



GIOVANNI FIORITI EDITORE

Giovanni Fioriti Editore s.r.l.
via Archimede 179, 00197 Roma
tel. 068072063 - fax 0686703720.
E-Mail info@fioriti.it – www.fioriti.it
www.clinicalneuropsychiatry.org

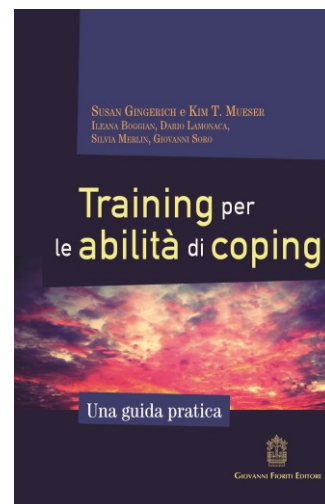
Training per le abilità di coping

Una guida pratica

Di Susan Gingerich e Kim T. Mueser

Co-autori:

Ileana Boggian, Dario Lamonaca, Silvia Merlin, Giovanni Soro



Presentazione

Il Training per le abilità di coping rappresenta un importante strumento per la programmazione degli interventi riabilitativi in psichiatria. L'alta strutturazione consente un'ottima replicabilità e la possibilità di utilizzo anche da parte di operatori poco esperti nella conduzione di gruppi. I moduli possono essere applicati anche singolarmente o scegliendoli per tematica, a seconda dei bisogni rilevati nel gruppo utenti in un determinato momento. Spazia in ambiti vari e diversificati raggruppandoli in un'unica metodologia e unendo aspetti psico-educativi con l'apprendimento di vere e proprie abilità fondamentali per l'acquisizione di ruoli sociali e lavorativi riconosciuti. Gli aspetti tecnici dell'intervento sono inoltre integrati da spunti di riflessione aperti, suggeriscono possibilità di ampliare le tematiche e approfondirle anche con momenti di "storytelling" che assumono un valore psicoterapico o, quantomeno, di autoconsapevolezza. Lo strumento permette quindi, da una parte, l'espressione di un personale stile di conduzione da parte dell'operatore, dando la possibilità di alternare la direttività nelle fasi di apprendimento e sperimentazione e, dall'altra, la libera espressione e condivisione da parte dei partecipanti. Il manuale, dunque, si propone come un'ottima guida per svolgere con personale direttività i gruppi di coping skills.

Indice

Introduzione	1
Stress, vulnerabilità, fattori protettivi	1
Cosa sono le strategie di coping?	6
Dal progetto riabilitativo individualizzato all'intervento di gruppo	14
Riferimenti bibliografici	27
TRAINING PER LE ABILITÀ DI COPING	

Modulo I	Concentrarsi sui propri punti di forza	33
Sessione 1	Identificare in che cosa siamo bravi	35
Sessione 2	Utilizzare i propri punti di forza	39
Sessione 3	Riconoscere i punti di forza degli altri	41
Sessione 4	Migliorare basandosi sui propri punti di forza	47
Sessione 5	Sviluppare amicizie basate su interessi comuni	51
Modulo II	Comprendere la malattia mentale	55
Sessione 1	Informazioni utili sulla depressione	57
Sessione 2	Informazioni utili sulla schizofrenia	61
Sessione 3	Informazioni utili sul disturbo bipolare e sul disturbo schizoaffettivo	65
Sessione 4	Cosa contribuisce a peggiorare i sintomi?	71
Sessione 5	Cosa contribuisce a migliorare i sintomi?	77
Modulo III	Ridurre lo stress	83
Sessione 1	Da che cosa è causato lo stress?	85
Sessione 2	Segnali che indicano che siamo sotto stress	89
Sessione 3	Strategie per ridurre lo stress	93
Sessione 4	Esercizi di rilassamento muscolare	97
Sessione 5	Esercizi di respirazione e di visualizzazione	101
Modulo IV	Connettersi con le persone	105
Sessione 1	Scegliere un buon momento e un buon posto per iniziare una conversazione	107
Sessione 2	Saluto e tono di voce gradevoli	111
Sessione 3	Suggerimenti per iniziare delle conversazioni	115
Sessione 4	Mantenere viva una conversazione attraverso l'ascolto e facendo delle domande	119
Sessione 5	Condividere informazioni personali	123
Modulo V	Esprimere i nostri sentimenti positivi	127
Sessione 1	Riconoscere i nostri sentimenti positivi	129
Sessione 2	Che cosa ci fa sentire bene?	133
Sessione 3	Che cosa ci fa ridere?	137
Sessione 4	Fare complimenti	141
Sessione 5	Esprimere un apprezzamento	145

Modulo VI	Avvicinarsi di più alle persone	149
Sessione 1	Preoccuparsi di come gli altri si sentono	151
Sessione 2	Riconoscere i sentimenti degli altri	157
Sessione 3	Comprendere il punto di vista dell'altro	161
Sessione 4	Scoprire cosa rende felici le altre persone	165
Sessione 5	Fare delle cose per mostrare attenzione	169
Modulo VII	Farsi rispettare in modo positivo	173
Sessione 1	Assertività	175

Sessione 2	Evitare di essere aggressivi	179
Sessione 3	Evitare di essere passivi	183
Sessione 4	Fare delle richieste in modo assertivo	187
Sessione 5	Rifiutare delle richieste in modo assertivo	191
Modulo VIII	Gestire la rabbia	195
Sessione 1	Che cosa ci fa arrabbiare?	197
Sessione 2	Riconoscere i segnali di rabbia	201
Sessione 3	Scelte per rispondere a sentimenti di rabbia	205
Sessione 4	Esprimere sentimenti di rabbia in modo costruttivo	209
Sessione 5	Fare compromessi	213
Modulo IX	Utilizzare bene il nostro tempo	217
Sessione 1	Trovare un giusto equilibrio nel lavoro	219
Sessione 2	Trovare un giusto equilibrio nel tempo libero	223
Sessione 3	Trovare un giusto equilibrio nel passare del tempo con gli altri	227
Sessione 4	Fare una scheda di programmazione della mattinata	231
Sessione 5	Fare una scheda di programmazione del pomeriggio	235
Modulo X	Evitare problemi con alcol e droghe	239
Sessione 1	Miti e realtà sull'alcol	241
Sessione 2	Miti e realtà sulla marijuana e sulla cocaina	245
Sessione 3	Vantaggi e svantaggi del bere e dell'uso di droghe	249
Sessione 4	Alternative al bere e all'uso di droghe	253
Sessione 5	Rispondere alle offerte di utilizzo di alcol e droghe	259
Modulo XI	Fronteggiare problemi e sintomi	263
Sessione 1	Usare il dialogo interiore positivo	265
Sessione 2	Pianificare delle attività	271
Sessione 3	Parlare con una persona di supporto	277
Sessione 4	Distrarsi	281
Sessione 5	Fare attività fisica	285

Introduzione

Stress, vulnerabilità, fattori protettivi

Se si ha familiarità con Batman, Spiderman e altri super eroi, si sa che indossano una cintura speciale; le cinture speciali sono come una “cassetta degli attrezzi”, piena di piccoli gadget che loro usano quando combattono i cattivi: Batman ha la massima fiducia nella sua cintura perché ne ha sperimentato più volte l'utilità. L'idea di questo libro è quella di realizzare una cassetta degli attrezzi ben equipaggiata di *strategie di coping*.

Per quanto una persona sia mentalmente sana, flessibile o felice, arriva un momento nella vita in cui si trova ad affrontare qualcosa di difficile o che appare insormontabile, e i “superpoteri” non sono disponibili. Il modello *stress-vulnerabilità-fattori protettivi* per la comprensione del decorso delle malattie mentali (**figura 1**) suggerisce che quando l'esperienza di eventi stressanti supera la capacità di un individuo di farvi fronte, e/o l'impiego di strategie di coping è inefficace, ciò promuove cambiamenti psicobiologici che portano alla manifestazione di sofferenza o sintomi.

La vulnerabilità biologica è determinata molto precocemente nella vita di una persona ed è data da una combinazione di fattori genetici e fattori ambientali, anch'essi molto precoci (ad esempio, complicazioni alla nascita). La vulnerabilità biologica può essere ridotta con l'apporto dei farmaci, con la conduzione di uno stile di vita sano, e può essere sicuramente aggravata dall'abuso di sostanze. I risultati di numerosi studi ci dicono che gli effetti dannosi dello stress possono essere attenuati e ridotti con l'utilizzo di strategie di fronteggiamento efficaci (ad esempio, delle tecniche di rilassamento), nonché di abilità sociali e cognitive (ad esempio, abilità di conversazione e abilità di problem solving). Anche il supporto sociale può avere un ruolo determinante nel moderare gli effetti negativi dello stress sulla vulnerabilità biologica di una persona con disabilità psichiatriche, riducendo le probabilità che si verifichino delle ricadute e delle ospedalizzazioni (Gingerich e Mueser 2011).

Dunque, ciò che chiamiamo *coping* è lo sforzo che si fa per ridurre gli impatti negativi dello stress: le strategie di coping sono una combinazione di atteggiamenti, comportamenti, esperienze e apprendimenti che sono utili per fronteggiare determinate situazioni, in modo da adattarsi a esse o gestirle in maniera più efficace. Alcuni modi con i quali affrontiamo lo stress sono salutari e rafforzano la capacità di recupero, mentre altri ci aiutano semplicemente a evitare i problemi reali o incoraggiano comportamenti distruttivi. Tuttavia, più efficacemente siamo in grado di rispondere allo stress e ridurre al minimo il disagio che a ciò si accompagna, più resilienti diventeremo nel lungo termine. Affrontare i sintomi di una malattia mentale può essere una dura lotta quotidiana per le persone che ne sono affette. Ogni persona sviluppa le proprie strategie per far fronte a queste esperienze dolorose (Tew et al. 2011). Tali strategie possono essere *uniche*: per combattere problemi e sintomi della malattia mentale, ciò che funziona per uno potrebbe non funzionare per un altro, e viceversa.

La sfida per le persone con disturbi mentali si presenta su tre livelli: 1) fare fronte ai sintomi della malattia; 2) alle relative conseguenze degli stessi sul funzionamento personale; 3) agli eventi stressanti che sono indipendenti dalla malattia stessa. È risaputo che anche i deficit cognitivi, in particolare quelli a carico della memoria e delle funzioni esecutive, sono correlati a un ridotto uso attivo di strategie di coping e a una minore capacità di flessibilità di pensiero (Chang et al. 2013). C'è un crescente riconoscimento del fatto che l'esperienza di una malattia mentale influenza il senso di sé e di identità sociale, oltre a comportare disturbi della cognizione e del funzionamento. Non solo, ma lo stigma internalizzato, collegato a bassi livelli di autostima e a uno scarso senso di auto-efficacia, crea delle barriere verso una vita produttiva sociale e professionale, e abbassa la qualità della vita globale (Corrigan et al. 2002). I processi sociali e interpersonali diventano limitati nelle persone che assumono un "ruolo di paziente" passivo, e queste esperienze soggettive di malattia possono manifestarsi con l'evitare di agire, con la disperazione e il ritiro sociale, aggiungendo altri ostacoli al percorso di ripresa di salute mentale (Holubova et al. 2016). La capacità di fare fronte agli eventi stressanti è stata riconosciuta, quindi, come fattore determinante per la qualità della vita nelle persone con disturbi mentali (Cohen et al. 2011).

