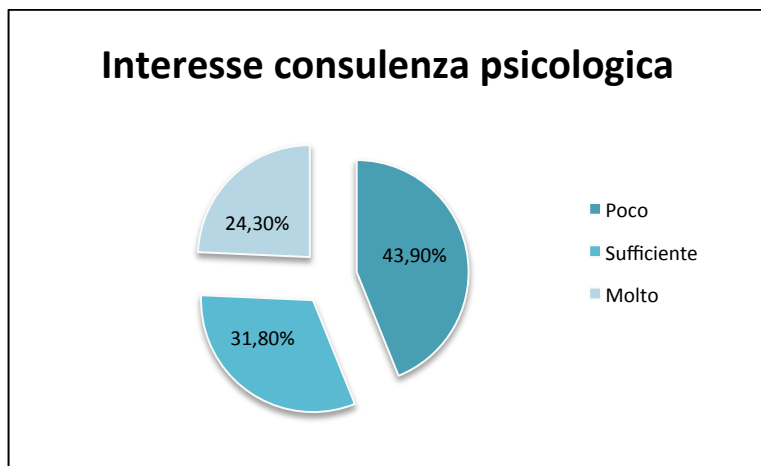


Grafico 7 – Interesse alla consulenza psicologica tra i pazienti del gruppo sperimentale



Si avanza l'ipotesi che tale incongruenza sia dovuta al mancato riconoscimento, da parte dei pazienti, del bisogno di ascolto e di contenimento che spesso motiva la richiesta di un percorso di supporto psicologico individuale (o di coppia). Al contrario, la partecipazione agli incontri di gruppo si rivela attiva e proficua dal momento che i pazienti possono scegliere se condividere o meno aspetti della propria vita personale e del vissuto emotivo che si è originato dall'evento traumatico.

Si è ravvisata una correlazione altamente significativa tra l'interesse alla consulenza psicologica e la presenza di sintomi ansiosi e depressivi nei pazienti (Tabella 2).

Tabella 2 – Correlazione tra HADS e Interesse alla consulenza psicologica

Interesse alla consulenza psicologica	HADS-Ansia			HADS-Depressione		
	Media	D.S.	p	MEDIA	D.S.	p
Poco	6,22	4,35	<b>0,01</b>	5,25	3,30	<b>0,03</b>
Sufficiente	7,64	3,68		5,97	3,72	
Molto	9,65	5,62		7,65	4,63	

Alla luce di quanto esposto si deduce che i pazienti affetti da tale sintomatologia, che si ripercuote negativamente sullo stato di benessere fisico ed emotivo, riconoscendo le proprie difficoltà, siano maggiormente inclini a richiedere un percorso di sostegno psicologico, ravvisandone l'utilità.

Da un punto di vista qualitativo, il lavoro svolto ha evidenziato la tendenza dei partecipanti, in un clima generalmente collaborativo, ad assumere a turno il ruolo di sostegno nei confronti dell'altro, mediante l'attivazione di una dimensione solidale che ha permesso l'uscita dal ruolo passivo di ammalato e la possibilità di divenire un suggeritore propositivo riguardo problematiche già sperimentate in prima persona.

Anche l'inclusione dei familiari dei pazienti agli incontri di gruppo ha avuto dei risvolti positivi, dal momento che ogni patologia determina effetti sul funzionamento del sistema relazionale dell'individuo (Vito, 2014; Alfano & D'Alessandro, 2014). Nello specifico, attraverso alcuni interventi, è stato possibile intervenire su modalità comunicative disfunzionali o sui malintesi legati ad una cattiva interpretazione del vissuto del paziente da parte dei familiari e viceversa. A tal proposito, un tema di discussione a cui si è assistito di frequente è quello riguardante le raccomandazioni dei parenti, che vengono vissute dai pazienti come rinforzi alla sensazione di essere ammalati piuttosto che come forme di affetto o di condivisione.

La forza del setting gruppale, inoltre, si è manifestata nella funzione di sostegno svolta dal gruppo rispetto a quegli individui che, per fattori del tutto personali, sono risultati poco inclini a chiedere aiuto, ad accettare e a riconoscere come opportunità le risorse presenti nell'ambito familiare.

