

FACE COVID PROTOCOLLO DI GESTIONE DELLA CRISI DELLA PANDEMIA DA SARS-COV-2 PER GLI OPERATORI SANITARI: UNO STUDIO PILOTA

Andreina Arcuri¹, Giulia Castellani¹, Valerio Pellegrini^{1,2}, Stefania Iazzetta¹, Andrea Gragnani^{1,3}

¹ Scuola di Psicoterapia Cognitiva, SPC, Grosseto

² Università La Sapienza, Dipartimento di Psicologia dei Processi di Sviluppo e di Socializzazione;

³ Scuola di Psicoterapia Cognitiva, SPC, Roma

Corrispondenza

Andreina Arcuri

“Scuola di Psicoterapia Cognitiva- SPC”

Via Lanza 26, 58100 Grosseto.

E-mail: andreinaarcuri82@gmail.com

Riassunto

La pandemia da Coronavirus (COVID-19) ha provocato un aumento del distress emotivo e un'esacerbazione dei problemi di salute mentale a seguito dei cambiamenti che tale emergenza ha portato nella nostra vita e nelle nostre abitudini. Questo ha avuto un particolare impatto emotivo e fisico sugli operatori sanitari, i quali hanno dovuto gestire un'urgenza improvvisa, rapida e pericolosa.

Prendendo spunto dal protocollo di auto-aiuto FACE COVID, ideato da Russ Harris per aiutare ad affrontare e gestire emozioni e stati mentali legati a questo momento di crisi sanitaria, è nato uno studio pilota con il progetto di offrire agli operatori sanitari, che si sono trovati a gestire l'emergenza COVID-19, una serie di incontri basati sull'Acceptance and Commitment Therapy.

Al termine degli incontri è stato possibile osservare una riduzione dei sintomi ansiosi e depressivi che emergevano in pre-trattamento e una migliore capacità di flessibilità psicologica.

Parole chiave: pandemia, operatori sanitari, sofferenza, accettazione, benessere psicologico

FACE COVID PANDEMIC CRISIS MANAGEMENT PROTOCOL FROM SARS-COV-2 FOR HEALTHCARE PROFESSIONALS: A PILOT STUDY

Abstract

The Coronavirus (COVID-19) pandemic has caused an increase in emotional distress and an exacerbation of mental health problems following the changes that this emergency has brought in our lives and habits. This had a particular emotional and physical impact on health workers, who had to manage a sudden, rapid and dangerous emergency.

Taking a cue from the FACE COVID self-help protocol designed by Russ Harris to help cope with and manage emotions and mental states related to this moment of health crisis, a pilot study was born with the project to offer health professionals, who found themselves to manage the COVID-19 emergency, a series of meetings based on Acceptance and Commitment Therapy.

DOI: 10.36131/COGNCL20200206

SOTTOMESSO 7 DICEMBRE 2020, ACCETTATO 11 GENNAIO 2021

At the end of the meetings it was possible to observe a reduction in anxious and depressive symptoms that emerged in pre-treatment and a better capacity for psychological flexibility.

Key words: pandemic, health workers, suffering, acceptance, psychological well-being

Introduzione

Il 30 gennaio 2020, il Comitato di Emergenza dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha dichiarato un'emergenza sanitaria globale sulla base dei crescenti tassi di notifica di casi di infezione da Sars-CoV-2 in Cina e a livello internazionale (Velavan & Meyer, 2020). Secondo i dati OMS, nei mesi dal dicembre 2019 al dicembre 2020, il numero di casi infetti confermati nel mondo dall'inizio della pandemia e di morti è aumentato rispettivamente a 81.159.096 e 1.791.246 (Esakandari et al., 2020). La nuova pandemia da Coronavirus (COVID-19) ha provocato un'ondata generale di sintomi depressivi e di ansia e un'esacerbazione dei problemi di salute mentale esistenti a seguito dei cambiamenti che tale emergenza ha portato nella nostra vita e nelle nostre abitudini, con un particolare impatto emotivo e fisico sugli operatori sanitari, i quali hanno dovuto gestire un'urgenza improvvisa, rapida e pericolosa (Iozzelli, Facchi & Cardamone, 2020). Questo ha inciso enormemente sul loro carico di lavoro, sulla loro stanchezza fisica e sul loro benessere psicologico. In questo momento di urgenza sanitaria, essi sono particolarmente esposti a diverse fonti di stress: dalla sofferenza dei loro pazienti a quella dei familiari, alla paura di essere loro stessi portatori del virus nelle mura domestiche.

I dati di un'interessante ricerca (Lai et al., 2020), sviluppata da un team cinese, confermano quanto suddetto. Emerge infatti che il 50,4% dei soggetti riporta livelli di deflessione del tono dell'umore; il 44,6% livelli significativi di ansia; il 34% disturbi del sonno e addirittura il 71,5% distress psicologico. Similmente in altri studi sono riportati alti livelli d'ansia negli operatori sanitari, che oscillavano fra il 24% e il 25,5% (Zhu et al., 2020). In altre ricerche sono stati invece evidenziati livelli di depressione tra moderato e grave in una percentuale che oscillava tra il 12,1% al 50,4% (Lu, Wang, Li, 2020.). In uno studio che ha valutato ansia, stress, e depressione, il 63% degli operatori sanitari ha riportato disturbi mentali (Kang et al., 2020). La prevalenza più alta riportata di questi problemi è stata attribuita alla Spagna, dove il 67,55%, 55,89% e 62,99% ha espresso rispettivamente ansia, depressione e stress (Odriozola-González et al., 2020).

Lo scopo di questo progetto è quello di ridurre la sofferenza e il disagio emotivo a seguito dell'emergenza COVID-19 negli operatori sanitari, diminuendo i sintomi psicologici derivati dall'esposizione allo stress.

Essi hanno dovuto mettere esclusivamente al primo posto il benessere fisico e psicologico del paziente, nonostante anch'essi vivessero la pandemia e gli eventi stressanti connessi. Questo potrebbe averli portato a sottovalutare il proprio distress e a manifestare sintomi ansiosi e depressivi. Il rischio è quello di tendere a rimuginare su aspetti che in realtà sono fuori dal nostro controllo: "Cosa accadrà in futuro? Come il virus influenzerà la mia vita e quella dei miei cari?", non facendo altro che far persistere, se non aumentare, stati emotivi negativi di ansia, preoccupazione e tristezza.

Da queste considerazioni, e dalle ricerche sopra citate, è nata l'idea di un progetto pilota rivolto agli operatori sanitari che si sono trovati a gestire l'emergenza COVID-19; l'intervento alla base di questo studio è ispirato alla Acceptance and Commitment Therapy (ACT; Hayes et al., 1999), che ha molteplici vantaggi. Si è infatti dimostrata particolarmente utile per l'accettazione e l'adattamento psicologico a condizioni mediche e condizioni esistenziali (Hayes

et al., 2005). Tale forma di terapia si presta alla manualizzazione e al trattamento di gruppo con i connessi vantaggi di economicità e facile replicabilità. L'ACT ha lo scopo di aiutare ad accettare ciò che è fuori dal proprio controllo personale, come il dolore al quale inevitabilmente si è talvolta sottoposti e di promuovere l'impegno nell'intraprendere azioni che rendano la propria vita, piena, ricca e significativa. Si basa su tre assunti principali:

- Il dolore e la sofferenza psicologica sono normali, fanno parte della nostra esistenza.
- Non dobbiamo identificarci con la sofferenza o lottare contro di essa, si può vivere una vita straordinaria anche in presenza di dolore e sofferenza, o se non riusciamo a sbarazzarcene.
- Possiamo agire secondo i nostri valori (ciò che per noi è importante) vivendo nel momento presente, nel qui ed ora, anche in presenza di dolore e sofferenza.

Il trattamento proposto in questo studio, basato sul protocollo ACT, si è mostrato particolarmente efficace nella riduzione della sofferenza emotiva, permettendo così di reinvestire su strategie più funzionali e nuovi valori personali.

Obiettivi

L'idea del progetto è nata prendendo spunto dal protocollo di auto-aiuto FACE COVID ideato da Russ Harris (2020) per aiutare ad affrontare e gestire emozioni e stati mentali legati a questo momento di emergenza sanitaria e il protocollo per i caregivers di pazienti Alzheimer (Perdighe et al., 2019), anch'esso finalizzato alla riduzione del disagio emotivo, attraverso l'utilizzo di specifici esercizi esperienziali di matrice ACT e Mindfulness. È stato offerto agli operatori sanitari, che si sono trovati a gestire il COVID-19, una serie di incontri basati sulla pratica ACT.

