

**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA**

**FACOLTA DI SCIENZE STATISTICHE**

**CORSO DI LAUREA**

**IN STATISTICA E TECNOLOGIE INFORMATICHE**

**RELAZIONE FINALE**

**L'USO DELL'ATTIVITÀ FISICA  
NEL TRATTAMENTO RIABILITATIVO  
DEI PAZIENTI CON PROBLEMI  
DERIVATI DALL'ABUSO DI ALCOL**

**RELATORE: CH.MA PROF.SSA LAURA VENTURA**

**LAUREANDO: MARCO VERONESE**

**ANNO ACCADEMICO 2004-2005**



# Indice

<b>Introduzione</b>	5
<b>Capitolo 1</b>	7
1.1 La dipendenza alcolica	7
1.2 L'attività fisica come terapia	10
1.3 Lo strumento clinico: il questionario Lofopt	13
<b>Capitolo 2</b>	15
2.1 Analisi preliminare dei dati	15
2.2 Analisi delle caratteristiche socio – demografiche	15
2.3 Analisi della diagnosi clinica	18
2.4 Analisi variabili riguardanti la pratica sportiva	19
2.5 Analisi variabili SAS	21
2.6 Analisi variabili LOFOPT	21
<b>Capitolo 3</b>	25
3.1 Test sulle variabili LOFOPT	25
3.2 Studio delle relazioni tra gli <i>item</i> del LOFOPT	26
3.2.1 Correlazione tra variabili LOFOPT	26
3.2.2 Un'analisi esplorativa basata sulle corrispondenze multiple	28
<b>Capitolo 4</b>	31
4.1 Conclusioni	31
<b>Note</b>	33
<b>Riferimenti bibliografici</b>	33
<b>Appendice</b>	35
A1: griglia di osservazione LOFOPT	35
A2: questionario SAS	39
A3: questionario sulla pratica sportiva	41



## Introduzione

L'obiettivo perseguito da questo lavoro è analizzare, tramite strumenti statistici, un campione di pazienti con problemi derivati dall'abuso di alcol ricoverati presso la clinica privata "Parco dei Tigli", Villa di Teolo (Padova). In questo centro sono stati attivati, a partire dal 1990, gruppi di attività fisica adattata per i pazienti ricoverati. Nell'esperienza di cura nella clinica "Parco dei Tigli" si è scoperto che l'esercizio fisico, attività sportive appropriate, giochi ed esercizi di rilassamento giocano una parte importante negli schemi riabilitativi per la dipendenza alcolica e può contribuire significativamente a modificare gli stili di vita del paziente.

La necessità di identificare precisi obiettivi di lavoro e di valutare l'efficacia dell'attività, ha portato a sperimentare nel corso degli anni, diversi strumenti: test motori, interviste strutturate, questionari auto-somministrati, griglie di osservazione. La griglia di osservazione **Lofopt** (*Louvain Observation Scale for Objectives in Psychomotor Therapy*) nella versione italiana curata da Carraro, Cognolato, Fiorellini, è sembrata lo strumento più versatile e più facilmente adattabile a diverse situazioni operative e a diversi gruppi di pazienti.

Lo scopo di questo studio è valutare come variano i punteggi della griglia LOFOPT, nei due momenti distinti, all'inizio e alla fine della terapia, identificando eventuali correlazioni tra gli *item* indagati.

Ringrazio per la collaborazione ed l'aiuto ricevuto il prof. Attilio Carraro e la prof.ssa Laura Ventura.



# 1. Capitolo 1

## 1.1. La dipendenza alcolica: “alcohol abusers are also body abusers”

L'alcol è una delle droghe più comunemente usate nel mondo. In uno studio epidemiologico, finanziato dalla Organizzazione Mondiale per la Sanità (1998), è stato calcolato che in Italia lo 0.7% della popolazione soffre di disordini dovuti all'abuso di sostanze in qualche periodo della loro vita. L'abuso di alcol rappresenta un serio problema medico e sociale: i pazienti con problemi collegati all'alcol (*Alcohol-Related Problems*) hanno bisogno di terapie specifiche, di frequente rivelano difficoltà psicomotorie e non sono facilmente gestibili.

L'inquadramento diagnostico non sempre è semplice. Per contro, la definizione dei problemi e delle patologie alcol-correlati risulta semplice e di facile identificazione, come tutte le situazioni di disturbo riconducibili all'uso episodico e/o protratto di bevande alcoliche, e così anche l'ubriachezza, da intendersi come stato di intossicazione acuta. La definizione e l'identificazione precisa dell'alcolismo appare più difficoltosa. Viene riportata la definizione fornita dalla SIA (Società Italiana di Alcolologia): disturbo a genesi multi fattoriale (bio-psico-sociale) associato all'assunzione protratta (episodica e cronica) di bevande alcoliche, con presenza o meno di dipendenza, capace di provocare una sofferenza multi dimensionale che si manifesta in maniera diversa da individuo a individuo, ossia:

- a) perdita di controllo dell'uso di alcolici (fenomeno del primo bicchiere);
- b) modificazione del modello di consumo alcolico (*craving*);
- c) dipendenza;
- d) cambiamento dello stile di vita;
- e) problemi familiari o comunque della rete sociale o personale.

Inoltre, non è facile l'identificazione dei soggetti con problemi alcol-correlati, per la tendenza dei soggetti alla negazione e minimizzazione delle loro problematiche. Da ciò si deduce che l'alcolismo viene inquadrato come *disturbo* nell'accezione del DSM-IV<sup>1</sup> e cioè comporta la co-presenza di componenti che includono i concetti di malattia, stile

di vita, abitudine. Inoltre la genesi multi fattoriale giustifica la complessità dell'approccio sia a livello diagnostico che terapeutico.

E' *alcol-dipendente* un soggetto che sviluppa sintomi cognitivi, comportamentali e fisiologici correlati all'uso ripetuto di alcol, evidenziato da:

<b>Compromissione fisica</b>	- astinenza, tolleranza e/o problemi organici alcol-correlati (cirrosi, danni neurologici)
<b>Compromissione psichica</b>	- persistenza nell'uso nonostante il peggioramento di situazioni fisiche o psicologiche
<b>Compromissione sociale</b>	- riduzione delle attività socio-relazionali (problemi lavorativi, problemi familiari, divorzio, isolamento sociale)
<b>Perdita di controllo o desiderio patologico (craving)</b>	- tentativi di ridurre o controllare l'uso dell'alcol - assunzione in quantità superiori o per tempi più lunghi di quanto previsto dal soggetto - grande quantità di tempo speso per procurarsi e/o assumere alcol - comportamenti dettati dalla perdita di controllo e dal desiderio patologico associati o meno a tolleranza e astinenza fisica

E' *abusatore* un soggetto che ha una modalità patologica di uso con conseguenze avverse ricorrenti e correlate all'uso ripetuto.

Per poter parlare di dipendenza alcolica, è utile seguire i criteri proposti dal DSM-IV dell'APA (*American Psychiatric Association*) che permette di fare diagnosi di dipendenza alcolica in presenza di almeno tre delle seguenti caratteristiche:

- bisogno di dosi sempre più elevate per raggiungere l'effetto desiderato (aumento della tolleranza o assuefazione);
- comparsa di malessere (fisico e/o psichico) se la persona non beve (sindrome di astinenza);
- impossibilità di controllarsi;
- desiderio persistente della sostanza e impossibilità di ridurne l'uso;
- continua ricerca della sostanza fino ad arrivare al punto che gran parte del suo tempo la persona lo passa in questa ricerca o a riprendersi dagli effetti dell'intossicazione;



- interruzione di attività lavorative, ricreative, contatti sociali, a causa dell'uso della sostanza;
- uso della sostanza nonostante la consapevolezza di avere conseguenze negative (fisiche, psichiche, sociali).

Il trattamento per la dipendenza alcolica in Italia è fornito in modi diversi: nei dipartimenti ospedalieri, in gruppi di auto aiuto, cliniche per pazienti esterni gestite dal servizio sanitario pubblico e, infine, in centri residenziali specializzati che si stanno lentamente espandendo a livello nazionale. Oltre ad offrire specifici programmi di trattamento, la creazione di centri residenziali di riabilitazione è particolarmente importante nel ridurre le frequenti situazioni di “*revolving door*” ( i rientri ripetuti e ravvicinati nel tempo nei reparti ospedalieri), in cui i pazienti sono periodicamente ospedalizzati in seguito al deterioramento delle loro condizioni organiche o psicologiche. Il modello di trattamento che è stato in origine il più diffuso è il *Minnesota Model* (MM)<sup>2</sup>, concepito e attivato a partire dal 1950, elemento chiave in cui erano coinvolti sia professionisti (medici, psicologi, educatori, operatori sociali), sia alcolisti non più attivi. Oggi, la linea generale verte sull'implementazione di programmi multimodali, meno rigidi dell'originale MM e capaci di trattare con più flessibilità i vari problemi che la dipendenza alcolica comporta.

