

# Strategie di coping nella schizofrenia: studio delle variabili cliniche e funzionali come determinanti delle modalità di adattamento allo stress

## *Coping styles in schizophrenia: study of clinical and functional variables as determinants of strategies to cope with stress*

SERENA ZAPPÀ, CRISTIANA MONTEMAGNI, ANTONIO MACRÌ, LUISA SANDEI,  
MONICA SIGAUDO, PAOLA ROCCA  
E-mail: paola.rocca@unito.it

Dipartimento di Neuroscienze, Sezione di Psichiatria, Università di Torino

**RIASSUNTO. Scopo.** Lo scopo di questo studio è quello di analizzare la relazione tra gli stili di coping e le variabili cliniche e funzionali in una popolazione di pazienti con diagnosi di schizofrenia in fase stabile. **Metodi.** Quarantasette pazienti consecutivi sono stati arruolati in uno studio trasversale. È stata effettuata una valutazione clinica, che includeva: la Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), la Calgary Depression Scale for Schizophrenia (CDSS), la Scale for the Assessment of Unawareness of Mental Disorder (SUMD), la Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES), la Quality of Life Scale (QLS) e il questionario Short Form Health Survey 36 (SF-36). Le strategie di coping sono state valutate tramite il Coping Inventory for Stressful Situations (CISS) che identifica tre principali stili di coping: task-, emotion- e avoidance-oriented. Sono stati applicati tre differenti modelli di regressione multipla backward al fine di indagare possibili fattori contribuenti alle strategie di coping. **Risultati.** Dall'analisi di regressione multipla, i sintomi depressivi e la qualità di vita oggettiva risultavano essere fattori contribuenti allo stile di coping task-oriented, con una varianza spiegata del 32% circa. La sintomatologia negativa, la qualità di vita soggettiva, l'autostima, la consapevolezza dei sintomi psicotici e la loro attribuzione alla malattia sono risultati fattori contribuenti alle strategie di coping emotion-oriented, con una varianza spiegata del 60% circa. **Discussione.** Dai nostri risultati è emerso il ruolo di alcune variabili sia cliniche sia funzionali come fattori contribuenti agli stili individuali di coping. In quest'ottica il ricorso a interventi di supporto e riabilitazione e a terapie cognitivo-comportamentali, mirate alla gestione dei sintomi psicotici e degli eventi stressanti, potrebbe indirizzare i pazienti ad adottare strategie più adattative, influenzando positivamente gli indici di esito.

**PAROLE CHIAVE:** schizofrenia, strategie di coping, qualità di vita, autostima, consapevolezza di malattia.

**SUMMARY. Aim.** The purpose of this study was to analyze the relation between coping styles, and both clinical and functional variables in a sample of patients with stable schizophrenia. **Methods.** Forty-seven consecutive outpatients were enrolled in a cross-sectional study. A clinical assessment was performed and included: the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), the Calgary Depression Scale for Schizophrenia (CDSS), the Scale for the Assessment of Unawareness of Mental Disorder (SUMD), the Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES), the Quality of Life Scale (QLS) and the questionnaire Short Form Health Survey 36 (SF-36). Coping strategies were assessed with the Coping Inventory for Stressful Situations (CISS), identifying three main coping styles: task-, emotion- and avoidance-oriented. Three different multiple regression models with backward elimination were performed in order to discover contributing factors to coping styles. **Results.** From the results of multiple regression, depressive symptoms and objective quality of life were contributing factors to task-oriented coping style, explaining about 32% of variance. Negative symptoms, subjective quality of life, self-esteem, awareness of symptomatology and attribution of symptoms to illness resulted to be contributing factors to emotion-oriented coping strategies, explaining about 60% of variance. **Discussion.** These results suggested the role of some clinical and functional variables as contributing factors to coping styles. In this context, supportive and rehabilitative interventions and cognitive-behavioral therapy focused to manage psychotic symptoms and to decrease distress could help patients to employ more adaptive coping strategies and improve their outcomes.

**KEY WORDS:** schizophrenia, coping styles, quality of life, self-esteem, insight.

## INTRODUZIONE

Le modalità di risposta soggettiva alle situazioni stressanti e agli eventi di vita avversi, inclusi i disturbi mentali, rappresentano un'importante risorsa dell'adattamento individuale, influenzando la salute psicofisica (1). In accordo alla teoria cognitivo-relazionale, il concetto di coping può essere definito come l'insieme delle strategie cognitive e comportamentali che ciascun individuo mette in atto per far fronte a specifiche esigenze esterne o interne vissute come imposizioni o come superiori alle risorse del soggetto (2). Uno degli approcci più noti di valutazione del coping è quello proposto da Endler e Parker (3), che raggruppa le diverse modalità di coping in tre principali stili: operativo o orientato al compito (*task-oriented*); emotivo o orientato alle emozioni (*emotion-oriented*); evitante (*avoidance-oriented*). Il coping di tipo operativo ha come elemento fondamentale la risoluzione attiva e diretta di un problema mediante strategie cognitive e comportamentali mirate. Lo stile di coping emotivo include risposte emotive che non tendono a modificare la situazione ma rappresentano piuttosto il tentativo di attribuirle un significato; è caratterizzato da abilità di regolazione affettiva che consentono di mantenere una prospettiva di speranza e controllo delle proprie emozioni oppure di abbandono alle stesse, con tendenza a preoccuparsi, sfogarsi o a rassegnarsi. Le strategie di coping evitante sono proprie, invece, di coloro che evitano una situazione stressante utilizzando attività di diversivo sociale o intraprendendo un compito sostitutivo, di distrazione. Nonostante il coping rappresenti un processo dinamico con un'elevata variabilità intraindividuale e situazionale, in ciascun soggetto è individuabile uno stile di coping prevalente, che può essere più o meno valido nella gestione di un problema (4). In particolare, gli stili di coping emotivo ed evitante vengono comunemente considerati maladattivi se confrontati con le strategie orientate al compito, che risultano più attive ed efficaci (2,5,6).

