

# “LA RELAZIONE MENTE E CORPO NELL’ESPERIENZA DI MALATTIA GRAVE”

Relazione della dott.ssa Paola Pupulin

Congresso ANDOS

Montecchio Maggiore, 6 maggio 2011

## *Introduzione*

L’influenza della **psiche** sugli eventi che condizionano il nostro corpo è un tema sempre più indagato sul piano scientifico. Sappiamo bene che ogni elemento stressante crea una perturbazione nell’organismo con conseguenti reazioni che ne alterano la stabilità psichica, emotiva, locomotoria, ormonale, immunologica.

Nella mia relazione vorrei occuparmi di questo tema: le relazioni tra la mente (e quindi tutte le situazioni ad essa collegata soprattutto lo stress e i traumi psicologici) e la malattia con particolare riferimento al cancro.

\*\*\*\*\*

Il concetto di stress è entrato nella terminologia del mondo scientifico da quasi sessant’anni, e **in campo psichiatrico** eventi e situazioni di stress della vita sono spesso stati rilevati come fattori che precedono l’insorgere di disturbi e malattie.

### **SLIDE N. 2**

Come lo **stress** possa essere causa di malattia, e in particolare del cancro, è un problema antico e dibattuto

- **Ci sono divergenze sulle possibili cause psicologiche**
- **C’è accordo sul ruolo fondamentale svolto dal sistema immunitario**

Come lo stress possa essere causa di malattia, e in particolare del cancro, è un problema antico e ancora molto dibattuto.

(antico perché già 2000 anni fa un certo Ippocrate sosteneva che le malattie non vengono a caso ma sono un frutto di un certo modo di vivere)

Nonostante vi è un numero sempre più numeroso di studiosi che sostengono che fra le cause delle malattie abbia un ruolo determinante l’aspetto psicologico.

Nonostante ciò. permangono notevoli divergenze sulle possibili cause psicologiche, ma gran parte dei ricercatori concorda sul ruolo fondamentale svolto dal sistema immunitario, del quale si conoscono, anche se non sono ancora chiarite totalmente, sia le modificazioni sotto stress, sia il ruolo svolto nella crescita e nella evoluzione delle neoplasie.

Quindi gran parte degli autori ritiene che lo stress aumenti la vulnerabilità dell'individuo nel contrarre alcune malattie provocando immunodepressione.

Va sottolineato che per tutta la nostra vita, l'organismo sviluppa cellule cancerogene, come un processo naturale, senza che ciò determini la crescita di tumori cancerogeni clinicamente riconoscibili.

E' evidente che l'organismo deve disporre di un sistema naturale di sorveglianza immunologica che scova e distrugge le singole cellule cancerogene prima che esse crescano in tumori clinicamente evidenti.

### **SLIDE N. 3**

Concetto di **stress** introdotto da Hans SELYE (nel 1936):

**“sindrome generale di adattamento”**

Selye distingue tre fasi:

1. **Allarme:** inizia fase acuta
2. **Resistenza:** l'organismo è impegnato a difendersi
3. **Esaurimento:** l'organismo non ha più risorse

In questa ultima fase si presentano le patologie.

**Il termine stress** è stato introdotto in medicina da **Hans Selye nel 1936 (vedi ?)**.

Egli definì “Sindrome generale di adattamento” la somma di tutte le reazioni che si manifestano nell'organismo in seguito alla prolungata esposizione ad uno stress.

Tale Sindrome è organizzata in 3 fasi successive:

- la prima, di allarme, con una reazione di stress acuto in cui vengono mobilitate le difese dell'organismo;
- la seconda, di resistenza, in cui l'organismo è impegnato a fronteggiare l'evento stressante;
- la terza, di esaurimento, che subentra quando l'esposizione all'evento stressante si protrae in modo abnorme e l'organismo non può mantenere oltre lo stato di resistenza.

