

E' ORA DI ASCOLTARE IL CUORE

Dott. Alessandro Ficara

La medicina occidentale non riconosce al cuore alcuna valenza psichica, intendendo essa per cuore solamente il muscolo cardiaco.

Il cuore ha però le sue ragioni, che la ragione non conosce: frase spesso udita che richiama una realtà che ognuno di noi si trova spesso a vivere. Davanti alle diverse scelte esistenziali esso si trova in conflitto fra le pulsioni emotive e il richiamo della razionalità.

Esiste davvero questo dualismo nella fisiologia e, se esiste, può generare anche conseguenze di tipo psicofisico, cioè vere e proprie patologie della mente e del corpo? L'infarto miocardico è costituito dalla morte di una zona di miocardio, una parte importante del cuore, dovuta all'improvvisa occlusione di uno o più rami delle arterie coronarie. L'occlusione del vaso, solitamente causata da trombosi, ha come base l'aterosclerosi coronarica di cui l'infarto è la complicanza maggiore e più grave. Questa condizione morbosa, contro la quale la scienza medica lotta ogni giorno di più, rappresenta oggi la più frequente fra le cause di morte ed è in costante aumento.

Ansia e stress nella cardiopatia

La recente ricerca ha documentato e confermato il ruolo della depressione, e in minor grado dell'ansia, nell'insorgenza e nel decorso della cardiopatia coronarica.

La depressione pare infatti esercitare un ruolo moderatamente negativo nei pazienti affetti da coronaropatia.

Nella malattia coronarica la presenza di un "disturbo depressivo maggiore" nel momento in cui il paziente deve essere sottoposto ad indagini, si rivela un fattore predittivo di successivo infarto miocardico: ciò indipendentemente dalla gravità della cardiopatia. Dopo un infarto la depressione aumenta il rischio di eventi successivi quali reinfarto, arresto cardiaco e morte a pari gravità della cardiopatia stessa.

La possibile esistenza di un' interazione dovuta alla coesistenza di depressione e di **aritmie ventricolari** influenza la prognosi in maniera particolarmente negativa.

E' invece interessante notare che l'ottimismo sembra influenzare positivamente la prognosi, attraverso un meccanismo mediato dalle endorfine.

Concludendo possiamo dichiarare che la relazione tra depressione e cardiopatia coronarica può essere mediata da molteplici meccanismi comportamentali e fisiologici. La depressione può agire influenzando il comportamento: gli individui depressi mostrano una maggiore tendenza a trascurarsi, prestano meno attenzione alla dieta, abusano di alcolici e di fumo e non aderiscono alle prescrizioni mediche.

Ma quale la spiegazione scientifica di tutto questo?

Facciamo alcuni esempi. La depressione comporta il coin-



volgimento del sistema nervoso autonomo con iperattività *ipotalamo-cortico-surrenalica* con maggior produzione di cortisolo. Questi ormoni hanno un effetto aterogeno, compresa l'induzione di ipertensione, di ipercolesterolemia e di acidi grassi liberi.

In secondo luogo i pazienti depressi mostrano un incremento relativo del tono simpatico - ed un aumento del tono para simpatico (vago). Questo pone il paziente depresso a maggior rischio di aritmie fatali. L'ischemia indotta da stress mentale acuto è in sintesi solitamente "silente" o asintomatica rispetto a quella da sforzo.

Ma approfondiamo un altro esempio interessante. Nel 16% dei pazienti che afferiscono in ambulatorio, le palpitazioni rappresentano il sintomo più comune osservato nella pratica clinica.

Questa sensazione soggettiva corrisponde raramente ad alterazioni dimostrabili della frequenza cardiaca o del ritmo., la maggior parte delle palpitazioni non è accompagnata da aritmie e la maggior parte delle aritmie ventricolari non è percepita come palpitazioni. Quando i pazienti con palpitazioni sono sottoposti a monitoraggio Holter, il 40-80% presenta un disturbo del ritmo benigno e clinicamente insignificante. Circa 3/4 di questi pazienti riferiscono almeno un episodio di palpitazione durante le 24 ore di monitoraggio, ma in meno del 15% vi è una coincidenza tra sintomi ed aritmie. Pertanto, una descrizione dettagliata dei sintomi si ha in meno del 10% di tutti i pazienti monitorizzati.

In un'alta percentuale di pazienti con palpitazioni esiste una componente psicologica per i sintomi o non può essere stabilita alcuna eziologia. L'eziologia psichiatrica più comune delle palpitazioni, non a caso, è proprio il disturbo di panico. Gli attacchi di panico ricorrenti tendono a portare all'agorafobia in cui si presenta prima uno stato ansioso e poi il paziente evita di rimanere da solo. Viceversa, l'attivazione del sistema simpatico che può essere associata ad una aritmia, ed altri eventi cardiaci acuti, come l'embolia polmonare o l'ischemia miocardica può essere avvertita e descritta come una crisi acuta di ansia o di panico, più che come un evento cardiaco. La connessione mente-cuore, ci appare sempre più definita e plausibile, e anche noi medici stiamo preparandoci in questa nuova direzione.