



ISFOA

ISTITUTO SUPERIORE DI FINANZA E DI ORGANIZZAZIONE AZIENDALE

**LIBERA E PRIVATA UNIVERSITÀ TELEMATICA A DISTANZA
DI DIRITTO INTERNAZIONALE**

ENTE DI RICERCA SENZA SCOPO DI LUCRO E DI INTERESSE GENERALE

GRAZIA AMBROSINO

PSICOLOGIA COMPORTAMENTALE E COGNITIVA NEL PERIODO COVID

ISFOA

EDIZIONI ACCADEMICHE SCIENTIFICHE INTERNAZIONALI DIGITALI

Grazia Ambrosino ha conseguito presso la Facoltà di Scienze Umane e Sociali di ISFOA Libera e Privata Università di Diritto Internazionale il Diploma di Laurea Magistrale in Psicologia Comportamentale e Cognitiva con specializzazione in Tecniche Applicative del Comportamento Individuale e Collettivo .

Revisione Accademica & Scientifica: Stefano Masullo e Vincenzo Mallamaci

Marketing & Comunicazione: Golf People Club Magazine e Golf People ASD

Contatti & Collaborazioni: Golf People Club Magazine www.golfpeople.eu

Bastioni Porta Volta 13 - 20121 Milano - Telefono 02 3311404 r.a.

info@golfpeople.eu

Tutti i diritti di riproduzione sono riservati.

Avvertenze e rischi generali

Questo e-book non costituisce in alcun modo consulenza o sollecitazione al pubblico risparmio. La presente pubblicazione ha esclusivamente finalità didattiche.

Operare in borsa comporta notevoli rischi economici e chiunque la svolga lo fa sotto la propria ed esclusiva responsabilità.

Il lettore dichiara di possedere una buona esperienza in materia di investimenti in strumenti finanziari azionari e di comprendere le logiche che determinano il valore di uno strumento azionario o derivato e la rischiosità ad essi connessa.

A seguito delle riportate avvertenze l'Editore e l'Autore declinano ogni responsabilità su possibili inesattezze dei dati riportati, non garantiscono alcuno risultato legato ai contenuti pubblicati, ovvero non si assumono alcuna responsabilità, in ordine all'esito delle eventuali operazioni finanziarie eseguite da parte del cliente, né ad eventuali danni diretti o indiretti relativamente a decisioni di investimento prese dal lettore.

Tutti i marchi citati sono registrati dai legittimi proprietari.

ATTENZIONE: Tutti i diritti sono riservati a norma di legge. Nessuna parte di questo libro può essere riprodotta con alcun mezzo senza l'autorizzazione scritta dell'Autore e dell'Editore. È espressamente vietato trasmettere ad altri il presente libro, né in formato cartaceo né elettronico, né per denaro né a titolo gratuito. Le analisi riportate in questo libro sono frutto di anni di studi e specializzazioni, quindi non è garantito il raggiungimento dei medesimi risultati di crescita personale o professionale. Il lettore si assume piena responsabilità delle proprie scelte, consapevole dei rischi connessi a qualsiasi forma di esercizio. Il libro ha esclusivamente scopo informativo.

INDICE

-INTRODUZIONE

-CAPITOLO 1

TERAPIA COMPORTAMENTALE

-APPRENDIMENTO OPERANTE

-APPRENDIMENTO SOCIALE O OSSERVATIVO

-ASSESSMENT COMPORTAMENTALE

-TECNICHE DI MODIFICAZIONE DEL COMPORTAMENTO

-CONCLUSIONI

-CAPITOLO 2

TERAPIA COGNITIVA

-COSA LA DISTINGUE DALLE ALTRE PSICOTERAPIE

**-EMERGENZA COVID -19 : ASPETTI PSICOSOCIALI E BUONE PRASSI PER
PROMUOVERE IL BENESSERE PSICOLOGICO**

**-IL CONTAGIO DAL COVID- 19 : POSSIBILI IMPLICAZIONI PSICOLOGICHE NEI
SOPRAVVISUTI E NEI FAMILIARI**

-PROMUOVERE IL BENESSERE PSICOLOGICO DELLA COMUNITA'

