

## CUORE E PSICHE ESSERE FELICI SI IMPARA



**1/2020**

I quadrimestre  
gennaio/aprile

2020

**SOGNI D'ORO,  
QUANDO DORMIRE  
FA BENE  
AL CUORE**

pp. 7-13

**A TAVOLA  
SENZA STRESS  
PUNTIAMO SU CIBI  
INTELLIGENTI**

pp. 23-26

# Sommario

	pag
<b>Editoriale</b>	
<b>Quando la testa influenza la malattia</b>	<b>3</b>
ESISTE UN RAPPORTO DI INTERCONNESSIONE PROFONDA TRA QUELLO CHE 'SENTE' IL NOSTRO MOTORE E COSA COMANDA IL CERVELLO	
<b>Tra cuore e mente</b>	
<b>Una relazione affascinante</b>	<b>4</b>
<b>Sonno... o son desto?</b>	
<b>Fisiopatologia del sonno e funzione cardiovascolare</b>	<b>7</b>
<b>Disturbi neurologici del sonno e rischio cardiovascolare</b>	<b>9</b>
<b>Sogni d'oro, il cuore vi ringrazierà</b>	<b>12</b>
<b>Ansia, stress e benessere migliore</b>	
<b>Più sereni con l'allenamento</b>	<b>14</b>
<b>Depressi dopo l'infarto: che fare?</b>	<b>17</b>
SE IL RUMORE SI AVVICINA O SUPERA I 10 SECONDI SAREBBE MEGLIO FARLO CONTROLLARE DA UNO SPECIALISTA	
<b>Il vostro partner russa?</b>	
<b>Aiutatevi con la tecnologia</b>	<b>19</b>
<b>Allungare la vita, una questione di stile</b>	<b>22</b>
<b>Batti lo stress, scegli il cibo intelligente</b>	<b>23</b>

	pag
<b>A tavola senza stress: cibi in e cibi out</b>	<b>25</b>
<i>La Massaia si ribella...!</i>	<b>27</b>
L'USO DELLE SPEZIE A TAVOLA NON È SOLTANTO UN MODO INTELLIGENTE PER RENDERE PIÙ SAPORITI I CIBI	
<b>Le tre "C" da ricordare: coriandolo, cumino, curcuma</b>	<b>28</b>
IL RAPPORTO TRA RINNOVO DELLA PATENTE E PATOLOGIA CARDIACA È STRETTISSIMO	
<b>Cuore e motori, gioie e dolori</b>	<b>31</b>
<b>Psiche, testa e diabete</b>	
<b>Tra fantasia e realtà</b>	<b>34</b>
GLI EFFETTI SALUTARI DI QUESTA SPEZIA LO DIMOSTRANO: ALMENO QUATTRO VOLTE LA SETTIMANA SONO IDEALI	
<b>Peperoncino re della tavola</b>	
<b>Mangiare piccante allunga la vita</b>	<b>36</b>
<b>Cosa significa fare volontariato nel 2020, un'energia preziosa</b>	<b>39</b>
<b>Scheda Privacy Associazione Amici del Cuore Piemonte O.D.V.</b>	<b>41</b>
IN CAMPO CON AMICI DEL CUORE AL LAVORO	
<b>La prevenzione prima di tutto</b>	<b>43</b>



**Il Consiglio Direttivo Amici del Cuore O.D.V.**

**Presidente:** Sebastiano Marra

**Vice Presidenti:** Mauro Rinaldi, Enrico Zanchi

**Tesoriere:** Michelangelo Chiale

**Segreteria:** Carla Giaccone

**Consiglieri:** Maurizio Benetti, Enrico Boglione, Carlo Budano, Michelangelo Chiale, Gaetano Maria De Ferrari, Carla Giaccone, Renate Heissig, Sebastiano Marra, Paolo Monferino, Ernesto Ovazza, Rita Porta, Mauro Rinaldi, Enrico Zanchi.

**Sindaci:** Michele Falanga, Giancarlo Piccinelli

**Comitato Scientifico:** Dott. Sebastiano Marra, Prof. Mauro Rinaldi, Prof. Fiorenzo Gaita, Prof. Gaetano Maria De Ferrari, Prof. Massimo Porta, Dott. Armando De Berardinis, Dott. Alessandro Comandone, Dott.ssa Chiara

Comoglio, Dott. Maurizio D'Amico, Dott. Roberto Grimaldi, Dott. Tullio Usmiani.