Lo schema riportato di seguito può essere utile a cogliere il ruolo e l'importanza del meccanismo del “coping” nel quadro complessivo del modello *stress-vulnerabilità-fattori protettivi*.

Al centro del processo di recovery c'è la trasformazione da un'identità dominata dalla malattia, a un'identità di *agency* e di competenza. Un approccio orientato al recovery è quello che consente alle persone di usare i loro punti di forza e le loro risorse, nel loro ambiente di vita. Avere più controllo della propria vita e gestire la propria salute mentale sono tra i fattori chiave per riconquistare rispetto di sé e autostima (Anthony 1993). Se l'obiettivo del trattamento è il recovery, inteso come miglior livello di funzionamento personale e sociale possibile e di integrazione nel proprio ambiente, questo richiede necessariamente abilità interpersonali e sociali. Una persona

priva di abilità di coping ha molte più probabilità di fallire nei vari domini del funzionamento e, di conseguenza, sperimentare ansia e frustrazione, livelli più elevati di stress e maggiore rischio di ricadute.

Secondo il modello *bio-psico-sociale* (vedi le **figure 2a e 2b**), le capacità di coping, il supporto sociale e le abilità interpersonali rappresentano dei *fattori protettivi* nei confronti della vulnerabilità, e sono in grado di ridurre l'effetto dei fattori stressanti sulla vita dell'individuo e il rischio di ricadute (Zubin e Spring 1977). Il rafforzamento delle abilità di coping può attenuare e compensare gli effetti dei deficit cognitivi e la vulnerabilità: quando le persone sono dotate di abilità per fronteggiare gli eventi stressanti, sono più in grado di risolvere i problemi e le sfide quotidiane. Migliori capacità di coping conferiscono non solo protezione contro le ricadute, ma anche resilienza, maggiori supporti sociali e migliore qualità di vita.

Proprio all'interno della cornice teorica del paradigma bio-psico-sociale e del modello stress-vulnerabilità-fattori protettivi, negli ultimi decenni di sviluppo di trattamenti psicosociali evidence-based per persone con problemi psichiatrici vi è stata una crescente attenzione nei riguardi dell'insegnamento e dell'acquisizione di un adeguato corredo di abilità di coping. I programmi strutturati di auto-gestione della malattia (*illness self-management*) che negli ultimi anni hanno notevolmente arricchito l'armamentario degli interventi psicosociali strutturati, quali l'*Illness Management & Recovery* (Mueser e Gingerich 2011), *Team Solutions & Solutions for Wellness* (Eli Lilly and Company 2009), *Wellness Recovery Action Plan* (Copeland 2010), *The Recovery Workbook* (Spaniol et al. 2009), *Coping-Orientated Programme* (Wiedl 1997), per citarne solo alcuni, comprendono tutti al proprio interno delle sezioni specificamente dedicate allo sviluppo delle strategie di coping utili a fronteggiare lo stress e i sintomi persistenti della malattia. Lo sviluppo di questa specifica tipologia di interventi psicosociali affonda le sue radici nell'esplorazione sistematica delle modalità con cui le persone con malattie mentali gravi gestiscono il proprio disturbo e nella scoperta del fatto che molti individui sviluppano da sé delle strategie di coping efficaci (Meyer, Gingerich e Mueser 2010).

È importante dunque sottolineare che lo sviluppo di questo tipo di approccio ha preso le mosse dalla ricerca su come le persone afflitte da sintomi persistenti della malattia riescono a gestire e fronteggiare con successo il problema (Corrigan 2008): i resoconti personali e la ricerca sull'utilizzo di varie strategie di coping nelle persone con disabilità psichiatriche (e nei caregiver) mostrano che maggiore è il numero di strategie che una persona riferisce di utilizzare, maggiore è l'efficacia complessiva del fronteggiamento (Mueser et al. 1997). Pertanto, un obiettivo decisivo che ci si pone nel migliorare le abilità di coping è proprio quello di aumentare il numero e la varietà di strategie di fronteggiamento che le persone con disabilità psichiatriche sono in grado di utilizzare per gestire lo stress e i sintomi persistenti (Corrigan 2008). Una importante revisione di studi controllati condotta da Mueser e colleghi 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 (Mueser et al. 2002), collocando a pieno titolo questo tipo di intervento tra le varie opzioni di trattamento psicosociale, supportate da evidenze scientifiche di efficacia, attualmente disponibili.

Fondamentalmente, i training per le abilità di coping si concentrano sulla riduzione dell'impatto dei sintomi persistenti associati a alti livelli di disagio/angoscia o interferenze con gli obiettivi della persona. L'approccio di base a questo tipo di training include alcuni passaggi chiave (*Fonte: Meyer, Gingerich e Mueser 2010, p. 27*):

Fare una valutazione delle strategie di coping utilizzate dall'utente.

Incrementare l'utilizzo delle strategie di coping efficaci che l'utente già adotta.

Riconsiderare e selezionare delle strategie di coping aggiuntive da insegnare all'utente.

Fornire una dimostrazione (da parte dell'operatore, per l'utente) della nuova strategia di coping individuata.

Coinvolgere l'utente nel mettere in pratica la nuova strategia durante la sessione del training.

Sviluppare delle assegnazioni per casa, per consentire all'utente di fare pratica con la strategia in maniera autonoma e in un contesto "reale".

Dunque, al di là delle differenze che possono essere riscontrate fra i diversi programmi strutturati disponibili, il training per le abilità di coping può essere definito come un approccio ampio e sistematico per consentire alle persone di sviluppare la loro capacità di gestire lo stress e i sintomi, attraverso l'identificazione e l'utilizzo di specifiche strategie di fronteggiamento.

Cosa sono le strategie di coping?

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. Il concetto di *coping* può essere in effetti definito come l'insieme delle strategie cognitive e comportamentali che ciascuno mette in atto per fare fronte a specifiche esigenze esterne o interne, vissute come superiori alle risorse del soggetto (Lazarus e Folkman 1984).

Le diverse modalità di coping sono raggruppate in tre principali stili: operativo o orientato al compito (*task-oriented*); emotivo o orientato alle emozioni (*emotion-oriented*); evitante (*avoidance-oriented*) (Endler e Parker 1990). Il coping di tipo operativo ha come elemento principale la risoluzione attiva e diretta di un problema mediante strategie cognitive e comportamentali mirate. Lo stile di coping emotivo è caratterizzato da abilità di regolazione emotiva che consentono di mantenere una prospettiva di speranza e di controllo delle emozioni, oppure di abbandono delle stesse, con tendenza a sfogarsi, preoccuparsi o rassegnarsi. Le strategie di coping evitante sono proprie di coloro che evitano una situazione stressante utilizzando attività di diversivo sociale o intraprendendo un compito sostitutivo, di distrazione. Nonostante il coping rappresenti un processo dinamico con un'elevata variabilità individuale e situazionale, in ciascuno è individuabile uno stile prevalente, che può essere più o meno valido per la gestione di un problema. Secondo numerosi studi, i pazienti affetti da gravi 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).

La capacità reattiva dell'individuo ai vari stimoli provenienti dall'ambiente determina l'influenza che quest'ultimo ha su di lui. Più si ha difficoltà a affrontare adeguatamente le situazioni che si incontrano, più si sarà dipendenti da tali strategie. Il grado di reattività dipende, infatti, dal coinvolgimento di fattori esterni e cambierà in relazione al tipo di stimolo che si riceve: alcuni stimoli portano a essere più attivi, altri non ci colpiscono o non ci interessano affatto. Tale capacità di reazione è molto elastica e variabile, quindi non esistono soggetti totalmente passivi e rassegnati, ed altri attivi e anticonformisti. È utile sapere che tutti hanno la possibilità di migliorare la propria capacità di reazione: tutti possono sviluppare le proprie capacità di coping. Queste si riferiscono non solo alla risoluzione pratica dei problemi, ma anche alla gestione delle proprie emozioni e dello stress derivanti dal contatto con le difficoltà. Questi due aspetti sono ugualmente importanti: è necessario sviluppare sia l'abilità di gestire in modo pratico un problema, sia di gestire le emozioni che ne derivano. Ne consegue che il coping è una strategia fondamentale per il raggiungimento del benessere e presuppone un'attivazione comportamentale dell'individuo, che lo renda protagonista della situazione e non soggetto passivo. Un soggetto con un buon livello di reattività riesce ad avere un migliore adattamento alla realtà, e dunque, a risolvere più velocemente i problemi. Allo stesso tempo, gli individui che si sentono bene emotivamente e fisicamente, sono più disposti ad affrontare positivamente le situazioni problematiche, cercando di superarle o di ridurne i possibili svantaggi.

I meccanismi individuali di adattamento hanno a che fare sia con la capacità di attivare le risorse interne esistenti, sia con la capacità di adottarne di nuove, ossia con la possibilità di imparare ed allargare il proprio repertorio di strategie. Collegato al concetto di coping è quello di "empowerment", ossia la capacità di ciascuno di praticare e rendere operative le proprie risorse, che contribuisce al percorso individuale verso il benessere. Il coping e l'empowerment sono determinati da due fattori: il primo dalle caratteristiche individuali e il secondo dal contesto sociale. Entrambi i fattori favoriscono l'incremento e la gestione delle risorse personali. Modificare le proprie strategie di coping per affrontare più efficacemente gli eventi stressanti dipende, quindi, sia dal modo di valutare gli eventi stessi, sia dalla capacità di reperire informazioni, cercare aiuto e sostegno sociale nel contesto in cui si vive.

Le *strategie di coping* possono essere definite, dunque, come tutte quelle abilità necessarie per affrontare situazioni problematiche interne o esterne. Un'abilità di coping rappresenta quindi una risposta organizzata in riferimento a una data situazione con lo scopo di raggiungere un obiettivo o di risolvere un problema. Il coping non è altro che una *risposta di fronteggiamento* volta a diminuire l'impatto fisico, emotivo e psicologico scaturito da eventi di vita stressanti e problemi quotidiani. Può essere un talento naturale o una risposta acquisita; le strategie di coping si sviluppano infatti anche attraverso meccanismi di apprendimento sociale (Bandura 1969, Dollard et al. 1939). Le persone possono valutare osservando altri se una certa abilità è utile o meno a gestire con successo determinate situazioni. Le abilità possono anche derivare da conoscenze trasmesse esplicitamente da altri significativi come insegnanti, genitori, coetanei ecc. Strategie che nascono spontaneamente possono diventare risposte orchestrate, facenti parte di uno schema prestabilito. Possono emergere anche dalla creatività di un individuo che riesce a formulare abilità alternative in risposta a stati problematici. Le strategie di coping si formano da una complessa interazione tra predisposizioni genetiche, processi auto-creativi, meccanismo di rinforzamento, fattori educativi e apprendimento sociale.