Secondo numerosi studi, i pazienti affetti da schizofrenia tendono a utilizzare una limitata gamma di stili di coping (6-9), rappresentata da strategie per lo più inflessibili, inefficaci e maladattive come l'evitamento (9-11), che influenzano negativamente gli indici di esito, quali la percentuale di ricadute, la gravità di malattia, il funzionamento socio-lavorativo e la qualità di vita (12-17). Negli ultimi anni sono stati condotti diversi studi mirati a indagare i predittori delle strategie di coping messe in atto dai pazienti. È stato evidenziato che pazienti con sintomi negativi meno gravi attuano più spesso modalità di coping efficaci e attive, mentre una più grave sintomatologia negativa si associa alla

tendenza all'evitamento e all'utilizzo preferenziale di strategie di coping emotivo (18-21). La prevalenza di sintomi positivi si associa, invece, alla tendenza a gestire le situazioni di stress con strategie attive (22) e ricorrendo a un repertorio abbastanza vario di modalità di coping (13,23,24). Ulteriori fattori che influenzano le modalità di coping utilizzate sono, inoltre, l'autostima, la self-efficacy (il sentimento di efficacia personale) e la qualità di vita soggettivamente esperita dal paziente (o benessere soggettivo); tali variabili soggettive sono considerate, infatti, possibili fattori che facilitano l'adozione di strategie di adattamento efficaci (1,25). Anche la consapevolezza di malattia sembra essere correlata alle modalità di coping: pazienti con una scarsa consapevolezza di malattia ricorrono prevalentemente a meccanismi di coping maladattivi, di negazione ed evitamento (26-28).

Phillips et al., in una revisione della letteratura del 2009 (9), hanno, tuttavia, evidenziato come gli studi finora condotti siano eterogenei e poco confrontabili tra loro per quanto concerne sia le caratteristiche dei campioni sia le scale di valutazione del coping utilizzate. Pochi studi, inoltre, hanno indagato il coping in relazione a variabili cliniche in concomitanza a quelle funzionali. È importante, pertanto, ampliare tale campo di ricerca, utilizzando metodi di valutazione del coping validati e condivisi.

L'obiettivo del presente studio è l'analisi della relazione tra gli stili di coping e le variabili socio-demografiche, cliniche e funzionali in una popolazione di pazienti con diagnosi di schizofrenia in fase stabile. La nostra ipotesi di lavoro è che esistano dei fattori contribuenti a determinare la strategia di adattamento principalmente utilizzata e che tali fattori siano individuabili in variabili non solo cliniche, ma anche funzionali, sia soggettive sia oggettive.

## MATERIALI E METODI

### *Soggetti*

I pazienti inclusi nel presente studio sono stati reclutati da una popolazione di pazienti ambulatoriali consecutivi afferenti alla Clinica Psichiatrica Universitaria, Struttura Semplice Complessa a Valenza Dipartimentale (SSCVD), Coordinamento Assistenziale Psichiatrico Ospedale-Territorio, Dipartimento di Neuroscienze, Università di Torino e il Dipartimento di Salute Mentale Interaziendale ASL 1-Molinette, nel periodo compreso tra luglio 2008 e luglio 2009. I pazienti, inizialmente valutati da uno psichiatra al fine di verificare se soddisfacevano i criteri del DSM-IV-TR per una diagnosi di schizofrenia, venivano successivamente visitati dal nostro gruppo di ricerca (C.M., S.Z.). I pazienti

venivano esclusi dallo studio se presentavano in comorbilità attuale un altro disturbo in asse I oltre alla diagnosi di schizofrenia, un'attuale o pregressa diagnosi di autismo o di altro disturbo pervasivo dello sviluppo, una diagnosi di disturbo psicotico dovuto a condizione medica generale e una storia di trauma cranico grave (più di 48 ore di coma).

I pazienti sono stati valutati clinicamente stabili da almeno 6 mesi dallo psichiatra curante, ovvero durante tale periodo tutti i pazienti sono stati trattati in regime ambulatoriale, il trattamento farmacologico non ha subito modificazioni e non si sono verificate modificazioni sostanziali nel quadro psicopatologico. In aggiunta ai dati clinici, la schizofrenia è stata considerata in fase stabile in base a quanto riportato dai pazienti stessi e alle osservazioni del personale della struttura psichiatrica e dei familiari.