**Comitato di Redazione:** Michelangelo Chiale, Carla Giaccone

**Coordinatrice volontari:** Rita Porta

**Direttore Editoriale:** Beppe Fossati

**Direttore Responsabile:** Federico Danesi

**Progetto grafico e impaginazione:** Roberta Serasso

**Segreteria di redazione:** Carla Giaccone

**Fotografie:** Michelangelo Chiale, Antonio Cirillo

**Webmaster:** Candeloro Buttiglione, Antonio Cirillo

**CARDIO PIEMONTE**

**ANNO XVI - N. 44 (2020)**

**Numero di Ruolo Generale: 14737/2019 già 4447**

Direttore Responsabile: Federico Danesi

ORGANO UFFICIALE DE

AMICI DEL CUORE PIEMONTE

Associazione O.D.V.

Associazione di Volontariato, no-profit, per la prevenzione e la ricerca delle malattie cardiovascolari

Sede A.O. Città della Salute e della Scienza di Torino

Corso Bramante, 88 • 10126 Torino

Reparto di Cardiologia • Tel. 011.633.59.45

Presidente: Dottor Sebastiano Marra

[www.amicidellcuoretorino.it](http://www.amicidellcuoretorino.it)

e-mail: [direzione@amicidellcuoretorino.it](mailto:direzione@amicidellcuoretorino.it)

[segreteria@amicidellcuoretorino.it](mailto:segreteria@amicidellcuoretorino.it)

[tesoreria@amicidellcuoretorino.it](mailto:tesoreria@amicidellcuoretorino.it)

[vicepresidenza@amicidellcuoretorino.it](mailto:vicepresidenza@amicidellcuoretorino.it)

[volontari@amicidellcuoretorino.it](mailto:volontari@amicidellcuoretorino.it)

Segreteria cell. 392.2214972

Coord. Volontari cell. 392.2716163

Tipografia: Grafart s.r.l. - Venaria Reale (TO)

*Illustrazione in copertina del dott. Francesco Morteo di Vigevano*

# Depressi dopo l'infarto: che fare?

Accanto alla rieducazione, anche l'intervento di uno psicologo per elaborare la sofferenza

di Valentina Tesio

Ci sono numerose prove a sostegno della stretta associazione fra malattie cardiovascolari e depressione, le quali sembrerebbero influenzarsi a vicenda, in una spirale che diventa via via sempre più negativa. Le prime evidenze riguardo all'associazione tra depressione e morte cardiaca improvvisa risalgono agli anni '30 del Novecento, quando i primi studi avevano rilevato come i soggetti depressi mostrassero un tasso di mortalità per cause cardio-circolatorie di molto superiore rispetto a soggetti non depressi. Non solo la depressione si configura come un possibile antecedente all'insorgenza della cardiopatia ischemica, ma quest'ultima, a sua volta, è in grado di aumentare il rischio di sviluppare disturbi depressivi. Gli studi che hanno valutato la prevalenza di depressione nelle patologie organiche hanno, infatti, mostrato un'elevata prevalenza di Depressione Maggiore nei pazienti con infarto del miocardio, prevalenza che si attesta su percentuali pari al 20-30%.

Ma perché è importante non sottovalutare la depressione che può insorgere dopo un infarto del miocardio? In primis poiché la presenza di depressione in pazienti con patologie cardiovascolari contribuisce negativamente alla progressione e alla prognosi della patologia cardiovascolare stessa. Basti pensare al fatto che la depressione insorta dopo un infarto acuto del miocardio è associata ad un rischio molto più elevato sia di mortalità post-infartuale, sia di insorgenza di nuovi eventi cardiaci. Inoltre, alti livelli di depressione nei pazienti infartuati risultano essere predittori di diversi esiti negativi a un anno di distanza dall'evento, quali la presenza di una maggior compromissione funzionale, livelli più elevati di disabilità, ma anche difficoltà a riprendere l'attività lavorativa e maggiori problematiche relazionali e famigliari, con un conseguente abbassamento della qualità di vita del paziente stesso.