**In questa fase, si producono nell'organismo patologie anche molto gravi.**

#### **SLIDE N. 4**

L'importanza della teoria di Selye è dovuta al fatto che per la prima volta, a livello scientifico,

viene stabilita una relazione tra:

STIMOLI ESTERNI  
PERICOLOSI

e

REAZIONE INTERNA  
ORGANISMO

L'importanza della teoria di Selye è dovuta al fatto che per la prima volta viene stabilita l'esistenza di una relazione tra **stimoli esterni pericolosi** e **reazione interna dell'organismo**.

Eventi- situazioni esterne altamente stressanti (morte, separaz,...) e reazioni o risposta interna dell'organismo (sintomi fisici)

#### **SLIDE N. 5**

Successivamente a Selye, cresce l'attenzione verso IL SIGNIFICATO

Il significato che l'evento assume per l'individuo è uno dei punti più importanti nel campo dello stress umano

- Ci sono eventi di **significato oggettivamente rilevante** (esempio: un terremoto)
- Ci sono eventi che suscitano **risposte individuali differenti** (esempio: un esame universitario)

Successivamente a Selye cresce l'attenzione verso IL SIGNIFICATO.

Diventa importante il **significato** che lo stimolo assume per l'individuo.

Non è un evento o una certa situazione che produce stress ma l'interpretazione che viene data a tale evento

Alcuni eventi sono di significato oggettivamente rilevante, come ad esempio un terremoto. Essi producono in tutti una risposta pressoché simile (spavento, fuga, tentativo di mettersi in salvo).

Altri eventi possono suscitare risposte individuali differenti: un esame universitario può produrre in alcuni soggetti stimoli per la sfida, in altri invece ansia, in altri depressione, in altri ancora evitamento.

**Il significato** che l'evento assume per l'individuo è **uno dei punti più importanti** nel campo dello stress umano

La **domanda cruciale** è la seguente:

***QUANDO LA REAZIONE DI STRESS  
DIVENTA POTENZIALMENTE DANNOSA?***

**SLIDE N. 6**

Quando lo stress diventa potenzialmente dannoso?

- Stress intenso – ripetuto - prolungato
- Vissuto nell'impotenza
- Vissuto nell'ingiustizia
- Senza via di fuga reali o immaginari

*Quando l'organismo è impossibilitato a reagire a stressor troppo intensi, ripetuti o prolungati.*

**L'impossibilità a fronteggiare o neutralizzare la minaccia, porta a una persistente attivazione dei sistemi neurovegetativo e neuroendocrino, con un ruolo patogenetico sia per malattie somatiche che psichiatriche**

Stress intenso, protratto, subito, con ridotta possibilità o impossibilità di reagire:

**SLIDE N. 7**

Questo è il quadro che si ritrova spesso in soggetti che hanno subito eventi di perdita:

- A. perdita oggettiva di una persona (separazione o morte)
- B. perdita del proprio ruolo (pensionamenti, fallimenti...)
- C. perdita di identità o potere nella rete delle relazioni sociali (certi procedimenti giudiziari ...)

Se vissuto nell'**impotenza**, o nel senso dell'**ingiustizia**, e se non ci sono vie di fuga, reali o mentali, le conseguenze possono essere gravi.

questo è il quadro che sembra spesso ritrovarsi in soggetti che hanno subito **eventi di perdita presentando vissuti di disperazione, mancanza di speranza, impossibilità o incapacità a reagire.**

La perdita può riguardare non solo la perdita oggettiva di una persona cara per morte o separazione, ma anche la perdita improvvisa del proprio ruolo, identità o potere nella rete delle relazioni sociali, come nel pensionamento, nei fallimenti, in certi procedimenti giudiziari ...

**Se ciò viene vissuto nell'impotenza, nel senso dell'ingiustizia patita e non ci sono vie di fuga reali o mentali, le conseguenze possono essere disperate.**

A TALE PROPOSITO CITO DUE IMPORTANTI AUTORI

### **SLIDE N. 8**

Le Shan (anni '60)      *“perdita dell'oggetto d'amore”*  
I Simonton (anni '70)   *“perdita o shock emotivo”*

Negli anni '60 lo psicologo clinico **Le Shan**, intervistando 500 ammalati di cancro, constatò l'esistenza, prima della comparsa della malattia, di quella che egli chiamò una *“perdita di oggetto d'amore”* (perdita di una persona amata o di una situazione amata).

