

1222·2022
800
ANNI



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA

Università degli Studi di Padova

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Neuroscienze

Corso di Laurea Triennale in
Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica

**Riabilitazione nei Disturbi dell’Alimentazione
attraverso l’uso di Strategie di Coping in un
contesto di Day Hospital**

Relatore: Enrico Collantoni

Correlatrice: Isabella Carraro

Laureanda: Chiara Pozzan

Matricola: 2013817

ANNO ACCADEMICO 2022/2023

INDICE

1. INTRODUZIONE.....	7
1.1 I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE	7
1.2 ANORESSIA NERVOSA.....	8
1.3 DIAGNOSI.....	9
1.4 EZIOLOGIA.....	11
1.4.1 FATTORI PREDISPONENTI.....	12
1.4.2 FATTORI PRECIPITANTI.....	12
1.4.3 FATTORI PERPETUANTI.....	13
1.5 STRATEGIE DI FRONTEGGIAMENTO NELL'AN.....	14
2. OBIETTIVO DELLO STUDIO.....	16
3. METODI E MATERIALI.....	17
3.1 CAMPIONE DELLO STUDIO.....	17
3.2 IL PROGETTO: STRATEGIE DI COPING.....	18
3.3 STRUMENTI DI MISURAZIONE.....	46
4. RISULTATI.....	47
5. DISCUSSIONE.....	50
6. LIMITI DEL PROGETTO.....	52
7. PROSPETTIVE FUTURE.....	53
8. CONCLUSIONI.....	54
9. BIBLIOGRAFIA.....	55

RIASSUNTO

Introduzione

L'Anoressia Nervosa (AN) è un disturbo del comportamento alimentare che colpisce prevalentemente la popolazione femminile. Ha un'origine multifattoriale, dove la concomitanza di più fattori ne determina l'insorgenza ed il mantenimento.

I pazienti con Anoressia Nervosa, o Disturbi del Comportamento Alimentare in generale, presentano difficoltà nell'uso di strategie efficaci per gestire eventi stressanti, nella regolazione delle emozioni e nell'interazione sociale.

Il seguente progetto condotto in un contesto di Day Hospital ha preso spunto dal manuale di "Training per le abilità di Coping". Riguarda, quindi, l'apprendimento di nuove strategie per gestire eventi stressanti della vita.

Materiali e metodi

Il campione di pazienti selezionato faceva parte del Day Hospital per i disturbi del comportamento alimentare dell'Azienda Ospedaliera di Padova. Il progetto è stato condotto da Giugno 2023 ad Ottobre 2023 ed il numero delle partecipanti variava a seconda della disponibilità.

Risultati

Sono stati somministrati dei questionari iniziali e conclusivi per ogni modulo affrontato, per valutare l'andamento del progetto.

I risultati hanno dimostrato sia aspetti positivi dell'attività, sia aspetti da migliorare.

Conclusioni

Dai risultati ottenuti si può evincere l'importanza di apprendere delle strategie di Coping di tipo adattivo. Le pazienti, infatti, hanno complessivamente trovato, in ogni modulo affrontato nel progetto, degli aspetti utili da poter generalizzare: hanno appreso degli strumenti e delle strategie che possono essere efficaci anche nella vita al di fuori del Day Hospital.

ABSTRACT

INTRODUCTION

Anorexia Nervosa (AN) is an eating disorder that predominantly affects the female population. It has a multifactorial origin, where the concomitance of multiple factors determines its onset and maintenance.

Patients with Anorexia Nervosa, or Eating Disorders in general, present difficulties in using effective strategies to manage stressful events, in regulating emotions and in social interaction.

The following project conducted in a Day Hospital context was inspired by the "Training per le abilità di Coping" manual. It is therefore about learning new strategies to manage stressful life events.

MATERIALS AND METHODS

The sample of patients selected was part of the Day Hospital for eating disorders of the Padua Hospital. The project was conducted from June 2023 to October 2023 and the number of participants varied depending on availability.

RESULTS

Initial and final questionnaires were administered for each module addressed, to evaluate the progress of the project.

The results demonstrated both positive aspects of the activity and aspects to improve.

CONCLUSIONS

From the results obtained we can deduce the importance of learning adaptive coping strategies. In fact, the patients overall found, in each module addressed in the project, useful aspects that could be generalized: they learned tools and strategies that can also be effective in life outside the Day Hospital.

1. INTRODUZIONE

1.1 I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

I Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) o disturbi dell'alimentazione sono un insieme di patologie psichiatriche caratterizzate da un alterato rapporto con l'alimentazione ed il proprio corpo.

Sono disturbi psichiatrici che insorgono prevalentemente durante il periodo dell'adolescenza.

I disturbi dell'alimentazione nel loro insieme colpiscono oltre il 10% della popolazione femminile, comportando ingenti spese sanitarie e raffigurano una delle più frequenti cause di disabilità nelle giovani donne.

Essi sono causati da una serie complessa e molteplice di fattori (eziologia multifattoriale) ed esprimono una condizione di profondo disagio e malessere psicologico.

I principali disturbi alimentari sono Anoressia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN) e Binge Eating Disorder (BED). I manuali diagnostici, inoltre, descrivono anche altri disturbi correlati, come i disturbi della nutrizione ed i disturbi alimentari sottosoglia, categoria utilizzata per descrivere quei pazienti che non soddisfano i criteri per una diagnosi piena.

1.2 ANORESSIA NERVOSA

L'anoressia nervosa è il più noto tra i disturbi dell'alimentazione. L'aspetto centrale della psicopatologia consiste in un alterato rapporto dell'individuo con il proprio corpo e con il cibo, tale da compromettere il primario istinto di sopravvivenza che accomuna tutti gli esseri umani.

Essa presenta una predilezione per il sesso femminile con un rapporto donne : uomini di circa 10:1. L'età media di esordio dell'AN è compresa tra i 12 e i 25 anni.

Gli studi che hanno valutato la prevalenza dei disturbi alimentari nella popolazione generale femminile, per l'AN mostrano valori compresi tra lo 0,2% e 0,6%, con prevalenza maggiore in alcune popolazioni considerate a rischio come le studentesse, le atlete e le danzatrici.

1.3 DIAGNOSI

L'anoressia nervosa (AN) è un disturbo del comportamento alimentare che insorge frequentemente in età adolescenziale e comporta una condizione di malnutrizione con complicanze mediche a carico di diversi organi e apparati.

Il DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders -5, dell'American Psychiatric Association (APA), ha definito i seguenti criteri diagnostici per l'anoressia nervosa:

A. Restrizione dell'apporto energetico rispetto al necessario, che conduce a un peso corporeo significativamente basso tenendo conto dell'età, del sesso, della traiettoria evolutiva e dello stato di salute fisica. Si intende per peso significativamente basso un peso che è inferiore al minimo normale o, per i bambini e gli adolescenti, inferiore al minimo atteso.

B. Intensa paura di aumentare di peso o di diventare grassi, o comportamento persistente che interferisce con l'aumento di peso, anche in presenza di un peso significativamente basso.

C. Alterazione del modo in cui il soggetto vive il proprio peso o la forma del proprio corpo, eccessiva influenza del peso o della forma del corpo sui livelli di autostima, o persistente rifiuto di ammettere la gravità della attuale condizione di sottopeso.

Nella diagnosi va specificato se:

- Tipo con restrizioni: Durante gli ultimi tre mesi, l'individuo non ha presentato ricorrenti episodi di crisi bulimiche o condotte di eliminazione (per es. vomito autoindotto, uso inappropriato di lassativi, diuretici o enteroclismi). In questo sottotipo, la perdita di peso è ottenuta principalmente attraverso la restrizione calorica, il digiuno e/o l'attività fisica eccessiva.
- Tipo con crisi bulimiche/condotte di eliminazione: Durante gli ultimi tre mesi, l'individuo ha presentato ricorrenti episodi di crisi bulimiche e/o condotte di eliminazione.

Successivamente alla diagnosi, la scomparsa di uno o più criteri diagnostici per un consistente periodo di tempo viene definita come remissione parziale o completa della patologia:

- Remissione parziale: in seguito alla totale soddisfazione dei criteri per l'anoressia nervosa, il Criterio A (basso peso corporeo) non è stato soddisfatto per un consistente periodo di tempo, ma sia il Criterio B (intensa paura di aumentare di peso o diventare grassi o comportamenti che interferiscono con l'aumento di peso) sia il Criterio C (alterazioni della percezione di sé relativa al peso e alla forma del corpo) sono ancora soddisfatti.
- Remissione completa: in seguito alla totale soddisfazione dei criteri per l'anoressia nervosa, per un consistente periodo di tempo nessuno dei criteri è stato soddisfatto.

(Mustelin , L , Silen , Y , Raevuori , A , Hoek , H W , Kaprio , J & Keski-Rahkonen , A 2016)

Specificare la gravità attuale: il livello minimo di gravità si basa, per gli adulti, sull'attuale indice di massa corporea (IMC) oppure, per bambini e adolescenti, sul percentuale dell'IMC.

- Lieve: $IMC \geq 17 \text{ kg/m}^2$
- Moderata: $IMC 16-16,99 \text{ kg/m}^2$
- Grave: $IMC 15-15,99 \text{ kg/m}^2$
- Estrema: $IMC < 15 \text{ kg/m}^2$

1.4 EZIOLOGIA

Le cause dell'insorgenza della patologia sono complesse e spesso sconosciute. Si tratta di una patologia che ha origine multifattoriale: è dunque l'interazione di più fattori a determinare la predisposizione, l'insorgenza e il mantenimento del disturbo.

(Fairburn CG, Harrison PJ. Eating disorders. The Lancet. 2003; 361:407–16)

1.4.1 FATTORI PREDISPONENTI

I fattori predisponenti sono quelli che favoriscono l'insorgenza di una particolare patologia. Sono già presenti nella persona o nell'ambiente in cui vive e sono dunque antecedenti all'apparire del disturbo alimentare.

La combinazione di più fattori predisponenti non scatena necessariamente la patologia: questi indicatori presagiscono la possibilità futura che si sviluppino.

Le condizioni predisponenti sono costituite dalla genetica, dalla personalità, da fattori biologici e da quelli socioculturali.

- Fattori genetici: studi di aggregazione familiare e studi sui gemelli hanno evidenziato il ruolo dei fattori genetici nel predisporre all'insorgenza di anoressia nervosa. Si può quindi correttamente parlare di una predisposizione genetica allo sviluppo dell'anoressia mentale, una vulnerabilità genetica che verrebbe resa manifesta dall'interazione di fattori ambientali. (Garkinfel, Garner 1982; Holland 1984);

- Fattori ambientali: l'ambiente ha un'importante influenza in tutte le fasi della vita, i fattori ambientali precoci sono “fattori di rischio che interferiscono con le prime fasi del neurosviluppo e con la maturazione e la programmazione dei sistemi di risposta allo stress”.

Diversi studi hanno dimostrato che complicanze durante la gravidanza sono predittori indipendenti dello sviluppo di anoressia nervosa. In particolare, il rischio di insorgenza di anoressia nervosa è tanto più elevato quanto maggiore è il numero di complicanze ostetriche che si sono verificate.

Per fattori ambientali tardivi si intendono eventi successivi che hanno condizionato la vita del soggetto: ad esempio stress psicosociali, relazioni familiari caratterizzate da una forte conflittualità o elevate aspettative da parte dei genitori, abuso di sostanze psicoattive, esposizione a pressioni sociali o familiari verso la magrezza.

- Fattori caratteriali: alcune caratteristiche di personalità predispongono all'insorgenza di anoressia nervosa, tra queste il perfezionismo, l'impulsività, la bassa autostima, la

tendenza all'ansia anticipatoria e all'evitamento, l'ossessività. Altre caratteristiche predisponenti a questo disturbo alimentare sono inoltre il bisogno di controllo sugli altri e su vari aspetti della propria vita, che può trasformarsi in un controllo sull'alimentazione, l'eccessiva importanza attribuita al controllo del peso e della forma del corpo e l'aver interiorizzato l'ideale della magrezza.