Oltre alla dipendenza alcolica, molto frequentemente i soggetti alcolisti sono accaniti fumatori (molto di più rispetto alla popolazione non alcolista), con abitudini nutrizionali non bilanciate e segni di danni organici collegati all'abuso di alcol. Tali danni includono: debolezza muscolare, giunture deboli e la conduzione disturbata di stimoli nervosi motori. L'ingestione acuta di alcol comporta effetti nocivi sulle capacità psicomotorie (tempi di reazione, coordinazione visiva – gestuale, accuratezza dei movimenti, coordinazione generale) e crea problemi nella regolazione della temperatura durante sforzi prolungati. L'abuso di alcol è inoltre associato allo sviluppo di gravi patologie: danni al fegato, miopatie scheletriche, cardiomiopatie (malattia in cui il muscolo del cuore è anormale senza che sia evidente una causa specifica), cancro della faringe e dell'esofago, danni cerebrali. Inoltre, l'ingestione di alcol non ha effetti benefici riguardo la disponibilità di energia per esercizi fisici e questo non può migliorare i livelli di rendimento [si veda *American College of Sports Medicine Stand Position*, 1982]

Allo stesso modo, il basso livello di fitness nei pazienti con ARP può essere considerato sia come effetto sia come causa dell'abuso di alcol, fino ad un grado tale che l'atteggiamento passivo, inattivo degli alcolisti è uno delle cause principali del deterioramento fisico osservato nei pazienti.

## **1.2. L'attività fisica come terapia**

Le terapie a mediazione corporea (attività fisica adattata, sport adattato, psicomotricità, rilassamento, danzaterapia) sono sempre più diffuse all'interno delle strutture riabilitative. Sono stati studiati programmi specifici per pazienti con disturbi dell'umore, per pazienti con patologie del comportamento alimentare, per contrastare le psicosi. Sino a pochi anni fa queste terapie erano proposte quasi esclusivamente all'estero. Attualmente, anche in Italia si assiste con maggiore frequenza alla presenza di attività fisiche all'interno dei programmi delle strutture residenziali e diurne per pazienti psichiatriche. Nonostante l'interesse degli operatori nei confronti delle terapie a mediazione corporea sia in costante aumento, non risulta esservi ancora sufficiente chiarezza attorno agli obiettivi e alle potenzialità di queste attività in ambito psichiatrico. Talvolta l'esclusivo obiettivo è offrire uno spazio ricreativo al paziente, debolmente integrato con le altre attività di cura e di riabilitazione. In altri casi vengono eccessivamente enfatizzati gli aspetti fisici del movimento, senza soffermarsi a riflettere sulle valenze psicologiche e sull'importanza che queste attività possono assumere per il paziente. Per questo è importante disporre di adeguati strumenti di valutazione dell'attività.

La Casa di Cura "Parco dei Tigli" a Villa di Teolo (Padova) è una struttura residenziale convenzionata per malattie mentali. In questo centro sono stati attivati, a partire dal 1990, gruppi di attività fisica adattata per i pazienti ricoverati. Ad oggi sono stati seguiti oltre 2600 pazienti per le principali patologie psichiatriche. I gruppi in attività sono composti mediamente da dodici pazienti, che si incontrano quattro volte alla settimana per tutto il periodo di ricovero. Vengono effettuati specifici programmi per pazienti con disturbi del comportamento alimentare (anoressia nervosa e bulimia nervosa), per pa-

zienti con disturbi dell'umore (depressione), per pazienti con sindrome da dipendenza alcolica e per pazienti con disturbi psicotici.

Le indicazioni per un programma di riabilitazione residenziale dei soggetti includono: la complessità di un dato caso (abusi multipli, gravi comorbidità<sup>3</sup> psichiatriche, seri problemi organici), e l'impossibilità di sviluppare un programma a casa. All'arrivo nella casa di cura, i pazienti sono valutati con lo scopo di investigare la loro motivazione e l'accettazione del programma. Quando i pazienti entrano nel centro, viene raccolta la loro storia clinica, viene eseguita una visita medica generale, viene prescritta una terapia farmacologia e viene attivata la prima fase della disintossicazione. Dopo aver passato questa prima fase, il programma riabilitativo si concentra sulla valutazione del soggetto per fornire un profilo diagnostico, identificando problemi attivi e latenti ed evidenziando le risorse per una potenziale azione terapeutica. A questo punto, il programma terapeutico si sposta nella fase che, presso questo centro, coinvolge: gruppi di educazione sanitaria, gruppi di "problem solving", gruppi Minnesota, gruppi di trattamento multi-familiari, gruppi di riabilitazione psicomotoria.

È stato ampiamente dimostrato in letteratura che l'attività fisica può causare un significativo effetto sull'atteggiamento delle persone e sul loro corpo, l'accettazione di se stessi e l'autostima, e l'intera sfera dei comportamenti interpersonali. Gli esercizi fisici riducono la tensione muscolare, migliorano il carattere, riducono l'ansia e lo stress. Malgrado la correlazione positiva tra gli esercizi fisici e vari fattori psicologici, e l'associazione evidente tra l'abuso di alcol e una precaria condizione fisica, pochi studi sono stati dedicati al dimostrare l'effetto dei programmi di fitness nei pazienti affetti da ARP.

Lo scopo principale del programma psicomotorio per i pazienti alcolisti riguarda tre aree:

Area psico-fisica	Area sociale	Area educativa
Il corpo e la percezione del corpo: ripristinare un'accettabile salute fisica, sviluppando l'auto efficacia	Relazione con gli altri e la comunicazione; rispetto delle regole del comportamento e delle regole del gioco	Cambiare lo stile di vita ed elaborare un comportamento fisico adeguato

Il programma psicomotorio proposto è stato scelto tra un ampio *range* di opzioni: sono state organizzate differenti attività fisiche, che variavano tra l'allenamento a circuito, sport adattati per una squadra, situazioni che richiedevano cooperazione, applicazioni di *stretching*, giochi ed esercizi usando vari oggetti. Una delle settimane d'incontri, è stata dedicata alle tecniche di rilassamento. Di solito un programma settimanale è composto da:

- una sessione per la flessibilità e la forza muscolare (organizzata sotto forma di un allenamento a circuito, con monitoraggio alla performance individuale);
- una “sessione di gruppo”, con giochi di squadra (specialmente di *unihockey*, pallamano adattata e basket adattato);
- una sessione di rilassamento, in cui si è usata la tecnica di Jacobson<sup>4</sup> e il massaggio con palle ginniche.

I pazienti iniziano le attività fisiche già dai primi giorni della loro permanenza, e continuano fino alla loro dimissione. I gruppi sono aperti, per esempio caratterizzati dalla presenza simultanea di pazienti *senior* (in procinto di ultimare il loro programma di riabilitazione) e pazienti *junior* (agli inizi del programma di disintossicazione). Non ci sono processi di selezione basati sul sesso o sull'età, così persone di età molto diverse possono trovarsi insieme nello stesso gruppo. Sebbene ciò potrebbe complicare le cose da un punto di vista tecnico, questo fattore aiuta ad arricchire l'esperienza significativamente e facilita le comunicazioni con il gruppo, favorendo la nascita di quelle cooperazioni e dinamiche di supporto che sono molto importanti nel ricovero per le patologie ARP.

La necessità di identificare precisi obiettivi di lavoro e di valutare l'efficacia dell'attività, ha portato a sperimentare nel corso degli anni, diversi strumenti: test motori, interviste strutturate, questionari auto-somministrati, griglie di osservazione. La griglia di osservazione **Lofopt** (*Louvain Observation Scale for Objectives in Psychomotor Therapy*) è sembrata lo strumento più versatile e più facilmente adattabile a diverse situazioni operative e a diversi gruppi di pazienti, come ad esempio gli alcolisti.

### 1.3. Lo strumento clinico: il questionario Lofopt (Louvain Observation scale For Objectives in Psychomotor Therapy)

Il questionario Lofopt è una specifica griglia di osservazione, sviluppata originariamente all'Università Cattolica di Lovanio, in Belgio, da H. Van Coppenolle *ed al.* (1989), che appare particolarmente adattabile a diverse realtà operative e che mette in luce alcuni tra gli obiettivi più importanti della terapia a mediazione corporea in psichiatria. L'assunto che sta alla base di questo strumento è che ogni persona, inclusi i pazienti psichiatrici, si muove in accordo con la propria personalità e che il comportamento motorio può offrire utili indicazioni per gli obiettivi da sviluppare durante la terapia. Gli autori della versione italiana del Lofopt, partendo dalle 213 mete terapeutiche del questionario originale, hanno selezionato nove categorie di obiettivi considerati particolarmente significativi per il contesto riabilitativo psichiatrico (si veda Carraro, Cognolato, Fiorellini, 2000).

