- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.133.86.172 Mon, 29 Apr 2024, 14:40:11

Studi osservazionali

Le caratteristiche psicologiche dei pazienti con diagnosi di sincope vasovagale: studio osservazionale su sessanta soggetti

Maria Bonadies[1], Michela Di Trani[1], Luigi Solano[1], Francesca Tumbiolo[1], Francesca Piacentini[1], Fabrizio Ammirati[2]

[1]Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica, Università degli Studi "La Sapienza", Roma, [2]Centro per lo Studio della Sincope, Ospedale San Filippo Neri, Roma

Key words:
Alexithymia; Life change events; Psychological factors; Vasovagal syncope.

Background. **Based on the relevant literature, the aim of this study was to analyze the psychosocial characteristics of patients with vasovagal syncope and to evaluate these factors as possible etiopathological components.**

Methods. **The study sample consisted of 60 subjects divided as follows: the syncope group (n = 30) and the control group (n = 30, without prominent diseases). The two groups were matched with regard to age, sex, education and civil status. Each participant filled in the Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale, acceptance of emotions scale, profile of mood state, attachment style questionnaire, and childhood traumatic events scale.**

Results. **The syncope group showed a higher number of somatic diseases ($p < 0.0002$) and a higher drug use ($p < 0.0001$) than the control group. Moreover, the syncope group showed higher scores at the childhood traumatic events scale ($p < 0.04$) and more difficulties in emotion regulation ($p < 0.02$). The syncope group also showed higher scores at the need for approval scale ($p < 0.0006$) and lower scores at the confidence scale ($p < 0.02$) of the attachment style questionnaire, which reflect an insecure style of relationship with others.**

Conclusions. **A high number of traumatic events in infancy and adolescence, difficulties in the expression of emotions and an insecure style of relationship seem to characterize subjects with vasovagal syncope. These data show that syncope could be at least partiality due to a relational and emotional imbalance that finds expression through the body in the presence of insufficient mental processing. Treatment of this syndrome should therefore take these aspects into consideration.**

(G Ital Cardiol 2006; 7 (4): 273-280)

© 2006 CEPI Srl

Il lavoro è stato svolto presso il Centro per lo Studio della Sincope dell'Ospedale San Filippo Neri, Roma.

Ricevuto il 12 ottobre 2005; nuova stesura il 29 novembre 2005; accettato l'1 dicembre 2005.

Per la corrispondenza:

Dr.ssa Maria Bonadies

Via Ignazio Danti, 7
00167 Roma
E-mail:
mariabonadies@libero.it

Introduzione

Analizzando la letteratura riguardante la sincope vasovagale in ambito psicologico-clinico è stata rilevata una sostanziale mancanza di lavori di ricerca empirica su questo argomento. Tuttavia, è possibile individuare due filoni interpretativi principali del disturbo sincopale che definiscono, da una parte, la sincope come manifestazione di un meccanismo di difesa di fronte al pericolo, dall'altra come espressione di un disturbo di conversione (isteria).

Rispetto al primo filone interpretativo, Engel[1] nel 1978 propone un'interpretazione psicofisiologica della sincope vasovagale collegandola, inoltre, ad un atteggiamento di "irrisolvibile incertezza" che la persona assumerebbe in situazioni percepite come pericolose. L'autore ipotizza l'esistenza di due sistemi di emergenza per affrontare gli eventi ambientali potenzialmente dannosi: *flight-fight* (lotta-fuga) e *conservation-withdrawal* (conservazione-ritiro). Il primo sistema comporta la mobilitazione delle risorse fisiologiche necessarie all'attività motoria; l'altro prevede invece il ritiro, la rinuncia, l'inattività e servirebbe per conservare energie, e, nel regno animale, per rendere l'individuo meno vistoso agli occhi di un predatore. In situazioni di pericolo o in assenza di informazioni che consentano all'individuo di stabilire quali delle due risposte sia la più appropriata, la consueta reciprocità tra i due sistemi può venire meno ed entrambi possono attivarsi simultaneamente o in rapida successione. Nella sincope vasovagale caratteristiche psicologiche individuali indurrebbero una "irrisolvibile incertezza" nello scegliere la risposta più adeguata. Lo svenimento avrebbe quindi inizio con un primitivo riflesso di preparazione alla fuga, ma l'incertezza e il conflitto indurrebbero al ritiro, provocando così la sincope.

Il secondo filone interpretativo suggerisce che la sincope vasovagale possa essere considerata un sintomo isterico o, secondo

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.133.86.172 Mon, 29 Apr 2024, 14:40:11

la definizione del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR)[2], come un sintomo di un disturbo di conversione, diagnosi che attualmente ha sostituito quella di isteria. La sincope rappresenterebbe quindi un'espressione primitiva, non verbale, corporea, di conflitti psicologici[3]. A differenza dell'isteria propriamente detta, che coinvolge in genere il sistema muscolare volontario, la sincope andrebbe ad interessare il sistema vegetativo[4].

Scarsi sono i lavori che portano un contributo all'inquadramento della sincope nel modello della regolazione affettiva: Ferguson[5] ha riscontrato, nei soggetti da lui esaminati, una incapacità di verbalizzazione riguardo agli eventi di vita minacciosi. Ciò comporterebbe una maggiore attivazione sul piano comportamentale e del sistema nervoso autonomo: l'assenza di pensiero sulle emozioni connesse alle vicende della vita produrrebbe una disregolazione anche somatica. L'ipotesi di uno stato emozionale costantemente elevato e da un'iperattivazione fisiologica nei soggetti con sincope è stata avanzata da anche Sledge[6].

Rispetto invece al trattamento della sincope vasovagale, non ci sono molti studi in ambito clinico che propongano o descrivano la realizzazione di interventi psicologici per la cura della sincope vasovagale. Alcuni lavori presenti in letteratura[7,8] focalizzano l'attenzione sull'individuazione di un eventuale disturbo psicopatologico di base, considerando la sincope come un sintomo accessorio. Inoltre, molti di questi lavori si basano sull'analisi di casi clinici non inseriti all'interno di un contesto di ricerca e quindi l'efficacia delle terapie proposte appare difficilmente generalizzabile[9-11]. Di particolare interesse risulta il lavoro di Lee et al.[12], i quali propongono un intervento focalizzato sull'educazione alla salute, sulla rassicurazione e il supporto.