Generalmente i soggetti con anoressia nervosa presentano personalità meticolose e perfezioniste, dimostrano una scarsa ricerca delle novità e un alto evitamento dei problemi che si presentano.

-Fattori socioculturali: l'anoressia nervosa è diffusa principalmente nei paesi industrializzati in base al livello di assimilazione della cultura occidentale. Questo potrebbe implicarne una determinante socioculturale.

1.4.2 FATTORI PRECIPITANTI

I fattori precipitanti sono eventi negativi importanti che accrescono le difficoltà psicologiche già presenti nel soggetto e possono provocare l'insorgenza di anoressia nervosa. Si tratta solitamente di eventi traumatici come abusi sessuali, malattie, lutti, insuccessi, crisi con i genitori o con gli amici.

Tali fattori precipitanti spesso sono aspecifici, possono cioè causare l'insorgenza di diversi disturbi psichiatrici; tuttavia, accomunano un gruppo significativo di soggetti che soffrono di disturbi alimentari. Secondo diversi studi la psicopatologia che si sviluppa in risposta all'evento traumatico è strettamente associata alla psicopatologia del disturbo alimentare.

1.4.3 FATTORI PERPETUANTI

I fattori perpetuanti sono conseguenze dell'anoressia nervosa che contribuiscono al mantenimento della patologia e rendono difficoltosa la guarigione.

Un fattore perpetuante è la cosiddetta "luna di miele" che si verifica nelle fasi iniziali del disturbo alimentare, essa consiste in una sensazione di benessere soggettivo legata alla perdita di peso, al miglioramento della propria immagine corporea e al sentimento di onnipotenza generato dalla capacità di controllare la fame. In questa fase il soggetto non ha consapevolezza del disturbo, anzi è indotto a mantenere i propri comportamenti patologici.

Si confermano fattori di mantenimento, inoltre, le conseguenze a livello cerebrale della restrizione calorica.

L'insufficiente apporto energetico, infatti, altera diverse funzioni cognitive determinando disturbi comportamentali e psicologici tipici dell'anoressia nervosa: rigidità mentale, isolamento sociale, disordini emotivi, difficoltà a prendere decisioni, scarsa coerenza centrale. Queste alterazioni cognitive contribuiscono al mantenimento della diagnosi e rendono difficile per il soggetto intraprendere un percorso di guarigione.

Secondo una recente revisione il disturbo dell'immagine corporea e il body checking contribuiscono al mantenimento dell'anoressia nervosa. La sopravvalutazione del peso e della forma corporea, infatti, porta il soggetto a rimanere nel disturbo alimentare senza comprendere la gravità della propria situazione.

La perdita di peso che il soggetto riesce ad ottenere, i comportamenti compensatori, i feedback inizialmente positivi da parte dell'ambiente sociale e familiare costituiscono altri fattori perpetuanti.

1.5 STRATEGIE DI FRONTEGGIAMENTO NELL'AN

L'Anoressia Nervosa è una patologia complessa, le cui cause sono da rintracciare in un profondo disagio e sofferenza psichica. Tra gli aspetti psicologici più implicati troviamo il perfezionismo clinico, ovvero quel tratto di personalità caratterizzato dal bisogno di raggiungere obiettivi sempre più elevati, associato ad una modalità di pensiero rigido e ossessivo di insoddisfazione.

Anche la bassa autostima nucleare è coinvolta, in quanto la visione di sé negativa viene confermata dai pensieri e comportamenti disfunzionali, che riguardano il proprio corpo e peso, spesso considerati tra i più rilevanti per valutare la propria autostima.

A questi consegue un alto livello di ipercritica nel momento in cui non viene raggiunto uno standard prefissato, spesso di tipo irrealistico.

Inoltre, in individui che soffrono di disturbi dell'alimentazione è presente una forte difficoltà nella regolazione delle emozioni (Perthes et al. 2021). La regolazione delle emozioni è l'abilità di regolarne l'intensità, la durata e la tipologia, applicando strategie cognitive e comportamentali, che possono essere di tipo adattivo o di tipo disadattivo.

È stato osservato come i disturbi alimentari presentino comportamenti maladattivi, come la restrizione calorica e le condotte compensatorie di eliminazione, in termini di strategie per regolare l'emotività.

Un'indagine condotta ha suggerito che gli adolescenti che soffrono di disturbi alimentari utilizzano maggiormente strategie disadattive quando esperiscono emozioni di tristezza, ansia e rabbia. La difficoltà nella regolazione delle emozioni potrebbe, quindi, essere un fattore da considerare, quando si tratta delle cure rivolte ad adolescenti con disturbi dell'alimentazione.

La difficoltà a lavorare con le proprie emozioni e a riconoscerle è riassunta nel termine Alessitimia (a= negativo, lexis= parole, thymos= emozione), coniato da Sifneos nel 1973 per identificare un elemento chiave delle patologie psicosomatiche.

L'alessitimia sembra giocare un ruolo importante sugli aspetti sintomatici legati alla consapevolezza del sé e al piano relazionale, potendo costituire un ruolo importante nello sviluppo della patologia. L'evitamento e la ruminazione cognitiva sono le modalità di azione verso le quali le pazienti sono più propense: a questo si accompagna una tendenza all'isolamento sociale, che rende difficoltosa la richiesta di aiuto per far fronte a situazioni di stress.

Strategie di fronteggiamento dello stress inadeguate centrate sulle emozioni vengono riconosciute come fattore di rischio per il disturbo alimentare. La minor capacità di

utilizzare strategie positive (come il problem solving) di fronte a situazioni stressanti e la difficoltà nel riconoscere e controllare le emozioni, provocherebbe livelli maggiori di stress, con la formazione di un circolo maladattivo, dove sintomo alimentare, strategie di fronteggiamento negative e Alessitimia si alimentano a vicenda.

Aiutare la paziente a gestire i propri stati di attivazione, insegnare l'utilizzo di strategie differenti nell'affrontare uno stress, mediante affronto diretto o richiesta di un supporto sociale, possono rompere in maniera graduale questo circolo, con conseguente miglioramento della sintomatologia alimentare e del quadro generale della paziente. Quando parliamo di disturbo alimentare ci riferiamo a un quadro che va al di là del piano effettivamente legato al corpo e al cibo, ma che racchiude deficit in vari ambiti, tra cui quello, appunto, della modalità di gestione degli eventi di vita.

Oltre a quest'ultimo si parla anche di deficit e delle relazioni interpersonali. I vissuti emotivi caratteristici delle pazienti con DCA sono molteplici: senso di colpa, inadeguatezza, insicurezze, rabbia... accompagnati da marcate difficoltà relazionali. L'incapacità di regolare i confini relazionali può causare un ritiro sociale ed una forte chiusura in se stessi: il contatto con l'altro, infatti, è temuto poiché implica l'esposizione al giudizio e allo sguardo altrui.

Quindi, anche la cognizione sociale è implicata all'interno del quadro psicopatologico dell'anoressia nervosa. Sono numerosi gli studi che confermano deficit nella sfera sociale e da essi derivano comportamenti di isolamento e mancanza di interesse riguardo di legami interpersonali. Da qui ne consegue un maggiore ritiro dalle interazioni sociali e una più alta inibizione della socialità.

Dal punto di vista della sfera cognitiva sociale, quindi, alcune abilità necessarie per uno scambio e comunicazione efficaci con i propri pari risultano carenti: sono emerse evidenze di deficit in relazione al riconoscimento delle emozioni dell'interlocutore e la capacità di empatia, quindi di riconoscersi nello stato emotivo dell'altro.

2. OBIETTIVO DELLO STUDIO

Lo scopo dello studio è quello di indagare l'efficacia dell'uso delle strategie di Coping, ovvero quelle strategie di comportamento messe in atto dagli individui per cercare di affrontare situazioni o eventi stressanti nel corso della vita. In questo caso specifico, viene studiato l'utilizzo delle strategie di Coping da parte di un gruppo di pazienti affette da anoressia nervosa, durante il loro percorso di riabilitazione all'interno del Day Hospital del Centro per i Disturbi alimentari di Padova.

3. METODI E MATERIALI

3.1 CAMPIONE DELLO STUDIO

Lo studio è stato svolto all'interno del Day Hospital per i Disturbi del Comportamento Alimentare del Centro regionale di Padova, presso l'azienda ospedaliera di Padova.

Il progetto è stato proposto a tutte le pazienti in cura presso il Day Hospital DCA da Giugno 2023 ad Ottobre 2023, che presentavano i criteri diagnostici per Anoressia Nervosa secondo il DSM-5.

Il numero delle pazienti ricoverate in Day Hospital è tendenzialmente variabile: nel periodo tra Giugno e Settembre ci sono stati diversi ingressi e dimissioni. Inoltre, i giorni di ricovero per paziente durante la settimana potevano variare in base all'indicazione dei terapeuti.

Non c'è stato un gruppo di pazienti fisse: il numero variava tra 5 e 9 pazienti. Si trattava, dunque, di un gruppo aperto.

Il range di età delle pazienti che ha partecipato all'attività va da un minimo di 14 anni ad un massimo di 24.

3.2 IL PROGETTO: STRATEGIE DI COPING

Il progetto ha preso vita a Giugno 2023 all'interno del Day Hospital DCA dell'Azienda Ospedaliera di Padova.

Esso prende spunto dal manuale di "Training per le abilità di Coping", il quale rappresenta un importante strumento per la programmazione degli interventi riabilitativi in psichiatria. I moduli possono essere applicati anche singolarmente o scegliendoli per tematica, a seconda dei bisogni riscontrati dal gruppo in un determinato momento.

Il manuale parte dal presupposto di modello stress-vulnerabilità-fattori protettivi per la comprensione del decorso delle malattie mentali. Infatti, quando l'esperienza di eventi stressanti supera la capacità di un individuo di farvi fronte e/o l'impiego di strategie di coping è inefficace, ciò promuove cambiamenti che portano alla manifestazione di sofferenza o sintomi.

I risultati di numerosi studi affermano che gli effetti dannosi dello stress possono essere attenuati e ridotti con l'utilizzo di strategie di fronteggiamento efficaci, di abilità sociali e cognitive.

Dunque, il coping ha il fine di ridurre gli impatti negativi dello stress: è una combinazione di atteggiamenti, comportamenti, esperienze e apprendimenti utili per fronteggiare determinate situazioni.

Secondo il modello bio-psico-sociale, le capacità di Coping, il supporto sociale e le abilità interpersonali rappresentano dei fattori protettivi nei confronti della vulnerabilità e sono in grado di ridurre l'effetto dei fattori stressanti sulla vita dell'individuo ed il rischio di ricadute. Il rafforzamento di tali abilità può attenuare o compensare gli effetti dei deficit cognitivi e la vulnerabilità: quando le persone sono dotate di abilità per fronteggiare gli eventi stressanti sono più in grado di risolvere i problemi e le sfide quotidiane per una migliore qualità di vita.

Negli ultimi decenni di sviluppo di trattamenti psicosociali evidence-based per persone con disturbi psichiatrici vi è una crescente attenzione nei riguardi dell'insegnamento e dell'acquisizione di un adeguato corredo di abilità di coping.

Fondamentalmente, i training per le abilità di coping si concentrano sulla riduzione dell'impatto dei sintomi persistenti associati ad alti livelli di disagio o interferenze con gli obiettivi della persona. L'approccio di base a questo tipo di training include alcuni passaggi chiave:

1. Fare una valutazione delle strategie di coping utilizzate dall'utente.
2. Incrementare l'utilizzo delle strategie di coping efficaci che l'utente già adotta.