1. <b>Relazioni emotive</b>	Grado con il quale il paziente, in base alla situazione, può stabilire relazioni emotive con gli altri membri del gruppo e con il conduttore
2. <b>Sicurezza nelle proprie abilità</b>	Grado con il quale il paziente si muove in modo indipendente dagli altri, senza svalutarsi e in modo non ansioso
3. <b>Partecipazione attiva</b>	Grado con il quale il paziente partecipa attivamente alle situazioni di movimento
4. <b>Rilassamento</b>	Grado con il quale il paziente esegue o osserva compiti motori senza eccessiva tensione muscolare o nervosismo
5. <b>Controllo del movimento</b>	Grado con il quale il paziente si muove tranquillamente, può controllare il proprio corpo e regolare gli sforzi
6. <b>Attenzione sulla situazione</b>	Grado con il quale il paziente può tenere in considerazione la situazione e adattarsi ad essa, ed esprime il grado di concentrazione e di tensione verso il compito assegnato
7. <b>Espressività nel movimento</b>	Grado con il quale il paziente esprime o non esprime qualcosa attraverso i suoi movimenti, posture od espressioni facciali
8. <b>Comunicazione verbale</b>	Grado con il quale il paziente può stabilire contatti verbali significativi con il terapeuta e con gli altri pazienti
9. <b>Controllo sociale</b>	Grado con il quale il paziente è capace di rispettare determinati accordi, regole di comportamento, e regole di gioco

Ogni obiettivo viene valutato su una scala a sette punti tra -3 a +3. Agli estremi sono indicati l'eccesso e l'assenza del comportamento osservato, mentre la posizione zero indica un comportamento nella norma. Per uniformare il più possibile l'attribuzione dei punteggi, gli autori hanno descritto in maniera dettagliata i comportamenti di riferimento per i valori intermedi della scala (punteggi -2 e +2).

Un esempio può contribuire a chiarire questo passaggio: il punteggio  $-2$  della voce *Relazioni emotive*, che corrisponde ad un giudizio di *Isolato*, prevede la rilevazione di relazioni caratterizzate da contatti apatici, inibiti, di rifiuto, inaccessibili o troppo formali, (il paziente non reagisce e non mostra interesse se viene contattato dagli altri). Per assegnare il punteggio  $+2$ , *Espansivo*, debbono invece essere osservati contatti artificiali, manierati, troppo affettuosi o intrusivi e troppo familiari (il paziente interferisce con ogni persona e con ogni oggetto). Per standardizzare l'osservazione gli autori suggeriscono di strutturare specifiche situazioni di movimento in relazione ai diversi obiettivi, che prevedano sia attività individuali che giochi e attività di squadra. Sono da preferire attività non violente che non richiedano particolari abilità motorie (ogni paziente dovrebbe essere in grado di partecipare), ad esempio ginnastica con la musica, giochi di squadra a regole semplificate, giochi di equilibrio, pantomima.

Nell'esperienza di cura nella clinica "Parco dei Tigli" si è scoperto che l'esercizio fisico, attività sportive appropriate, giochi ed esercizi di rilassamento giocano una parte importante negli schemi riabilitativi per la dipendenza alcolica e può contribuire significativamente a modificare gli stili di vita del paziente.

Lo scopo di questo studio è analizzare le variabili relative all'attività fisica dei pazienti in cura con una diagnosi di problemi correlati all'abuso di alcol, valutando come i punteggi della griglia LOFOPT cambino dall'inizio dell'esperienza clinica alla fine della stessa, identificando eventuali correlazioni tra gli *item* indagati.

## 2. Capitolo 2

### 2.1. Analisi preliminare dei dati

Il campione è composto da  $n = 85$  pazienti in cura presso l'Unità dei Disordini Affettivi della clinica privata "Parco dei Tigli" (Padova). Il consenso informato è stato ottenuto dopo aver dato una descrizione dello studio ai soggetti.

I criteri d'inclusione richiedono la presenza di un **disturbo** qualsiasi. La diagnosi è stata confermata da un psichiatra nei primi giorni di ospedalizzazione usando l'intervista clinica strutturata per Asse I (SCID-I) e per Asse II (SCID-II)<sup>5</sup>. Le interviste cliniche strutturate utilizzate servono per valutare la presenza o meno nel soggetto di:

- Asse 1: Disturbi Clinici e Altre condizioni rilevanti clinicamente;
- Asse 2: Disturbi di Personalità, Ritardo Mentale.

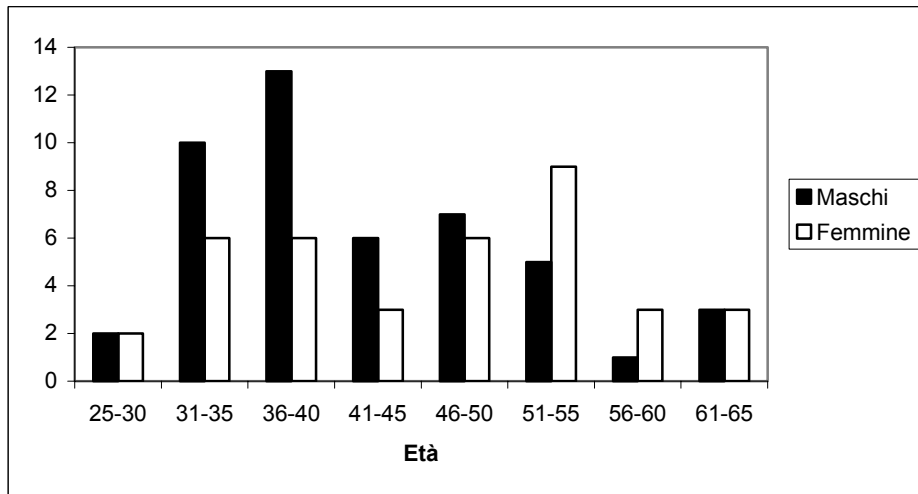
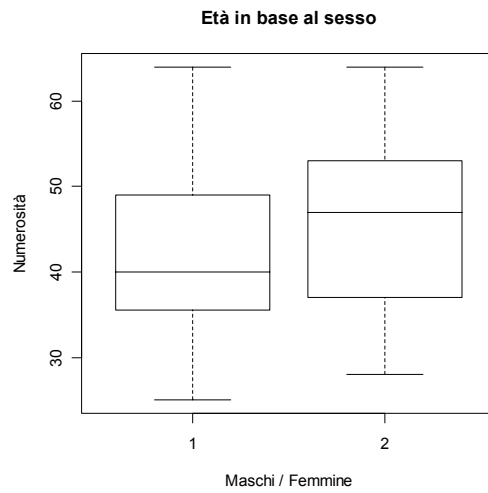
Sono state ottenute dai pazienti informazioni personali, socio-demografiche, occupazionali e dettagli su familiarità psichiatriche o alcoliche dei stessi pazienti. Sono stati usati sia strumenti somministrati dai clinici sia quelli auto-somministrati. Lo strumento clinico utilizzato è la griglia di osservazione LOFOPT (si veda Appendice A1). Gli strumenti auto-somministrati sono:

- il questionario "*Social Adjustment Scale – Self Report*" (SAS-SR), nel quale si è posta l'attenzione all'area riguardante le attività di svago e il tempo libero (Appendice A2);
- un questionario riguardante l'attività fisica (Appendice A3).

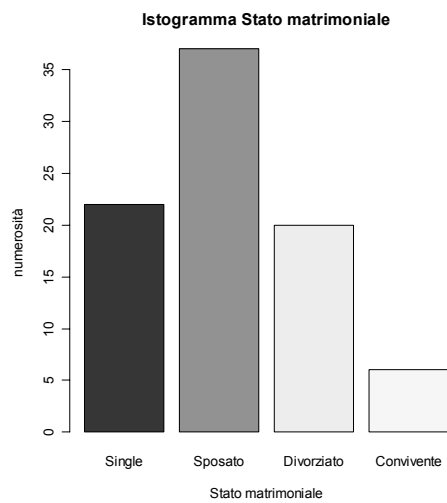
### 2.2. Analisi delle caratteristiche socio – demografiche

Il campione consiste di  $n=85$  pazienti in cura, di cui 47 maschi (55.3%) e 38 femmine (44.7%) entrati nel centro di cura nel periodo compreso tra giugno 2002 e gennaio 2003.

L'età varia dai 25 ai 64 anni (media = 43.81, deviazione standard = 9.56). I grafici seguenti mostrano come l'età si distribuisce in base al sesso; il p-value= 0.06489 del t test per il confronto della media delle età nei due gruppi fa propendere per l'uguaglianza, anche se dal boxplot le donne sembrano più anziane rispetto agli uomini.

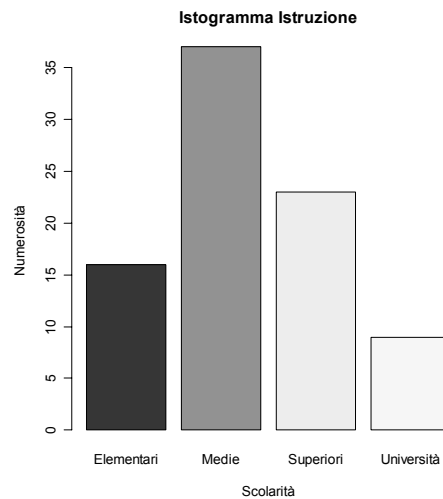


Per quanto riguarda lo stato matrimoniale, il 25.8% è celibe o nubile, il 43.5% è sposato, il 23.5% è separato o divorziato, e il 7% convive.