Le strategie di coping contemplano una vasta gamma di abilità che vanno dal problem solving centrato sul problema a quello centrato sulle emozioni. È chiaro che possedere un ampio bagaglio di strategie rende le persone

più resilienti e sembra correlato favorevolmente alla salute mentale. Le persone che hanno poche abilità di coping sono quelle più vulnerabili e quindi più soggette a sperimentare uno stato di sofferenza o di disturbo mentale. Le abilità di coping, in generale, rappresentano quindi un fattore di protezione. Mentre alcune persone hanno un ventaglio di abilità limitato, tendono a ripetere le stesse abilità in modo rigido e ripetitivo, altre sembrano più riflessive e flessibili, e hanno diversi modi per gestire un problema. Il bagaglio che ciascuno si viene a creare diviene parte della sua auto-immagine e dell'immagine che hanno gli altri della persona; vanno a costituire l'identità, come una sorta di ritratto di sé. Non sarebbe esagerato dire che *noi siamo le nostre abilità di coping!*

Le strategie di coping finora identificate sono centinaia. Non si è ancora giunti a un accordo per quanto riguarda la classificazione di queste strategie all'interno di un'architettura più ampia. Ci è sembrato però utile e interessante riportare qui la suddivisione in quattro macro-categorie, proposta da Spaniol, Koehler e Hutchinson (1994; cit. da Carozza 2006, pp. 259-260):

Tabella 1. *Strategie di coping classificate in 4 macro-categorie*

Strategie di coping fisiche: esercizio fisico, tecniche di rilassamento, nutrizione, dieta.

Strategie di coping emotive: riconoscere i sentimenti e risolvere i conflitti, godere i momenti di benessere, impegnarsi in attività significative, sentirsi stimolati e mettersi alla prova, sentirsi valorizzati e responsabilizzati, anche se a livelli minimi, e poter fruire di almeno una relazione supportiva.

Strategie di coping intellettuali: essere aperti a nuove idee, riuscire a padroneggiare decisioni e a risolvere i problemi, focalizzarsi su pensieri positivi, riconvertire le situazioni negative in possibilità evolutive, non pretendere di controllare ogni evento, acquisire risorse, organizzare il proprio tempo in maniera fruttuosa.

Strategie di coping esistenziali: impegnarsi in un progetto che trascenda la mera quotidianità.

Spesso vengono delineate differenze comuni tra varie strategie contrastanti; per esempio orientate al problema *vs* orientate all'emozione; di attivazione *vs* di evitamento; cognitive *vs* comportamentali. Ci sono abilità definite interpersonali che mettono in campo abilità di comunicazione e assertività, e altre definite intrapersonali che necessitano di abilità di autoregolazione emotiva e di ragionamento. Le persone che utilizzano strategie orientate al problema cercano di affrontare la causa del loro problema. Lo fanno reperendo informazioni sul problema e apprendendo nuove competenze per gestirlo. Il coping orientato al problema mira a modificare o a eliminare la fonte dello stress. Le tre strategie di coping orientate al problema individuate da Folkman e Lazarus sono: prendere il controllo, cercare informazioni e valutare i pro e i contro.

Il coping emozionale è un meccanismo volto ad alleviare il carico emotivo, che quando diventa eccessivo, come una pentola che bolle, si rende necessario o abbassare la fiamma, o togliere la pentola dal fuoco. Infatti, questo meccanismo si esplica in diversi modi come, per esempio, cercare sostegno sociale, rivalutare lo stressor in un'ottica complessiva, accettare la responsabilità, esercitare l'autocontrollo, considerate sostanzialmente strategie positive, oppure evitare la fonte di stress, categorizzabile come strategie negative. Quest'ultima strategia, paragonabile all'evitamento esperienziale, può risultare utile infatti per alleviare il problema momentaneamente, ma può essere dannosa quando utilizzata per periodi di tempo prolungati. Possono esserci infatti strategie di coping, definite "maladattive" o "negative", che vengono sempre utilizzate per gestire il problema ma, anziché eliminarlo o diminuirlo, ne aumentano l'entità. Si tratta essenzialmente di un *non-coping*. L'efficacia delle strategie dipende dal tipo di problema o di stress, dall'individuo e dall'ambiente sociale.

Generalmente, le persone usano un vasto repertorio di strategie di coping che può variare nel tempo. Coloro che utilizzano le strategie di coping orientate al problema sono in grado di adattarsi meglio e affrontare le sfide della vita. Mentre i meccanismi di coping mirati al problema consentono all'individuo di avere un maggiore controllo percepito del problema, il coping orientato all'emozione può talvolta portare a una riduzione del controllo percepito e quindi a un coping maladattivo.

Comuni strategie di coping positive sono il coping sociale, come per esempio la ricerca di sostegno sociale da parte di altri, e il coping orientato al significato, in cui la persona si concentra sul trarre un significato dall'esperienza stressante. Anche l'umorismo può essere usato come strategia di coping positiva e può apportare molti benefici a livello emotivo e di salute mentale. Avere un approccio umoristico alla vita aiuta a minimizzare ulteriormente le esperienze stressanti. Importante è sapersi rilassare nel momento in cui si è sotto stress; utilizzare tecniche di rilassamento, se conosciute, è un'ottima strategia, ma ognuno avrà e troverà la propria attività rilassante.

Può essere utile organizzare in maniera ottimale il tempo a disposizione, programmare e dare le giuste priorità agli impegni.

Al contrario, esistono strategie, cosiddette di *coping maladattivo* o *non-coping*, che riescono a contenere o a ridurre solo i sintomi, ma nel frattempo il disturbo rimane o si rafforza. Le strategie di coping negative possono essere efficaci nel breve termine, non nel lungo termine. Tra le strategie di coping maladattive troviamo i cosiddetti safety behaviors, a cui si ricorre spesso per fronteggiare l'ansia sociale. Un esempio di tali comportamenti "di sicurezza" può essere quello di cercare scuse per sfuggire a una situazione potenzialmente scomoda. I safety behaviors, sebbene utili per ridurre l'ansia nell'immediato e nel breve termine, potrebbero diventare maladattivi a lungo termine, andando a prolungare l'ansia e la paura verso situazioni che normalmente non sono minacciose o pericolose. Queste strategie di coping interferiscono con la capacità della persona di dimenticare o di spezzare il legame tra la situazione stressante e i sintomi ansiosi ad essa associati. Sono dunque strategie maladattive in quanto mantengono il disturbo. Altri esempi di strategie di coping positive e negative piuttosto comuni sono: il supporto emotivo o strumentale, la negazione, l'autoaccusa, il velleitarismo, la distrazione, il disimpegno comportamentale, l'abuso di sostanze come le droghe, i farmaci o l'alcol. Il coping disadattivo e la mancanza di stili di coping adattivo 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. In particolare, i risultati di un'interessante ricerca di Moritz e colleghi (2016_b) suggeriscono come la riduzione delle cognizioni inadeguate (come il catastrofismo e la ruminazione) e il possesso di strategie di regolazione delle emozioni, siano fondamentali per migliorare la sintomatologia.

Le strategie di coping adattivo e maladattivo sembrano essere piuttosto indipendenti le une dalle altre: insegnare stili di coping adattivo e di "pensiero positivo" può infatti non essere sufficiente e può non portare necessariamente a un abbandono delle "cattive" abitudini. Possono dunque ben coesistere diversi stili di coping: per esempio, quando si verificano turbe emotive, si può avere uno sfogo e poi cercare di mantenere il sangue freddo, pregare ecc. Questo significa che l'acquisizione di nuove abilità di coping (adattive, funzionali) da parte dei pazienti, dovrebbe essere sempre accompagnata da una sfida esplicita al vecchio repertorio disfunzionale, e dunque da una messa in discussione delle abilità di coping maladattive utilizzate fino a quel momento (Moritz et al. 2016_b).

Le **tabelle 2 e 3** mostrano le caratteristiche salienti attribuibili rispettivamente allo stile di coping *maladattivo* e a quello *adattivo*, individuate da Moritz e colleghi.

Dunque, le strategie di coping possono essere positive o negative, ovvero adattive o maladattive. Anche se le tecniche negative possono aiutare l'individuo a fronteggiare lo stress nel breve termine, non mirano a risolvere il problema alla base che causa lo stress, al contrario delle strategie di coping positive. Vi è correlazione tra competenza sociale e adattamento e viceversa, tra disabilità sociale e manifestazioni disadattive. L'incompetenza sociale tende a correlarsi a varie forme di disadattamento, quali condotte aggressive, ansia, scarsa autostima, comportamenti antisociali, timidezza eccessiva, difficoltà di apprendimento. Coloro che dispongono di un ricco e articolato repertorio di abilità di coping hanno maggiori possibilità di fronteggiare con successo gli eventi e costruire e mantenere una solida rete di sostegno sociale.

Tabella 2. *Caratteristiche dello stile di coping maladattivo (fonte: Moritz et al. 2016_b)*

Essere inclini alla ruminazione.

Reagire rapidamente in una maniera emotivamente esagerata (ad esempio, con preoccupazioni, paura, accuse).

Immaginare subito il peggio.

Tendere a fare i problemi più grandi di quello che realmente sono.

Sentirsi facilmente come se si fosse un fallimento totale.

A vedersi, è facile dire che si soffre per una determinata situazione.

Biasimarsi spesso quando qualcosa va storto.

Tenere sempre i propri problemi per sé e non condividerli con gli altri.

Mettere su "una bella facciata" e nascondere i veri sentimenti.

Evitare i problemi.

Cercare di sopprimere i pensieri negativi.

Tabella 3. *Caratteristiche dello stile di coping adattivo (fonte: Moritz et al. 2016_o)*

Occuparsi attivamente di un problema e provare a risolverlo.

Accettare una situazione e cercare di sfruttarla al meglio.

Sforzarsi di considerare i problemi come un'opportunità e di crescere attraverso la sfida.

Cercare di rimanere rilassati.

Cercare di interrompere rapidamente le elucubrazioni infruttuose.

Cercare di immaginare un lieto fine.

Cercare di riuscire a capire bene la causa di un problema.

Cercare di far passare semplicemente i pensieri negativi come "nuvole scure" passeggiere.

Pensare che lo stress o i problemi non minino immediatamente la propria autostima.

Cercare aiuto (ad es., parlare con il proprio partner).

La popolazione patologica, in particolare quella affetta da disturbi psichiatrici gravi, è deficitaria di abilità e competenze e, di conseguenza, tende a soffrire di più. Al contrario, la patologia viene tenuta a bada o scompare una volta che le persone sanno risolvere e affrontare i loro problemi. Negli ultimi decenni, la ricerca e la pratica clinica in ambito cognitivo-comportamentale hanno compiuto notevoli avanzamenti sul versante delle strategie di coping utili a fronteggiare e a ridurre l'impatto dei sintomi della malattia mentale. Un esempio per tutti è quello delle strategie di coping per contrastare i sintomi psicotici, sia "positivi" che "negativi". La **tabella 4** offre un'esemplificazione delle strategie di coping per le allucinazioni uditive, differenziate in tre livelli: quello dell'attivazione neurovegetativa (arousal), quello comportamentale e quello cognitivo.