I pazienti sono stati valutati tramite un'intervista semi-strutturata, al fine di raccogliere dati relativi alle variabili demografiche e alla storia psichiatrica. In particolare, sono state raccolte le seguenti informazioni: età, genere, scolarità, anamnesi familiare, età di insorgenza della malattia (calcolata sulla base del primo contatto con i servizi psichiatrici), durata di malattia, numero di ospedalizzazioni (sia volontarie sia obbligatorie) e tipo di trattamento psicofarmacologico assunto. La diagnosi di schizofrenia è stata confermata da due esperti psichiatri (C.M., S.Z.) utilizzando la Structural Clinical Interview for DSM-IV Disorders (SCID) (29). I due psichiatri erano a conoscenza della diagnosi precedente e avevano a disposizione la cartella clinica precedente per tutti i pazienti.

Il consenso informato scritto è stato ottenuto da tutti i pazienti dopo una completa descrizione dello studio. Questo studio è stato condotto in accordo ai principi etici della Dichiarazione di Helsinki del 1964 ed è stato approvato dal Comitato Etico Interaziendale AOU San Giovanni Battista-AO CTO/Maria Adelaide.

### Valutazione psichiatrica

La gravità di malattia e la psicopatologia sono state indagate tramite la Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) (30) che include le sottoscale: Positive Symptom Subscale (PANSS-P), che valuta la sintomatologia positiva, Negative Symptom Subscale (PANSS-N), che valuta la sintomatologia negativa, e General Psychopathology Subscale (PANSS-G), che valuta la psicopatologia generale. La presenza di sintomi depressivi è stata indagata tramite la Calgary Depression Scale for Schizophrenia (CDSS) (31), specificatamente messa a punto per la valutazione della depressione nella schizofrenia.

La qualità di vita dei pazienti è stata valutata tramite la Quality of Life Scale (QLS) (32), che esamina la qualità di vita da un punto di vista oggettivo, attraverso quattro domini: relazioni interpersonali (QLS1), ruolo occupazionale (QLS2), fondamenti intrapsichici (QLS3) e oggetti e attività comuni (QLS4).

Per indagare la qualità di vita da un punto di vista soggettivo, è stato utilizzato il questionario Short Form He-

alth Survey 36 (SF-36) (33) che valuta lo stato di salute dei pazienti nelle quattro settimane precedenti la valutazione; il questionario si articola in 36 domande che si riferiscono concettualmente a otto domini di salute: attività fisica (SF-36 attività fisica), limitazioni di ruolo dovute alla salute fisica (SF-36 ruolo e salute fisica) e limitazioni di ruolo dovute allo stato emotivo (SF-36 ruolo e stato emotivo), dolore fisico (SF-36 dolore fisico), percezione dello stato di salute generale (SF-36 salute in generale), vitalità (SF-36 vitalità), attività sociali (SF-36 attività sociali), salute mentale (SF-36 salute mentale).

Ai pazienti è stato inoltre richiesto di compilare la Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES) ai fini di indagare l'autostima (34).

Abbiamo utilizzato la Scale for the Assessment of Unawareness of Mental Disorder (SUMD) per indagare tre specifici aspetti dell'insight: la consapevolezza di disturbo mentale (SUMDm), la consapevolezza degli effetti della farmacoterapia (SUMDf) e la consapevolezza delle conseguenze sociali (SUMDs). La scala è composta, inoltre, di due ulteriori sottoscale (SUMDc e SUMDa) che consentono di valutare l'insight su due dimensioni: la "consapevolezza" di specifici sintomi o segni di malattia e la loro "attribuzione" alla patologia psichica da parte dei pazienti.

Le strategie di coping sono state valutate tramite il Coping Inventory for Stressful Situations (CISS) (3), costituito da tre scale di valutazione, ognuna di 16 item, che consentono di identificare tre stili di coping: task-oriented, emotion-oriented e avoidance-oriented.

### Analisi Statistica

È stata eseguita un'analisi di regressione lineare univariata tra i punteggi alle scale della CISS (punteggi task-, emotion- e avoidance-oriented) e ogni variabile continua.

Tutte le variabili cliniche risultate significativamente correlate ai punteggi delle scale della CISS sono state successivamente analizzate tramite un'analisi di regressione multipla backward, utilizzando i punteggi della CISS come variabile dipendente, al fine di testare il contributo indipendente di tali variabili nella scelta delle strategie di coping nel nostro campione.

Il livello di significatività statistica è stato stabilito per valori di  $p < 0,05$ .

L'analisi statistica è stata condotta con l'ausilio del Sistema Software Statistical Package for the Social Sciences, SPSS, versione 17 (SPSS, 2008).

## RISULTATI

Nel nostro studio sono stati arruolati 47 pazienti consecutivi. Le caratteristiche demografiche e cliniche della popolazione indagata sono riassunte in **Tabella 1**; le caratteristiche del funzionamento e delle strategie di coping sono riassunte in **Tabella 2**.