Un po' più tardi, l'oncologo **Carl Simonton** e la moglie **Stefani**, psicologa, (due pionieri nell'ambito della psiconeuroimmunologia) rilevarono anche loro *una perdita o uno shock emotivo* intervenuti tra i sei e i diciotto mesi anteriori alla comparsa del cancro.

*Ciò che conta per questi autori non è quello che si pensa a cose fatte, ma l'impatto, la colorazione psichica vissuta al momento dello shock conflittuale.*

**Dall'altro lato a conferma di tutto ciò ci sono ricerche al contrario**

## SLIDE N. 9

Ricerca di Daniel Siegel (Università California)

Emozioni quali:

- felicità
- gratitudine
- speranza



ravvivano l'azione dei linfociti

- sofferenza
- Collera
- risentimento
- tristezza



la deprimono

RIDERE

Riduce la secrezione di ormoni da stress (cortisolo)  
Stimola produzione di beta endorfine (analgesici)

Alcuni studi nel campo della medicina psicosomatica sul rafforzamento dell'immunità, sostengono che emozioni quali la felicità, la gratitudine, la speranza e la gratificazione spesso ravvivano l'azione dei linfociti, mentre la sofferenza, la collera, il risentimento e la tristezza la deprimono.

. Il riso infatti riduce la secrezione di ormoni da stress, come il cortisolo e stimola la produzione di betaendorfine, analgesici prodotti dall'organismo.

**CI SONO STUDI CHE METTONO IN EVIDENZA LA PERSONALITÀ DEL MALATO ONCOLOGICO**

## SLIDE N. 10

Anni '60, studi condotti da CLAUS BAHNSON sui meccanismi di difesa

Malati oncologici

- Meccanismi di rimozione e diniego Favoriscono lo sviluppo di patologie somatiche

Malati psichiatrici

- Meccanismi di proiezione e spostamento Favoriscono lo sviluppo di patologie psichiatriche

Negli anni '60, in riferimento agli aspetti psicosomatici dei tumori, uno psicanalista di fama mondiale come **Claus Bahne Bahnson** notò che **i malati oncologici**, rispetto a malati di altre patologie somatiche, utilizzavano con maggior frequenza specifici **meccanismi di difesa psicologici** per proteggersi da stati di conflitto, ansia e angoscia.

Nei **soggetti con cancro** rilevò un maggior uso di meccanismi psicologici del tipo rimozione e diniego, che tendono ad escludere dal campo della coscienza l'ansia e l'angoscia.

Egli notò come fossero in questo modo molto diversi da pazienti affetti da disturbi psichiatrici, in quali utilizzavano meccanismi di difesa psicologica del tipo rimozione-spostamento, che permettono lo scarico all'esterno della tensione e l'espressione delle reazioni emozionali

La risposta del tipo rimozione-diniego favorirebbe sotto stress lo sviluppo di patologie somatiche, quella di tipo proiezione-spostamento patologie di tipo psicologico/psichiatrico.

## ALTRE RICERCHE SULLA PERSONALITA' DEL MALATO ONCOLOGICO

### PERSONALITA' A RISCHIO (TIPO C)

#### SLIDE N. 11

#### Personalità a rischio Tipo C

Dott.ssa Thomas Caroline e D.ssa Lydia Temoshock hanno effettuato studi quarantennali circa la personalità dei malati tumorali:

- Tendenza a nascondere E A REPRIMERE i propri emozioni
- Centrata sugli altri e sull'autosacrificio
- Disattenti ai propri bisogni

La dott. Caroline **Thomas**, e la dott.ssa **Lydia Temoshock** hanno effettuato uno studio quarantennale sui malati di cancro. Hanno individuato la "Personalità di tipo C", relativamente a quelle predisposte al cancro, definendola con i seguenti tratti caratteriali:

- tendenza a nascondere i propri sentimenti
- tendenza alla repressione della propria aggressività
- centrata sugli altri, sull'autosacrificio. Disattenta ai propri bisogni
- sensazione di non sentirsi amata e né meritevole di amore

In sostanza reprimere le emozioni, in particolar modo la rabbia, costituisce un fattore di rischio nel contrarre una malattia oncologica.