Tabella 4. *Esempi di strategie di coping per i sintomi psicotici positivi*

Strategie	Esempi
Arousal	
Riduzione dell'arousal	Rilassamento, respirazione controllata, coprire le orecchie, chiudere gli occhi
Incremento dell'arousal	Fare esercizio fisico, ascoltare musica stimolante e ad alto volume
Comportamento	
Incremento di attività non-sociali	Camminare, costruire un puzzle, leggere, dedicarsi a un hobby
Incremento del contatto interpersonale	Iniziare una conversazione, giocare insieme a qualcuno
Test di realtà	Chiedere l'opinione degli altri
Cognizione	

Dirottare l'attenzione	Pensare a qualcosa di piacevole, ascoltare la radio
Contrastare	Dire alle voci di smetterla
Dialogo interiore positivo	Dire tra sé: "Stai calmo", "Puoi gestire la situazione"
Problem solving	Chiedersi: "Qual è il problema?", "Cos'altro posso fare al riguardo?" ecc.
Ignorare il sintomo	Prestare meno attenzione possibile al sintomo
Accettazione	Accettare che il sintomo non andrà via e decidere di intraprendere un altro obiettivo
Pregheiera	Chiedere aiuto per fronteggiare la situazione rivolgendosi a un potere più alto

Nota. Fonte: Mueser e Gingerich (2006). Copyright 2006 – The Guilford Press [Riproduzione autorizzata].

Altrettanto importante è l'individuazione di strategie di coping utili a contrastare sintomi "negativi" (apatia, anedonia, alogia, abulia, ritiro sociale): questi sintomi, infatti, tendono a essere più stabili nel tempo rispetto a quelli "positivi", che invece risultano essere presenti tra un episodio acuto e l'altro solo nel 40% dei pazienti (Mueser et al. 1997). Scarsa motivazione, attività ridotta, letargia e ritiro sociale sono probabilmente i sintomi negativi più comuni, e sicuramente quelli più fastidiosi e impegnativi con cui familiari e caregiver in generale si trovano ad avere a che fare quotidianamente (Hogg 1995). Gli sforzi per fronteggiare i sintomi negativi possono contribuire a un incremento del senso di auto-efficacia, a prescindere dalla tipologia delle strategie utilizzate (comportamentali, cognitive, sociali o non-sociali, focalizzate sul problema o sull'emozione). Le ricerche tendono infatti ad evidenziare che il *numero* delle strategie di coping, piuttosto che la *tipologia*, sembra essere il fattore predittivo più importante dell'efficacia del fronteggiamento, sia per i pazienti che per i loro familiari. Spesso però, sia gli uni che gli altri sono incerti su quali strategie utilizzare a seconda dei momenti e delle situazioni: gli operatori, dunque, possono e devono aiutarli ad apprendere di diverse e a crearsi un armamentario dal quale poter attingere all'occorrenza (Mueser et al. 1997). La **tabella 5** mostra alcuni esempi di strategie utili al fronteggiamento di diverse tipologie di sintomi negativi, la cui utilità ed efficacia può variare a seconda della prospettiva di chi le utilizza (paziente o caregiver).

Tabella 5. Esempi di strategie di coping per i sintomi negativi

	Paziente	Familiare
Sintomo	Strategia di coping	Strategia di coping
Alogia	Trascorrere più tempo con gli altri in modo che possa partecipare a delle conversazioni Costringermi a pensare in modo più chiaro	Prendersi una pausa quando un problema sta interferendo con la comunicazione Riconoscere che è un sintomo della malattia e non colpa del paziente Chiedere al paziente di ripetere quello che si sta dicendo per verificare la comprensione Essere pazienti – aspettare la risposta del paziente e, se necessario, ritornare in seguito sulla conversazione
Apatia	Spingere me stesso a fare le cose, come seguire un programma giornaliero o fare esercizio fisico Impostare un allarme in modo che possa alzarmi e fare delle cose	Accettarla come una parte della malattia del paziente Dare dei feedback positivi quando il paziente fa bene Coinvolgere il paziente in attività per la casa, come faccende domestiche o commissioni Coinvolgere il paziente in attività familiari – non lasciare il paziente da solo

Anedonia fisica	Fare in modo che esca di casa, per fare una passeggiata o per andare al centro commerciale Impegnarmi nella lettura di libri Provare a partecipare a nuove attività	Realizzare che fa parte della malattia e che il paziente sta facendo quanto di meglio è nelle sue possibilità Provare a coinvolgere il paziente in attività che prima gli piaceva svolgere Chiedere aiuto al paziente per le attività domestiche e invitarlo a partecipare ad attività ricreative Non mettere pressione al paziente per fare le cose che non vuole fare
Anedonia sociale	Fare in modo di essere coinvolto con altri Partecipare ad attività familiari che richiedano di parlare solo un po', come giocare a bowling Distrarmi con la TV per tenere la mente impegnata	Incoraggiare il paziente a socializzare Far notare al paziente quando sta trascorrendo un bel momento di socializzazione – il paziente non è sempre consapevole, per cui se sta ridendo o parlando glielo faccio notare Provare a rendere il paziente interessato a fare le cose Lasciar correre – ignorare il sintomo
Disattenzione	Prendermi del tempo in più per ascoltare attentamente in modo da concentrarmi meglio Chiedere alle persone di ripetere ciò che hanno appena detto Guardare dei programmi educativi alla TV restando seduto per tutta la sua durata	Riconoscere che fa parte della malattia Ricondurre il paziente quando sembra che non stia prestando attenzione – ad esempio, chiedendo: “Hai capito?” Utilizzare frasi concise e avere interazioni brevi con il paziente

Nota. Adattamento da Mueser et al. (1997) [Riproduzione autorizzata].

È importante notare, dunque, che l'apprendimento delle abilità di coping non riguarda in maniera circoscritta la persona colpita dalla malattia, ma anche la rete di supporto che la circonda e che vive con lei a stretto contatto, in particolare i familiari. Un dato estremamente interessante che la ricerca tende a evidenziare è che una maggiore conoscenza della malattia da parte dei familiari è associata in maniera significativa all'utilizzo da parte loro di un maggior numero di strategie di coping.

La conoscenza della malattia è associata, inoltre, a una maggiore efficacia percepita delle strategie di coping, sia da parte dei pazienti che dei familiari (Mueser et al. 1997). Questo dato conferma, ancora una volta, l'importanza dell'erogazione di interventi strutturati di psicoeducazione familiare all'interno dei servizi di salute mentale.

Dal progetto riabilitativo individualizzato all'intervento di gruppo

Tutti i gruppi conosciuti come riabilitativi, anche quelli non prettamente *evidence-based*, hanno bisogno, per funzionare, di essere inseriti in un processo più ampio e articolato. Il grosso rischio che spesso si corre è che gli interventi vengano presentati come “buoni” di per sé, e non correlati agli obiettivi personali degli utenti. Questo va a minare la motivazione all'intraprendere un percorso che comunque richiede un qualche cambiamento. La motivazione potrebbe essere già inizialmente scarsa, proprio come effetto sintomatologico sulla vita della persona. Se la persona non riesce a cogliere il senso della proposta riabilitativa che le viene fatta, proprio perché non vede se e come potrà aiutarla nel raggiungimento dei suoi obiettivi personali, parteciperà al gruppo per prescrizione, con il rischio di rendere l'esperienza frustrante sia per lei, sia per gli operatori!

Ma si presenta anche un secondo problema, più subdolo e non meno inficiante: se non si dà al paziente il tempo per comprendere e definire (con il supporto dei suoi operatori) un percorso riabilitativo, all'interno del quale possa scegliere da quali aspetti partire e quali problematiche affrontare, è come dirgli che non è in grado di scegliere per sé e per la sua vita. Tutto ciò rende contraddittoria la nostra proposta di operatori che, da un lato vuole fornire uno strumento per acquisire abilità che aumentino l'efficacia e l'autonomia nella vita quotidiana, ma dall'altro sottolinea che è l'esperto che sa “cosa serve” e quale sia il “percorso giusto”, limitando di conseguenza l'empowerment nella definizione degli obiettivi. Tutto ciò favorisce nei pazienti l'insorgere di idee auto stigmatizzanti di inaffidabilità e incapacità, con la sensazione di aver perso il diritto alla scelta. In questa maniera

esponiamo i nostri pazienti a possibili fallimenti che favoriscono la desocializzazione e il ritiro, assumendoci come unico ruolo quello del malato mentale.

Al contrario, diviene fondamentale partire fin da subito nell'ottica di una dinamica che porti al successo, presentandosi con atteggiamenti di speranza e ottimismo, rimanendo molto concreti e collegati ai bisogni stretti che vengono portati dai singoli utenti, per attivare quel processo riabilitativo in cui la proposta degli interventi è conseguenza naturale e utile. Ecco perché la preparazione al gruppo va svolta a partire dai progetti dei singoli. Prima dell'intervento è necessario passare da una fase diagnostica e da una fase di pianificazione.

La fase diagnostica prevede la raccolta dei sintomi e delle informazioni fornite dall'utente per formulare una diagnosi. Ma poiché molto della riabilitazione psicosociale volge a limitare non tanto i danni fatti dai sintomi, quanto piuttosto gli effetti negativi e disabilitanti che la malattia ha avuto sulla vita delle persone, è fondamentale che la diagnosi si occupi anche di capire a che livello sia la disponibilità del paziente a iniziare a lavorare insieme e quale sia il suo funzionamento. Il trauma che si vive conseguentemente a una malattia mentale potrebbe limitare la disponibilità a iniziare immediatamente un percorso, ponendo il paziente in fase di blocco e nel bisogno di ricevere rassicurazione più che strumenti nuovi. Questo aspetto è fondamentale per poter scegliere lo strumento giusto al momento giusto: non tutti gli interventi possono essere somministrati in qualsiasi momento, piuttosto, per essere efficaci, hanno bisogno di essere collocati nel giusto momento di *readiness* (prontezza/disponibilità al cambiamento e alla riabilitazione) della persona. Solo in questa maniera possiamo definire obiettivi veramente importanti per la persona, dati dal bisogno in quel preciso momento e che possano essere programmabili e verificabili.

Allo stesso modo, è fondamentale raccogliere quali siano le risorse a disposizione della persona: quali abilità possiede ancora, cosa sapeva fare in passato, cosa è disponibile a imparare, a che tipo di supporti materiali (abitazione, auto, possibilità economiche ecc.) o relazionali (presenza di familiari, amici ecc.) può attingere. Conoscere la diagnosi di un paziente è fondamentale, poiché patologie diverse hanno bisogno di strumenti diversi, ma non è sufficiente, perché non permette di analizzare la disabilità conseguente alla malattia, che è una causa determinante di malessere. Solo dopo questa fase diagnostica possiamo iniziare a pianificare un progetto di intervento: si tratta di costruire con il paziente una mappa che ci permetta di identificare un percorso e come seguirlo. Spesso il progetto viene visto come un elemento burocratico, ma poco funzionale. In realtà, è fondamentale che il progetto stesso sia un intervento, in quanto strumento che permette di far chiarezza sulla situazione attuale, ma anche di valutare cosa è più opportuno fare per raggiungere un dato obiettivo. Poter fare un piano d'azione permette di mettere già in gioco le proprie risorse nell'identificare quali passi sono in grado di fare a un dato punto del percorso, ma anche cosa probabilmente ci permetterà di raggiungere un successo, a partire dalle mie possibilità iniziali.

