

STUDIO OSSERVAZIONALE

Impatto psico-emotivo della sindrome coronarica acuta

Franco Bonaguidi, Elena Cini, Daniele Rovai

Istituto di Fisiologia Clinica del CNR e Fondazione CNR-Regione Toscana Gabriele Monasterio, Pisa

Background. Acute coronary syndromes can substantially disrupt the lives of our patients. However, patients' view of their illness is usually scarcely considered in routine medical practice. We aimed to investigate the psycho-emotional impact of acute coronary syndromes.

Methods. We studied 30 patients with acute coronary syndrome, aged <70 years. Before discharge, each patient was interviewed by a psychologist using a semi-structured interview; data were collected in the form of verbal reports.

Results. After learning that they had had a heart attack, 16 patients (53%) reported a feeling of fear linked to the idea of death, sometimes real despair; 7 patients (23%) showed a weak emotional response, 4 (13%) reacted with denial, and 3 responded evasively. During the interview, 17 patients (57%) reported events relating to family life and 9 (30%) to work; all these events were negative and related to suffering, conflict, and stress. When compared to pre-admission status, 30% of patients experienced negative psychological changes, such as a sense of fragility, uncertainty and a redefinition of self-image, while 50% reported no change. Surprisingly, 6 patients (20%) referred positive psychological changes. This positive restructuring was related to the patients' ability/need to change their lifestyle. This process entails a different vision of the past and the future, and is associated with a feeling of rebirth and physical wellbeing.

Conclusions. The psycho-emotional effects of acute coronary syndromes may be immense, and may radically change the way the patient relates to himself and to the world. We often remain detached from these changes, and are sometimes even unaware of them.

Key words. Acute coronary syndrome; Benefit finding; Illness perception; Narrative medicine; Psychosocial factors.

G Ital Cardiol 2011;12(9):606-610

INTRODUZIONE

La sindrome coronarica acuta può modificare profondamente la vita dei nostri pazienti, causando cambiamenti che possono portare ad una ridefinizione dei ruoli all'interno della famiglia e sul posto di lavoro, e modificando in ultima analisi la rappresentazione che il soggetto ha di se stesso¹⁻⁷.

Il modo in cui il paziente identifica e interpreta la malattia e ne stima le conseguenze viene comunemente riferito come "percezione di malattia"^{8,9}. È largamente accettato che questa percezione deriva da una stima cognitiva ed emotiva che il soggetto fa della malattia. È anche noto che la percezione di un evento come un infarto miocardico acuto non è correlata con la sua gravità clinica¹⁰, ma può influenzare le risposte comportamentali del paziente¹¹ e può ritardare il suo ritorno al lavoro e ad uno stile di vita normale¹². Infine, interventi tesi a modifi-

care una percezione inaccurata e negativa della malattia possono indurre un miglior recupero funzionale dopo l'infarto miocardico^{13,14}. Nonostante l'importanza della percezione che il paziente ha della sua malattia, questo aspetto viene raramente indagato nella pratica clinica e viene raramente discusso ai principali congressi di cardiologia o sulle riviste specialistiche. Così, la visione che il paziente ha della sua malattia rimane spesso al di fuori della cultura cardiologica.

In questo studio ci siamo proposti di investigare l'impatto psico-emotivo della sindrome coronarica acuta, focalizzando la nostra attenzione sulle reazioni psico-emotive più precoci, sugli eventi del passato ricordati in fase acuta e sui cambiamenti indotti dalla malattia. A questo scopo abbiamo utilizzato un approccio qualitativo¹⁵, nel quale i dati sono raccolti in forma narrativa, utilizzando un'intervista semi-strutturata.