La psicosomatica contemporanea ha da tempo accolto l'idea che ogni disturbo, psicologico o somatico, possa essere spiegato attraverso il riferimento ad un modello eziologico multicausale, interattivo e circolare[13], come il modello biopsicosociale proposto da Engel[14]. In primo piano troviamo l'individuo nella sua complessità, nell'ipotesi che fattori psicologici, sociali e biologici interagiscono tra loro nello sviluppo del disagio, nel senso più ampio del termine. Il modello di Engel ha trovato riscontro in una gamma amplissima di ricerche[13,15]. In riferimento alla sincope vasovagale potremmo quindi ipotizzare che diversi fattori, fisiologici e psicologici, possano concorrere allo sviluppo del sintomo.

Dall'analisi effettuata della letteratura psicologico-clinica sulla sincope possiamo identificare alcuni aspetti, studiati dai diversi autori precedentemente citati, che appaiono rilevanti rispetto all'insorgenza e all'esacerbazione degli episodi sincopali: la presenza di eventi traumatici o stressanti, l'incapacità di affrontare tali eventi o di elaborarli mentalmente, la difficoltà nella regolazione delle emozioni, l'espressione attraverso il corpo di un disagio psicologico, lo stile relazionale caratterizzato da insicurezza ed incertezza. Questi fattori non sono mai stati analizzati all'interno di uno stesso studio, né tantomeno si è cercato di contestualizzarli all'interno di un'unica cornice teorica che desse coerenza ai singoli elementi. Ci proponiamo quindi di delineare un riferimento teorico, in cui le numerose osservazioni effettuate in passato possono essere ricollocate ed in cui trovano senso le ipotesi della ricerca proposta in questo contributo.

La nostra proposta è quella di considerare la sincope vasovagale come sintomo di un malessere psicologico che trova espressione attraverso il corpo in quanto mentalmente non gestibile ed elaborabile, a causa di una carenza nella capacità di pensare ed esprimere le proprie emozioni, come descritto nel costrutto dell'alessitimia[15,16]. Il soggetto alessitimico appare deficitario nella dimensione cognitiva ed esperienziale dell'emozione, cioè non riesce ad identificare ed esprimere le proprie emozioni[17]; i livelli fisiologico e motorio si trovano quindi senza la possibilità di regolazione da parte di una componente cosciente, cognitiva, verbale[15,18]*. Il soggetto alessitimico è risultato nei fatti più a rischio rispetto all'insorgenza di numerose patologie somatiche[19-22].

In merito all'origine dell'alessitimia numerosi studi hanno identificato un rapporto tra la capacità di regolare le emozioni e lo stile relazionale adulto (stile di attaccamento[23-25]**) che si sviluppa sulla base della precoce esperienza con i genitori[26-29]. Come l'alessitimia, uno stile di attaccamento insicuro è risultato un fattore di rischio per l'insorgenza di patologie somatiche[30-33].

Grotstein[34] propone una teoria per la genesi dell'alessitimia in cui integra un aspetto di deficit (il soggetto non ha sufficientemente sviluppato la capacità di identificare e quindi regolare le emozioni) con un aspetto difensivo (il soggetto mette in atto meccanismi di difesa nei confronti degli affetti). Secondo l'autore, a causa di una mancanza di sintonizzazione nella relazione precoce con i genitori, l'emozione rimarrebbe ad uno stato primitivo, molto legato alla sensazione fisica, non riconoscibile a livello cosciente né categorizzabile né controllabile e quindi pericolosa per l'individuo al punto da essere eliminata o relegata in un luogo della mente in cui non è possibile il contatto.

Infine Fonagy et al.[35,36] sottolineano che la possibilità di creare una rappresentazione mentale delle emo-

* Temoshok[18] evidenzia come alla base dell'incapacità di esprimere le emozioni nei pazienti con cancro ci sia la messa in atto di meccanismi di difesa che comporterebbero, da un lato, la carente espressione degli affetti e, dall'altro, un prolungamento dell'attivazione fisiologica legata alle emozioni stesse.

** Per stile di attaccamento si intende una modalità di porsi in relazione con figure significative, che si sviluppa all'interno delle prime relazioni con gli accudenti. Con estrema sintesi nell'adulto si distinguono: uno stile di attaccamento distanziante, in cui il soggetto tende a contare il meno possibile sull'altro; uno stile preoccupato, in cui il soggetto necessita di conferme continue dell'interesse dell'altro; uno stile sicuro, in cui il soggetto riesce a trovare un equilibrio tra queste opposte tendenze.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.133.86.172 Mon, 29 Apr 2024, 14:40:11

zioni, fondamentale poi per la regolazione delle stesse, sia ridotta se il soggetto subisce esperienze dolorose, dando all'evento traumatico un ruolo importante nello sviluppo delle capacità di regolazione.

Sulla base di tali riflessioni teoriche e della letteratura riportata, lo scopo di questa ricerca è stato esaminare da un punto di vista psicologico un campione di pazienti con sincope vasovagale, al fine di verificare la presenza di: a) difficoltà nell'elaborazione cognitiva delle emozioni; b) difficoltà nell'espressione delle emozioni; c) eventi traumatici sperimentati nell'infanzia e nell'adolescenza; d) stile di relazione insicuro.

Materiali e metodi

Campione

Il campione della ricerca è costituito da 60 soggetti. Il primo gruppo è composto da 30 pazienti con diagnosi di sincope vasovagale (gruppo sincope), di entrambi i sessi (9 maschi, 21 femmine), con un'età media di 35.3 anni e con una scolarità media di 12.8 anni. I soggetti sono stati contattati presso il Centro per lo Studio della Sincope dell'Ospedale San Filippo Neri di Roma, una volta risultati positivi al tilt test e una volta che un work-up diagnostico convenzionale completo avesse escluso ogni altra eziologia del disturbo. Il gruppo di controllo è composto invece da 30 soggetti, di entrambi i sessi (13 maschi, 17 femmine), con un'età media di 33.1 anni e con una scolarità media di 12.3 anni che si erano rivolti agli Ambulatori di Odontostomatologia e Otorinolaringoiatria dell'Ospedale San Filippo Neri per controlli di routine, in assenza di una rilevante patologia organica.