*Strategie di coping nella schizofrenia*

**Tabella 1. Caratteristiche demografiche e psicopatologiche del campione (n=47)**

Variabile	
Genere, M/F	23/24
Età, anni (media ± DS)	43,0 ± 11,6
Scolarità, anni (media ± DS)	11,3 ± 4,30
Sottotipi di schizofrenia, %	
Paranoide	64%
Disorganizzato	0%
Indifferenziato	20%
Catatonico	0%
Residuo	16%
Durata di malattia, anni (media ± DS)	15,9 ± 11,0
Esordio di malattia, anni (media ± DS)	27,9 ± 7,90
Antipsicotici di prima generazione, %	28%
Antipsicotici di seconda generazione, %	72%
TSV (media ± DS)	3,34 ± 4,02
TSO (media ± DS)	,64 ± ,98
Ricoveri tot (media ± DS)	3,95 ± 4,20
PANSS-P (media ± DS)	13,7 ± 6,31
PANSS-N (media ± DS)	21,6 ± 6,63
PANSS-G (media ± DS)	32,9 ± 8,58
CDSS (media ± DS)	4,28 ± 4,31
SUMDm (media ± DS)	2,20 ± 1,19
SUMDf (media ± DS)	2,17 ± 1,04
SUMDs (media ± DS)	2,91 ± 1,19
SUMDc (media ± DS)	3,26 ± ,89
SUMDa (media ± DS)	3,63 ± ,95
RSES (media ± DS)	27,7 ± 5,32

I risultati dell'analisi di regressione lineare univariata tra i punteggi della CISS e le variabili cliniche e funzionali sono riassunti in **Tabella 3**. Sono state successivamente applicate tre specifiche analisi di regressione multipla backward al fine di analizzare le relazioni tra le variabili cliniche e ciascuno stile di coping; le variabili significativamente correlate con i punteggi della CISS ( $p < 0,05$ ) sono state inserite nei modelli di regressione, per valutare quali risultassero fattori contribuenti alle strategie di coping attuate (**Tabella 4**). Dai nostri risultati è emerso che i sintomi depressivi e la qualità di vita relativamente all'ambito "fondamenti intrapsichici" (QLS3) risulterebbero comportarsi da fattori contribuenti allo stile di coping operativo, con una varianza spiegata del 32% circa. Per quanto riguarda le strategie di coping emotivo, dalla nostra analisi è risultato che la sintomatologia negativa, l'autosti-

**Tabella 2. Caratteristiche del funzionamento e delle strategie di coping del campione di pazienti in studio (n=47)**

Variabile	Media ± DS
QLS totale	57,9 ± 19,8
QLS1	20,3 ± 8,31
QLS2	10,2 ± 5,45
QLS3	20,4 ± 7,96
QLS4	8,83 ± 6,56
SF-36 totale	99,3 ± 11,9
SF-36 attività fisica	25,3 ± 5,52
SF-36 ruolo e salute fisica	6,51 ± 1,77
SF-36 dolore fisico	9,30 ± 2,63
SF-36 salute generale	17,1 ± 4,15
SF-36 vitalità	14,3 ± 3,70
SF-36 attività sociali	6,91 ± 1,82
SF-36 ruolo e stato emotivo	5,43 ± 3,82
SF-36 salute mentale	20,3 ± 4,48
CISS task-oriented	50,3 ± 13,4
CISS emotion-oriented	42,5 ± 14,4
CISS avoidance-oriented	41,9 ± 11,0

ma, lo stato di salute nell'ambito "ruolo e salute fisica", la consapevolezza dei sintomi psicotici e la loro attribuzione alla malattia influenzerebbero tale modalità adattativa, con una varianza spiegata del 60% circa.

**DISCUSSIONE**

Il nostro studio si è proposto di indagare la relazione tra stili di coping e variabili cliniche e funzionali in una popolazione di pazienti con diagnosi di schizofrenia in fase stabile.

La valutazione del coping risulta complicata dall'eterogeneità dei metodi utilizzati in letteratura, difficilmente comparabili tra loro (8). Nel nostro studio abbiamo scelto di indagare le strategie di coping con l'approccio metodologico messo a punto da Endler e Parker (3), che valuta il funzionamento adattativo dei pazienti tramite la CISS. Le elevate affidabilità e validità di questa scala, già ampiamente convalidata (35), hanno permesso di confrontare i nostri risultati con altri studi che hanno utilizzato la medesima modalità di valutazione.

Dai nostri dati è risultato che la sintomatologia depressiva e la qualità di vita oggettiva contribuirebbero all'adozione di uno stile di coping di tipo operativo. In particolare, i pazienti che mostravano sintomi depressivi meno gravi utilizzavano per lo più strategie di coping attivo, probabilmente perché meno inabilitati nella gestione delle attività di vita quotidiana e dotati di maggiori risorse per pianificare i compiti da svolgere

Zappia S et al.