**-PRENDERSI CURA DEI BAMBINI E ADOLESCENTI: VISSUTI, BISOGNI E
COMPITI DI CURA GENITORIALE**

**-IL BENESSERE DELLA COLLETTIVITA': IL RUOLO PECULIARE DELLA
COMUNICAZIONE**

-CONCLUSIONI

INTRODUZIONE

Se chiedessimo a uno psicologo o a uno studente di psicologia quando è nata la psicologia, con tutta probabilità ci risponderà: “Nel 1879, quando Wundt a Lipsia aprì il primo laboratorio di psicologia”.

Se provassimo a chiedere quando è nata la psicoterapia cognitivo-comportamentale, otterremo le risposte più varie, complice anche il fatto che questo modello clinico non è il più popolare e il più insegnato nelle nostre università.

CAPITOLO 1

TERAPIA COMPORTAMENTALE

La terapia comportamentale, che ha come oggetto d'interesse principale il comportamento umano e che, almeno inizialmente, rifiutava e proveniva al mondo scientifico in cui attualmente si colloca, basando i propri modelli e le proprie tecniche soltanto sulle conoscenze derivanti dagli studi di laboratorio sui processi mentali di base, in particolare su quelli di apprendimento. La maggior parte dei comportamenti della nostra vita quotidiana può essere infatti acquisita tramite procedure di apprendimento, che si distinguono in diverse tipologie: "apprendimento classico", "apprendimento operante" e "apprendimento osservativo". Per "apprendimento" si intende una modificazione comportamentale che consegue a, o viene indotta da, un'interazione con l'ambiente ed è il risultato di esperienze che conducono allo stabilirsi di nuove configurazioni di risposta agli stimoli esterni (Moderato & Ziino, 2006).

Apprendimento classico I primi studi sperimentali sui processi di apprendimento si devono a Pavlov (1966), fisiologo russo che ha condotto ricerche sui processi digestivi usando come soggetti i cani. Egli notò come questi animali aumentassero la loro salivazione quando gli venivano introdotte in bocca delle sostanze (cibo in polvere o soluzione acida) - reazione logicamente spiegabile dal punto di vista strettamente fisiologico ma anche quando, dopo diverse somministrazioni, vedevano semplicemente lo sperimentatore o il cibo pur non avendo alcuna sostanza in bocca. In seguito a queste osservazioni, Pavlov formulò la sua teoria sull'apprendimento classico, basata sul concetto di condizionamento: nell'organismo umano e animale certi stimoli elicitano automaticamente determinate risposte, indipendentemente da precedenti apprendimenti (si tratta, infatti, di riflessi incondizionati o innati). Essi si definiscono "stimoli incondizionati" (SI) e le risposte che provocano vengono dette "risposte incondizionate" (RI). Nell'esempio di Pavlov relativo al cane avremo: SI = cibo, RI = salivazione. Il processo di "condizionamento classico" si attua associando uno stimolo neutro (SN) a uno incondizionato (SI), in modo che, dopo ripetuti abbinamenti, anche SN elicitano una risposta molto simile a RI, divenendo così uno stimolo condizionato (SC). A questo punto la risposta provocata da SC si dice "risposta condizionata" (RC), assolutamente analoga alla RI. Ad esempio: SN = musica, SI = cibo, RI = salivazione; in seguito a varie presentazioni: SC = musica, RC = RI = salivazione. Esistono determinati fattori che influenzano la buona riuscita o meno del condizionamento classico. Possiamo notare innanzitutto come il processo si sviluppi più rapidamente qualora SI o SC, o entrambi, siano stimoli intensi, qualora SC sia sempre abbinato allo stesso SI invece che solo occasionalmente e come un maggior numero di associazioni tra SI e SC garantisca una maggiore capacità che SC elicitano RC.