MATERIALI E METODI

Abbiamo studiato un gruppo di pazienti ricoverati presso il nostro Istituto fra il 2008 e il 2009 per sindrome coronarica acuta, definita in accordo alle linee guida internazionali^{16,17}. Abbiamo escluso i pazienti di età >70 anni per la diversa prospettiva di vita e i pazienti precedentemente sottoposti a bypass aortocoronarico per i possibili effetti dell'intervento sullo stato

© 2011 Il Pensiero Scientifico Editore

Ricevuto 02.03.2011; nuova stesura 12.04.2011; accettato 13.04.2011. Questo studio è stato finanziato attraverso fondi dell'Istituto di Fisiologia Clinica del CNR di Pisa.

Per la corrispondenza:

Dr. Daniele Rovai Istituto di Fisiologia Clinica del CNR, Via Moruzzi 1, 56124 Pisa
e-mail: drovai@ifc.cnr.it

psicologico; abbiamo anche escluso i pazienti con storia di disturbi psichiatrici maggiori secondo il DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)¹⁸ e quelli che assumevano sostanze psicotrope maggiori. Abbiamo così selezionato 33 pazienti, 3 dei quali hanno rifiutato di partecipare allo studio. Dei 30 pazienti arruolati (età media 57 ± 7 anni, 26 maschi), 12 pazienti (40%) erano affetti da infarto miocardico acuto con soprasslivellamento del tratto ST, 9 (30%) da infarto acuto senza soprasslivellamento del tratto ST e 9 (30%) da angina instabile. Sei pazienti avevano sofferto in precedenza di una sindrome coronarica acuta. Tutti i pazienti sono stati sottoposti ad angiografia coronarica; di essi, 15 (50%) mostravano una malattia coronarica monovasale, 7 (23%) una malattia bivasale, 4 (13%) una malattia trivasale, 3 (10%) una malattia del tronco comune ed un paziente mostrava stenosi di rami secondari. Ventisei pazienti sono stati rivascolarizzati mediante angioplastica coronarica percutanea e tre mediante bypass aortocoronarico. Ventidue pazienti (73%) erano coniugati, 7 avevano completato gli studi universitari, 7 le scuole medie superiori, 9 le medie inferiori e 7 pazienti le scuole elementari.

Prima di dimettere i pazienti, il cardiologo chiedeva loro se volevano partecipare a questo studio e incontrare lo psicologo, dopo aver informato il paziente della natura esplorativa dello studio, il cui protocollo era stato approvato dal Comitato Etico competente. Lo psicologo informava ulteriormente il paziente e gli chiedeva di firmare il modulo di consenso informato. In un'area separata lo psicologo chiedeva al paziente di parlare della sua malattia. Durante questa intervista, cercava di portare l'attenzione su quattro punti principali:

1. cosa aveva provato il paziente quando aveva capito che si trattava di un attacco cardiaco,
2. cosa gli era tornato alla mente della sua vita passata,
3. se si sentiva cambiato dopo questa malattia e
4. come si sentiva dopo l'intervista.

Durante l'intervista lo psicologo registrava le risposte del paziente, che venivano trascritte entro 24h. Successivamente, il testo dell'intervista veniva letto più volte da due psicologi clinici (il primo e il secondo autore), separatamente, utilizzando la *Grounded Theory*, un metodo di ricerca nato in ambito sociologico e collocatosi fra i modelli di ricerca qualitativa¹⁹. Usando questo metodo lo psicologo si accosta alle parole delle persone senza usare categorie precostituite, scoprendo la teoria nel corso della ricerca empirica, ponendo cioè l'accento sui dati piuttosto che su teorie preesistenti. In questa lettura i due psicologi focalizzavano la loro attenzione sui quattro punti sopra menzionati e interpretavano il punto di vista e le emozioni del paziente. Le due interpretazioni venivano poi confrontate e, in caso di disaccordo, gli psicologi leggevano di nuovo l'intervista insieme e raggiungevano un consenso.