**Tabella 3. Risultati dell'analisi di regressione lineare univariata**

Variabile	Task-oriented			Emotion-oriented		
	$\beta$ standardizzato	t	p	$\beta$ standardizzato	t	p
PANSS-G	-,407	-2,672	,011			
PANSS-N				-,516	-3,612	,001
CDSS	-,462	-3,126	,003	,326	2,072	,045
QLS3	,323	2,045	,048			
SF36-ruolo e salute fisica				-,472	-3,215	,003
SF36-vitalità				-,560	-4,060	,000
SF36-ruolo e stato emotivo				-,446	-2,988	,005
SF36-salute mentale	,362	2,331	,025	-,425	-2,815	,008
SF36-salute generale	,342	2,182	,036	-,528	-3,728	,001
SF36-attività sociali				-,530	-3,754	,001
RSES	,396	2,551	,015	-,541	-3,807	,001
SUMDm				-,374	-2,389	,022
SUMDf				-,399	-2,573	,014
SUMDc				-,402	-2,598	,014
SUMDa				-,395	-2,546	,015

**Tabella 4. Modelli di regressione multipla backward**

Dipendente variabile	Fattore contribuyente	$\beta$ standardizzato	t	p	R <sup>2</sup> corretto
Task-oriented	CDSS	-,468	-3,402	,002	,32
	QLS3	,361	2,627	,013	
Emotion-oriented	PANSS-N	-,448	-3,584	,001	,60
	SUMDc	,702	2,486	,019	
	SUMDa	-,795	-3,084	,004	
	RSES	-,412	-3,244	,003	
	SF-36 ruolo e salute fisica	-,285	-2,326	,027	

(20). Tale risultato è in accordo con numerosi dati presenti in letteratura (9,15,20,36,37), che dimostrano come gruppi di pazienti con schizofrenia e sintomatologia depressiva presentino una compromissione sia oggettiva sia soggettiva dell'attenzione e delle capacità di problem solving, fondamentali per attuare strategie di coping operativo. Alcuni studi indicano, in aggiunta, che il pessimismo, la rassegnazione e i livelli d'ansia che si accompagnano alla depressione si associano alla tendenza a ignorare o affrontare male gli eventi stressanti, piuttosto che a considerarli in un'ottica costruttiva (20).

I risultati del nostro studio hanno evidenziato, inoltre, che anche la qualità di vita oggettiva sarebbe un fattore che influenza la preferenza di strategie di coping operativo. In particolare, dalla nostra analisi è

emerso che a contribuire alla scelta di tale strategia era la sottoscala "Fondamenti intrapsichici" della QLS. Tale sottoscala dà un giudizio clinico riguardo alla capacità di progettualità, al grado di motivazione, alla capacità di finalizzazione, al desiderio di conoscenza e alle capacità di impegno, di divertimento e di empatia, tutti aspetti che si legano anche a un buon funzionamento e a un coping attivo. È ipotizzabile che pazienti che presentavano una migliore qualità di vita sotto questo punto di vista, avendo quindi delle forti spinte motivazionali e delle buone abilità di finalizzazione, affrontassero le situazioni potenzialmente stressanti con una strategia di tipo operativo, piuttosto che stili di tipo evitante o emotivo. Bisogna, comunque, sottolineare che il rapporto causa-effetto tra strategie di coping ed esiti funzionali, allo stato attuale, non è stato ancora

*Strategie di coping nella schizofrenia*

chiarito e appare biunivoco (38): le evidenze in letteratura suggeriscono come il coping, a sua volta, possa essere un importante fattore determinante della qualità di vita e strategie più adattative influenzino positivamente gli esiti funzionali (8,10,20,39) sia di per sé sia come mediatori dei sintomi psicotici e dei deficit cognitivi (9).

Per quanto riguarda lo stile di coping emotivo, dal nostro studio è emerso che la sintomatologia negativa, l'insight, l'autostima e la qualità di vita soggettiva potrebbero comportarsi da fattori contribuenti nei confronti di tale strategia adattativa. La nostra analisi ha dimostrato, in particolare, che pazienti con minori livelli di autostima mettevano maggiormente in atto strategie di adattamento poco efficaci, quali le strategie emotive. In questo caso la relazione da noi riscontrata è in accordo con i dati presenti in letteratura (1,40), dove viene sostenuto che gli individui con migliori livelli di autostima tendono a prediligere uno stile di coping di tipo operativo. Possiamo ipotizzare che i pazienti con schizofrenia, con una miglior considerazione di sé e una certa fiducia nelle proprie possibilità, fronteggino lo stress con una strategia di coping più adattativa, quale quella operativa, rispetto a pazienti più compromessi; questi ultimi, invece, presenteranno probabilmente una scarsa autostima e saranno quindi meno propensi ad affrontare direttamente il problema, ripiegando così su strategie emotion-oriented (41). Vi è, tuttavia, una lacuna di studi che esplorano l'influenza dell'autostima sulle strategie di coping, mentre più numerosi sono i risultati a proposito dell'autostima come esito degli stili di coping.