Infatti i malati di cancro hanno *difficoltà ad esprimere la propria rabbia*. Non riescono a identificare come rabbia i propri sentimenti del momento, i quali vengono identificati come “disturbo” o “fastidio”.

Spesso hanno *risentimenti irrisolti e legami emotivi con il passato*. Aiutare queste persone a dare sfogo al passato è essenziale nell'aiutarli a guarire

Oltre alla personalità tipo C si parla anche di *personalità predisponente alle malattie coronarie*. Tale personalità si contrappone a quella precedente “C” e viene chiamata “comportamento di tipi “A””.

I “tipi A” vengono descritti come individui competitivi e mossi da un forte senso di urgenza. I loro gesti e le loro parole tendono ad essere rapidi e bruschi. Essi sono generalmente impazienti, aggressivi e ostili

**E' importante tenere presente che gli studi clinici generano solo relazioni statistiche.** E' ben lungi dall'essere vero che tutte le persone che hanno certi tratti psicologici e di comportamento si ammaliano di cancro, così come non è ovviamente vero che tutti i fumatori muoiano di cancro polmonare.

Vi sono determinate caratteristiche di personalità che si vedono più frequentemente in determinati tipi di soggetti ammalati piuttosto di altri.



## Ora entrerei NELLO SPECIFICO DELLA MIA ATTIVITA' CLINICA.

La mia esperienza è maturata sia come libera professionista sia come responsabile ambulatorio psicologico presso un Centro di oncologia femminile, specializzato nella diagnosi e nella cura del cancro.

Le donne che si rivolgono al mio ambulatorio hanno da poco ricevuto diagnosi di cancro, di solito cancro al seno.

Nell'immaginario collettivo, per il vissuto di angoscia ed impotenza, il cancro occupa il posto che era stato della peste, del colera o della tubercolosi.

### SLIDE N. 12

Nell'immaginario collettivo, per il vissuto di angoscia e impotenza, il cancro occupa il posto che fu della peste, del colera, della tubercolosi

Eppure in medicina esistono molte malattie che mettono a rischio la vita (basti pensare all'infarto, all'ictus ed alcune malattie neurologiche) che tuttavia non evocano lo stesso spettro di **condizione senza speranza** come il cancro.

- Sarà perché in Italia ogni giorno 600 persone ricevono una diagnosi di cancro.
- Il cancro resta una delle principali cause di mortalità in occidente.
- E' un problema di salute pubblica. E inoltre può riguardare tutti, indipendentemente dal tema della familiarità

A TALE PROPOSITO agganciandomi al tema della familiarità è ormai noto a tutti che:

### SLIDE N. 13

Secondo le statistiche, le cause che provocano o che predispongono al cancro sono:

- ereditarietà
- alimentazione errata (eccessi di alcool, tabacco, grasso)
- fattori ambientali (aria e acqua sempre più inquinate)

Come è a voi tutti noto, secondo le statistiche si tratta di cause raggruppabili in tre filoni:

1. ereditarietà
2. alimentazione errata (eccessi di alcool, tabacco, grasso)
3. fattori ambientali (aria e acqua sempre più inquinate).  
Sugli ultimi due non c'è nulla da aggiungere.  
Sul primo filone cito invece i dati di una recente ricerca:

#### SLIDE N. 14

Ricerca Prof Luigi Solano:

*La percentuale di coloro che si ammalano di cancro  
con fattori di rischio noti (es. l'ereditarietà)  
non supera il 5%*

A tal proposito, una **ricerca del prof. Luigi Solano** (docente di psicosomatica All'Università La Sapienza, di Roma) sostiene che la percentuale di coloro che si ammalano di cancro con fattori di rischio noti (ereditarietà) non supera il 5%.