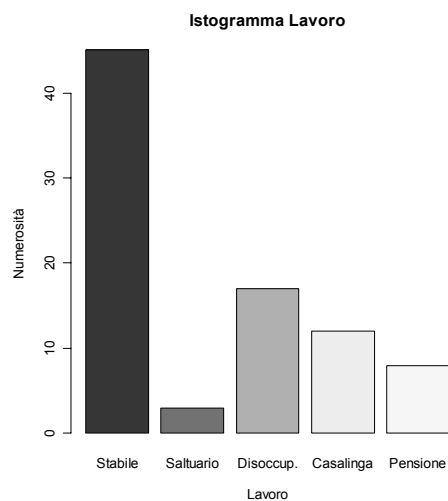




Solo il 27.1% ha ricevuto una istruzione superiore, e il 10.5% una laurea; il rimanente 62.4% ha ricevuto un'educazione inferiore (comprensiva di elementari 18.9% e medie inferiori 43.5%).



Il 52.9 % ha un lavoro stabile, il 23.5% ha un'occupazione saltuaria (dato che accorpa sia i pazienti con lavoro saltuario, che i pazienti disoccupati), il 14.1% è casalinga, e il 9.4% è pensionato.



**Tavola 1: Sintesi delle caratteristiche socio-demografiche del campione**

Età	media = 43.81 (deviazione standard = 9.56)	
Sesso	Maschi	55.3%
	Femmine	44.7%
Stato matrimoniale	Celibe / nubile	25.8%
	Sposato	43.5%
	Divorziati / Separato	23.5%
	Convivente	7%
Scolarità	Inferiore	62.4%
	Superiore	27.1%
	Laurea	10%
Lavoro	Occupazione stabile	52.9%
	Occupazione saltuaria	23.5%
	Casalinga	14.1%
	Pensione	9.4%

### 2.3. Analisi della diagnosi clinica

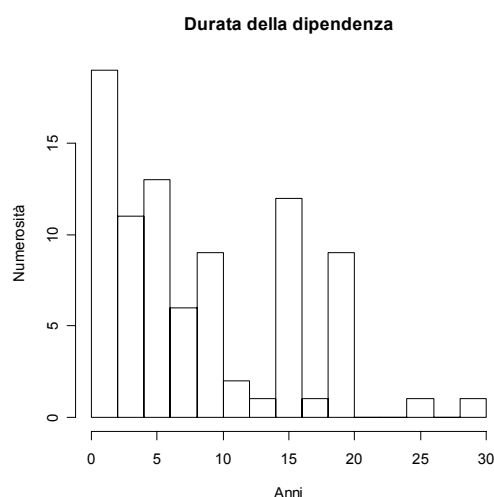
Per quanto riguarda la diagnosi emerge che il 54.1% dei pazienti ha una familiarità alcolica, ma solo 24.7% ha una familiarità psichiatrica. Analizzando congiuntamente le due familiarità, nel 15.3% dei pazienti sono presenti entrambi.

Familiarità alcolica	Familiarità psichiatrica	
	Assenza	Presenza
Assenza	31 (36.5%)	8 (9.4%)
Presenza	33 (38.8%)	13 (15.3%)

Applicando il test del  $\chi^2$  per verificare l'ipotesi nulla di dipendenza tra la familiarità alcolica e la familiarità psichiatrica, si rifiuta l'ipotesi nulla ( $p$  - value = 0.5667): non c'è dipendenza tra le due familiarità.

Secondo gli obiettivi dell'analisi, al 93% è stato diagnosticato di avere una dipendenza di tipo F10.2X. La lettera F nella classificazione dei disturbi indica **disturbi psichici e comportamentali** (si veda “*Classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi sanitari correlati*”, ICD X ed.)

La durata della dipendenza è compresa tra 1 e 30 anni (media = 8.67 e deviazione standard = 6.85).



Dalle interviste cliniche strutturate emerge che:

Asse I: il 76.5% dei pazienti non presenta alcun disturbo.

Asse II: il 27.1% dei pazienti il disturbo F60.31; il 43.5% invece non presenta disturbi.

### **Tavola 2: Diagnosi del campione**

Familiarità alcolica		54.1%	
Familiarità psichiatrica		24.7%	
Tipo di dipendenza	F10.2X	93.0%	Disturbo dovuto all'uso di alcol
	F63.0	2.35%	Disturbo delle abitudini e impulsi
	Altro	4.65%	
Durata della dipendenza	media = 8.67 (deviazione standard = 6.85)		
Asse I	Assenza disordini	76.5%	
	F40.1	8.2%	Disturbi ansiosi - fobici
	F34.1	4.7%	Disturbi persistenti dell'umore
	Altro	10.6%	
Asse II	Assenza disordini	43.5%	
	F60.31	27.1%	Disturbo di personalità specifico
	F60.5	5.9%	Disturbo di personalità specifico
	F60.7	4.7%	Disturbo di personalità specifico
	F21	4.7%	Disturbo schizotipico
	Altro	14.1%	

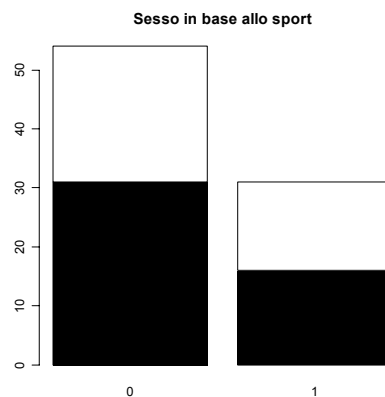
## **2.4. Analisi variabili riguardanti la pratica sportiva**

Le informazioni riguardanti l'attitudine allo sport dei soggetti in cura sono state raccolte attraverso un questionario auto-somministrato.

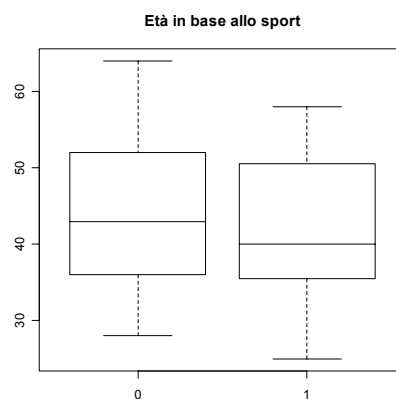
Solo il 36.5% dei pazienti ha fatto sport nell'anno precedente al ricovero. Inoltre, negli ultimi 6 mesi prima del ricovero, il 64.7% non ha mai fatto sport. Questo evidenzia una scarsa predisposizione alla pratica sportiva.

Nei grafici seguenti le variabili socio-demografiche sesso ed età sono messe in relazione con la variabile *dummy* (0=no sport, 1=sport), corrispondente alla prima domanda del questionario riguardante la pratica sportiva.

**Sesso e sport:** il nero rappresenta il sesso maschile, il bianco rappresenta il sesso femminile.



**Età e sport:** dal boxplot si può vedere come le persone che fanno sport sono più giovani rispetto alle persone meno attive.



Per quanto riguarda la cadenza settimanale della pratica sportiva, il 12.9% fa sport solo una volta alla settimana, l'11.7% due volte alla settimana, e il 10.5% tre o più volte alla settimana.

Lo sport più seguito è palestra (20%), seguito da nuoto, jogging, ginnastica e ciclismo (13%).

Le attività sportive sono praticate soprattutto all'aperto e raramente a casa.

L'attività fisica è sempre fatta da soli, ma qualche volta coinvolge gli amici e i familiari.

Inoltre, dall'analisi del questionario sulle attività fisica emerge che:

- il 38.8% ritiene che l'attività fisica permette di avere più fiducia nelle proprie capacità;
- il 32.9% ritiene che l'attività fisica permette di migliorare la capacità di concentrazione;
- il 58.8% ritiene che l'attività fisica permette di avere un atteggiamento più attivo nei confronti della propria vita;
- il 37.6% ritiene che l'attività fisica favorisca il rapporto con gli altri.

## **2.5. Analisi variabili SAS**

Sono state considerate solo le variabili del SAS relativi al tempo libero e allo svago (per dettagli si veda appendice).

L'aspetto principale che emerge è che il 5% dei pazienti non ha amici. Generalmente, il numero degli amici (SAS 19) è esiguo (il 38% dei pazienti vede 2/4 amici alla settimana), ma il 60% non si sente solo (SAS 26).

In generale, il 63% dei pazienti è coinvolto circa due volte alla settimana in attività sociali come andare in chiesa o al cinema (SAS 21), ma solo il 18% può dedicare un po' di tempo quasi ogni giorno ad attività di svago, ad esempio gli hobbies (SAS 22).

## **2.6. Analisi variabili LOFOPT**

La seguente tabella riassume i risultati della griglia di osservazione LOFOPT all'inizio e alla fine della terapia. Le variabili rilevate rispecchiano le 9 categorie presentate nel § 1.3. Nella Tavola 3 sono riportati il valore minimo, quello massimo e la mediana di ogni variabile. Tra parentesi è indicata la percentuale di pazienti che assumono valore mediano.

