

Le reazioni emozionali del paziente in riabilitazione cardiologica: analisi temporale e prospettive

Patient's emotional reactions in cardiac rehabilitation: analysis and perspectives

Gianluigi Balestroni, Pantaleo Giannuzzi¹

ABSTRACT: *Patient's emotional reactions in cardiac rehabilitation: analysis and perspectives. G. Balestroni, P. Giannuzzi.*

Subject: Evaluation and treatment of psychological diseases are often included in cardiology rehabilitation programs. The aim of this study was to analyze the emotional reactions in a very consistent sample of cardiac patients, hospitalized for a rehabilitation program.

Materials and methods: The sample consisted of 5417 patients, 4563 males and 854 females, with a mean age of 57.36±9.15 (range 18-83). They were admitted in the period between 1995 and 2005 and completed the Cognitive Behavioral Assessment, Hospital form (CBA-H)

Results: Significant level of state- anxiety was shown by 27.8% of the subjects, 22.1% reported health-related fears

and 10% depressive symptoms. Women show higher scores in all of the three scales, and patients over 65 years scored higher in the depression scale.

It is interesting to note that the mean scores in the three scales showed a progressive and significant decrease over the years.

Conclusions: These data confirm that an accurate psychological screening can be extremely useful to support the Psychologist working in cardiac rehabilitation as it helps to plan more specifically the interventions, focusing on the objective patients' educational and psychological needs.

Keywords: *cardiac rehabilitation, anxiety, health-related fears, depression.*

Monaldi Arch Chest Dis 2010; 74: 9-15.

Servizio di Psicologia, ¹Divisione di Cardiologia Riabilitativa, Fondazione Salvatore Muageri, IRCCS, Istituto Scientifico di Veruno.

Corresponding author: Balestroni Gianluigi; Servizio di Psicologia, Fondazione Salvatore Muageri, IRCCS, Istituto Scientifico di Veruno; Via Per Revsilate 13, I-28010 Veruno (NO), Italy; Tel: 0322/884783 - Fax: 0322/884; E-mail address: gianluigi.balestroni@fsm.it

Introduzione

Parlare di Riabilitazione Cardiologica significa, in prima istanza, mettere il paziente in una posizione centrale ed attiva nel processo terapeutico. Per raggiungere questo scopo l'intervento riabilitativo deve essere il più possibile multidisciplinare in modo da poter intervenire su tutti i fattori biologici, psicologici e sociali.

Dal momento stesso della nascita della Riabilitazione Cardiologica, la presa in carico delle problematiche psicologiche dei pazienti è diventato un vero e proprio outcome nel lavoro di équipe. La sofferenza psichica dei soggetti affetti dalle patologie cardiache, il superamento del trauma emotivo di quei momenti, il ritrovare il loro equilibrio psicologico dopo l'evento acuto, furono, fin da subito, problematiche di cui si fecero carico le strutture di Riabilitazione Cardiologica [1, 2, 3].

In quest'ottica si sono sviluppati una mole vastissima di lavori per lo studio delle variabili psicologiche in ambito cardiologico. Si è cercato di studiare le variabili psicologiche come fattori in grado di interagire con la eziopatogenesi, il mantenimento e la progressione della malattia cardiaca, si è cerca-

to di individuare quali fattori potessero favorire o limitare il recupero del paziente e, ancora, quali caratteristiche psico-sociali potessero proteggere da recidive questi soggetti.

Si è così passati dai primi studi sul "Tipo A" [4, 5, 6], all'impatto degli stress psico-sociali [7, 8, 9, 10], allo studio delle relazioni fra depressione e malattia cardiache [11, 12, 13, 14, 15], all'identificazione di fattori protettivi quali il supporto psico-sociale [16, 17, 18], fino a specificare quali modalità di reazione del paziente potessero favorirlo o meno nella gestione di un evento cardiaco quali l'autoefficacia [19, 20, 21, 22] o le modalità di attribuzione causale come il locus of control [23, 24, 25].

Indipendentemente dai riscontri, conferme o smentite che singolarmente questi studi hanno poi avuto negli anni, è ormai comunemente riconosciuta, in ogni programma riabilitativo, l'importanza di prestare la massima attenzione alle problematiche psicologiche presenti in queste popolazioni di pazienti. Le stesse Linee Guida della Psicologia applicate alla Cardiologia Riabilitativa [26] identificano la fase di valutazione psicologica come fondamentale e ne hanno individuato le evidenze a favore degli strumenti valutativi a disposizione.

Scopo

Si intende analizzare le caratteristiche delle reazioni emozionali in un'ampia popolazione di pazienti cardiopatici ricoverati per un programma di riabilitazione, verificare come si distribuiscono rispetto al sesso, all'età ed alle specifiche patologie cardiache, in modo da poter delineare una mappa il più possibile dettagliata, del quadro emozionale di questi pazienti.

Poiché ogni variabile psicologica è comunemente condizionata dagli aspetti sociali e culturali in cui è integrato l'individuo, si intende anche studiare se e come, le reazioni emozionali, possano essersi modificate nel corso degli anni.