L'infarto acuto del miocardio può, infatti, essere considerato, al pari di innumerevoli altri eventi di natura traumatica, come un evento di vita stressante in grado di favorire l'insorgenza di una problematica psichica di tipo reattivo, come la comparsa appunto di sintomi ansioso-depressivi. L'individuo colpito da un evento cardiaco acuto vive un momento di crisi psicologica molto forte che lo costringe a rivalutare e a cambiare la percezione di sé: sia nel doversi riconoscere in un nuovo corpo "compromesso" dalla malattia, sia nel dover fare i conti con la propria fragilità emotiva. Questo fa sì che le malattie cardiovascolari, oltre che sullo stato fisico, si ripercuotano nega-

tivamente anche sul benessere psicologico degli individui che ne sono affetti. È bene sottolineare che le reazioni a vissuti stressanti, come appunto l'insorgenza di infarto del miocardio, sono soggettive e differenziate, e dipenderanno sia dalle caratteristiche personalologiche del paziente stesso, sia dalle reazioni emotive del sistema familiare e dalle relazioni intessute dal paziente con quest'ultimo. L'episodio infartuale, acuto e inatteso, può determinare uno stato d'ansia legato da un lato alla preoccupazione per le conseguenze fisiche e psicosociali indotte dall'evento

cardiaco, e dall'altro al timore che quest'ultimo possa ripresentarsi, inducendo la persona ad avvertire un bisogno di protezione costante. Una grande maggioranza dei pazienti affetti da infarto sviluppa, inoltre, un evidente e persistente stato d'animo depresso, caratterizzato da tristezza, disperazione e anedonia, ovvero una perdita di interesse per le attività quotidiane. L'umore depresso e l'anedonia sono, per l'appunto, i due sintomi principali della depressione post-infarto del miocardio, e possono essere associati ad altri sintomi come il ritiro sociale, la perdita di energia e la diminuzione della concentrazione. Considerare una reazione depressiva alla patologia come una normale e comprensibile reazione iniziale all'evento, che tenderà a passare gradualmente, è però un grosso rischio che non dovrebbe essere sottovalutato né dai medici, né dai famigliari del paziente. Infatti, gli studi mostrano come questa reazione psico-emotiva all'evento possa frequentemente portare allo sviluppo di una Depressione Maggiore nei primi 4-6 mesi, ed abbia una tendenza a cronicizzare in una percentuale non trascurabile di pazienti. Inoltre, i dati mostrano come l'associazione tra prognosi sfavorevole della malattia cardiovascolare e depressione si verifica non solo in presenza di una Depressione Maggiore, ma anche in presenza di una sintomatologia ansioso-depressiva subclinica.

Abbiamo più volte ribadito che lo sviluppo di depressione incide in maniera sfavorevole sulla prognosi della patologia cardiaca. Ma attraverso quali meccanismi tutto ciò avviene? Il paziente infartuato che sviluppa depressione manifesta un disturbo caratterizzato da sofferenza psichica e compromissione socio-lavorativa, ma anche



*Dott.ssa Tesio Valentina, Ph.D. Ricercatrice in Psicologia Clinica presso il Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi di Torino. Gruppo di ricerca: "ReMind the Body".*