Il FACE COVID di Harris (2020) può essere spiegato illustrando il significato dell'acronimo F-A-C-E C-O-V-I-D

F = (Focus on what's in your control) – Concentrati su ciò che è sotto il tuo controllo.

A = (Acknowledge your thoughts & feelings) – Riconosci i tuoi pensieri e sentimenti.

C = (Come back into your body) – Ritorna nel tuo corpo.

E = (Engage in what you're doing) – Partecipa a ciò che stai facendo.

C = (Committed Action) – Azione impegnata.

O = (Opening up) – Apertura.

V = (Values) – Valori.

I = (Identify resources) – Identifica risorse.

D = (Disinfect & distance) – Disinfezione e distanza.

L'intervento è nato ispirandosi al significato di questa sigla, focalizzato sul favorire l'accettazione delle proprie emozioni e dei propri pensieri considerati catastrofici o sbagliati, dai quali cerchiamo di fuggire attraverso un evitamento esperienziale. Si prefigge inoltre di promuovere l'impegno in attività volte a migliorare la qualità della propria vita nel momento presente. Il percorso è focalizzato su due aspetti. Il primo è l'aumento dell'accettazione dei cambiamenti negativi legati all'emergenza e l'impossibilità di controllare tutte le situazioni critiche; rendere il senso di impotenza più sopportabile; ridurre la gravità soggettiva della perdita/danno.

Allo stesso modo l'intervento si prefigge lo scopo di migliorare la qualità della vita quotidiana, attraverso procedure tese ad aiutare la persona a ripianificare il suo quotidiano in funzione di scopi e valori personali non invalidati in modo irrimediabile dai cambiamenti che la pandemia ci ha imposto. L'accettazione viene ad essere non un evento passivo e di rassegnazione, bensì

un processo attivo che consente la scoperta di nuovi scopi, per i quali vale la pena utilizzare le proprie forze, riducendo una visione negativa riguardo al futuro e aumentando la capacità di vivere il presente, investendo anche in altri ambiti della propria vita.

Attraverso i sei pilastri dell'ACT: l'accettazione, intesa come apertura all'esperienza emotiva e cognitiva anche se dolorosa; la defusione, cioè il distanziamento dai pensieri e dalla sofferenza che essi generano; il contatto con il momento presente, senza preoccuparsi del passato o del futuro; il sé come contesto, inteso come "io nel qui ed ora dell'esperienza"; i propri valori e un'azione impegnata in linea con essi, si ottiene un incremento della flessibilità psicologica (Hayes, 2005); essa permette di essere pienamente consapevoli e aperti alle proprie esperienze, e al tempo stesso agire in linea con i propri valori verso le cose che si ritengono importanti.

Metodo

Partecipanti

Il campione in esame è costituito da 5 operatori sanitari, ovvero 4 medici donne e 1 infermiera di età compresa fra i 30 e 40 anni, impegnati nell'emergenza Sars-Cov-2. Fra questi vi erano 3 medici e 1 infermiera prestanti servizio presso le USCA (Unità Speciali di Continuità Assistenziale) della zona Grossetana. L'attività principale di tali unità è quella gestione dei sospetti e dei pazienti COVID positivi sul territorio, a domicilio o presso strutture come RSA.

Criterio di esclusione dello studio la non partecipazione ad attività a contatto con sospetti o pazienti positivi al COVID-19.

Procedura

Il progetto si è articolato in n. 8 incontri di terapia di gruppo, a cadenza settimanale (mesi di Luglio-Agosto 2020) effettuate in modalità telematica su piattaforma zoom. Il protocollo si è ispirato al FACE COVID di Harris (2020) e a quello per i caregivers di pazienti con Alzheimer (Perdighe et al., 2019). Entrambi gli interventi si basano sulla terapia ACT. Si riporta in allegato il protocollo 1 delle sedute dettagliate, nato dall'adattamento di Harris (2020) e Perdighe et. al (2019).

È stato inoltre effettuato follow-up a 3 mesi dall'inizio della terapia. Le sedute sono state guidate da due psicoterapeute esperte in ACT e da un medico specializzando in psicoterapia Cognitivo-Comportamentale con il ruolo di osservatore.

Ogni seduta, della durata di 90 minuti, ha previsto: un'introduzione al tema e allo scopo dell'incontro; lo svolgimento del tema attraverso procedure e esercizi pre-definiti secondo la teoria ACT, con l'obiettivo di aiutare la persona ad agire in modo efficace in linea con i propri valori, anche in presenza di eventi di vita difficili o momenti personali di sofferenza psicologica; una parte dedicata ad esercizi di Mindfulness (rilassamento e accettazione delle proprie esperienze emotive) allo scopo di aiutare il paziente a diventare consapevole e connesso con l'ambiente intorno a sé e con quello che sta facendo; la verifica e l'assegnazione di homeworks.

Sono state somministrate scale valutative in auto-somministrazione al T0 o reclutamento, prima dell'inizio degli incontri al T1 ovvero al termine delle sedute e al follow-up a 3 mesi in T3.

Di seguito le scale utilizzate:

Symptom Checklist-90 Revised (SCL-90-R; Derogatis, 1973).

Questionario autosomministrato che valuta uno spettro di sintomi internalizzanti ed esternalizzanti in soggetti clinici e non clinici. Vengono valutate 9 dimensioni: somatizzazione, disturbo ossessivo-compulsivo, sensibilità interpersonale, depressione, ansia, ostilità, ansia fobica, ideazione paranoide, psicoticismo e un indice di gravità globale (Global Severity Index, GSI), cioè un indicatore globale dell'intensità attuale del disagio psichico percepito dal soggetto. Il cut-off di significatività per ogni indice è > 1.00 .

Center for Epidemiologic Studies – Depression scale (CES-D, Radloff, 1977).

Strumento self-report utilizzata per la valutazione dei sintomi depressivi. È composta da 20 items, valutati su di una scala a 4 punti (da 0 = raramente o mai, a 3 = per la maggior parte del tempo). Il punteggio complessivo si ottiene sommando i valori attribuiti alle risposte date dal soggetto. La soglia di allarme clinico è individuata nel punteggio cut-off di 24; un range di valori compreso tra 16 e 23 indica una depressione lieve.

Resilience Scale for Adult (RSA, Friborg et al., 2011).

Modello di auto-misurazione delle caratteristiche interiori legate alla resilienza, ovvero alla presenza di risorse positive che possono essere adattive nel contesto di stress. È composta da 33 item che misurano 6 sottoscale: autoefficacia/autostima, fiducia nel futuro, capacità di pianificazione e controllo, competenza sociale, coesione familiare, risorse sociali. Un punteggio totale compreso tra 33 e 37 indica un'alta capacità di resilienza, da 78 a 121 una media resilienza e un punteggio che va da un range di 122 a 165 indica una bassa resilienza.

Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II, Bond et al., 2011).

Questionario di auto-somministrazione per la misurazione e la valutazione dell'inflessibilità cognitiva utilizzato, su scala internazionale, sia a scopo clinico che per ricerca. È composto da 10 item, misurati su una scala a 7 punti, da 1= non è mai vero a 7= è sempre vero. Uno score > 28 è significativo per un distress psico-fisico.

Analisi dei dati

Il presente studio mira ad esplorare l'efficacia dell'intervento basato sull'Acceptance and Commitment Therapy (Hayes et al., 1999), rivolto ad operatori sanitari che si trovano a fronteggiare l'emergenza Coronavirus, attraverso l'implementazione di un Single Case Series Design. In tale tipologia di disegni di ricerca, l'ispezione visiva rappresenta uno dei metodi principali utilizzati per descrivere i dati e fare inferenze sull'affidabilità dei cambiamenti dovuti ad un trattamento. Tale metodo consiste nell'esame visivo della rappresentazione grafica dei dati al fine di valutare la quantità ed il tasso di cambiamento lungo le diverse fasi di rilevazione (es., Baseline, trattamento e follow-up). Data la ridotta dimensione del campione che spesso caratterizza gli studi sui casi singoli, l'ispezione visiva è considerata un approccio conservativo e affidabile rispetto ad altri test statistici classici. Infatti, tale procedura si basa sull'esplorazione grafica di effetti consistenti che risultano evidenti e facilmente distinguibili (Kazdin, 2011). Nel presente studio, i dati delle rilevazioni effettuate con la CES-D, SCL-90-R e le relative sottodimensioni di depressione e ansia, sono stati tracciati graficamente al fine di esaminare

eventuali cambiamenti nella sintomatologia associata all'affrontare l'attuale emergenza sanitaria. Allo stesso modo, i dati relativi alle misure di AAQ e RSA sono stati esaminati graficamente come misure specifiche associate all'Acceptance and Commitment Therapy.

