

G. Bianconi¹, E. Poggioli¹, E. Merelli², E. Razzaboni¹, D. Comelli¹

Aspetti psicologici della sclerosi multipla

¹ Servizio di Psicologia Ospedaliera, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena Policlinico

² Centro Diagnosi e Cura della Sclerosi Multipla, Neurologia, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena Policlinico

RIASSUNTO. L'obiettivo generale del presente lavoro è quello di approfondire alcuni aspetti psicologici relativi alla Sclerosi Multipla. In particolare ci si propone di analizzare le relazioni esistenti tra rappresentazioni mentali della malattia, fattori di personalità e le strategie di coping; quindi di evidenziare i contributi delle strategie di coping all'adattamento emotivo alla malattia.

La ricerca è stata condotta presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena Policlinico su un campione di 69 soggetti ai quali sono stati somministrati i seguenti questionari: Illness Perception Questionnaire (IPQ-R), Coping Orientations to Problems Experienced (COPE) e Cognitive Behavioral Assessment Forma Hospital (CBA-H). È stata effettuata, inoltre, una valutazione del grado di disabilità fisica dei soggetti attraverso l'Expanded Disability Status Scale (EDSS). I risultati principali suggeriscono che specifiche caratteristiche di personalità e alcune componenti della rappresentazione mentale della malattia svolgono un importante ruolo nell'attivazione di una particolare strategia di coping rispetto alle altre.

Per quanto riguarda il coping centrato sul problema, la percezione della malattia come ciclica sembra essere il miglior valore predittivo di tale indice unitamente ad un basso punteggio ottenuto nella sottoscala "nevroticismo", il quale indica una buona stabilità emotiva da parte del soggetto. Relativamente al coping centrato sulle emozioni i modelli di regressione ottenuti individuano come stimatori della variabile considerata la convinzione che l'insorgenza della malattia sia dovuta al caso o alla sfortuna, l'idea che la sclerosi multipla abbia un andamento ciclico, la propensione ad essere estroversi e a gestire con stile collaborativo i propri rapporti con gli altri, e la presenza di difficoltà interpersonali. Il modello ottenuto in merito al coping disadattivo, infine, indica che i migliori valori predittivi dell'indice considerato sono rappresentati, ancora una volta, dalla percezione di ciclicità della malattia e dalla presenza di difficoltà interpersonali.

Parole chiave: sclerosi multiple, cognitive behavioral assessment, strategie di gestione.

ABSTRACT. *PSYCHOLOGICAL ISSUES RELATED TO MULTIPLE SCLEROSIS.* This study sought to investigate some psychological issues related to multiple sclerosis (MS), in particular, the relations existing between illness representations, personality factors and coping strategies and, consequently, the specific coping strategies employed in adjusting emotionally to MS. Sixty-nine MS patients attending the University Polyclinic of Modena were administered the following battery: a questionnaire regarding demographic and illness features, the Illness Perception Questionnaire-Revised (IPQ-R), the Coping Orientations to Problems Experienced Questionnaire (COPE)

and Cognitive Behavioural Assessment Hospital Form (CBA-H). Patients' physical disability level was also evaluated using the Expanded Disability Status Scale (EDSS).

Results suggest that personality factors and patients' perception of their illness play an important role in activating one or other type of coping strategy.

Regarding problem-focused coping strategies, the most significant predictors that emerged from stepwise linear multiple regression analysis were perception of the disease as cyclical (timeline cyclical dimension) and a low score in neuroticism, indicating good emotional stability of the subject. For emotion-centered coping strategies, the regression model identified as best predictors: the belief that chance or bad luck are the most important causes of the illness, perception of the disease as cyclical, extroversion and a cooperative mode of interacting with others, and the presence of interpersonal difficulties. Finally, with regard to disadaptive coping strategies, the best predictors resulting from the analysis were, once again, perception of the disease as cyclical, and interpersonal difficulties.

Key words: multiple sclerosis, cognitive behavioral assessment, strategies style.

Introduzione

La sclerosi multipla è una malattia infiammatoria demielinizzante del sistema nervoso centrale, la cui eziologia è attualmente sconosciuta. Tale patologia, che probabilmente è di natura autoimmune, rappresenta la più comune causa non traumatica di disabilità nei giovani adulti. Generalmente, infatti, l'esordio si colloca tra i 20 ed i 40 anni con un apice intorno ai 28-30 anni. Il quadro clinico è estremamente complesso, caratterizzato da sintomi multiformi, variamente associati tra loro, in rapporto alla diversa localizzazione dei focolai infiammatori. Nei casi tipici si riscontrano disturbi della sensibilità, disturbi motori, cerebellari, bulbari e disturbi autonomici. Alcune manifestazioni cliniche, inoltre, sono patognomoniche: tremore, nistagmo e parola scandita sono i tre sintomi conosciuti come triade di Charcot. I sintomi possono presentarsi in forma acuta, subacuta oppure progressiva e la loro frequenza varia inoltre sensibilmente in relazione all'età: i disturbi motori e sensitivi sembrano prevalere nei soggetti dopo i 40 anni, mentre nei pazienti più giovani prevalgono i disturbi visivi e della oculomozione.