3. Riconsiderare e selezionare delle strategie di coping aggiuntive da insegnare all'utente.
4. Fornire una dimostrazione (da parte dell'operatore) della nuova strategia individuata.
5. Coinvolgere l'utente nel mettere in pratica la nuova strategia durante la sessione di training.
6. Sviluppare delle assegnazioni per casa, per consentire all'utente di fare pratica con la strategia in maniera autonoma e in un contesto "reale".

Il concetto di "Coping" deriva da studi psicopatologici condotti sullo stress. In particolare, viene definito come "Cognitive and behavioral efforts to master, reduce, or tolerate the internal and/or external demands that are created by the stressful transaction* In altre parole si riferisce all'insieme delle strategie cognitive e comportamentali che ciascuno mette in atto per far fronte ad esigenze esterne o interne, vissute come sovrastanti le risorse del soggetto (Lazarus e Folkman 1984).

Le diverse modalità di coping sono raggruppate in tre principali stili: operativo o orientato al compito; emotivo o orientato alle emozioni; evitante.

Il coping di tipo operativo ha come elemento principale la risoluzione attiva e diretta di un problema mediante delle strategie cognitive e comportamentali mirate. Lo stile coping emotivo è caratterizzato da abilità di regolazione emotiva e di controllo delle emozioni oppure l'abbandono di esse, con la tendenza alla preoccupazione. Le strategie di coping evitante sono proprie degli individui che evitano la situazione considerata problema.

Waiten (2009), recentemente, ha suddiviso le strategie di Coping in 4 gruppi:

- Appraisal-focused (adaptive cognitive): orientato a modificare le proprie convinzioni e propri pensieri;
- Problem-focused (adaptive behavioral): mirato a ridurre o eliminare gli agenti stressanti;
- Emotion-focused coping: mirato a migliorare le emozioni negative associate al problema;
- Occupation-focused coping: mirato a svolgere un'occupazione duratura nel tempo in grado di dare risposte positive.

Secondo numerosi studi, i pazienti affetti da gravi disturbi mentali tendono ad utilizzare una limitata gamma di stili di coping, per lo più inefficaci, rigidi e maladattivi, come l'evitamento (Philips et al. 2009).

Il progetto di Coping in day Hospital è stato pensato per fornire degli strumenti e delle strategie per affrontare delle situazioni che potrebbero essere percepite come negative nella vita delle pazienti e peggiorare il quadro sintomatologico.

Il 7 Giugno 2023 è stata condotta una prima presentazione del nuovo progetto a 8 delle pazienti del Day Hospital. Questo incontro è iniziato con un brainstorming sulla parola "fronteggiamento" scritta su un cartellone. Dopo un breve confronto di gruppo, viene introdotto il concetto di "Strategie di Coping" e viene consegnato un foglio in cui erano elencati i diversi moduli che si sarebbero affrontati durante i vari incontri:

- Ridurre lo stress
- Concentrarsi sui punti di forza
- Farsi rispettare in modo positivo
- Utilizzare bene il nostro tempo
- Esprimere i nostri sentimenti positivi
- Avvicinarsi alle persone
- Gestire la rabbia.

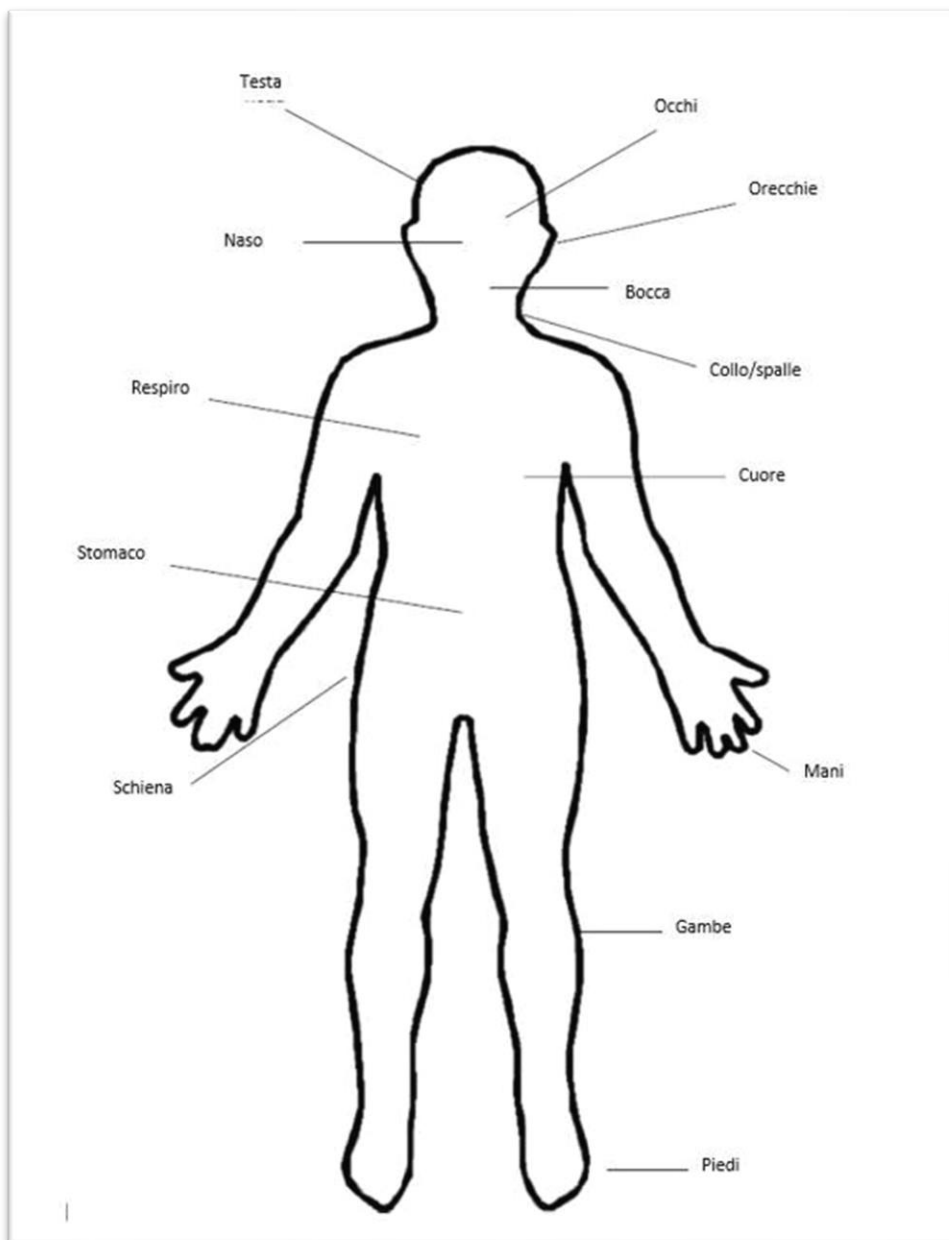
Questo elenco è stato riscritto dalle pazienti in ordine di gradimento in base ai loro interessi ed è stato condiviso ad alta voce con le altre partecipanti.

Prima della conclusione del gruppo, viene consegnata un'ultima scheda da compilare, la quale rappresentava il questionario iniziale di monitoraggio dell'attività.

- Cosa ti aspetti da questi incontri di strategie di Coping?
- Sei motivato alla partecipazione a questo gruppo?
- C'è qualcosa in particolare da cui sei incuriosito?
- Credi che potrebbe esserti utile nella gestione quotidiana?

Dal secondo incontro sono stati affrontati i diversi moduli proposti nel gruppo di presentazione: primo fra tutti "Ridurre lo stress ed ansia". L'attenzione in un primo momento viene posta sulla differenza tra la parola stress e la parola ansia e, poi, la loro relazione. In questo contesto, è stato consegnato un foglio con la rappresentazione di una sagoma umana, sulla quale le pazienti dovevano colorare le diverse parti del corpo attivate nel momento di una sensazione di ansia o di stress.

Tabella 1 “Rappresentazione visiva per i segnali di ansia e stress”



Le pazienti vengono invitate a suddividere a metà un cartoncino sul quale descrivere le situazioni che scatenassero ansia e stress e poi le conseguenti strategie messe in atto da ognuna.

Tabella 2 “Strategie per ridurre stress e ansia”

STRATEGIA	L’HO GIA’ UTILIZZATA	VORREI PROVARLA
Parlare con qualcuno di cui mi fido		

Scrivere su un diario		
Ascoltare musica		
Leggere		
Attività espressive (es. dipingere)		
Suonare uno strumento		
Lavorare a maglia, o fare altri lavori manuali		
Parlare a se stessi in modo positivo (“dialogo interiore positivo”)		
Respirazione controllata		
Visualizzare uno scenario di pace		
Rilassamento muscolare		
Prendere una pausa da una situazione stressante		
Altro:		

Dopo un breve confronto, vengono consegnate delle schede su possibili strategie di riduzione di stress ed ansia. Tra queste: esercizi di mindfulness per la consapevolezza di

sé nel momento presente e la focalizzazione dell'attenzione su una cosa per volta; tecniche di rilassamento muscolare come il "tendi-e-rilascia", lo "stretching" ed esercizi di respirazione controllata e di visualizzazione ed il dialogo interiore positivo.

Tabella 3 "Guida per il rilassamento muscolare"

"TENDI-E-RILASCIA"

Mani

-Fai un pugno con entrambe le mani. Tieni questa posizione per 5 secondi.

- Rilassa le mani. Tieni questa posizione per 5 secondi.
- Ripeti il ciclo tensione-rilassamento per 5 volte.
- Premi insieme i palmi, premendoli l'uno contro l'altro. Tieni questa posizione per 5 secondi.
- Rilassa le mani e tienile appoggiate alle cosce per 5 secondi.
- Ripeti il ciclo tensione-rilassamento per 5 volte.

Spalle

- Solleva le spalle verso le orecchie. Tieni questa posizione per 5 secondi.
- Rilassa le spalle e le braccia. Tieni questa posizione per 5 secondi.
- Ripeti il ciclo tensione-rilassamento per 5 volte.

Gambe

- Tira su le ginocchia, tenendo le caviglie e mantenendo le dita dei piedi attaccate al pavimento (in punta solleva di piedi). Tieni questa posizione per 5 secondi.
- Abbassa le caviglie verso il pavimento e rilassa le gambe. Tieni questa posizione per 5 secondi.
- Ripeti il ciclo tensione-rilassamento per 5 volte.

“STRETCHING”

- Lascia cadere delicatamente la testa in avanti, con il mento verso petto. Conta fino a 5, poi ritorna in posizione neutrale. Inclina la testa a destra, in modo che l'orecchio destro sia appoggiato alla spalla destra. Conta fino a 5, poi ritorna in posizione neutrale. Lascia cadere delicatamente la testa all'indietro, con il mento che punta verso il soffitto. Conta fino a 5, poi ritorna in posizione neutrale. Inclina la testa a sinistra, in modo che l'orecchio sinistro sia appoggiato alla spalla sinistra. Conta fino a 5, poi ritorna in posizione neutrale.
- Ripeti questi movimenti con la testa 5 volte.
- Intreccia le dita delle mani insieme, come a creare un cestino. Con i palmi rivolti all'interno, verso il petto, estendi le braccia di fronte a te. Tieni questa posizione per 5 secondi. Poi inverti la posizione dei palmi in modo che siano rivolti verso l'esterno. Tieni questa posizione per 5 secondi.
- Ripeti questi movimenti alternati con le mani e con le braccia 5 volte.
- Ruota le spalle in avanti in maniera fluida e delicata. Ripeti il movimento rotatorio 5 volte.
- Inverti il movimento, e ruota le spalle all'indietro in maniera fluida e delicata. Ripeti il movimento rotatorio 5 volte.