Inoltre, dal punto di vista temporale, il condizionamento è maggiore se SC precede SI di mezzo secondo, rispetto a quando l'intervallo è più ampio o a quando SC lo segue ("condizionamento anterogrado"). Infatti, è possibile associare SC e SI seguendo differenti procedure, secondo le quali avremo il "condizionamento

simultaneo" (SC e SI sono presentati allo stesso momento), il "condizionamento anterogrado" (quando SC precede la comparsa di SI, il quale inizia al termine del primo oppure entro qualche secondo), e il "condizionamento retrogrado" (quando SC viene presentato dopo SI, cioè solo dopo che quest'ultimo sia cessato). In realtà, quest'ultimo tipo di paradigma non produce condizionamenti efficaci. Si è anche visto come sia successivamente possibile effettuare un nuovo processo di condizionamento, detto di "secondo ordine" (o di "ordine superiore"), facendo svolgere a SC la funzione di SI: si associa allo SC uno SN, in modo che quest'ultimo divenga a sua volta uno SC (=SC2), così che a sua volta elicit la RC. Ad esempio: SC = musica + SN = vista di un quadrato nero; dopo ripetute presentazioni la vista del quadrato nero (SC2) elicit la RC di salivazione. Teoricamente, si può andare avanti con condizionamenti di terzo, quarto, quinto grado ecc.

Comunque, è stato notato come il processo di condizionamento di secondo grado, ed eventualmente i successivi, siano progressivamente meno forti e duraturi. Secondo Rescorla (1977), questo dipende anche dal fatto che nel condizionamento di primo ordine, solitamente, SI è molto potente e produce una forte reazione emotiva, mentre SC non ha proprietà così forti e viene scelto inizialmente proprio per questo, cioè perché la sua "debolezza" non possa dar luogo da sola alla RC, ma lo faccia soltanto a seguito del condizionamento.

Per riuscire a eliminare il potere di uno SC di produrre una RC esistono due procedure: l'"estinzione" e il "controcondizionamento".

L'estinzione è un processo spontaneo che si verifica quando viene più volte presentato uno SC senza più associarlo a uno SI.

Dopo una serie di mancati abbinamenti, lo SC perderà gradualmente la sua capacità di elicitare la RC, tornando ad essere uno SN. In pratica, inizialmente aumenterà il tempo di latenza della comparsa della RC, finché questa diminuirà per poi scomparire del tutto. La velocità con cui avviene un processo di estinzione dipende dalla forza del precedente condizionamento; più questo è stato forte, maggiori saranno le mancate presentazioni necessarie per estinguere la RC. L'estinzione, comunque, non elimina definitivamente il potere di uno SC, ma soltanto in maniera temporanea; in tempi successivi, infatti, potrà di nuovo presentarsi una RC in seguito alla presentazione di uno SC: questo fenomeno prende il nome di "recupero spontaneo".

Nella vita quotidiana possiamo osservare esempi di estinzione in tutti quei casi in cui una risposta condizionata tende a diminuire di frequenza o intensità se non intervengono fattori di mantenimento (si vedano i processi di condizionamento operante descritti più avanti). Molte paure acquisite durante l'infanzia (del dentista, del buio, dei tuoni, dei fulmini ecc.) subiscono una spontanea estinzione con la crescita, in seguito alle ripetute esposizioni a questi oggetti, naturalmente in assenza di conseguenze disastrose. All'estinzione è associato anche il fenomeno dell'"abituazione", che consiste nella riduzione, fino alla scomparsa, di specifiche risposte fisiologiche e comportamentali in seguito a presentazioni ripetute o al perdurare nel tempo di un determinato stimolo.

L'abituazione costituisce un processo adattivo di apprendimento, caratterizzato da una progressiva riduzione dell'attenzione nei confronti di stimoli ambientali ripetuti.