Al momento non è disponibile una terapia specifica e risolutiva e la malattia è caratterizzata da un andamento cronico e progressivamente invalidante (1).

Per queste sue caratteristiche la sclerosi multipla produce una serie di mutamenti nell'esistenza del malato che rendono necessario un processo complesso e continuo di adattamento emotivo. Proprio per questo, viene dedicato sempre più spazio all'analisi dei meccanismi psicologici, confinati, fino a poco tempo fa, a una posizione di secondo piano.

Negli ultimi anni, le modalità con cui le persone comuni reagiscono alle malattie fisiche hanno suscitato l'interesse sia dei teorici che dei ricercatori. Si inserisce in tal contesto il modello teorico della rappresentazione mentale della malattia, elaborato da Leventhal, Meyer e Nerenz. Infatti in un'ampia serie di ricerche gli Autori hanno dimostrato che le persone sottoposte a cure mediche possiedono teorie implicite delle loro malattie, le quali esercitano una forte influenza sia sul modo in cui queste vengono affrontate, sia su come vengono valutate e regolate le cure (2). In particolare, la rappresentazione cognitiva è descritta come formata da quattro diverse componenti:

- *identità*: si riferisce all'etichetta assegnata alla malattia e ai suoi sintomi;
- *causa*: è relativa alle idee circa le ragioni per cui la persona si ammala;
- *conseguenze*: indicano le aspettative circa l'esito e/o i postumi della malattia;
- *durata*: si riferisce alle attese inerenti il decorso temporale della patologia che può essere percepita come acuta, ciclica o cronica (3).

Ricerche successive hanno identificato anche una quinta dimensione inerente le aspettative circa la *cura*, relative alla possibilità, cioè, di controllare il decorso della malattia (2).

Alcuni studi sembrano sostenere l'idea secondo la quale, eventi di vita vissuti come particolarmente stressanti e frequenti, precedano l'esordio della sclerosi multipla (4, 5). Inoltre, sembra che le ricadute di malattia siano più frequenti in pazienti che riferiscono di sperimentare elevati livelli di stress (6). Alla luce di queste considerazioni, è centrale il ruolo di fattori in grado di mitigare l'impatto dello stress, come le strategie di *coping* (7).

In riferimento alla nota distinzione di Lazarus e Folkman (8), numerose ricerche mostrano che strategie di *coping* centrate sul problema sono collegate ad un adattamento migliore (9, 10, 11), mentre strategie focalizzate sull'emozione e orientate all'evitamento sono collegate a un modesto adattamento e ad una scarsa qualità della vita (9, 10, 11, 12, 13). Relativamente all'adattamento psicologico alla sclerosi multipla non è possibile individuare in letteratura una definizione univoca e condivisa; alcuni tra gli studi esistenti assumono come indici di adattamento alla sclerosi multipla singoli costrutti, come quelli relativi alla depressione (10, 14), al grado di disabilità (15), all'autostima (16), all'adattamento sociale (17). Altri considerano riduttive queste posizioni e definiscono l'adattamento attraverso l'insieme di più variabili come depressione, adattamento sociale, percezione di vita stressante e del proprio stato di salute (13), oppure

grado di affaticabilità, autostima, ansia e depressione, limitazioni fisiche e sociali (18).

In accordo con le ultime proposte, che a nostro avviso sono le più esaustive, nel presente lavoro si è deciso di definire l'adattamento psicologico alla sclerosi multipla in termini di ansia di stato, paure sanitarie, reazioni depressive, tono dell'umore, percezione di benessere psicofisico e di vita stressante. Queste dimensioni corrispondono alle sottoscale omonime che costituiscono le schede A e B del *Cognitive Behavioral Assessment Forma Hospital (CBA-H)* utilizzato nello studio per misurare, appunto, l'adattamento.

In questo filone di studi si inserisce la ricerca di Jopson e Moss-Morris (18), i cui risultati supportano l'ipotesi di un'importante influenza delle rappresentazioni di malattia sull'adattamento psicologico. In linea con questa tendenza, nel tentativo di sviluppare una proposta di approfondimento di alcuni aspetti formulata dagli Autori, il presente studio si propone principalmente di:

- analizzare le relazioni esistenti tra rappresentazioni mentali della malattia, fattori di personalità e strategie di coping;
- evidenziare i contributi delle strategie di coping all'adattamento emotivo alla malattia.