RISULTATI

Dopo aver capito di aver avuto un attacco cardiaco, la maggior parte dei pazienti ($n = 16$, 53.3%) riferiva una sensazione di paura, talora di vera e propria angoscia, associata all'idea della morte. Queste emozioni venivano espresse con frasi come "Ho pensato che c'era qualcosa di grave, un qualcosa che non avevo mai sentito", "Ho provato sgomento quando avevo dolore", "Ero molto impaurito, pensavo alla morte. ... Ho percepito che quello che avevo poteva essere causa di morte", "Pau-

ra, e poi anche paura di dirlo alla moglie per non mettere paura anche a lei. Ho pensato con preoccupazione ai figli: come faranno se muoio?". Sette pazienti (23.3%) riferivano una mancanza di emozioni, con frasi come "Ho provato una indifferenza totale, come se fossi ad assistere ad una cosa che accadeva ad un altro". Quattro pazienti (13.3%) presentavano una reazione di negazione, evidente in frasi come "Ho pensato all'infarto, ma ho rimandato a cercare aiuto, anche perché avevo troppe cose da fare e la malattia ed eventualmente il ricovero avrebbero creato altri problemi al mio lavoro". Infine, 3 pazienti (10%) hanno risposto in maniera evasiva.

Quando è stato chiesto di ricordare eventi della propria vita, 17 pazienti (57%) hanno riferito eventi relativi alla vita familiare, 9 (30%) hanno riferito eventi relativi al lavoro, un paziente ha menzionato una sua precedente malattia e gli altri pazienti non hanno ricordato alcun evento particolare. Gli eventi familiari erano legati a situazioni di conflitto e di stress. In particolare, un paziente ha riferito un ambiente familiare violento e privo di affetti; un paziente ha enfatizzato conflitti familiari, la solitudine, un padre assente ed un matrimonio senza passione; una paziente ha ricordato la malattia dei figli e seri e problemi economici e sociali e 3 pazienti hanno riferito responsabilità familiari. Altri 4 pazienti hanno ricordato lo stress legato al divorzio e alla separazione. Infine, 13 pazienti (43%) hanno ricordato malattie cardiache dei familiari. Gli eventi legati al lavoro riguardavano la monotonia dell'ambiente, la mancanza di soddisfazione, le frustrazioni, l'eccessivo carico, i mancati avanzamenti di carriera o i problemi economici.

Quando è stato chiesto ai pazienti se si sentivano cambiati, 9 (30%) hanno riferito cambiamenti di segno negativo, espresso con frasi come "Prima non ci pensavo, ero forte e nel mio lavoro non mi batteva nessuno; adesso della vita non sono più sicuro" oppure "Sono un'altra persona e non mi accetto in questa maniera; sono un mezzo uomo, una persona con dei limiti, non mi accetto più e mi chiedo che cosa farò ora". Metà dei pazienti non ha riferito alcun cambiamento psicologico; questi pazienti si esprimevano con frasi come "Mi sento cambiato sul piano fisico, non su quello psicologico". Infine, 6 pazienti (20%) hanno riferito cambiamenti psicologici di segno positivo. Alcune delle frasi pronunciate da questi 6 pazienti vengono riportate di seguito.

- *Paziente n. 1.* "L'infarto è venuto a sanare e a rinnovare un percorso di vita. Mi sento di andare fuori e conoscere una vita più dinamica". "L'infarto mi ha permesso di tirare fuori un malessere ... Ora che l'ho scampata voglio vivere più alla giornata, prendendo quello che il giorno mi dà". "Mi sento più forte di prima da un punto di vista psicologico. La vita adesso può diventare più interessante di prima; mi sento alleggerito dal vecchio stile di vita. Vede, io sono nato vecchio; sono stato un tipo troppo riflessivo. Forse è in questa zona il mio malessere. Adesso mi sento più leggero".
- *Paziente n. 2.* "Ho la consapevolezza di questo problema che mi è accaduto mi fornisce l'opportunità di cambiare. E penso che se correggo il mio comportamento, se riesco a gestirlo forse mi metto al sicuro". "È un segnale positivo. In questo scombussolamento ho acquistato una sicurezza in più", "L'attacco cardiaco mi ha messo in un quadro più chiaro. Forse ci voleva questo colpo per rimettermi in sesto; mi ha dato una visione più chiara delle cose".
- *Paziente n. 3.* "Mi sento cambiato. Prima ero poco responsabile, sapevo che il fumo, il troppo cibo mi facevano male

ma non ci stavo attento. Adesso mi è venuta la paura e non voglio che riaccada quello che è accaduto. Voglio vedere quanto è bella la vita, voglio vedere il lato bello della vita che non ho mai scoperto”.