È bene sottolineare che i pazienti, a distanza di alcune settimane dall'incontro di gruppo, incrociando in reparto le psicologhe conosciute in tale contesto, hanno riferito di aver beneficiato dell'esperienza vissuta, di aver ripensato in maniera autonoma alle dinamiche emerse nell'ambito del setting gruppale e di aver riscontrato un rinforzo del clima partecipativo ed empatico già creato dall'équipe di riabilitazione. Le tematiche emerse dagli incontri di gruppo e dai colloqui individuali riguardano:

- i vissuti emotivi e gli aspetti comportamentali dei pazienti quali ansia, depressione, stress, paure, dipendenza dall'altro, ecc.;
- la conoscenza, la rappresentazione, l'elaborazione e la consapevolezza della malattia;
- i fattori di rischio comportamentali (ad esempio il fumo);
- l'aderenza alle prescrizioni mediche e farmacologiche;
- le risorse (interne ed esterne) presenti nella gestione della malattia;
- la qualità della vita connessa allo stato di salute;
- la motivazione al cambiamento degli aspetti dello stile di vita non funzionali al benessere psicofisico;
- il supporto socio-familiare percepito.

I dati raccolti non evidenziano differenze significative, né quantitative, né qualitative, tra i pazienti appartenenti al gruppo GDM e quelli appartenenti al gruppo GDC; si potrebbe pertanto ipotizzare che l'impatto psicologico ed emotivo della patologia cardiovascolare sia indipendente dal trattamento farmacologico o dall'intervento chirurgico, aspetto che meriterebbe ulteriori approfondimenti.

Infine, i risultati emersi dall'analisi qualitativa dell'associazione tra variabili demografiche e cliniche indicano che lo stato civile dei partecipanti, nello specifico quello coniugale, incide in maniera rilevante sullo stato psicologico di questi ultimi. Infatti, a seguito dell'evento cardiaco, tutti i pazienti coniugati (e genitori), nell'ambito degli incontri di gruppo, comunicano di aver sperimentato una maggiore vulnerabilità e fragilità rispetto a quelli non coniugati. Tale differenza è attribuibile ai vissuti emotivi sperimentati nell'ambito delle relazioni familiari per cui: alcuni pazienti temevano di lasciare soli i propri cari; altri hanno vissuto la propria condizione come un peso per gli altri, sia nell'ambito della convalescenza che in quello della quotidianità; altri ancora si sono sentiti sopraffatti dalle attenzioni e dalle limitazioni dei parenti che, al posto di favorire una graduale ripresa della normalità, hanno ostacolato l'accesso alle risorse, sia interne che esterne, compromettendo la resilienza dei propri congiunti.

### **Discussione**

Lo studio effettuato considera il complesso intreccio di variabili biologiche, psicologiche e interpersonali nella genesi dei diversi quadri di sofferenza psichica e nello sviluppo di strategie di *coping* volte a fronteggiare eventi critici come quelli cardiologici (Angelino et al., 2003). Ciò si è potuto osservare sia nei percorsi di gruppo che in quelli individuali.

Gli incontri di gruppo hanno permesso di operare una valutazione sia dell'impatto che la malattia cardiaca ha avuto sui pazienti, sia delle potenziali criticità, risorse e aree di urgenza sulle quali intervenire. Le tematiche emerse, rispetto alle quali è stato attuato un lavoro di riflessione e condivisione, in un primo momento hanno riguardato la paura della morte e la fragilità dell'individuo rispetto alla malattia. In seguito, hanno espresso le difficoltà vissute dai membri del gruppo nel riorganizzare gli aspetti familiari, lavorativi e di interesse in modo da ristabilire un equilibrio simile a quello precedente l'episodio cardiaco. Il setting gruppale, inoltre, si è rivelato particolarmente utile nel favorire l'emergere dei vissuti emotivi legati all'evento critico e nello stimolare il confronto tra i vari membri del gruppo. La narrazione dell'esperienza vissuta, e la condivisione delle emozioni legate ad essa, sono state influenzate da diversi fattori relativi alle caratteristiche di personalità, ai "mezzi culturali" e al ruolo acquisito dal paziente all'interno del gruppo di lavoro. Di conseguenza, le psicologhe hanno supervisionato e gestito la comunicazione tra i partecipanti nel tentativo di far intervenire tutti, rispettando le esigenze individuali e le funzioni assunte da ciascuno nella dinamica gruppale. A volte, gli stessi ruoli ricoperti dai pazienti nel setting sono stati esplicitati e resi oggetto di discussione, al fine di favorire una maggiore consapevolezza dei propri atteggiamenti, sia difensivi che propositivi.

