



**Dott. Gabriele Catania**

N.O.Te.C. - Dipartimento di Salute Mentale  
Ospedale Luigi Sacco - Milano  
catania.gabriele@hsacco.it

**Dr.ssa Silvia Catania**

(Psicologa volontaria dell'Associazione  
Amici della Mente onlus - Ospedale L. Sacco)

## La malattia cardiaca: aspetti psicologici

**L**e malattie gravi e progressive, come lo scompenso cardiaco cronico, costituiscono una sfida a tutta la persona, poiché rimettono in causa i propri modi di proporsi, i propri obiettivi, la propria vita. In questi casi è tutta la persona che si trova di fronte a questa prova, lo stesso paziente ma anche le persone sane che gli sono vicine. Come avviene nell'esecuzione di una stampa fotografica, nelle ondulazioni sfocate del bagno di sviluppo emergeranno tratti sconosciuti, profondità laceranti, risorse inaspettate.

È così che può essere descritta la malattia, come una sfida che costringe a rimettersi in discussione, minando alla base le certezze che ci si era costruiti nel corso degli anni. Da questa prova tuttavia riaffiorano in superficie aspetti della persona che fino a quel momento erano rimasti celati e che proprio la drammaticità dell'evento porta a galla.

Ciò che emerge dalle recenti ricerche in questo ambito conferma infatti che la vita di chi porta il peso di una malattia grave, di chi ne percorre i labirinti, dalla rivelazione della diagnosi fino ai trattamenti, è stata segnata da una crisi, crisi nel senso etimologico del termine, il quale significa «punto di discernimento». Il paziente ne uscirà trasformato, eppure sarà sempre lo stesso, lo stesso soggetto che un giorno è caduto malato. Chiaramente ciascuno vive in modo personale l'esperienza della malattia; tuttavia le patologie gravi, in ragione della loro durata, delle modificazioni che comportano, anche, e soprattutto, a livello psichico e relazionale, fanno entrare il paziente in un universo in cui ci sono diverse prove da superare. Una di queste, forse la più complicata, riguarda proprio l'accettare quella che spesso si presenta come una sconfitta. La ricerca ha infatti confermato che per i pazienti non è facile accettare il progressivo venir meno di quanto infondeva in loro un senso di efficacia, di dominio. È complicato ridurre drasticamente, dall'oggi al domani, i ritmi spesso frenetici della vita lavorativa, garanzia

di un adeguato sostegno economico, e che al contempo permetteva al paziente di essere il perno intorno al quale ruotava la vita di tutta la famiglia. Ciò che accade, fin dal momento in cui si avvertono i primi sintomi dello scompenso, è che il paziente si vede lentamente spodestato del suo ruolo da protagonista, per essere costretto a vestire i panni di un personaggio secondario. In tal senso la riorganizzazione del gioco relazionale in famiglia, come negli altri ambiti, si presenta come un compito assai arduo da affrontare.

La dimensione del potere è quindi fondamentale per questi pazienti ed è pertanto molto importante esplorarla al fine di comprendere appieno le difficoltà di queste persone, le loro reazioni, le loro resistenze. Capire tutto questo permette anche di poter aiutare i cardiopatici, a riorganizzare la loro immagine di sé, integrando quello che tante volte nel presente lavoro è stato definito come "il tassello della malattia". Quest'ultima infatti può essere vista come una sorta di nuova tessera del mosaico che deve trovare un suo posto, anche se spesso inserirla significa cambiare un po' l'immagine finale che ne risulterà.

Alla luce di quanto appena esposto, è facile identificare all'interno del nostro campione tre possibili reazioni alla crisi generata dalla malattia. Una prima modalità di risposta è rappresentata da quanti si sforzano di mantenere, nonostante tutto, il controllo sulla situazione: questa prima tipologia è rappresentata da chi non accetta la resa, da chi non vuole ammetterla. Si tratta di quei pazienti che si ostinano a voler lavorare, negando spesso la compromissione del loro stato di salute; in questi casi la sofferenza è taciuta e il paziente insiste spesso durante il colloquio sulla non traumaticità dell'evento. Nei casi più estremi appare persino la volontà di mostrare un'immagine perfetta della propria vita, quasi idilliaca.

La seconda tipologia di pazienti si caratterizza invece per un tipo di reazione più vicina al versante ansioso-depressivo. All'interno di questa sotto-categoria, i pazienti rimangono quasi paralizzati di fronte al lento ma inesorabile presentarsi delle difficoltà. C'è in questi casi una evidente chiusura depressiva, che tuttavia, la maggior parte delle volte, viene minimizzata o addirittura considerata una strategia efficace. All'interno di questo gruppo, vi sono pazienti la cui reazione è più vicina al polo dell'ansia e della fobia sociale; si tratta dei soggetti che manifestano ritiro nelle relazioni, difficoltà a condividere con gli "altri significativi" il proprio dolore e, in generale, paura a riprendere le normali attività quotidiane. Per altri pazienti invece la risposta allo scompenso si colloca più sul versante della demoralizzazione, della passività e dell'apatia. Vi è in questi casi una accettazione passiva dello scompenso e dei limiti che esso impone, e, di conseguenza, una totale assenza di auto-efficacia. In questi pazienti, una volta caduta la maschera del potere, rimane un profondo stato di sconforto, di scarsa fiducia nelle proprie capacità. È come se la fiducia in sé stessi trovi giustificazione soltanto nell'essere al centro dell'attenzione, nel sentirsi attivi e determinati; così, una volta che tutto questo viene per forza di cose a mancare, al paziente non rimane più nulla. L'autostima crolla e la malattia si configura come un tornado che ha spazzato via ogni sicurezza.