- *Paziente n. 4.* “Spero di dedicarmi più alla famiglia e un po’ meno al lavoro”. “Ho vissuto la mia vita per il lavoro. A casa non c’ero mai ma ora potrebbe cambiare. Le mie intenzioni sarebbero di rallentare a lavorare. In questo senso vorrei cambiare. Quello che mi è accaduto mi ha fatto aprire gli occhi rispetto a prima; c’è voluto il male per farmi aprire gli occhi”.
- *Paziente n. 5.* “È una opportunità, mi sento rinato, ho avuto uno stile di vita che non mi rimane niente, sono arrivato a considerare la morte, e poi ... ho sentito un senso di rinascita. Anche per il lavoro voglio riorganizzare tutto”. “Queste notti sono state pesanti emotivamente, ma uno spiraglio mi ha detto: non sei morto, sei ancora vivo. Questa è la ricaduta positiva della malattia. Io con mia moglie mi voglio parlare più profondamente, ...”.
- *Paziente n. 6.* “Sento volontà e desiderio di cambiare”. “Sì, vorrei dare giuste priorità, ultimamente non ho guardato a niente, cioè a quello che mi piaceva fare, ho voglia di riprendere alcune cose che mi danno soddisfazione”. “Vorrei riprendere in mano la mia vita e trovare un maggiore equilibrio tra il lavoro, la salute e la mia famiglia”.

Alla fine dell’intervista, 20 pazienti (67%) hanno riferito di sentirsi meglio, con frasi come “Mi sento meglio, questo dialogo mi ha alleggerito”, “Mi sento meglio perché si è parlato delle cose importanti della vita”, oppure “Mi sento bene, non mi dispiacerebbe parlare ancora, mi fa bene”. Al contrario, 7 pazienti (23.3%) hanno riferito di sentirsi come prima, e questa sensazione era chiaramente espressa da frasi come “Mi sento me stesso, quello che sono”, oppure “normale, come prima”. Infine, 3 pazienti hanno risposto alle domande in maniera evasiva.

DISCUSSIONE

Abbiamo studiato le reazioni psico-emotive dei pazienti con sindrome coronarica acuta, focalizzando la nostra attenzione sulle reazioni emotive immediate, sui ricordi che tornavano alla mente nella fase acuta della malattia e sui cambiamenti avvertiti dai pazienti. I risultati hanno mostrato una grande variabilità individuale, con reazioni talora sorprendenti.

La sensazione di paura, in alcuni casi di vera e propria angoscia, avvertita dai pazienti quando hanno capito che si trattava di un attacco cardiaco, è la meno sorprendente. In un gruppo di pazienti con infarto miocardico acuto trattati con angioplastica coronarica primaria questo shock emotivo è stato collegato alla velocità con la quale gli eventi si sono verificati e succeduti²⁰. Di fronte ad un evento potenzialmente fatale, questa reazione sembra andare di pari passo con l’attivazione del sistema nervoso autonomo. Sebbene nella sindrome coronarica acuta questo stato d’animo corrisponda a un rischio reale, il rischio percepito dai pazienti non è correlato con il rischio reale (espresso ad esempio dal TIMI score) né con la loro età, il sesso, i fattori di rischio cardiovascolare o il tipo di trattamento⁸.