In ausilio all'ispezione visiva, sono state implementate delle analisi non parametriche di non-overlapping finalizzate a rilevare la presenza di eventuali differenze tra i diversi tempi di misurazione. Queste tipologie mirano a quantificare le differenze tra due fasi adiacenti, nell'ambito degli studi sui casi singoli, riassumendo descrittivamente la misura in cui i punteggi emersi nelle diverse fasi di misurazione non sono sovrapposti tra loro. Parker, Vannest e Davis (2011) hanno indicato la combinazione di due indici di non-overlapping come maggiormente robusta e affidabile. Nello specifico, gli autori suggeriscono di esaminare gli indici di "percentage of all non-overlapping data" (PAND) e "non-overlap of all pairs" (NAP). Inoltre, Manolov, Solanas, & Leiva (2010) suggeriscono di considerare anche la "percentage of data points exceeding the median" (PEM), poiché meno influenzata dall'autocorrelazione dei punteggi nei diversi tempi di misurazione. Pertanto, i tre indici di non-overlapping sopracitati sono stati stimati ed esaminati nel presente studio.

Per le partecipanti che presentavano dei livelli di sintomatologia patologica alla baseline, sono stati calcolati gli indici di reliable change e di significatività clinica.

Tutte le analisi riportate nello studio sono state effettuate con il software R mediante l'interfaccia grafica RStudio (RStudio Team, 2015). Nello specifico, le analisi di ispezione visiva e la stima degli indici di non-overlapping sono state effettuate mediante il pacchetto SCAN (Wilbert & Lueke, 2019), mentre la stima dei reliable change e della significatività clinica è stata effettuata mediante il pacchetto CLINSIG (Lemon & Lemon, 2016).

Risultati

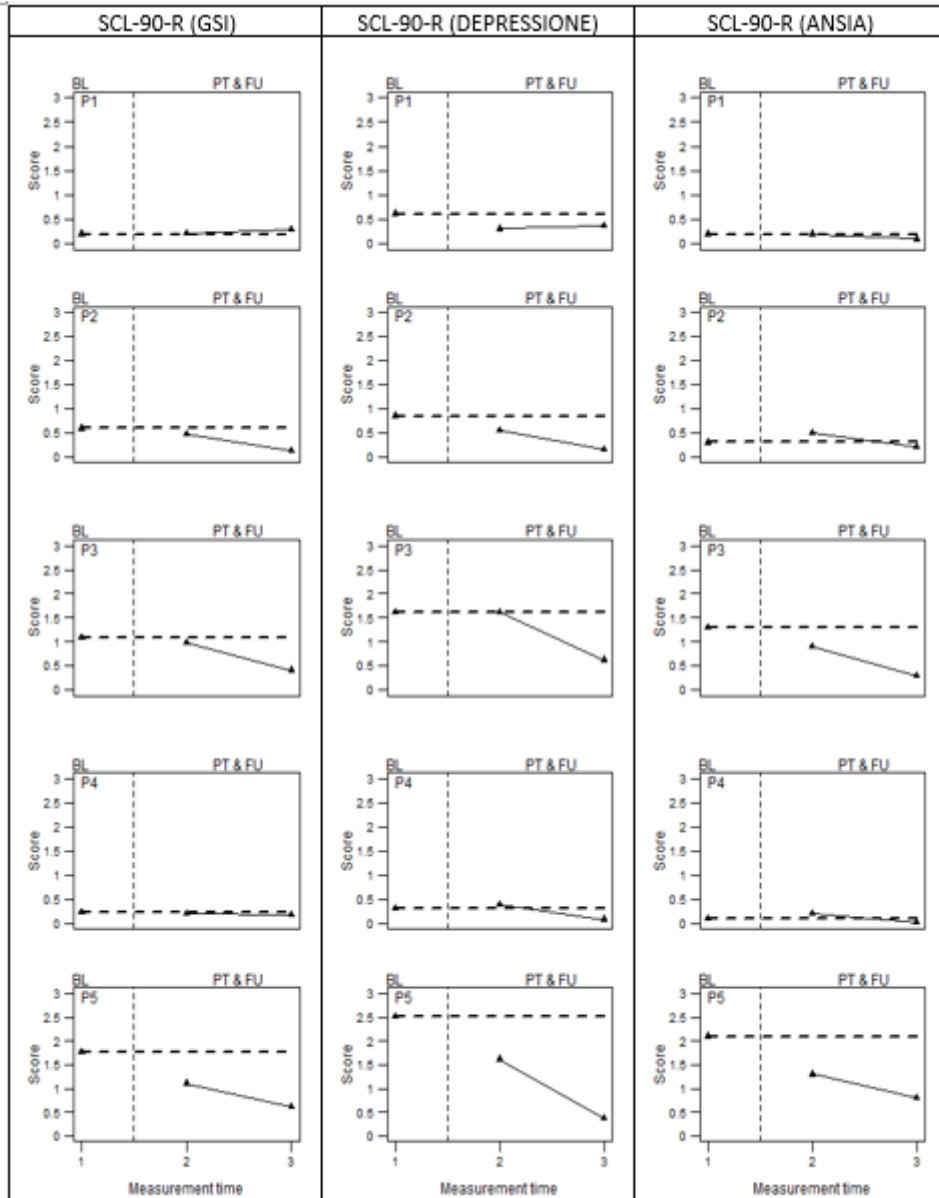
La **tabella 1** e la **figura 1** rappresentano la sintomatologia rilevata mediante la SCL-90-R. Più nel dettaglio, esse mostrano il punteggio osservato per l'indice di gravità globale (GSI) e per le specifiche sottodimensioni di depressione e ansia per le 5 partecipanti.

Tabella 1. *Symptom Checklist-90 Revised (SCL-90-R)*

	P1			P2			P3			P4			P5		
	T0	T1	T2	T0	T1	T2	T0	T1	T2	T0	T1	T2	T0	T1	T2
SCL-90	0.62	0.31	0.38	0.85	0.54	0.15	1.62	1.62	0.62	0.31	0.38	0.08	2.15	1.62	0.38
DEPRESSIONE															
SCL-90ANSIA	0.20	0.20	0.10	0.30	0.50	0.20	1.30	0.90	0.30	0.10	0.20	0.00	2.10	1.30	0.80
SCL-90 GSI	0.20	0.21	0.30	0.59	0.46	0.13	1.08	0.98	0.41	0.22	0.20	0.17	1.77	1.11	0.61

In primo luogo, l'ispezione visiva della figura ha evidenziato dei punteggi alla baseline clinicamente non rilevanti per le partecipanti 1, 2 e 4. Inoltre, emerge chiaramente che l'andamento di tali punteggi è rimasto stabile, o lievemente migliorato, nelle fasi relative al post-trattamento e al follow-up. Pertanto, tali soggetti non presentavano di per sé dei livelli di sintomatologia elevati ed hanno dunque beneficiato relativamente dell'intervento. Contrariamente, dall'ispezione visiva della **figura 1** e della **tabella 1** è possibile osservare come, alla baseline, le partecipanti 3 e 5 presentavano dei livelli di sintomatologia, sia in termini globali (P3= 1.08; P5= 1.77) che nelle specifiche sottodimensioni di ansia (P3:1.30; P5: 2.10) e depressione (P3= 1.62; P5= 2.15).

Figura 1. Rappresentazione grafica dei punteggi alla baseline (BL), al post-trattamento (PT) e al follow-up (FU) per la SCL-90-R e le sottodimensioni di depressione e ansia



Tuttavia, i punteggi diminuivano sensibilmente nelle fasi successive al trattamento, indicando un evidente miglioramento della sintomatologia. Nella fase di follow-up, il miglioramento risultava notevolmente inferiore al livello di baseline e al cutoff clinico. Tali risultati hanno pertanto evidenziato l'efficacia dell'intervento ACT nell'aiutare gli operatori sanitari a fronteggiare gli eventi stressanti dovuti al loro impegno nel combattere il COVID-19.