Acquisire abilità, siano esse sociali, strumentali, di risoluzione dei problemi, di coping, diviene uno strumento utile per il raggiungimento dei miei obiettivi, e non un'indicazione medica. Tutto questo permette di ordinare gli aspetti raccolti nella fase diagnostica, dandovi un senso coerente con la situazione attuale, ma anche valutando su quali è possibile agire. Questo lavoro, fatto in collaborazione con i propri terapeuti, aumenta la partnership, poiché il paziente sente che l'operatore è lì per accompagnarlo verso i suoi obiettivi, e che il suo compito non è quello di dire cosa è giusto fare, ma di insegnargli abilità che aumentino la sua possibilità di scelta, autonomia, empowerment. Pianificare un progetto ha un altro importante vantaggio: permette di centrarsi sulla prospettiva della "possibilità", secondo la quale il raggiungimento di un obiettivo non è un fatto di speranza illusoria e buonista, ma qualcosa di concreto, a partire dalle risorse iniziali, che tiene conto del supporto del servizio e di ciò che lì posso imparare. La speranza diviene concreta, perché si basa su elementi chiari, e l'attenzione va verso l'obiettivo futuro come qualcosa di possibile. È solo a questo punto che possiamo fare la proposta di partecipazione a un gruppo di insegnamento delle abilità di coping: quando abbiamo chiaro per quale motivo abbiamo necessità di aumentare questo tipo di abilità, e l'attività proposta viene vissuta come strumento utile al raggiungimento dei propri obiettivi. Soprattutto nel servizio pubblico il gruppo non sarà mai ben omogeneo; ci saranno funzionamenti e diagnosi diversi. Sarebbe importante però che tutti i partecipanti avessero chiaro che la loro presenza a questo gruppo ha in comune la necessità di lavorare sull'acquisizione di quelle abilità, utili per arrivare alle proprie mete.

Organizzazione del gruppo: la struttura del programma

Si tratta di un programma strutturato, dotato di una guida pratica per il conduttore del gruppo, che si compone di:

Undici moduli, ciascuno dedicato a un macro argomento correlato alle abilità di coping

Cinque sessioni per ciascuno degli undici moduli

Un formato di gruppo strutturato, passo dopo passo

55 schede-guida per il conduttore

55 schede di lavoro per i membri del gruppo, con caratteri ampi e linguaggio semplice

Una forte enfasi sulla possibilità, per i membri del gruppo, di mettere in pratica le conoscenze, le strategie e le competenze, nella propria vita quotidiana

Il programma è flessibile e può essere adattato per soddisfare le esigenze dei pazienti, del servizio e del setting. Gli operatori possono utilizzare i moduli per impostare gruppi settimanali, con un nuovo argomento ogni cinque settimane, per undici mesi, o gruppi quotidiani con un nuovo argomento ogni settimana, per undici settimane. I servizi potrebbero anche scegliere di offrire due gruppi di abilità di coping contemporaneamente, ognuno con un argomento diverso. Gli operatori hanno utilizzato con successo i moduli in una varietà di strutture e servizi di salute mentale, tra cui:

Centri diurni

Setting di degenze brevi

Servizi psichiatrici ospedalieri

Programmi di preparazione alle dimissioni

Servizi riabilitativi residenziali

Gruppi appartamento

Programmi ambulatoriali nei centri di salute mentale

Il programma del *Training per le abilità di coping* si articola in undici moduli, ognuno con cinque sessioni legate al tema generale. Ci sono dei vantaggi a usare i moduli nell'ordine presentato, perché gli ultimi, più impegnativi (come "Gestire la rabbia" e "Come evitare problemi con alcol e droghe"), procedono sulla base delle conoscenze e delle competenze apprese nei moduli precedenti. Tuttavia, si può anche condurre il programma su base ciclica e inserire nuovi pazienti all'inizio di ciascun modulo.

Tabella 6. *Moduli di abilità di coping*

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

Sebbene i moduli siano organizzati in un ordine particolare, ciascuno è indipendente dagli altri, e l'ordine con il quale vengono trattati può essere modificato per soddisfare le esigenze dei membri del gruppo e del servizio. La

tabella 7 fornisce alcuni esempi di come moduli specifici possono essere utilizzati per affrontare obiettivi comuni di trattamento, identificati da persone con problemi psichiatrici di vario tipo.

Tabella 7. *Associare i moduli agli obiettivi di trattamento*

Obiettivi di trattamento	Moduli di coping skills rilevanti
Migliorare l'umore	Concentrarsi sui propri punti di forza Esprimere i sentimenti positivi
Fare nuove amicizie	Connettersi con le persone Stingere relazioni più strette
Gestire la rabbia	Farsi rispettare in modo positivo Gestire i sentimenti di rabbia
Ridurre l'abuso di sostanze	Comprendere la malattia mentale Ridurre lo stress Evitare problemi con alcol e droghe
Gestire lo stress	Ridurre lo stress Usare bene il proprio tempo
Ridurre le ricadute	Comprendere la malattia mentale Fronteggiare problemi e sintomi Ridurre lo stress Usare bene il proprio tempo Evitare problemi con alcol e droghe
Sviluppare attività piacevoli e ricreative	Concentrarsi sui propri punti di forza Connettersi con le persone
Trovare un lavoro	Concentrarsi sui propri punti di forza Usare bene il proprio tempo

Le prime due o tre sessioni di ciascun modulo forniscono informazioni, accrescono la consapevolezza, individuano una serie di strategie e aiutano i partecipanti ad applicare ciò che stanno imparando alla loro esperienza personale. Le ultime due o tre sessioni si basano su questa maggiore comprensione e motivazione, per insegnare delle abilità specifiche. Queste abilità vengono esercitate all'interno delle sessioni, ma anche all'esterno, attraverso dei compiti specifici da svolgere a casa.

Organizzazione del gruppo: il luogo

È importante individuare una stanza che rimanga la stessa per tutta la durata del programma, e che si presenti povera di stimoli (poster, rumori, via vai di persone, TV o radio accese) che possono essere fonte di distrazione. Bisogna posizionare le sedie in circolo, possibilmente senza ostacoli nel mezzo, in modo che le persone possano vedersi e la conversazione fluisca in maniera armonica. Può essere utile o necessario avvalersi dell'utilizzo di ausili (lavagna a fogli mobili, carta e penne, matite, pennarelli ecc.) che facilitino l'organizzazione e la presentazione dei contenuti, e la loro memorizzazione. Bisogna evitare di introdurre elementi di interruzione: sarebbe importante non rispondere al telefono durante l'attività e poter chiudere la porta in modo che la stanza non diventi luogo di passaggio. Tutti questi accorgimenti hanno come primo obiettivo quello di mettere i partecipanti a loro agio, in una condizione di tranquillità. Hanno anche lo scopo di utilizzare strategie che permettano di ridurre al minimo l'effetto di alcuni deficit cognitivi come la scarsa attenzione, o la difficoltà nel memorizzare i contenuti proposti. È importante che anche il luogo contribuisca a creare uno spazio rassicurante e protetto da "occhi" esterni, in cui sia

possibile sperimentarsi ed eventualmente sbagliare, senza che ciò limiti la voglia di rimettersi in gioco nell'apprendimento e nell'utilizzo delle abilità.

Organizzazione del gruppo: tipologia e numero di partecipanti

Anche se il programma contiene un modulo (il 2°) dedicato a una maggiore comprensione di alcune malattie mentali specifiche, come la schizofrenia, il disturbo bipolare e la depressione, possiamo dire che, nel complesso, si tratta di un intervento relativamente “aspecifico” rispetto alla diagnosi psichiatrica. Questa caratteristica rende il programma molto versatile e adatto alla pratica dei servizi di salute mentale “reali”, dove non è mai semplice riuscire a costituire dei gruppi omogenei in questo senso. Semmai, ma sempre nei limiti del possibile, può essere opportuna e funzionale una certa omogeneità nella composizione del gruppo rispetto al livello di funzionamento sociale e cognitivo dei pazienti.

Il numero dei partecipanti varia a seconda di diverse necessità: se si vuole lavorare in gruppo, sarebbe importante non scendere sotto le 4 unità. Il rischio è di non riuscire a far girare i contenuti, di rendere poco attiva la conversazione e di non avere sufficienti apporti o punti di vista diversi da parte dei partecipanti. Inoltre, il gruppo troppo piccolo fa sì che si corra il rischio di saltare le sessioni se di volta in volta qualcuno si assenta. Allo stesso modo, soprattutto se si è alle prime esperienze di conduzione, non si dovrebbe eccedere oltre le 8-10 unità: un gruppo troppo numeroso non permette di dare sistematicamente a tutti la parola, può scivolare nella confusione e richiede elevate capacità da parte dei conduttori per ricordare gli obiettivi di ciascuno e mantenere viva la partecipazione. Anche il funzionamento dei partecipanti può dare indicazioni sul numero: difficoltà cognitive più pronunciate, o presenza di sintomi, possono essere meglio gestiti in gruppi piccoli.

Organizzazione del gruppo: la presentazione

Anche se si sono già fatti i colloqui preliminari di preparazione, è importante a inizio gruppo ricordare lo scopo e gli obiettivi generali di questo intervento. Inoltre vengono ripetuti ogni qualvolta sia necessario, in modo che il gruppo non li perda di vista. Ricordare questi argomenti serve non solo per puntualizzare su cosa si stia lavorando nel caso in cui qualcuno lo dimenticasse, ma anche per tenere alta la motivazione al trattamento, ricordando cosa ha spinto alla partecipazione e i vantaggi ad acquisire le nuove abilità, nonostante le difficoltà che possono presentarsi. Infatti è importante che la presentazione contenga i vantaggi dell'intervento, ma anche gli svantaggi ad attivarsi nell'imparare qualcosa di nuovo, per preparare i partecipanti anche a possibili fatiche o all'idea che dovranno investire in prima persona in nuovi comportamenti. La presentazione dovrà infine contenere le informazioni di contenuto (gli argomenti che si tratteranno), di tempo (quanto durerà l'intervento) e di strutturazione (come è organizzata una singola sessione). Avere questo tipo di informazioni aiuta i pazienti a essere meno spaventati rispetto a cosa ci si aspetta dalla loro partecipazione, aiuta a ridurre l'ansia anticipatoria rispetto alle prestazioni e tranquillizza rispetto all'investimento di tempo ed energie, proprio perché è un gruppo in cui è chiaro il termine e cosa si andrà a trattare.