**Il 95% delle persone colpite dal cancro non ha familiarità.**

*C'è da chiedersi come mai una certa persona e non un'altra, avendo gli stessi fattori di rischio noti (es. l'ereditarietà) ed entrambe esposte alle stesse condizioni ambientali, l'una si ammala di cancro e l'altra no?*

Forse la risposta è molto più complessa rispetto a quello che siamo abituati a sentire

#### SLIDE N. 15

**DIAGNOSI DI CANCRO = SENTENZA DI MORTE**

**E' uno shock per una notizia appresa come una catastrofe  
(trauma D.P.T.S.)**

Come ho detto in precedenza, le donne che si rivolgono al mio ambulatorio hanno da poco ricevuto **diagnosi di cancro, di solito cancro al seno.**  
Sentire dal medico una diagnosi di cancro è un po' come ascoltare una *sentenza di morte.*

Intensità e carattere delle reazioni individuali possono avere accenti diversi, ma generalmente, alla comunicazioni di diagnosi, si apre una prima fase psicologica caratterizzata da uno stato di shock per una notizia appresa come una catastrofe.

Emergono pensieri del tipo “*non posso crederci, non può essere vero, è un incubo, mi risveglierò*”.

Il momento della diagnosi può rappresentare uno **shock traumatico**. Dico “*può rappresentare*” perché non è uno shock traumatico per tutte le persone che ricevono tale diagnosi, ma sicuramente lo è per molte.

### **Perché la diagnosi di cancro rappresenta un trauma?**

Perché da un istante all'altro, la persona si trova di fronte ad un passaggio brusco dall'essere sani all'essere malati, da una condizione caratterizzata da una certezza di vita ad un'altra caratterizzata da minaccia alla propria vita.

### **CHE DIFFERENZA PASSA TRA UN EVENTO SPIACEVOLE E UN TRAUMA?**

Quando penso ad un evento spiacevole passato sento al massimo un po' di tristezza, ma comunque percepisco che tale situazione fa parte del passato.

Quando la mente torna invece ad un ricordo traumatico, io vivo una serie di sensazioni che mi riportano bruscamente all'evento (un odore, una musica, uno sguardo, un rumore, una stanza di ospedale...) come se fosse presente anche se è trascorso molto tempo.

Torniamo alla diagnosi di cancro, da quel momento, la vita anche se sembra scorrere in realtà è bloccata a quel momento. In quel momento è stata percepita in modo netto la minaccia alla propria vita.

Anche se la persona evita comprensibilmente di pensarci, basta vedere quel medico, quella infermiera che era presente in quel tragico momento, basta sentire l'odore di ospedale ecc... che emerge con prepotenza la sensazione di ripiombare nel baratro.

### **SLIDE N. 16**

*Diagnosi: shock traumatico e presenza di sintomi post traumatici da stress:*

- ⚡ problemi sonno*
- ⚡ reazioni fisiche*
- ⚡ pensieri intrusivi*
- ⚡ ansia generalizzata - angoscia*

### **Quali sono i sintomi di questi pazienti? (Sintomi da DPTS)**

- problemi di sonno: incubi, continui risvegli, insonnia totale
- reazioni fisiche: problemi di stomaco, mal di testa, stanchezza cronica, problemi di concentrazione
- pensieri intrusivi: pensieri, ricordi, immagini di quello che è accaduto. I quali si presentano involontariamente soprattutto in momenti di rilassamento
- ansia generalizzata-angoscia:

## E' un disturbo posttraumatico da stress e come tale deve essere trattato:

### SLIDE N. 17

#### EMDR (Eye movement desensitization and reprocessing) Approccio realizzato dalle scoperte di Francine Shapiro

Approccio psicologico per sbloccare i traumi

- Permette una normale rielaborazione dell'evento traumatico successivamente alla quale la persona acquisisce un distacco emotivo da esso, in modo irreversibile

Inizio anni '90: Prima ricerca di Francine Shapiro su 80 soggetti con DPTS  
Nell'85% dei casi scomparsa totale dei sintomi dopo sole tre sedute di EMDR

Per elaborare e desensibilizzare i traumi psicologici uso con estrema efficacia un approccio psico-terapico il cui nome è E.M.D.R. (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*).