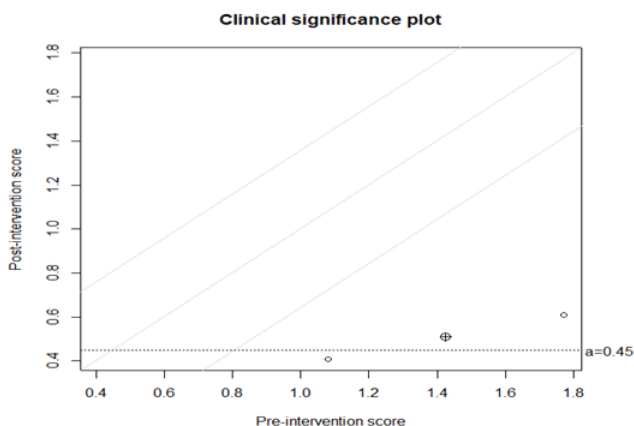
Queste evidenze visive sono state confermate dalle analisi degli indici di non-overlapping (tabella 2), le quali hanno mostrato solo una leggera sovrapposizione dei punteggi riguardanti la SCL-90-R. Infatti, PAND, NAP e PEM erano pari o superiori all'80% per l'indice di gravità globale e per la dimensione depressiva, mentre erano pari o superiori al 70% per la dimensione di ansia.

Tabella 2. Indici di Non-Overlapping

Misure	PAND	NAP	PEM
SCL90 (GSI)	87.6%	80%	80%
SCL90 (DEPRESSIONE)	83.3%	85%	80%
SCL90 (ANSIA)	70%	75%	70%
AAQ	100%	100%	100%
CES-D	100%	100%	100%
RSA	70%	60%	50%

Sulla base delle evidenze emerse dall'ispezione visiva e dagli indici di non-overlapping, abbiamo deciso di approfondire le analisi riguardanti le partecipanti 3 e 5, le quali avevano riportato dei punteggi di sintomatologia patologica superiori al cut-off clinico di 1 sulla SCL-90-R. Nello specifico, tali risultati sono stati ulteriormente esaminati mediante l'impiego degli indici di reliable change e di significatività clinica. Come è possibile osservare nella figura 2, entrambi le partecipanti hanno riportato un miglioramento consistente (cioè, reliable change) che, per la partecipante 5, è risultato clinicamente significativo.

Figura 2. Indici di reliable change e significatività clinica per l'indice di gravità globale della SCL-90-R



Risultati simili sono emersi per la sottodimensione di ansia (**figura 3**). Infatti, entrambi le partecipanti hanno riportato un miglioramento rilevante che, in questo caso, è risultato clinicamente significativo per la partecipante 3. Inoltre, la **figura 4** riporta i risultati relativi alla sottodimensione di depressione, dove è possibile vedere come queste abbiano beneficiato dell'intervento riportando entrambi un miglioramento clinicamente significativo.

Figura 3. Indici di reliable change e significatività clinica per la dimensione di ansia della SCL-90-R

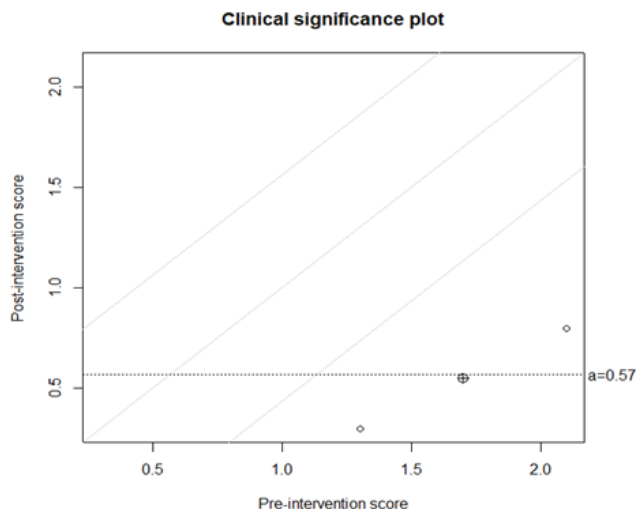
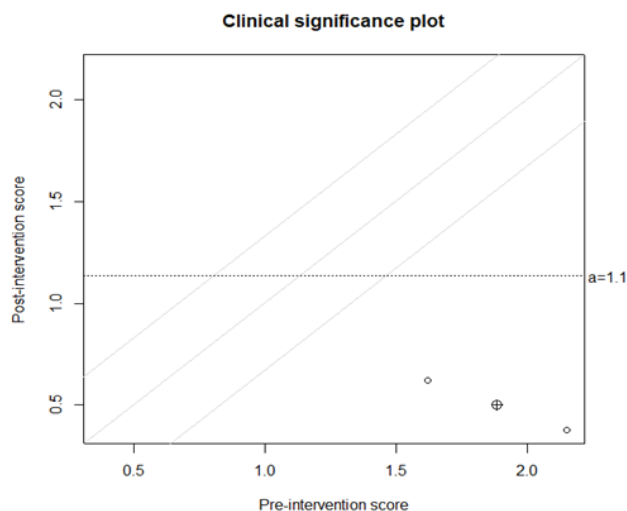


Figura 4. Indici di reliable change e significatività clinica per la dimensione di depressione della SCL-90



Coerentemente con i risultati riguardanti la SCL-90-R, le analisi di ispezione visiva e degli indici di non-overlapping hanno evidenziato gli effetti benefici del trattamento anche in relazione alla misura di depressione CES-D, nonché all'AAQ-II. Nello specifico, tutte le partecipanti hanno riportato dei punteggi inferiori nelle fasi di rilevazione successive all'intervento (cioè, post-trattamento e follow-up) rispetto ai punteggi rilevati alla baseline.

I risultati in **tabella 2** al test CES-D mostrano come 3 partecipanti su 5 presentino al T0 una "depressione lieve" e una partecipante in T0 una "depressione clinica". Tali punteggi mostrano un decremento al post-trattamento e al follow-up, raggiungendo indici non significativi in 3 delle partecipanti che presentavano valori elevati. Nonostante la partecipante 5 mostri anche in follow-up una depressione clinica, si osserva nei punteggi un decremento, anche se restano ancora significativi.

Nella scala di valutazione AAQ-II è evidente come tutte presentano al pre-trattamento alti livelli di distress, questi si riducono al post-trattamento arrivando a non essere più significativi al follow-up per 4 di loro. La partecipante 5 arriva al cut-off limite al follow-up.

Tabella 3. *Center for Epidemiologic Studies – Depression scale (CES-D), Resilience Scale for Adult (RSA), Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II)*

CES-D	10	2	3	23	16	13	19	18	14	19	15	15	33	31	25
RSA	95	97	102	110	105	110	97	96	94	95	95	107	110	82	91
TOTALE															
AAQ	41	27	27	31	24	20	39	28	24	36	32	27	43	30	28

Come mostrato in **tabella 3**, tutti e tre gli indici avevano un valore pari al 100% per entrambe le misure.

Tale risultato è stato corroborato anche dall'analisi d'ispezione visiva: la **figura 5** mostra chiaramente come non sia presente una sovrapposizione dei punteggi osservati nei tempi di misurazione successivi all'intervento con quelli rilevati alla baseline per tutti i partecipanti sia sulla CES-D che sul AAQ-II.

