

È possibile aumentare le strategie di coping di un paziente in ambito ambulatoriale?

Sarah Rasia

SSVD Neurologia, Centro Regionale Sclerosi Multipla ASST Spedali Civili, P.O. Montichiari (Brescia)

“Definizione di stress [v.c.ingl., prop. “sforzo, tensione”, 1955] s.m.inv. (med): qualunque condizione fisica, chimica, psichica e sim. che esercitando uno stimolo dannoso sull'organismo ne provoca la reazione (ZINGARETTI)”.

La diagnosi di malattia (non necessariamente malattia cronica) si colloca nella Scala degli eventi stressanti esistenziali di Holmes e Rahe al 6° posto (dopo la morte di un parente stretto e prima del matrimonio) ⁽¹⁾.

Alcuni studi evidenziano come eventi stressanti aumentino la produzione di citochine pro-infiammatorie ⁽²⁾ e possano quindi scatenare l'esordio della sclerosi multipla e le ricadute, soprattutto in soggetti che percepiscono elevati livelli di stress ^(3,4).

Lo stress inoltre potrebbe impattare sulla salute, generando risposte comportamentali dannose (alterazione del sonno notturno, scarso esercizio fisico, aumento dell'abuso di sostanze – ad esempio alcool, tabacco o sostanze stupefacenti).

È evidente che ridurre i livelli di stress percepiti dal paziente dovrebbe diventare un *target* per il *team* che si occupa di sclerosi multipla.

Selye elabora nel 1976, dopo vent'anni di studi, la “Sindrome Generale di Adattamento” (GAS; *General Adaption Syndrome*). Lo stress viene definito come “la risposta non specifica dell'organismo ad ogni richiesta effettuata su di esso”; la risposta allo stress, secondo questa teoria, avviene in termini fisiologici attivando l'asse ipotalamo-ipofisi-corticosurrene e il sistema nervoso simpatico, indipendentemente dallo stimolo preso in considerazione e dalla percezione dello stesso da parte del soggetto ⁽⁵⁾.

Tali risposte fisiologiche sono adattive, il *fight or flight* di Cannon (negli anni '20), e quindi funzionali nell'evoluzione. Se lo *stressor*, però, agisce con particolare intensità e per tempi lunghi si può generare una condizione patogena (terza fase del processo GAS, detta di Esaurimento, dove le risorse del soggetto vengono sfiancate e si induce malattia).

Lazarus, dagli anni '70, definisce lo stress come “una condizione derivante dall'interazione (transazione) di variabili ambientali e individuali, che vengono mediate da variabili di tipo cognitivo”. Egli propone che un evento non impatti in ugual misura su tutti, ma che lo stress derivi in gran parte dal modo in cui gli eventi vengono interpretati e valutati dai soggetti che li affrontano, e solo quegli *stressor* ritenuti dannosi o minacciosi dal soggetto generino esperienze stressanti.

Negli anni '80 Lazarus e Folkman ⁽⁶⁾ hanno effettuato un primo tentativo, con il loro modello, di definizione e approfondimento di come un soggetto risponda ad una situazione stressante. Il soggetto può affrontare un evento, valutato come stressante, attraverso due modalità: la prima focalizzata sul problema stesso, attiva, volta a risolvere la situazione o a cercare strategie che la risolvano; la seconda risposta è focalizzata sulle emozioni ed è volta ad allontanare le emozioni “negative” che l'evento provoca. Pertanto, il *coping* (inteso come “far fronte” alla si-



tuazione) è determinato innanzitutto dalla valutazione che il soggetto stesso fa rispetto ad avere o non avere le risorse necessarie – interne o esterne – per trattare con successo la minaccia. Scheier e Carver nel 1985 ⁽⁷⁾ inseriscono nel processo transazionale di Lazarus un nuovo elemento, e cioè la presenza di ottimismo o pessimismo propria del soggetto. Generalmente un ottimista si aspetta che le cose seguiranno il loro corso e che quanto gli accadrà saranno eventi positivi, piuttosto che negativi. Il pessimista, invece, si aspetta che le cose non andranno come dovrebbero e quindi tende ad anticipare un risultato negativo. Nella valutazione delle proprie capacità di affrontare uno *stressor*, l'ottimista tenderà quindi ad essere fiducioso rispetto al risultato del suo tentativo, mentre il pessimista avrà una bassa aspettativa di risultato e quindi sarà più propenso a rinunciare (sia mentalmente che da un punto di vista comportamentale).

Si evidenzia come le persone ottimiste trattino i problemi con maggior

successo e più velocemente dei pessimisti. Questo è tanto più vero se il soggetto ha un'elevata consapevolezza delle sue capacità attitudinali.