Strumenti psicologico-clinici

Ad entrambi i gruppi di soggetti sono stati somministrati i seguenti questionari:

- scheda anamnestico-clinica, per individuare le caratteristiche anamnestico-cliniche e socio-demografiche dei pazienti;
- Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)[37], nella versione italiana[38], per la misurazione dell'alessitimia e cioè della capacità di entrare in contatto ed esprimere in modo regolato le proprie emozioni;
- Profile of Mood States (POMS)[39,40], per la valutazione dell'espressione degli stati affettivi dei soggetti. Lo strumento include, oltre un punteggio totale che potremmo definire di "disagio", le seguenti scale: aggressività-rabbia, depressione-avvilimento, vigore-attività, tensione-ansia, confusione-sconcerto, stanchezza-indolenza;
- scala degli eventi traumatici infantili[41,42], per individuare eventuali traumi subiti nell'infanzia e adolescenza, fino ai 17 anni;
- questionario sullo stile di attaccamento (QSA)[43], per valutare lo stile relazionale di base delle persone. Lo strumento permette di individuare cinque dimensioni relazionali: fiducia (riconducibili allo stile di attaccamento sicuro), disagio per l'intimità e secondarietà delle relazioni (riconducibili allo stile di attaccamento insicuro-distanziante), bisogno di approvazione e preoccupazione per le relazioni (riconducibili allo stile di attaccamento insicuro-preoccupato).

Per il gruppo dei pazienti con sincope vasovagale sono stati proposti, inoltre, dei colloqui psicologici con lo scopo di effettuare una valutazione clinica. I colloqui sono stati strutturati in modo da esplorare, per tutti i pazienti, delle aree specifiche quali: a) storia del sintomo, per contestualizzare l'esordio e lo sviluppo della sincope vasovagale all'interno del ciclo di vita del soggetto; b) storia di vita passata del soggetto, con particolare interesse per le relazioni familiari infantili; c) storia di vita attuale del soggetto, in riferimento alla sfera del lavoro, alle relazioni amicali e familiari; d) prospettive per il futuro.

Procedura

I pazienti del gruppo sperimentale giungono all'Ambulatorio della Sincope, a seguito di uno o più episodi sincopali. Qui vengono sottoposti al tilt test e ad un work-up diagnostico convenzionale completo secondo le linee guida della Società Europea di Cardiologia[44]. I soggetti risultati positivi al tilt test e per i quali si è potuta escludere altra possibile eziologia in merito alla sincope, di età compresa fra 18 e 50 anni, sono stati inseriti nel campione di ricerca.

L'incontro con le psicologhe, presentato come momento dell'iter diagnostico ospedaliero, viene suddiviso in due fasi: 1) un colloquio esplorativo; 2) la somministrazione della batteria dei test.

Per quanto riguarda il gruppo di controllo, è stata somministrata la stessa batteria di test.

È stato ottenuto il consenso informato a partecipare allo studio ed è stata garantita la confidenzialità delle informazioni attraverso l'anonimato.

Analisi statistica

I due gruppi di pazienti, il gruppo sincope e il gruppo di controllo, sono stati confrontati rispetto alle variabili continue utilizzando la tecnica statistica del test *t* di Student per gruppi indipendenti, in merito alle variabili categoriali si è utilizzata invece la tecnica del χ^2.

Risultati

Analisi delle variabili di controllo e dello stato di salute riferito

Non si sono rilevate differenze significative tra i due gruppi rispetto alle variabili socio-demografiche di controllo (sesso, età, scolarità, stato civile).

Per quanto riguarda lo stato di salute si è rilevato che un numero (n = 18) significativamente più elevato ($\chi^2 = 3.8$; $p < 0.0002$) di soggetti del gruppo sincope ri-

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.133.86.172 Mon, 29 Apr 2024, 14:40:11

ferisce malattie fisiche, rispetto al gruppo di controllo (n = 3) (Figura 1). Conseguentemente, si è evidenziato un consumo significativamente maggiore (χ^2 = -7.4; p < 0.0001) di farmaci nel gruppo sincope rispetto al gruppo di controllo (Figura 2). Il gruppo sincope ha riferito almeno un episodio sintomatico negli ultimi 6 mesi in 22 casi su 30.

Analisi delle variabili psicologiche

I punteggi globali alla TAS-20, che valuta la capacità di elaborare le emozioni, non hanno mostrato differenze significative (t = 1.3; p = 0.10) tra i due gruppi, sebbene le medie riscontrate siano rispettivamente 49.4 ± 11.8 nel gruppo sincope e 45.5 ± 11.4 nel gruppo di controllo. Tuttavia, utilizzando i punteggi cut-off riportati da Bressi et al.[38], che considerano come chiaramente alessitimici i soggetti con punteggio globale > 61 e chiaramente non alessitimici i soggetti con punteggio < 51, il numero di soggetti presenti nelle due aree (bassa e alta alessitimia) risultava significativamente diverso nei due gruppi (χ^2 = 5.56; p < 0.02). In particolare 7 pazienti del gruppo sincope e solo 1 paziente del gruppo di controllo hanno presentato punteggi di alta alessitimia, mentre 14 pazienti del gruppo sincope e 20 del gruppo di controllo rientrano nell'area con bassa alessitimia (Tabella 1).

Dall'analisi compiuta sul POMS, per la valutazione dei disturbi dell'umore, i dati hanno mostrato che il gruppo sincope aveva punteggi inferiori (13.2 ± 10.3) al gruppo di controllo (17.9 ± 12), nella scala (A) aggressività-rabbia (t = -1.6; p < 0.06). I punteggi nelle restanti subscale ed i punteggi totali non sono risultati significativi.

