

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione

**Corso di laurea triennale in Scienze psicologiche dello Sviluppo, della Personalità e
delle Relazioni Interpersonali**

Tesi di laurea triennale

**Strategie di coping: caratteristiche, azioni e cambiamenti post
COVID19 in adulti con disturbo ossessivo-compulsivo o schizofrenia**

**Coping strategies: characteristics, actions and changes after COVID 19 in adults
with obsessive compulsive disorder or schizophrenia**

Relatrice

Prof.ssa Teresa Maria Sgaramella

Laureanda: Sara Maddalosso

Matricola: 1220736

Anno accademico 2021/2022

INDICE

INTRODUZIONE	4
CAPITOLO 1: IL CONCETTO DI COPING	5
1.1 La teoria cognitivo-transazionale di Lazarus e Folkman	5
1.2 Il contributo di Endler e Parker: coping centrato sull'evitamento	8
1.3 Coping adattivo e maladattivo	8
1.4. Questionari per la rilevazione delle strategie di coping	9
CAPITOLO 2: COPING NEL DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO E NELLA SCHIZOFRENIA	13
2.1 Stili di coping e psicopatologia	13
2.2 Coping nel disturbo ossessivo-compulsivo	13
2.3 Coping nella schizofrenia	17
2.4 COVID-19: Epidemia COVID-19 ed effetti sulla salute mentale	19
2.5 Cambiamenti nelle strategie di coping nel disturbo ossessivo compulsivo e nella schizofrenia durante il Covid 19	20
CAPITOLO 3: AZIONI ABILTATIVE E COVID 19	23
3.1 Le abilità di coping negli interventi psicologici	23
3.2 Interventi nel disturbo-ossessivo compulsivo	25
3.3 Interventi nella schizofrenia	27
3.4 Azioni abilitative durante il periodo del Covid 19	29

CONCLUSIONI	34
FONTI BIBLIOGRAFICHE	36
FONTI SITOGRAFICHE	40

INTRODUZIONE

Le modalità di risposta soggettiva alle situazioni stressanti e agli eventi di vita avversi, inclusi i disturbi mentali, rappresentano un'importante risorsa dell'adattamento individuale e influenzano la salute psicofisica delle persone; queste modalità di risposta possono essere definite come modalità di coping.

L'obiettivo del presente elaborato è quello di esaminare le caratteristiche delle strategie di coping utilizzate da adulti con diagnosi di disturbo ossessivo-compulsivo o schizofrenia, alcuni possibili interventi abilitativi e i cambiamenti avvenuti in seguito all'epidemia di COVID-19.

L'elaborato è articolato in tre capitoli: inizialmente viene presentato il concetto di coping illustrando il modello cognitivo-transazionale elaborato da Lazarus e Folkman e il contributo di Endler e Parker attraverso l'introduzione del concetto di coping centrato sull'evitamento. Viene posta attenzione alla differenza tra le strategie di coping adattive e il coping disfunzionale, il quale, anziché mitigare la portata stressogena degli eventi e favorire il benessere psicologico, può aggravare e amplificare lo stress percepito. Il secondo capitolo si concentra sulle modalità di coping in adulti con diagnosi di disturbo ossessivo-compulsivo o schizofrenia, esaminando alcuni studi che esplorano e analizzano tale argomento. Vengono esposti i cambiamenti avvenuti in conseguenza al COVID-19, sia per quanto riguarda gli effetti sulla salute mentale sia riguardo alle variazioni nelle strategie di coping utilizzate. Infine, nel terzo capitolo, vengono presentati e discussi alcuni interventi clinici, presentando delle azioni terapeutiche attuabili online e quindi utili in tempi di pandemia.

Il lavoro sostiene la ricchezza e l'importanza delle strategie di coping nel benessere in generale e in adulti con disturbo ossessivo-compulsivo o schizofrenia nello specifico; l'importanza di lavorare su di esse anche per contenere l'impatto del COVID-19.

CAPITOLO 1

IL CONCETTO DI COPING

Talvolta, di fronte ad uno stesso evento, è possibile osservare come alcune persone reagiscano in maniera completamente diversa l'una dall'altra. Ad esempio, di fronte a un problema, c'è chi tende ad affrontarlo direttamente, chi si rassegna, chi ricerca il supporto altrui. Reazioni tanto differenti possono essere ricondotte alla valutazione cognitiva che viene operata dal singolo individuo e alle strategie di coping utilizzate.

1.1 La teoria cognitivo-transazionale di Lazarus e Folkman

Il concetto di coping è stato introdotto per la prima volta dallo psicologo americano Richard Lazarus negli anni '60, la cui formulazione teorica, successivamente rielaborata con Susan Folkman nel 1984, rimane ancora oggi una delle più importanti e accreditate. Il termine *coping* deriva dal verbo inglese “*to cope*”, che significa “affrontare, resistere, gestire” e viene utilizzato per descrivere i processi che gli individui mettono in atto per far fronte a eventi stressanti, reali o percepiti come tali. Più precisamente, consiste negli «sforzi cognitivi e comportamentali per gestire specifiche richieste, esterne o interne (così come i conflitti fra esse), che sono valutate come gravose o eccedenti le risorse personali» (Lazarus, 1991).

La teoria cognitivo-transazionale di Lazarus e Folkman si basa su due precedenti cornici teoriche. La prima è la teoria fenomenologico-cognitiva, basata sull'assunto che gli individui percepiscono il mondo in modo unico e le percezioni soggettive costituiscono il campo fenomenico: gli individui reagiscono all'ambiente a seconda di come lo percepiscono. Il secondo fondamento teorico è il modello di interazione persona-ambiente di Lewin (1936), secondo cui persona e ambiente si trovano in una relazione dinamica di azioni e reazioni: ciò che una persona fa esercita un impatto sull'ambiente che, a sua volta, esercita il suo impatto sull'individuo. Il comportamento messo in atto è funzione della persona e dell'ambiente e, più specificatamente, dell'ambiente percepito. All'interno di questo modello, entrambe le determinanti, situazione e persona, insieme alla percezione e alla valutazione della situazione, si combinano come componenti critiche che determinano il comportamento di coping.

Come intuibile dalla definizione di coping, lo stress è un tema che viene spesso posto in relazione a questo costrutto. Lo stress è considerato dagli autori come l'esito di un processo che comporta interazioni e adattamenti (le "transazioni") tra variabili ambientali e personali, mediate da valutazioni cognitive (*appraisals*), ed emerge nel momento in cui le richieste esterne (ambientali) e/o interne (della persona) eccedono o mettono a dura prova le risorse dell'individuo. Secondo il modello, si possono distinguere diversi momenti del processo di valutazione cognitiva: inizialmente, durante l'*appraisal* primario, avviene una prima valutazione rispetto al significato di un evento, che può essere interpretato come rilevante o meno per il proprio benessere e i propri scopi, e come sfidante, minaccioso o dannoso. Con l'*appraisal* secondario, invece, si valutano le modalità con cui poter far fronte alla situazione, esaminando le risorse e le opzioni di cui si dispone: vengono individuate e attivate le strategie di coping. Dopo che la risposta è stata data, la situazione viene rivista e rivalutata (valutazione terziaria o *reappraisal*), considerando gli esiti e l'efficacia o meno delle strategie attuate, per decidere il successivo andamento delle azioni.

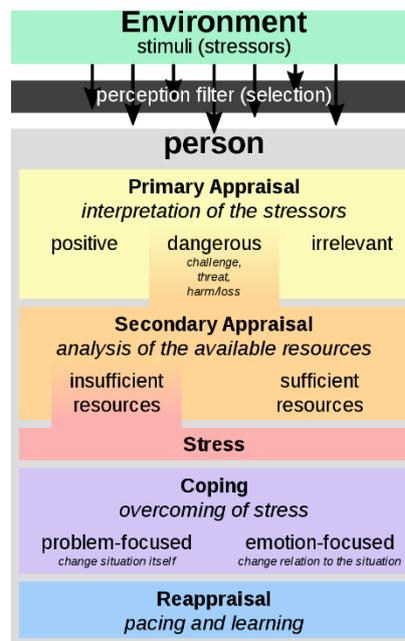
È principalmente la valutazione cognitiva dell'evento, piuttosto che l'evento in sé, che determina l'innescarsi o meno una reazione di stress da parte del soggetto; è il percepire l'evento come stressante che lo rende tale, e sarà tanto più stressante quanto più l'individuo si percepirà inadeguato e incapace di fronteggiarlo (Lazarus, 1993; Lazarus e Folkman, 1984). Il coping è dunque un processo dinamico, che cambia nel tempo e al variare della situazione, è una risposta di fronteggiamento che comprende azioni sia cognitive che comportamentali volte a controllare l'impatto fisico, emotivo e psicologico scaturito da eventi stressanti e problemi quotidiani.

Gli autori hanno proposto di classificare le diverse forme di coping in due categorie:

- *Problem-focused coping* (focalizzato sul problema), che consiste nel tentativo di modificare o risolvere la situazione stressogena, o ridurre il rischio di conseguenze dannose. L'individuo analizza il problema per comprenderlo meglio, esplora le proprie capacità di affrontarlo, elabora delle strategie e compie azioni per intervenire direttamente sul problema.

- *Emotion-focused coping* (centrato sulle emozioni), in cui la finalità non è modificare direttamente la situazione problematica ma piuttosto attribuirle un significato diverso, agendo sulle proprie emozioni. La persona cerca quindi di regolare le proprie reazioni emotive negative generate dalla situazione stressante, di modificare l'impatto emozionale negativo dell'evento, rivalutando la situazione o accettandola.

Figura 1.1. Modello transazionale dello stress di Lazarus e Folkman
(Illustrazione di Philipp Guttmann, 2016)



L'utilizzo di queste due diverse modalità di coping sembra essere connessa al fatto che il fattore stressante sia percepito come più o meno controllabile e modificabile. Se la situazione è ritenuta suscettibile al cambiamento e/o si percepisce un alto grado di controllo, è più probabile vengano impiegate strategie centrate sul problema, mentre se la situazione viene valutata come non modificabile o non controllabile è maggiore la probabilità che vengano utilizzate strategie centrate sull'emozione (Folkman e Lazarus, 1980). Ad esempio, uno studio condotto da Compas, Malcarne e Fondacaro (1988) ha rilevato che gli stressors connessi all'ambito scolastico erano percepiti come più controllabili rispetto agli stressors interpersonali e di conseguenza per far fronte allo stress scolastico, solitamente, venivano impiegate maggiormente strategie incentrate sul problema, mentre nel caso di stress interpersonale avveniva l'opposto.

1.2 Il contributo di Endler e Parker: coping centrato sull'evitamento

Affinando il contributo di Lazarus e Folkman, nel 1990 Norman S. Endler e James Parker hanno individuato una terza strategia di coping: il coping centrato sull'evitamento (*Avoidance coping*). Questa strategia è rappresentata dal tentativo dell'individuo di ignorare l'evento stressante e, di conseguenza, le emozioni a esso connesse, cercando di distanziarsene attraverso espedienti sociali o compiti distraenti.