In uno dei loro studi, Scheier e Carver dimostrarono che le persone ottimiste inoltre erano meno inclini a provare sintomi fisici (ad esempio, vertigini, visione offuscata, fatica, mialgie...), generalmente associati a stress.

Ma tale dato, che veniva raccolto tramite questionari, potrebbe essere stato influenzato da altri fattori (culturali, psicologici, cognitivi); generalmente un ottimista tende "ad essere contento". Particolare attenzione va posta però in quelle situazioni sicuramente destinate a fallire: in tali contesti, l'ottimista potrebbe non essere in grado di sapere quando abbandonare e così i suoi sforzi, eccessivi, potrebbero portare ad una reazione peggiore rispetto a quella mostrata dalle persone pessimiste.

Partendo dal lavoro di Lazarus e Folkman nel 1990, Enderl e Parker ⁽⁸⁾ hanno descritto tre tipologie di *coping* predominanti:

- **Coping centrato sul compito** (*task coping*) rappresentato dalla tendenza ad affrontare il problema in modo diretto, ricercando soluzioni per fronteggiare la crisi (ad esempio aumentare le conoscenze sull'evento stressante o malattia, pianificare il futuro immediato, creare un ambiente supportivo, sviluppare nuove abilità).
- **Coping centrato sulle emozioni** (*emotion coping*): rappresentato da abilità specifiche di regolazione affettiva, che consentano di mantenere una prospettiva positiva di speranza e controllo delle proprie emozioni anche in condizioni di disagio, oppure di abbandono alle emozioni, come la tendenza a sfogarsi, o ancora, la rassegnazione (ad esempio, leggere un libro, guardare la televisione, piangere, autocommiserarsi).
- **Coping centrato sull'evitamento** (*avoidance coping*): tentativo del soggetto di ignorare la minaccia costituita dall'evento stressante attraverso la ricerca di supporto sociale o l'impegno in attività che distolgano la sua attenzione dal problema.

I soggetti che riportano più alti livelli di stress nella SRRS (*Social Readjustment Rating Scale* - scala che valuta eventi stressanti) sono più inclini ad ammalarsi ⁽⁹⁾ sia per l'attivazione dell'asse ipotalamo-ipofisi-cortico-surrene e del sistema simpatico [risposta *flight or flight* ⁽¹⁰⁾], sia per l'impatto sul sistema immunitario ^(11, 12).

Quando lo *stressor*, invece, è la diagnosi di malattia, la risposta dell'individuo determinerà se e come la persona ricercherà trattamento e supporto esterno e come sarà aderente alle prescrizioni. Il successo dell'adattamento alla malattia dipende dall'interazione tra i diversi stili di *coping*, valutazioni individuali e fattori situazionali del momento; quindi non esistono stili di *coping* adattativi o disadattativi a priori, in quanto strategie efficaci in una situazione potrebbero non esserlo in un'altra. Per tale motivo è opportuno che il soggetto abbia una certa flessibilità nel fronteggiare lo stress e non si irrigidisca su alcuni atteggiamenti.

A tal proposito è stato anche studia-

to il ruolo di mediazione tra le strategie di *coping* e adattamento svolto dal Senso di Coerenza di un soggetto.

Il senso di coerenza viene definito come la capacità di rispondere allo stress attraverso:

- comprensione (cos'è successo?);
- maneggevolezza (ho gli strumenti/le risorse per reagire?);
- *meaningfulness*, aspetto prettamente motivazionale ("trovo un significato alla situazione? Può esser vista come una sfida e non come un fardello?").

Kristofferzon *et al.* nel 2010 in uno studio pilota hanno studiato le relazioni tra il *coping*, le risorse di *coping* e la qualità di vita in soggetti affetti da malattia cronica, evidenziando come sia più importante la modalità con la quale il soggetto affronta la sua situazione rispetto alla malattia cronica di cui è affetto. Il paziente che ha il più alto livello di coerenza e percepisce efficaci le sue strategie di *coping* avrà una migliore qualità di vita ⁽¹³⁾.

Recentemente gli stessi Autori hanno pubblicato uno studio che valuta la relazione tra senso di coerenza, *coping* e qualità di vita ⁽¹⁴⁾: secondo il modello di Paterson, vivere con una malattia cronica significa affrontare un processo in continua evoluzione che si bilancia tra momenti di malattia e altri di benessere ⁽¹⁵⁾; di fronte allo stress vi sarà quindi un'alternanza di strategie focalizzate sulle emozioni rispetto a quelle focalizzate sul problema.