Questo approccio punta a permettere una normale rielaborazione dell'evento traumatico successivamente al quale la persona acquisisce un distacco emotivo nei confronti dell'evento traumatico.

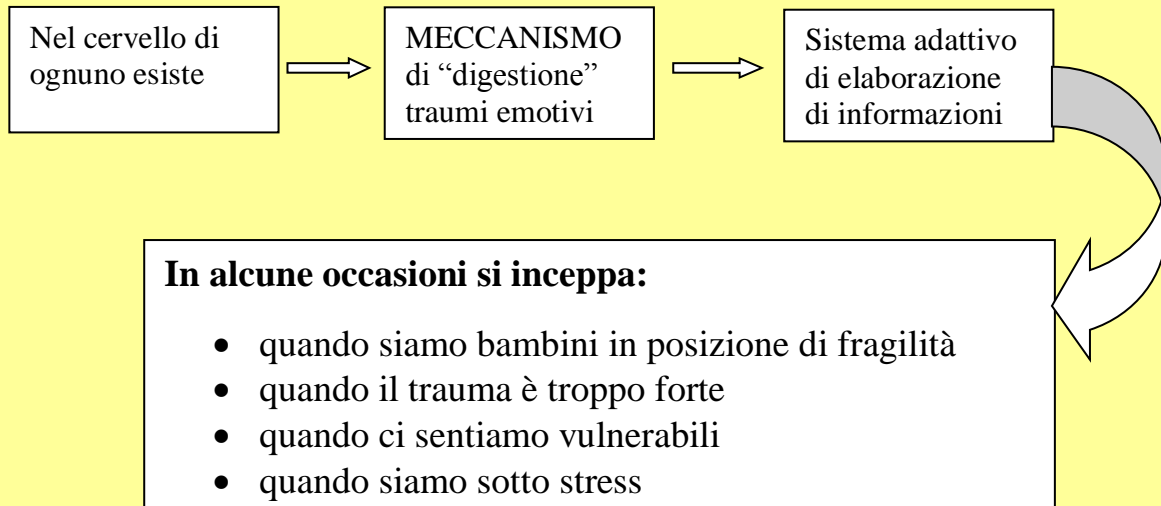
Nei primi anni novanta, una psicologa californiana, **Francine Shapiro**, presentò una relazione in cui parlò per la prima volta di una tecnica psicoterapica da lei inventata per sbloccare i traumi il cui nome è: EMDR.

La Shapiro illustrò la sua **ricerca** compiuta su 80 pazienti sofferenti di PTSD a seguito di traumi emotivi importanti utilizzando questo trattamento: *nell' 85% dei casi si è constatata la scomparsa totale dei sintomi dopo tre sedute di EMDR.*

**Per quanto mi riguarda, non conosco nessun trattamento, compresi quelli con i farmaci più potenti, che abbia attestato una tale efficacia in un lasso di tempo così breve.**

## SLIDE N. 18

L'idea fondamentale dell'EMDR è la seguente:



L'EMDR provocando una migliore comunicazione tra i due emisferi cerebrali, riattiva il sistema

### **L'idea fondamentale della tecnica è questa:**

tutti noi nel corso della vita subiamo traumi emotivi con la "t" minuscola (delusioni, separazioni, ...), senza però sviluppare quasi mai un disturbo post-traumatico perché nel cervello di ogni individuo esiste un meccanismo di "digestione" dei traumi emotivi che viene chiamato: "*sistema adattivo di elaborazione dell'informazione*".