Tabella 4 “Guida per la respirazione controllata”

“RESPIRAZIONE CONTROLLATA”

- Prendi un respiro lento e profondo. Prova a riempire di aria i tuoi polmoni. Impiega circa 5 secondi per prendere un respiro pieno. Se senti capogiro, prova a prendere un respiro normale anziché profondo.
- Trattieni il respiro per 5 secondi.
- Rilascia lentamente l'aria. Impiega circa 5 secondi per espirare completamente.
- Ripeti questo ciclo di inspirazione ed espirazione per 5 volte.
- Se ti senti ancora in tensione, prova a ripetere il ciclo diverse volte.

Tabella 5 “Guida per gli esercizi di visualizzazione”

“VISUALIZZAZIONE”

- Pensa a uno scenario di pace. Può essere uno scenario di campagna o di città. Può essere una scena solitaria o con altre persone presenti. Può comprendere una specifica condizione meteorologica o ambientale. Può essere un posto in cui sei già stato prima o un posto che hai sempre voluto visitare.
- Chiudi gli occhi e immagina quella scena tranquilla. Tieni la tua mente lontana da qualunque cosa ti stia causando stress. Concentra i tuoi pensieri sulla scena di pace.
- Immagina che aspetto e sensazioni potrebbero trovarsi in quella scena. Che colori vedi? Che suoni senti? Che profumi senti nell'aria? Com'è la temperatura? C'è una brezza?
- Dedica da 5 a 10 minuti a visualizzare la tua scena di tranquillità.

Infine, è stata consegnata anche una scheda sull'allenamento del dialogo interiore positivo: le parole che una persona usa rivolgendosi a se stessa, riflette il modo in cui pensa di sé e anche come si sente. Il dialogo interiore potrebbe avere delle conseguenze nelle azioni.

Tabella 6 “9 modi per allenare il proprio dialogo interiore positivo”

1. **Ascolta il tuo dialogo interiore**, che spesso va “sottotraccia”, in maniera quasi inconsapevole. Annota i pensieri principali della giornata, gli stati d'animo: quali sono positivi? Quali negativi?
2. **Prendi i dialoghi negativi e mettili in discussione**: siamo sicuri del tal pensiero negativo? Siamo certi degli esiti catastrofici che stiamo immaginando? Confutiamo tali certezze negative...
3. Una volta annotati i pensieri negativi e distruttivi, fermali puntualmente...
STOP!
4. **Trasforma i pensieri disfattisti** come “non ce la posso fare”; “è impossibile” con... “come fare questa cosa? Da dove posso cominciare per risolverla?”; “Come rendere possibile questo obiettivo?”. Ricordate, un passo alla volta...

5. Durante i self talk, chiediti quali sono le tue **paure**. Indagale a fondo: sono quelle, solitamente, a far fluire pensieri negativi.
6. Nell'eseguire il punto 2, è bene rivolgersi a se stessi con la seconda persona singolare, ovvero dandoci del... **TU!** Sembrerebbe avere un'efficacia migliore per il proprio auto-convincimento. Provare per credere.
7. Oltre a osservare i propri pensieri, cerca di **individuare i giudizi che dai a te stesso** soprattutto mentre sei in mezzo ad altre persone. Non giudicarti troppo, lascia correre.
8. Hai beccato un **dialogo positivo**? **ALZA IL VOLUME!** Approfittane, dai voce e tono a quel momento positivo...
9. **Medita.** Ora, la meditazione non è cosa che si impara in 3 minuti e ci sono diversi tipi di meditazione.

Il secondo modulo affrontato in Day Hospital è stato “farsi rispettare in modo positivo”. Durante la fase di presentazione del nuovo modulo, si è principalmente posta l'attenzione sul concetto di assertività: è stato messo al centro del tavolo di lavoro un cartellone colorato, al cui centro c'era scritta la parola “assertività” e le pazienti dovevano scrivere ciò che secondo loro la definisse. Annesso al concetto di assertività sono stati definiti due stili di comportamento non auspicabili per questo modulo: lo stile passivo e lo stile aggressivo. Ci si è soffermati sulla modalità comunicativa e sugli effetti a lungo termine nell'adottare questi ultimi. Preferibile sarebbe una mediazione tra questi due “lati della stessa medaglia”. È stata poi consegnata una scheda con un elenco di frasi di tipo manipolativo, alternate a quelle di tipo assertivo. Il compito delle pazienti era quello di individuare le espressioni manipolative e trasformarle in assertive.

Tabella 7 “Lista critica manipolativa”

- 1) Sono d'accordo sulla prima parte del tuo intervento, ma non del tutto sulla seconda
- 2) Esci pure se vuoi, ma sappi che starò in pensiero per tutto il tempo
- 3) Dove andremmo a finire se tutti si comportassero come te?
- 4) Come è possibile che una persona con la tua educazione e la tua intelligenza si comporti così?
- 5) Non mi dici mai quello che pensi
- 6) Con uno come te non si può mai parlare

- 7) Non mi lasci spazio per controbattere
- 8) Non capisci niente
- 9) Mi critichi sempre
- 10) Non mi piace questo tuo comportamento
- 11) Hai rovinato la mia vita
- 12) Parli con me solo per sgridarmi o per lamentarti
- 13) Rispondi sempre sgarbatamente
- 14) Non condivido la tua scelta. Preferirei agire diversamente
- 15) Sei diventata tutta rossa!
- 16) Perché sei in ritardo?
- 17) Cerca di essere serio, una volta tanto
- 18) Forse non se n'è accorto, ma c'ero prima io

È stata, poi, utilizzata un'altra lista di affermazioni: l'indicazione era quella di trasformare le frasi in cui si riconoscevano di più in sfide personali.

Per ogni frase scrivi una proposizione contraria che abbia senso per te.

Tabella 8 “Lista di sfide personali”

- 1) Non mi merito di ottenere ciò di cui ho bisogno o che voglio.
Sfida: _____
- 2) Se faccio una domanda, dimostrerò di essere una persona debole.
Sfida: _____
- 3) Devo sapere se mi si risponderà di sì prima di fare una domanda.
Sfida: _____
- 4) Non posso sopportare il fatto che qualcuno si arrabbi con me se chiedo qualcosa o se rispondo di no.
Sfida: _____
- 5) L'idea che qualcuno mi risponda di no, mi annienta.
Sfida: _____

6) Fare richieste è un atteggiamento prepotente (cattivo, egoista, egocentrico ecc.).

Sfida: _____

7) Rispondere no a una domanda è sempre un comportamento egoistico.

Sfida: _____

8) Dovrei essere disponibile a sacrificare i miei bisogni per gli altri.

Sfida: _____

9) Devo essere proprio inadeguato se non riesco a fare le cose da solo.

Sfida: _____

10) Il problema è solo nella mia testa. Se solo pensassi in modo diverso non infastidire gli altri.

Sfida: _____

1) Non è un problema se non ottengo ciò che desidero.

Sfida: _____

Durante la fase conclusiva del modulo è stata proposta una attività di role-play: essa si tratta di un metodo basato sulla simulazione di una situazione o di un evento tramite la sua messa in scena, che preveda la presenza di un terapeuta che aiuta l'individuo a recitare un ruolo e mettere in atto un determinato comportamento. Essa viene vista come un'esercitazione avente l'obiettivo di consentire al soggetto di affrontare le stesse situazioni nella vita reale in modo più sereno. La situazione da interpretare è stata suggerita dal conduttore:

ROLE PLAY

Personaggi: "Due amiche che si danno appuntamento, una però tarda ad arrivare per l'ennesima volta"

Compito: "l'amica ritardataria che viene attaccata in modo aggressivo deve rispondere assertivamente"

Dopo ciò, sono state chieste consigli ed osservazioni delle altre pazienti che avevano svolto il ruolo di spettatrici durante il role-play.

Infine, viene consegnata la "carta dei diritti" la quale elenca una serie di situazioni alle quali tutti noi abbiamo il diritto di rispondere di "no" senza "sensi di colpa".

Tabella 9 “Carta dei Diritti”

<p>“Voi avete il diritto di dire di no senza sentirvi in colpa”</p> <ol style="list-style-type: none">1) Noi soli abbiamo il diritto di giudicare il nostro comportamento, i nostri pensieri e le nostre emozioni e di assumerci la responsabilità accettando le conseguenze.2) Abbiamo il diritto di non giustificare il nostro comportamento adducendo ragioni, scuse o spiegazioni.3) Abbiamo il diritto di decidere se occuparci dei problemi degli altri, di decidere di non assumerci la responsabilità di risolvere i problemi altrui.4) Abbiamo il diritto di cambiare parere, opinione e il nostro modo di pensare.5) Abbiamo il diritto di sbagliare, assumendoci la responsabilità delle eventuali conseguenze negative.6) Abbiamo il diritto di essere illogici nelle nostre scelte.7) Abbiamo il diritto di rifiutare una richiesta che porta via troppo tempo o risorse dai nostri impegni.8) Abbiamo il diritto di dire: “Non so”, quando ci si chiede una competenza che non abbiamo.9) Abbiamo il diritto di dire: “Non capisco” a chi non dice chiaramente che cosa ci si aspetta da noi.10) Abbiamo il diritto di dire: “Non mi interessa” quando gli altri ci vogliono coinvolgere nelle loro iniziative

Il terzo modulo affrontato è stato quello della “gestione della rabbia”.

Gli incontri riguardanti questa tematica sono iniziati con un brainstorming: in un cartellone le pazienti dovevano scrivere tutto ciò che veniva loro in mente alla parola “rabbia”.

Ci si è soffermati, inoltre, sulla differenza tra rabbia e aggressività: la prima è stata definita come l’emozione di varia intensità che si attiva quando qualcosa ostacola il raggiungimento di un obiettivo; la seconda è un comportamento attuato per ferire qualcuno o danneggiare qualcosa, al fine di rimuovere tale ostacolo.

Sono, poi, state consegnate delle schede che trattavano, in primo luogo, gli eventi scatenanti, le cosiddette “bandiere rosse” facilmente legate al sentimento di rabbia. In

secondo luogo, ci si è focalizzati sull'identificazione delle quattro categorie di segnali: cognitivi (es. essere molto indignati, essere molto critici), comportamentali (es. alzare la voce, serrare i pugni), fisici (es. mal di testa, tachicardia) ed emotivi (sentirsi feriti, sentirsi come se si volesse picchiare qualcuno).

Riconoscere tempestivamente i segnali di rabbia aiuta a tenere sotto controllo la situazione e permette di avere più tempo per pensare alle diverse alternative che si potrebbero utilizzare.

Sono state utilizzate, inoltre, delle rappresentazioni cartacee di un termometro e di cubetti di ghiaccio. Queste ultime sono state incollate in un foglio A4 diviso in due parti uguali. Nel lato del termometro le pazienti hanno segnato dal minimo al valore massimo le diverse situazioni che scatenavano in loro il sentimento di rabbia, dal minimo livello di intensità a quello più elevato. Nel lato del ghiaccio, invece, si è chiesto di scrivere quali fossero le strategie e le situazioni che le aiutano a ridurre lo stato di rabbia, per poi condividerle con il gruppo.

In seguito, sono stati letti dei cosiddetti “Falsi miti” riguardanti la rabbia, con annesso le spiegazioni per “smentirli”. Essi sono stati oggetto di discussione per il gruppo:

Tabella 10 “Falsi miti sulla rabbia”

- Mito n.1: la rabbia viene ereditata. Un luogo comune sulla rabbia è il fatto che la modalità con cui essa viene espressa è ereditata e non si può modificare. A volte si può sentire qualcuno commentare “Ho ereditato la rabbia da mio padre, sono fatto così”. Questa affermazione implica che l'espressione della rabbia è un'immutabile serie di comportamenti. Le ricerche indicano, invece, che le persone non nascono con sequenze comportamentali pre-confezionate. Gli studi dimostrano piuttosto che l'espressione della rabbia è un comportamento appreso e, dunque, si possono anche imparare modalità più appropriate per esprimerla.