Per quanto riguarda l'insight, è interessante notare come dal nostro studio sia emerso il suo ruolo in termini di fattore contribuente alla scelta delle strategie di coping. Dai nostri dati è risultato che una maggiore "consapevolezza dei sintomi" (valutata attraverso la sottoscala SUMDc) si associava a un minor utilizzo del coping emotivo, mentre pazienti con una migliore capacità di "attribuzione dei sintomi al disturbo" psicotico (indagata dalla sottoscala SUMDa) sembravano ricorrere più frequentemente a strategie di questo tipo. Questi dati confermano il concetto di multidimensionalità dell'insight (42) e, nello specifico, che consapevolezza e attribuzione di malattia ne rappresenterebbero due aspetti distinti: la "consapevolezza dei sintomi" consiste nell'abilità di riconoscere che una certa esperienza è strana o inusuale, mentre "l'attribuzione dei sintomi" richiede la capacità di interpretare questa esperienza come un sintomo causato dal disturbo (43). Possiamo ipotizzare, pertanto, che nel nostro campione i pazienti che attribuiscono i sintomi alla propria ma-

lattia, essendo consapevoli di più aspetti del disturbo e delle difficoltà legate a esso, potrebbero autolimitarsi nell'affrontare direttamente la situazione stressante prediligendo strategie di tipo emotivo, sottraendosi così a ulteriori stress e preservando la propria autostima. Al contrario, pazienti consapevoli della propria sintomatologia, ma non in grado di ricondurla a un disturbo psichiatrico, potrebbero ricorrere meno a questo meccanismo di difesa. I risultati presenti in letteratura sono discordanti al riguardo: alcuni autori dimostrano che i pazienti con un grave disturbo mentale e con bassi livelli di insight tendono a utilizzare strategie poco efficaci nella gestione dello stress, in particolare l'evitamento e la negazione (44-47). Altri, quali Cooke et al. (6), hanno riscontrato, invece, che una maggiore consapevolezza di malattia si associa a una maggiore difficoltà a gestire lo stress, probabilmente a causa della minor autostima e della rassegnazione che derivano dallo stigma sociale.

Dal nostro studio è emerso, inoltre, che una maggiore gravità della sintomatologia negativa contribuiva all'utilizzo di uno stile di coping emotivo. Tale risultato è in parziale disaccordo con le evidenze in letteratura, per le quali pazienti con prevalenti sintomi negativi ricorrono a meccanismi di coping maladattivi di tipo evitante, mentre strategie efficaci correlano con sintomi negativi meno gravi (15,17,18); si può ipotizzare che, nel nostro campione, la sintomatologia negativa si sia comportata come un fattore ostacolante l'espressione e l'utilizzo delle emozioni, come è plausibile possa avvenire in pazienti molto anaffettivi e abulici.

Un ulteriore fattore contribuente allo stile di coping emotivo sembrerebbe essere anche il benessere o qualità di vita soggettiva, vale a dire lo stato di salute percepito dal paziente, valutato con la scala SF-36. La sottoscala relativa al "ruolo e salute fisica" si occupa delle limitazioni collegate alla salute nel tipo o nella quantità di lavoro svolto, includendo limitazioni nel tipo di mansione o in altre attività abituali, le riduzioni del tempo dedicato al lavoro e le difficoltà nell'esecuzione del lavoro o di altre attività. Dai nostri dati sembrerebbe, quindi, che individui che percepivano soggettivamente una limitazione nel campo lavorativo o in quello delle attività abituali tendevano a limitarsi anche nei confronti di situazioni potenzialmente stressanti, probabilmente anche perché scoraggiati da quello che è appunto il loro "ruolo" o la loro "salute fisica", e usavano perciò strategie di adattamento più maladattive. Al contrario, pazienti che valutavano la propria salute come eccellente erano più propensi ad affrontare in modo attivo una situazione potenzialmente stressante. Tale dato è in accordo con le evidenze presenti in letteratura: infatti, più studi mostrano come una scarsa

qualità di vita si associ frequentemente a modalità di coping maladattive quali quelle emotive o evitanti, mentre pazienti con livelli maggiori di benessere tendono a utilizzare strategie di coping attivo (18,38). La relazione da noi riscontrata, che indaga il benessere percepito come fattore contribuente, è comunque poco confrontabile con i dati precedenti; bisogna infatti sottolineare che la maggior parte degli studi finora effettuati hanno indagato la qualità di vita come esito funzionale considerando le strategie di coping come la variabile indipendente, a differenza della nostra analisi in cui le strategie di coping sono la variabile dipendente.

È necessario considerare alcuni limiti del nostro studio. Un primo limite consiste nel disegno trasversale dello studio. Come alcuni autori hanno sottolineato (7,48), sarebbe importante verificare, attraverso studi di tipo longitudinale, le variazioni delle strategie di coping di ciascun soggetto nel tempo e dopo trattamenti farmacologici e riabilitativi. Un secondo limite riguarda il numero esiguo dei soggetti del campione. Sarebbero necessari ulteriori studi su di una popolazione più ampia per indagare più approfonditamente l'associazione tra le variabili cliniche e funzionali e gli stili di coping.