Proprio come l'apparato digerente trae dal cibo le sostanze utili e necessarie all'organismo e rigetta quello che non serve, il sistema nervoso estrae dal trauma l'informazione utile, la "lezione", e in pochi giorni si sbarazza delle emozioni e dei pensieri che, una volta passato l'avvenimento, non sono più necessari.

*In certe situazioni, però, questo sistema può incepparsi. Ciò accade se il trauma subito è troppo forte. Ma può succedere quando siamo particolarmente vulnerabili, ad esempio quando siamo bambini, quindi incapaci di difenderci, oppure quando ci si trova in una posizione di fragilità.*

La forza di questa tecnica, che richiede una serie di procedure complesse e diversificate, consiste nell'evocare dapprima il ricordo traumatico in tutte le sue componenti (visiva, emozionale, cognitiva e fisica), poi nello stimolare il sistema adattivo di elaborazione dell'informazione che fino a quel momento non era funzionale. Quest'ultimo, viene riattivato se si ristabilisce l'equilibrio eccitatorio/inibitorio che è stato disturbato dal trauma *attraverso una stimolazione bilaterale, ad es. i movimenti oculari, (ma ci sono altre stimolazioni bilaterali o stimolazione alternata dx-sx). Ciò provoca una migliore comunicazione tra i due emisferi cerebrali, riducendo inoltre, l'intensità dei pensieri negativi disturbanti. Alla fine, la persona ricorda ancora l'evento o l'esperienza, ma la vive con un buon distacco emotivo.*

## *Obiettivi dell'EMDR*

---

Ricordo che prima di incontrare l'EMDR utilizzavo le tecniche classiche, che consistevano in larga misura in un sostegno psicologico e in un contenimento emotivo.

I pazienti si sentivano sicuramente più sollevati, ma non si verificava il cosiddetto "cambiamento".

### **SLIDE N. 19**

- Il successo dell'EMDR in ambito oncologico: trasformare il paziente da vittima di eventi incontrollabili a protagonista attivo della propria vita.
- Dopo il trattamento il paziente acquisisce maggiore consapevolezza e un atteggiamento più fiducioso. Inoltre è maggiormente predisposto a reagire positivamente alle cure mediche

L'EMDR risponde ad un bisogno reale di terapia e non solo alla richiesta classica di accoglimento e di contenimento delle emozioni del paziente.

Come d'incanto, avviene la seguente metamorfosi:

***la trasformazione del paziente da vittima di eventi incontrollabili, a protagonista attivo della propria vita.***

Innanzitutto si affronta e si elabora la diagnosi di cancro.

In momenti successivi io lo utilizzo anche per affrontare altre nodi altamente stressanti legati alla malattia:

1. Le conseguenze spesso mutilanti dell'operazione chirurgica (le frasi che sento sono: "ho il corpo devastato" "sono disgustosa". Dopo il trattamento emerge a queste donne la femminilità è qualcosa che va ben oltre alla avvenenza fisica, ma è la somma di qualità che sono proprie)
2. Le spiacevoli conseguenze dei trattamenti chemioterapici e radioterapici (le conseguenze qui sono fisiche es nausea, stanchezza e anche psicologiche es perdita di capelli)
3. La paura della recidiva
4. Una recidiva (alla fine del trattamento la paz. Sente che anche in questo caso non è di fronte ad una sentenza di morte e quindi è fondamentale non attribuirle un significato più drammatico di quello che è in realtà)
5. E altro ancora ...

Dopo il trattamento Il paziente poi, sta oggettivamente meglio, non è più ossessionato dalla diagnosi, o dalla paura di far la fine dell'amico o parente ora deceduto.

Recupera un atteggiamento più consapevole, più forte, sicuramente più coraggioso nei riguardi della malattia, associato alla **sensazione di potercela fare**.

E per ultimo, anche se non è da ultimo in ordine di importanza, il paziente è anche maggiormente predisposto a collaborare alle cure mediche.