Inoltre, i soggetti del gruppo sincope differiscono significativamente (χ^2 = 4.2; p < 0.04) per il numero di soggetti che ha sperimentato eventi traumatici nell'infanzia e nell'adolescenza (fino ai 17 anni) (n = 22), rispetto al gruppo di controllo (n = 15) (Figura 3).

Tabella 1. Livelli di alessitimia nei due campioni di pazienti coinvolti nello studio.

	Gruppo sincope	Gruppo di controllo
Alta alessitimia	7	1
Bassa alessitimia	14	20

χ^2 = 5.56; p < 0.02.

In relazione ai dati sugli eventi traumatici inoltre si può osservare che la distribuzione relativa all'insorgenza del primo episodio sincopale, mostra che il 44.80% dei soggetti (n = 13) riferisce che il primo episodio della sincope si colloca nel periodo di età compreso fra 5 e 17 anni (Figura 4), cioè nello stesso periodo in cui si collocano gli eventi traumatici riferiti.

Rispetto al QSA, che valuta le caratteristiche dello stile relazionale delle persone, i soggetti del gruppo sincope (28.6 ± 6.7) hanno mostrato punteggi inferiori relativi allo stile di relazione "fiducia" rispetto ai soggetti del gruppo di controllo (33.8 ± 4.7) (t = -3.5; p < 0.0006) (Figura 5). I confronti mostravano inoltre punteggi più alti nel gruppo sincope (22.3 ± 6.2) in merito al bisogno di approvazione rispetto ai soggetti del gruppo di controllo (19.3 ± 4.3) (t = 2.1; p < 0.02) (Figura 6). Per quanto concerne la preoccupazione per le relazioni i soggetti con sincope hanno mostrato punteggi più bassi (25.6 ± 7) rispetto al gruppo di controllo (28.6 ± 6.9) (t = -1.7; p < 0.05) (Figura 7). Non si riscontrano invece differenze significative tra i due gruppi in merito allo stile di relazione distanziante, relativo al disagio per l'intimità e alla secondarietà per le relazioni.

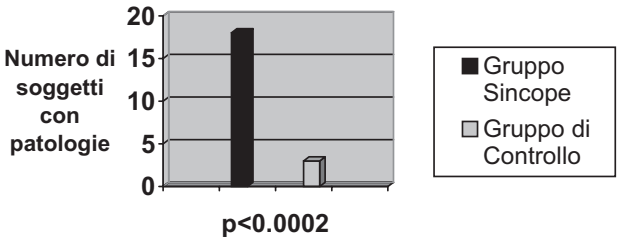

Figura 1. *Malattie fisiche riferite dai pazienti coinvolti nello studio.*

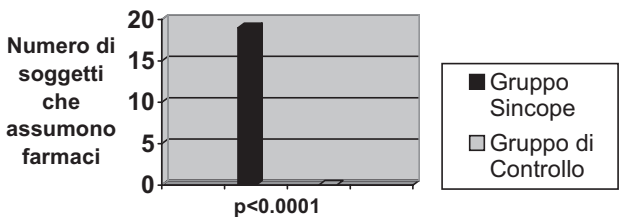

Figura 2. *Assunzione di farmaci nei pazienti coinvolti nello studio.*

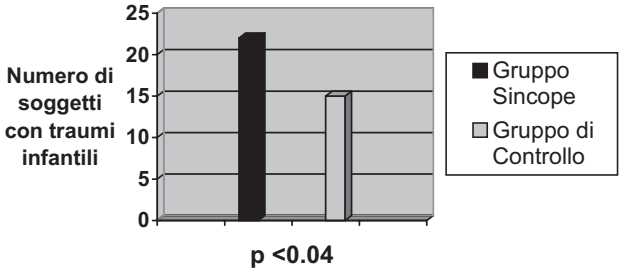

Figura 3. *Eventi traumatici infantili riferiti dai pazienti dei due campioni.*

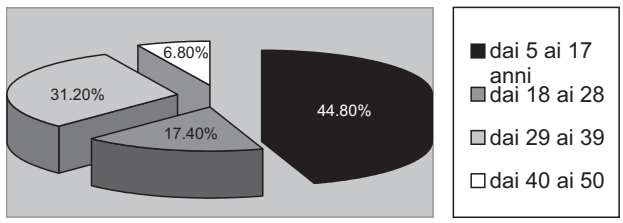

Figura 4. *Età di esordio del primo episodio sincopale.*

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.133.86.172 Mon, 29 Apr 2024, 14:40:11

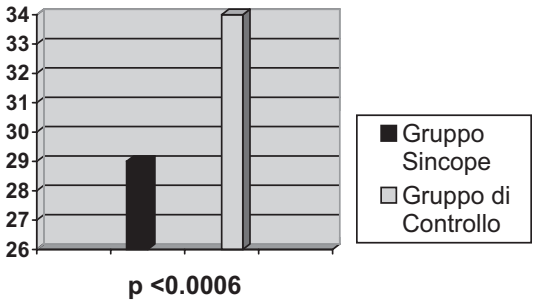

Figura 5. *Punteggi riferiti dai pazienti coinvolti nello studio in merito allo stile di relazione "fiducia".*

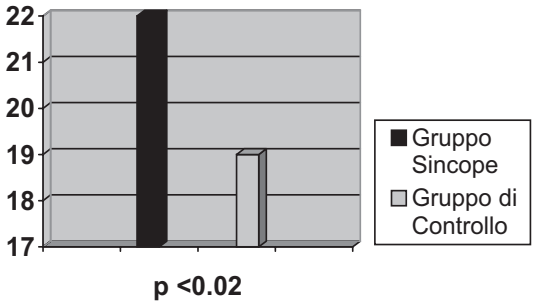

Figura 6. *Punteggi riferiti dai pazienti coinvolti nello studio in merito allo stile di relazione "bisogno di approvazione".*

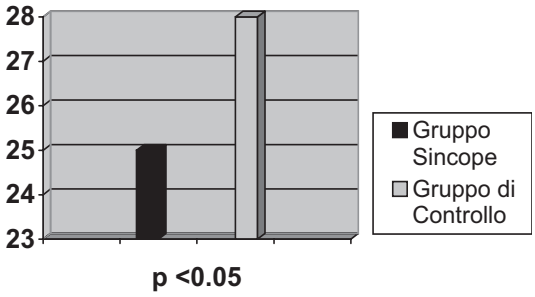

Figura 7. *Punteggi riferiti dai pazienti coinvolti nello studio in merito allo stile di relazione "preoccupazione per le relazioni".*

Analisi qualitativa dei colloqui

Dallo studio dei colloqui effettuati si possono evidenziare alcune aree tematiche di particolare interesse.