Materiali e Metodi

Soggetti

La ricerca è stata condotta presso l'*Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena Policlinico* arruolando 69 soggetti, afferenti al Day Hospital del Centro Diagnosi e Cura della Sclerosi Multipla, presso la Clinica Neurologica.

L'età media del campione è di 42.99 (S.D.=9.83) anni. Il 65.2% dei partecipanti è di sesso femminile, il restante 34.8% è costituito da uomini, in un rapporto che si avvicina a 2:1.

Mediamente i soggetti considerati hanno ricevuto diagnosi di malattia a 34.84 (min.= 14, max = 64) anni e al momento della compilazione dei questionari erano malati da 8.14 anni (min.=1, max = 27). Il grado di disabilità fisica rilevata è individuato dal range 1-7, relativo ai punteggi della scala EDSS.

Strumenti

1. Misura della severità di malattia: *Expanded Disability Status Scale-EDSS*.

La scala di Kurtzke (19, 20), tra le scale di valutazione per la sclerosi multipla (SM), è la più largamente utilizzata. È costituita da 8 sistemi funzionali (SF), su cui si ottengono punteggi non addizionabili che variano da 0 a 5 o da 0 a 6 e che servono da guida per assegnare un punteggio globale che varia, attraverso incrementi di 0.5 punti, da 0 (esame neurologico normale) a 10 (morte per SM). Ciascuna valutazione è stata effettuata dal neurologo nel corso della visita di controllo e ha fornito informazioni adeguate in merito alla reale condizione fisica di ciascun soggetto al momento della somministrazione dei questionari.

2. *The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R)*

Il questionario, nella sua forma originale (IPQ), è stato costruito allo scopo di tradurre, almeno parzialmente, in applicazioni operative, il modello delle rappresentazioni mentali della malattia di Leventhal (21). La versione utilizzata nella ricerca costituisce la seconda edizione dello strumento, denominato *Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R)*, messa a punto allo scopo di rivedere alcune caratteristiche psicometriche e di provvedere a una sua integrazione mediante l'inserimento di nuove sottoscale (22). La versione italiana dello strumento è attualmente in corso di validazione (23).

L'IPQ-R valuta le 5 componenti indicate da Leventhal (24) come costitutive della rappresentazione mentale della malattia:

- *Identity*: l'identità individua le convinzioni del soggetto riguardo la natura della malattia, l'etichetta verbale ad essa attribuita. Ai pazienti viene chiesto di indicare, mediante una risposta dicotomica del tipo SI/NO, quali sintomi, tra quelli presentati, attribuiscono alla sclerosi multipla (SM). L'elenco in questione contiene sintomi comuni ai quali se ne possono aggiungere altri, specifici, a seconda della patologia indagata, come indicato dagli autori (21). Per queste ragioni il questionario è stato adattato alla SM come segue: gli item "arrossamento degli occhi" e "capogiri" sono stati sostituiti con "disturbi della vista" e "disturbi dell'equilibrio"; sono stati inoltre inseriti gli item "disturbi vescicali" e "sensazione di intorpidimento e/o formicolio".
- *Cause*: è rivolta alle convinzioni del soggetto circa le cause della malattia.
- *Control*: questa dimensione è stata suddivisa dagli autori in *personal control*, relativo alle convinzioni del paziente di poter esercitare, mediante le proprie azioni, un qualche forma di controllo sulla propria condizione, e *treatment control*, indicativo della fiducia nell'efficacia delle terapie.
- *Consequences*: la presente sottoscala, che include 6 item, esplora le credenze sulla gravità della SM e le aspettative circa l'entità delle conseguenze del suo impatto sulla vita di chi ne è colpito.
- *Timeline*: indica le credenze del malato relativamente al decorso temporale della patologia ed è suddivisa in due distinte sottoscale, *acute/chronic* e *cyclical*. La prima comprende 6 item e valuta se la malattia è percepita come acuta o come cronica; la seconda è costituita da 4 item che indagano le aspettative circa il carattere ciclico del fenomeno.

Ad esse, gli Autori dello strumento hanno aggiunto la seguente dimensione:

- *Illness coherence*: si riferisce al grado in cui il paziente sente di possedere un modello di comprensione della malattia chiaro e coerente ed è individuata da 5 item.

Tali componenti individuano 8 sottoscale distinte che indagano le rappresentazioni cognitive della patologia.

Lo strumento presenta, poi, un'ulteriore sezione che include un'unica sottoscala rivolta al vissuto emotivo dell'individuo:

- *Emotional representations*: si compone di 6 item che descrivono la risposta emotiva del soggetto alla malattia.