Organizzazione del gruppo: la strutturazione delle sessioni

Come ogni gruppo strutturato sarebbe importante che si svolgesse con cadenza bi-settimanale, in modo da mantenere attiva la memoria sui contenuti e da essere sufficientemente intenso da mantenere viva la curiosità e l'attenzione. Inizialmente le sessioni possono durare anche 30-45 minuti, ed allungarsi mano a mano che i partecipanti aumentano le loro abilità di concentrazione e attenzione sostenuta. Anche i singoli incontri hanno una loro organizzazione e sono divisi in step che ritornano sempre uguali a ogni incontro (vedi cap. “Formato delle sessioni”). In questo modo i partecipanti imparano velocemente come funziona un incontro e potranno concentrarsi maggiormente sui contenuti e le esperienze, piuttosto che dover gestire “cose nuove”. Il grado di strutturazione delle sedute dipende molto dai partecipanti: più basso è il funzionamento o maggiore è lo stato d'ansia, più alto dovrebbe essere il grado di strutturazione, per esempio rimanendo fermi sull'ordine in cui si susseguono i diversi step, o chiedendo ai partecipanti di parlare seguendo sempre lo stesso turno. Se al contrario il funzionamento è migliore, il conduttore può utilizzare una modalità maggiormente casuale e spontanea (sul fluire degli argomenti o nel gestire i turni di risposta, mantenendo comunque un “canovaccio” della strutturazione dell'incontro): la scarsa prevedibilità costringerà i partecipanti a una maggiore attenzione e riflessione rispetto all'argomento trattato. Laddove necessario prevedere delle pause di qualche minuto, che permettano ai partecipanti di ricaricarsi e aumentare la qualità della loro presenza in gruppo.

Ogni sessione del *Training per le abilità di coping* segue fundamentalmente la stessa struttura. Dopo aver frequentato un paio di sessioni, la maggior parte dei membri del gruppo familiarizza con il formato. Quando il leader del gruppo utilizza lo stesso formato in modo coerente, questo diventa per loro automatico. Per ciascuna sessione, il manuale fornisce una guida che aiuta l'operatore a impostare l'attività anche in base al tema specifico in programma. Gli operatori possono fotocopiare questa tabella e utilizzarla come rapido promemoria prima di condurre una sessione.

Tabella 8. *Step per condurre le sessioni del Training per le abilità di coping*

1.	Rivedere la sessione precedente e l'assegnazione dei compiti.
2.	Definire il tema della sessione.
3.	Stabilire una logica per la sessione (perché è importante o utile?).
4.	Distribuire la scheda di lavoro e chiedere ai partecipanti di leggere a turno a voce alta.
5.	Chiedere ai membri del gruppo di rispondere alle domande sulla scheda.
6.	Chiedere a ogni membro di condividere una o più risposte alle domande.
7.	Se un'abilità è inclusa nella dispensa, insegnarla passo dopo passo.
8.	Riassumere brevemente la sessione e i progressi compiuti.
9.	Coinvolgere i membri del gruppo nello sviluppo di un compito relativo all'argomento.
10.	Ringraziare i componenti del gruppo per la loro partecipazione.

Descrizione degli step per condurre le sessioni del *Training per le abilità di coping*

Rivedere la sessione precedente e l'assegnazione dei compiti.

Ricordare ai membri del gruppo l'argomento dell'ultima sessione.

Chiedere ai partecipanti che cosa hanno pensato rispetto ai principali punti dell'ultima sessione e se hanno delle domande su ciò che è stato affrontato.

Ricordare ai membri del gruppo dei compiti assegnati.

Fare un giro di consultazioni, chiedendo a ogni partecipante un aggiornamento sulle assegnazioni, chiedendo, "Come sono andati i compiti per te? Quali parti sei stato in grado di fare?"

A seconda del compito e della sua relativa importanza, suggeriamo di approfondire qualche aspetto di un compito non completato, per esempio facendo una domanda o facendo un role playing di un'abilità.

Se il caso, utilizzate il *problem solving* su come superare eventuali ostacoli che i partecipanti hanno incontrato nel completare un'assegnazione.

In un modo gentile, fate in modo che i membri del gruppo sappiano che le assegnazioni sono importanti, e contribuiranno a favorire il loro apprendimento.

Presentare l'argomento della sessione.

Stabilire un razionale per l'argomento.

Individuare quali membri del gruppo ritengono che l'argomento sia importante, porre domande e facilitare il dialogo tra i partecipanti.

Contribuire con le proprie osservazioni (del conduttore), ma evitare che queste dominino la discussione.

Porre domande quali: “Perché potrebbe essere una buona idea saperne di più sull’argomento?” “Perché potrebbe essere una buona idea sapere come fare?” “Che cosa succede se non sappiamo come fare?”

Dare un riconoscimento alle risposte di tutti i membri del gruppo.

Fornire eventuali logiche aggiuntive che non sono state menzionate.

Distribuire la scheda di lavoro e chiedere ai membri del gruppo di leggere a turno.

Dividere la lettura in modo che più di un membro del gruppo abbia la possibilità di leggere.

Fare pause frequenti per la discussione.

Chiedere ai membri del gruppo di rispondere alle domande sulla scheda di lavoro.

Chiedere ai partecipanti di leggere le domande a voce alta e attendere qualche minuto perché tutti le completino.

Le domande possono essere sia lette ad alta voce, completate, e discusse, una per volta, o tutte in una volta.

Se qualcuno non è in grado di scrivere le sue risposte, l’operatore (o un altro membro del gruppo) può aiutarlo nella scrittura, oppure la persona può rispondere alle domande verbalmente durante la discussione che segue.

Chiedere a ogni membro del gruppo di condividere una o più delle sue risposte alle domande.

Fare un giro di consultazioni, assicurandosi che ogni persona abbia l’opportunità di parlare.

L’operatore può includere se stesso in questo processo, con la condivisione di piccoli pezzi di informazioni, che non siano personali, e che non intimoriscano i membri del gruppo.

Evidenziare la varietà delle risposte.

Evidenziare le somiglianze e i temi comuni nelle risposte.

Opzionale: utilizzare una lavagna a fogli mobili per scrivere le risposte ad alcune domande.

Se un’abilità è inclusa nella scheda di lavoro, insegnarla passo-passo, utilizzando la procedura del training per le abilità sociali (vedi dettagli nella tabella 9).

Rivedere il rationale per l’abilità.

Dare a ogni membro del gruppo la possibilità di esercitare l’abilità in una simulata. I partecipanti possono esercitarsi e utilizzare l’abilità con l’operatore o con un altro membro del gruppo.

Dare a ogni membro del gruppo un feedback positivo e favorire un feedback positivo dagli altri membri del gruppo.

Se indicato e se il tempo lo permette, offrire un piccolo suggerimento migliorativo.

Riassumere brevemente la sessione.

Utilizzare una formula del tipo “Oggi abbiamo parlato di... e ci siamo esercitati su...”.

Porre ai partecipanti domande del tipo: “Quali pensate siano stati i principali punti della sessione di oggi?” o “Cosa avete trovato più interessante?”

Chiedere ai membri del gruppo di fare un compito legato al tema della sessione. Coinvolgere i partecipanti nello stabilire l’assegnazione specifica.

Evitare il clima tipico di un’aula scolastica, in cui le assegnazioni sono inflessibili e imposte agli studenti.

Coinvolgere i membri del gruppo in un processo collaborativo, individuando compiti interessanti che essi stessi sentono essere significativi per loro e realizzabili.

Suggerire una discussione generale (come quelle elencate nello step 9 di ogni guida per l’operatore) e quindi coinvolgere i membri del gruppo in compiti su misura che siano più vicini ai loro interessi, esigenze e capacità.

Verificare con ogni partecipante se lui o lei ha qualche domanda sull’assegnazione generale, e chiedere come lui o lei ha intenzione di portarlo a termine (ad esempio, tempo e luogo).

Nel personalizzare il compito, tenere a mente che alcuni partecipanti potrebbero essere capaci di fare il primo o i primi due step di un esercizio, piuttosto che tutti.

Utilizzare una formulazione positiva, come ad esempio “Per ogni sessione è utile fare qualcosa per conto nostro per dare seguito a quello che stiamo imparando. Nella sessione di oggi, abbiamo parlato di...”

Fare riferimento in modo positivo alla verifica del compito. Ad esempio, “non vedo l’ora che arrivi la prossima sessione per sentire come è andata. Se sarà andata bene, questa sarà una grande cosa. Se non sarà andata così bene, non importa. Troveremo insieme delle soluzioni”.

Incoraggiare i membri del gruppo ad annotare l’assegnazione del compito ed eventuali dettagli rilevanti su dove, quando e con chi hanno in programma di svolgerla.

Opzionale: Chiedere a altri membri dello staff di aiutare i partecipanti a completare i loro compiti. Ciò è particolarmente utile nelle unità di degenza o in servizi residenziali.

Nota: È possibile utilizzare altri termini al posto della parola "compito", come "assegnazione", "opportunità per fare pratica", "pratica tra una sessione e l'altra".

Ringraziare i membri del gruppo per la loro partecipazione.

Terminare ogni sessione con una nota positiva.

Usare espressioni come, "ho apprezzato le idee e commenti di tutti oggi. Non vedo l'ora che arrivi la prossima sessione e conoscere l'esito delle vostre assegnazioni".

Organizzazione del gruppo: la conduzione

In primo luogo, il processo di conduzione del *Training per le abilità di coping* implica la necessità di trasmettere un messaggio di speranza, di ottimismo e di fiducia nel fatto che le persone possono crescere e cambiare. Il decorso della malattia mentale non può essere previsto, e nessuno può prevedere il futuro di una persona. Tuttavia, gli studi hanno dimostrato, che le persone che partecipano attivamente al loro trattamento e che sviluppano una efficace capacità di coping hanno un risultato più favorevole, soprattutto in termini di una migliore qualità di vita.

Gli operatori che conducono il training possono contare sul fatto che stanno fornendo degli strumenti essenziali che non solo aiuteranno gli utenti a gestire la loro malattia in modo più efficace, ma che li aiuteranno anche a realizzare alcune delle loro speranze e dei loro sogni. Il gruppo richiederebbe, preferibilmente, la presenza due conduttori, che è consigliabile rimangano gli stessi per tutta la durata dell'attività, al fine di garantire la continuità terapeutica. I conduttori devono saper lavorare in equipe e collaborare alla riuscita dell'attività, dandosi dei feedback a vicenda, suggerimenti e supporti, in un'ottica orientata alla soluzione dei problemi e al supporto attento ai bisogni di ogni singolo partecipante. Per potersi supportare e correggere vicendevolmente, è fondamentale che tra i conduttori ci sia fiducia e sintonia. Il conduttore ha il compito di gestire l'incontro, di spiegare gli aspetti teorici e organizzare gli esercizi pratici, supportando e incoraggiando i partecipanti a sperimentarsi e rinforzando adeguatamente ogni comportamento funzionale e adattivo. Dare un rinforzo positivo significa enfatizzare, sottolineare, far emergere ogni azione, anche la più piccola, che però viene esercitata e ben eseguita da una persona. È importante perciò che non si limiti al "bravo!" ma possa contenere un apprezzamento che descriva in modo chiaro il comportamento (per es. "hai ripetuto questo esercizio con molta precisione!") e dimostri con sincerità la nostra soddisfazione per quel che è successo. I rinforzi sono fondamentali per ridurre sentimenti di paura o scoraggiamento che possono emergere di fronte alla richiesta di modificare alcuni comportamenti o alla possibilità di vivere esperienze fallimentari.