**Tavola 3: Risultati LOFOPT**

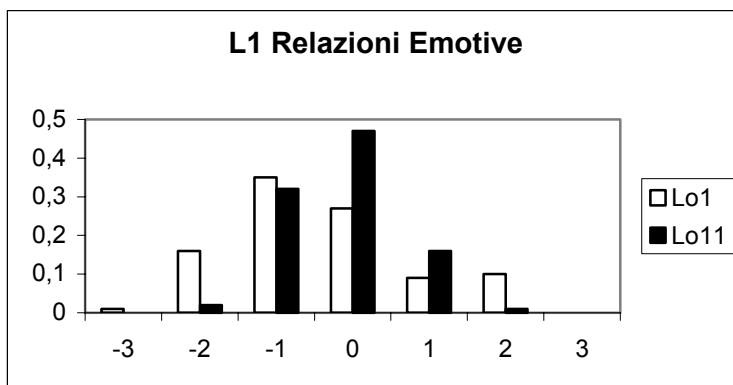
	INIZIO TERAPIA			FINE TERAPIA		
	Min	Mediana	Max	Min	Mediana	Max
<b>L1. Relazioni Emotive</b>	-3	-1 (35%)	+2	-2	0 (47%)	+2
<b>L2. Sicurezza Abilità</b>	-3	0 (49%)	+2	-1	0 (63%)	+2
<b>L3. Attività</b>	-2	0 (56%)	+2	-1	0 (73%)	+2
<b>L4. Rilassamento</b>	-1	0 (55%)	+2	-1	0 (85%)	+2
<b>L5. Controllo movimento</b>	-1	0 (79%)	+2	-1	0 (87%)	+1
<b>L6. Attenzione-Impegno</b>	-2	0 (58%)	+2	-1	0 (65%)	+2
<b>L7. Espressività</b>	-2	0 (53%)	+1	-1	0 (72%)	+1
<b>L8. Comunicazione Verbale</b>	-2	0 (43%)	+2	-3	0 (56%)	+1
<b>L9. Abilità controllo sociale</b>	-3	0 (80%)	+1	-3	0 (93%)	+1

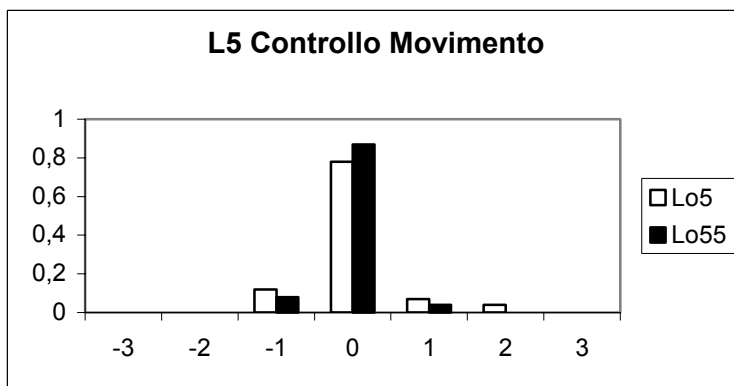
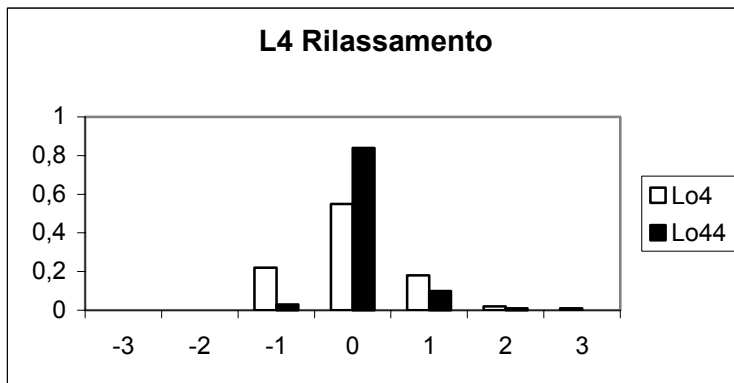
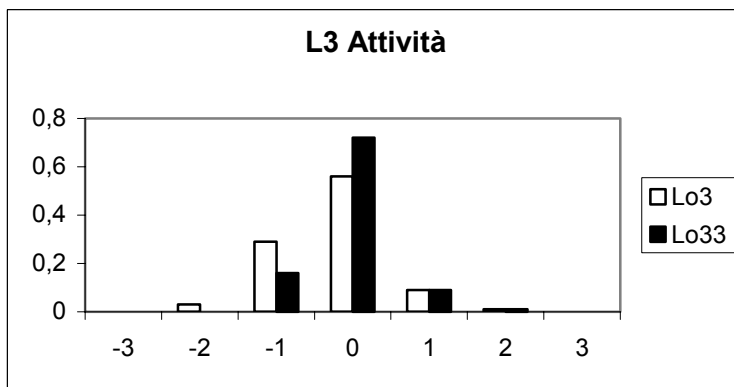
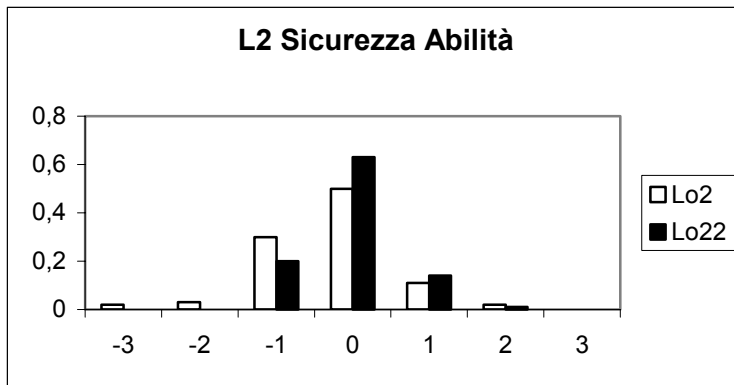
Il seguente boxplot è un riassunto grafico della tendenza centrale e della variabilità dei dati.

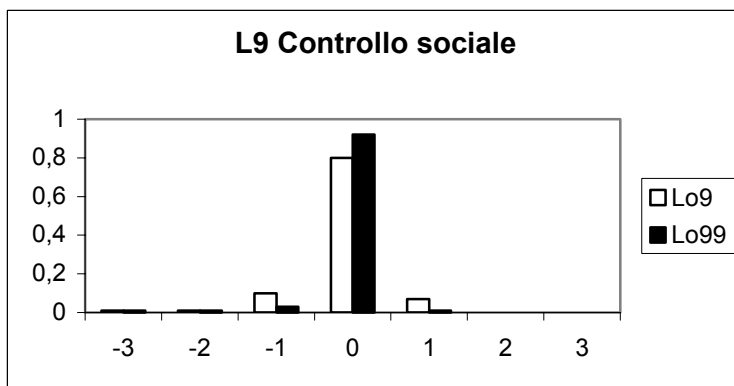
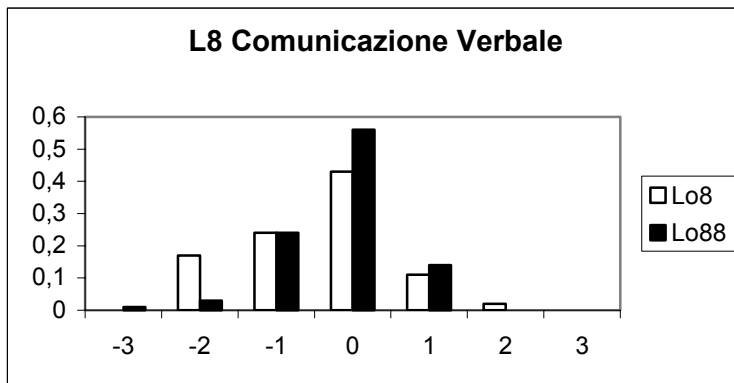
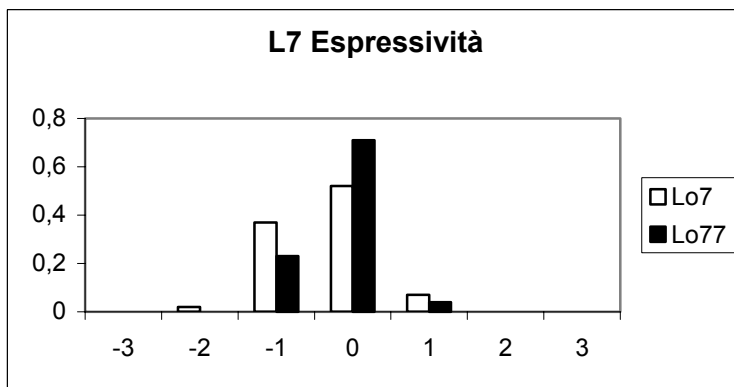
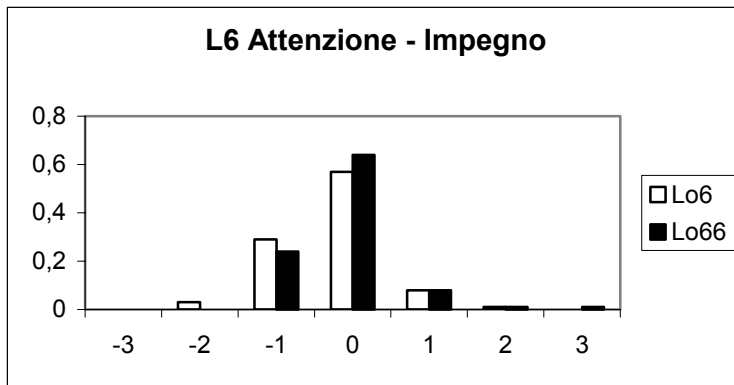
-

I valori in mediana sono tutti sullo zero, indice di normalità riscontrata nei pazienti; inoltre si può notare una scarsa variabilità negli score.