Gli item di tutte le sottoscale, ad eccezione dell'identità, sono valutati su una scala Likert a cinque punti. Si distinguono, cioè, cinque diverse possibili risposte: "fortemente in disaccordo"; "in disaccordo"; "né d'accordo né in disaccordo"; "d'accordo"; "fortemente d'accordo".

I criteri per lo scoring sono stati scelti in modo tale che ad alti punteggi corrispondano forti credenze in relazione ad una particolare dimensione. In conformità con questo è possibile rilevare che punteggi elevati in relazione a identità, conseguenze e decorso della malattia corrispondano rispettivamente a identificare la malattia mediante numerosi sintomi, ad aspettarsi conseguenze estremamente negative e un'evoluzione cronica. Inoltre, alti punteggi all'*illness coherence* riflettono una rappresentazione di malattia confusa e una sua scarsa comprensione. Ancora, un punteggio elevato nella sottoscala *emotional representations* è indice di una risposta intensa e negativa sotto il profilo delle emozioni. Infine, punteggi elevati di *Control* suggeriscono una maggiore fiducia nella capacità, personale e dei trattamenti di influenzare significativamente e in modo positivo il decorso della malattia (18).

3. *Coping Orientations to Problems Experienced (COPE)*

Il COPE (25) è uno strumento multidimensionale finalizzato alla misurazione di diverse modalità di *coping* che possono essere definite come abilità di fronteggiamento, vere e proprie strategie mediante le quali gli individui rispondono a situazioni stressanti (26, 27).

Si compone di 60 item raggruppabili in 15 differenti sottoscale di derivazione fattoriale ciascuna delle quali individua una diversa modalità di *coping*:

- a) *Attività* (intraprendere qualche azione per eliminare o ridurre lo stress);
- b) *Pianificazione* (riflettere, pianificare, elaborare strategie per superare il problema);
- c) *Soppressione di attività competitive* (mettere da parte ogni altra attività per dedicarsi più efficacemente al problema);
- d) *Contenimento* (aspettare l'occasione propizia per affrontare lo stress invece di agire impulsivamente);
- e) *Ricerca di informazioni* (chiedere consigli, assistenza, informazioni);
- f) *Ricerca di comprensione* (ottenere supporto morale, rassicurazioni, comprensione);
- g) *Sfogo emozionale* (esprimere emozioni, dare sfogo ai propri sentimenti);
- h) *Reinterpretazione positiva e crescita* (elaborare l'esperienza critica in termini positivi o di crescita umana);
- i) *Accettazione* (accettazione della situazione e/o della propria incapacità nell'affrontarla);
- l) *Dedicarsi alla religione* (cercare aiuto o conforto nella pratica religiosa);
- m) *Umorismo* (prenderci gioco della situazione, riderci sopra);
- n) *Negazione* (rifiutare l'esistenza della situazione critica, agire come se lo stress non esistesse);
- o) *Distacco comportamentale* (ridurre o rinunciare agli sforzi per fronteggiare la situazione stressante);

p) *Distacco mentale* (distrarsi, sognare ad occhi aperti, dormire più a lungo);

q) *Uso di droghe o alcool* (utilizzare sostanze stupefacenti o alcolici per meglio tollerare lo stress).

Il COPE prevede la somministrazione self-report. I soggetti devono indicare come si comportano, generalmente, quanto devono far fronte agli eventi difficili o stressanti della vita, con quale frequenza, cioè, attuano quel particolare processo di *coping*. Le possibili risposte si collocano su una scala a 4 punti: 1- "Di solito non lo faccio"; 2- "Lo faccio qualche volta"; 3- "Lo faccio con una certa frequenza"; 4- "Lo faccio quasi sempre".

4. *Cognitive Behavioral Assessment Forma Hospital (CBA-H)*

Il CBA-H è uno strumento nato per lo screening delle problematiche emozionali, comportamentali e psico-sociali, antecedenti e/o conseguenti alla sospetta o diagnosticata malattia organica (28, 29). Tale strumento deriva da una riduzione della Batteria CBA-2.0 (30), poco congeniale per tempi di compilazione e di interpretazione ed anche per le finalità che si prefigge. Rispetto alla forma originaria il CBA H si caratterizza per una ristrutturazione di parte degli item esistenti e un loro adattamento per i pazienti in regime ospedaliero/riabilitativo facilmente affaticabili. Per questo motivo, quindi, sembra idoneo ad essere utilizzato anche con soggetti affetti da sclerosi multipla. Ciò è supportato dal fatto che numerosi studi clinici relativi a patologie croniche (ad esempio cardiopatie e nefropatie), sono stati condotti proprio con l'ausilio di questo test (28). Le scale di cui è composto, inoltre, sembrano idonee a misurare l'adattamento psicologico alla malattia, considerato come costruito multidimensionale, in conformità con la ricerca di Jopson e Moss-Morris (18).