Per tentare di distogliere l'attenzione dal problema, l'individuo si impegna quindi nella ricerca di supporto sociale o in attività sostitutive, mentali e/o comportamentali, che distolgono la sua attenzione dal problema, come ad esempio la pratica di esercizio fisico, la procrastinazione, la negazione. Tra le strategie di evitamento vengono talvolta messi in atto comportamenti nocivi per la salute come l'abuso di alcol, droghe o fumo.

Dunque, ci si impegna attivamente per evitare la situazione stressante, senza però provare a eliminarla, e quindi il sollievo che può derivare da questi "*safety behaviors*" ha carattere solamente temporaneo.

1.3 Coping adattivo e maladattivo

Le strategie di coping rappresentano, dunque, le modalità che definiscono il processo di adattamento ad una situazione stressante. Tuttavia, esse non garantiscono il successo di tale adattamento: possono assumere una valenza funzionale o disfunzionale ed essere dunque efficaci o inefficaci in base alle specifiche circostanze che la persona si trova ad affrontare. Se la strategia è funzionale alla situazione, può mitigare e ridurre la portata stressogena dell'evento, se invece è disfunzionale può aggravare e amplificare lo stress percepito. In quest'ultimo caso si parla di coping maladattivo, che momentaneamente può contenere o ridurre le emozioni negative, ma nel frattempo la situazione problematica rimane o si rafforza; queste strategie possono quindi essere efficaci nel breve termine, ma non nel lungo termine.

Per molto tempo si è ritenuto che strategie di coping di evitamento fossero funzionali in caso di situazioni incontrollabili, ma dagli anni '90 in poi alcune ricerche hanno dimostrato che per quanto la situazione sia incontrollabile e infausta strategie di evitamento impedirebbero di ricercare e trovare informazioni utili sul problema che

potrebbero rivelarsi utili (Atala & Carter, 1993). Inoltre, impediscono la possibilità di diventare consapevoli dei propri stati emotivi, di trovare modalità più adatte di regolazione degli stessi, di sperimentare e affinare le proprie abilità nella risoluzione delle difficoltà.

Tuttavia, è bene tenere presente che l'evitamento non è sempre un meccanismo disadattivo, ma in alcune circostanze può avere risultati benefici. Alcune ricerche pubblicate sul *Journal of Sport & Exercise Psychology* hanno rivelato che quando ci si sente stressati, alcune strategie che si possono classificare evitanti, come correre o meditare, sono in realtà efficaci nel ridurre lo stress, per lo meno nell'immediato. Infatti, le persone coinvolte nello studio, hanno successivamente messo in pratica strategie più efficaci. Ciò significa che, in determinate situazioni, alcune tecniche di evitamento possono risultare utili nel ridurre lo stress che si prova quando non si hanno le risorse per affrontare direttamente il problema, mentre ci si prepara a trovare soluzioni definitive. Ciò che è importante è che il coping evitante non diventi la norma, ma ci si ricorra solo quando si è sicuri che la situazione si estinguerà naturalmente o mentre ci si prepara a cercare una risposta migliore.

1.4. Questionari per la rilevazione delle strategie di coping

Nonostante il coping rappresenti un processo dinamico con un'elevata variabilità individuale e situazionale, ogni persona può mostrare una certa preferenza e tendenza ad utilizzare determinate strategie di coping; in questo caso si parla di stili di coping, che fanno riferimento a modalità più stabili con cui gli individui affrontano tipicamente le avversità, le modalità di coping che caratterizzano lo stile personale.

Nel corso degli anni, sono stati elaborati diversi questionari per misurare le diverse strategie e stili di coping.

1.4.1. *Coping Inventory for Stressful Situations - CISS*

All'inizio degli anni '90 venne sviluppato, a cura di Endler e Parker, il Coping Inventory for Stressful Situations (CISS), uno strumento multidimensionale

autodescrittivo di misurazione degli stili di coping. Si compone di tre scale fondamentali: coping orientato al problema (*Task-oriented*), orientato all'emozione (*Emotion-oriented*) e orientato all'evitamento (*Avoidance-oriented*); quest'ultima scala è stata suddivisa ulteriormente in due sottoscale, ovvero Distrazione (*Distraction*) e Diversivo Sociale (*Social Diversion*). Lo strumento comprende 48 item, 16 per ciascun fattore, valutati su una scala di frequenza a cinque punti; ai soggetti viene chiesto infatti di indicare la loro risposta di coping tipica.

Il CISS manifesta buona proprietà psicometriche ed è stato ampiamente impiegato con studenti universitari, adulti e pazienti psichiatrici. È prevista anche una versione adatta all'uso con gli adolescenti (dai 13 ai 18 anni) e più recentemente è stato sviluppato il CISS:SSC (*Situation-Specific Coping*), formato da 21 item che valutano le strategie di coping in situazioni più specifiche.

1.4.2. Brief COPE

Nel 1989 Carver e collaboratori hanno messo a punto il COPE, un questionario di autovalutazione composto da 60 item il cui obiettivo è quello di valutare gli stili di coping individuali. Nel 1997 lo stesso Carver ha messo a punto una versione abbreviata dello strumento, il Brief COPE, costituito da 28 item articolati in 14 scale, ciascuna composta da 2 item valutati su una scala Likert a 4 punti.

Tali scale misurano le seguenti dimensioni del coping: (1) ristrutturazione/reinterpretazione positiva, ovvero la capacità di riconsiderare gli eventi secondo una valutazione positiva; (2) coping attivo, cioè l'attitudine a concentrarsi sulla situazione e incrementare gli sforzi e le strategie per migliorarla; (3) sostegno strumentale, ossia cercare consigli e l'aiuto di altre persone; (4) pianificazione, ovvero la tendenza a riflettere e pianificare le strategie più adatte per risolvere la situazione; (5) umorismo, cioè cercare di sdrammatizzare, minimizzando così le esperienze stressanti; (6) uso del supporto emotivo, ricerca di comprensione e sostegno emotivo da parte di altri; (7) autoaccusa, criticare e incolpare se stessi per il verificarsi degli eventi; (8) espressione emozionale, inteso come la capacità di esprimere e manifestare i propri sentimenti; (9) religione, dunque ricorrere alla preghiera, incrementare le pratiche religiose; (10)

accettazione, accettare la situazione; (11) distogliere l'attenzione, ossia evitare di pensare all'evento accaduto, cercando di concentrarsi su altro e distraendosi con altre attività; (12) negazione, negare la realtà, fingere che non si sia verificato quanto accaduto; (13) uso di sostanze; (14) disimpegno comportamentale, ridurre gli sforzi per affrontare gli *stressors* o rinunciare ad affrontare la situazione.

Per i fattori di secondo ordine non c'è un consenso unanime. Diversi autori hanno infatti ricondotto le 14 scale a differenti fattori: stile di coping funzionale vs disfunzionale; coping centrato sul problema, sull'emozione e sull'evitamento; coping cognitivo, sociale, spirituale ed evitamento. In fase di scoring viene calcolato il punteggio delle singole scale, dalle quali si ottiene un profilo di coping del soggetto.

1.4.3. Maladaptive and Adaptive Coping Styles Questionnaire - MAX

Il Maladaptive and Adaptive Coping Styles Questionnaire (MAX) è uno strumento ideato da Moritz e collaboratori nel 2016 per indagare diverse strategie di coping adattivo e maladattivo.

Le istruzioni riportate nel questionario sono le seguenti: “Gli individui differiscono nel modo in cui gestiscono lo stress. Mentre alcune persone non perdono il loro equilibrio interiore nemmeno quando affrontano seri problemi, altri reagiscono con un significativo distress psicologico. Siamo interessati a come sperimenti e gestisci le situazioni problematiche. Per favore rispondi nella maniera che meglio riflette come reagisci veramente e come ti senti nelle situazioni stressanti [...]”.

Gli stili di coping vengono misurati lungo tre dimensioni: disadattivo, adattivo ed evitante. I 21 item sono valutati su una scala Likert a 4 punti, da 1 = "non vero" a 4 = "vero", e sono formulati per riflettere un comportamento presumibilmente adattivo a cui corrisponde un altro item, la sua “coppia”, che rappresenta la controparte disadattiva (ad esempio “Mi immagino subito il peggio” vs. “Provo a immaginare un lieto fine”).

Alcune caratteristiche salienti attribuibili allo stile di coping maladattivo individuate da Moritz e colleghi sono, ad esempio, l'essere inclini alla ruminazione, biasimarsi spesso, la tendenza a catastrofizzare, mentre tra caratteristiche attribuibili allo stile di coping adattivo rientrano il problem solving, l'accettazione di una situazione e il

tentativo di sfruttarla al meglio, considerare i problemi come un'opportunità, cercare aiuto. Il MAX è stato utilizzato per analizzare i modelli di coping, ad esempio, nella depressione, nel disturbo ossessivo-compulsivo e nella psicosi (Moritz et al. 2016, 2018).

Le strategie adattive e maladattive possono essere paragonate alle strategie positive e negative misurate dal coping style Questionnaire (sVF-78), un questionario di 78 item che rappresentano un certo modo di rispondere ad un evento stressante.

CAPITOLO 2

COPING NEL DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO E NELLA SCHIZOFRENIA

2.1 Stili di coping e psicopatologia

Lo stress, soprattutto a livelli elevati, può essere dannoso per la salute fisica e mentale, per questo i processi di coping risultano importanti, perché possono mitigare gli effetti dannosi prodotti dallo stress. Secondo il modello bio-psico-sociale le abilità di coping, insieme al supporto sociale e alle abilità interpersonali, rappresentano dei fattori protettivi nei confronti della vulnerabilità; una persona priva o con carenti abilità di coping ha maggiori probabilità di avere difficoltà nei diversi domini del funzionamento e, di conseguenza, sperimentare ansia e frustrazione e livelli più elevati di stress. Secondo Taylor e Stanton, infatti, i processi di coping influenzano la salute fisica e psichica: le strategie di coping efficienti incrementerebbero il benessere, mentre le strategie di evitamento aumenterebbero il rischio di stress, malattie e mortalità.

Il coping disadattivo e la mancanza di stili di coping efficaci in situazioni stressanti sono stati da tempo individuati come fattori implicati nella patogenesi di diversi disturbi psicologici. Ad esempio, sono stati identificati modelli di coping disfunzionali nella depressione, nel gioco d'azzardo patologico, nei disturbi d'ansia e nei sintomi psicotici. Secondo numerosi studi, i pazienti che presentano disturbi mentali tendono a utilizzare una limitata gamma di stili di coping, per lo più inefficaci, rigidi e maladattativi, come l'evitamento (Phillips et al. 2009). Anche l'utilizzo prevalente del coping basato sulle emozioni è associato a livelli più alti di stress e disordini psicologici, nonché alla gravità della sintomatologia (Christiansen et al., 2014; Ireland et al. 2005).