La partecipazione agli incontri è stata aperta anche ai familiari dei pazienti poiché ogni patologia produce degli effetti anche sui sistemi relazionali di riferimento dell'individuo. Pertanto, mediante alcuni interventi, è stato possibile esplorare e lavorare sia sulle modalità comunicative del sistema familiare, che sulle diverse

modalità di simbolizzazione affettiva dell'esperienza da parte dell'ammalato e del familiare. La disponibilità dei parenti si è rivelata proporzionale al grado di coinvolgimento ricoperto nell'assistenza del proprio congiunto.

I percorsi psicologici individuali, invece, hanno consentito ai pazienti di esprimere i propri vissuti, le proprie paure e i propri dubbi nell'ambito di un setting più "protetto" volto a favorire quei processi trasformativi che stanno alla base dell'elaborazione dell'esperienza emozionale elicitata dalla malattia. I colloqui sono stati finalizzati all'acquisizione di maggiori informazioni sul paziente, all'esplorazione delle emozioni relative all'evento critico e alla riorganizzazione dello stile di vita che si è resa necessaria in seguito alla malattia, all'approfondimento delle relazioni familiari, del rapporto instaurato con la struttura ospedaliera e dell'aderenza terapeutica. In questo modo si è avviata una relazione significativa tra utente, psicologo e contesto, nell'ambito della quale è stato possibile chiarire al paziente eventuali dubbi rispetto a quanto stesse vivendo, individuare gli aspetti potenzialmente critici e le risorse su cui fare leva, tenendo conto dei limiti imposti dal sistema ospedaliero.

Alla luce delle osservazioni condotte e dei risultati ottenuti, si ravvisa l'importanza della presenza quotidiana e della funzione svolta dallo psicologo all'interno dell'équipe d'intervento multidisciplinare afferente al percorso di cardiologia riabilitativa (Donnini, 2009). Il professionista, infatti, risulta funzionale ai pazienti e alle loro famiglie mediante l'esperienza del gruppo, in cui riveste una funzione di monitoraggio delle tematiche emerse. Nell'ambito del lavoro svolto quest'ultimo ha permesso ai pazienti di confrontarsi e di chiarire eventuali dubbi riguardanti la gestione della patologia e la conseguente riorganizzazione dello stile di vita. Ciò ha favorito la riflessione sulla propria storia personale insieme all'emersione e all'amplificazione di problematiche emotive pregresse le quali, a loro volta, hanno motivato la richiesta di percorsi di sostegno psicologico individuale.

### Bibliografia

- Alfano L., & D'Alessandro I. (2014). L'intervento psicologico in riabilitazione cardiologica [Psychological intervention in cardiological rehabilitation], In A. Vito (Ed.), *Psicologi in ospedale. Percorsi operativi per la cura globale delle persone* [Psychologists in the hospital. Operational paths for the global care of people] (pp. 164-174). Milano: FrancoAngeli.
- Angelino, E., Bettinardi, O., Cauteruccio, M.A., Miglioretti, M., Monti, M., Pierobon, A., ..., Tramarin, R. (2003). Linee guida per le attività di psicologia in Cardiologia Riabilitativa e Preventiva [Guidelines for psychology activities in Rehabilitation and Preventive Cardiology]. *Monaldi Arch Chest Dis*, 60, 3, 184-234. Retrieved from <https://irp-cdn.multiscreensite.com/c636ddc7/docs/1.3363385..pdf>
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Bambauer, K.Z., Locke, S.E., Aupont, O., Mullan, M.G., & McLaughlin, T.J. (2005). Using the Hospital Anxiety and Depression Scale to screen for depression in cardiac patients. *General Hospital Psychiatry*, 27, 275-284.
- Bartley, A.G. (2005). An investigation of the relationship among family process, depression, and quality of life to medical adherence in cardiac patients: A family system approach. *Dissertation Abstract International Section: Humanities and Social Science*, 66, 5-A.
- Carli, R. (2013a). Psicologia clinica e Ospedale. Introduzione al tema [Clinical psychology and hospital. Introduction to the topic]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 55-62. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Carli, R. (2013b). L'intervento psicologico in Ospedale [Psychological intervention in the hospital]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 3-11. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>
- Carli, R., & Paniccchia, R.M. (2003). *Analisi della domanda: Teoria e tecnica dell'intervento in psicologia clinica* [Analysis of demand. Theory and technique of the intervention in clinical psychology]. Bologna: Il Mulino.