Atteggiamento nei confronti del sintomo

Si rileva spesso un atteggiamento di banalizzazione e minimizzazione delle conseguenze che il sintomo comporta, nonostante in realtà i soggetti riportino con elevata frequenza incidenti e danni fisici più o meno gravi. Inoltre, emerge che i soggetti spesso non hanno dato un significato personale al sintomo, non hanno, cioè, mai dato un senso o una spiegazione soggettiva a quello che accade. Tale atteggiamento, più evidente nelle persone che soffrono da molti anni di sincope, da un lato può essere valutato come indice di un adattamento alla situazione ma, dall'altro, può rappresentare anche l'effetto di una incapacità di pensare al sintomo e al senso, a livello personale e relazionale, della sua presenza e delle sue conseguenze.

Scarsa contestualizzazione del sintomo all'interno del ciclo di vita

Si evidenzia una marcata incapacità di collegare, anche solo temporalmente, l'esordio o l'esacerbazione della sincope con eventi di vita particolari. Il legame temporale infatti, piuttosto evidente a chi ascolta la narrazione, sfugge completamente ai pazienti, come se vivessero l'evento sincope come un momento completamente separato dal resto della propria vita.

Incoerenza nella narrazione

Colpisce come la storia della propria vita sia raccontata, da questi soggetti, con confusione e scarsi riferimenti spazio-temporali. La ricostruzione diviene quindi piuttosto difficile, spesso con notevoli dettagli ma senza un senso di chiarezza e coerenza generale. Ciò può essere ricondotto ad una mancata elaborazione di alcuni eventi che rimangono al soggetto e a chi lo ascolta come nebulosi perché non pensati né organizzati.

Disregolazione degli affetti

L'espressione delle emozioni all'interno dei colloqui appare non regolata, assumendo forme diverse che vanno dal vuoto emotivo, anche in concomitanza del racconto di vicende di vita drammatiche, fino all'evacuazione incontrollata attraverso pianti improvvisi. Le emozioni non sembrano assenti quanto piuttosto eliminate dalla coscienza, impossibili da contattare ed esprimere ma comunque non adeguatamente elaborate a livello cognitivo e verbale.

Disturbi dell'umore e del comportamento

Dai racconti di vita dei soggetti emergono in modo frequente esperienze di chiusura e ritiro dal mondo o veri e propri disturbi depressivi o d'ansia. Spesso, inoltre, i pazienti dichiarano di "avere problemi con il cibo", in termini di abbuffate o di condotte eliminative. In questi pazienti la sincope sembra inserirsi all'interno di quadri psicopatologici più definiti, come ulteriore sintomo di un disagio che si esprime evidentemente anche a un livello più puramente psichico.

Lo stile relazionale

Le relazioni che legano i soggetti con i genitori sembrano essere caratterizzate da atteggiamenti ambivalenti, lasciando emergere dei legami non risolti, invischianti, oppure un disinvestimento affettivo nei confronti della famiglia di origine. Inoltre la quasi totalità dei soggetti riferisce di avere rapporti di coppia non soddisfacenti, in cui regna la mancanza di comunicazione, la distanza o, al contrario, la mancanza di differenziazione e di autonomia. I problemi di separazione ed individuazione rintracciabili rispetto alle famiglie di origine si ritrovano, generalmente, anche rispetto alle relazioni attuali più importanti.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.133.86.172 Mon, 29 Apr 2024, 14:40:11

Discussione

I risultati di questa ricerca pilota sulle caratteristiche psicologiche dei pazienti con sincope vasovagale possono essere motivo di riflessione riguardo a due aspetti centrali nello studio di tale sindrome: l'eziologia e il trattamento.

Rispetto al primo punto un elemento centrale sembra essere rappresentato dal fatto che i soggetti con diagnosi di sincope vasovagale presentano un numero, più elevato del gruppo di controllo, di traumi subiti durante l'infanzia e l'adolescenza, quali la perdita dei genitori o di figure significative, la separazione e il divorzio dei genitori, l'aver subito abusi fisici o sessuali, gli incidenti. Possiamo ricordare che gli eventi traumatici vissuti ed i ricordi legati ad essi sono considerati, all'interno della letteratura psicologica, dei punti di cristallizzazione nella personalità del soggetto che li ha vissuti, che permangono per tutta la vita ed influenzano tutte le relazioni future[45-49]. Inoltre, numerosi studi in ambito psicosomatico evidenziano la relazione tra gli eventi di vita e la salute, ponendo attenzione non solo al tipo di evento di vita ma anche al modo in cui la persona percepisce l'evento e lo affronta. Rispetto a questo argomento possiamo sottolineare che nel nostro campione il numero elevato di eventi traumatici si accompagna ad una carenza nell'elaborazione degli stessi, come si evince dall'analisi dei colloqui. La mancanza di coerenza nella narrazione della propria storia di vita, l'incapacità di contestualizzare l'evento sincope all'interno di questa narrazione, il disconoscimento del legame temporale tra gli eventi stressanti e il sintomo stesso, la difficoltà di esprimere in modo regolato le emozioni connesse agli eventi, possono essere considerati degli indicatori di una mancata elaborazione cognitiva degli episodi traumatici della propria storia, che non ha permesso ai soggetti di affrontare ed in seguito "archiviare" gli eventi, dando ad essi un significato all'interno della propria vita. In accordo con Fonagy et al.[35,36], possiamo concludere che le esperienze dolorose subite nell'infanzia e nell'adolescenza possono aver negativamente influito sulla capacità dei soggetti di regolare le proprie emozioni e, come mostra una cospicua letteratura, tale difficoltà può esporre gli individui ad un più alto rischio di malattia.