2.2 Coping nel disturbo ossessivo-compulsivo

2.2.1 *Il disturbo ossessivo-compulsivo (DOC)*

Il disturbo ossessivo compulsivo (DOC) è un disturbo mentale la cui diagnosi si basa sulla presenza di ossessioni e/o compulsioni. Le ossessioni vengono definite come

pensieri, immagini o impulsi intrusivi e ricorrenti, persistenti e incontrollabili, mentre le compulsioni consistono in comportamenti ripetitivi o azioni mentali che la persona si sente costretta a mettere in atto in risposta alle ossessioni, per ridurre l'ansia causata da esse o per prevenire un evento temuto. Le ossessioni e le compulsioni causano un notevole dispendio di tempo e un malessere o malfunzionamento clinicamente significativo in diverse aree. Tra le ossessioni e le compulsioni più comuni rientrano la paura di contaminarsi con germi o malattie, la preoccupazione di non riuscire a controllare i propri impulsi, l'ossessione per l'igiene, l'ordine e la simmetria, effettuare ripetuti controlli per allontanare i dubbi di aver effettivamente eseguito certe azioni.

Questo disturbo colpisce circa il 2% della popolazione (Ruscio, Stein, Chiu et al., 2010), con una leggera prevalenza per il sesso femminile (Torres, Prince, Bebbington et al., 2006). Può esordire nell'infanzia, nell'adolescenza o nella prima età adulta. In molti casi i primi sintomi si manifestano molto precocemente, prima dei 10 anni oppure nella tarda adolescenza/inizio dell'età adulta (Conceicao do Rosario-Campos et al., 2001). Gli interventi più utilizzati ed efficaci per il trattamento del DOC sono l'esposizione e prevenzione della risposta (ERP) e i farmaci antidepressivi, ma nella maggioranza dei casi i sintomi tendono a essere cronici (Eisen, Sibrava, Boisseau et al., 2013) e possono essere esacerbati e mantenuti dallo stress.

2.2.2 Il legame tra disturbo ossessivo-compulsivo e coping in relazione alla teoria cognitivo-transazionale di Lazarus e Folkman

Nella comprensione del disturbo, i modelli cognitivi si concentrano sulle ossessioni, caratterizzate da valutazioni disfunzionali dei pensieri intrusivi, ritenuti alla base di questo disturbo. L'ansia, una componente importante del DOC, può essere considerata come la percezione da parte di un individuo di specifici stimoli come minacciosi, insieme alla percezione dell'inabilità di affrontarli (Thordarson & Shafran, 2002). Dunque, il disturbo può essere concettualizzato utilizzando il Modello transazionale dello stress di Lazarus and Folkman, dove la valutazione primaria di un pensiero intrusivo porta alla percezione di una minaccia (in realtà assente) e ad un conseguente distress, che spinge l'individuo a impegnarsi in non necessarie o inefficaci strategie compulsive (viste come modalità di coping), dopo aver appreso che queste

strategie sono brevemente efficaci nel ridurre lo stress (valutazione secondaria). Tutto questo creerebbe dunque un circolo vizioso: le compulsioni enfatizzano e rafforzano le associazioni negative legate al pensiero iniziale, dato che riducono transitoriamente lo stress, incoraggiandone l'uso in futuro (Foa et al., 2012; Marcks & Woods, 2007). Questo circolo può essere spezzato attraverso la rivalutazione dei pensieri iniziali, che diventa dunque uno degli obiettivi del trattamento.

Secondo alcuni dati, infatti, il 25% circa dei pazienti non risponde agli interventi e il tasso di abbandono per l'ERP è approssimativamente del 19% (Ong et al. 2016). Una possibile spiegazione potrebbe essere l'uso di strategie di coping maladattive durante l'ERP (ad esempio, distanziarsi emozionalmente pensando ad altro durante l'esposizione), che può impedire al paziente di impegnarsi negli esercizi e nel tollerare emozioni negative (Mitchell et al. 2013; Reid et al. 2017).

2.2.3 Stili di coping disfunzionali e limiti nel coping adattivo

Secondo quanto affermato precedentemente, le compulsioni possono essere considerate come strategie disfunzionali di coping e di regolazione delle emozioni (Calkins et al. 2013) usate per allontanare i pensieri ossessivi, che nonostante possano essere efficaci nel breve termine col passare del tempo diventano più complesse e dispendiose (Moritz et al. 2002). Alcune ricerche hanno rilevato che le persone con DOC mostrano un'intolleranza allo stress più alta rispetto ai controlli (Cogle et al. 2011; Robinson and Freeston 2014), un forte bisogno di ridurre le emozioni negative (Moulding et al. 2008), ma un minor uso di strategie come la rivalutazione cognitiva e rifocalizzazione positiva (Paul et al. 2016). Un altro studio condotto da Basile e collaboratori mostra che gli individui con sintomi ossessivo-compulsivi tendono a utilizzare maggiormente strategie di evitamento rispetto ai controlli sani.

Con l'obiettivo di esaminare le strategie di coping utilizzate da adulti con diagnosi di disturbo ossessivo-compulsivo, in una ricerca del 2018 Moritz e colleghi hanno coinvolto 60 individui a cui è stato diagnosticato tale disturbo, 110 adulti con diagnosi di depressione e un gruppo di controllo non clinico composto da 1050 persone. Per esaminare gli stili di coping è stato utilizzato il *Maladaptive and Adaptive Coping Styles*

Questionnaire, da cui è risultato che gli individui con disturbo ossessivo-compulsivo e depressione manifestavano un maggior uso di coping maladattivo che adattivo, mentre accadeva l'opposto per i controlli non clinici. Inoltre, l'evitamento era più alto nei gruppi con depressione e DOC rispetto al gruppo di controllo. Per gli adulti con DOC, l'uso di coping adattivo era inferiore sia rispetto al gruppo di controllo sano sia rispetto agli individui con depressione.

Tabella 2.1. Caratteristiche demografiche, psicopatologiche e di coping dei partecipanti allo studio condotto da Moritz e colleghi (Moritz et al., 2018).

Variable	OCD (n=60)	Depression (n=110)	Nonclinical (n=1050)
Background			
Gender (female/male)	73%	79%	75%
Age	39.07 (13.20)	39.82 (9.15)	41.48 (12.44)
13th grade (yes)	72%	70%	68%
Psychopathology			
PHQ-9 total score	11.50 (6.43)	11.18 (2.30)	3.23 (2.59)
HDRS-17	–	14.01 (5.44)	–
Y-BOCS	22.87 (5.99)	–	–
OCI-R total score	31.68 (12.93)	–	–
MAX subscales			
Adaptive coping	2.15 (0.40)	2.37 (0.44)	2.92 (0.59)
Maladaptive coping	2.93 (0.54)	2.97 (0.41)	2.05 (0.59)
Avoidance	2.61 (0.64)	2.75 (0.57)	2.27 (0.67)

Le differenze erano specialmente marcate per l'accettazione, la rivalutazione dei problemi come opportunità e il mantenere la calma (con punteggi più alti degli individui con diagnosi di depressione), e la tendenza a catastrofizzare (dove le persone con DOC ottenevano punteggi maggiori).

Tabella 2.2 Item che distinguono gli individui con depressione (D) da quelli con DOC (O). (Moritz et al. 2018)

Item	t value	p	% endorsement (D vs. O)
1. I try to stay relaxed. (item 1) [D>O]	2.471	.014	52 vs. 32%
2. I quickly imagine the worst. (item 2) [O>D]	-2.514	.013	75 vs. 83%
3. I am prone to rumination. (item 9) [D>O]	1.660	.101	96 vs. 78%
4. I accept a situation and try to make the best of it. (item 10) [D>O]	2.418	.017	44 vs. 27%
5. I strive to view problems as an opportunity and to grow with the challenge. (item 11) [D>O]	3.438	.001	35 vs. 20%
6. I actively address a problem and try to resolve it. (item 13) [D>O]	1.837	.068	54 vs. 37%
7. It is easy to tell by looking at me that I am suffering in a certain situation. (item 14) [D>O]	3.152	.002	40 vs. 20%
8. Stress or problems do not immediately nag at my self-esteem. (item 17) [D>O]	1.724	.087	24 vs. 20%

Dunque, si può affermare che gli individui con diagnosi di disturbo ossessivo-compulsivo utilizzano più frequentemente strategie di coping disfunzionali e meno frequentemente strategie adattive rispetto a coloro senza disturbi mentali.

2.3 Coping nella schizofrenia

La schizofrenia è un disturbo psicotico caratterizzato da pensiero disorganizzato, percezione distorta, alterazioni comportamentali ed emotive. Solitamente, le persone con diagnosi di schizofrenia presentano un certo numero di episodi acuti e, tra un episodio e l'altro, sintomi meno gravi ma tuttavia debilitanti. I sintomi vengono spesso suddivisi in tre categorie: positiva, negativa e disorganizzativa. I sintomi positivi, che caratterizzano gli episodi acuti, comprendono allucinazioni (alterazioni della percezione per cui la persona crede di percepire cose in realtà assenti) e deliri (convinzioni contrarie alla realtà); la dimensione negativa comprende abulia, diminuzione delle relazioni sociali (asocialità), anedonia, alogia e appiattimento dell'affettività; i sintomi disorganizzati riguardano invece l'eloquio e il comportamento disorganizzati.

La prevalenza nell'arco di vita è dell'1% circa, esordisce tipicamente nella tarda adolescenza o all'inizio dell'età adulta e colpisce gli uomini in percentuale leggermente superiore. Per il trattamento della schizofrenia vengono impiegati farmaci antipsicotici, a cui si affiancano interventi psicologici come il training per le abilità sociali, terapie cognitivo-comportamentali, terapie familiari e di potenziamento cognitivo.

2.3.1 Pattern di coping in persone con diagnosi di schizofrenia

In letteratura sono presenti diversi studi che riportano come gli individui con diagnosi di schizofrenia mostrino un repertorio meno ampio e meno flessibilità nell'uso di strategie di coping (Wilder-Willis et al., 2002; Macdonald et al., 1998), tendano a utilizzare prevalentemente stili di coping orientati alle emozioni (Rollins et al., 2010; Ponizovsky et al., 2013) e si basino maggiormente su strategie di evitamento e meno sulla risoluzione attiva dei problemi (Lysaker et al., 2004). Secondo una ricerca del 2006 di Ritsner e colleghi, le persone affette da schizofrenia utilizzano pattern di coping centrati sull'emozione 5,5 volte più frequentemente rispetto a chi non presenta disturbi psichici, e tendono a ricorrere a strategie di coping maladattive come l'evitamento eccessivo (Freeman et al., 2007) e la soppressione delle emozioni e dei pensieri (Kimhy et al., 2012; Livingstone et al., 2009); inoltre, i pattern di coping disadattivi sono stati associati con livelli più alti di sintomi negativi (Lee et al, 2011), mentre è stata rilevata una correlazione

negativa tra l'utilizzo di strategie adattive come la reinterpretazione positiva e il livello di stress percepito (Cooke et al., 2007).