Materiali e metodi

Campione

Nel periodo che va dal 1995 al 2005, presso la Divisione di Cardiologia ci sono stati 13062 ricoveri come primo ingresso (9357 maschi e 3704 femmine con una età media di 64 anni ds 10). Come da routine, i pazienti che per la prima volta accedono all'Istituto, ricevevano una visita psicologica di accoglienza attraverso la quale si selezionavano i soggetti che avevano l'indicazione per una valutazione psicométrica specifica con Cognitive Behavioral Assessment forma Hospital (CBA-H) [27].

Il campione rappresenta quindi tutti i soggetti che, al primo ricovero presso la nostra struttura, presentavano condizioni cliniche, culturali, anagrafiche tali da consentire la compilazione del questionario e/o che non avessero indicazioni psicodiagnostiche di altro tipo (solo colloquio clinico, altri tests, ecc.).

Il campione risulta quindi composto da 5417 pazienti testati con CBA-H, il 41.4% dei soggetti al primo ricovero in Cardiologia: 4563 maschi e 854 femmine con un'età media di 57.36 ± 9.15 anni (range 18-83).

La distribuzione delle patologie cardiache del campione è rappresentata dal Grafico 1 e, nel corso degli anni, si osserva un graduale decremento dei pazienti infartuati ed un deciso aumento dei pazienti sottoposti a By-pass aortocoronarico (Grafico 2). Questo dato è in linea con i cambiamenti delle tipologie dei ricoveri nei Centri di Riabilitazione Cardiologica che si sono osservati negli ultimi anni.

Procedura

Lo strumento di screening utilizzato è il CBA-H. Questo strumento nasce dalla ristrutturazione del Cognitive Behavioral Assessment 2.0 (CBA-2.0) [28, 29] per mettere a punto una batteria tests più mirata al paziente in regime di ricovero. Il CBA-H, utilizzato nel progetto GISSI 2 [30, 31], è costituito da 152 items, in forma dicotomica, organizzati in quattro schede.

Scheda A: indaga sulle reazioni emozionali percepite dal soggetto nel momento stesso della compilazione del test.

Scheda B: valuta le sensazioni psicofisiche percepite dal paziente nei tre mesi precedenti.

Scheda C: indaga le variabili psicologiche di tratto.

Scheda D: analizza le abitudini stabili della vita quotidiana (famiglia, lavoro, relazioni, stile di vita, ecc.).

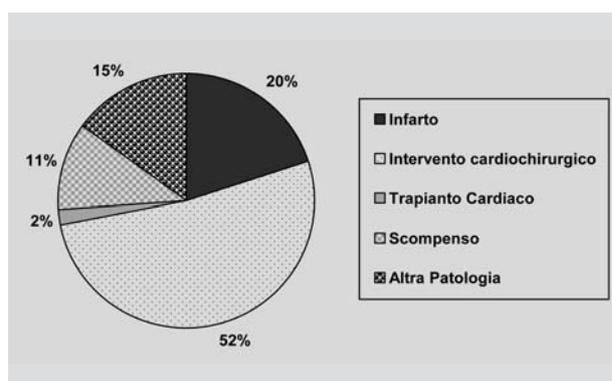


Grafico 1. - Gruppo Campione (Patologie).

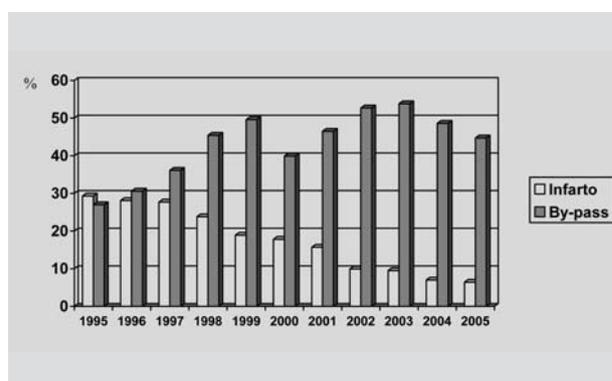


Grafico 2. - Andamento temporale Infarto vs By-Pass.

In particolare la Scheda A, è specificatamente strutturata per analizzare le reazioni di stato, cioè quelle reazioni emozionali che il soggetto sperimenta nel momento della compilazione del tests. Per il paziente che accede ad un programma di riabilitazione cardiologica quindi, è in grado di esplorare quelle emozioni che si collegano con il ricovero ed i vissuti di malattia. La Scheda A è composta da tre scale: ansia di stato (A1), paure sanitarie (A2) e reazioni depressive (A3).

Sono stati raccolti i questionari CBA-H compilati dai pazienti del gruppo campione preso in esame e la Scheda A è stata analizzata con il pacchetto statistico di SPSS 16.0 per Windows.

Sono stati analizzati i punteggi grezzi e le percentuali dei soggetti che superavano i cut-off clinici per le Scale A1 (ansia di stato), A2 (paure sanitarie), A3 (reazioni depressive), sia nel campione completo che nei sottogruppi suddivisi per dati anagrafici e patologia.