- Ceci, V., Assennato P., Boncompagni F., Chieffo C., Giannuzzi P., Griffo R., ..., Scrutinio D. (1999). Linee guida ANMCO-SIC-GIVFRC sulla riabilitazione cardiologica [ANMCO-SIC-GIVFRC guidelines on cardiological rehabilitation]. *Giornale Italiano di Cardiologia*, 29, 1057-1091.
- Donnini, F. (2009). L'importanza del supporto psicologico al paziente cardiopatico in una terapia di riabilitazione [The importance of psychological support to the cardiac patient in a rehabilitation therapy]. *Prevenzione Cardiovascolare*, 5/6. Retrieved from [http://www.prevenzione-cardiovascolare.it/archivio/archivio\\_text.php?cat\\_id=428&pos=0](http://www.prevenzione-cardiovascolare.it/archivio/archivio_text.php?cat_id=428&pos=0)
- Griffo, R., Urbinati, S., Giannuzzi, P., Jesi, A. P., Sommaruga, M., Sagliocca, L., ..., Familiari, M.G. (2008). Linee Guida Nazionali su Cardiologia Riabilitativa e Prevenzione Secondaria delle Malattie Cardiovascolari [National Guidelines on Rehabilitation Cardiology and Secondary Prevention of Cardiovascular Diseases]. *Giornale Italiano di Cardiologia*, 9(4), 286-297. Retrieved from <http://www.giornaledicardiologia.it>
- ISTAT (2017). *L'evoluzione della mortalità per causa: le prime 25 cause di morte* [The evolution of mortality by cause: the first 25 causes of death]. Retrieved from <https://www.istat.it/it/files/2017/05/Report-cause-di-morte-2003-14.pdf>
- Lanfranchi, F., & Malinverni, C. (2010, April). *Ruolo dello psicologo nella riabilitazione Cardiologica* [Role of psychologist in Cardiological rehabilitation]. Paper presentet at meeting Cuore e Psiche: battiti ed emozioni. Bergamo.
- Piepoli, M.F., Hoes, A.W., Agewall, S., Albus, C., Brotons, C., Catapano, A.L., ..., Verschuren, W.M. (2016). Linee Guida Europee sulla prevenzione delle malattie cardiovascolari nella pratica clinica [European guidelines on the prevention of cardiovascular diseases in clinical practice]. *G Ital Cardiol*, 18(7-8), 547-61.
- Molinari, E., Compare, A., & Paratin, G. (Ed.) (2006). *Mente e cuore. Clinica psicologica della malatyhtia cardiaca* [Mind and heart. Psychological clinic of heart disease]. Milano: Springer Verlag.
- Pancheri, P. (1988). *Stress, emozioni e malattia coronarica* [Stress, emotions and coronary heart disease]. Milano: FrancoAngeli.
- Rafanelli, C., Pancaldi, L., & Ferranti, G. (2005). Eventi stressanti e disturbi depressivi quali fattori di rischio per sindrome coronarica acuta [Stressful events and depressive disorders such as risk factors for acute coronary syndrome]. *Ital Heart Journal Suppl*, 6, 105-110.
- Rosso, A., Robone, C., Salviati, M., & Delle Chiaie, R. (2001). Relazione tra depressione e infarto: Evidenze cliniche e ipotesi [Relationship between depression and infarction: clinical evidence and hypotheses]. *Medicina Psicosomatica*, 46, 4.
- Vito, A. (Ed). (2014). *Psicologi in ospedale. Percorsi operativi per la cura globale di persone* [Psychologists in the hospital. Operational paths for the global care of people]. Milano: Franco Angeli.
- World Health Organization (2001). *International classification of functioning, disability and health: ICF*. Geneva: World Health Organization.
- Zigmond, A.S., & Snaith, R.P. (1983). Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-70.