In uno studio del 2015, Holubova e collaboratori hanno indagato la relazione tra la qualità della vita e le strategie di coping utilizzate in un gruppo di 109 individui con diagnosi di schizofrenia, somministrando il *Stress Coping Style Questionnaire* [SVF-78] e il *Quality of Life Satisfaction and Enjoyment Questionnaire* [Q-LES-Q]. I risultati indicavano che il coping negativo (o disfunzionale) veniva usato più spesso rispetto a quello positivo (adattivo) e che la qualità della vita percepita era correlata ai pattern di coping: l'uso di strategie negative era associato a una minore qualità di vita, mentre l'uso del coping adattivo era associato a una qualità più alta. Inoltre, il punteggio della qualità di vita dipendeva anche dalla severità del disturbo ed è stata riscontrata una relazione significativa tra la severità soggettiva della psicopatologia e l'utilizzo di diverse strategie di coping: gli individui che consideravano il loro disturbo come più grave, usavano più strategie disfunzionali nelle situazioni stressanti (come la rassegnazione, l'auto-accusa, la tendenza all'evitamento); al contrario, coloro che valutavano il disturbo come meno grave usavano più strategie positive.

Tabella 2.3 Strategie di coping e relazione con Q-LES-Q e la gravità soggettiva del disturbo (Holubova et al., 2015).

Coping strategies	T-score, mean ± SD	Total Q-LES-Q	SubjCGI
Underestimation	47.77±12.87	0.466	-0.389
Guilt denial	54.35±12.2	0.246	-0.153
Diversion	50.88±9.88	0.486	-0.279
Compensatory satisfaction	55.57±10.2	0.283	-0.250
Situation control	44.95±11.08	0.284	-0.025
Reaction control	47.76±10.8	0.477	-0.246
Positive self-instruction	41.37±11.95	0.639	-0.390
Need for social support	50.98±11.02	0.019	0.030
Active avoidance	55.76±8.9	-0.034	0.140
Escape tendency	61.82±9.42	-0.274	0.380
Rumination/perseveration	49.9±12.5	-0.397	0.298
Resignation	60.44±10.95	-0.518	0.488
Self-accusation	53.29±12.61	-0.319	0.318
Using negative coping	59.04±11.24	-0.468	0.436
Using positive coping	49.5±11.8	0.588	-0.346

Successivamente, nel 2016, sempre Holubova e collaboratori hanno rilevato oltre ad un maggior uso di strategie di coping negative da parte degli individui con schizofrenia rispetto a un gruppo di controllo non clinico, un'associazione significativa col fenomeno dell'auto-stigma, per cui l'uso di uno stile di coping adattivo era connesso con un auto-

stigma minore e l'uso di coping disfunzionale era correlato con una maggiore tendenza all'auto-stigma.

2.4 COVID-19: Epidemia COVID-19 ed effetti sulla salute mentale

A partire da dicembre 2019 a Wuhan, in Cina, hanno iniziato ad essere segnalati i primi casi di un nuovo virus che si sarebbe presto diffuso a livello mondiale: il nuovo Coronavirus (2019-nCoV), un virus respiratorio responsabile dell'epidemia di COVID-19. La sintomatologia d'esordio causa solitamente sintomi simili a quelli di un'influenza stagionale, come raffreddore, febbre, tosse secca, dolori muscolari e difficoltà respiratorie; in certi casi, però, la malattia progredisce e dalle prime vie aeree raggiunge le strutture più interne dei polmoni, infiammandole e causando polmoniti anche molto gravi. La trasmissione avviene principalmente per via aerea, attraverso goccioline respiratorie che vengono prodotte quando una persona infetta parla, tossisce o starnutisce, e per limitarne il contagio le autorità di diversi Paesi hanno proclamato un lockdown generale, di diversa durata a seconda della specifica nazione.

La pandemia di COVID-19 e le sue conseguenze, l'isolamento, la riduzione della socialità, i cambiamenti avvenuti nella propria quotidianità, hanno avuto un profondo impatto sul benessere e sulla salute mentale della popolazione (Richardson et al., 2020; Myers et al., 2020; Zhou et al., 2020). Mentre alcuni individui si sono adattati, altri hanno riportato più difficoltà. Una ricerca condotta da Fitzpatrick, Harris e Drawe nel 2020 rileva che il 25% delle persone intervistate riportavano sintomi ansiosi da moderati a severi, mentre in uno studio svolto da Fountoulakis e collaboratori che ha coinvolto 55.589 persone provenienti da 40 Paesi, sono stati rilevati sintomi di depressione nel 17.80% del campione. Le ripercussioni psicologiche sono anche maggiori in coloro che sono stati infettati dal COVID-19 (Deng et al., 2021). Spesso in chi è risultato positivo al virus, dopo la guarigione, si manifestano disturbi d'ansia, insonnia, stress, depressione e sentimenti di rabbia. Alcuni ricercatori del Dipartimento di Psichiatria dell'Università di Oxford, per esempio, hanno esaminato le cartelle cliniche di 62.354 pazienti positivi e poi guariti dal Coronavirus, ed è emerso che a circa il 20% è stato diagnosticato un disturbo psichiatrico entro i tre mesi dall'inizio della malattia, in particolare depressione, ansia e disturbo post traumatico da stress.

Anche le persone con diagnosi di disturbi mentali possono essere più vulnerabili agli effetti causati dalla pandemia (Adhanom Ghebreyesus, 2020; Shinn & Viron, 2020). In particolare, gli individui con diagnosi di disturbo-ossessivo compulsivo possono incontrare più difficoltà, dato che la paura della contaminazione e le compulsioni legate all'igiene e pulizia sono molto comuni tra le persone che soffrono di questo disturbo (Stein et al., 2019). Diversi studi hanno indagato i cambiamenti nei sintomi nelle persone con diagnosi di DOC durante la pandemia di COVID-19, mostrando un incremento nella severità delle ossessioni e compulsioni (Davide et al., 2020; Matsunaga et al., 2020). Nello studio condotto da Alonso e colleghi, gli autori evidenziano che il 65% dei pazienti con DOC descrivono un peggioramento dei sintomi, anche se questo peggioramento viene rilevato dalla Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) solo nel 31% dei partecipanti. Anche in confronto ad un gruppo di controllo non clinico, si evidenziava un aumento nei pensieri suicidi, disturbi del sonno, livelli più alti di ansia e depressione. Questi risultati sono in accordo con gli studi svolti da Tanir, da Benatti e colleghi, in cui oltre ad un'esacerbazione dei sintomi preesistenti, un aumento nella frequenza delle ossessioni da contaminazione e compulsioni legate alla pulizia, viene rilevato anche l'emergere di nuove ossessioni e compulsioni. Anche per quanto riguarda le persone con diagnosi di schizofrenia alcune ricerche, come quella condotta da Strauss e colleghi, hanno mostrato un forte aumento dei sintomi negativi.

2.5 Cambiamenti nelle strategie di coping nel disturbo ossessivo compulsivo e nella schizofrenia durante il Covid 19

La pandemia e le restrizioni imposte per il suo contenimento hanno incrementato il livello di stress percepito (Palsson et al., 2020), perciò è importante poter disporre di buone abilità di coping per farvi fronte. Ad aprile 2020 Rosa-Alcázar e colleghi hanno svolto uno studio in Spagna per esaminare le differenze tra le strategie di coping utilizzate da persone con diagnosi di disturbo ossessivo-compulsivo e un gruppo di controllo non clinico in relazione al COVID-19. Ai partecipanti è stata somministrata la versione spagnola del BRIEF COPE-28, che prevede come fattori di secondo ordine il coping cognitivo, sociale, spirituale e basato sull'evitamento. Il confronto intergruppo ha mostrato che gli individui appartenenti al gruppo di controllo usavano più strategie

positive rispetto agli adulti con diagnosi di DOC, come la reinterpretazione positiva, l'accettazione e l'umorismo. Al contrario, gli individui con diagnosi di DOC presentavano punteggi più alti rispetto al gruppo di controllo nelle scale della negazione, dell'auto accusa, dell'uso di sostanze, della religione e del supporto strumentale. Quest'ultima strategia viene solitamente ritenuta positiva, ma nel caso di persone con questo disturbo può la ricerca di consigli e informazioni in eccesso può essere controproducente, poiché può esacerbare i pensieri ossessivi (Finerberg et al., 2020). Inoltre, alla negazione, all'auto accusa e al coping spirituale si associavano livelli più elevati di ansia e depressione (rilevate attraverso *l'Hospital Anxiety and Depression Scale*).

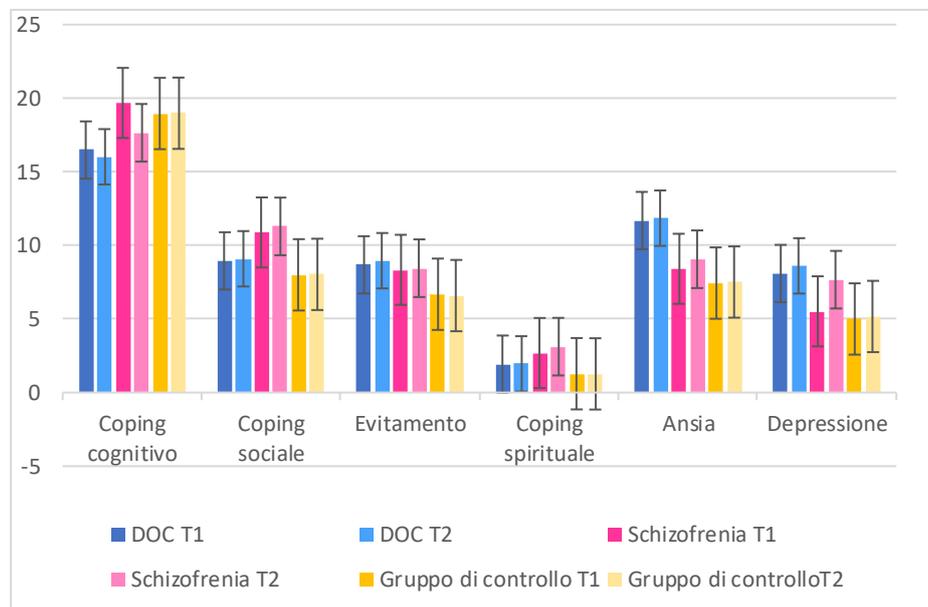
Tabella 2.4 Confronto tra le strategie di coping utilizzate da individui con diagnosi di DOC e gruppo di controllo (Rosa-Alcázar, 2021).