Una RC viene eliminata più agevolmente se, oltre a sfruttare il naturale processo di estinzione, viene deliberatamente condizionata simultaneamente una nuova risposta per lo stesso stimolo: questo è il principio del controcondizionamento. In termini tecnici, uno SC perderà la sua capacità di elicitare la RC se esso verrà nuovamente associato a uno stimolo che elicitava una risposta diversa, incompatibile con la RC.

APPRENDIMENTO OPERANTE

Le prime ricerche che gettano le basi per lo studio dell'apprendimento operante sono quelle di Thorndike (1932), autore della "legge dell'effetto", elaborata grazie ai suoi esperimenti con gli animali nella gabbia-problema. Egli poneva un gatto affamato all'interno di una gabbia dove non era mai stato prima. La gabbia si poteva aprire azionando un meccanismo (ad esempio tirando una cordicella) per raggiungere il cibo che si trovava al di fuori. Inizialmente l'animale miagolava e si agitava, finché casualmente azionava il meccanismo e poteva uscire a mangiare il cibo. Thorndike lo rimetteva allora nella gabbia osservando i suoi comportamenti; in seguito a diverse prove, anche con animali differenti, notò come i soggetti, dopo un primo momento in cui emettevano comportamenti "inutili" (come saltellare, agitarsi ecc.), adottassero sempre più frequentemente quelli "corretti" al fine di raggiungere lo scopo. La performance migliorava in modo graduale ma continuo, facendo ipotizzare all'autore che si verificasse un processo di apprendimento. Questo tipo di apprendimento avveniva secondo lui "per prove ed errori", ed era presente solo se produceva un effetto piacevole o soddisfacente che ne permetteva il consolidarsi, o spiacevole o insoddisfacente che ostacolava tale consolidamento. La sua teoria si può riassumere così: le risposte seguite nel tempo da un effetto positivo tendono ad essere ripetute dall'animale quando questo si trovi nella medesima situazione. Si deve a Skinner (1953) lo sviluppo di tale paradigma sperimentale, fino alla scoperta del vero e proprio processo di condizionamento operante.

Egli usava nei suoi esperimenti con gli animali la famosa "Skinner-box" da lui ideata. Si trattava di una gabbia chiusa con all'interno una leva che, se premuta, elargiva del cibo tramite un dispenser esterno. Introducendo un ratto nella gabbia, Skinner poté osservare come questo, dopo aver esplorato un po' l'ambiente, premesse per caso la leva e ricevesse del cibo che mangiava subito; tornava poi a gironzolare finché non ripeteva l'azione e poteva di nuovo mangiare. L'autore notò come, nel giro di poco tempo, il ratto non facesse altro che premere la leva. Questo spiega il concetto base del condizionamento operante, il quale presuppone che, se un comportamento è seguito da determinati rinforzatori, allora verrà appreso e la sua frequenza variata. Il valore misurato non è la risposta, come nel caso del condizionamento classico, ma la probabilità di emissione della stessa, che si traduce nella frequenza con la quale viene emessa.

Un comportamento, quindi, si ripete più spesso se produce un determinato tipo di conseguenze. Secondo Skinner, il comportamento può essere previsto in base alle leggi che lo regolano, cioè quelle del condizionamento classico e operante. Egli divide i comportamenti in due classi: "rispondenti" e "operanti".

I primi si rifanno al condizionamento classico e consistono in tutte le risposte provocate da stimoli conosciuti che precedono un determinato comportamento (si dice che tali risposte sono "elicitate"). I secondi sono invece i comportamenti che rientrano nel condizionamento operante, cioè tutte le risposte emesse liberamente e praticamente indipendenti da stimoli identificabili, che vengono rafforzate o indebolite dalle conseguenze che producono sull'ambiente (in questo caso si dice che le risposte sono "emesse", proprio per evidenziarne la differenza con quelle rispondenti - ad esempio leggere, camminare, lavorare ecc.).