Per avere ulteriori informazioni su come si distribuiscono i punteggi del questionario LOFOPT, nei seguenti grafici a barre sono riportate le frequenze relative degli score, prima e dopo la terapia, per ogni *item* valutato.









### 3. Capitolo 3

#### 3.1. Test sulle variabili LOFOPT

Si sono analizzate le differenze nella mediana delle nove variabili LOFOPT all'inizio e alla fine della terapia, usando il test statistico non parametrico di Wilcoxon (cfr. Piccolo, § 18.3) per il confronto dei gruppi, in quanto le variabili rilevate sono di carattere ordinale.

Il test di Wilcoxon permette di verificare se le differenze appaiate possiedono mediana pari a 0. Essendo un test parametrico, il suo impiego è utile quando le misure a disposizione siano di carattere ordinale, ma anche quando la distribuzione delle variabili non sia nota. L'ipotesi  $H_0$  afferma l'assenza di differenze tra le 2 mediane. L'ipotesi  $H_1$  può essere di tipo bidirezionale affermando il sussistere di qualche differenza tra le condizioni, o monodirezionale, se invece si suppone di ottenere punteggi più elevati in una determinata condizione. Il test si basa sulle differenze di dei punteggi ( $d_i = x_i - y_i$ ) ottenuti nelle 2 condizioni per ogni soggetto  $i$ . se è vera l'ipotesi nulla dovremmo avere una distribuzione simile di differenze di segno positivo o negativo, insieme ad alcune differenze nulle. Al contrario, l'ipotesi alternativa suppone un netto sbilanciamento delle differenze in una direzione.

Obiettivo è verificare l'ipotesi

$$H_0: \mu_{\text{inizio}} = \mu_{\text{fine}}$$

contro l'alternativa bidirezionale

$$H_1: \mu_{\text{inizio}} \neq \mu_{\text{fine}}$$

La distribuzione della statistica test di Wilcoxon sotto  $H_0$  è  $N(0,1)$ . I risultati sono riportati nella tabella che segue:

<b>Wilcoxon test</b>	
L1. Relazioni Emotive	$V = 229, p\text{-value} = 0.01456$
L2. Sicurezza Abilità	$V = 135, p\text{-value} = 0.004647$
L3. Attività	$V = 60, p\text{-value} = 0.002391$
L4. Rilassamento	<b><math>V = 210.5, p\text{-value} = 0.419</math></b>
L5. Controllo movimento	<b><math>V = 33, p\text{-value} = 1</math></b>
L6. Attenzione-Impegno	$V = 108, p\text{-value} = 0.02945$
L7. Espressività	$V = 81, p\text{-value} = 0.006312$
L8. Comunicazione Verbale	$V = 48, p\text{-value} = 0.0006885$
L9. Abilità controllo sociale	<b><math>V = 59.5, p\text{-value} = 1</math></b>

Solo per L4 (Rilassamento), L5 (Controllo movimento) ed L9 (Abilità controllo sociale) la mediana rimane la stessa nei due gruppi. Per L1 (Relazioni Emotive) la mediana è minore all'inizio rispetto alla fine. Per le rimanenti cinque variabili rilevate, il valore centrale iniziale è sempre maggiore rispetto al valore centrale finale (p-value < 0.01)

Nella tabella successiva, riporto il test del  $\chi^2$  di Pearson per testare l'ipotesi di uguaglianza delle distribuzioni all'inizio e alla fine della terapia (si veda, ad esempio, Pace e Salvan, 2001). I risultati sono riportati nella tabella che segue.

<b>Confronto distribuzioni di frequenza</b>	
L1. Relazioni Emotive	p-value = 0.2426
L2. Sicurezza Abilità	p-value = 0.2727
L3. Attività	p-value = 0.1094
L4. Rilassamento	<b>p-value = 0.03162</b>
L5. Controllo movimento	<b>p-value = 0.05038</b>
L6. Attenzione-Impegno	p-value = 0.1094
L7. Espressività	<b>p-value = 0.05038</b>
L8. Comunicazione Verbale	p-value = 0.2338
L9. Abilità controllo sociale	<b>p-value = 0.05038</b>

Le differenze maggiori nella distribuzione di frequenza si hanno in corrispondenza delle variabili L4 (Rilassamento), L5 (Controllo movimento), L7 (Espressività), L9 (Abilità controllo sociale).

### **3.2. Studio delle relazioni tra gli *items* del LOFOPT**

#### **3.2.1. Correlazione tra variabili LOFOPT**

Per valutare la presenza di un legame di correlazione esistente tra gli item del LOFOPT (variabili di scala ordinale) si è utilizzato il coefficiente  $r_s$  di Spearman, di correlazione tra i ranghi, calcolandolo per coppie di *item* (cfr. Piccolo, 1998, § 18.9). Il coefficiente di Spearman varia da -1 a +1. Il calcolo di  $r_s$  si basa sulle differenze ( $d$ ) riscontrate tra i ranghi attribuiti allo stesso soggetto nelle due variabili.

Una sua espressione è:

$$r_s = 1 - \frac{6 \sum d_i^2}{n(n^2 - 1)}$$

dove  $d_i$  è la differenza tra i ranghi per il soggetto  $i$  e  $n$  è il numero dei soggetti.

La distribuzione di  $r_s \sqrt{n-1}$  sotto  $H_0$  è, per  $n \geq 10$ , una  $N(0,1)$

Nelle tabelle che seguono sono riportati gli indici di correlazione relativi ai due momenti distinti della somministrazione del LOFOPT. In grassetto sono evidenziano la presenza delle correlazioni più forti.

<b>Inizio terapia</b>								
	<b>Lo2</b>	<b>Lo3</b>	<b>Lo4</b>	<b>Lo5</b>	<b>Lo6</b>	<b>Lo7</b>	<b>Lo8</b>	<b>Lo9</b>
<b>Lo1</b>	$\rho=0.362$	$\rho=0.509$	$\rho=0.167$	$P=0.142$	$P=0.423$	<b><math>\rho=0.645</math></b>	<b><math>\rho=0.775</math></b>	$\rho=-0.021$
<b>Lo2</b>		<b><math>\rho=0.604</math></b>	$\rho=0.197$	$P=0.018$	$P=0.302$	$\rho=0.360$	$\rho=0.333$	$\rho=-0.012$
<b>Lo3</b>			$\rho=0.457$	$P=0.157$	<b><math>P=0.688</math></b>	<b><math>\rho=0.546</math></b>	$\rho=0.465$	$\rho=0.168$
<b>Lo4</b>				$P=0.340$	$P=0.486$	$\rho=0.284$	$\rho=0.097$	$\rho=0.245$
<b>Lo5</b>					$P=0.269$	$\rho=0.129$	$\rho=0.116$	$\rho=0.222$
<b>Lo6</b>						$\rho=0.490$	$\rho=0.377$	$\rho=0.332$
<b>Lo7</b>							$\rho=0.693$	$\rho=-0.069$
<b>Lo8</b>								$\rho=-0.011$

Le variabili più correlate all'inizio della terapia sono:

- Lo1 e Lo7: Relazioni Emotive e Espressività
- Lo1 e Lo8: Relazioni Emotive e Comunicazione Verbale
- Lo2 e Lo3: Sicurezza Abilità e Attività
- Lo3 e Lo6: Attività e Attenzione-Impegno
- Lo3 e Lo7: Attività e Espressività

<b>Fine terapia</b>								
	<b>Lo22</b>	<b>Lo33</b>	<b>Lo44</b>	<b>Lo55</b>	<b>Lo66</b>	<b>Lo77</b>	<b>Lo88</b>	<b>Lo99</b>
<b>Lo11</b>	$\rho=.19$	$\rho=.225$	$\rho=-0.048$	$\rho=.035$	$P=.203$	<b><math>P=.483</math></b>	<b><math>\rho=.83</math></b>	$\rho=-0.134$
<b>Lo22</b>		<b><math>\rho=.415</math></b>	$P=-0.032$	$\rho=-0.16$	$P=.381$	$P=.243$	$\rho=.181$	$\rho=-0.008$
<b>Lo33</b>			$\rho=.317$	$\rho=-0.07$	<b><math>P=.537</math></b>	<b><math>P=.317</math></b>	$\rho=.206$	$\rho=.062$
<b>Lo44</b>				$\rho=.265$	$P=.095$	$P=.072$	$\rho=.039$	$\rho=.039$
<b>Lo55</b>					$P=-0.014$	$P=.056$	$P=-0.07$	$\rho=-0.145$
<b>Lo66</b>						$P=.338$	$\rho=.2$	$\rho=.351$
<b>Lo77</b>							$\rho=.485$	$\rho=-0.078$
<b>Lo88</b>								$\rho=-0.12$

Alla fine della terapia le variabili più correlate sono:

- Lo1 e Lo8: Relazioni Emotive e Comunicazione Verbale
- Lo3 e Lo6: Attività e Attenzione-Impegno

### **3.2.2. Un'analisi esplorativa basata sulle corrispondenze multiple**

Lo scopo dell'analisi basata sulle corrispondenze multiple è cercare di spiegare la struttura di dipendenza interna a delle variabili quantitative, trasformando l'agglomerato delle osservazioni in una struttura semplice ma allo stesso tempo informativa quanto quella di partenza. È un metodo fondamentale nella ricerca di pattern latenti nelle variabili osservate; esso identifica la struttura della dipendenza interna ad una tabella di frequenza tramite una rappresentazione grafica delle modalità dei caratteri in uno spazio di dimensionalità minima (cfr. Fabbris,1983). Per facilitare la lettura dell'esito dell'analisi si rappresentano le entità esaminate in un sistema di assi. L'analisi delle corrispondenze si basa sulle correlazioni tra le variabili. Nel § 3.2.1 si sono individuate le variabili che presentano maggiore correlazione.