Il campione è stato poi suddiviso in quattro periodi temporali (Grafico 3); un biennio, 1995-96, di 1598 soggetti e tre trienni: 1997-99 di 1503 soggetti, 2000-02 di 1149 soggetti e 2003-05 di 1167 soggetti. I quattro gruppi sono stati confrontati statisticamente fra di loro e ci hanno permesso di analizzare eventuali cambiamenti delle variabili psicologiche nell'arco temporale esaminato.

Risultati

L'ansia di stato (Scala A1)

Intesa come espressione ansiogena conseguente ad eventi specifici vissuti dal paziente nell'attuale momento. Questa scala, quindi, è in grado di fornire

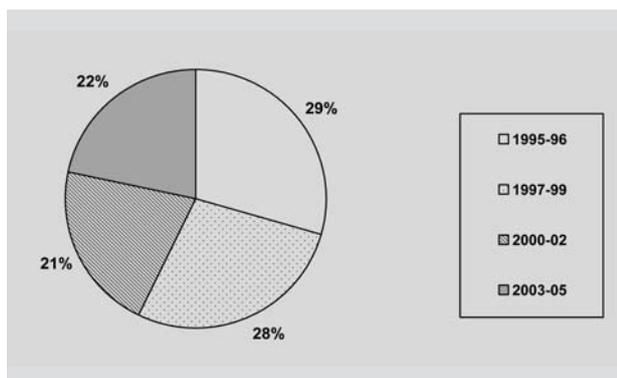


Grafico 3. - Suddivisione Gruppo Campione in quattro periodi temporali.

una valutazione della componente di ansia espressa dal paziente in relazione a come sta vivendo la sua malattia, il ricovero e l'intervento terapeutico.

Il punteggio medio del campione è di 2.85 ± 2.78 , il punteggio si alza in modo significativo nelle donne rispetto agli uomini, mentre non si modifica con l'età (Tabella 1). Se analizziamo le medie del punteggio di questa scala nel campione diviso per patologie, constatiamo come i pazienti cardiotrapiantati presentano il valore più basso (Grafico 4). In questa fase questi pazienti presentano un quadro di particolare "ottimismo ed euforia" come è stato segnalato anche in letteratura. La scala A1 del CBA-H, identificando punteggi così bassi nei pazienti cardiotrapiantati, manifesta una buona sensibilità da un punto di vista psicometrico. Questo dato quindi può essere letto come un elemento di ulteriore validità dello strumento.

Tabella 1. - Medie e deviazioni standard dei punteggi alla Scheda A, suddivisi per sesso e età

	Maschi	Femmine	
A1	2.68±2.71	3.80±2.96	p < .000
A2	1.50±1.20	1.97±1.28	p < .000
A3	0.42±.077	0.69±0.98	p < .000
	Fino a 64 anni	Da 65 anni	
A1	2.84±2.80	2.86±2.71	n.s.
A2	1.57±1.22	1.61±1.23	n.s.
A3	0.44±0.80	0.51±0.84	p = .008

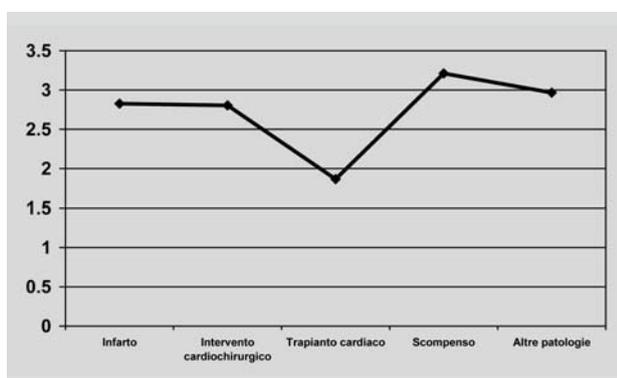


Grafico 4. - Ansia di Stato (A1) - Punteggi medi suddivisi per patologia.

Sono state analizzate anche le percentuali dei soggetti che si collocano al di sopra del cut-off clinico. Il 27.8% del campione presenta livelli di ansia significativi da un punto di vista clinico. Anche in questo caso la percentuale è maggiore nelle donne (40.5%) rispetto ai maschi (25.4%) (Tabella 2).

Tabella 2. - Percentuale dei soggetti con alto cut-off alla Scheda A, suddivisi per sesso e età

	Maschi	Femmine	
A1	25.4%	40.5%	p < .000
A2	19.9%	23.9%	p < .000
A3	8.6%	17.2%	p < .000
	Fino a 64 anni	Da 65 anni	
A1	28.3%	26.1%	n.s.
A2	21.7%	23.5%	n.s.
A3	9.9%	10.2%	n.s.

Il presentare alla Scala A1 punteggi molto al di sotto del cut-off, è indicativo di atteggiamenti di sottostima da parte del paziente. Nel campione esaminato, la percentuale non è marginale, sono infatti il 27.7% del campione.

Se si considerano i soggetti che dalla Scala A1 vengono indicati come ansiosi e coloro che potrebbero sottostimare, si raggiunge una percentuale pari al 55.5% del campione che meritano, un intervento psicoterapeutico o almeno un ulteriore approfondimento psicodiagnostico.