La reazione di negazione era stata precedentemente documentata in uno studio nel quale i soggetti sono stati intervistati 3 settimane dopo l’evento ischemico acuto²¹. Tale reazione potrebbe essere una forma di autodifesa, tesa ad esorcizzare

la paura ed evitare un livello di ansia altrimenti insopportabile. Questa reazione comporta conseguenze negative sia in fase acuta di malattia (laddove può far ritardare il ricorso alle strutture sanitarie e quindi gli interventi terapeutici) che in fase cronica (dove una reazione di negazione è stata associata ad una scarsa aderenza al trattamento)⁵. Infine, alcuni pazienti hanno riferito un debole coinvolgimento emotivo, che potrebbe anch’esso riflettere una sorta di negazione di malattia.

Relativamente agli eventi del proprio passato che tornavano alla mente in fase acuta, e che erano tutti di segno negativo, è spontaneo chiedersi perché un paziente con sindrome coronarica acuta ricordi il suo passato in termini negativi. Una possibile interpretazione è che le esperienze dolorose siano le vere pietre miliari della nostra vita, come se fosse il dolore a farci maturare. Secondo questa interpretazione, il paziente si volta indietro e rivede le esperienze negative reali della sua vita. Una spiegazione alternativa è che il periodo nel quale la domanda viene posta possa influenzarne la risposta. In altri termini, quando il paziente è ricoverato per una sindrome coronarica acuta percepisce particolarmente gli eventi negativi, forse assegnando loro una valenza ancora maggiore. Secondo questa interpretazione, quando il paziente si volta indietro e rivede il suo passato, sta in realtà parlando del suo presente: esprime le emozioni del presente attraverso i ricordi del passato.

Un altro elemento che merita di essere commentato è l’alta percentuale di pazienti che riferisce storie di familiari cardiopatici. Dal punto di vista del paziente, la malattia è vista in un contesto familiare ancora di più che dal punto di vista dei medici.

Questo studio mostra inoltre che metà dei pazienti con sindrome coronarica acuta riferisce cambiamenti nella sfera emotivo-cognitiva. La maggior parte di questi cambiamenti sono di segno negativo e rappresentano per il paziente una sorta di ferita narcisistica. Prima della malattia, la salute e il senso di benessere vengono considerati come un diritto, come se le malattie gravi dovessero capitare soltanto agli altri⁵. Per alcuni pazienti, la sindrome coronarica acuta è vissuta in modo simile ad un lutto. Nel lutto fisiologico l’umore rimane depresso per mesi e, sebbene al giorno d’oggi il cuore recuperi rapidamente dopo una sindrome coronarica acuta grazie agli avanzamenti terapeutici, la ferita della mente richiede un tempo assai più lungo per guarire. Infatti, sebbene si sentano bene fisicamente, molti pazienti non tornano al lavoro e ad una vita normale dopo un infarto acuto^{2,10,22}.

È interessante notare che nel 20% dei pazienti arruolati il cambiamento psicologico sia stato di segno positivo. Questa ristrutturazione sembra legata alla possibilità, o forse alla necessità, di modificare lo stile di vita, di superare la fase acuta della malattia, e forse ai suggerimenti costruttivi del personale sanitario. In uno studio recente, l’attacco cardiaco è stato percepito dal paziente come una sveglia necessaria per modificare lo stile di vita²³. In un altro studio, i cambiamenti positivi osservati in fase acuta di malattia persistevano per 2-4 anni²⁴. Infine, questi cambiamenti sono stati associati ad una prognosi migliore, dato che i pazienti che avvertivano cambiamenti positivi dopo un primo attacco cardiaco avevano meno probabilità di avere un secondo attacco, presentando una minore morbilità a 8 anni²⁵.

Questo processo di adattamento dopo un evento traumatico viene riferito come “*benefit finding*”, come se il soggetto riuscisse a trovare il lato positivo di un’esperienza negativa. Questo fenomeno è stato studiato in una varietà di pazienti, che include quelli affetti da cancro o infezione da HIV²⁶. In questi pazienti trovare il lato positivo promuove un senso di be-

nessere emotivo, può influenzare in meglio i cambiamenti successivi favorendo quelli più salutari, e può causare una sorta di crescita individuale.