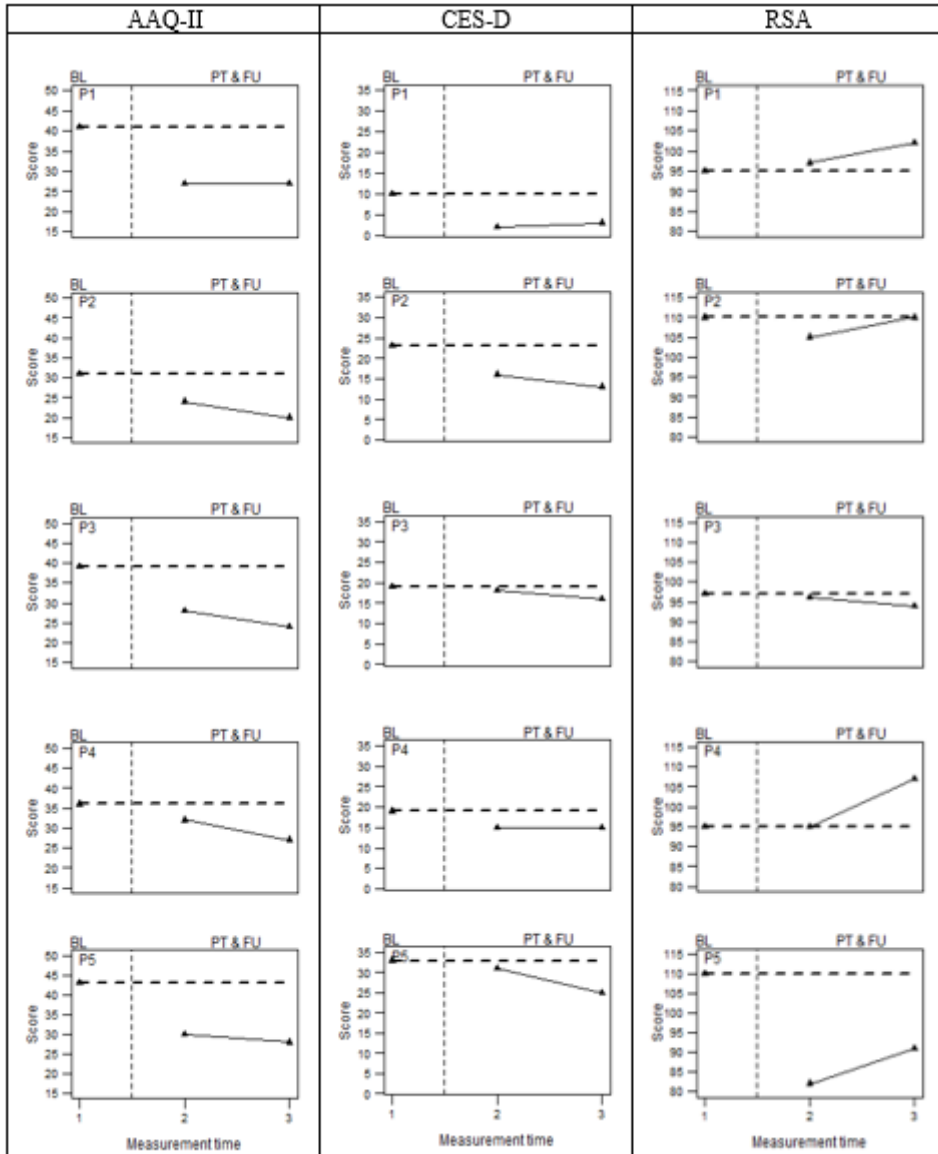
Infine, l'analisi di ispezione visiva (**figura 5**) ha evidenziato un'efficacia limitata dell'intervento ACT sulle caratteristiche interiori legate alla resilienza (RSA). Tale risultato era accompagnato da valori di non-overlapping non del tutto soddisfacenti. Infatti, solamente la metà dei punteggi al post trattamento e al follow-up era superiore alla mediana dei punteggi mostrati alla baseline (PEM = 50%), mentre tale valore saliva al 60% e 70% rispettivamente per gli indici PAND e NAP. Ciononostante, nessuno delle partecipanti ha mostrato lungo i tre tempi di misurazione dei punteggi superiori al cut-off considerato patologico per la RSA. I risultati all'RSA mostrano, per tutte, un andamento stabile nelle varie misurazioni, con punteggi che indicano fin dal pre-trattamento una media resilienza (**tabella 3**).

Conclusioni

Il presente studio si pone l'obiettivo di dimostrare come l'ACT possa essere applicata in contesti di elevata sofferenza in cui la persona non riesce a separarsi dai contenuti dolorosi della propria esperienza, inficiando così sulla qualità di vita.

Dall'osservazione dei dati pre-intervento, post-intervento e primo follow-up, si evidenzia una buona risposta al trattamento. Nello specifico, è possibile osservare una riduzione dei sintomi

Figura 5. Rappresentazione grafica dei punteggi alla baseline (BL), al post-trattamento (PT) e al follow-up (FU) per AAQ-II, CES-D, RSA



ansiosi e depressivi, fino a una remissione di essi in follow-up, come evidenziato dalla scala SCL-90-R e CES-D, ad esclusione di una sola partecipante che anche al follow-up presenta una depressione clinica. Questo va a comprovare i benefici a medio termine del progetto e delle tecniche utilizzate, nei confronti di possibili variabili come la flessione negativa del tono dell'umore e la sintomatologia ansiosa. La scala della resilienza mostra fin dall'inizio in tutte le partecipanti una buona capacità di affrontare e superare un evento traumatico o un periodo di difficoltà e quindi non ha mostrato variazioni. Infine, dai dati risultati al test AAQ-II, emerge quanto la rigidità psicologica a termine trattamento e nel follow-up, riesca ad essere archiviata a vantaggio di una maggiore flessibilità psicologica. Ad inizio trattamento si osservano punteggi superiori al cut-off. Al termine del trattamento si assiste ad una significativa diminuzione della rigidità psicologica sotto il livello soglia, tranne che per la partecipante 5, la quale mostra un punteggio al limite della significatività.

Grazie al trattamento basato sul protocollo ACT, le partecipanti hanno imparato a reinvestire su strategie più funzionali e valori nuovi che hanno permesso loro un assetto cognitivo più efficace, migliorando la loro flessibilità psicologica. Questo ha permesso loro di adattarsi e a rispondere in maniera efficace agli eventi di vita, riuscendo ad accettare le situazioni che quotidianamente si presentano, nonostante possano causare sofferenza.

È importante sottolineare, a riprova dell'efficacia del protocollo, come i risultati ottenuti al termine del trattamento, si siano mantenuti anche a distanza di tempo nel follow-up. Sebbene il momento storico nel quale è stato effettuato, ovvero il secondo lockdown, caratterizzato da restrizioni sulle abitudini di vita e un incremento della curva dei contagi, le partecipanti hanno saputo mantenere i benefici ottenuti dalla pratica ACT, a sostegno di come questa sia di grande utilità nel gestire efficacemente i sentimenti difficili, modificare i comportamenti inefficaci, in modo tale da costruire relazioni migliori.

Questo studio presenta alcuni limiti ascrivibili al numero ridotto dei soggetti, alla modalità di seduta online che può inficiare aspetti legati alla esperienzialità in presenza delle tecniche ACT e di Mindfulness. Il campione, inoltre, è formato solo da persone di sesso femminile; questo rispecchia statisticamente la distribuzione degli operatori sanitari, ma non permette di evidenziare l'andamento e gli out-come nel sesso maschile. Sarebbe stato utile avere un campione sì più numeroso, ma anche con persone che avessero presentato un quadro clinico più patologico, per poter estendere i risultati alla popolazione generale. Infine, non è stato inoltre reclutato un gruppo di controllo.

Nonostante i limiti citati, i risultati sono comunque soddisfacenti.

Evidenti sono i miglioramenti dal punto di vista delle scale valutative e dei feedback delle partecipanti. I punteggi significativi al pre-trattamento negli item relativi alla depressione emersi nella scala CES-D e nel test SCL-90 -R sono in linea con quanto riportato nello studio di Kang et al. (2020). Gli operatori sanitari hanno mostrato una sintomatologia caratterizzata da stanchezza, preoccupazione, paura, frustrazione, isolamento, depressione, ansia, stress, insonnia, rabbia e negazione durante il periodo iniziale della pandemia da Sars-Cov-2. Il sesso femminile, i lavoratori con più di 10 anni di servizio e gli operatori che avevano una storia di sofferenza psicologica hanno mostrato un rischio maggiore di stress, ansia e depressione anche nel lavoro di Zhu et al. (2020). Per questo, il mantenimento dei benefici apportati dal protocollo per quanto riguarda skills, come il decentramento da vissuti di sofferenza e la resilienza, apre a buone prospettive sui benefici a medio lungo termine apportati dai protocolli ACT.

È importante, per le professioni di aiuto, la possibilità di trovare tempi e spazi di attenzione alle necessità del singolo operatore. Esperire momenti di benessere ed imparare a non contrastare

gli eventi, mantenendo lo sguardo verso i propri valori in un contesto complesso e difficile come quello che stiamo vivendo, è per noi doveroso.