Si tenderà ad utilizzare le prime nelle situazioni ritenute mal o non controllabili, come l'esordio di malattia o la comparsa di nuovi sintomi, mentre si utilizzeranno strategie *problem-focused* nelle situazioni più controllabili, cioè quando si conosce di più l'impatto della malattia. Il paziente che ha un elevato senso di coerenza, ossia giudica la situazione come comprensibile, maneggevole e le dà un significato, più facilmente adotta strategie di *coping* adeguate.

Calandri ha pubblicato nel 2017 risultati analoghi: nei pazienti affetti da sclerosi multipla, viene evidenziato



come le strategie di *coping* emozionale e di evitamento possano essere adeguate in pazienti con diagnosi recente, in cui tendono a predominare rabbia, ansia e tristezza. Nei pazienti che presentano un elevato senso di coerenza si associano gradi di depressione più bassi, un'augmentata salute mentale e maggior benessere emotivo ⁽¹⁶⁾.

Bianconi *et al.* nel 2006 hanno studiato l'adattamento psicologico alla sclerosi multipla; in particolare, obiettivi dello studio sono stati quelli di valutare quali aspetti correlavano ad un migliore adattamento rispetto a strategie di *coping* centrate sulla patologia e a quelle centrate sulle emozioni (sono state prese in considerazione le interazioni tra le rappresentazioni mentali della malattia e fattori di personalità) ⁽¹⁷⁾. Gli Autori hanno individuato come migliori fattori predittivi per il *coping* centrato sul problema la percezione di malattia come ciclica e un basso punteggio nella sottoscala "nevroticismo", che corrisponde ad una buona stabilità emotiva del soggetto. Per quanto riguarda invece il *coping* centrato sulle emozioni, migliori fattori predittivi sono stati la convinzione che l'insorgenza di malattia sia dovuta alla sfortuna o al caso, la percezione di ciclicità della malattia e una propensione ad essere estroversi.

Già Cohen *et al.*, alla fine degli anni '80, individuavano come per un buon adattamento vadano considerati anche fattori esterni al soggetto, il supporto sociale (sia formale, da professionisti e/o associazioni pazienti, sia informale, ossia da familiari, amici, vicini di casa) e l'integrazione sociale del paziente (ossia il grado di partecipazione in una relazione sociale). Un buon supporto sociale e una buona integrazione sociale favoriscono risposte sane (ginnastica, alimentazione sana, riposo), promuovono

un'idea meno pessimista del futuro, una maggior autostima e sentimenti di responsabilità verso gli altri.

Vi è una relazione diretta tra supporto sociale e qualità di vita e inversa con lo svilupparsi di depressione; emerge, inoltre, che la mancanza di supporto sociale è più dannosa di un supporto problematico ⁽¹⁸⁾.

La diagnosi di sclerosi multipla, che si presenta come malattia cronica, senza cause identificabili, con decorso imprevedibile, sintomatologia multiforme e senza cure, è sicuramente uno *stressor* significativo. Nei casi, invece, di patologia conclamata le ricadute si pongono come nuovi eventi stressanti intercorrenti un periodo di relativo benessere.

È possibile aumentare le strategie di *coping* dei pazienti in ambito ambulatoriale?

Secondo quanto riportato, vi sono alcuni ambiti in cui il *team* del Centro sclerosi multipla potrebbe agire per favorire il fronteggiamento funzionale della patologia da parte del paziente:

- Comunicare la diagnosi in maniera semplice, chiara, sincera, ma cercando di sottolineare, se presenti, gli specifici fattori prognostici positivi del paziente.
- Cercare di generalizzare il meno possibile: il paziente è per definizione egocentrico, ma nel contesto ospedaliero (sala d'attesa, reparto, etc.), così come quello mediatico (social-network, blog, etc.) o comunque in tutte le situazioni correlabili a sclerosi multipla, tenderà a focalizzare la propria attenzione su quei pazienti che presentano una maggior disabilità, con conseguente insorgenza di pensieri negativi rispetto al suo futuro.
- Tenere presente, soprattutto nel periodo successivo la comunicazione

della diagnosi o vicino a ricadute di malattia, che l'evitamento per questi eventi, che potrebbero essere ritenuti non controllabili, potrebbe aiutare nel breve termine a mantenere il controllo della propria vita.