Il questionario è costituito da 152 items, espressi in forma dicotomica, tutti brevi e facilmente comprensibili, organizzati in quattro schede principali:

Scheda A: richiede al soggetto di completare gli items secondo le sensazioni esperite nel momento stesso in cui compila il test. È composta da 21 items raggruppati in tre scale che si riferiscono all'ansia di stato (A1), alla paura per situazioni connesse alla salute (A2) e alla presenza di reazioni depressive situazionali (A3).

Scheda B: richiede al soggetto di rispondere facendo riferimento a come si sentiva nei tre mesi antecedenti la compilazione del questionario. Comprende 23 items che individuano tre scale dirette a valutare il tono dell'umore (B1), lo stato di benessere psicofisico (B2) e la percezione di vita stressante (B3).

Scheda C: richiede di fornire le risposte tenendo presente il proprio carattere e comportamento in generale, riferiti ad un'ampia gamma di situazioni. Un totale di 61 items compone le seguenti scale: Nevroticismo (C1), Introversione/Estroversione (C2), Ansia sociale (C3), Fretta ed Impazienza (C4), Iper-

coinvolgimento (C5), Ostilità (C6), Incapacità a rilassarsi (C7), Difficoltà interpersonali (C8), Leadership/Competitività (C9) ed Irritabilità (C10). È possibile inoltre definire il repertorio comportamentale di Tipo A quale tratto unificante delle singole componenti descritte da C4, C5, C6, C7, C9, C10.

Scheda D: è una scala non metrica, composta da 47 items diretti ad analizzare le abitudini, i comportamenti a rischio per la salute, la qualità della vita affettiva, sessuale, occupazionale e sociale. Si distinguono pertanto diverse aree ciascuna delle quali valuta determinati indici di problematicità.

Procedura

I soggetti dello studio sono stati selezionati sulla base dei seguenti criteri di inclusione:

- Diagnosi certa di malattia (SM);
- Perfetta comprensione della lingua italiana;
- Soggetti di età compresa tra i 15 e i 65 anni al momento della diagnosi poiché un esordio precedente o successivo è considerato un'evenienza rara sulla base degli studi presenti in letteratura (1);
- Assenza di deficit cognitivi, attestata dall'*Expanded Disability Status Scale (EDSS)* messa a punto da Kurtzke (19, 20);
- Punteggio EDSS non superiore a 8 (= confinato sulla sedia a rotelle, incapace di fare un passo, conserva almeno in parte l'uso degli arti superiori), indicativo del grado di disabilità fisica del soggetto (19, 20).

I pazienti sono stati contattati, nell'ordine cronologico di presentazione, al termine della visita neurologica e dopo aver ricevuto informazioni sulle caratteristiche e le finalità della ricerca, hanno proseguito con la compilazione del modulo relativo al consenso informato e, infine, della batteria di test che comprende, in ordine di presentazione, il CBA-H, l'IPQ-R e il COPE.

Risultati

Al fine di indagare le relazioni esistenti tra rappresentazioni mentali della malattia, fattori di personalità, strategie di coping e adattamento sono state effettuate delle correlazioni mediante test di Pearson.

Come è possibile osservare nella tabella I l'uso di strategie potenzialmente disadattive aumenta in corrisponden-

Tabella I. Correlazioni tra strategie di coping (COPE) e sottoscale costitutive delle schede A, B, C del CBA-H

COPE	CBA-H								
	SCHEDA A		SCHEDA B			SCHEDA C			
r di Pearson p < .05	A1	A2	B1	B2	B3	C1	C2	C3	C8
<i>Coping disadattivo</i>	.296*	.303*	.240*		.261*			.238*	.399**
<i>Coping centrato sul problema</i>			-.261*	.243*		-.251*			
<i>Coping centrato sulle emozioni</i>							.318**		

Legenda: A1 Ansia di stato; A2 Paure sanitarie; B1 Tono dell'umore; B2 Benessere psicofisico; B3 Vita stressante; C1 Nevroticismo; C2 Introversione/ Estroversione; C3 Ansia sociale; C8 Difficoltà interpersonali.

za dell'aumento dell'ansia di stato, delle paure sanitarie, della percezione di vita stressante, dell'ansia sociale e delle difficoltà interpersonali. Inoltre è correlato con una diminuzione del tono dell'umore.

L'uso di abilità di *coping* centrate sul problema, invece, aumenta in corrispondenza dell'aumento della percezione di benessere psicofisico, del tono dell'umore e della riduzione del livello di instabilità emotiva, individuato dalla sottoscala *nevroticismo*.