Nei nostri pazienti, questa ristrutturazione positiva ha implicato una diversa visione del passato e del futuro. La malattia è spesso percepita dal paziente come una minaccia per la salute e può indurre intense reazioni emotive. Questo senso di fragilità porta il paziente a considerare la vita che ha condotto come povera di significato e piena di eventi negativi. In questo processo, alcuni pazienti superano la tensione che precedeva la malattia e avvertono un senso di rinascita. Questi pazienti si vedono ricominciare una vita nuova, con nuovi valori, alla luce dei quali il resto diventa meno importante, come se fosse parte di una memoria storica nella quale non si riconoscono più. In tal modo il paziente può riscoprire affetti perduti e può vivere un'esperienza quasi estetica, che include immagini di bellezza. Tutti questi cambiamenti possono produrre una sensazione di benessere emotivo e fisico.

Il senso di benessere riferito da molti pazienti alla fine dell'intervista non è sorprendente, dato che mettere il dolore nelle parole è un vecchio adagio della psicologia clinica²⁷. Parlare della loro vita, della loro malattia, delle loro emozioni è una sorta di catarsi, dalla quale il paziente trae beneficio. Il fatto che i pazienti amino parlare riflette anche la solitudine che pervade la società odierna. Infine, il senso di benessere riferito dai pazienti dopo l'intervista ci ricorda il potenziale terapeutico del medico stesso come persona.

Nel condurre una ricerca in psicologia, si può utilizzare un approccio quantitativo o qualitativo, che differiscono quanto agli argomenti affrontati e al modo in cui i dati vengono raccolti e analizzati¹³. Nell'approccio quantitativo i fenomeni psicologici vengono trasformati in valori numerici utilizzando una intervista strutturata; in questo caso le domande vengono poste secondo un ordine ben preciso, elencato nel questionario. Nell'approccio qualitativo lo psicologo utilizza invece una intervista semi-strutturata, e lascia il paziente libero di parlare, riportando di tanto in tanto l'intervista su una serie di temi che intende approfondire. Nell'approccio qualitativo la maggiore difficoltà è legata all'interpretazione di quanto riferito dal paziente piuttosto che nell'estrazione di valori numerici. Questo approccio viene tipicamente utilizzato per esplorare e interpretare le esperienze personali dei partecipanti.

In questo studio l'approccio qualitativo ha consentito di estrarre dati sulle emozioni dei pazienti, il loro passato, la loro ristrutturazione emotivo-cognitiva, che sarebbero stati più difficilmente esplorabili utilizzando un approccio meramente quantitativo. L'approccio qualitativo presenta tuttavia limiti dai quali questo studio non è esente. Prima di tutto la soggettività dell'operatore nell'interpretare i dati è sicuramente superiore che nell'approccio quantitativo. Per questa ragione abbiamo preferito riportare parti delle interviste dei pazienti, lasciando il lettore libero di fornire la sua interpretazione. In aggiunta, a causa della sua maggiore complessità, il numero di casi arruolati negli studi qualitativi è generalmente più piccolo, rendendo più difficile una

analisi statistica dei dati. Infine, l'intervista semi-strutturata utilizzata in questo studio non è stata precedentemente validata.

Un ulteriore limite di questo studio è rappresentato dal fatto che il 20% dei pazienti avesse sofferto di una precedente sindrome coronarica acuta, che può aver influenzato l'impatto psicologico ed emotivo dell'evento più recente. Infine, le dimensioni del campione analizzato sono piccole e lo studio ha un carattere prevalentemente esplorativo.