È assodato che la maggior parte dei comportamenti delle persone è appreso mediante l'osservazione degli altri, in particolari di altri significativi (genitori, membri della famiglia e amici). Se i bambini osservano i genitori esprimere la rabbia attraverso atti aggressivi, quali offese e violenza, è molto probabile che essi impareranno a loro volta ad esprimere la propria rabbia in tal modo. Fortunatamente, tali comportamenti possono modificarsi acquisendo nuove e più appropriate modalità per manifestare la rabbia.

- Mito n.2: la rabbia conduce automaticamente all'aggressione. Si crede erroneamente che l'unica maniera efficace di esprimere la rabbia sia attraverso l'aggressività. Si pensa comunemente che la rabbia sia qualcosa che aumenta esponenzialmente fino al punto di scoppiare. Una gestione efficace della rabbia comprende di fatto il controllo della sua escalation attraverso l'acquisizione di abilità assertive, modificazione delle autocritiche, confutazione delle convinzioni irrazionali e l'utilizzo di una varietà di strategie comportamentali. Queste abilità, tecniche e strategie verranno discusse nelle prossime sessioni.
- Mito n.3: le persone devono essere aggressive per ottenere ciò che vogliono. Molte persone confondono l'assertività con l'aggressività. L'obiettivo dell'aggressività è dominare, intimidire o danneggiare gli altri – vincendo a tutti i costi. Al contrario, l'obiettivo dell'assertività è esprimere l'emozione della rabbia in maniera rispettosa. Ad esempio, se si è turbati a causa del comportamento di un amico che è ripetutamente in ritardo, si può reagire urlandogli oscenità e insultandolo: questo approccio è un attacco verso l'altra persona piuttosto che un tentativo di ragionare sul comportamento che provoca frustrazione o rabbia. Per gestire tale situazione in maniera assertiva si potrebbe dire: “Quando dobbiamo incontrarci e tu sei in ritardo divento parecchio frustrato. Mi piacerebbe che tu arrivassi in orario più spesso.” Questa affermazione permette di esprimere la propria insoddisfazione e comunicare come si vorrebbe che la situazione cambiasse. Inoltre, non si incolpa l'altra persona e si minimizza la possibilità di ferire i sentimenti altrui.
- Mito n.4: è sempre un bene sfogare la rabbia. Per molti anni la credenza popolare tra parecchi professionisti della salute mentale e tra le persone in generale era che l'espressione aggressiva della rabbia, come urlare o picchiare il cuscino, fosse un metodo salutare e terapeutico. Dalle ricerche, però, risulta che le persone che sfogano la propria rabbia in maniera aggressiva diventano semplicemente più brave nell'arrabbiarsi (Berkowitz, 1970; Murray, 1985; Straus, Gelles & Steinmetz, 1980). In altre parole, sfogare la rabbia in maniera aggressiva rinforza il comportamento aggressivo.

Per quanto riguarda la gestione ed il controllo della rabbia, sono state consigliate una lista di strategie specifiche, sia di tipo immediato che di tipo preventivo.

La prima strategia presentata è stato il time-out: nella sua forma più semplice e informale, significa fare qualche respiro profondo e pensare invece di reagire immediatamente. Può anche significare lasciare la situazione che sta causando l'escalation o semplicemente interrompere la discussione che sta innescando la rabbia. L'uso formale del time-out, invece, implica la stipula di un accordo od un piano prestabilito, mediante il quale una delle parti interessate può chiedere un time-out dopo averlo concordato in anticipo con l'altra. La persona che lo richiede può lasciare la situazione, se necessario, a patto che si torni a concludere la discussione o a rinviarla, se si ritiene di poter risolvere correttamente la questione.

Il time-out risulta efficace anche se utilizzato con altre strategie: ad esempio è possibile fare una pausa e chiamare un amico o un familiare o scrivere sul diario personale, per ricercare lo stato di calma.

La seconda strategia presentata è stata il “rilassamento attraverso la respirazione”: si tratta di un esercizio di respirazione profonda come tecnica di rilassamento. La persona deve seguire le indicazioni una ad una:

Tabella 11 “Guida per il rilassamento attraverso la respirazione”

- Siediti in una posizione comoda. Se ti fa piacere, puoi chiudere gli occhi o semplicemente guardare il pavimento.
- Prova ora a prendere contatto col tuo corpo per sentirlo e averne consapevolezza.
- Resta concentrati sul corpo e percepisci la tensione dei muscoli, a partire dai piedi, le cosce, i glutei, la schiena fino alla testa.
- Presta attenzione a qualsiasi tensione che potresti avere nelle gambe, nello stomaco, nelle mani, nelle braccia, nelle spalle, al livello del collo e del viso. Cerca di lasciar andare la tensione che sentite, rilassatevi.
- Ora, renditi consapevole del tuo respiro. Presta attenzione al respiro, dove sono le sensazioni del respiro, mentre l'aria entra ed esce dal vostro corpo. Questo può essere molto rilassante.
- Fai un respiro profondo. Nota che i polmoni e il torace si espandono. Adesso lentamente espira attraverso il naso. Ancora una volta, fai un respiro profondo:

- riempi i polmoni e il torace con quanta più aria puoi prendere, trattienila per un secondo, ora rilasciala ed espira lentamente.
- Stai ancora col tuo respiro, inspira lentamente e completamente, trattieni l'aria per un secondo e rilasciala. Ora, continua a respirare in questo modo per un altro paio di minuti. Continua a concentrarti sulla tua respirazione. Ad ogni inspirazione ed espirazione, senti il tuo corpo diventare sempre più rilassato. Usa la respirazione per scacciare qualsiasi tensione residua.
- Ora fai un altro respiro profondo. Inspira completamente, trattieni per un secondo e rilascia. Inspira di nuovo, trattieni e rilascia. Continua a essere consapevole del tuo respiro mentre i polmoni si riempiono. Ancora una volta, inspira completamente, trattieni per un secondo e rilasciate. Quando ti senti pronto, apri gli occhi.

Questo esercizio potrebbe essere abbreviato in soli tre respiri profondi: inspirazione, pausa ed espirazione. Anche in questo modo potrebbe essere efficace ed economico: ci si può esercitare in questo modo a casa, al lavoro, sull'autobus, o mentre si cammina.

Un' alternativa al rilassamento tramite la respirazione profonda, può essere il rilassamento muscolare progressivo, secondo queste indicazioni:

Tabella 12 “Guida per il rilassamento muscolare progressivo”

- È il momento di sederti. Adesso, come hai fatto la settimana scorsa, inizia a focalizzarti sulla respirazione. Effettua un respiro profondo. Bloccalo per un secondo. Adesso espira completamente. Di nuovo, fai un respiro profondo. Riempi i polmoni ed il petto. Adesso rilassati ed espira lentamente. Ancora, una volta ancora, inspira lentamente, blocca, e rilascia.
- Ora, mentre continui a respirare profondamente e pienamente, porta la tua attenzione sulle tue mani. Stringi i pugni molto forte. Mantieni questa tensione. Ora rilassa i pugni, aprendo le dita e rilassa completamente le mani. Ancora una volta, stringi forte i pugni. Blocca e rilassa. Immagina tutta la tensione che lascia le mani verso la punta delle dita. Nota la differenza tra la tensione e il completo rilassamento.

- Adesso porta l'attenzione alle tue braccia. Contrai le braccia come se stessi facendo un esercizio per i bicipiti. Porta i pugni verso l'avambraccio e le braccia. Blocca la tensione e rilassa. Lascia cadere le tue braccia e le tue mani fluire dietro le cosce. Senti la tensione svuotarsi dalle tue braccia.
- Ancora una volta, chiudi le braccia per stringere i bicipiti. Senti la tensione, trattienila e rilasciala. Lascia che la tensione fluisca dalle tue braccia. Sostituiscila con un profondo rilassamento muscolare.
- Ora solleva le spalle verso le orecchie. Solleva le spalle. Mantieni la tensione per un secondo. Ora lascia cadere delicatamente le spalle e allenta tutta la tensione. Ancora una volta, solleva le spalle, mantieni la tensione e rilassa. Lascia che la tensione fluisca dalle tue spalle fino alle braccia, fino alle dita. Notare quanto si percepiscono diversamente i tuoi muscoli quando sono rilassati.
- Ora porta la tua attenzione al collo e al viso. Contrai tutti quei muscoli facendo una "smorfia". Contrai il collo, la mascella e la fronte. Mantieni la tensione e rilasciala. Lascia rilassare i muscoli del collo e della mascella. Rilassa tutte le linee della fronte. Ancora una volta, contra i muscoli del collo e del viso, mantieni e rilascia. Fai attenzione ai muscoli che si rilassano nella parte superiore della testa e intorno agli occhi. Lascia che i tuoi occhi si rilassino nelle loro orbite, quasi come se stessero affondando nella parte posteriore della testa. Rilassa la mascella e la gola, rilassa tutti i muscoli intorno alle orecchie. Senti tutta la tensione dei muscoli del collo liberarsi.
- Ora resta seduto ancora per un attimo. Poni attenzione al tuo corpo per rilevare eventuali tensioni e rilassalo. Nota come si sente il tuo corpo quando i tuoi muscoli sono completamente rilassati.

La terza strategia insegnata è il “modello A-B-C-D”, come forma di ristrutturazione cognitiva. In questo modello “A” sta per evento *Attivante*, ovvero quella situazione a rischio o “bandiera-rossa”. La “B” rappresenta i pensieri (*Belief*), che vengono fatti rispetto all'evento. Non è tanto l'evento di per sé che provoca emozioni come la rabbia, quanto piuttosto le interpretazioni e le idee che si hanno rispetto l'evento stesso. La “C” sta per *Conseguenza emotiva*: si tratta dei sentimenti che si sperimentano come conseguenza alle idee e alle interpretazioni che si fanno rispetto agli eventi. La “D” significa *messa in Discussione*. Questa parte del modello prevede l'identificazione di tutte

le idee irrazionali per poterle discutere e sostituirle con punti di vista più razionali o realistici rispetto agli eventi attivanti. L'obiettivo di fondo è quello di imparare a sostituire le autovalutazioni che accompagnano, o aumentano, il sentimento di rabbia, con idee che possano aiutarti ad interpretare in modo più realistico ed accurato gli eventi.

Tabella 13 “Modello A-B-C-D”

A = situazioni o eventi attivanti
B = sistema dei pensieri (belief) → i pensieri e le aspettative rispetto all'evento
C = conseguenze → cosa si prova rispetto l'evento derivante dai pensieri e aspettative
D = discussione → valutazione dei pensieri e aspettative irrealistiche o irrazionali.

In alternativa al modello A-B-C-D, un altro approccio per controllare la rabbia è il “blocco del pensiero”. In questa strategia, semplicemente, si pensa ad una serie di auto-comandi che fermano i pensieri di rabbia, per esempio: “ho bisogno di smettere di pensare questa cosa. Mi metterò solo nei guai se continuo a pensare in questo modo”. In altre parole, invece di cercare di contestare i propri pensieri e le proprie credenze come indicato nel modello A-B-C-D, l'obiettivo è fermare il proprio schema di pensieri disfunzionali prima che portino ad un'escalation di rabbia perdita di controllo.

Successivamente queste tipologie di strategie di gestione della rabbia (il time-out, il rilassamento muscolare, il blocco del pensiero ed il modello A-B-C-D) sono state incollate dalle pazienti in un libretto definito “kit di sopravvivenza” in base all'ordine in cui le avrebbero usate.

È stato chiesto a ognuno delle pazienti di leggere l'ordine in cui sono state scelte le strategie per affrontare la rabbia ed inoltre viene chiesto di compilare un foglio relativo alle abilità di sopravvivenza alla crisi, indicando i pro e i contro relativi all'agire o al resistere all'impulso nel momento in cui si verifica una crisi.