Nel grafico seguente queste relazioni sono più evidenti. Il grafico si riferisce al questionario LOFOPT all'inizio della terapia. Non ho riportato il grafico relativo alla fine della terapia in quanto sostanzialmente rimane lo stesso.

Un'interpretazione degli assi è la seguente:

- orizzontale: costituisce la "scala" di misura;
- verticale: differenzia la natura delle variabili (aspetto individuale, aspetto di relazione con gli altri, aspetto fisico).

Possono essere identificati tre gruppi di variabili.

#### **I gruppo**

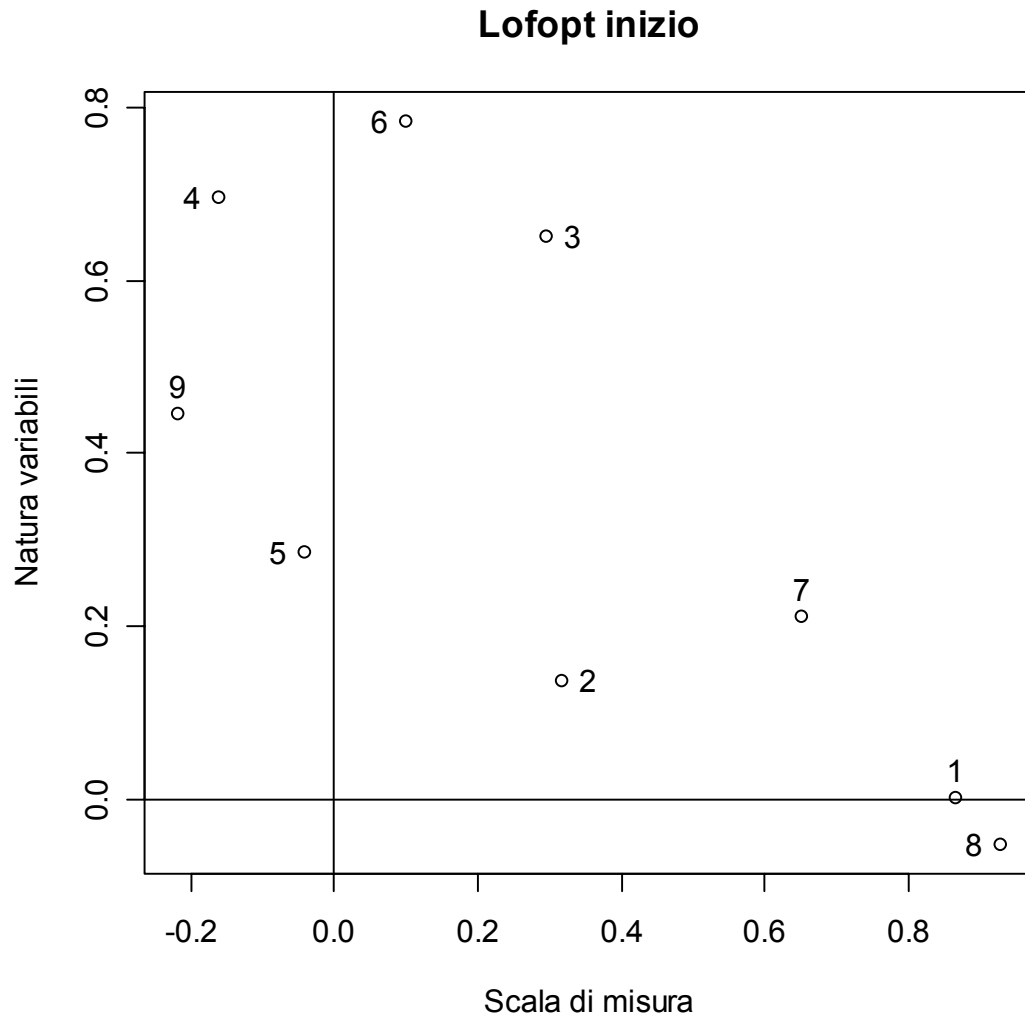
L3 (Partecipazione Attiva), L4 (Rilassamento), L6 (Attenzione sulla situazione), L9(Abilità controllo sociale): considera gli aspetti relativi al soggetto; presenta i valori più bassi della scala.

#### **II gruppo**

L2, (Sicurezza nelle proprie abilità), L5 (Controllo del Movimento) riguarda l'aspetto fisico; assume i valori centrali della scala.

### III gruppo

L1 (Relazioni emotive), L7 (Espressività nel movimento), L8 (Comunicazione verbale): aspetti della relazione con le altre persone; presenta generalmente i valori più alti nella scala



La configurazione delle variabili indica che gli *items* rappresentati sul secondo fattore (ovvero l'asse che differenzia la natura delle variabili), variano notevolmente in corrispondenza dei valori negativi del primo fattore (la scala di misura) e poco sui valori positivi.



## **4. Capitolo 4**

### **4.1. Conclusioni**

Lo scopo dello studio è valutare se l'attività fisica possa migliorare le condizioni dei pazienti con problemi derivati dall'abuso di alcol.

I dati analizzati si riferiscono ad un campione di pazienti in cura presso la clinica privata "Parco dei Tigli" di Teolo. Lo strumento di valutazione dell'efficacia del trattamento è la griglia di osservazione LOFOPT, nella versione italiana curata da Carraro, Cognolato, Fiorellini.

Dall'elaborazione dei dati non si è evidenziato un netto miglioramento nei pazienti. Alla fine del trattamento, comunque, c'è una stabilizzazione dei pazienti sul livello 0 (indice di normalità). Un cambiamento importante quindi non c'è stato, ma si è rilevata una minore variabilità attorno allo 0 dopo il ricovero.

Attraverso l'analisi delle correlazioni e uno sguardo esplorativo alle corrispondenze multiple, si possono individuare tre gruppi di variabili, influenzati dal trattamento. Questi gruppi denotano diversi aspetti: l'aspetto individuale, l'aspetto di relazione con gli altri, l'aspetto fisico.

Per intervenire significativamente sul comportamento psico-motorio dei pazienti sono necessari tempi di trattamento più lunghi, come previsto nell'originaria formulazione dello strumento.





## Note

1. **DSM-IV** [Manuale Statistico e Diagnostico delle Malattie Mentali, IV ed.] sistema di classificazione diagnostico dei Disturbi mentali. Secondo il DSM (anche secondo l'ICD-10) il concetto di categoria diagnostica viene associato a quello di "Disturbo"
2. **Minnesota Model**: Modello Minnesota o tradizionale; modello di trattamento con detossificazione sotto controllo medico e trattamenti psico-sociali orientati verso l'auto-aiuto con passaggi nei 12 punti sviluppato da centri come "Betty Ford Clinic" e Hazelden
3. **Comorbidità**: Il termine collegato a *cum* ed a *morbere* (essere invalido), indica la condizione clinica caratterizzata da più disturbi presenti simultaneamente o in momenti diversi nello stesso soggetto.
4. **Tecnica di Jacobson**: tecnica di rilassamento progressivo sviluppato da Edmund Jacobson intorno agli anni '30; metodo molto semplice ed efficace che, agendo sui muscoli, ossia partendo dall'effetto sul corpo delle emozioni, mira a riportare la mente in uno stato di calma.
5. **SCID**: *Structured Clinical Interview*. Intervista clinica strutturata per valutare la presenza o meno nel soggetto di disturbi clinici, disturbi di personalità, problemi psicosociali ed ambientali.

## Riferimenti bibliografici

Areni A., Ercolani A., Leone L. (2001). *Statistica per la psicologia I Fondamenti di psicometria e statistica descrittiva*, Bologna – il Mulino.

Areni A., Ercolani A., Leone L. (2002). *Statistica per la psicologia II. Statistica inferenziale a analisi dei dati*, il Mulino, Bologna.

Azzalini A. (2001). *Inferenza Statistica*, 2° edizione, Springer-Verlag Italia, Milano

Bouroche J.M., Saporta G. (1983). *L'Analisi dei dati*, Traduzione a cura di D'Alfonso G., CLU, Napoli.

Fabbris L. (1990). *Analisi Esplorativa di dati multidimensionali*, Padova – Cleup.

Piccolo Domenico, (1998). *Statistica*. Il Mulino, Bologna.



## **Appendice A1**

**Il Lofopt, versione italiana a cura di A. Carraro, S. Cognolato e A. Fiorellini.**

### **1. Relazioni emotive**

Per relazioni emotive si intende il grado con il quale il paziente in base alla situazione, può stabilire relazioni emotive, cioè esprimere un certo grado di coinvolgimento emotivo, con gli altri membri del gruppo e con il conduttore.