Le paure sanitarie (Scala A2)

Questa Scala identifica la presenza di disagio per le situazioni che riguardano la gestione della propria salute quali le visite mediche o gli esami clinici. Elevati punteggi a questa Scala sono indicativi di reazioni di paura nell'affrontare un setting sanitario sia di tipo diagnostico che curativo.

Il campione esaminato presenta un punteggio medio di 1.58 ± 1.22 : 1.50 ± 1.20 per i maschi e 1.97 ± 1.28 per le femmine (p < .000), non vi sono differenze rispetto all'età (Tabella 1). I pazienti cardiotrapiantati manifestano un punteggio medio molto più basso rispetto alle altre patologie come già si evidenziava per l'ansia di stato (Grafico 5).

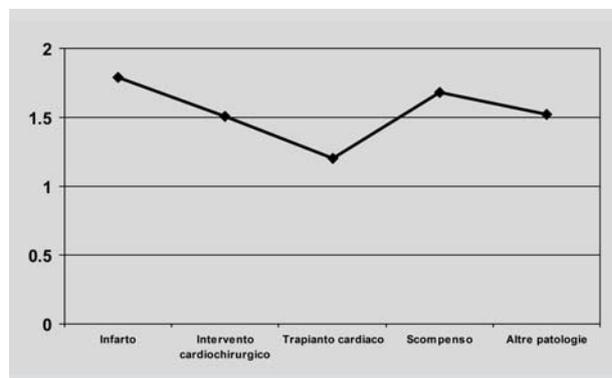


Grafico 5. - Paure sanitarie (A2) - Punteggi medi suddivisi per patologia.

Le percentuali di pazienti che superano il cut-off clinico in questa Scheda sono particolarmente significative: il 22.1% riferisce un livello elevato di paure sanitarie che potrebbe determinare difficoltà, scelte e comportamenti del paziente non funzionali per la gestione della propria salute. Le donne presentano percentuali con punteggi superiori ai cut-off clinici più alte (Tabella 2).

L'effetto di sottostima è presente anche per quanto riguarda le paure sanitarie con una percentuale pari al 21.2%. Questi soggetti possono essere maggiormente esposti a comportamenti avversi alla salute (fumo, alimentazione scorretta, scarsa aderenza ai trattamenti medici, ecc.) proprio per la loro propensione a non riconoscere il rischio.

Le reazioni depressive (Scala A3)

La Scala identifica la presenza di reazioni depressive situazionali. Lo scoring di questa Scala non identifica punteggi che possano risultare sorprendentemente bassi tali da individuare atteggiamenti di sottostima.

Il campione esaminato presenta un punteggio medio pari a $.46 \pm .81$, i soggetti che superano il cut-off clinico sono pari al 10%. Le problematiche depressive sono quindi meno presenti, a livello percentuale, rispetto all'ansia ed alle paure sanitarie. Le femmine risultano più depresse per quanto riguarda il punteggio medio e per quanto riguarda la percentuale dei soggetti che superano i cut-off clinici (Tabella 1; Tabella 2).

I pazienti con età uguale o superiore ai 65 anni rispetto ai più giovani presentano punteggi a questa scala significativamente più alti (Tabella 1).

Tra le patologie coloro che presentano i punteggi medi più bassi ancora una volta sono i cardiopiantati (Grafico 6), mentre gli scompensati presentano i valori più alti.

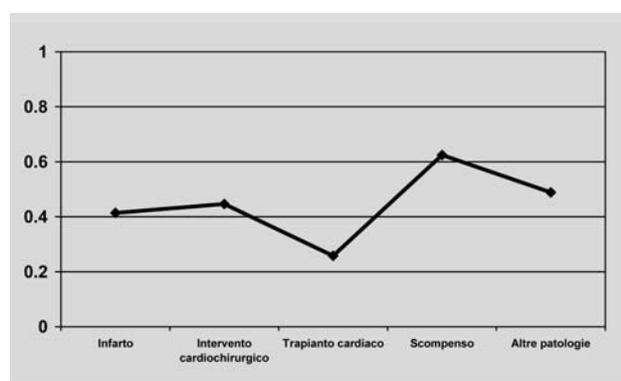


Grafico 6. - Depressione (A3) - Punteggi medi suddivisi per patologia.

Andamento nel corso degli anni dei punteggi medi alle Scale A1, A2, A3

Il Grafico 7 mostra l'andamento dei punteggi medi delle tre Scale nel corso degli 11 anni in cui sono stati raccolti i dati. Analizzando il campione, diviso in quattro periodi temporali (Grafico 3), si evidenzia una diminuzione progressiva delle reazioni emozionali. Sia l'ansia di stato che le paure sanitarie che le reazioni depressive hanno un andamento decrescente statisticamente significativo. Questo andamento temporale è stato osservato sia nei soggetti con età inferiore a 65 anni che nei pazienti over 65.