Tabella 14 “Vantaggi e svantaggi dell’agire seguendo l’impulso di rabbia”

	PRO	CONTRO
Agire seguendo l’impulso quando sei in crisi	Pro dell’agire seguendo l’impulso quando sei in crisi:	Contro dell’agire seguendo l’impulso quando sei in crisi:
Resistere a seguire l’impulso quando sei in crisi	Pro del resistere a seguire l’impulso quando sei in crisi:	Contro del resistere a seguire l’impulso quando sei in crisi:

Tabella 15 “Kit di sopravvivenza per i momenti di rabbia”

Crea il tuo kit di sopravvivenza da usare a casa, a scuola, o al lavoro

Prendi una scatola da scarpe, un sacchetto resistente o un cestino e metti dentro le cose che ti servono: per esempio, il tuo iPod, una pallina anti-stress, la tua crema profumata o il tuo dopobarba preferito, un’immagine del luogo della tua vacanza ideale, la tua rivista preferita, le parole crociate, tisane, un CD o un DVD sul rilassamento.

Prepara una versione ridotta del tuo kit da portare a scuola o al lavoro in un contenitore per matite o per il pranzo. Pensa a degli oggetti che puoi usare stando seduto al tuo posto: per esempio, degli elastici multicolori da tirare e rilasciare, carta e penne per scarabocchiare, un pacchettino di plastilina, una pallina antistress, un elenco di stimoli visivi che, in classe o in ufficio, possono distrarti o consolarti, degli snack gratificanti, un elenco di amici, insegnanti, consulenti o colleghi che puoi avvicinare durante l’intervallo.

Il quarto modulo affrontato in Day Hospital è stato: “Concentrarsi sui propri punti di forza”. All’inizio del modulo, è stato chiesto alle pazienti come definissero i punti di forza e se ne riconoscessero in loro stesse. Dopodiché è stata fatta un’altra domanda riguardante i punti di forza negli altri: “E’ più facile o difficile riconoscerli rispetto ai propri?”. Dopo una discussione rispetto questo tema, è stato consegnato un foglio con una lista di caratteristiche personali positive, punti di forza, accanto a cui le ragazze dovevano segnare con una “X” le buone qualità in cui si riconoscevano. Dopo aver compilato questi fogli, ha chiesto se tra tutte le caratteristiche si erano riconosciute in qualcuna e se ce

n'era stata qualcuna a cui non avevano mai pensato. Inoltre, è stato chiesto se è stato difficile riconoscersi in alcune di quelle caratteristiche.

Tabella 16 “Diverse tipologie di punti di forza”

- **Creatività:** tipica di artisti, designer e scienziati, è la qualità di esprimere le idee in un modo particolare. Le persone creative escogitano nuove idee e risolvono i problemi con forza immaginativa.
- **Proattività:** è una caratteristica molto ricercata nelle aziende. Le persone proattive sono in grado di anticipare possibili esigenze future, difficoltà o contingenze. I soggetti proattivi tendono a pianificare una strategia, quindi sicuramente se qualcosa va storto hanno un piano B. Tutto con il fermo proposito di raggiungere i loro obiettivi.
- **Carisma:** è la condizione delle persone per influenzare, per favore, conquistare e affascinare il resto. I carismatici tendono ad andare d'accordo con molte persone.
- **Pazienza:** è una delle qualità più importanti nella vita sociale. La pazienza è associata alla tolleranza delle difficoltà o dei ritardi senza perdere il cuore e senza cadere nell'ansia.
- **Resilienza:** una qualità umana legata alla capacità di adattamento che gli individui hanno di fronte ai conflitti della vita. Le persone resilienti si riprendono rapidamente dalle sofferenze o dalle battute d'arresto e le prendono come un'esperienza di apprendimento e di vita.
- **Fiducia:** questa qualità è spesso alla base di tutte le relazioni interpersonali. Ma è anche un attributo necessario per avanzare nella vita, senza insicurezze.
- **Ottimismo:** la qualità di una persona sicura, che mostra speranza nei progetti futuri.
- **Leadership:** la leadership è una virtù che appartiene a coloro che hanno la capacità di motivare e ispirare gli altri. Il leader guida un gruppo e sa come stabilire le priorità per raggiungere un obiettivo comune. Tende a essere un modello di riferimento.
- **Organizzazione:** i soggetti organizzati sono in grado di svolgere il lavoro in modo sistematico, il che consente una maggiore efficienza e velocità.

- Sincerità: consiste nell'indebitarsi in qualsiasi circostanza e anche se non corrisponde ai loro interessi.
- Perseveranza: è la qualità che permette di raggiungere gli obiettivi, anche se nel processo trova molteplici ostacoli. Le persone perseveranti non si arrendono di fronte ai problemi.
- Impegno: vicino alla responsabilità, l'impegno descrive la qualità umana del concentrarsi su un compito. Nasce dal desiderio di fare qualcosa e di concentrarsi su di essa per realizzarla.
- Concentrazione: è la capacità umana di concentrarsi su qualche attività. Questa qualità è molto utile perché facilita la risoluzione dei problemi in un tempo perentorio.
- Umiltà: è intesa come un valore o una qualità che descrive una persona che non è presuntuosa.
- Empatia: una delle qualità umane più importanti è l'empatia. Gli esseri umani che sono in grado di mettersi al posto dei loro simili sono empatici. Sanno come trattare gli altri perché capiscono i sentimenti degli altri.
- Superare: In generale, gli esseri umani si prefiggono obiettivi e traguardi a breve, medio e lungo termine. La ricerca di una vita migliore, il desiderio di superare, è tipico di una mente sana.
- Puntualità: legata alla responsabilità, la puntualità è un attributo che si esprime con l'adempimento puntuale di un'attività richiesta o con l'arrivo puntuale.
- Tenerezza: è la virtù di comunicare l'affetto agli altri.
- Intuizione: è intesa come un'altra forma di conoscenza, basata sulle esperienze. L'intuizione non è dominata dalla ragione cosciente.
- Oratorio: un buon oratorio è legato alla facilità con cui le persone possono esprimersi in modo efficiente e scorrevole.
- Tenacia: insieme alla perseveranza, la tenacia implica la perseveranza fino al raggiungimento degli obiettivi.
- Coraggio: è la qualità delle persone che non temono il fallimento perché sanno che troveranno sempre un modo per avere successo. È sinonimo di coraggio di fronte ai problemi e alle paure esistenziali.

- **Affermazione:** gli individui assertivi sono capaci di esprimersi in modo equo, diafano, con gli altri, senza offesa e senza generare rumore nella comunicazione
- **Attitudine:** le attitudini sono facoltà umane molto importanti per l’adattamento e l’integrazione sociale. Di per sé, comprende l’insieme delle condizioni che consentono a un individuo di essere particolarmente competente per una determinata professione.
- **Rispetto:** L’essere rispettosi esprime un buon trattamento degli altri. Il rispetto suscita un trattamento simile tra le parti, afferma fiducia e simpatia.

La richiesta successiva alle pazienti è stata di scrivere su dei pezzi di carta ritagliati a forma di foglia, in primo luogo uno o più punti di forza in cui si riconoscevano maggiormente, prendendo spunto dalla lista compilata precedentemente ed in secondo luogo, su altre foglie, uno o più che riuscivano a vedere le une nelle altre. Dopo aver scritto i propri punti di forza e quelli delle altre, si sono scambiate reciprocamente le varie foglie, che sono state attaccate sul proprio albero.

Alle pazienti, poi, è stato distribuito un foglio in cui era rappresentata una tabella: il compito era quello di scrivere sei punti di forza in cui non si riconoscevano, o si riconoscevano poco, o che sapevano di avere.

Accanto a questi punti di forza elencati si chiedeva di scrivere delle azioni pratiche, anche quotidiane, da poter mettere in atto per migliorarli (qualora ci si riconoscessero poco), per mantenerli (nel caso ci si riconoscesse già) oppure per cercare di ottenerlo (nel caso non ci si riconoscessero proprio).

È stato, poi, consegnato loro un foglio con un elenco di distorsioni cognitive che causano pensieri automatici disfunzionali.

Tabella 17 “Modalità di pensiero errate”

- 1) **MODALITÀ TUTTO-O-NIENTE, BIANCO-O-NERO:** Se non sei perfetto, non vali niente. Se non ottieni tutto ciò che vuoi, ti sembra di non avere nulla. Se oggi ti senti bene, tutto il resto della tua vita sarà perfetto e non avrai mai più bisogno della terapia.
- 2) **VEDERE “TUTTO NERO” (PREVISIONI SBAGLIATE):** Predici negativamente il tuo futuro senza considerare altri, più probabili risultati. “Sbaglierò sicuramente il compito in classe”, oppure “Se io le dico questo, lei mi odierà per sempre”

- 3) **LEGGERE NELLA MENTE ALTRUI:** Credi di sapere quello che le altre persone stanno pensando senza nemmeno domandarlo. “Chiaramente pensa che non farò un buon lavoro.”
- 4) **ECESSIVA GENERALIZZAZIONE:** Trai conclusioni generalizzate e negative che vanno ben oltre la situazione contingente. “Dal momento che il primo giorno di scuola mi sono sentito a disagio, so che non riuscirò ad apprezzare il resto dell’anno.”
- 5) **FILTRO MENTALE:** Sviluppi un udito e una vista selettivi e senti e vedi soltanto le cose negative, ignorando quelle positive, che sono molte di più. “Poiché il mio supervisore mi ha dato un punteggio basso nella valutazione (che contiene molti altri punteggi più elevati), significa che sto facendo un pessimo lavoro.”
- 6) **SQUALIFICA DI CIÒ CHE È POSITIVO:** Dici a te stesso che le esperienze, le azioni o le qualità positive non contano. “Sono andato a canestro in quella partita di basket solo perché ho avuto fortuna.”
- 7) **RAGIONAMENTO EMOTIVO:** Cominci a pensare che le tue emozioni sono fatti. “Mi sembra che..., quindi è così. Mi sembra che lei mi odia, quindi lei mi odia.” “Mi sento stupido; quindi sono stupido.” “La scuola mi fa paura, quindi andarci è una cattiva idea.”
- 8) **AFFERMARE CHE “SI DOVREBBE”:** Affermi che tu o qualcun altro “dovrete”, avendo rigidamente in mente quale dovrebbe essere il tuo comportamento o quello degli altri, e sopravvaluti le conseguenze negative della mancata realizzazione di queste aspettative. “È terribile che io abbia commesso un errore; dovrei sempre fare del mio meglio.” “Tu non dovresti essere così turbato.”
- 9) **ASSEGNARE DELLE “ETICHETTE”:** L’eccessiva generalizzazione viene rafforzata attraverso l’uso di un linguaggio estremo per descrivere le cose. “Ho rovesciato il mio latte. Sono TALMENTE IMBRANATO!” “La mia terapeuta non mi ha chiamato; è la terapeuta più menefreghista e insensibile che sia mai esistita!”
- 10) **PERSONALIZZAZIONE:** Vedi te stesso come la causa di eventi sui quali non hai assolutamente alcun controllo o come il bersaglio di qualcosa che non ha affatto a che fare con te. “I miei genitori hanno divorziato a causa mia.” “La receptionist è stata sgarbata con me perché ho fatto qualcosa di sbagliato.”

L'ultimo modulo affrontato è stato quello dell' "Utilizzare bene il proprio tempo".

Le pazienti hanno risposto a delle domande scritte su un foglio riguardanti la gestione e l'organizzazione della propria giornata, considerando doveri e tempo libero.

È stata consegnata, poi, una scheda contenente una lista di attività svolte in solitudine, affianco ad una lista delle medesime, però svolte in compagnia.

La conduttrice del gruppo ha, inoltre, chiesto "come le pazienti gestiscono attualmente il tempo libero e non (scuola, lavoro, università, vari impegni ecc.) e cosa, invece, vorrebbero fare".