Infine, il *coping* centrato sull'espressione emotiva mostra una correlazione significativa, di segno positivo, con l'estroversione.

Al fine di poter individuare quali fattori sono in grado di predire l'attivazione di strategie di fronteggiamento della malattia da parte del campione di soggetti con sclerosi multipla considerato nella ricerca, sono state eseguite, per ciascuna tipologia di *coping*, delle analisi di Regressione Lineare Multipla, utilizzando il metodo *stepwise*. In una prima analisi sono stati inseriti oltre alle componenti della rappresentazione mentale della malattia, il punteggio EDSS, la durata della malattia e l'età dei pazienti al momento della diagnosi. Di seguito vengono illustrati i singoli modelli di regressione ottenuti.

Per quanto riguarda il *coping* centrato sul problema, il modello di regressione ottenuto spiega il 9% della varianza. La percezione della malattia come ciclica sembra essere il miglior valore predittivo di tale indice (Tab. IIA).

Relativamente al *coping* centrato sulle emozioni il modello di regressione ottenuto spiega il 19.7% della varianza. La convinzione che l'insorgenza della malattia sia dovuta al caso o alla sfortuna e l'idea che la sclerosi multipla abbia un andamento ciclico sono i migliori stimatori dell'indice considerato (Tab. IIB).

Infine, il miglior valore predittivo per il *coping* potenzialmente disadattivo è rappresentato, di nuovo, dalla percezione di ciclicità della malattia che contribuisce unicamente al 7% della varianza (Tab. IIC).

Successivamente è stata effettuata una seconda Analisi di Regressione Lineare Multipla, condotta sempre con metodo *stepwise*, nella quale sono stati inclusi i fattori di personalità e le variabili oggettive di malattia considerate anche nella precedente.

Tabella IIA. Modello di regressione del coping centrato sul problema includendo nell'analisi le rappresentazioni di malattia e le variabili oggettive

Coping centrato sul problema	Adj R ² 0.090	F = 7,068	p = 0.010
Timeline cyclical		β = 0.325	p = 0.010

Tabella IIB. Modello di regressione del coping centrato sulle emozioni includendo nell'analisi le rappresentazioni di malattia e le variabili oggettive

Coping centrato sulle emozioni	Adj R ² 0.197	F = 8,506	p = 0.001
Timeline Cyclical		β = 0.387	p = 0.001
Caso o Sfortuna (causa 5)		β = -0.289	p = 0.014

Tabella IIC. Modello di regressione del coping potenzialmente disadattivo includendo nell'analisi le rappresentazioni di malattia e le variabili oggettive

Coping disadattivo	Adj R ² 0.071	F = 5,630	p = 0.021
Timeline cyclical		β = 0.293	p = 0.021

I modelli di regressione ottenuti mostrano un'elevata coerenza con quanto emerso dal test di correlazione di Pearson; più precisamente il miglior predittore del coping centrato sul problema risulta essere un basso punteggio ottenuto nella sottoscala "nevroticismo", il quale indica una buona stabilità emotiva da parte del soggetto. Tale indice spiega, da solo, l'8.1% della varianza (Tab. IIIA).

Per quel che riguarda il coping centrato sulle emozioni il modello di regressione ottenuto spiega il 20.6% della varianza ed individua come stimatori della variabile considerata uno stile collaborativo nelle relazioni interpersonali, la propensione ad essere estroversi e la presenza di difficoltà interpersonali (Tab. IIIB).

Per concludere, il modello ottenuto in merito al coping disadattivo spiega il 13.5% della varianza ed indica che il miglior valore predittivo della variabile considerata è costituito, ancora una volta, dalla presenza di difficoltà interpersonali (Tab. IIIC).

Tabella IIIA. Modello di regressione del coping centrato sul problema includendo nell'analisi i fattori di personalità e le variabili oggettive

Coping centrato sul problema	Adj R ² 0.081	F = 5,522	p = 0.022
C1 Nevroticismo		β = -0.284	p = 0.022

Tabella IIIB. Modello di regressione del coping centrato sulle emozioni includendo nell'analisi i fattori di personalità e le variabili oggettive

Coping centrato sulle emozioni	Adj R ² 0.206	F = 6,540	p = 0.001
C2 Introversione/Estroversione		β = 0.421	p = 0.001
C8 Difficoltà Interpersonali		β = 0.280	p = 0.020
C9 Leadership/Competitività		β = -0.230	p = 0.044

Tabella IIIC. Modello di regressione del coping potenzialmente disadattivo includendo nell'analisi i fattori di personalità e le variabili oggettive

Coping disadattivo	Adj R ² 0.135	F = 11,025	p = 0.001
C8 Difficoltà Interpersonali		β = 0.386	p = 0.001