Il co-conduttore offre supporto al conduttore osservando il gruppo, le dinamiche che si creano, il modo di porsi di ogni singolo partecipante, cercando di cogliere il più possibile quali comportamenti si modificano ed evolvono. Queste informazioni diventano poi utilissime nel formulare rinforzi per i partecipanti e nel preparare la sessione successiva, in modo che sia tarata il più possibile sulle necessità dei partecipanti. Inoltre, il co-conduttore svolge funzione di modello negli esercizi proposti e affianca e sostiene i partecipanti se si presentano delle difficoltà o sentono il bisogno di uscire.

Dal momento che nel corso del programma verrà richiesto agli operatori di insegnare alcune abilità sociali fondamentali, vale la pena rivedere brevemente i principi e gli step di applicazione del social skills training. Questa tecnica si basa sui principi della teoria dell'apprendimento (come il *modeling*, il *rehearsal comportamentale*, il *rinforzo*, e lo *shaping* verso gli obiettivi desiderati) e coinvolge gradualmente l'insegnamento specifico passo-passo di abilità di comunicazione, di solito in un formato di gruppo. Nel *Training per le abilità di coping* le tecniche di skills training sono molto utili nelle sessioni in cui l'operatore deve insegnare una nuova abilità.

La procedura dettagliata per il social skills training è fornita nella **tabella 9**¹.

Tabella 9. Social Skills Training (formato di gruppo)

Stabilire un rationale per l'abilità

Suscitare nei partecipanti dei motivi per imparare l'abilità.

Riconoscere tutti i contributi dei membri del gruppo.

¹ Fonte: Bellack, A., Mueser, K., Gingerich, S., Agresta, J. (2004). *Social Skills Training for Schizophrenia: A Step-by-step Guide*, 2nd edition. NY: The Guilford Press. Pagine 281-282 [Riproduzione autorizzata].

Fornire eventuali logiche non specificate.

Discutere i passi dell'abilità

Discutere le ragioni di ogni passo.

Verificare con i membri del gruppo la loro comprensione del razionale.

Mostrare l'abilità attraverso un role play e rivedere la simulata con i membri del gruppo.

Spiegare che si dimostrerà l'abilità in una simulata.

Se possibile, utilizzare due operatori per mostrare l'abilità.

Mantenere il role play breve e circoscritto.

Discutere se ogni passo dell'abilità è stato utilizzato nella simulata.

Chiedere ai membri del gruppo di valutare l'efficacia del role play.

Coinvolgere un membro del gruppo in un role play con la stessa situazione mostrata in precedenza.

Iniziare con un partecipante più abile o più collaborativo.

Richiedere che il partecipante provi l'abilità in un role play con uno degli operatori.

Fare delle domande all'utente per verificare la sua comprensione dello scopo del role play.

Istruire i membri del gruppo rimasti a osservare il compagno. Considerare l'assegnazione a ogni membro di uno step specifico o di una parte di esso da osservare.

Fornire un feedback positivo.

Stimolare un feedback positivo prima dai membri del gruppo cui è stata assegnata una fase specifica da osservare.

Fare in modo che il feedback sia specifico.

Evitare tutti i feedback negativi e le critiche.

Elogiare tutti gli sforzi.

Fornire feedback correttivo (proposte di miglioramento).

Sollecitare suggerimenti su modi per migliorare l'esecuzione dell'abilità.

Limitare i feedback a uno o due suggerimenti.

Sforzatevi di comunicare i suggerimenti in maniera ottimistica e positiva.

Coinvolgere l'utente in un altro role play usando la stessa situazione.

Chiedere all'utente di modificare un comportamento durante il role play.

Verificare che l'utente abbia compreso i suggerimenti.

Concentrarsi su comportamenti che siano rilevanti e modificabili.

Fornire un feedback aggiuntivo.

In primo luogo, concentrarsi sul comportamento che doveva essere modificato.

Considerare l'utilizzo di altre strategie di *shaping* per migliorare le abilità dell'utente, come il *coaching*, il *prompting*, e il *modeling* supplementare.

Essere generosi ma specifici quando si fornisce un feedback.

Coinvolgere ciascun membro del gruppo in role play e fornire dei feedback (come nei punti 4-8).

Assegnare i compiti a casa, che saranno riesaminati all'inizio della sessione successiva.

Dare un'assegnazione per esercitare l'abilità, utilizzando dei fogli per registrarla.

Chiedere ai partecipanti di identificare le situazioni in cui potrebbero usare l'abilità.

Quando possibile, personalizzare l'assegnazione in base al livello di abilità di ogni utente.

Riferimenti bibliografici

Amador X., Johnson A.L. (2000). *I am not sick, I don't need help! Helping the seriously mentally ill accept treatment: A practical guide for families and therapists*. Vida Press Peconic, NY.

Anthony W.A. (1993). Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 16, 4, 11-23.

Bandura A. (1969). Social learning theory of identificatory processes. In R. Goslin (ed) *Handbook of socialization theory and research*. Rand McNally, Chicago.

- Barbieri L., Boggian I., Lamonaca D. (2008). *Problem solving nella riabilitazione psichiatrica*. Erickson, Trento.
- Bellack A.S., Hersen M. (1998). *Behavioral assessment. A practical handbook*. Allyn & Bacon, Needham Heights.
- Bellack A.S., Mueser K.T., Gingerich S., Agresta J. (2003). *Social Skills Training per il trattamento della schizofrenia*. Centro Scientifico Editore (trad. italiana), Torino.
- Bourne E.J. (2003). *The anxiety and phobia workbook* (3rd ed.). New Harbinger, Oakland, CA.
- Boyer P. et al. (1995). *Negative symptoms in schizophrenia*. Wheeler Communications Group, Rochester, NY.
- Brosan L., Todd G. (2006). *Overcoming Stress*. Little Brown Book, London.
- Burns D.D. (1980). *Feeling good: The new mood therapy*. Avon, New York.
- Burns D.D. (1999). *The feeling good handbook* (rev. ed.). Plume, New York.
- Bustillo J.R., Lauriello J., Horan W.P. et al. (2001). The psychosocial treatment of schizophrenia: an update. *American Journal of Psychiatry* 158, 163-17.
- Carozza P. (2006). La riabilitazione psichiatrica e l'aumento delle capacità di coping. In *Principi di riabilitazione psichiatrica*. Franco Angeli, Milano, pp. 256-268.
- Chadwick P., Birchwood M., Trower P. (1997). *La terapia cognitiva per i deliri, le voci e la paranoia*. Astrolabio, Roma.
- Chang Y.C., Cheng M., Heller T., Pickett S. (2013). Recovery of people with psychiatric disabilities living in the community and associated factors. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 36, 2, 80-85.
- Cohen C.I., Hassamal S.K., Begum N. (2011). General coping strategies and their impact on quality of life in older adults with schizophrenia. *Schizophrenia Research* 127, 223-228.
- Cooke M., Peters E., Fannon D., Anilkumar A.P.P., Aasen I., Kuipers E., Kumari V. (2007). Insight, distress and coping styles in schizophrenia. *Schizophrenia Research* 94, 12-22.
- Copeland M.E. (2010). *Wellness Recovery Action Plan*. Sefton Recovery Group, Liverpool.
- Corrigan P.W. (2016). *Principles and practice of psychiatric rehabilitation*. The Guilford Press, New York.
- Corrigan P.W., Mueser K.T., Bond G.R., Drake R.E., Solomon P. (2008). Illness self-management. In *Principles and practice of psychiatric rehabilitation*. The Guilford Press, New York, pp. 115-135.
- Corrigan P.W., Mueser K.T., Bond G.R., Drake R.E., Solomon P. (2008). Social functioning. In *Principles and practice of psychiatric rehabilitation*. The Guilford Press, New York, pp. 210-223.
- Corrigan P.W., Watson A.C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry* 1, 1, 16-20.
- Daley D.C., Spear J. (2003). *A family guide to coping with dual disorders: Addiction and psychiatric illness* (rev. ed.). Hazelden, Center City, MI.
- Deegan P. (2017). *Hearing voices that are distressing: Self-help resources and strategies (Parts I and II)*. National Empowerment Center, Lawrence, MA.
- Delawalla Z. (2010). Stress reactivity, stress appraisal and coping responses in schizophrenia. *All Theses and Dissertations* (ETDs). 84. <http://openscholarship.wustl.edu/etd/84>
- Dollard J., Doob J., Miller N., Mowrer C., Sears R. (1939). *Frustration and aggression*. Yale University Press, New Haven, CT.
- Dunbar J.P., McKee L., Rakow A., Watson K.H., Forehand R., Compas B.E. (2013). Coping, Negative Cognitive Style and Depressive Symptoms in Children of Depressed Parents. *Cognit Ther Res* 37, 1.
- Eli Lilly and Company (2009). *Team Solutions & Solutions for Wellness*.
- Ellis A. (1977). *Anger: How to live with and without it*. Citadel Press, Secaucus, NJ.
- Ellis A., Harper R.A. (1999). *A guide to rational living: Thoroughly revised for the 21st century* (3rd ed.). Melvin Powers Wilshire Book Company, North Hollywood, CA.
- Endler N., Parker J. (1990). Multidimensional assessment of coping: a critical evaluation. *Journal of Personal Social Psychology* 58, 844-854.
- Falloon I.R.H., Talbot R.L. (1981). Persistent Auditory Hallucinations: Coping Mechanisms and Implications for Management. *Psychological Medicine* 11, 2, 329-39.
- Foa E.B., Wilson R. (2001). *Stop obsessing! How to overcome your obsessions and compulsions* (rev. ed.). Bantam, New York.
- Folkman S., Moskowitz J.T. (2004). Coping: pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology* 55, 745-774.
- Foster A. (2014). Traumatic Life Events and Symptoms of Anxiety: Moderating Effects of Adaptive Versus Maladaptive Coping Strategies. *Electronic Theses and Dissertations*. Paper 2380. <http://dc.etsu.edu/etd/2380>
- Fowler D. (2000). Cognitive behavioral therapy for psychosis: From understanding to treatment. *Psychiatric Rehabilitation Skills* 4, 199-215.
- Fowler D.R., Garety D., Kuipers E. (2003). *Cognitive-behaviour therapy for psychosis. Theory and practice*. Wiley, Chichester.
- Freeman D., Freeman J., Garety P. (2006). *Overcoming paranoid and suspicious thoughts: A self-help guide using cognitive behavioral techniques*. Constable and Robinson, London.
- Gause D.C., Weinberg G.M. (1990). *Are your lights on? How to figure out what the problem really is*. Dorset House, New York.
- Gingerich S., Mueser K.T. (2011). *Illness Management and Recovery. Personalized skills and strategies for those with mental illness*. Hazelden Publishing, Center City, Minnesota.