Tabella 18 "Lista di attività da svolgere"

ATTIVITÀ' DA CONDIVIDERE CON GLI ALTRI	Ciò che faccio almeno una volta a settimana	Ciò che ero solito fare in passato ma ora non più	Ciò che non sono solito fare ma che vorrei iniziare a fare
Passare un po' di tempo in famiglia			
Passare un po' di tempo con gli amici			
Passare un po' di tempo con persone per me significative (es. partner o migliore amica/o)			
Fare volontariato/servizio civile			
Frequentare un corso			

Parlare con i miei vicini di casa			
Partecipare ad un gruppo			
Suonare uno strumento musicale			
Ascoltare musica			
Guardare un film o una serie tv con qualcuno			
Parlare al telefono con un amico/a			
Parlare al telefono con un familiare			
Altro: _____			

In seguito alle risposte delle partecipanti, è stato suggerito di creare una tabella organizzativa per coloro che non riescono a programmare il tempo nell'arco della giornata; mentre, per coloro che seguono minuziosamente uno schema, senza dare il giusto spazio al tempo libero, si suggerisce di non rinunciare totalmente alla routine, ma cercare di viverla con meno stress e ansia "scandendo meno gli orari".

È stata consegnato, poi, un foglio con una lista di attività con le quali le pazienti potrebbero trascorrere le loro giornate. Di queste dovevano selezionare sia le attività che già svolgevano e volevano continuare a farlo, sia quelle che non svolgevano, ma che avrebbero voluto includere nelle loro giornate. Di queste, hanno indicato anche il tempo al giorno alle quali volevano dedicarvi.

Tabella 19 “Lista di attività da inserire nella routine”

ATTIVITÀ' DA INSERIRE NELLA MIA ROUTINE	DA AGGIUNGERE	TEMPO CHE VOGLIO DEDICARCI
Scuola (compiti, studio, preparazione verifica/interrogazione)		
Lettura di un libro a piacere		
Uso dei social e del telefono		
Cura di me stessa (maschera viso, doccia, shampoo ai capelli...)		
Dipingere una tela, colorare un mandala...		
Fare un'attività di volontariato (canile, servizio civile, scout...)		
Passare un po' di tempo con la mia famiglia		
Passare un po' di tempo con i miei amici/amiche		
Ascoltare musica		
Suonare uno strumento		
Parlare al telefono con un mio amico o parente		

Guardare un film o una serie tv (da sola o con qualcuno)		
Fare shopping (comprare qualcosa che mi serve o che mi piace)		
Fare le pulizie di casa		
Scrivere (sul mio diario, una lettera, un pensiero...)		
Andare al cinema con qualcuno		
Visitare un parco pubblico nuovo o un altro luogo mai visto		
Provare un trucco nuovo		
Sistemare la mia camera o il mio armadio		
Praticare il rilassamento da sola (respirazione guidata)		
Giocare a carte con qualcuno		
Comprarmi un nuovo libro o una rivista		
Fare le parole crociate o un sudoku		

Partecipare ad un'attività che mi incuriosisce (gruppo di fotografia...)		
Altro: _____		

Dopodiché, ciascuna attività è stata scritta in un cartoncino, ognuno di diverso colore, il quale è stato posizionato con del nastro-carta all'interno di una tabella, in modo da poterlo riposizionare di settimana in settimana.

Successivamente sono state lette le regole per l'uso della tabella delle attività giornaliere. Esse incoraggiavano un uso flessibile della tabella, che doveva servire come guida piuttosto che come schema rigido. Essa comprende i giorni da lunedì alla domenica.

Tabella 20 “Tabella per l'organizzazione settimanale”

LUNEDI'	MARTEDI'	MERCOLEDI'	GIOVEDI'	VENERDI'

3.3 STRUMENTI DI MISURAZIONE

Per valutare il progetto proposto alle pazienti in Day Hospital sono stati utilizzati dei questionari, costituiti da quesiti di tipologia aperta e risposta multipla.

Essi comprendevano un questionario iniziale ed un questionario finale per ogni modulo affrontato.

I questionari sono stati compilati e firmati dalle pazienti presenti durante i vari gruppi, per valutare l'andamento dell'attività e verificarne la sua utilità.

4. RISULTATI

Per riuscire a comprendere l'andamento del gruppo durante questi cinque mesi di "Training per le abilità di Coping" sono stati somministrati alle pazienti dei questionari all'inizio e alla fine di ogni modulo affrontato.

I questionari iniziali erano composti da quattro domande aperte, mentre i questionari conclusivi da sei domande a risposta multipla (modalità scala Likert) con annessa una domanda aperta riguardo a ciò che gli fosse risultato utile di quel modulo nella loro vita quotidiana.

Per quanto riguarda il primo modulo "Ridurre lo stress e l'ansia", la maggior parte delle pazienti al momento della somministrazione del questionario iniziale riportavano di sentirsi abbastanza informate sul significato dei termini di ansia e stress, poiché si ritrovavano spesso ad interfacciarsi con essi, ma di non comprenderne pienamente la differenza.

Inoltre, la maggior parte delle pazienti riferiva di essere informata su alcune strategie di riduzione dell'ansia e dello stress, che sono perlopiù risultate inefficaci. Tutte le pazienti, tuttavia, concordano con l'utilità di comprendere la gestione di stress ed ansia per ridurre l'impatto emotivo e migliorare la qualità di vita.

Alla fine del primo modulo, la maggior parte delle ragazze che ha compilato il questionario conclusivo, ha ritenuto utile le attività svolte per la gestione dell'ansia e dello stress, poiché sono servite loro per comprendere meglio cosa sia lo stress e quando sono stressate. Tuttavia, più della metà di loro riferisce di non essere totalmente soddisfatta dalle strategie imparate durante questo modulo: solamente due di loro affermano di averne imparate di nuove e di utilizzarle nella loro quotidianità.

Le partecipanti hanno dimostrato una predilezione verso la tecnica del dialogo interiore positivo e la scrittura di un diario personale. Questa ultima era stata consigliata da una delle pazienti durante un incontro.

Il secondo modulo riguardava il "Farsi rispettare in modo positivo". La quasi totalità delle pazienti al momento del questionario iniziale dichiarava di aver difficoltà nel farsi rispettare in modo positivo, riportando di tendere a mettere prima il benessere degli altri; solamente due di loro riportavano di non "avere questo tipo di problema", riuscendo ad allontanare chi non le rispetta.

Per tutte le pazienti è stato utile riuscire a comprendere come poter essere rispettate in maniera positiva dalle altre persone, per riuscire a stare meglio con gli altri, senza sentirsi giudicate.

È stato chiesto, inoltre, se fossero a conoscenza del concetto di assertività: più della metà delle pazienti non conosceva il significato del termine; le altre, pur essendo informate, non riuscivano a metterlo in pratica in modo efficace.

Dopo la conclusione del modulo, le pazienti hanno riferito l'utilità dell'attività svolta: tutte, infatti, hanno scoperto nuove strategie per farsi rispettare in modo positivo, anche se la maggior parte ha dichiarato di averle utilizzate poco, poi, nella vita quotidiana. Solamente una partecipante ha affermato di averle utilizzate molto, dopo aver riferito di essere solita a “farsi mettere i piedi in testa”.

In linea generale, quasi unanime sono state d'accordo sull'utilità del modulo affrontato, per comprendere meglio il concetto di assertività, per utilizzarlo nelle relazioni quotidiane e per riuscire a farsi rispettare correttamente.

Il terzo modulo trattava la “gestione della rabbia”. Al momento del questionario iniziale tutte le pazienti ritenevano di saper riconoscere i propri segnali di rabbia, poiché provavano spesso questa emozione in modo più o meno intenso. Quasi tutte le pazienti, però, ritenevano di non riuscire ad esprimere in modo costruttivo i propri sentimenti di rabbia, poiché si sentono travolgere da essi; solamente una partecipante ha riferito di saperli esprimere usando il dialogo con la persona interessata.

Quasi tutte le pazienti hanno concordato nel non riuscire a gestire i momenti di rabbia intensa che si accumulano e le “fanno scoppiare” in modo inappropriato.

Infine, tutte hanno riferito come sia utile comprendere e riconoscere i propri segnali di rabbia per riuscire a gestirla e migliorare il proprio autocontrollo.

Alla fine del modulo, nel questionario conclusivo, la quasi totalità delle pazienti ha trovato utile l'attività svolta di “gestione della rabbia” e sono riuscite a comprendere meglio i segnali legati a quest'emozione.

Inoltre, più delle metà ha scoperto nuove strategie per gestire la rabbia e ha dichiarato di averle utilizzate nella loro quotidianità.

Il quarto modulo è stato quello di “concentrarsi sui propri punti di forza”. Durante il primo incontro è stato consegnato il questionario di inizio attività. Le pazienti hanno riferito di essere poco consapevoli dei loro punti di forza; le qualità che si riconoscono, inoltre, tendono ad essere sottovalutate o a non essere considerate come tali. Conseguentemente a ciò hanno dichiarato di non saperli apprezzare e sfruttare.

Tutte le pazienti, infine, hanno concordato sull'utilità di riconoscere le proprie qualità, per riuscire ad avere più consapevolezza e stima di loro stesse, così da poter relazionarsi in modo più efficiente con gli altri.

Secondo il questionario conclusivo, questo modulo ha riscontrato un feedback molto positivo delle pazienti: tutte, infatti, anche se riferiscono che nella vita quotidiana hanno utilizzato poco ciò che hanno appreso durante l'attività, hanno imparato a comprendere meglio i propri punti di forza.

Le pazienti hanno scritto solo commenti positivi nell'ultima domanda "Cosa ti porti a casa dal modulo affrontato? Cosa è stato utile?"; infatti, è servito ad alcune di loro per scoprire dei nuovi punti di forza e ad altre a vedere le qualità non considerate come punti di forza, come tali, per poterli migliorare. È stato utile, anche in questo caso, il confronto all'interno del gruppo per poter comprendere la percezione che hanno anche le altre persone delle loro stesse qualità.

Riguardo l'ultimo modulo "Utilizzare bene il nostro tempo", le pazienti, nel questionario iniziale, hanno riferito di riuscire abbastanza a gestire il proprio tempo durante la giornata, poiché cercano di organizzarsi. Mentre, durante il tempo libero, alcune delle pazienti ha affermato di riuscire a trovare delle attività di svago per colmare i sentimenti di noia, le altre hanno dichiarato di avere più difficoltà.

Tutte, infine, hanno concordato sull'importanza di organizzare al meglio il proprio tempo: sia le attività "d'obbligo", ad esempio la scuola o il lavoro, sia quelle più piacevoli, come gli hobby e le passioni coltivate.

Nel questionario finale, la maggior parte delle pazienti ha ritenuto utile il modulo affrontato, poiché gli è servito a comprendere meglio come gestire il proprio tempo.

Quasi tutte le pazienti hanno scoperto e utilizzato delle nuove strategie di gestione della quotidianità.

In generale, sono riuscite ad ottimizzare la propria organizzazione, impiegando il tempo in modo più efficiente, ed a trovare nuove attività da provare a fare durante i "momenti liberi".

5. DISCUSSIONE

Lo scopo del progetto è quello di verificare l'utilità di apprendere nuove strategie per affrontare le situazioni che potrebbero creare alle pazienti uno stato di tensione. In particolare, ci si è soffermati su cinque moduli ispirati al manuale di "Training per le abilità di Coping": "Riduzione dello stress ed ansia", "Farsi rispettare in modo positivo", "Gestione della rabbia", "Concentrarsi sui propri punti di forza" e "Utilizzare bene il nostro tempo".

In seguito ai dati ottenuti dall'analisi dei questionari somministrati, le partecipanti complessivamente hanno ritenuto efficaci le attività svolte.

Il modulo che ha riscontrato maggior successo è stato quello del "concentrarsi sui propri punti di forza": le pazienti hanno riferito di aver scoperto delle qualità che non sapevano di avere o che non consideravano come tali. Ciò è stato possibile grazie ad una lista di qualità presentata loro, che ne comprendeva diverse tipologie. In questo modo le pazienti si sono tutte riconosciute in almeno una di queste, acquisendone consapevolezza.