Bibliografia

- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A. et al. (2011). Acceptance and Action Questionnaire-II. *Terapia Comportamentale*, 42(4), 676-688.
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., Covi, L. (1973). SCL-90: una scala di valutazione psichiatrica ambulatoriale-rapporto preliminare. *Psychopharmacol Bul*, 9(1), 13-28.
- Esakandari, H., Nabi-Afjadi, M., Fakkari-Afjadi, J. et al. (2020). A comprehensive review of COVID-19 characteristics *Biol Proced Online*, 22.
- Fribourg, O., Hjemdal, O., Braun, S. et al. (2011). La scala di resilienza per adulti: costruzione di validità e misurazione di un campione. *International Journal of Testing*, 11(1), 53-70.
- Hayes, S. C., Strosahl, K.D., Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and Committed therapy: an experiential approach to behavior change*. Guilford press.
- Hayes, S.C., Luoma, J. B., Bond, F., Masuda, A., Lillis, J. (2005, January) Acceptance and Commitment Therapy: model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1-25.
- Harris, R. (2010). Face COVID. How to respond effectively to the Corona crisis. Disponibile in: <https://drive.google.com/file/d/1MZJybtT9KmiE9Dw9EKvPJsd9Ow7gXaMe/view>
- Iozzelli, D., Facchi, E., & Cardamone, G. (2020, Giugno 20). COVID-19, salute mentale e ruolo dei Servizi: una review sull'impatto della pandemia. *Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici*.
- Kang, L., Li, Y., Hu, S., Chen, M., Yang, C., Yang, B. X., et al. (2020). The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *Lancet Psychiatry*, 7.
- Kang, L., Ma, S., Chen, M., Yang, J., Wang, Y., Li, R., et al. (2020). Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: A cross-sectional study. *Brain, behavior, and immunity*, 87, 11–17.
- Kazdin, A.E. (2011). *Single-case research designs: Methods for clinical and applied settings*. New York: Oxford University Press.
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y. et al. (2020). Factor associated with mental health outcomes among health workers exposed to the 2019 coronavirus disease. *JAMA Networks Open*, 3(3).
- Lemon, J., & Lemon, M. J. (2016). Package 'clinsig'.
- Lu, W., Wang, H., Lin, Y., Li, L. (2020). Psychological status of medical workforce during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study. *Psychiatry Res*, 288.
- Manolov, R., Solanas, A., & Leiva, D. (2010). Comparing “visual” effect size indices for single-case designs. *Methodology: European Journal of Research Methods for the Behavioral and Social Sciences*, 6(2), 49–58.
- Odriozola-González, P., Planchuelo-Gómez, Á., Irurtia-Muñiz, M. J., de Luis-García, R., González, M., Planchuelo-Gómez, R. (2020). Psychological symptoms of the outbreak of the COVID-19 crisis and confinement in the population of Spain. *PsyArXiv*, 15. doi:10.1177/1359105320967086
- Parker, R. I., Vannest, K. J., & Davis, J. L. (2011). Effect size in single-case research: A review of nine nonoverlap techniques. *Behavior Modification*, 35(4), 303-322.
- Perdighe, C., D’Innocenzo, A., Rosamilia, P. et al (2019). Caregiver di pazienti con alzheimer: un intervento basato sull’ACT a 12 sedute. *Cognitivismo clinico*, 16(2), 140-158.
- Radloff, L. S. (1977). La scala Ces-D: scala di autovalutazione della depressione per la ricerca nella popolazione generale. *Misurazione psicologica applicata*, 1(3), 385-401.
- RStudio Team (2015). RStudio: Integrated Development for R. RStudio, Inc., Boston, URL <http://www.rstudio.com/>.
- Velavan, T., Meyer, C. (2020). The COVID-19 epidemic. *Trop Med Int Health*, 25, 278–280.
- Wilbert, J., Lueke, T., & Wilbert, M. J. (2019). Package ‘scan’.
- Zhu, Z., Xu, S., Wang, H. et al. (2020). COVID-19 in Wuhan: Immediate Psychological Impact on 5062 Health Workers. *MedRxiv*, 24, 100443. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100443>

Allegato 1. Protocollo di intervento

Questo protocollo è nato dall'adattamento di due progetti: il FACE COVID (Harris, 2020) e il protocollo per Caregiver di pazienti con Alzheimer (Perdighe et al., 2019) basati su tecniche ACT. Questa terapia comportamentale è particolarmente efficace per favorire l'accettazione e l'adattamento psicologico in condizioni di sofferenza.

Sono stati svolti 8 incontri, organizzati per via telematica su piattaforma zoom. Per ciascuna seduta viene riportato l'obiettivo che guida il gruppo, le tecniche specifiche utilizzate e eventuali homeworks assegnanti per l'incontro successivo.

PRIMO INCONTRO

OBIETTIVO:

Porre enfasi sull'inevitabilità/normalità del distress emotivo e pensieri negativi

SVOLGIMENTO:

Durante il primo incontro è stato presentato il progetto e sono state date le indicazioni generali alle partecipanti. Queste si sono presentate e confrontate sulle proprie esperienze personali, identificando un'emozione principale come simbolo del periodo che hanno passato (I lockdown).

Per P1 l'ansia è stata l'emozione predominante: "sono ancora una specializzanda, non sono una pneumologa ma un otorino, non sapevo se facevo la cosa giusta, non sapevo come affrontare le cose".

P2 riferisce una polarizzazione verso sentimenti di paura per il rischio di poter essere una possibile contagio per i familiari: "in quel periodo sostituivo un pediatra, c'era il picco delle influenze, cercavo di convincermi che il COVID non fosse un problema, ma avevo paura di tornare a casa e contagiare mio marito, i miei nipoti, i miei cari, non li potevo abbracciare".

P4 decide di evitare tale preoccupazione trasferendosi fin da subito in una struttura dedicata ai sanitari che si trovano a contatto con pazienti positivi: "in quel periodo facevo le guardie e studiavo per il concorso, poi sono stata chiamata per l'emergenza COVID. Per non rischiare di contagiare i miei familiari mi sono trasferita in un albergo sanitario".

P3 riferisce inizialmente sentimenti di inutilità e condivide la paura per il contagio dei suoi cari: "stavo sostituendo un medico di famiglia, ho dato disponibilità per l'USCA ma non mi chiamavano e mi sentivo inutile...poi finalmente mi hanno chiamata e mi è salita l'ansia; era per me un lavoro nuovo; il mio ragazzo è asmatico ed ero terrorizzata all'idea di contagiarlo, così mi sono trasferita a vivere in soffitta per un mese".

È stato chiesto loro se fossero ancora presenti emozioni intense, se queste fossero state dolorose o problematiche.

Emergono principalmente emozioni di rabbia:

per P2: "le persone minimizzano, sembra che Bergamo sia l'unica realtà COVID per loro; vedevo tanti commenti sciocchi su Facebook e non potevo rispondere".

per P4: "per essere chiamati eroi? Lo siamo sempre e ho scelto io di fare il dottore. Ci vedono solo in questo periodo!".

Persistono anche emozioni legate all'ansia per il contagio e alla percezione di non potersi tirare indietro.

P1 afferma: "avrei voluto dire di no, ma non è da me e così mi faccio coinvolgere in tutto ciò che mi chiedono a lavoro, ma questo mi aumenta lo stress".

P3: "l'ansia c'è. Ho paura tuttora di contagiare il mio compagno".

SECONDO INCONTRO

OBIETTIVO:

Mettere in luce valori e scopi e favorirne l'esplicitazione al fine di aiutare il paziente a perseguire scopi e valori ancora ottenibili in quanto non necessariamente compromessi.

SVOLGIMENTO:

Nel secondo incontro sono state riviste le informazioni date nel primo e sintetizzato ciò che era emerso fra le partecipanti, per quanto riguarda l'esperienza vissuta nel periodo dello scoppio della pandemia e le emozioni residue.

Viene dunque approfondito il concetto di ACT in tema di valori, di aspettative verso sé stessi, che non sempre sono facili da perseguire. Si introduce dunque il concetto di impegno, ovvero, cosa è possibile fare per andare nella direzione dei valori. Dall'indagine sui valori emerge il tipo di persona che le partecipanti vorrebbero essere.

P1: "non so ancora chi vorrei essere".

P3: "vorrei essere ricordata come una persona altruista, dedita agli altri".

P2: "altruista, una persona che aiuta sempre gli altri, solare, metto il cuore in tutto ciò che faccio".

P4: "vorrei essere ricordata come una persona appassionata e capace di trasmettere entusiasmo."