- Incentivare ottimismo, favorendo gli obiettivi positivi del paziente. Tali obiettivi devono essere significativi e realistici.
- Se l'obiettivo individuato viene percepito come non raggiungibile, creare dei sotto-obiettivi di più facile realizzazione.
- Esprimere emozioni e parlare con altri dei propri sentimenti contrasta la depressione nei neo-diagnosticati.
- Aiutare il paziente a recuperare un certo grado di "senso di coerenza".
- Discutere di benessere e salute, "al di là" della malattia.
- Aumentare la conoscenza corporea del paziente. Questo permette non solo di aiutare il paziente stesso a differenziare sintomi propri di malattia da sintomi di altra origine (ad esempio, osteo-articolari o muscolari), ma permette anche una maggior consapevolezza delle capacità di recupero e incentiva strategie fisiche compensative (proprio-cettive, motorie, di coordinazione, etc.).
- Identificare le risorse interne ed esterne del paziente (supporto sociale, forze interiori, credenze, religione, etc.). Incentivare la ricerca di supporti esterni e di attività che possano costituire fonte di arricchimento per i pazienti (associazioni pazienti, parrocchia, volontariato, etc.).
- Stimolare il paziente ad identificare e utilizzare le sue risorse.
- Essere attenti a quali strategie il paziente utilizza in specifiche situazioni e quanto efficaci le percepisce.
- Favorire interventi psicologici per attuare strategie di *problem-solving* nelle fasi "stabilizzate" di malattia ■

Bibliografia

1. Holmes TH, Rahe RH. The Social Readjustment Rating Scale. *J Psychosom Res.* 1967;11(2):213-8
2. Marsland AL, Walsh C, Lockwood K, John-Henderson NA. The effects of acute psychological stress on circulating and stimulated inflammatory markers: A systematic review and meta-analysis. *Brain Behav Immun.* 2017; 64:208-219.
3. Karagkouni A, Alevizos M, Theoharides TC. Effect of stress on brain inflammation and multiple sclerosis. *Autoimmun Rev.* 2013;12(10):947-53.
4. Sorenson M, Janusek L, Mathews H. Psychological stress and cytokine production in multiple sclerosis: correlation with disease symptomatology. *Biol Res Nurs.* 2013;15(2):226-33.
5. Cohen S, Kessler RC, and Gordon LU. (1995). Strategies for measuring stress in studies of psychiatric and physical disorders. In Cohen S, Kessler RC and Gordon LU (Eds.). *Measuring stress: a guide for health and social scientists* (pp. 3-26). New York, NY: Oxford University Press.
6. Lazarus RS. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York, NY, US: McGraw-Hill.
7. Scheier MF, Carver CS. Optimism, coping, and health: assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychol.* 1985;4(3): 219-47.
8. Endler NS, Parker JD. Multidimensional assessment of coping: a critical evaluation. *J Pers Soc Psychol.* 1990;58(5):844-54.
9. Glanz K and Schwartz MD. Stress, Coping and Health Behavior. In Glanz, K, Rimer BK & Viswanath K. (Eds.). (2008). *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (4th ed.):211-236. San Francisco, CA, US: Jossey-Bass.
10. Glaser R, Kiecolt-Glaser JK. Stress-induced immune dysfunction: implications for health. *Nat Rev Immunol.* 2005;5(3):243-51.
11. Moynihan JA. Mechanisms of stress-induced modulation of immunity. *Brain Behav Immun.* 2003;17 Suppl 1:S11-6.
12. Gaab J, Sonderegger L, Scherrer S, Ehlert U. Psychoneuroendocrine effects of cognitive-behavioral stress management in a naturalistic setting--a randomized controlled trial. *Psychoneuroendocrinology.* 2006;31(4):428-38.
13. Kristofferzon ML, Lindqvist R, Nilsson A. Relationships between coping, coping resource and quality of life in patients with chronic illness: a pilot study. *Scand J Caring Sci.* 2011;25(3):476-83.
14. Kristofferzon ML, Engström M, Nilsson A. Coping mediates the relationship between sense of coherence and mental quality of life in patients with chronic illness: a cross-sectional study. *Qual Life Res.* 2018 Apr 5. doi: 10.1007/s11136-018-1845-0.
15. Paterson BL. The shifting perspectives model of chronic illness. *J Nurs Scholarch.* 2001;33(1):21-6.
16. Calandri E, Graziano F, Borghi M, Bonino S. Coping strategies and adjustment to multiple sclerosis among recently diagnosed patients: the mediating role of sense of coherence. *Clin Rehabil.* 2017;31(10):1386-1395.
17. Bianconi G, Poggioli E, Merelli E, et al. Aspetti psicologici della sclerosi multipla. *G Ital Med Lav Erg.* 2006; 28:1, Suppl Psicologia 1, 22-28.
18. Pattini M. Le relazioni sociali, SM e vita di relazione, pp.