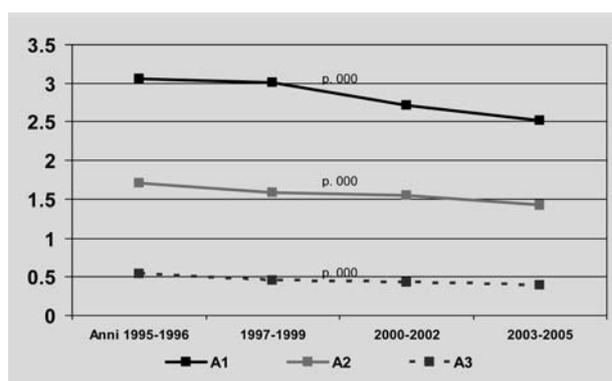


Grafico 7. - Andamento temporale dei punteggi medi.

Nel corso degli ultimi anni sembra, quindi, che le patologie cardiache determinino nei pazienti reazioni emozionali più contenute.

Discussione

I dati raccolti nella casistica esaminata rappresentano il lavoro psicodiagnostico di routine negli anni 1995-2005 eseguito dal Servizio di Psicologia con l'utilizzo di strumenti psicometrici. Non sono il risultato di una ricerca strutturata ed organizzata con la creazione di uno specifico gruppo campione, ma una "istantanea" reale ed obiettiva delle reazioni emozionali di stato evidenziate dallo screening psicologico eseguito sui pazienti in fase di riabilitazione cardiologica ricoverati presso l'Istituto Scientifico di Veruno. Riteniamo quindi che i risultati qui riportati possano descrivere fedelmente le problematiche che quotidianamente una équipe riabilitativa deve essere in grado di evidenziare con un attento lavoro psicodiagnostico e di cui, successivamente, dovrebbe farsene carico. Le linee guida per le attività di Psicologia in Cardiologia Riabilitativa, suggeriscono la necessità di interventi psicoterapeutici per fronteggiare le reazioni emozionali disadattive che i pazienti possono manifestare. Per fare questo è però necessario un'azione di screening con strumenti idonei, validi, attendibili, sensibili e la Scheda A del CBA-H sembra assolvere adeguatamente a questo scopo.

La prima cosa che si evidenzia in questi dati è la frequenza rilevante di pazienti che presentano reazioni emozionali al di sopra dei cut-off clinici: il 27.8% per quanto riguarda l'ansia, il 22.1% per le paure sanitarie e il 10% per la depressione. Queste percentuali non possono essere ignorate o considerate una semplice curiosità statistica, sono invece una conferma di quanto, all'interno di un programma riabilitativo, anche le componenti psicologiche giuochino un ruolo non marginale. Ignorarle e non intervenire con uno specifico programma psicoterapeutico significa rendere incompleta la riabilitazione cardiologica.

Non è possibile coinvolgere attivamente il paziente cardiopatico nel processo riabilitativo, se non si interviene anche sugli aspetti emozionali. Le scelte decisionali, l'adozione o meno di stili di vita salutari, l'utilizzo di un coping adeguato non devono e non possono restare condizionate dall'emotività del momento. In caso contrario saranno le paure del pa-

ziente a favorire le strategie di evitamento verso specifici esami clinici, controlli periodici, ecc.; l'ansia lo limiterà nei processi di cambiamento e la depressione inciderà sulle sue motivazioni a mantenere un ruolo attivo sul proprio recupero.

Come già rilevato in altri lavori scientifici [2, 28, 32, 33], le donne presentano una maggiore reattività emozionale e, nel campione esaminato, ottengono punteggi medi più elevati in tutte e tre le Scale. I soggetti più anziani si discostano dai soggetti più giovani per quanto riguarda le reazioni depressive: in questa Scala gli over 65 presentano un punteggio medio più elevato e statisticamente significativo.

La conferma nel nostro campione di queste variazioni dei punteggi per sesso e per età è indicativa di buona sensibilità dello strumento e conferma la validità del suo utilizzo in campo riabilitativo.

Anche nell'analisi per patologie, il riscontro di punteggi particolarmente bassi nei cardiopiantati, è indice di buona sensibilità dello strumento psicometrico. In letteratura sono riportate, nel primo periodo post intervento, espressioni di euforia e netto miglioramento del tono dell'umore [34, 35, 36, 37]. La Scheda A del CBA-H non fa altro che descrivere tali reattività emozionale con punteggi statisticamente più bassi nei cardiopiantati rispetto ai soggetti con altre patologie. Un altro indice di sensibilità è rappresentato dalla Scala A3 (reazioni depressive) il cui punteggio medio discrimina molto bene i pazienti scompensati: le problematiche cliniche di questi pazienti ed i vissuti di malattia determinano un incremento delle problematiche depressive.

Per quanto riguarda l'ansia di stato e le paure sanitarie lo strumento psicodiagnostico Scheda A del CBA-H è in grado di evidenziare anche gli atteggiamenti di sottostima che spesso sono alla base di coping disadattivi alla gestione della malattia. Anche in questo caso le percentuali non sono affatto irrilevanti: il 27.7% del campione presenta punteggi sorprendentemente bassi per quanto riguarda l'ansia di stato ed il 21.2% per quanto riguarda le paure sanitarie. Nei programmi di riabilitazione, il coping del paziente caratterizzato da un atteggiamento di sottostima, deve essere individuato il più precocemente possibile per poter intervenire modificandolo e favorire una aderenza massimale alle terapie con uno stile di vita adeguato.