VD	Group OCD (n=122) M ± SD	Group Control (n=115) M ± SD
Active coping	3.39 ± 1.50	3.67 ± 1.61
Planning	3.07 ± 1.74	3.38 ± 1.54
Instrumental support	2.85 ± 1.85	2.35 ± 1.62
Positive reframing	2.66 ± 1.61	3.43 ± 6.50
Acceptance	3.58 ± 1.61	4.93 ± 1.09
Emotional support	3.44 ± 1.82	3.28 ± 1.74
Denial	1.55 ± 1.76	0.94 ± 1.42
Relief	2.62 ± 1.71	2.31 ± 1.58
Self-blame	2.57 ± 1.69	1.63 ± 1.24
Humor	2.15 ± 1.74	3.34 ± 1.70
Religion	1.95 ± 1.98	0.98 ± 1.57
Self-distraction	3.88 ± 1.57	3.75 ± 1.54
Substance use	0.63 ± 1.34	0.45 ± 1.18
Behavioral disconnet	2.02 ± 1.21	1.92 ± 1.13
	<i>Coping second level</i>	
Cognitive coping	14.68 ± 5.09	17.29 ± 4.59
Social coping	8.92 ± 4.49	7.95 ± 4.08
Avoidance coping	10.80 ± 4.43	10.12 ± 3.40
Spiritual coping	1.95 ± 1.98	0.98 ± 1.57

Sempre Rosa-Alcázar e colleghi hanno condotto un ulteriore studio con lo scopo di esaminare i cambiamenti nelle strategie di coping, nei livelli di ansia e depressione durante il COVID-19 nelle persone con diagnosi di DOC, schizofrenia e in un gruppo di controllo non clinico. Sono stati utilizzati la versione spagnola del BRIEF COPE-28 per rilevare le strategie di coping utilizzate per affrontare la situazione legata alla pandemia e l'Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), una misura self-report per l'ansia e la depressione. I questionari sono stati somministrati in due diversi momenti: ad aprile 2020, durante la prima ondata, e a novembre 2020, durante la seconda ondata. I sintomi di depressione sono aumentati in tutti i gruppi, mentre i livelli di ansia sono aumentati solo nei gruppi clinici, soprattutto per le persone con disturbo ossessivo-compulsivo.

Riguardo alle strategie di coping, i gruppi clinici hanno riportato una diminuzione nell'uso del coping cognitivo (soprattutto nel caso della schizofrenia) e un aumento delle strategie di coping disfunzionali. Nello specifico, il gruppo con DOC ha incrementato l'utilizzo delle strategie basate sull'evitamento, come la negazione, e il coping sociale, ovvero la ricerca di informazioni e consigli, che potrebbe essere relazionata alle ossessioni di controllo. Il gruppo con diagnosi di schizofrenia ha mostrato già inizialmente punteggi più alti nello stile di coping spirituale, che sono aumentati nella seconda valutazione. Affidarsi alla religione credendo che possa salvarci in caso di malattia può essere una strategia disfunzionale se impedisce di affrontare la situazione o positiva se, invece, spinge a cercare risorse per superarla; in questo caso viene considerata maladattiva poiché è associata con livelli più alti di ansia.

Tabella 2.5 Stili di coping, ansia e depressione nei soggetti con diagnosi di DOC, schizofrenia e gruppo di controllo in T1 (Aprile) e T2 (Novembre). (Adattato da Rosa-Alcázar et al., 2021).



In conclusione, gli individui con diagnosi di disturbi mentali hanno aumentato l'utilizzo di strategie disfunzionali rispetto al gruppo di controllo. Questo può indicare che la durata del COVID-19 non ha prodotto cambiamenti solo nei livelli di ansia e depressione, ma anche a livello di strategie di coping per affrontare l'epidemia.

CAPITOLO 3

AZIONI ABILITATIVE E COVID 19

Dato che le strategie di coping possono agire come dei fattori protettivi nei confronti dello stress e delle vulnerabilità, può risultare utile che all'interno delle diverse azioni abilitative venga dedicata attenzione alla valutazione e al potenziamento delle abilità di coping. Ogni persona ha infatti la possibilità di migliorare la propria capacità di gestire lo stress e i problemi, nonché le emozioni che ne derivano, e di incrementare dunque il proprio repertorio di strategie di coping.

3.1 Le abilità di coping negli interventi psicologici

Uno dei modelli di riferimento per spiegare la patogenesi e il mantenimento dei disturbi mentali è il paradigma diatesi-stress (Zubin e Spring, 1977), che suppone che all'origine dei disturbi psichici vi sia una vulnerabilità psicobiologica, determinata da fattori genetici e di sviluppo, che può essere attivata dall'ambiente e da fattori stressanti. Seguendo queste premesse, rafforzando le abilità di coping, il supporto sociale o le abilità interpersonali si può fornire protezione contro le ricadute, una migliore qualità di vita e ridurre l'effetto degli eventi stressanti (Rus-Calafell et al., 2014). Negli ultimi decenni, all'interno dei trattamenti psicosociali *evidence-based*, c'è stata una crescente attenzione nei riguardi delle abilità di coping e ad oggi nel campo dei disturbi psichiatrici diversi interventi incorporano al loro interno l'insegnamento di un'ampia gamma di strategie di fronteggiamento. Ad esempio, i programmi strutturati di auto-gestione della malattia (*Illness self-management*), come l'Illness Management & Recovery (Mueser e Gingerich, 2011) o il Wellness Recovery Action Plan (Copeland, 2010), e diversi interventi cognitivo-comportamentali, comprendono al proprio interno delle sezioni dedicate allo sviluppo delle strategie di coping.

3.1.1 Training per le abilità di coping

I training per le abilità di coping in particolare mirano ad aumentare il numero e la varietà di strategie di fronteggiamento, e dunque ad incrementare la capacità delle

persone di affrontare lo stress, i sintomi provocati dal disturbo, i problemi e le emozioni negative che ne derivano in modo più adattivo, poiché tale miglioramento consente di dedicare meno tempo ai propri sintomi e più tempo a perseguire i propri obiettivi, nonché un miglior funzionamento sociale (Mueser et al., 2006). Secondo Meyer, Gingerich e Mueser, l’approccio di base a questo tipo di training comprende alcuni passaggi chiave: una valutazione delle strategie di coping utilizzate dai partecipanti, l’incremento dell’utilizzo delle strategie efficaci che gli individui già adottano, una selezione delle strategie di coping aggiuntive da insegnare, fornire una dimostrazione della nuova strategia di coping individuata e coinvolgere la persona nel metterla in pratica, sia durante la sessione del training sia all’esterno, nelle situazioni quotidiane.

Il manuale “Training per le abilità di coping”, pubblicato nel 2019 da Susan Gingerich e Kim T. Mueser, presenta un programma flessibile che può essere adattato per soddisfare esigenze diverse. Il training si articola in undici moduli, ciascuno dedicato a un macro argomento correlato alle abilità di coping, e cinque sessioni per ogni modulo. Le prime sessioni di ciascun modulo forniscono informazioni e accrescono la consapevolezza, mentre le ultime sessioni si basano su questa maggiore comprensione e motivazione per insegnare delle abilità specifiche.

Figura 3.1 Moduli del training per le abilità di coping
(Gingerich e Mueser, 2019)

I.	Concentrarsi sui propri punti di forza
II.	Comprendere la malattia mentale
III.	Ridurre lo stress
IV.	Connettersi con le persone
V.	Esprimere i nostri sentimenti positivi
VI.	Avvicinarsi di più alle persone
VII.	Farsi rispettare in modo positivo
VIII.	Gestire la rabbia
IX.	Utilizzare bene il nostro tempo
X.	Evitare problemi con alcol e droghe
XI.	Fronteggiare problemi e sintomi

3.1.2 Coping cards

Le Coping skills cards, o coping index cards, sono uno strumento terapeutico utile e di facile accesso che può essere incluso nella terapia. Consistono in diverse cartoline con scritti dei brevi suggerimenti per facilitare l'uso di una determinata strategia di coping. Possono essere create durante le sessioni terapeutiche dal clinico in collaborazione con il paziente stesso, in modo da essere adattate per le sue difficoltà e bisogni specifici ed essere poi usate nelle situazioni reali della vita quotidiana (Wright, 2006). Le coping cards sono state utilizzate anche in un intervento creato per aiutare le persone con schizofrenia a sviluppare abilità di coping per gestire i sintomi e ridurre il livello di stress. Nello specifico, ogni settimana i partecipanti all'intervento imparavano a usare una nuova strategia, che praticavano tra le sessioni con l'aiuto delle coping cards, fino ad arrivare alla costruzione di un kit personale di strategie di coping. In seguito, i risultati hanno suggerito miglioramenti significativi nei sintomi positivi e nel livello di stress percepito (Goldberg et al., 2007).

3.2 Interventi nel disturbo ossessivo-compulsivo

L'intervento più usato per il trattamento psicologico del disturbo ossessivo-compulsivo è l'esposizione con prevenzione della risposta (ERP), che consiste nel sottoporre l'individuo agli stimoli temuti che suscitano i comportamenti compulsivi e nel fare in modo che resista all'impulso di eseguire i rituali. Data l'intensità del trattamento, circa il 25% dei pazienti rifiuta di sottoporsi all'ERP (Foa e Franklin, 2001) e il tasso di abbandono è del 19% (Ong et al. 2016). Dunque, un altro approccio può essere quello di intervenire sulle strategie di coping, sia in alternativa all'ERP sia in aggiunta a esso per far fronte allo stress che può comportare questo trattamento.

3.2.1 Training metacognitivo

Secondo il modello cognitivo del DOC e il modello metacognitivo di Wells, i bias cognitivi, le credenze metacognitive e gli stili di coping disfunzionali giocano un ruolo importante nel mantenimento del disturbo. Basandosi su queste premesse, Moritz, Miegel

e colleghi hanno sviluppato un training metacognitivo per il disturbo ossessivo-compulsivo (MCT-OCD), che consiste in una terapia di gruppo strutturata in otto moduli che mirano a modificare questi processi. Durante gli incontri si cerca di incrementare la consapevolezza dei partecipanti riguardo al ruolo delle credenze metacognitive e dei comportamenti di coping nell'intensificazione e nel mantenimento dei sintomi, di modificare le meta-credenze disfunzionali riguardo le ossessioni e compulsioni e di sostituire le strategie di coping maladattive con altre più funzionali. Oltre a questo, si danno informazioni generali sul DOC, sui sintomi, sui falsi miti e si lavora sui bias cognitivi. Secondo i risultati dello studio del 2021 condotto da Miegel e colleghi, nel gruppo che seguiva il training metacognitivo i sintomi si sono ridotti maggiormente rispetto al gruppo di controllo, con una riduzione significativa per le compulsioni e le metacognizioni disfunzionali; inoltre, il training è stato valutato dai partecipanti come altamente accettabile. Ciò può rappresentare un fattore importante per l'aderenza al trattamento ed è quindi un dato significativo, dato che come affermato precedentemente il tasso di abbandono è uno dei punti critici dell'ERP.