+ 3 fortemente espansivo

+ 2 espansivo

+ 1 lievemente espansivo

0 relazioni appropriate

- 1 lievemente isolato

- 2 isolato

- 3 fortemente isolato

### **2. Sicurezza nelle proprie abilità**

Per sicurezza nelle proprie abilità si intende il grado con il quale il paziente si muove in modo indipendente dagli altri, senza svalutarsi e in modo non ansioso.

+ 3 forte sopravvalutazione di sé

+ 2 sopravvalutazione di sé

+ 1 lieve sopravvalutazione di sé

0 sicurezza nelle proprie abilità

- 1 lieve svalutazione di sé

- 2 svalutazione di sé

- 3 forte svalutazione di sé

### **3. Attività**

Per attività si intende il grado con il quale il paziente partecipa attivamente alle situazioni di movimento.

+ 3 fortemente iperattivo

+ 2 iperattivo

+ 1 lievemente iperattivo

0 attivo

- 1 lievemente passivo
- 2 passivo
- 3 fortemente passivo

#### **4. Rilassamento**

Per rilassamento si intende il grado con il quale il paziente esegue o osserva compiti motori senza eccessiva tensione muscolare o nervosismo.

- + 3 molto teso
- + 2 teso
- + 1 lievemente teso
- 0 rilassato
- 1 un po' troppo rilassato
- 2 molto rilassamento
- 3 eccessivamente rilassamento

#### **5. Controllo del movimento**

Per controllo del movimento si intende il grado con il quale il paziente si muove tranquillamente, può controllare il proprio corpo e regolare gli sforzi.

- + 3 eccessivo controllo del movimento
- + 2 forte controllo del movimento
- + 1 movimento controllato
- 0 movimento appropriato
- 1 movimento lievemente incontrollato
- 2 movimento senza controllo
- 3 movimento totalmente senza controllo

#### **6. Focalizzazione dell'attenzione sulla situazione**

Per focalizzazione dell'attenzione sulla situazione si intende il grado con il quale il paziente può tenere in considerazione la situazione e adattarsi ad essa; in altre parole, il grado di concentrazione e di tensione verso il compito assegnato.

- + 3 eccessivo impegno
- + 2 troppo impegno

- + 1 lieve eccesso nell'impegno
- 0 appropriatamente coinvolto nel compito
- 1 lievemente distratto
- 2 distratto
- 3 estremamente distratto

### **7. Espressività del movimento**

Per espressività del movimento si intende il grado con il quale il paziente esprime o non esprime qualcosa attraverso i suoi movimenti, posture ed espressioni facciali.

- + 3 eccesso di espressività
- + 2 troppo espressivo
- + 1 lieve eccesso di espressività
- 0 espressivo
- 1 lieve mancanza di espressività
- 2 mancanza di espressività
- 3 totale mancanza di espressività

### **8. Comunicazione verbale**

Per comunicazione verbale si intende il grado con il quale il paziente può stabilire contatti verbali significativi con il terapeuta e con gli altri pazienti. La comunicazione verbale è significativa se adatta alla situazione e se gli aspetti tecnici sono soddisfacenti: volume sufficiente e contatto visivo con il referente.

- + 3 eccessivamente logorroico
- + 2 logorroico
- + 1 lievemente logorroico
- 0 comunicazioni appropriate
- 1 lievemente non comunicativo
- 2 non comunicativo
- 3 eccessivamente non comunicativo

### **9. Abilità nel controllo sociale**

Per controllo sociale si intende il grado con cui il paziente è capace di rispettare determinati accordi, regole di comportamento e regole di gioco.

+ 3 estremamente ossessionato dalle regole sociali

+ 2 ossessivo controllo delle regole sociali

+ 1 controllo sociale lievemente ossessivo

0 appropriato controllo sociale

- 1 lieve mancanza di controllo delle regole sociali

- 2 mancanza di controllo delle regole sociali

- 3 estrema mancanza di controllo delle regole sociali.

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_ DATA \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Indichi la risposta che meglio descrive ciò che ha fatto o come si è sentito/a nelle ultime due settimane.

19) Quanti amici ha visto o sentito al telefono nelle ultime due settimane?

- 1  Nove o più amici.
- 2  Cinque o otto amici.
- 3  Due o quattro amici.
- 4  Un amico.
- 5  Nessun amico.

20) È stato in grado di parlare di come si sentiva e dei suoi problemi con almeno un amico nelle ultime due settimane?

- 1  Sono sempre stato in grado di parlare dei miei sentimenti più intimi.
- 2  Solitamente sono stato in grado di parlare dei miei sentimenti.
- 3  Per circa la metà del tempo mi sono sentito in grado di parlare dei miei sentimenti.
- 4  Solitamente non ero in grado di parlare dei miei sentimenti.
- 5  Non ero mai in grado di parlare dei miei sentimenti.
- 6  Non applicabile: non ho amici.

21) Quante volte nelle ultime due settimane ha partecipato ad attività sociali?

- 1  Più di tre volte.
- 2  Tre volte.
- 3  Due volte.
- 4  Una volta.
- 5  Mai.

22) Quanto tempo ha dedicato ai suoi hobbies o ai suoi interessi durante le ultime 2 settimane?

- 1  Ho dedicato la maggior parte del mio tempo libero quasi ogni giorno.
- 2  Ho dedicato una parte del mio tempo libero in alcuni giorni.
- 3  Ho dedicato poco del mio tempo libero.
- 4  Solitamente non ho dedicato tempo libero agli hobbies, ma ho guardato la televisione.
- 5  Non ho dedicato il mio tempo libero né agli hobbies, né a guardare la televisione.

23) Ha avuto discussioni con i suoi amici nelle ultime due settimane?

- 1  Non ho avuto discussioni e tutto è andato molto bene.
- 2  Solitamente tutto è andato bene, ma ho avuto qualche piccola discussione.
- 3  Ho avuto più di una discussione.
- 4  Ho avuto molte discussioni.
- 5  Ho avuto continuamente discussioni.
- 6  Non applicabile: non ho amici.

24) Se i suoi sentimenti sono stati feriti od offesi da una amico durante le ultime due settimane, come l'ha presa?

- 1  Non ne ho risentito o non mi è successo.
- 2  L'ho superato in poche ore.
- 3  L'ho superato in pochi giorni.
- 4  L'ho superato in una settimana.
- 5  Ci vorranno dei mesi perché possa superarlo.
- 6  Non applicabile: non ho amici.

25) Si è sentito/a intimidito/a o a disagio con gli altri nelle ultime due settimane?

- 1  Mi sono sempre sentito a mio agio.
- 2  Qualche volta mi sono sentito a disagio, ma dopo un po' riuscivo a rilassarmi.
- 3  Per la metà del tempo mi sono sentito a disagio.
- 4  Solitamente mi sono sentito a disagio.
- 5  Mi sono sempre sentito a disagio.
- 6  Non applicabile: non ero mai con la gente.

26) Si è sentito/a solo/a e desiderava avere più amici nelle ultime due settimane?

- 1  Non mi sono mai sentito solo.
- 2  Mi sono sentito solo poche volte.
- 3  Per la metà del tempo mi sono sentito solo.
- 4  Solitamente non mi sono sentito solo.
- 5  Mi sono sempre sentito solo e desideravo avere più amici.

27) Si è sentito/a annoiato nel suo tempo libero nelle ultime due settimane?

- 1  Non mi sono mai sentito annoiato.
- 2  Solitamente non mi sentivo annoiato.
- 3  Per la metà del tempo mi sentivo annoiato.
- 4  Per la maggior parte del tempo mi sentivo annoiato.
- 5  Mi sono sempre sentito annoiato.



**Appendice A3.**

**QUESTIONARIO SULLA PRATICA SPORTIVA**

<b>Cognome</b> _____	<b>Nome</b> _____
<b>Unità</b> _____	<b>Data</b> _____

1. Ha praticato qualche forma di attività fisica negli ultimi 12 mesi?	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
2. Se sì, quale? _____			
3. Se no, ha praticato qualche forma di attività motoria negli ultimi			
	<b>2 anni</b>	<b>3 anni</b>	<b>5 anni</b>
	[ ]	[ ]	[ ]

4. Ha svolto questa attività:					
• in palestra					<b>SI</b> <b>NO</b>
• in piscina					<b>SI</b> <b>NO</b>
• a casa					<b>SI</b> <b>NO</b>
• all'aperto					<b>SI</b> <b>NO</b>
5. Negli ultimi 6 mesi si è allenato settimanalmente					
	<b>1 volta</b>	<b>2 volte</b>	<b>3 volte</b>	<b>4 volte</b>	<b>5 volte</b>
	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
6. Usualmente pratica attività sportiva:					
• con amici					<b>SI</b> <b>NO</b>
• con familiari					<b>SI</b> <b>NO</b>
• da solo					<b>SI</b> <b>NO</b>

7. A suoi avviso l'attività fisica le permette					
• di avere più fiducia nelle proprie capacità					<b>SI</b> <b>NO</b>
• di migliorare la sua capacità di concentrarsi					<b>SI</b> <b>NO</b>
• di avere un atteggiamento più attivo nei confronti della propria vita					<b>SI</b> <b>NO</b>
• di migliorare il suo rapporto con gli altri					<b>SI</b> <b>NO</b>