In merito all'espressione emotiva i soggetti con diagnosi di sincope vasovagale mostrano punteggi di aggressività espressa inferiori al gruppo di controllo. Per quanto attiene all'alessitimia, pur non rilevando punteggi medi significativamente diversi tra le medie dei due gruppi, 7 soggetti con sincope su 30, contro 1 soggetto su 30 nel gruppo di controllo, ottengono punteggi indicativi di un vero e proprio deficit nella regolazione delle emozioni. Anche l'analisi dei colloqui mostra che il soggetto con sincope vasovagale anche quando riesce a realizzare un qualche contatto con le proprie emozioni, tende a non esprimerle in un modo regolato ma piuttosto a celarle in modo difensivo o esprimerle sotto forma di pianti improvvisi o comunque in maniera eccessiva, suscitando angoscia nell'interlocutore. Non è quindi sostenibile, rispetto ai nostri dati, l'ipotesi che questi soggetti manchino del tutto di un contatto con le emozioni, mentre sembra avvalorata la teoria di Grotstein[34] per cui il soggetto metterebbe in atto meccanismi di difesa di fronte ad un'emozione incontenibile e incontrollabile, esprimendo a livello comportamentale forme diverse di gestione dell'affetto, che vanno dalla mancanza di espressione dell'emozione all'espressione caotica ed incontrollata. Come sottolineato da Solano[13], la disregolazione emotiva può condurre ad una inibizione dell'espressione emotiva stessa o ad una manifestazione eccessiva, identificando rispettivamente una disregolazione verso il basso o verso l'alto degli affetti. Alla base di queste diverse manifestazioni ci sarebbe comunque un'impossibilità di affrontare il dolore pensandolo ed elaborandolo. Come evidenzia Temoshok[18], la componente fisiologica di tale emotività rimarrebbe però attiva in modo cronico e non consapevole, con possibilità di provocare a lungo termine dei veri e propri danni ai sistemi fisiologici. Il corpo diverrebbe quindi il mezzo in cui il disagio psicologico non pensabile si esprime, come testimoniato, nel nostro campione, non solo dalla presenza del sintomo sincope ma anche dalla maggiore diffusione di malattie somatiche e dal conseguente maggior uso di farmaci.

Grotstein[34] evidenzia come l'incapacità di affrontare l'emozione attraverso i processi cognitivi sia conseguenza di un'esperienza di accudimento carente dal punto di vista della sintonizzazione emotiva tra genitore e bambino. A tale proposito la nostra ricerca rileva che i pazienti con sincope vasovagale mostrano punteggi inferiori nella scala "fiducia" che misura lo stile di attaccamento sicuro, cioè una modalità relazionale in cui il rapporto con l'altro è caratterizzato dalla possibilità di percepire se stessi come degni di affetto ma anche di valutare gli altri come disponibili ed amorevoli.

I soggetti del gruppo sincope mostrano anche più alti punteggi nella scala "bisogno di approvazione" e più bassi punteggi nella dimensione "preoccupazione per le relazioni". Quest'ultimo dato sembra apparentemente incoerente, poiché queste due scale del questionario dovrebbero misurare aspetti diversi dello stesso stile di attaccamento definito come insicuro-preoccupato, cioè una modalità di rapporto in cui si rileva una forte ansia nei confronti dell'altro che viene percepito come imprevedibile ed incostante nella sua disponibilità affettiva. Quello che appare come una non congruenza di risposta, in realtà può essere però riconducibile alle caratteristiche psicologiche del nostro campione. Se da un lato, infatti, i soggetti con sincope manifestano un bisogno di essere sostenuti ed approvati, dall'altro appaiono poco preoccupati per l'altro, esprimendo una primaria attenzione su se stessi, come se l'altro non avesse molta importanza o non ne venissero riconosciuti i bisogni e le caratteristiche. Tale profilo è espressione del-

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.133.86.172 Mon, 29 Apr 2024, 14:40:11

la presenza di una problematica psicologica di tipo narcisistico, per cui il soggetto ha bisogno di continua affermazione soggettiva, mentre l'oggetto, l'altro, riceve scarsa attenzione (mancanza di preoccupazione). Ciò può comportare notevoli problemi relazionali, come confermato anche dalle storie di vita dei soggetti in cui spesso il rapporto con l'altro è difficile ed ambivalente.

Sulla base delle osservazioni effettuate attraverso l'analisi dei questionari e dei colloqui psicologici svolti all'interno di questo lavoro possiamo quindi concludere che la sincope vasovagale può essere considerata l'espressione di un malessere non elaborabile mentalmente a causa di una carenza nella capacità di "mentalizzare" che deriva da un fallimento del rapporto primario con la figura accudente e/o da precoci traumi subiti. Tale malessere viene quindi eliminato dalla coscienza o manifestato in modo non adeguato, mentre il canale corporeo diviene l'unico mezzo per l'espressione del disagio.

Lo scopo principale di questo lavoro infatti, più che individuare una precisa dimensione psicopatologica nella quale inserire la sincope vasovagale, è stato quello di guardare al sintomo sincope come espressione di un malessere psicologico-relazionale oltre che meramente fisico.

Rispetto quindi alle ipotesi di trattamento della sincope vasovagale, è ormai abbastanza diffusa l'idea che la persona debba essere al centro di un intervento "globale", che preveda la collaborazione di vari professionisti i quali, integrando punti di vista diversi, si prendano cura del paziente nella sua totalità. Ci sembra opportuno quindi, sulla base dei risultati di questa ricerca osservazionale, pensare ad un lavoro congiunto tra cardiologo e psicologo e dunque proporre un approccio alla terapia della sincope vasovagale che tenga conto anche degli aspetti psicologici del paziente, attraverso la creazione di uno spazio di pensiero all'interno del quale il soggetto possa tradurre in parole le emozioni inespresse, possa elaborare le esperienze traumatiche vissute dando loro un senso all'interno della propria storia di vita. In particolare sarebbe utile, a seguito di preliminari colloqui individuali inseriti nell'iter diagnostico dell'Ambulatorio della Sincope, proporre ai pazienti di partecipare a degli incontri di gruppo "tematici" all'interno dei quali la sofferenza in merito alla patologia, le difficoltà relazionali e personali, le paure per il futuro trovino nel gruppo un contesto di condivisione e una risorsa necessaria per il cambiamento.