- Hayes S.C., Strosahl K.D., Wilson K.G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. Guilford Press, New York.
- Hofstetter J.R., Lysaker P.H., Mayeda A.R. (2005). Quality of sleep in patients with schizophrenia is associated with quality of life and coping. *BMC Psychiatry* 3, 5, 13.
- Hogg L. (1995). Psychosocial treatments for negative symptoms. In G. Haddock, P.D. Slade *Cognitive-behavioural interventions with psychotic disorders*. Routledge, London, pp. 151-167.
- Holubova M. et al. (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., Latalova K., 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.
- Horan W.P., Blanchard J.J. (2003). Emotional responses to psychosocial stress in schizophrenia: the role of individual differences in affective traits and coping. *Schizophrenia Research* 60, 271-283.
- Hyman B.M., Pedrick C. (1999). *The OCD workbook: Your guide to breaking free from obsessive-compulsive disorder*. New Harbinger, Oakland, CA.
- Jeffers S. (1992). *Feel the fear and do it anyway*. Fawcett Books, New York.
- Jones M.D. (1998). *The thinker's toolkit: 14 powerful techniques for problem solving* (rev. ed.). Three Rivers Press, New York.
- Kingdon D.G., Turkington D. (2005). *Treatment manual for cognitive therapy of schizophrenia*. Guilford Press, New York.
- Lazarus R., Folkman S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Springer, New York.
- Lieberman R.P. (2012). *Il recovery dalla disabilità. Manuale di riabilitazione psichiatrica*. Giovanni Fioriti Editore, Roma.
- Lorayne H., Lucas J. (1974). *The memory book: The classic guide to improving your memory at work, at school, and at play*. Ballantine Books, New York.
- Lysaker P.H., Bell Bryson G.J., Lancaster R.S., Evans J.D., Bell M.D. (2002). Insight in schizophrenia: associations with executive function and coping style. *Schizophrenia Research* 59, 41-47.
- Lysaker P.H., Buck K.D. (2007). Neurocognitive deficits as a barrier to psychosocial function in schizophrenia: effects on learning, coping, & self-concept. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 45, 7, 24-30.
- Lysaker P.H., Campbell K., Johannesen J.K. (2005). Hope, awareness of illness, and coping in schizophrenia spectrum disorders: evidence of an interaction. *J Nerv Ment Dis* 193, 5, 287-92.
- Lysaker P.H., Davis L.W., Lightfoot J., Hunter N., Stasburger A. (2005). Association of neurocognition, anxiety, positive and negative symptoms with coping preference in schizophrenia spectrum disorders. *Schizophr Res* 15, 80, 2-3, 163-71.
- Lysaker P.H., Tsai J., Hammoud K., Dav L.W. (2009). Patterns of coping preference among persons with schizophrenia: Associations with self-esteem, hope, symptoms and function. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy* 5, 2.
- McKay M., Rogers P. (2000). *The anger control workbook*. New Harbinger Publications, Oakland, CA.
- Medalia A., Revheim N. (2002). *Cognitive dysfunction associated with psychiatric disabilities: A handbook for families and friends of individuals with psychiatric disorders*. Office of Mental Health, New York State.
- Meyer P.S., Gingerich S., Mueser K.T. (2010). A guide to implementation and clinical practice of Illness Management and Recovery for people with schizophrenia. In A. Rubin, D.W. Springer, K. Trawver *Psychosocial Treatment of Schizophrenia*. Wiley, Hoboken, pp. 23-87.
- Moritz S., Jahns A.K., Schröder J., Berger T., Lincoln T.M., Klein J.P., G ritz A.S. (2016a). More adaptive versus less maladaptive coping: What is more predictive of symptom severity? Development of a new scale to investigate coping profiles across different psychopathological syndromes. *J Affect Disord* 191, 300-307.
- Moritz S., L dtke T., Westermann S., Hermeneit J., Watroba J., Lincoln T.M. (2016b). Dysfunctional coping with stress in psychosis. An investigation with the Maladaptive and Adaptive Coping Styles (MAX) questionnaire. *Schizophrenia Research* 175, 129-135.
- Morrison A. P., Renton J. C., Dunn H., Williams S., Bentall R.P. (2004). *Cognitive therapy for psychosis: A formulation-based approach*. Brunner-Routledge, New York.
- Mueser K.T., Corrigan P.W., Hilton D.W., Tanzman B., Schaub A., Gingerich S., Copeland M.E. et al. (2002). Illness management and recovery for severe mental illness: A review of the research. *Psychiatric Services* 53, 1272-1284.
- 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, 1272-1284.
- Mueser K.T., Deavers F., Penn D.L., Cassisi J.E. (2013). Psychosocial treatments for schizophrenia. *Annual Review of Clinical Psychology* 9, 465-97.
- Mueser K.T., Gingerich S. (2006). *The complete family guide to schizophrenia*. The Guilford Press, New York.
- Mueser K.T., Noordsy D.L., Drake R.E., Fox L. (2003). *Integrated treatment for dual disorders: A guide to effective practice*. Guilford Press, New York.
- Mueser K.T., Tarrrier N. (1998), *Handbook of social functioning in schizophrenia*. Allyn & Bacon, Needham Heights.
- Mueser K.T., Valentiner D.P., Agresta J. (1997). Coping with negative symptoms of schizophrenia: Patient and family perspectives. *Schizophrenia Bulletin* 23, 329-339.
- Nay W.R. (2004). *Taking charge of anger: How to resolve conflict, sustain relationships, and express yourself without losing control*. Guilford Press, New York.
- Newman S., Steed L., Mulligan K. (2004). Self-management interventions for chronic illness. *Lancet* 364, 1523-37.

- Negative symptoms in schizophrenia* (1995). [Film creato da Nancy Andreasen e colleghi - University of Iowa Hospitals and Clinics]. Wheeler Communications Group Rochester, NY.
- O'Driscoll C., Laing J., Mason O. (2014). Cognitive emotion regulation strategies, alexithymia and dissociation in schizophrenia, a review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 34, 6, 482-95.
- 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 Coping* 22, 371-410.
- Poerio V. (2011). *Le tecniche di coping in ambito cognitivo-comportamentale. Metodologia ed applicazioni cliniche*. Franco Angeli, Milano.
- Ponizovsky A.M., Finkelstein I., Poliakova I., Mostovoy D., Goldberger N., Rosca P. (2013). Interpersonal distances, coping strategies and psychopathology in patients with depression and schizophrenia. *World J Psychiatr* 22, 3, 3, 74-84.
- Prochaska J.O., Norcross J.C., DiClemente C.C. (1994). *Changing for good*. Avon Books, New York.
- Roe D., Yanos P.T., Lysaker P.H. (2006). Coping with psychosis: an integrative developmental framework. *J Nerv Ment Dis* 194, 12, 917-24.
- Rollins A.L., Bond G.R., Lysaker P.L., McGrew J.H., Salyers M.P. (2010). Coping with positive and negative symptoms of schizophrenia. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation* 13, 208-223.
- Rubin T.I. (1969). *The angry book*. Collier Books, New York.
- Schaub A., Andres K., Brenner H.D., Donzel G. (1997). Developing a group format coping-orientated treatment programme for schizophrenic patients. In H.D. Brenner, W. Boker, R. Genner *Towards a comprehensive therapy for schizophrenia*. Hogrefe & Huber Publishers, Seattle, WA, 228-251
- Schiraldi G.R. (2000). *The post-traumatic stress disorder sourcebook: A guide to healing, recovery, and growth*. Lowell House, Los Angeles.
- Schiraldi G.R., Kerr M.H. (2002). *The anger management sourcebook*. McGraw-Hill, New York.
- Shah R., Grover S., Kulhara P. (2017). Coping in residual schizophrenia: Re-analysis of Ways of Coping Checklist. *Indian J Med Res* 145, 786-795.
- Sica C., Magni C., Ghisi M., Altoè G., Sighinolfi C., Chiri R.L., Franceschini S. (2008). Coping Orientation to Problems Experienced- Nuova Versione Italiana (COPE-NVI): uno strumento per la misura degli stili di coping. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale* 14, 1, 27-53.
- Small G. (2002). *The memory bible: An innovative strategy for keeping your brain young*. Hyperion, New York.
- Spaniol L., Koehler M., Hutchinson D. (1994). *The Recovery Workbook*. Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston.
- Straker D. (1997). *Rapid problem solving with Post-It notes*. Da Capo Press, New York.
- Takai A., Uematsu M., Kaiya H., Inoue M., Ueki H. (1990). Coping styles to basic disorders among schizophrenics. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 82, 289-294.
- Tarrier N. (1992). Management and modification of residual positive psychotic symptoms. In M. Birchwood, N. Tarrier (Eds) *Innovations in the psychological management of schizophrenia*. Wiley, Chichester, UK, pp. 147-169.
- Tew J., Ramon S., Slade M., Bird V., Melton J., Le Boutillier C. (2011). Social factors and recovery from mental health difficulties: a review of the evidence. *British Journal of Social Work* 6, 1-18.
- Tsai J., Lysaker P.H., Vohs J.L. (2010). Negative symptoms and concomitant attention deficits in schizophrenia: associations with prospective assessments of anxiety, social dysfunction, and avoidant coping. *J Ment Health* 19, 2, 184-92.
- U.S. Department of Health and Human Service - S.A.M.H.S.A. (2009). *Illness Management and Recovery Evidence-Based Practices (EBP) KIT*. Center for Mental Health Service, Rockville. Edizione italiana a cura di I. Boggian, B. Mattioli, S. Merlin, G. Soro (2016). <http://www.riabilitazionepsicosociale.it/wordpress/archives/829>.
- Van Den Bosch R.J., Vanasma M.J.O., Rombouts R., Louwerens J.W. (1992). Coping style and cognitive dysfunction in schizophrenic-patients. *The British Journal of Psychiatry* 161, pp. 123-128.
- Washington A., Moll S., Pawlick J., Goldberg J.O. (1997). *Smokebusters: An approach to help people with a mental illness move closer to a smoke free lifestyle*. CSVF Foundation for Schizophrenia, Hamilton, Ontario, Canada.
- Wiedl K.H. (1992). Assessment of coping with schizophrenia: Stressors, appraisals, and coping behavior. *British Journal of Psychiatry* 161, 18, 114-122.
- Wiedl K.H. (1997). Coping-Orientated Therapy with schizophrenic patients: General guidelines, starting points and issues of evaluation. In H.D. Brenner, W. Boker, R. Genner (eds) *Towards a comprehensive therapy for schizophrenia*. Hogrefe & Huber Publishers, Seattle WA, pp. 209-227.
- Wright J.H., Thase M.E., Ramirez Basco M. (2005). *Learning cognitive-behavioral therapy: An illustrated guide*. American Psychiatric Publishing, Washington.
- Wright J.H., Turkington D., Kingdon D.G., Ramirez Basco M. (2009). *Cognitive-behavior therapy for severe mental illness. An illustrated guide*. American Psychiatric Publishing, Washington.
- Yusupoff L., Tarrier N. (1995). Coping strategy enhancement for persistent hallucinations and delusions. In G. Haddock, P.D. Slade *Cognitive-Behavioural Interventions With Psychotic Disorders*. Routledge, London, pp. 86-102.
- Zappia S., Montemagni C., Macrì A., Sandei L., Sigaudò M., Rocca P. (2012). Strategie di coping nella schizofrenia: studio delle variabili cliniche e funzionali come determinanti delle modalità di adattamento allo stress. *Rivista di psichiatria* 47, 3, 238-245.
- Zubin J., Spring B. (1977). Vulnerability, a new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology* 86, 2, 103-126.

Collana: Psichiatria

prezzo: € 28,00

Formato 16x24 - pagine 296

Pubblicazione: Aprile 2019 - ISBN: 978-88-98991-87-7