Tabella 3.1 Differenze tra i due gruppi di partecipanti coinvolti nello studio di Miegel e colleghi nei punteggi della Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Miegel et al., 2021)

Y-BOCS	Baseline		Post	
	MCT-OCD	Control	MCT-OCD	Control
Total	20.06 (5.71)	20.28 (6.06)	17.00 (6.69)	19.72 (6.56)
Obsessions	9.84 (3.06)	9.45 (3.49)	8.41 (3.66)	9.14 (3.61)
Compulsions	10.22 (3.56)	10.83 (3.54)	8.59 (4.07)	10.59 (3.69)

3.2.2 Cognitive-coping therapy

La *cognitive-coping therapy* (CCT) è stata sviluppata per il trattamento del disturbo ossessivo-compulsivo e combina la terapia cognitiva con l'insegnamento di abilità di coping. Secondo l'autore, Xian-Zhang Hu, i sintomi del DOC, come i pensieri intrusivi e la paura di conseguenze negative, sono degli *stressors* ed è stato osservato che il livello di ansia diminuisce dopo la ristrutturazione cognitiva incentrata sulla paura e che la gravità dei sintomi può diminuire in modo rapido e significativo quando vengono utilizzate strategie di coping appropriate. La CCT si compone di più sessioni ed è

caratterizzata da diversi aspetti. Inizialmente, si raccolgono alcune informazioni cliniche riguardanti la persona e le sue modalità di coping. Durante la terapia si cerca di rompere l'associazione con i pensieri intrusivi e la paura di eventi negativi attraverso un coping incentrato sulla valutazione e ai partecipanti viene insegnato l'utilizzo di strategie di coping appropriate per affrontare i pensieri intrusivi, la paura di eventi negativi e le compulsioni. Gli autori hanno condotto diversi studi e hanno osservato che rispetto ai pazienti a cui era stato diagnosticato un disturbo ossessivo-compulsivo che ricevano come trattamento solo la farmacoterapia o la farmacoterapia abbinata alla terapia cognitivo-comportamentale tradizionale, coloro che seguivano la coping cognitive therapy abbinata alla farmacoterapia mostravano un tasso di recidiva inferiore, tassi di risposta e di remissione significativamente più alti, un miglior funzionamento (misurato dalla *Global Assessment of Functioning*) e una diminuzione rispetto alla gravità dei sintomi (secondo quanto emerso dalla *Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale*). Un dato importante è che questi risultati si sono mantenuti stabili anche nel follow up a 12 mesi, suggerendo quindi che la CCT possa essere una terapia efficace (Hu et al., 2012, 2015; Ma et al., 2013; Hu).

3.3 Interventi nella schizofrenia

In aggiunta alla farmacoterapia, gli interventi psicosociali giocano un ruolo importante nel trattamento della schizofrenia; essi si concentrano spesso sulla gestione dello stress cercando di migliorare le abilità di coping per promuovere il benessere e la guarigione. Una revisione di studi controllati condotta da Mueser e colleghi del 2002 ha messo in evidenza l'efficacia dell'insegnamento di strategie specifiche per accrescere la capacità di coping nelle persone con disturbi psicotici, con benefici significativi in termini di riduzione della gravità dei sintomi e del loro impatto negativo.

3.3.1 Illness Management and Recovery

L'illness Management and Recovery (IMR) è un programma evidence-based sviluppato da Kim Mueser e Susan Gingerich per persone che soffrono di schizofrenia e altri disturbi mentali. Lo scopo è aiutare a migliorare il corso e la gestione della malattia mediante la psico educazione, fornendo informazioni sulla natura del disturbo e sui

trattamenti, e attraverso un training per le abilità di coping al fine di insegnare strategie per prevenire le ricadute e abilità per affrontare lo stress e i sintomi persistenti. Secondo i dati presenti in letteratura, questo tipo di trattamento è in grado di apportare miglioramenti nel funzionamento generale e nel distress provocato dai sintomi (Mueser et al., 2006), miglioramenti nella conoscenza della schizofrenia e nelle abilità di coping (Hasson-Ohayon et al., 2007) ed effetti positivi nella gestione del disturbo e nel funzionamento sociale (Polat e Kutlu, 2021).

3.3.2 Training in coping skills and coping with stress self-efficacy

Nel 2021 Godoy-Izquierdo e colleghi hanno elaborato un training incentrato sul miglioramento delle abilità di coping e sulla percezione dell'autoefficacia riguardo le abilità di coping, con lo scopo ridurre i sintomi psicotici e l'impatto del disturbo nella vita quotidiana negli adulti con schizofrenia. L'autoefficacia riguardo al coping - *Coping with stress self-efficacy* (CSSE) - è un concetto elaborato integrando la teoria transazionale di Lazarus e Folkman con la teoria dell'autoefficacia di Bandura e si riferisce alla percezione soggettiva delle proprie abilità di coping per gestire efficacemente eventi stressanti; è importante perché influenza la valutazione primaria e secondaria, influenzando la scelta delle strategie di coping. I partecipanti sono stati assegnati a un gruppo di controllo che riceveva solo la terapia farmacologica e un gruppo sperimentale che riceveva anche l'intervento nel corso di 15 sessioni di gruppo. Inizialmente si mirava ad aumentare il senso di auto efficacia, in modo da incrementare la fiducia nel gestire lo stress, mentre l'obiettivo della seconda parte dell'intervento era l'acquisizione e il miglioramento delle abilità di coping. Nello specifico, venivano affrontate le seguenti aree: le strategie di coping per i problemi interpersonali, per l'aderenza al trattamento, per i problemi familiari e di coppia, per i sintomi clinici, e per gli stressors quotidiani. Mentre i partecipanti del gruppo di controllo non hanno mostrato cambiamenti significativi, dai risultati è emerso che il senso di auto efficacia riguardo le abilità di coping è aumentato significativamente nel gruppo sperimentale dopo l'intervento, dove sono stati osservati livelli più alti di soddisfazione e nel funzionamento generale rispetto al gruppo di controllo; a ciò si accompagnava una riduzione nei sintomi positivi, negativi, affettivi e disorganizzati della schizofrenia. Questo miglioramento nello stato clinico si è mantenuto

nel tempo ai follow up di 3 e 6 mesi, con ulteriori miglioramenti in diversi domini. Focalizzarsi e lavorare sulle strategie di coping per affrontare diversi stressors può quindi avere effetti in diverse aree di funzionamento e tradursi in un maggior benessere generale.

3.3.3 Group Coping-Oriented Program

Nel 2016 è stato pubblicato uno studio di Schaub e collaboratori in cui vengono analizzati gli effetti a lungo termine (dopo 1 e 2 anni) di un intervento denominato “Group Coping-Oriented Program”. I programmi *coping-oriented* (COPs) si riferiscono a interventi che, combinando alcuni elementi dell’Illness management program e della terapia cognitivo-comportamentale, si concentrano sulla psico educazione, sull’insegnamento di un’ampia varietà di strategie di coping più funzionali ed efficaci e sulla ristrutturazione cognitiva. Nello specifico, dopo una prima parte a carattere psico educativo in cui si cerca di migliorare la comprensione del disturbo, ci si concentra sui bisogni e gli stressors specifici dei singoli partecipanti, come la gestione dei sintomi, il miglioramento delle abilità sociali e la reintegrazione nel posto di lavoro, e per ogni stressor vengono proposte opportune strategie di coping. Confrontando i risultati del trattamento con quelli di un gruppo di controllo che riceveva una terapia supportiva, si è notato che in entrambi i gruppi i partecipanti sono migliorati significativamente nel funzionamento globale, ma gli individui che hanno seguito il programma orientato al coping hanno avuto maggiori riduzioni nella sintomatologia complessiva e nei sintomi depressivi e ansiosi, oltre ad aver imparato più informazioni sulla schizofrenia. Nonostante la brevità dell’intervento (6-8 settimane), gli effetti si sono rivelati duraturi. Anche in questo caso, i risultati mostrano i benefici che si possono ottenere lavorando sulla valutazione degli stressors e sulle abilità di coping.

3.4 Azioni abilitative durante il periodo del Covid 19

L’epidemia di COVID 19 e le conseguenti restrizioni sociali hanno cambiato anche la fruizione delle cure psicologiche. Anche i clinici hanno dovuto attivare le loro strategie di coping per far fronte alla situazione, e molti professionisti e utenti hanno deciso di continuare la terapia in sicurezza passando alla terapia psicologica online, in cui

le sedute avvengono da remoto, attraverso dei video-colloqui. La fornitura di servizi psicologici utilizzando le tecnologie di telecomunicazione è anche nota come tele-psicologia o e-therapy. La terapia online ha avuto un aumento esponenziale in seguito al Coronavirus; nel nostro Paese, i volumi delle ricerche su Google di termini come “terapie digitali”, “servizi psicologici a distanza” e “psicologo online” sono più che triplicati rispetto al periodo pre-pandemia (Google Trends).

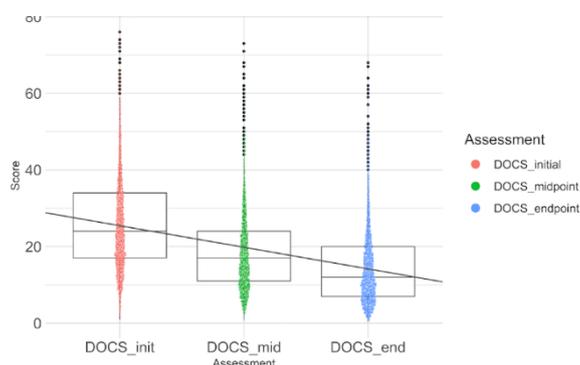
La psicoterapia online, però, esisteva già da molto prima; la prima consulenza psicologica online, infatti, risale agli anni '90. Secondo alcune ricerche scientifiche la terapia online è efficiente, valida ed efficace in egual misura alla terapia tradizionale vis-a-vis (Chakrabarti, 2015). Nel caso del disturbo ossessivo-compulsivo, ad esempio, l'esposizione con prevenzione della risposta, oltre ad essere attuata dal vivo in studio con lo psicoterapeuta organizzando delle situazioni ad hoc, può essere organizzata anche attraverso incontri online: tramite piattaforme come Skype o Zoom, è possibile infatti fare esercizio con il terapeuta stando proprio nelle situazioni di vita quotidiana dove si presentano le situazioni temute. Questo permette di realizzare sessioni di esposizione che altrimenti sarebbero difficili o impossibili da riprodurre in studio. L'e-therapy è caratterizzata da una grande flessibilità in termini di luogo e di tempo: persone che vivono in aree rurali o in luoghi con un numero ridotto di psicologi disponibili possono accedere con più semplicità a un'assistenza psicologica da casa (Luxton, 2016) e coloro che per altri motivi personali faticerebbero a dedicare del tempo alla terapia possono accedervi in fasce orarie prestabilite da casa, azzerando i tempi di spostamento. Oltre ai video-colloqui, la tele-psicologia comprende anche i servizi psicologici forniti tramite posta elettronica, messaggistica, applicazioni per smartphone e programmi internet-based, spesso usati come supplemento alle sedute con il terapeuta, sebbene in Italia siano meno diffusi rispetto ad altri Paesi come ad esempio la Germania o gli Stati Uniti.