Conclusione

Superare una sindrome coronarica acuta non è soltanto un problema clinico. Gli effetti psico-emotivi possono essere immensi, e possono profondamente modificare il modo con il quale il paziente si relaziona con se stesso e con il mondo. Noi cardiologi rimaniamo spesso al di fuori di tali cambiamenti, e talvolta non ne siamo neanche consapevoli. Sarebbe consigliabile esplorare anche questa dimensione, per poter meglio capire e curare i nostri pazienti.

RIASSUNTO

Razionale. La sindrome coronarica acuta può modificare profondamente la vita dei pazienti; tuttavia, la visione che essi hanno della loro malattia è scarsamente considerata nella pratica clinica. In questo studio ci siamo proposti di investigare l'impatto psico-emotivo della sindrome coronarica acuta.

Materiali e metodi. Abbiamo studiato 30 pazienti di età <70 anni affetti da sindrome coronarica acuta. Prima della dimissione ogni paziente ha avuto un colloquio con uno psicologo, che utilizzava una intervista semi-strutturata; le risposte dei pazienti sono state raccolte in forma narrativa.

Risultati. Dopo aver appreso di aver avuto un attacco cardiaco, 16 pazienti (53%) hanno manifestato paura legata all'idea della morte, talvolta vera e propria angoscia; 7 pazienti (23%) hanno mostrato una debole risposta emotiva, 4 hanno avuto una reazione di negazione e 3 hanno risposto evasivamente alle domande dello psicologo. Durante l'intervista, 17 pazienti (57%) hanno ricordato eventi relativi alla vita familiare e 9 (30%) alla vita lavorativa; tutti questi eventi erano di segno negativo ed erano contrassegnati da sofferenza, conflittualità e stress. Rispetto al periodo di tempo precedente il ricovero, il 30% dei pazienti ha riferito cambiamenti psicologici negativi quali un senso di fragilità, incertezza e una ridefinizione dell'immagine di se stessi, mentre il 50% dei pazienti non ha riportato alcun cambiamento. Sorprendentemente, 6 pazienti (20%) hanno riferito cambiamenti psicologici di segno positivo. Questa ristrutturazione era legata alla possibilità/necessità di cambiare lo stile di vita. Questo processo ha comportato una diversa visione del passato e del futuro, ed è stato avvertito come un processo di rinascita.

Conclusioni. L'impatto psico-emotivo della sindrome coronarica acuta può essere notevole e può modificare profondamente il modo in cui il paziente si relaziona con se stesso e con il mondo. Come cardiologi rimaniamo spesso distaccati da questi cambiamenti e talora non ne siamo neanche consapevoli.

Parole chiave. Fattori psico-sociali; Medicina narrativa; Percezione di malattia; Ristrutturazione positiva; Sindrome coronarica acuta.

BIBLIOGRAFIA

1. Hsi YY, Chen CY, Lee MB. Life quality of post-myocardial infarction patients: influence of personal variables on coping. *J Formos Med Assoc* 1990;89:149-55.
2. Johnson JL. Learning to live again: the process of adjustment following heart attack. In: Morse JM, Johnson JL, eds. *The illness experience: dimensions of suffering*. Newbury Park, CA: Sage Publications, 1991: 13-88.
3. Sutherland B, Jensen L. Living with change: elderly women's perceptions of hav-