Limitazioni

Come in qualunque studio trasversale, non è possibile affermare con certezza che le caratteristiche riscontrate nel campione di pazienti coinvolti nella ricerca abbiano valore causale nei confronti della patologia in oggetto o ne siano piuttosto una conseguenza. L'obiezione può avere maggiore validità soprattutto nei confronti di variabili come le emozioni espresse o fattori dell'attaccamento come la preoccupazione per le relazioni; appare meno valida per variabili quali l'alessitimia o il numero di eventi traumatici gravi riferiti, in quanto non sembra probabile possano facilmente essere influenzati dalla sintomatologia attuale.

Va inoltre ricordato che i risultati ottenuti possono avere valore nel gruppo di età di cui fa parte il campione (da 18 a 50 anni), che comunque è il range con maggiore prevalenza del sintomo. In ultimo, poiché 22 soggetti su 30 avevano sperimentato almeno un episodio sincopale negli ultimi 6 mesi, i risultati hanno valore soprattutto per soggetti con presenza di sintomatologia fino a tempi relativamente recenti.

Riassunto

Razionale. Scopo dello studio è stato esaminare le caratteristiche psicosociali dei pazienti con sincope vasovagale, al fine di individuare possibili componenti eziopatogeniche di tipo psicologico.

Materiali e metodi. Il campione è costituito da 60 soggetti così suddivisi: gruppo sincope, 30 pazienti con sincope vasovagale, di entrambi i sessi, con età tra 18 e 50 anni, afferenti all'Ambulatorio della Sincope dell'Ospedale San Filippo Neri e risultati positivi al tilt test; gruppo di controllo, 30 soggetti afferenti ad altri ambulatori, per patologie organiche di lieve gravità. Sono stati somministrati una scheda anamnestico-clinica; la Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale, per la valutazione della capacità di elaborare le emozioni; la scala dell'accettazione delle emozioni, per verificare il grado di consapevolezza emotiva; il Profile of Mood States, per la valutazione dello stato dell'umore; la scala degli eventi traumatici infantili; il questionario sullo stile di attaccamento, per valutare lo stile relazionale. Sono stati proposti inoltre, per il gruppo sperimentale, dei colloqui psicologici.

Risultati. I pazienti del gruppo sincope hanno mostrato un numero più alto ($p < 0.0002$) di malattie fisiche riferite e una maggiore assunzione di farmaci ($p < 0.0001$) rispetto al gruppo di controllo. Inoltre, il gruppo sincope differiva ($p < 0.04$) per il maggior numero di soggetti che hanno sperimentato eventi traumatici nell'infanzia e per una maggiore difficoltà nell'elaborazione cognitiva delle emozioni ($p < 0.02$). I soggetti del gruppo sincope hanno mostrato punteggi inferiori ($p < 0.001$) nello stile relazionale "fiducia" rispetto al gruppo di controllo, mentre hanno ottenuto punteggi più alti ($p < 0.03$) in merito allo stile relazionale "bisogno di approvazione".

Conclusioni. I dati raccolti appaiono sostenere l'ipotesi che la sincope sia espressione di un malessere non elaborabile mentalmente che trova il corpo come canale di espressione. Questo può avere delle importanti implicazioni sia a livello eziologico sia in merito al trattamento della sincope vasovagale.

Parole chiave: Alessitimia; Eventi di vita; Fattori psicologici; Sincope vasovagale.

Bibliografia

1. Engel GL. Psychologic stress, vasodepressor (vasovagal) syncope, and sudden death. Ann Intern Med 1978; 89: 403-12.
2. Andreoli V, Cassano GB, Rossi R. DSM-IV-TR American Psychiatric Association. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Milano: Masson, 2002.
3. Shihabuddin L, Shehadeh A, Agle D. Syncope as a conversion mechanism. Psychosomatics 1994; 35: 496-8.
4. Engel GL, Romano J. Studies of syncope III. Differentia-

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.133.86.172 Mon, 29 Apr 2024, 14:40:11