Un altro dato estremamente importante che emerge dall'analisi del campione è come, nel corso degli anni, le reazioni emozionali dei pazienti mostrano una tendenza a diminuire nei punteggi medi. Sia nel gruppo completo che nei soggetti più giovani o al di sopra di 65 anni, si osserva lo stesso decremento e in modo statisticamente significativo. Sembra che negli ultimi anni le malattie cardiache abbiano un impatto psicologico meno disturbante rispetto al passato. Le conoscenze da parte delle persone, i programmi di prevenzione primaria, le campagne informative dei mass media hanno sicuramente favorito un atteggiamento più realistico e meno emotivo verso le malattie cardiache ed i programmi di riabilitazione.

Questi dati confermano come uno screening psicologico accurato risulti estremamente utile per agevolare il lavoro dello Psicologo in ambito di Cardio-

logia Riabilitativa e possa favorire una più mirata programmazione degli interventi psicoterapeutici.

Per il futuro, però, va sottolineato un aspetto rilevante che riguarda il cambiamento della popolazione in ambito di riabilitazione cardiologia [38, 39]. Se si analizza, infatti, la numerosità dei soggetti sottoposti a CBA-H nel corso degli anni presi in considerazione, si osserva che vi è una graduale riduzione: si passa da 883 nel 1995 (72% dei ricoverati) fino ad arrivare a 360 nel 2005 (32% dei ricoverati) (Grafico 8). Questo risulta in stretta correlazione con l'aumento progressivo dell'età dei ricoverati: nel 1995 l'età media era di 61.9, nel 2005 di 67.3. In particolare gli over 75 passano dal 3.6% dei ricoverati nel 1995 al 14.5% nel 2005 (Grafico 9). L'avanzamento dell'età media dei ricoveri con le polipatologie che si associano hanno ridotto, negli anni, la percentuale di pazienti in grado di poter essere sottoposti a valutazione psicometrica con uno strumento, sicuramente completo ma anche complesso, quale il CBA-H.

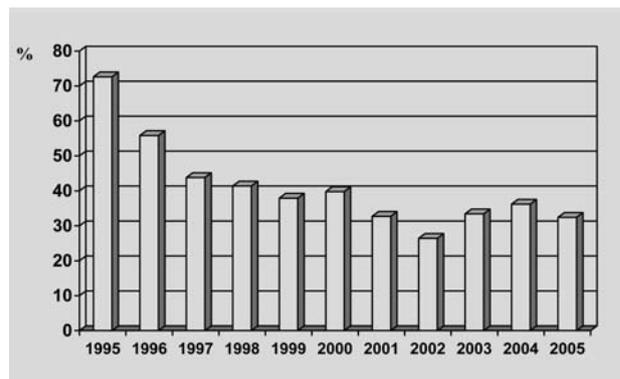


Grafico 8. - Percentuale di soggetti testati negli anni rispetto al numero dei ricoveri.

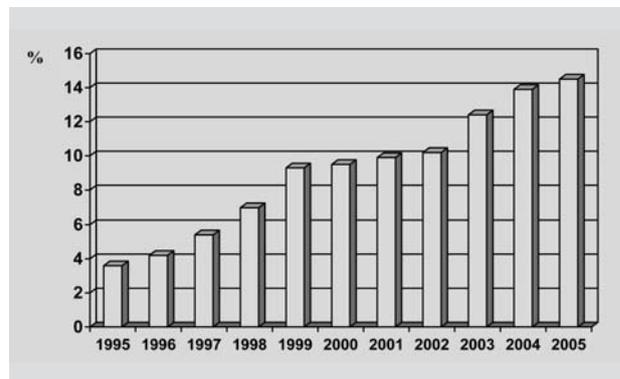


Grafico 9. - Percentuale negli anni dei ricoveri con età > 75 anni.

Gli strumenti psicometrici, in futuro, dovranno quindi essere di rapida somministrazione, brevi, semplici e mirati a individuare aspetti psicologici specifici rilevanti per la riabilitazione piuttosto che a aree generali e complesse della personalità [32, 40]. Se non si procederà verso questa direzione si rischierà, in futuro, che la valutazione psicologica con strumenti testistici potrà essere effettuata solo ad una parte ristretta dei pazienti perdendo così la sua funzione di screening.

Un'ultima valutazione va fatta sui dati che indicano come, negli ultimi anni, le patologie cardiache hanno un impatto emozionale minore. Questo è si-

curamente importante, vivere con meno paure le malattie cardiovascolari favorisce un atteggiamento più razionale e funzionale nella gestione del proprio recupero dopo un incidente cardiovascolare. Per evitare, però, che un minor impatto emozionale si trasformi in atteggiamenti di sottostima o di delegare alla "scienza" la gestione della propria salute, è necessario continuare, in futuro, a promuovere programmi educazionali, sia nei pazienti come prevenzione secondaria, sia nella popolazione generale come prevenzione primaria. Questi programmi devono aiutare i cardiopatici e la popolazione in generale ha avere un atteggiamento meno emotivo ma devono anche favorire un coinvolgimento attivo e funzionale del soggetto stesso verso la gestione e la prevenzione delle malattie cardiovascolari.