- ing a myocardial infarction. *Qual Health Res* 2000;10:661-76.
4. Pedersen SS, Denollet J. Perceived health following myocardial infarction: cross-validation of the Health Complaints Scale in Danish patients. *Behav Res Ther* 2002;40:1221-30.
 5. Brink E, Karlson BW, Hallberg LR. Readjustment 5 months after a first-time myocardial infarction: reorienting the active self. *J Adv Nurs* 2006;53:403-11.
 6. Alsén P, Brink E, Persson LO. Patients' illness perception four months after a myocardial infarction. *J Clin Nurs* 2008;17:25-33.
 7. Monami M, Marchionni N. Disturbi psico-affettivi e malattie cardiovascolari. *G Ital Cardiol* 2007;8:335-48.
 8. Leventhal H, Meyer D, Nerenz D. The common sense representation of illness danger. In: Rachman S, ed. *Medical psychology*. New York, NY: Pergamon Press, 1980:7-30.
 9. Giardini A, Majani G, Pierobon A, Gremigni P, Catapano I. Contribution to the Italian validation of the IPQ-R. *G Ital Med Lav Ergon* 2007;29(1 Suppl A):A64-A74.
 10. Broadbent E, Petrie KJ, Ellis CJ, et al. Patients with acute myocardial infarction have an inaccurate understanding of their risk of a future cardiac event. *Intern Med J* 2006;36:643-7.
 11. French DP, Cooper A, Weinman J. Illness perceptions predict attendance at cardiac rehabilitation following acute myocardial infarction: a systematic review with meta-analysis. *J Psychosom Res* 2006;61:757-67.
 12. Petrie KJ, Weinman J, Sharpe N, Buckley J. Role of patients' view of their illness in predicting return to work and functioning after myocardial infarction: longitudinal study. *BMJ* 1996;312:1191-4.
 13. Petrie KJ, Cameron LD, Ellis CJ, Buick D, Weinman J. Changing illness perceptions after myocardial infarction: an early intervention randomized controlled trial. *Psychosom Med* 2002;64:580-6.
 14. Broadbent E, Ellis CJ, Thomas J, Gamble G, Petrie KJ. Further development of an illness perception intervention for myocardial infarction patients: a randomized controlled trial. *J Psychosom Res* 2009;67:17-23.
 15. Smith JA. *Qualitative psychology*. London: Sage Publications, 2003.
 16. Van de Werf F, Bax J, Betriu A, et al. Management of acute myocardial infarction in patients presenting with persistent ST-segment elevation: the Task Force on the Management of ST-Segment Elevation Acute Myocardial Infarction of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J* 2008;29:2909-45.
 17. Bassand JP, Hamm CW, Ardissino D, et al.; Task Force for Diagnosis and Treatment of Non-ST-Segment Elevation Acute Coronary Syndromes of European Society of Cardiology. Guidelines for the diagnosis and treatment of non-ST-segment elevation acute coronary syndromes. *Eur Heart J* 2007;28:1598-660.
 18. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)*. 4th ed. (text revision). Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.
 19. Strauss A, Corbin J. *Basics of qualitative research. Grounded theory procedures and techniques*. London: Sage Publications, 1990.
 20. Astin F, Closs SJ, McLenachan J, Hunter S, Priestley C. Primary angioplasty for heart attack: mismatch between expectations and reality? *J Adv Nurs* 2009;65:72-83.
 21. Croog SH, Shapiro DS, Levine S. Denial among male heart patients. An empirical study. *Psychosom Med* 1971;33:385-97.
 22. O'Neil A, Sanderson K, Oldenburg B. Depression as a predictor of work resumption following myocardial infarction (MI): a review of recent research evidence. *Health Qual Life Outcomes* 2010;8:95.
 23. Panagopoulou E, Triantafyllou A, Mitziori G, Benos A. Dyadic benefit finding after myocardial infarction: a qualitative investigation. *Heart Lung* 2009;38:292-7.
 24. Laerum E, Johnsen N, Smith P, Arnesen H. Positive psychological and life-style changes after myocardial infarction: a follow-up study after 2-4 years. *Fam Pract* 1991;8:229-33.
 25. Affleck G, Tennen H, Croog S, Levine S. Causal attribution, perceived benefits, and morbidity after a heart attack: an 8-year study. *J Consult Clin Psychol* 1987;55:29-35.
 26. Siegel K, Schrimshaw EW. Perceiving benefits in adversity: stress-related growth in women living with HIV/AIDS. *Soc Sci Med* 2000;51:1543-54.
 27. Pennebaker JW. Putting stress into words: health, linguistic, and therapeutic implications. *Behav Res Ther* 1993;31:539-48.