P5: "vorrei che ricordassero quanto sono stata forte, sicura, indipendente ma molto dedita agli altri".

Sono poi analizzate le possibili azioni che vanno verso tale obiettivo, non trascurando ciò di cui le partecipanti hanno bisogno per poter portare avanti tale impegno.

P1: "potrei dedicarmi all'esercizio fisico e alle lezioni di teatro online per coltivare le mie passioni e non affogare"

P3: "mi piacerebbe restare in contatto con la natura, curare il mio orto"

P2: "vorrei prendermi cura di me, farmi maschere per il viso ad esempio".

P4: "sento il bisogno di fare delle videochiamate, appoggiarmi ad altri colleghi".

P5: "da una parte vorrei avvicinarmi alla mia famiglia".

TERZO INCONTRO

OBIETTIVO:

Continuare il lavoro sui valori, indagando quali pensieri ed esperienze emotive possano ostacolare i valori con esercizi di defusione per sperimentare la possibilità di lasciare andare e indebolire l'evitamento esperienziale.

SVOLGIMENTO:

Dalla lista dei valori emergono per ognuna:

P1: connessione "essere pienamente impegnata in quello che faccio"; flessibilità, ovvero, regolare le proprie azioni ed adattarsi alle circostanze.

P2: accettazione "non mi sento né carne né pesce, vorrei fare la pediatra, mi sento senza gambe, sono sempre al posto degli altri" e gratitudine "vorrei dimostrare la mia gratitudine agli altri, soprattutto i miei famigliari, come dire grazie o un abbraccio".

P4: connessione e libertà, ovvero, il poter vivere liberamente.

P5: perdono inteso come "capacità di perdonare me stessa e gli altri".

P3: per la partecipante risultano fondamentali aspetti come il coraggio e self control. Racconta di sentire, negli ultimi mesi, la necessità di "non perdere la bussola"; ha frequentemente

esperito sgradevoli emozioni di rabbia, percepite come egodistoniche. Questa rabbia nasce dalla percezione di essere trattata ingiustamente dai superiori, o vessata dai pazienti che parevano non comprendere gli enormi sforzi che lei faceva per cercare di lavorare al meglio. “Mi sento frequentemente attaccata per il mio operato in modo ingiusto”.

Indagando meglio, la paziente espone problematiche legate a richieste inappropriate, ricerca di favori o trattamenti diversi, ritenute ingiustificabili, soprattutto durante un momento di crisi come una pandemia. Porta l'esempio di pazienti che durante i turni in USCA chiedevano di velocizzare i tempi per le visite o per i tamponi.

A (EVENTO)	B (PENSIERI)	C (EMOZIONI)
Mi chiedono di avere notizie prima degli altri	Ma perché dovrebbero avere un trattamento di favore? perché dovrei accontentarli? È ingiusto sovraccaricare!	RABBIA Rispondo male
A1/C1	B1	C1
Rispondo male e mi fanno notare dicendomi: “non ti riconosco”.	Ma oltre tutto anche questo? Io mi sento coerente con me stessa. Mi spiace di non essere totalmente accolta.	RABBIA TRISTEZZA

La conduttrice del gruppo spiega tale ABC, focalizzando l'attenzione sul legame delle emozioni e i contenuti mentali propri delle stesse.

Viene dunque analizzata la scheda bersaglio sui valori, affidata come homework nella seduta precedente. Emerge che P3 e P4 si ritengono collocate nella metà interna per quanto riguarda le relazioni, valore sul quale ritengono di impegnarsi abbastanza. P2 ritiene di essere più lontana dal suo bersaglio per quanto riguarda lo studio e il lavoro, mentre per i rimanenti valori, come le relazioni, si ritiene anche lei più o meno a metà. P1 e P5 pensano di avere di aver centrato, o quasi, l'obiettivo lavoro ma le relazioni, la crescita personale e soprattutto lo svago sono percepite come lontane.

Dopo alcuni esercizi esperienziali/meditativi, le partecipanti condividono le emozioni che sentono come minacciose. P3 riferisce una rabbia verso i superiori “mi sento vessata anche dai pazienti; anche loro pretendono, non capiscono che sto lavorando per loro”

A (EVENTO)	B (PENSIERI)	C (EMOZIONI)
Il paziente. Mi chiede di chiamare ufficio igiene per avere notizie prima	Perché dovrei farti un trattamento di favore? Io e i miei colleghi siamo qui a farci un mazzo!	RABBIA
A	B	C
Il collega mi vede strana e mi dice: non ti riconosco più	Ma non è vero!! Ho tutti gli occhi addosso! Sto facendo solo il mio dovere	RABBIA

P1 riporta invece chiaramente un'emozione di rabbia, provata verso i colleghi specializzandi, i quali, durante la pandemia hanno preferito di rimanere a casa. Percepisce un sentimento di ingiustizia verso "coloro che parlano e basta" riversando ansie sugli altri tramite whatsapp.

La sua scelta di darsi da fare l'ha portata in direzione del proprio valore lavorativo, ma percepisce, talvolta, anche l'ingiustizia di vedere gli altri non impegnati lavorativamente come lei.

A (EVENTO)	B (PENSIERI)	C (EMOZIONI)
Penso ai colleghi	Loro vanno in ferie o restano in studio e mandano avanti noi specializzandi Loro stanno a casa, io non posso invece seguire la mia formazione online Loro sono di serie A io di serie B	RABBIA

P2 riporta anche lei una sensazione di rabbia verso i pazienti.

Dall'indagine sui pensieri dolorosi emerge il timore di non avere risposte da dare e non sapere come agire, per essere un punto di riferimento per i pazienti.

P2: "ho paura che il COVID possa tornare e sia anche peggiore".

P1: "non ho avuto tempo da dedicare alla mia famiglia".

P3: "percepisco un senso di inadeguatezza verso il lavoro, talvolta non mi sento all'altezza"

P4: "torneremo mai alla normalità?"

P5: "sono già sovraccarica, temo di non reggere altro".

Per aiutare le partecipanti a prendere distanza dai pensieri dolorosi, viene chiesto di scrivere su un foglio i pensieri fonte di sofferenza. Dovranno prendere il foglio e tenerlo con forza con entrambe le mani, poi portarlo davanti al volto sempre più vicino in modo in modo da poter vedere tutti i pensieri e successivamente avvicinarlo al naso; questo impedisce di vedere la terapeuta che parla. Con i pensieri così vicini non è possibile vedere la stanza mentre si è completamente catturati da questi pensieri. Quando la mente si concentra solo sui pensieri negativi impedisce di connettersi con il mondo che ci circonda, impedisce di fare qualsiasi cosa come abbracciare, correre, bere. Spostando il foglio sopra le gambe invece è possibile percepire maggiore libertà di osservazione e maggior connessione con l'ambiente. I pensieri non sono scomparsi sono ancora scritti sul foglio e sono ancora nella mente, ma non si è più inghiottiti da questi.

QUARTO INCONTRO

OBIETTIVO:

Introdurre il concetto di defusione, ovvero, la capacità di ridurre l'influenza dei pensieri sui propri comportamenti che ci permettono di dire "posso fare le cose per me importanti nonostante i miei pensieri".

SVOLGIMENTO:

In questo incontro vengono proposti vari esercizi di defusione, con i quali le partecipanti possono sperimentarsi in prima persona, con l'obiettivo di prendere le distanze dai pensieri dolorosi. Tali esercizi hanno l'obiettivo di riportare i pensieri alla loro unica forma e non farli diventare totalizzanti.

Le partecipanti mostrano grande partecipazione e coinvolgimento durante gli esercizi esperienziali. Il pensiero doloroso, dopo gli esercizi di defusione, si allontana. Tutte concordano che dopo gli esercizi questi siano meno dolorosi.

QUINTO INCONTRO

OBIETTIVO:

Continuare a mettere in luce i valori e gli scopi di ciascuno da perseguire per poter vivere a pieno la propria vita.

SVOLGIMENTO:

Le partecipanti sono invitate a immaginare il pensiero doloroso/emozione come un oggetto, attraverso un esercizio immaginativo guidato.

P2: “la mia sensazione era una palla da bowling blu scura/nera, era fredda, era pesante, capivo che era una palla da bowling ma non la sentivo pesante su di me... la sentivo sulle gambe. Quando ho messo la mano è stato rilassante. Non c’era una sensazione o un pensiero, solo stanchezza.”