Riassunto

Razionale: All'interno dei programmi di riabilitazione cardiologica sono spesso contemplati interventi mirati alla valutazione e al trattamento delle problematiche psicologiche. Con questo studio, si intende analizzare le caratteristiche delle reazioni emozionali in un'ampia popolazione di pazienti cardiopatici ricoverati per un programma di riabilitazione.

Materiali e metodi: Il gruppo campione è rappresentato da tutti i pazienti ricoverati presso l'Istituto Scientifico di Veruno (NO) che sono stati sottoposti a valutazione psicometrica con CBA-H nel periodo che va dal 1995 al 2005: 5417 pazienti, 4563 maschi e 854 femmine con un'età media di 57.36 ± 9.15 anni (range 18-83).

Risultati: Nel campione analizzato il 27.8% presenta livelli di ansia significativi da un punto di vista clinico, il 22.1% paure sanitarie ed il 10% reazioni depressive. Nella popolazione femminile sono presenti punteggi più alti in tutte e tre le Scale mentre, per quanto riguarda l'età, solo i punteggi di depressione sono più elevati nei soggetti con una età superiore a 65 anni.

L'andamento dei punteggi medi delle tre Scale nel corso degli 11 anni in cui sono stati raccolti i dati, evidenzia una diminuzione progressiva delle reazioni emozionali. Sia l'ansia di stato che le paure sanitarie che le reazioni depressive hanno un andamento decrescente statisticamente significativo.

Conclusioni: Questi dati confermano come uno screening psicologico accurato risulti estremamente utile per agevolare il lavoro dello Psicologo in ambito di Cardiologia Riabilitativa e possa favorire una più mirata programmazione degli interventi psicoterapeutici.

Parole chiave: riabilitazione cardiologica, ansia, paure sanitarie, depressione.

Bibliografia

- Tavazzi L. La riabilitazione del cardiopatico ischemico. Pavia: Selecta Medica, 1989.
- Giannuzzi P, Ignone G. Riabilitazione nelle malattie cardiovascolari. Torino: UTET, 1999.
- Giannuzzi P, Rengo F. Dall'eccellenza all'alta specializzazione in cardiologia riabilitativa. Pavia: PI-ME Editore, Mageri Foundations Book, 2005.
- Friedman M. Pathogenesis of coronary artery disease. New York: McGraw-Hills, 1969.
- Friedman M, Rosenman RH. Type A behaviour and your heart. New York: Knopf, 1974.
- Friedman M, Powell LH. The diagnosis and quantitative assessment of Type A: introduction and description of the videotape structured interview. *Integrative Psychiatry* 1984; 78: 570-6.
- Dimsdale JE. Psychological stress and cardiovascular disease. *J Am Coll Cardiol* 2008; 51(13): 1237-46.
- Hamer M, Molloy GJ, Stamatakis E. Psychological distress as a risk factor for cardiovascular events: pathophysiological and behavioral mechanisms. *J Am Coll Cardiol* 2008; 52(25): 2156-62.
- Xu W, Zhao Y, Guo L, Guo Y, Gao W. Job stress and coronary heart disease: a case-control study using a Chinese population. *J Occup Health* 2009; 51(2): 107-13.
- Aboa-Eboulé C, Brisson C, Maunsell E, et al. Job strain and risk of acute recurrent coronary heart disease events. *JAMA* 2007; 298(14): 1652-60.
- Tully PJ, Baker RA, Turnbull D, Winefield H. The role of depression and anxiety symptoms in hospital readmissions after cardiac surgery. *J Behav Med* 2008; 31(4): 281-90.
- Lichtman JH, Bigger JT Jr, Blumenthal JA, et al. Depression and coronary heart disease: recommendations for screening, referral, and treatment: a science advisory from the American Heart Association Prevention Committee of the Council on Cardiovascular Nursing, Council on Clinical Cardiology, Council on Epidemiology and Prevention, and Interdisciplinary Council on Quality of Care and Outcomes Research: endorsed by the American Psychiatric Association. *Circulation* 2008; 118(17): 1768-75.
- Thombs BD, de Jonge P, Coyne JC, et al. Depression screening and patient outcomes in cardiovascular care: a systematic review. *JAMA* 2008; 300(18): 2161-71.
- Frasure-Smith N, Lespérance F. Depression and anxiety as predictors of 2-year cardiac events in patients with stable coronary artery disease. *Arch Gen Psychiatry* 2008; 65(1): 62-71.
- Carney RM, Freedland KE, Steinmeyer B, et al. History of depression and survival after acute myocardial infarction. *Psychosom Med* 2009; 71(3): 253-9.
- Molloy GJ, Perkins-Porras L, Strike PC, Steptoe A. Social networks and partner stress as predictors of adherence to medication, rehabilitation attendance, and quality of life following acute coronary syndrome. *Health Psychol* 2008; 27(1): 52-8.
- Lett HS, Blumenthal JA, Babyak MA, Strauman TJ, Robins C, Sherwood A. Social support and coronary heart disease: epidemiologic evidence and implications for treatment. *Psychosom Med* 2005; 67(6): 869-78.
- Molloy GJ, Stamatakis E, Randall G, Hamer M. Marital status, gender and cardiovascular mortality: behavioural, psychological distress and metabolic explanations. *Soc Sci Med* 2009; 69(2): 223-8.
- Sarkar U, Ali S, Whooley MA. Self-efficacy and health status in patients with coronary heart disease: findings from the heart and soul study. *Psychosom Med* 2007; 69(4): 306-12.
- Woodgate J, Brawley LR. Self-efficacy for exercise in cardiac rehabilitation: review and recommendations. *J Health Psychol* 2008; 13(3): 366-87.
- Sarkar U, Ali S, Whooley MA. Self-efficacy as a marker of cardiac function and predictor of heart failure hospitalization and mortality in patients with stable coronary heart disease: findings from the Heart and Soul Study. *Health Psychol* 2009; 28(2): 166-73.
- Lau-Walker M. Importance of illness beliefs and self-efficacy for patients with coronary heart disease. *J Adv Nurs* 2007; 60(2): 187-98.