incapacità di reagire all'insorgenza dell'infarto stesso, con conseguenti atteggiamenti rinunciatari e di non compliance ai trattamenti proposti. È, infatti, possibile che la percezione della perdita dell'integrità psicofisica individuale induca il paziente a manifestare un atteggiamento passivo e rassegnato all'ineluttabilità della malattia. Se il paziente si sente sopraffatto e impotente di fronte all'evento che lo ha colpito, tenderà a sviluppare un atteggiamento fatalistico e negativo verso il suo futuro, che lo porterà a non adottare tutta una serie di comportamenti e di strategie che gli permetterebbero, invece, di fronteggiare positivamente l'evento e di riadattare la propria vita alla nuova condizione. Il paziente che sviluppa depressione potrebbe così arrivare a non collaborare o addirittura a rifiutare qualsiasi indicazione terapeutica, non assumendo regolarmente la terapia prescritta, non presentandosi alle visite di controllo, non modificando o indugiano in stili di vita dannosi quali il fumo, la sedentarietà o un comportamento alimentare inappropriato, tutti comportamenti che possono influire negativamente sul decorso e sulla prognosi della patologia cardiaca. I disturbi depressivi possono influire sulle malattie cardiovascolari anche in funzione dell'interazione con fattori psico-sociali, quali, ad esempio, il supporto sociale. La presenza di supporto sociale è, infatti, un fattore prognostico positivo, che è stato associato ad una ridotta mortalità post-infartuale. L'isolamento sociale e il basso supporto emozionale risultano essere, al contrario, ulteriori fattori prognostici negativi in pazienti affetti da patologie cardiache. Numerosi studi hanno mostrato come i pazienti che sviluppano depressione in seguito ad infarto del miocardio siano caratterizzati da una incapacità ad utilizzare il supporto sociale disponibile anche in assenza di differenze relative all'estensione della rete sociale e all'assistenza ricevuta, rispetto ai pazienti che non sviluppano depressione. Tutto questo inciderà negativamente sul decorso della patologia cardiaca, favorendo la comparsa di aggravamenti, di nuove ospedalizzazioni e diminuendo l'aspettativa di vita del paziente stesso. Non va tuttavia dimenticato che l'associazione tra depressione e infarto del miocardio è bidirezionale, e che, oltre alla mancanza di compliance, alla base del peggioramento della patologia cardiaca osservata nei pazienti con depressione vi sono anche fattori di natura organica. Sebbene i precisi meccanismi biologici alla base di questa associazione rimangano ad oggi non del tutto identificati, il collegamento bidirezionale tra il cuore e il cervello che passa attraverso l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene è sicuramente uno dei meccanismi neurobiologici maggiormente presi in considerazione. La diagnosi della depressione nei pazienti affetti da infarto del miocardio è dunque un passo cruciale, che richiede competenza e un solido giudizio clinico. La maggior parte degli episodi di depressione post-infarto del miocardio inizia-

no durante la prima ospedalizzazione e la prevalenza rimane elevata ad un mese dall'evento. Per questa ragione è importante che i professionisti del settore sanitario valutino fin da subito, ovvero dal ricovero ospedaliero, la comparsa di sintomi depressivi correlati all'evento. Alcuni studi hanno tuttavia evidenziato come spesso i medici tendano a sottostimare la comorbidità depressiva nei pazienti post-infartuati, ma non solo. Anche da parte dei pazienti stessi si possono riscontrare ostacoli al processo diagnostico di una sindrome depressiva, spesso legati ad una mancanza di consapevolezza di malattia o ad una difficoltà nel verbalizzare il proprio disagio psichico. È per questo motivo che la figura dello psicologo clinico dovrebbe trovare sempre più uno spazio attivo e cooperativo non solo nell'ambito della cardiologia riabilitativa, ma anche della cardiologia ospedaliera. L'utilizzo di una procedura diagnostica in due fasi, caratterizzata da una prima fase di screening da effettuarsi mediante l'utilizzo di scale di autovalutazione, e seguita da una valutazione più approfondita dei pazienti il cui punteggio abbia superato il limite di soglia mediante colloquio clinico, sembra essere la strategia diagnostica più facilmente adattabile alla routine di un reparto di cardiologia. Affinché tale procedura risulti efficace, è tuttavia fondamentale che vengano utilizzati strumenti di screening ampiamente validati e tarati sui soggetti con patologie cardiovascolari. A questo proposito, qualche anno fa, il mio gruppo di ricerca e il reparto di cardiologia dell'A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino hanno portato avanti un progetto di ricerca volto proprio a verificare la validità di uno di questi questionari di screening.

L'individuazione precoce della presenza di depressione o di fattori di rischio per lo sviluppo di depressione nei pazienti con infarto del miocardio permetterà di mettere in atto una tempestiva presa in carico della problematica psichica, volta a migliorare l'adattamento e la compliance alle terapie del paziente, al fine di migliorare non solo la progressione e la prognosi della patologia cardiovascolare, ma anche la qualità di vita del paziente stesso. La gestione della depressione post-infarto del miocardio può includere programmi di riabilitazione cardiaca ed esercizio fisico, trattamento farmacologico con antidepressivi, presa in carico psicologica e psicoterapica. In particolare, l'intervento dello psicologo clinico potrà focalizzarsi sulla prevenzione e sulla riduzione dei fattori di rischio, sull'accoglienza e sull'elaborazione della sofferenza vissuta dai pazienti e dai loro familiari, così come sulle possibili difficoltà legate alla riorganizzazione dei sistemi relazionali, lavorativi e di interesse, il cui equilibrio viene perturbato dall'insorgere dell'episodio cardiaco acuto, al fine di prevenire o interrompere la spirale negativa che lega depressione e patologie cardiovascolari.