Nonostante tali limiti, il nostro studio presenta alcuni punti di forza: in primo luogo, la popolazione studiata è risultata omogenea per quanto riguarda le variabili demografiche e cliniche e il setting terapeutico. Il nostro studio si è posto, inoltre, come obiettivo quello di valutare come le variabili non solo cliniche ma anche funzionali influenzino la scelta delle strategie di adattamento, studiandole quindi come fattori contribuenti piuttosto che come indici di efficacia del coping. Individuare i fattori contribuenti allo stile di coping di ciascun individuo rappresenta una prospettiva poco considerata finora in letteratura, soprattutto per quanto riguarda il funzionamento e la qualità di vita, e può avere importanti risvolti terapeutici, quale mettere in atto terapie psicosociali mirate alle caratteristiche del singolo paziente (9).

In conclusione, dai risultati del nostro studio è emerso che, nel nostro campione, i sintomi depressivi, la qualità di vita oggettiva e soggettiva, la sintomatologia negativa, la consapevolezza di malattia e l'autostima influenzano le strategie di coping utilizzate dai pazienti. Tale dato è particolarmente rilevante, se si considera che lo stile di coping è stato proposto da molti autori come un importante fattore che determina gli indici di esito funzionale nei pazienti affetti da schizofrenia (16); il rafforzamento di stili individuali di coping adattativi e l'insegnamento di nuove strategie più efficaci, tramite interventi di supporto e riabilitazione,

possono, in quest'ottica, promuovere un miglior esito clinico e funzionale (8). In particolare, possono essere applicate terapie cognitivo-comportamentali mirate alla gestione più efficace sia dei sintomi psicotici sia degli eventi di vita stressanti (2,7,49); lo studio dei predittori delle strategie di coping può permettere, inoltre, lo sviluppo di trattamenti "tarati" sul singolo individuo in base alle caratteristiche personali, cliniche e al funzionamento socio-lavorativo (9).

## BIBLIOGRAFIA

1. Ritsner M, Gibel A, Ponizovsky A, Shinkarenko E, Ratner Y, Kurs R. Coping patterns as a valid presentation of the diversity of coping responses in schizophrenia patients. *Psychiatry Res* 2006; 144: 139-52.
2. Lazarus R, Folkman S. *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer, 1984.
3. Endler N, Parker J. Multidimensional assessment of coping: a critical evaluation. *J Pers Soc Psychol* 1990; 58: 844-54.
4. Aldebot S, de Mamani A. Denial and acceptance coping styles and medication adherence in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 2009; 197: 580-4.
5. Carver C, Scheier M, Weintraub J. Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *J Pers Soc Psychol* 1989; 56: 267-83.
6. Cooke M, Peters E, Fannon D, et al. Insight, distress and coping styles in schizophrenia. *Schizophr Res* 2007; 94: 12-22.
7. Strous R, Ratner Y, Gibel A, Ponizovsky A, Ritsner M. Longitudinal assessment of coping abilities at exacerbation and stabilization in schizophrenia. *Compr Psychiatry* 2005; 46: 167-75.
8. Ritsner M, Ratner Y. The long-term changes in coping strategies in schizophrenia: temporal coping types. *J Nerv Ment Dis* 2006; 194: 261-7.
9. Phillips L, Francey S, Edwards J, McMurray N. Strategies used by psychotic individuals to cope with life stress and symptoms of illness: a systematic review. *Anxiety Stress Coping* 2009; 22: 371-410.
10. Lysaker P, Bryson G, Marks K, Greig T, Bell M. Coping style in schizophrenia: associations with neurocognitive deficits and personality. *Schizophr Bull* 2004; 30: 113-21.
11. Berry K, Barrowclough C, Byrne J, Purandare N. Coping strategies and social support in old age psychosis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006; 41: 280-4.
12. Lee P, Lieh-Mak F, Yu K, Spinks J. Coping strategies of schizophrenic patients and their relationship to outcome. *Br J Psychiatry* 1993; 163: 177-82.
13. Boschi S, Adams R, Bromet E, Lavelle J, Everett E, Galambos N. Coping with psychotic symptoms in the early phases of schizophrenia. *Am J Orthopsychiatry* 2000; 70: 242-52.
14. Bak M, Myin-Germeys I, Hanssen M, et al. When does experience of psychosis result in a need for care? A prospective general population study. *Schizophr Bull* 2003; 29: 349-58.
15. Ritsner M, Ben-Avi I, Ponizovsky A, Timinsky I, Bistrov E, Modai I. Quality of life and coping with schizophrenia symptoms. *Qual Life Res* 2003; 12: 1-9.
16. Yanos P, Moos R. Determinants of functioning and well-being among individuals with schizophrenia: an integrated model. *Clin Psychol Rev* 2007; 27: 58-77.
17. Modestin J, Caveng I, Wehrli M, Malti T. Correlates of coping styles in psychotic illness. An extension study. *Psychiatry Res* 2009; 168: 50-6.