Discussione

Dalle analisi effettuate sui dati a disposizione, sono emersi risultati estremamente interessanti, molti dei quali confermano studi precedenti. Come abbiamo visto esistono evidenze a favore di un contributo fondamentale delle strategie di coping ad un adattamento psicologico alla patologia più o meno funzionale; in particolare, come già affermato in precedenza, in riferimento alla distinzione di Lazarus e Folkman (8), numerose ricerche mostrano che strategie di coping centrate sul problema sono collegate ad un adattamento migliore (9, 10, 11), mentre strategie focalizzate sull'emozione e orientate all'evitamento sono collegate a un modesto adattamento e ad una scarsa qualità della vita (9, 10, 11, 12, 13). Date queste premesse diventa interessante indagare i fattori che contribuiscono all'attivazione di una particolare strategia di coping rispetto alle altre.

Il presente lavoro si proponeva, principalmente, di indagare le relazioni esistenti tra rappresentazioni mentali della malattia, strategie di coping e fattori di personalità. L'analisi di Regressione Lineare Multipla evidenzia il ruolo svolto da una particolare dimensione della rappresentazione mentale della malattia, relativa alle convinzioni dei soggetti circa l'andamento temporale della patologia; più precisamente, la percezione della malattia come ciclica produce un'attivazione aspecifica di tutte le strategie di coping. Alla luce di ciò è stata condotta successivamente un'ulteriore analisi la quale ha evidenziato il ruolo fondamentale dei fattori di personalità nel determinare l'utilizzo di una particolare strategia piuttosto che un'altra. In particolare la propensione di una persona ad una buona stabilità emozionale costituisce il miglior predittore dell'utilizzo di strategie di coping centrate sul problema; la presenza di componenti introspettive che ostacolano i rapporti interpersonali rappresenta, invece, il miglior stimatore dell'attivazione del coping disadattivo oppure, unitamente alla propensione a vivere in modo collaborativo le attività connesse a situazioni di gruppo e ad essere una persona socievole ed estroversa costituisce il miglior indice predittivo delle strategie di coping centrate sulle emozioni.

Qualunque tipo di malattia cronica, indipendentemente dalla sua origine, costringe la persona che ne è affetta a profonde modificazioni, che coinvolgono molteplici aspetti, al fine di adattarsi alla nuova condizione. Nel caso della sclerosi multipla questo processo risulta ancora più complesso, soprattutto a causa dell'imprevedibilità della malattia che pone l'individuo in una situazione di costante incertezza. A questa caratteristica si associano la tendenza a colpire persone giovani, nel periodo di vita più produttivo, unitamente alla grave disabilità che la malattia comporta. È importante, pertanto, intervenire sul disagio psicologico creato dalla patologia e dalle sue conseguenze per favorire il processo di adattamento e quindi, in ultima analisi, migliorare la qualità della vita dei pazienti.

Proprio per questo, alla luce dei risultati ottenuti, diventa fondamentale una valutazione psicologica multidimensionale, che consideri, cioè, molteplici aspetti. In ambito applicativo questo comporta la necessità di elaborare modelli di intervento basati non solo sul coping ma che tengano in considerazione anche i contributi che esso riceve dalle rappresentazioni mentali della malattia e dai fattori di personalità.