3.4.1 NOCD: Know OCD and say no to the Compulsion Disorder

Nel 2017 Stephen Smith, dopo aver ricevuto lui stesso una diagnosi di disturbo ossessivo-compulsivo e aver completato un percorso di psicoterapia, ha creato una piattaforma online chiamata “NOCD”, che offre risorse utili e importanti per chi presenta

questo disturbo: vengono fornite informazioni riguardo al disturbo ossessivo-compulsivo, strategie di coping funzionali, un forum di discussione in cui è possibile entrare in contatto con altre persone, e una terapia online condotta da terapeuti specializzati in cui viene utilizzata la tecnica ERP. In uno studio del 2022, Feusner e colleghi hanno esaminato gli effetti del trattamento NOCD in un campione di 3552 adulti con una diagnosi di DOC. Il trattamento prevedeva due sessioni settimanali della durata di 1 ora di ERP somministrata online per 3 settimane. In seguito, i partecipanti seguivano sessioni di ERP più brevi, della durata di 30 minuti, per 6 settimane. Tutti i partecipanti avevano accesso alla comunità online NOCD, che consiste in un forum di persone con DOC che forniva supporto e consigli attraverso post e messaggi online. Attraverso l'app venivano fornite informazioni, strategie di coping ed esercizi gradualmente di esposizione e prevenzione. Inoltre, i partecipanti potevano contattare il loro terapeuta attraverso messaggi se avevano bisogno di assistenza nel completare gli esercizi che venivano loro assegnati tra una sessione e l'altra. I partecipanti hanno mostrato un significativo miglioramento dei sintomi, con una riduzione del 43% dei sintomi ossessivi-compulsivi e un tasso di risposta del 63%. Il miglioramento dei sintomi è stato simile per coloro con sintomi lievi, moderati o gravi, perciò il trattamento è utile indipendentemente dalla severità dei sintomi.

Tabella 3.2 Cambiamenti nei sintomi del disturbo ossessivo-compulsivo misurati dalla Dimensional Obsessive-Compulsive Scale (DOCS). (Feusner et al., 2022)

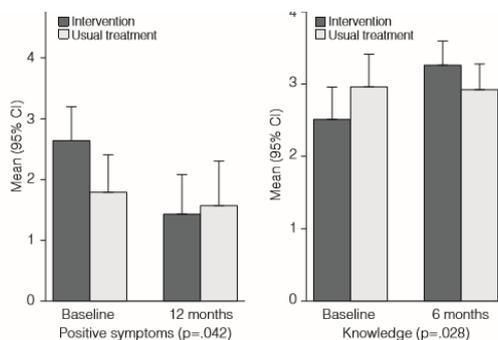


Vengono riferiti miglioramenti anche nella comorbidità per i sintomi depressivi, d'ansia e lo stress e ciò si è tradotto in un notevole miglioramento della qualità della vita. Inoltre, il follow up a 3, 6, 9 e 12 mesi dopo il trattamento ha mostrato un mantenimento dei risultati. Da questi dati si può intuire che anche un intervento progettato e fornito interamente online, come in questo caso, può produrre degli effetti significativi.

3.4.2 SOAR: Il programma Schizophrenia Online Access to Resources

SOAR - *Schizophrenia Online Access to Resources* – è un intervento online per la schizofrenia che fornisce psico educazione e strategie di coping. Attraverso tre forum di discussione, diversi tutorial, un catalogo di materiali di lettura educazionali e articoli di auto-aiuto, fornisce informazioni sul disturbo e sui trattamenti e coinvolge e insegna ai partecipanti a identificare i bisogni personali, a raggiungere i propri obiettivi, a migliorare le abilità di problem solving e a ridurre lo stress. In seguito all’utilizzo, sono stati osservati miglioramenti nei sintomi positivi e nella conoscenza riguardo la schizofrenia rispetto a un gruppo di controllo che riceveva il trattamento abituale. Inoltre, le analisi hanno mostrato che un maggior uso del sito web era associato a livelli iniziali più alti di sintomi positivi, suggerendo che coloro che avevano più bisogno di trattamento cercavano e usavano di più l’intervento online (Rotondi et al., 2010).

Tabella 3.3 Cambiamenti nei sintomi positivi e nella conoscenza della schizofrenia dopo l’uso di SOAR (Rotondi et al., 2010)



3.4.3 Applicazioni per smartphone

Negli ultimi anni sono state sviluppate alcune app per smartphone di auto-aiuto per persone con disturbi mentali. Queste soluzioni potrebbero essere gradite anche dai più giovani, dato l’ampio utilizzo di questi strumenti. È importante però sottolineare che, sebbene possano essere utili e apportare dei benefici, non devono essere considerate sostitutive al trattamento con un terapeuta quanto piuttosto un’integrazione.

La app GGOCD, ad esempio, sviluppata per aiutare persone con disturbo ossessivo-compulsivo, utilizza tecniche cognitive-comportamentali per aiutare ad affrontare i pensieri intrusivi e gli altri sintomi del disturbo; offre una varietà di risorse tra cui sessioni progettate per migliorare le strategie di coping.

Liberate OCD Fighter è un'altra app che consente di registrare i sintomi in una sorta di diario, di accedere a esercizi tipici della CBT, tra cui esercizi di esposizione, e fornisce un'ampia varietà di strategie di coping adattive.

FOCUS, invece, è un'applicazione sviluppata per fornire supporto agli individui con schizofrenia. L'app propone risorse e suggerisce strategie di coping per facilitare la gestione dei sintomi, l'aderenza al trattamento, la regolazione dell'umore e il funzionamento sociale. In seguito all'utilizzo dell'app, sono state riscontrate riduzioni nei sintomi positivi, nei sintomi depressivi e nel disturbo in generale e sono stati riportati alti livelli di soddisfazione e interesse nel continuare a usare l'app (Ben-Zeev et al., 2014).

3.4.4 Altre azioni

Oltre alla tecnologia, un altro strumento possibile sono i manuali di auto-aiuto. Per esempio Moritz e colleghi, oltre al training metacognitivo tradizionale, hanno sviluppato il "My metacognitive training for OCD" (myMCT), un manuale di auto-aiuto che ha lo scopo di aumentare la consapevolezza riguardo alle caratteristiche del disturbo, aiutare a individuare i bias cognitivi, le credenze metacognitive disfunzionali e le strategie di coping disfunzionali che mantengono i sintomi e fornire nuove strategie di coping più efficaci. I materiali sono reperibili gratuitamente e sono disponibili in diverse lingue, tra cui l'italiano. Secondo uno studio che ha coinvolto 128 adulti con diagnosi di disturbo ossessivo-compulsivo, rispetto al gruppo di controllo coloro che hanno ricevuto il manuale myMCT hanno mostrato una riduzione maggiore della sintomatologia, specialmente per le ossessioni, e sono diminuiti anche i sintomi depressivi e i bias cognitivi (Hauschildt et al., 2016).

Il manuale "Dealing with Psychosis Toolkit", pubblicato nel 2012 dal British Columbia Ministry of Health (MoH), è rivolto alle persone con schizofrenia e attraverso tredici sezioni cerca di trasmettere informazioni sul disturbo, su come prendersi cura della propria salute e sui fattori che contribuiscono a uno stile di vita sano, di favorire l'apprendimento di tecniche per gestire lo stress, di strategie per affrontare i sintomi, abilità per risolvere i problemi, consigli sui rapporti interpersonali e come prevenire le ricadute.

CONCLUSIONE

Il presente elaborato si è focalizzato sull'indagine delle strategie di coping utilizzate da adulti con diagnosi di disturbo ossessivo-compulsivo o schizofrenia, su alcune possibili azioni abilitative e sui cambiamenti che si sono verificati in seguito al COVID-19.

L'analisi della letteratura sulle strategie di coping ha sottolineato la presenza di numerose proposte in letteratura e di studi di validazione degli stessi coinvolgendo persone con disturbo ossessivo-compulsivo e schizofrenia. I risultati hanno mostrato che gli individui con questi disturbi tendono a fare un maggior uso del coping non adattivo rispetto ad adulti che non presentano disturbi mentali, ad utilizzare più frequentemente strategie disfunzionali e basate sull'evitamento, un minor uso del coping adattivo e uno stile di coping basato sulle emozioni. Un recente studio longitudinale di Rosa-Alcázar e colleghi ha indagato i cambiamenti nelle strategie di coping durante il COVID-19 ed è emerso che, rispetto ad un gruppo di controllo, le persone con DOC e schizofrenia hanno aumentato l'utilizzo di strategie disfunzionali e diminuito il coping cognitivo. Dunque, è possibile affermare che ci sono delle differenze nelle diverse modalità di coping tra persone con e senza disturbi mentali.

A fronte di questi dati, al di là delle differenze che possono essere riscontrate fra i vari approcci e programmi disponibili, negli interventi clinici risulta importante lavorare sulle abilità di coping, affinché ogni persona possa sviluppare le capacità necessarie a identificare e fronteggiare in modo efficace tutto ciò che rappresenta un elemento di stress. Gli studi illustrati sottolineano l'importanza di includere percorsi abilitativi, training o altre azioni che si concentrano sul potenziamento delle abilità di coping può comportare vari benefici: oltre ad una migliore gestione dello stress, è possibile osservare una riduzione della gravità delle sintomatologia, un maggior benessere e un miglior funzionamento generale. In questo periodo, ciò può essere ancora più importante per contenere l'impatto psicologico del COVID-19, che come è stato riportato ha aumentato il livello di stress e di disturbi psicologici.

Gli sviluppi tecnologici hanno permesso di poter usufruire di sempre più tipologie di interventi online, dalle sedute di terapia in videoconferenza fino ad azioni progettate appositamente per essere erogate solo da remoto, a piattaforme web e applicazioni per smartphone. Tra i cambiamenti avvenuti in seguito alla pandemia di COVID-19 vi è stato un notevole aumento di persone che si sono avvalse di questa possibilità, e data l'espansione costante della tecnologia e i diversi vantaggi che comporta, come una maggiore flessibilità in termini di luogo e di tempo, l'e-therapy potrebbe continuare ad essere sempre più presente anche in futuro.