*Strategie di coping nella schizofrenia*

18. Rudnick A. The impact of coping on the relation between symptoms and quality of life in schizophrenia. *Psychiatry* 2001; 64: 304-8.
19. Modestin J, Soult J, Malti T. Correlates of coping styles in psychotic illness. *Psychopathology* 2004; 37: 175-80.
20. Lysaker P, Davis L, Lightfoot J, Hunter N, Stasburger A. Association of neurocognition, anxiety, positive and negative symptoms with coping preference in schizophrenia spectrum disorders. *Schizophr Res* 2005; 80: 163-71.
21. Tsai J, Lysaker P, Vohs J. Negative symptoms and concomitant attention deficits in schizophrenia: associations with prospective assessments of anxiety, social dysfunction, and avoidant coping. *J Ment Health* 2010; 19: 184-92.
22. Wiedl K. Assessment of coping with schizophrenia. Stressors, appraisals, and coping behaviour. *Br J Psychiatry Suppl* 1992: 114-22.
23. Singh G, Sharan P, Kulhara P. Role of coping strategies and attitudes in mediating distress due to hallucinations in schizophrenia. *Psychiatry Clin Neurosci* 2003; 57: 517-22.
24. Farhall J, Greenwood K, Jackson H. Coping with hallucinated voices in schizophrenia: a review of self-initiated strategies and therapeutic interventions. *Clin Psychol Rev* 2007; 27: 476-93.
25. Lecomte T, Cyr M, Lesage A, Wilde J, Leclerc C, Ricard N. Efficacy of a self-esteem module in the empowerment of individuals with schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 1999; 187: 406-13.
26. Goldbeck R. Denial in physical illness. *J Psychosom Res* 1997; 43: 575-93.
27. Moore O, Cassidy E, Carr A, O'Callaghan E. Unawareness of illness and its relationship with depression and self-deception in schizophrenia. *Eur Psychiatry* 1999; 14: 264-9.
28. Lysaker P, Wilt M, Plascak-Hallberg C, Brenner C, Clements C. Personality dimensions in schizophrenia: associations with symptoms and coping. *J Nerv Ment Dis* 2003; 191: 80-6.
29. First M, Gibbon M, Spitzer R, Williams J, Benjamin L. Structured Clinical Interview for DSM-IV Disorders (SCID). Washington, DC: American Psychiatric Press, 1997.
30. Kay S, Fiszbein A, Opler L. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull* 1987; 13: 261-76.
31. Addington D, Addington J, Schissel B. A depression rating scale for schizophrenics. *Schizophr Res* 1990; 3: 247-51.
32. Heinrichs D, Hanlon T, Carpenter WJ. The Quality of Life Scale: an instrument for rating the schizophrenic deficit syndrome. *Schizophr Bull* 1984; 10: 388-98.
33. Ware JJ, Sherbourne C. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992; 30: 473-83.
34. Rosemberg M. Society and the adolescent self-image. Princeton: Princeton University Press, 1965.
35. McWilliams L, Cox B, Enns M. Use of the Coping Inventory for Stressful Situations in a clinically depressed sample: factor structure, personality correlates, and prediction of distress. *J Clin Psychol* 2003; 59: 423-37.
36. van den Bosch R, van Asma M, Rombouts R, Louwerens J. Coping style and cognitive dysfunction in schizophrenic patients. *Br J Psychiatry Suppl* 1992; 18: 123-8.
37. Rudnick A, Martins J. Coping and schizophrenia: a re-analysis. *Arch Psychiatr Nurs* 2009; 23: 11-5.
38. Ritsner M, Gibel A, Ratner Y. Determinants of changes in perceived quality of life in the course of schizophrenia. *Qual Life Res* 2006; 15: 515-26.
39. Crawford-Walker C, King A, Chan S. Distraction techniques for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2005: CD004717.
40. Ritsner M, Blumenkrantz H. Predicting domain-specific insight of schizophrenia patients from symptomatology, multiple neurocognitive functions, and personality related traits. *Psychiatry Res* 2007; 149: 59-69.
41. Macdonald EM, Jackson HJ, Hayes RL, Baglioni AJ, Madden C. Social skill as determinant of social networks and perceived social support in schizophrenia. *Schizophr Res* 1998; 29: 275-86.
42. Amador XF, Strauss DH, Yale SA, Gorman JM. Awareness of illness in schizophrenia. *Schizophr Bull* 1991; 17: 113-32.
43. Marková IS, Berrios GE. Insight in clinical psychiatry revisited. *Compr Psychiatry* 1995; 36: 367-76.
44. Bach P, Hayes S. The use of acceptance and commitment therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 2002; 70: 1129-39.
45. Mintz AR, Dobson KS, Romney DM. Insight in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophr Res* 2003; 61: 75-88.
46. Drake R, Pickles A, Bentall R, et al. The evolution of insight, paranoia and depression during early schizophrenia. *Psychol Med* 2004; 34: 285-92.
47. Yen C, Chen C, Yen J, Ko C. The predictive effect of insight on adverse clinical outcomes in bipolar I disorder: a two-year prospective study. *J Affect Disord* 2008; 108: 121-7.
48. Lazarus R. Toward better research on stress and coping. *Am Psychol* 2000; 55: 665-73.
49. Rector N, Beck A. Cognitive therapy for schizophrenia: from conceptualization to intervention. *Can J Psychiatry* 2002; 47: 39-48.