La terza tipologia di risposta si caratterizza invece per la massiccia presenza di espressioni di rabbia. Va sottolineato che la rabbia è mediamente presente in quasi tutti i cardiopatici. In alcuni casi l'incapacità di accettare la malattia si colora di aggressività, intolleranza e irritabilità, verso comportamenti e situazioni inaccettabili, riguardanti in particolare i familiari. Accade così che rinfacciare loro con rabbia quanto è stato fatto nel corso degli anni, sottolineando i sacrifici a cui si è andato incontro, si configuri come l'unica modalità possibile di risposta all'evento, quasi a voler scaricare su di loro almeno un po' della colpa per quanto è accaduto.

Ma come si può spiegare cosa accade ad un paziente e alla sua vita quando scopre di essere malato? Per rispondere a questa domanda possiamo uno schema elaborato da Ugazio.



Come illustrato dal modello, la malattia costringe ad una revisione delle proprie relazioni, in primis nell'ambito familiare, e tale modifica inevitabilmente chiama il paziente a ridefinirsi come persona. Infatti, cambiare ruolo all'interno dei rapporti interpersonali significa anche domandarsi cosa resta di sé dopo che la malattia ha cambiato le regole del gioco. A questo livello, cioè quello del sé individuale, il paziente si interroga quindi sulla propria identità, nel tentativo di ridefinirla integrando il tassello della malattia. Ciò che accade, però, è che revisionare i propri pensieri e sentimenti, significa anche rimettere in discussione la propria identità sociale, cioè tutti quegli aspetti del concetto di sé che derivano dalla consapevolezza di appartenere a determinati gruppi e dai sentimenti suscitati da tali appartenenze. È a questo punto che il paziente è chiamato anche a ridisegnare il proprio ruolo rispetto agli altri e, in ultima analisi, rispetto alla società. Spesso per questi pazienti il lavoro di ricostruzione a livello sociale sembra riassumersi nella domanda "chi sono io se non sono più un lavoratore?". Si tratta quindi di accettare, sebbene con tutte le difficoltà del caso, la propria "passività", la minore "produttività" sia a livello lavorativo che a livello della vita sociale. In ultima analisi ciò a cui è chiamato il paziente è dunque la messa in discussione dei modelli culturali che hanno guidato la sua vita fino al momento della malattia. Essi infatti non si sposano più con i ritmi dettati dallo scompenso e sono pertanto incompatibili con l'identità di malato.

Ciò che è interessante notare è come lo stesso schema possa agire anche in senso contrario, cioè possa essere letto dall'alto verso il basso.



Così interpretato, questo schema potrebbe riassumere la genesi dei disturbi alimentari e non è da escludere che la stessa chiave di lettura possa essere utilizzata per interpretare anche la dinamica dei disturbi cardiaci. È infatti innegabile che, analogamente con quanto accade per l'anoressia e la bulimia, anche per questi disturbi i modelli culturali giocano un ruolo fondamentale. In entrambi i casi infatti la tendenza al perfezionismo di questi pazienti, la volontà di controllo su se stessi e gli altri e la ricerca di affermazione guidano la definizione del sé, fino a trasformarsi in un pericoloso cortocircuito.

Non solo, anche a livello delle dinamiche familiari, i due disturbi sembrano essere molto simili. La gamma degli stati emotivi che caratterizzano queste famiglie comprende la fiducia in sé stessi, il senso di efficacia e competenza personale, la padronanza di controllo a vergogna, umiliazione, impotenza, incapacità ed inadeguatezza. In queste famiglie, inoltre, la dinamica del potere porta alla negazione della possibilità di differenziarsi: la competizione e il controllo esercitato portano infatti i membri della famiglia ad ostacolare le specificità individuali. Molti pazienti affetti da disturbi cardiologici infatti non accettano di buon grado il fatto che i figli abbiano scelto, ad esempio, percorsi professionali diversi. In tal senso emerge spesso, da parte di alcuni di questi pazienti, il tentativo di scoraggiare attività lavorative diverse dalla propria, spesso giustificando le loro azioni come dettate da altruismo o da sensibilità. Tuttavia quelle che appaiono come buone intenzioni, sembrano spesso configurarsi come tentativi che servono a legittimare la leadership in famiglia.

Oltre all'interessante parallelismo tra le dinamiche familiari generative dei disturbi alimentari e quelle legate ai disturbi cardiaci, ciò che appare evidente dallo schema di Ugazio è che riorganizzare la propria identità in funzione di una malattia invalidante, come lo scompenso cardiaco, è tutt'altro che facile. Diversi sono infatti i livelli coinvolti e attraversarli tutti richiede necessariamente tempo e un sincero interesse da parte del paziente a mettersi in discussione. È proprio perché è evidente la fatica che questi pazienti fanno per riorganizzare la propria vita, che non è sufficiente pensare ad una presa in carico esclusivamente "medica". Senza un adeguato sostegno alla ristrutturazione del sé, infatti, le prescrizioni rischiano di non avere nessun senso per il malato, rimanendo spesso parole vuote, a volte incomprensibili.

Da qui la necessità di favorire un percorso di cura, così come per i pazienti affetti da disturbo del comportamento alimentare, che contempli anche interventi di tipo psicologico; non necessariamente psicoterapie specifiche, ma ad esempio gruppi psico-educazionali e di auto mutuo aiuto. ■

*A cura del Dott. Gabriele Catania  
e Dott.ssa Silvia Catania*