tion between vasodepressor and hysterical fainting. Psychosom Med 1945; 7: 3-15.
5. Ferguson E. Intellect and somatic health: associations with hypochondriacal concerns, perceived threat and fainting. Psychother Psychosom 2001; 70: 319-27.
6. Sledge WH. Antecedent psychological factors in the onset of vasovagal syncope. Psychosom Med 1978; 40: 569-79.
7. Ventura R, Maas R, Ruppel R, et al. Psychiatric conditions in patients with recurrent unexplained syncope. Europace 2001; 3: 311-6.
8. Baux P, Allioua M, Nourry C, Dardennes R, Kacet S. Syncopes and psychiatric disorders: descriptive and comparative study. Ann Med Psychol 2000; 158: 791-801.
9. Sabin N. The use of applied tension and cognitive therapy to manage syncope (common faint) in an older adult. Aging Ment Health 2001; 5: 92-4.
10. McMeekin H. Autonomic peripheral vascular dysregulation and mood disorder. J Affect Disord 2002; 71: 277-9.
11. Roden SK. Blood-injection-injury phobia in a commercial aviator: a case report. Aviat Space Environ Med 2001; 72: 1138-40.
12. Lee PW, Leung PW, Fung AS, Low LC, Tsang MC, Leung WC. An episode of syncope attacks in adolescent schoolgirls: investigations, intervention and outcome. Br J Med Psychol 1996; 69 (Pt 3): 247-57.
13. Solano L. Tra mente e corpo. Come si costruisce la salute. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2001.
14. Engel GL. The need for a new medical mode: a challenge for biomedicine. Science 1977; 196: 129-36.
15. Taylor GJ, Bagby RM, Parker JD. I disturbi della regolazione affettiva: l'alessitimia nelle malattie somatiche e psichiatriche. Roma: Giovanni Fioriti Editore, 2000.
16. Nemiah JC, Sifneos PE. Affect and fantasy in patients whit psychosomatic disorders. In: Hill OW, ed. Modern trends in psychosomatic medicine. London: Butterworths, 1970: 26-34.
17. Taylor GJ. The alexithymia construct: conceptualization, validation, and relationship with basic dimensions of personality. New Trends in Experimental and Clinical Psychiatry 1994; 10: 61-74.
18. Temoshok LR. Personality, coping style, emotion, and cancer: toward an integrative model. Cancer Surveys 1987; 6: 837-57.
19. Kauhanen J, Kaplan GA, Cohen RD, Salonen R, Salonen JT. Alexithymia may influence the diagnosis of coronary heart disease. Psychosom Med 1994; 56: 237-44.
20. Waldstein SR, Kauhanen J, Neumann SA, Katzel LI. Alexithymia and cardiovascular risk in older adults: psychosocial, psychophysiological, and biomedical correlates. Psychology and Health 2002; 17: 597-610.
21. Todarello O, Casamassima A, Daniele S, et al. Alexithymia, immunity and cervical intraepithelial neoplasia: replication. Psychother Psychosom 1997; 66: 208-13.
22. Carta M, Orru W, Hardoy MC, Carpiniello B. Alexithymia and early diagnosis of uterine carcinoma: results of a case-control study. Psychother Psychosom 2000; 69: 339-40.
23. Bowlby J. A note on mother-child separation as a mental health hazard. Br J Med Psychol 1958; 31: 247-8.
24. Bowlby J. Separation anxiety. Int J Psychoanal 1960; 41: 89-113.
25. Bowlby J. Separation anxiety: a critical review of the literature. J Child Psychol Psychiatry 1961; 1: 251-69.
26. Schaffer CE. The role of adult attachment in the experience and regulation of affect. Doctoral dissertation, Yale University, 1993.
27. Zimmermann P. Attachment and emotion regulation. (abstr) In: Abstracts of the 2nd International Conference on The (Non) Expression of Emotion in Health and Disease. Tilburg, 1999: 15.
28. Scheidt CE, Waller E, Schnock C, et al. Alexithymia and attachment representation in idiopathic spasmodic torticollis. J Nerv Ment Dis 1999; 187: 47-52.
29. Troisi A, D'Argenio A, Peracchio F, Petti P. Insecure attachment and alexithymia in young men with mood symptoms. J Nerv Ment Dis 2001; 189: 311-6.
30. Kotler T, Buzwell S, Romeo Y, Bowland J. Avoidant attachment as a risk factor for health. Br J Med Psychol 1994; 67 (Pt 3): 237-45.
31. Fowler JA. Dimensions of attachment: an exploration of relationships among attachment, distress, and quality of life in women with breast cancer. Dissertation Abstract International: Section B: The Science and Engineering 2002; 63: 523.
32. Schmidt S, Nachtigall C, Wuethrich-Martone O, Strauss B. Attachment and coping with chronic disease. J Psychosom Res 2002; 53: 763-73.
33. Di Trani M, Zoppi L, Pepe L, Solano L. Relationships between type A and type C constructs with attachment style and affect regulation: an empirical study in 240 female university students. (abstr) In: Abstracts of the 3rd International Conference on The (Non) Expression of Emotion in Health and Disease. Tilburg, 2003: 163.
34. Grotstein J. Alessitimia. L'eccezione che conferma la regola del significato insolito degli affetti. In: Taylor GJ, Bagby RM, Parker JD, eds. I disturbi della regolazione affettiva: l'alessitimia nelle malattie somatiche e psichiatriche. Roma: Giovanni Fioriti Editore, 2000: 13-20.
35. Fonagy P, Moran GS, Edgcumbe R, Kennedy H, Target M. The roles of mental representations and mental processes in therapeutic action. Psychoanal Study Child 1993; 48: 9-48.
36. Fonagy P, Target M. Giocare con la realtà. I: Teoria della mente e sviluppo normale della realtà psichica. In: Fonagy P, Target M, eds. Attaccamento e funzione riflessiva. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2001: 166-92.
37. Taylor GJ, Bagby RM, Parker JD. The Revised Toronto Alexithymia Scale: some reliability, validity, and normative data. Psychother Psychosom 1992; 57: 34-41.
38. Bressi C, Taylor G, Parker J, et al. Cross validation of the factor structure of the 20-item Toronto Alexithymia Scale: an Italian multicenter study. J Psychosom Res 1996; 41: 551-9.
39. McNair DM, Kelman HC, Frank JD. Manual for the profile of mood states. San Diego, CA: Educational and Industrial Testing Service, 1954.
40. Farne M, Sebellico A, Gnugnoli D, Corallo A. POMS profile of mood states: adattamento italiano. Firenze: Organizzazioni Speciali, 1991.
41. Pennebaker JW. Handbook of mental control. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1993.
42. Pennebaker JW, Susman JR. Disclosure of traumas and psychosomatic processes. Soc Sci Med 1988; 26: 327-32.
43. Fossati A, Feeney JA, Donati D, et al. On the dimensionality of the Attachment Style Questionnaire in Italian clinical and nonclinical participants. Journal of Social and Personal Relationships 2003; 20: 55-79.
44. Brignole M, Alboni P, Benditt D, et al, for the Task Force on Syncope, European Society of Cardiology. Guidelines on management (diagnosis and treatment) of syncope. Eur Heart J 2001; 22: 1256-306.
45. Spitz RA. Autoerotism re-examined. Psychoanal Study Child 1962; 2: 313-42.
46. Bowlby J. Attaccamento e perdita. Vol 2. La separazione dalla madre. Torino: Boringhieri, 1975.
47. Bowlby J. Attaccamento e perdita. Vol 2. La perdita della madre. Torino: Boringhieri, 1983.
48. Krystal H. Trauma and affects. Psychoanal Study Child 1978; 33: 81-116.
49. Solano L, Bonadies M, Pecci F, Santini M, Pignalberi C. Unresolved trauma in spouses as a risk factor for myocardial infarction in men. Psychology Health and Medicine 2005; 10: 335-64.