Le strategie di coping, in questo quadro, restano e costituiscono un elemento importante; dovrebbero essere attentamente valutate e potenziate quale fattore di protezione nei confronti degli imprevisti, degli eventi di vita avversi e dello stress, consentendo ad ogni persona di adattarsi e affrontare con efficacia le diverse situazioni grazie alle proprie risorse e promuovendo il benessere psicofisico.

Il presente elaborato vuole fornire uno stimolo ulteriore alla ricerca, affinché si continuino a studiare le differenze e il ruolo delle modalità di coping utilizzate da persone con disturbi mentali e a progettare interventi che rafforzino e aumentino le strategie funzionali e diminuiscano quelle disfunzionali, dato che ciò si riflette anche sul benessere e funzionamento generale.

FONTI BIBLIOGRAFICHE

- Atala, K. D., & Carter, B. D. (1993). Pediatric limb amputation: Aspects of coping and psychotherapeutic intervention. *Child Psychiatry and Human Development*, 23, 117-130.
- Ben-Zeev, D., Brenner, C. J., Begale, M., Duffecy, J., Mohr, D. C., & Mueser, K. T. (2014). Feasibility, acceptability, and preliminary efficacy of a smartphone intervention for schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 40(6), 1244–1253.
- Carvalho, S., Coelho, C. G., Kluwe-Schiavon, B., Magalhães, J., & Leite, J. (2022). The Acute Impact of the Early Stages of COVID-19 Pandemic in People with Pre-Existing Psychiatric Disorders: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(9), 5140.
- Cooke, M., Peters, E., Fannon, D., Anilkumar A. P., Aasen I., Kuipers, E., & Kumari V. (2007). Insight, distress and coping styles in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 94(1–3), 12-22.
- Feusner, J., Farrell, N., Kreyling, J., McGrath, P., Rhode, A., Faneuff, T., Lonsway, S., Mohideen, R., Jurich, J., Trusky, L., & Smith, S. (2022). Online Video Teletherapy Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder Using Exposure and Response Prevention: Clinical Outcomes From a Retrospective Longitudinal Observational Study. *Journal of Medical Internet Research*, 24(5).
- Fiorilli, C., Geraci, M. A., Capitello, T. G., Pepe, C., Chiatante, A., & Pepe, A. (2015). *Il coping. Definizione, sviluppo e intervento*. Roma: Carocci Editore.
- Fitzpatrick, K. M., Harris, C., & Drawve, G. (2020). Fear of COVID-19 and the mental health consequences in America. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(S1), S17–S21.
- Fountoulakis, K. N., Karakatsoulis, G., Abraham, S., Adorjan, K., Ahmed, H. U., Alarcón, R. D., et al. (2022). Results of the COVID-19 mental health international for the general population (COMET-G) study. *European Neuropsychopharmacology*, 54, 21-40.

- Gingerich, S., & Mueser, K.T. (2019). *Training per le abilità di coping*. Roma: Giovanni Fioriti Editore.
- Godoy Izquierdo, D., Vázquez Pérez, M. L., Lara Moreno, R., & Godoy García, J. F. (2021). Training coping skills and coping with stress self-efficacy for successful daily functioning and improved clinical status in patients with psychosis: A randomized controlled pilot study. *Science Progress*, *104*(4).
- Goldberg, J. O., Wheeler, H., Lubinsky, T., & Van Exan, J. (2007). Cognitive Coping Tool Kit for Psychosis: Development of a Group-Based Curriculum. *Cognitive and Behavioral Practice*, *14*(1), 98-106.
- Hasson-Ohayon, I., Roe, D., & Kravetz, S. (2007). A randomized controlled trial of the effectiveness of the illness management and recovery program. *Psychiatric services*, *58*(11), 1461–1466.
- Hauschildt, M., Schröder, J., & Moritz, S. (2016). Randomized-controlled trial on a novel (meta-)cognitive self-help approach for obsessive-compulsive disorder (“myMCT”). *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, *10*, 26-34.
- Holubova, M., Prasko, J., Hruby, R., Kamaradova, D., Ociskova, M., Latalova, K., & Grambal, A. (2015). Coping strategies and quality of life in schizophrenia: cross-sectional study. *Neuropsychiatric disease and treatment*, *11*, 3041-3048.
- Holubova, M., Prasko, J., Hruby, R., Kamaradova, D., Marackova, M., Slepecky, M., & Gubova, T. (2016). Coping strategies and self-stigma in patients with schizophrenia-spectrum disorders. *Patient Preference and Adherence*, *10*, 1151-1158.
- Hu, X. Z., Wen, Y. S., Ma, J. D., Han, D. M., Li, Y. X., & Wang, S. F. (2012). A promising randomized trial of a new therapy for obsessive-compulsive disorder. *Brain and behavior*, *2*(4), 443–454.
- Hu, X. Z., Ma, J. D., Huang, P., Shan, X. W., Zhang, Z. H., Zhang, J. H., et al. (2015). Highly efficacious cognitive-coping therapy for overt or covert compulsions. *Psychiatry research*, *229*(3), 732–738.
- Kring, A. M., Johnson, S. L., Davison, G. C., & Neale, J. M. (2017). *Psicologia clinica* (5a Edizione Italiana). Bologna: Zanichelli editore S.p.A.

- Ma, J. D., Wang, C. H., Li, H. F., Zhang, X. L., Zhang, Y. L., Hou, Y. H., et al. (2013). Cognitive-coping therapy for obsessive-compulsive disorder: a randomized controlled trial. *Journal of psychiatric research*, 47(11), 1785–1790.
- Miegel, F., Moritz, S., Hottenrott, B., Demiralay, C., & Jelinek, L. (2021). Metacognitive Training for Obsessive-Compulsive Disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 30.
- Moritz, S., Fink, J., Miegel, F., Nitsche, K., Kraft, V., Tonn, P., & Jelinek, L. (2018). Obsessive–Compulsive Disorder is Characterized by a Lack of Adaptive Coping Rather than an Excess of Maladaptive Coping. *Cognitive Therapy and Research*, 42, 650–660.
- Mueser, K. T., Corrigan, P. W., Hilton, D. W., Tanzman, B., Schaub, A., Gingerich, S., et al. (2002). Illness management and recovery: a review of the research. *Psychiatric Services*, 53(10), 1272–1284.
- Mueser, K. T., Meyer, P. S., Penn, D. L., Clancy, R., Clancy, D. M., & Salyers, M. P. (2006). The Illness Management and Recovery program: rationale, development, and preliminary findings. *Schizophrenia bulletin*, 32 (Suppl 1), S32–S43.
- Palsson, O. S., Ballou, S., & Gray, S. (2020). The U.S. National Pandemic Emotional Impact Report. Findings of a nationwide survey assessing the effects of the COVID-19 pandemic on the emotional wellbeing of the U.S. adult population.
- Phillips, L. J., Francey, S. M., Edwards, J., & McMurray, N. (2009). Strategies used by psychotic individuals to cope with life stress and symptoms of illness: a systematic review. *Anxiety, stress, and coping*, 22(4), 371–410.
- Polat S., & Kutlu Y. (2021). The effectiveness of illness management and recovery program in patients with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 35(2), 162-167.
- Ritsner, M. S., Gibel, A., Ponizovsky, A. M., Shinkarenko, E., Ratner, Y., & Kurs, R. (2006). Coping patterns as a valid presentation of the diversity of coping responses in schizophrenia patients. *Psychiatry Research*, 144(2–3), 139-152

- Rollins, A. L., Bond, G. R., Lysaker, P. H., McGrew, J. H., & Salyers, M. P. (2010). Coping with Positive and Negative Symptoms of Schizophrenia. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation, 13*(3), 208-223.
- Rosa-Alcázar, Á., García-Hernández, M. D., Parada-Navas, J. L., Olivares-Olivares, P. J., Martínez-Murillo, S., & Rosa-Alcázar, A. I. (2021). Coping strategies in obsessive-compulsive patients during Covid-19 lockdown. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 21*(2).
- Rosa-Alcázar, Á., García-Hernández, M. D., Parada-Navas, J. L., Olivares-Olivares, P. J., Martínez-Murillo, S., & Rosa-Alcázar, A. I. (2021). Coping Strategies, Anxiety and Depression in OCD and Schizophrenia: Changes during COVID-19. *Brain Sciences, 11*(7), 926.
- Rotondi, A. J., Anderson, C. M., Haas, G. L., Eack, S. M., Spring, M. B., et al. (2010). Web-Based Psychoeducational Intervention for persons with Schizophrenia and their Supporters: One-year Outcomes. *Psychiatric Services, 61*(11)
- Schaub, A., Mueser, K. T., Werder, T., Engel, R., Möller, H., & Falkai, P. (2016). A Randomized Controlled Trial of Group Coping-Oriented Therapy vs Supportive Therapy in Schizophrenia: Results of a 2-Year Follow-up. *Schizophrenia Bulletin, 42*, S71–S80.
- Taquet, M., Luciano, S., Geddes, J. R., & Harrison, P. J. (2021). Bidirectional associations between COVID-19 and psychiatric disorder: retrospective cohort studies of 62 354 COVID-19 cases in the USA. *The Lancet Psychiatry, 8*(2), 130-140.
- Tenore, K., Mancini, F., & Basile, B. (2018). Schemas, Modes and coping strategies in obsessive-compulsive like symptoms. *Clinical Neuropsychiatry, 15*(6), 384-392.
- Zator, K. (2014). Obsessive Compulsive Disorder as Stress and Coping: Cognitive Models and Associated Treatments. *Western Undergraduate Psychology Journal, 2*(1).

FONTI SITOGRAFICHE

ISSalute, (2021). COVID-19 <https://www.issalute.it/index.php/la-salute-dalla-a-alla-z-menu/c/covid-19>

Shafir, H., & Westphalen, D. (2022). Best Online OCD Resources: Therapy, Apps, & Support Groups for 2022 <https://www.choosingtherapy.com/best-ocd-resources/>

Psychiatry on line Italia, La valutazione del coping
<http://www.psychiatryonline.it/node/3702>

Vitale, I. (2017). Test psicologici per misurare il coping <https://www.igorvitale.org/test-psicologici-per-misurare-il-coping/>

Vitale, I. (2017). Tutto ciò che devi sapere sul coping: teorie, modelli, psicologia, ricerca <https://www.igorvitale.org/tutto-cio-che-devi-sapere-sul-coping-teorie-modelli-psicologia-ricerca/>

Wells, L. (2022). Using Coping Cards in Therapy: 13 Examples & Templates
<https://positivepsychology.com/coping-cards/>

Cattaneo, G., & Riboli, G. (2021). Colloquio psicologico durante una pandemia: capacità di adattamento professionale di uno psicoterapeuta – Lo psicologo del futuro
<https://www.stateofmind.it/2021/03/terapia-online-covid19-futuro/>

HeretoHelp, Dealing with Psychosis: A Toolkit for Moving Forward with Your Life
<https://www.heretohelp.bc.ca/workbook/dealing-with-psychosis-a-toolkit-for-moving-forward-with-your-life>