P1: “ho messo la mano a livello dell’intestino, la sensazione era di qualcosa di solido che poi si è liquefatto, si muoveva veloce, era caldo e liscio ed era trasparente...La mia mano mi ha dato sollievo, è stata amorevole... ho sentito calore e rassicurazione...Come se mi dicesse: va beh c’è”.

P3: “la sensazione era un peluche nero, un coniglio cattivo, non era grande. La mano era sul collo... al tatto era ispido, freddo, come un’oppressione alla gola e mi sono immaginata il coniglio che urlava... ma non volevo fermarlo, lo volevo sputare. Però quando successivamente è diventato più mansueto, l’ho toccato”.

Con questo esercizio è possibile vedere che se ci prendiamo cura con gentilezza di quello che proviamo, senza cacciarlo, ma riconoscendolo ed accogliendolo, lo sentiremo meno doloroso; questo renderà più facile vivere una vita orientata verso i valori personali.

SESTO INCONTRO

OBIETTIVO:

Accettare le proprie emozioni e sensazioni, al fine di esserne meno spaventati e meno bloccati nel perseguimento dei propri valori.

SVOLGIMENTO:

In questo incontro si è cercato di aiutare le partecipanti a focalizzarsi sul momento presente, prendendo bene le distanze da ciò che ci fa soffrire.

P4: “se mi focalizzo sulle piccole cose riesco ad accorgermi del bello di essere, restando sul momento presente”.

È stato fatto notare che, in questo momento, le partecipanti hanno il ruolo di medici che partecipano al gruppo ma il ruolo cambia in continuazione. Sono anche figlie, amiche, mogli, in passato sono state bambine piccole, ma la parte di sé che nota questi ruoli non è mutabile; questo è il “sé osservante”, esso è come il cielo che resta sempre nonostante le nuvole.

I pensieri possono essere mutevoli come il tempo: indipendentemente da quanto spiacevoli possano essere, nessuna tempesta può ferire il cielo, esso trova sempre il suo posto, non smette mai di essere.

Su un foglio viene chiesto di scrivere ciò che a ciascuna delle partecipanti dice il “sé cattivo”

e sull'altro lato del foglio cosa dice il "sé buono".

P1: "sono troppo dura, mi lascio trasportare/sono in gamba, tutto quello che ho me lo sono guadagnata".

P2: "non sono ancora quello che vorrei essere/quello che faccio lo faccio con competenza"

P3: "non sei all'altezza/sono un buon medico".

P4: "perdo solo tempo/sono brava in quello che faccio".

P5: "sono cattiva/sono forte"

Allontanando lo sguardo dal foglio è possibile notare come sia possibile non fondersi con il "sé cattivo". Se invece ci si focalizza sulle frasi scritte dal "sé cattivo", è possibile percepire una flessione dell'umore e una polarizzazione sugli aspetti negativi di noi stessi; allo stesso modo, se si guarda da molto vicino il lato del foglio scritto dal sé buono, emergeranno emozioni più piacevoli. Finché il foglio è lasciato sulle gambe, non importa da che parte sia girato; se non ci si aggrappa al sé, nulla ci può impedire di fare ciò che vogliamo, indipendentemente dal fatto che il foglio sia nel lato del sé buono o cattivo.

SETTIMO INCONTRO

OBIETTIVO:

Valutare ciò che si è appreso e fare una valutazione di stato; come mantenere i risultati, le risorse. Dedicare l'incontro a valutare l'efficacia dell'Impegno sulla qualità vita percepita, difficoltà incontrate e come superarle. Aumentare l'impegno anche su altri valori.

Valutazione degli esercizi risultati più efficaci per ognuna.

Strategie per mantenere efficacia di impegno con obiettivi breve/lungo termine.

SVOLGIMENTO:

È stato chiesto alle partecipanti di indentificare i propri obiettivi, a medio e lungo termine, e valutare quanto stiano lavorando per perseguirli.

Emerge che la pratica ACT risulti utile ed efficace e che venga rispettata come obiettivo soprattutto nel breve termine. Per quanto riguarda il medio termine, viene sottolineata la necessità e la volontà di affrontare un problema alla volta. Gli obiettivi personali a lungo termine rispecchiano i valori sui quali le partecipanti hanno iniziato a lavorare dai primi incontri.

P1: "mi sento di aver lavorato su questi valori a breve termine, ovvero, fare quello che mi va in questi giorni di ferie lasciando alle spalle le preoccupazioni precedenti. A medio le ungo termine dovrei riuscire a non farmi carico di cose che gli altri non vogliono fare e non stare a guardare quello che gli altri non fanno".

P2: "nel presente dovrei calmarmi e riconoscere che sono agitata. Nel medio termine dovrei imparare a convivere con emozioni altalenanti. Imparare ad affrontare una cosa per volta, focalizzarmi su un problema solo, invece che tutto insieme. A lungo termine vorrei entrare in specializzazione".

P5: "a breve termine vorrei vivere il qui e ora, vorrei essere più connessa all'oggi senza preoccupazioni future che mi facciano perdere il presente. A medio termine mi piacerebbe ritrovare i miei ritmi regolari. Anche io vedo giornate buone e altre pessime e mi sento in balia delle mie oscillazioni dell'umore. A lungo termine vorrei provare a pensare di fare un passo alla volta".

È necessario che gli obiettivi siano SMART:

Specifici: l'obiettivo deve specificare le azioni che è necessario intraprendere: come; dove; quando.

Meaningful (significativi): l'obiettivo deve essere coerente con i nostri valori e orientato da essi.
Adattivi: l'obiettivo deve migliorare la nostra qualità di vita
Realistici: l'obiettivo deve essere realisticamente alla nostra portata.
Inquadrati nel Tempo: l'obiettivo deve avere una scadenza ed essere fissato nel tempo giorno e momento precisi.
Gli obiettivi devono avere una complessità crescente, un po' come se fossimo appassionati di alpinismo e decidissimo di scalare una montagna.
Possibile ostacolo al raggiungimento dei Valori è la condizione di "FIFA":
F fusione: restare incastrati nei propri pensieri
I irrealizzabili aspettative: aspettative eccessive
F fuga dalla sofferenza: fusione con le emozioni
A allontanarsi dai propri valori
L'antidoto a tale condizione è impegnarsi nel raggiungere un atteggiamento di tipo: "DARE"
D defusione: sganciarsi dai pensieri senza restare bloccati
A accettazione: osservare i pensieri ed accoglierli
R realismo negli obiettivi
E entrare e restare bene in contatto e connessi con i nostri valori
La seduta si conclude con un ripasso degli esercizi imparati nel corso degli incontri e viene condivisa una mini-guida con i partecipanti.

OTTAVO INCONTRO

L'ultimo incontro è dedicato alla discussione di gruppo.

Ogni partecipante riporta un feedback della propria esperienza.

P1: "questo percorso mi ha aiutata a sentire di non essere sola con i miei problemi, ma parte di un gruppo e ad affrontare le cose nel modo giusto. Sono molto impulsiva e calmarmi con il rilassamento non mi risulta facile, ma uso molto l'esercizio del biglietto con le frasi positive che tiro fuori nei momenti di difficoltà".

P2: "sto iniziando a sentirmi un po' meno in difficoltà, quando mi chiedono cosa faccio nella vita non più bisogno di giustificarmi. Da questa esperienza, ciò che rimane più impresso, è la consapevolezza che la sofferenza fa parte di ognuno di noi ed è necessario vivere nel momento presente. Cerco di praticare alcuni esercizi di defusione e mindfulness".

P3: "ho imparato ad occuparmi del mio centro, di me stessa. Sto cercando di prendermi cura delle mie emozioni di sofferenza, proprio come abbiamo fatto negli esercizi".

P4: "ho imparato che è importante tenere l'attenzione focalizzata sull'autocompassione e la gentilezza verso di sé. Purtroppo, lo stile di vita frenetico non mi permette sempre di mettere in pratica quello che vorrei quotidianamente, ma sento di essere sulla strada giusta per vivere una vita in linea con i miei valori".

P5: "ho capito di poter prendere uno spazio per me stessa. Ho iniziato a percepire la necessità di calmarmi, anche se talvolta mi risulta faticoso.

Ringraziando le partecipanti per l'impegno mostrato durante gli incontri, la seduta si conclude ricordando loro che l'essere riuscite fino a questo momento a mettersi in gioco, può dar loro la spinta ad andare avanti da sole con la pratica appresa.