Inoltre, le pazienti si sono sentite valorizzate anche grazie al confronto all'interno del gruppo: in una sessione, infatti, dovevano riconoscere i punti di forza delle altre e questo ha aiutato a comprendere la percezione esterna delle loro stesse qualità. Una paziente ha riferito: "Questo modulo è stato il più bello finora, ho capito che in me ho del positivo e come lo possono vedere gli altri, posso anch'io".

Il modulo è stato, quindi, molto apprezzato: le pazienti hanno riferito di aver sviluppato più consapevolezza e stima di sé.

Secondo quanto emerso dai questionari e dall'osservazione delle pazienti, le attività svolte durante queste sessioni potrebbero risultare efficaci all'interno di un percorso di cura e riabilitazione dell'Anoressia Nervosa; in quanto è stato dimostrato come la bassa autostima ed il perfezionismo clinico abbiano un ruolo chiave nella valutazione negativa del sé e nel mantenimento della psicopatologia dei disturbi dell'alimentazione.

Per la "riduzione dell'ansia e dello stress" sono state presentate varie strategie, come la mindfulness, la respirazione controllata, e dialogo interiore. Dal punto di vista comportamentale, pazienti con disturbi del comportamento alimentare sembrano avere difficoltà ad elaborare adeguate risposte di coping allo stress. Le alterazioni stress-correlate sembrano essere coinvolti nell'insorgenza e mantenimento del disturbo alimentare (Omodei et al., 2015). Le strategie ritenute più utili nel complesso sono state la mindfulness, il dialogo positivo e la scrittura di un diario personale. Quest'ultima

strategia è stata presentata da una paziente durante una sessione di gruppo: ciò indica l'importanza del confronto e della condivisione.

Per quanto riguarda la “gestione della rabbia”, ci sono stati feedback bidirezionali; infatti, metà delle pazienti ha riferito di non utilizzare le strategie apprese, mentre l'altra metà ha affermato di averle utilizzate nella quotidianità. Ciò potrebbe derivare dalle diverse necessità: infatti, alcune pazienti hanno un quadro sintomatologico caratterizzato da comportamenti di tipo più impulsivo; per altre, invece, la gestione della rabbia potrebbe essere un problema più marginale. Inoltre, la difficoltà del riconoscimento e regolazione delle emozioni porterebbe ad una minor consapevolezza di esse.

Alla domanda “Cosa ti porti a casa dal modulo appena svolto?”, alcune delle pazienti hanno risposto che grazie all'attività sono state più consapevoli di quali siano i loro segnali di rabbia, hanno provato a non reagire sempre d'impulso e hanno imparato la capacità di restare più calme durante una discussione.

“Farsi rispettare in modo positivo” ha riscontrato feedback positivi: tutte le pazienti hanno appreso delle nuove strategie per farsi rispettare in modo positivo. Inoltre, hanno compreso il concetto di assertività: sia le ragazze che non conoscevano il termine, sia quelle che pur conoscendolo, non riuscivano ad utilizzarlo in modo efficace nella loro quotidianità.

Alla domanda “Cosa ti porti a casa dal modulo appena svolto?” una paziente riferisce: “è stato molto utile perché ora so meglio come comportarmi in certe situazioni per non essere né aggressiva, né passiva”. Era stato scelto, infatti, questo modulo poiché è stata dimostrata la mancanza di assertività come caratteristica dei pazienti con Disturbi Alimentari: mostrano un più basso livello di assertività rispetto alla popolazione generale. Lavorare su questo concetto, infatti, potrebbe essere molto utile alle pazienti con Anoressia Nervosa: importante sarebbe incoraggiare l'espressione dei propri punti di vista in modo costruttivo e lavorare sulla gestione e risoluzione ottimale di discordanze che spesso si presentano nelle relazioni interpersonali.

(Behar R., Manzo R. & Casanova D. (2006) Lack of assertiveness in patients with eating disorders.).

Infine, anche l'ultimo modulo “Utilizzare bene il nostro tempo” è stato utile per le partecipanti: per coloro che hanno espresso difficoltà nel gestire gli impegni quotidiani sono state insegnate delle strategie per ottimizzare il tempo tra gli impegni d'obbligo e le attività di svago; per coloro che hanno la tendenza ad avere uno schema troppo rigido, è stato consigliato di allenarsi a non seguirlo in modo troppo meticoloso.

6. LIMITI DEL PROGETTO

Uno dei limiti dello studio è stata la poca possibilità di una presenza costante delle pazienti a causa delle dimissioni e degli ingressi che ci sono nel contesto di day hospital. Alcune pazienti, infatti, non sono riuscite ad essere presenti in tutti gli incontri dedicati al modulo e ciò ha fatto sì che non per tutte ci fosse la stessa continuità.

Un altro limite è stato il breve periodo intercorso tra l'inizio e la fine dei moduli, che ha lasciato poco tempo per poter sperimentare le nuove strategie apprese.

Infine, è da considerare anche il "timing" di alcuni incontri: alcune sessioni sono state affrontate dopo l'ora di pranzo, trovando nelle pazienti una difficoltà nella concentrazione.

7. PROSPETTIVE FUTURE

In seguito ai riscontri ottenuti in questo progetto inducono a pensare che l'apprendimento di strategie di Coping sia un aspetto importante per i pazienti con Disturbi Alimentari per affrontare situazioni stressanti di quotidianità.

In generale, è stato importante per le pazienti focalizzarsi su strategie di fronteggiamento che non riguardano solamente i sintomi alimentari, ma che possono essere utilizzate nella vita quotidiana.

Si può dedurre come questo tipo di attività possa essere una risorsa da inserire anche in futuro nei percorsi di cura dei disturbi del comportamento alimentare.

Si potrebbe ipotizzare di implementare questo tipo di progetto sia in percorso di cura a livello ambulatoriale, sia in un contesto di tipo residenziale e semiresidenziale.

A livello ambulatoriale permetterebbe di individuare i moduli più mirati per la paziente con cui si sta lavorando, al fine di ottenere un percorso individuale personalizzato in base alle necessità.

Anche in un contesto residenziale e semiresidenziale, dove c'è un numero di pazienti più alto, può essere utile creare dei sottogruppi in base alle caratteristiche personali e al quadro sintomatologico. Per esempio, il modulo "gestione della rabbia" potrebbe essere indicato per i comportamenti di tipo più impulsivo.

Si può prendere in considerazione anche la divisione in sottogruppi per età, così da utilizzare diversi tipi di attività in ogni sessione in base al tipo di esperienza e maturità delle pazienti. Per esempio "utilizzare bene il nostro tempo" potrebbe implicare diversi tipi di impegni a seconda dell'età di una persona.

Importante è anche la scelta del momento in cui svolgere l'attività: si è visto come dopo l'ora di pranzo le pazienti hanno avuto difficoltà nel mantenere la concentrazione. Si potrebbe optare per la conduzione del gruppo lontano dai pasti, per mantenere, per quanto possibile, più alta la focalizzazione in ciò che si sta facendo.

8. CONCLUSIONI

Grazie ai questionari somministrati e all'osservazione delle pazienti durante gli incontri si evincono dei risultati positivi da questo progetto. Esso aveva come obiettivo di verificare l'utilità di apprendere delle nuove strategie di Coping, per affrontare gli eventi stressanti nella quotidianità.

Tutte le partecipanti, complessivamente, sono riuscite a trovare degli aspetti utili in ogni modulo.

Un punto importante di questa attività è stata la condivisione di pensieri e di idee all'interno del gruppo, poiché ha portato in più momenti ad un confronto, sia con il terapeuta per eventuali chiarimenti e dubbi, sia tra loro per riuscire a comprendere le diverse percezioni di una stessa tematica. Ascoltare punti di vista diversi dai propri, infatti, porta dei vantaggi per comprendere le idee, le motivazioni e le emozioni degli altri.

Durante gli incontri, le pazienti, però, oltre ad essersi confrontate con punti di vista diversi, hanno ritrovato nel gruppo anche vissuti simili che le hanno aiutate ad esprimere i loro pensieri più apertamente. Questo è stato possibile cercando di mantenere un clima di "non-giudizio", per lasciare spazio a tutte di esprimersi.

Un'altra nota positiva è stato l'apprendimento di abilità non solo focalizzate sui sintomi alimentari, ma che possono essere generalizzate per migliorare vari aspetti della vita. Durante l'osservazione del gruppo si è riscontrato l'efficacia della presentazione di alcune strategie, come per esempio l'evitamento degli stili comunicativi aggressivi e passivi, per il raggiungimento del concetto di assertività. A questo si aggiunge anche la consapevolezza dei segnali che predicano gli stati di rabbia, ansia o stress, per migliorarne la gestione e la comunicazione. In questo modo le pazienti potrebbero trarre beneficio tramite l'allenamento di quelle abilità sociali, che la psicopatologia del disturbo ha reso deficitarie.

Per concludere, sarebbe utile inserire questo tipo di progetto all'interno del Day Hospital: il miglioramento di anche un solo aspetto di vita di un paziente può essere considerato un traguardo fondamentale a cui aspirare.

9. BIBLIOGRAFIA

Favaro, Angela. *Manuale di psichiatria*. Piccin, 2021.

(H. W. Hoek, D. van Hoecken, M. A. Katzman. Epidemiology and cultural aspects of Eating Disorders. In: M Maj, K Halmi, JJ Lopez-Ibor, N Sartorius, editors. *Eating Disorders*. Chichester: John Wiley e Sons Ltd; 2003, pp. 75-104)

American Psychiatric Association (2013), *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi Mentali*, Quinta edizione (DSM-5), trad. it. Raffaello Cortina, Milano 2014

(Mustelin , L , Silen , Y , Raevuori , A , Hoek , H W , Kaprio , J & Keski-Rahkonen , A 2016)

(Quaderni del Ministero della Salute 17/22. (2013). *Appropriatezza clinica, strutturale, e operativa nella prevenzione, diagnosi e terapia dei disturbi dell'alimentazione: Quaderni del Ministero della Salute 17/22*. [Internet]. 2013 [citato 22 agosto 2022]. Disponibile su: https://www.salute.gov.it/imgs_C_17_pubblicazioni_2561_allegato.pdf)

Si dimostrano fattori di mantenimento dell'anoressia nervosa, inoltre, le conseguenze a livello cerebrale della restrizione calorica.

(Fairburn CG, Harrison PJ. *Eating disorders*. *The Lancet*. 2003;361:407–16)

(Trottier K, MacDonald DE. Update on Psychological Trauma, Other Severe Adverse Experiences and Eating Disorders: State of the Research and Future Research Directions. *Curr Psychiatry Rep*. 2017;19(8):1–9)

(Treasure J, Claudino AM, Zucker N. Eating disorders. The Lancet. 2010;375(9714): 583 – 93)

(Glashouwer KA, van der Veer RML, Adipatria F, de Jong PJ, Vocks S. The role of body image disturbance in the onset, maintenance, and relapse of anorexia nervosa: A systematic review. Clin Psychol Rev. 2019;74(October 2018):101771)

Marchiol F., Luxardi G.L., Amigo Vazquez I. Coping e alessitimia nei disturbi del comportamento alimentare: uno studio pilota. In Personalità/dipendenze rivista quadrimestrale: 17, 2/3, 2011

Anna M. Sonno, alimentazione ed esercizio fisico: uno studio controllato in pazienti con anoressia nervosa 2021-2022.

Susan Gingerich e Kim T. Mueser Ileana Boggian, Dario La Monaca, Silvia Merlin, Giovanni Soro. Training per le abilità di Coping.

Linda S. L'alterazione dei processi cognitivi ed attentivi in persone affette da disturbi alimentari 2022-2023