Bibliografia

- 1) Canal N, Ghezzi A, Zaffaroni M, Zibetti A. Sclerosi multipla. Attualità e prospettive. Milano: Masson, 1999.
- 2) Zani B, Cicognani E. Psicologia della salute. Bologna: Il Mulino, 2000.
- 3) Petrillo G. Psicologia sociale della salute. Napoli: Liguori Editore, 1996.
- 4) Grant I, Brown GW, Harris T, McDonald WI, Patterson T, Trimble MR. Severely threatening events and marked life difficulties preceding onset or exacerbation of multiple sclerosis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1989; 52: 8-13.
- 5) Goodkin DE, Hertsgaard D, Rudick RA. Exacerbation rates and adherence to disease type in a prospectively followed-up population with multiple sclerosis. Implications for clinical trials. *Arch Neurol* 1989; 46: 1107-12.
- 6) Warren S, Greenhill S, Warren KG. Emotional stress and the development of multiple sclerosis: case-control evidence of a relationship. *J Chronic Dis* 1982; 35: 821-31.
- 7) Arnett PA, Higginson CI, Voss WD, Randolph JJ, Grandey AA. Relationship Between Coping, Cognitive Dysfunction and Depression in Multiple Sclerosis. *Clin Neuropsychol* 2002; 16: 341-55.
- 8) Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal and coping. New York: Springer, 1984.
- 9) Pakenham KI, Steward CA, Rogers A. The role of coping in adjustment to multiple sclerosis-related adaptive demands. *Psychology, Health & Medicine* 1997; 2: 197-211.
- 10) Aikens JE, Fischer JS, Namey M, Rudick RA. A replicated prospective investigation of life stress, coping, and depressive symptoms in multiple sclerosis. *J Behav Med* 1997; 20: 433-45.
- 11) Mohr DC, Goodkin DE, Gatto N, Van der Wende J. Depression, coping and level of neuropsychological impairment in multiple sclerosis. *Mult Scler* 1997; 3: 254-58.
- 12) Buelow JM. A correlation study of disabilities, stressors and coping methods in victims of multiple sclerosis. *J Neurosci Nurs* 1991; 23: 247-52.
- 13) Pakenham KI. Adjustment to Multiple Sclerosis: Application of a Stress and Coping Model. *Health Psychol* 1999; 18: 383-92.
- 14) Schiaffino KM, Shawarzyn MA, Blum D. Examining the impact of illness representations on psychological adjustment to chronic illnesses. *Health Psychol* 1998; 17: 262-68.
- 15) De Ridder D, Schreurs K, Bensing J. The relative benefits of being optimistic: optimism as a coping resource in multiple sclerosis and Parkinson's disease. *Br J Health Psychol* 2000; 5: 141-55.
- 16) Matson RR, Brooks NA. Adjusting to multiple sclerosis: an exploratory study. *Soc Sci Med* 1997; 11: 245-50.
- 17) Zeldow P, Pavlou M. Physical and Psychosocial Functioning in multiple sclerosis: descriptions, correlations and a tentative typology. *Br J Med Psychol* 1998; 61: 185-95.
- 18) Jopson NM, Moss-Morris R. The role of illness severity and illness representations in adjusting to multiple sclerosis. *J Psychosom Res* 2003; 54: 503-11.
- 19) Kurtzke JF. Rating neurologic impairment in multiple sclerosis: an expanded disability status scale (eds). *Neurology* 1983; 33: 1444-52.
- 20) Amato MP, Grimaud J, Achiti I, Bartolozzi ML, Adeleine P, Hartung HP, Kappos L, Thompson A, Trojano M, Vukusic S, Confavreux C; Evaluation of the EDMUS system (EVALUED) Study Group. European validation of a standardized clinical description of multiple sclerosis. *J Neurol* 2004; 251: 1472-80.

- 21) Weinman J, Petrie KJ, Moss-Morris R, Horne R. The illness perception questionnaire: a new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychol Health* 1996; 11, 114-29.
- 22) Moss-Morris R, Weinman J, Petrie KJ, Horne R, Cameron LD, Buick D. The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychol Health* 2002; 17: 1-16.
- 23) Majani G, Giardini A, Pierobon A, Catapano I. Rappresentazioni della malattia in differenti patologie croniche: contributo alla validazione italiana dell'IPQ-R. Libro degli abstract del VI Congresso Nazionale SIPSA, Napoli, 2004: 161-162.
- 24) Leventhal H, Leventhal EA, Cameron L. Representations, procedures and affect in illness self-regulation: a perceptual-cognitive model, in: A. Baum, T. Revenson, J Singer (eds.). *Handbook of health psychology*, New York: Earlbaum, 2001: 19-48.
- 25) Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK. Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *J Pers Soc Psychol* 1989; 56: 267-83.
- 26) Sica C, Novara C, Dorz S, Sanavio E. Coping Orientation to Problems Experienced (COPE): traduzione ed adattamento italiano. *Bollettino di Psicologia Applicata* 1997; 223: 25-34.
- 27) Sica C, Novara C, Dorz S, Sanavio E. Coping strategies: evidence for cross-cultural differences? A preliminary study with the Italian version of Coping Orientation to Problems Experienced (COPE). *Personality and Individual Differences* 1997; 17: 1025-29.
- 28) Zotti A M, Bertolotti G, Michielin P, Sanavio E, Vidotto G. *Linee guida per lo screening di tratti di personalità, cognizioni e comportamenti avversi alla salute. Manuale d'uso per il CBA forma Hospital*. Pavia: Maugeri Foundation Books, 2000.
- 29) Bertolotti G, Sanavio E, Zotti A M. Il CBA Forma Hospital. In: Sanavio E. *Le Scale CBA*. Milano: R. Cortina, 2002: 158 - 234.
- 30) Sanavio E, Bertolotti G, Michielin P, Vidotto G, Zotti AM. *CBA-2.0 Scale Primarie: Manuale*. Seconda edizione ampliata. Firenze: Organizzazioni Speciali, 1997.

Richiesta estratti: Giorgia Bianconi - Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena - Policlinico - Via Del Pozzo, 71 - 41100 Modena, Italy - Tel. 059-422 3116, Fax 059-422 4369, Email: bianconi.giorgia@policlinico.mo.it