23. Moore SM, Prior KN, Bond MJ. The contributions of psychological disposition and risk factor status to health following treatment for coronary artery disease. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2007; 6(2): 137-45.
24. Fleury J, Sedikides C. Wellness motivation in cardiac rehabilitation: the role of self-knowledge in cardiovascular risk modification. *Res Nurs Health* 2007; 30(4): 373-84.
25. Stafford L, Berk M, Jackson HJ. Are illness perceptions about coronary artery disease predictive of depression and quality of life outcomes? *J Psychosom Res* 2009; 66(3): 211-20.
26. Sommaruga M, Tramarin R, Angelino E, *et al.* Linee Guida per le attività di psicologia in cardiologia riabilitativa. *Monaldi Arch Chest Dis* 2003; 60(3): 184-234.
27. Zotti AM, Bertolotti G, Michielin P, Sanavio E, Vidotto G. Linee guida per lo screening di tratti di personalità e comportamenti avversi alla salute. Manuale d'uso per il CBA Forma Hospital. Pavia: PI-ME Editore, Maugeri Foundations Book, 2000.
28. Sanavio E, Bertolotti G, Michielin P, Vidotto G, Zotti AM. CBA-2.0 Scale Primarie. Firenze: Organizzazioni Speciali, 1986.
29. Bertolotti G, Sanavio E, Vidotto G, Zotti AM. Un modello di valutazione psicologica in Medicina Riabilitativa. Uso della Batteria CBA-2.0 Scale Primarie. Pavia: PI-ME, 1994.
30. Labbrozzi D, Carinci F, Nicolucci A, Bettinardi O, Zotti AM, Tognoni G. Le caratteristiche psicologiche del paziente infartuato: risultati del GISSI-2. *G Ital Cardiol* 1996; 26(1): 85-106.
31. Carinci F, Nicolucci A, Ciampi A, *et al.* Role of interactions between psychological and clinical factors in determining 6-month mortality among patients with acute myocardial infarction. Application of recursive partitioning techniques to the GISSI-2 database. *Eur Heart J* 1997; 18(5): 835-45.
32. Moroni L, Bettinardi O, Vidotto G, *et al.* Scheda ansia e depressione forma ridotta: norme per l'utilizzo in ambito riabilitativo. *Monaldi Arch Chest Dis* 2006; 66(4): 255-63.
33. Vural M, Satiroglu O, Akbas B, Goksel I, Karabay O. Coronary artery disease in association with depression or anxiety among patients undergoing angiography to investigate chest pain. *Tex Heart Inst J* 2009; 36(1): 17-23.
34. Mai FM, McKenzie FN. The emotional state of the individual after heart transplantation. In: Walter PJ ed. Quality of life after open heart surgery. Netherlands: Kluwer Academic Publishers, 1992: 439-44.
35. Balestroni G, Angelino E, Corrà U, *et al.* Il CBA-H nell'assessment del paziente cardiopiantato. *G Ital Cardiol* 1999; 3: 98.
36. Sivertsen B, Relbo A, Gullestad L, *et al.* Self-assessed health and psychological symptoms after heart transplantation. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2007; 127(24): 3198-201.
37. Balestroni G, Rossi Ferrario S, Zotti AM. Focus sul trapianto cardiaco. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale* 1997; 3(1): 43-58.
38. Katz JN, Shah BR, Volz EM, *et al.* Evolution of the coronary care unit: clinical characteristics and temporal trends in healthcare delivery and outcomes. *Crit Care Med* 2010; 38(2): 375-81.
39. Liu L. Changes in Cardiovascular Hospitalization and Comorbidity of Heart Failure in the United States: Findings from the National Hospital Discharge Surveys 1980-2006. *Int J Cardiol* 2010 in press.
40. Vidotto G, Moroni L, Burro R, *et al.* A revised short version of the depression questionnaire. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2010; 17(2): 187-97.