Va ricordato anche come, come dice lo stesso Skinner (1953), soltanto una parte del comportamento umano sia involontaria, cioè provocata da una reazione riflessa (“rispondente”); nella vita quotidiana buona parte dei comportamenti sono emessi spontaneamente e sono controllati dalle conseguenze che provocano.

I comportamenti controllabili dalle loro conseguenze sono definiti “operanti”, poiché le loro “risposte” operano sull’ambiente e generano delle conseguenze. Secondo questa teoria, tali comportamenti possono essere incrementati o ridotti in funzione degli eventi che li seguono.

Allo stesso modo dei comportamenti, anche le reazioni emotive possono essere rinforzate secondo gli stessi principi, tanto che l’apprendimento operante fa sì che una risposta emotiva possa attivarsi più facilmente e in modo più intenso a parità di situazione se viene rinforzata.

Per questo motivo, d’ora in poi parleremo di “risposte” (emotive o comportamentali) e non più di comportamenti. Un evento che segue una risposta può far variare la frequenza di quest’ultima, incrementandola o diminuendola. Questi eventi vengono chiamati “rinforzatori” e “punizioni”; i primi sono tutti quelli che, quando compaiono immediatamente dopo una risposta, ne aumentano la frequenza (o l’intensità), mentre i secondi la diminuiscono.

APPRENDIMENTO SOCIALE O OSSERVATIVO

I primi studi importanti sull'apprendimento sociale sono stati effettuati negli anni '60, principalmente ad opera di Bandura, se si eccettua il lavoro precursore di Miller e Dollard (1941) sull'imitazione.

È noto come questo tipo di apprendimento sia molto spontaneo e diffuso in natura, tanto nel mondo umano quanto in quello animale; esso non si presenta solo nei primati ma anche in uccelli, ratti ecc. (Mainardi & Sanavio, 1977).

Ha un'indubbia valenza evolutiva per la sopravvivenza della specie, e rappresenta un metodo molto più rapido delle procedure di condizionamento quando si devono far acquisire sequenze comportamentali lunghe e complesse.

Oltre a favorire l'apprendimento di nuovi comportamenti non presenti nel repertorio abituale dell'individuo, tale processo può influenzare comportamenti già acquisiti in due direzioni diverse: la "facilitazione/disinibizione" (aumentare comportamenti presenti ma a bassa frequenza o non emessi affatto seppur noti) e l'"inibizione/estinzione" (diminuirne l'emissione).

L'apprendimento sociale/osservativo è composto da due fasi: la prima di "acquisizione", nella quale il soggetto osserva il comportamento del "modello", la seconda di "prestazione", dove l'osservatore emette a sua volta il comportamento osservato. Il termine "modeling", tradotto in italiano come "modellamento", venne usato per la prima volta proprio da Bandura (1969), che in seguito lo ha definito come "l'incremento o la diminuzione, in un osservatore, di un dato comportamento che sia simile a quello di un modello come risultato di aver osservato quel determinato comportamento che viene premiato o punito" (Bandura, 1977).

Secondo l'autore, infatti, il comportamento viene appreso in un contesto sociale osservando e imitando le azioni degli altri; l'apprendimento viene però influenzato da come i comportamenti di questi ultimi sono puniti o premiati (vengono così proposti i concetti di "rinforzo vicariante" e "punizione vicariante", ovvero quel rinforzo o quella punizione erogati al modello che rendono più facile, o più difficile, che questi venga imitato dall'osservatore).

Si può apprendere da tre tipi di modelli: da un "modello diretto" (cioè da una persona in carne e ossa), da un "resoconto verbale" o da un "modello simbolico" (ad esempio, dall'attore di un film o dal personaggio di un cartone animato).

Sono stati individuati vari fattori che influenzano questo tipo di apprendimento: innanzitutto la tipologia del modello, che deve essere adatto e più simile possibile al soggetto (per età, sesso, stato socio-culturale ecc.) ma nello stesso tempo deve essere oggetto di affetto, stima e/o ammirazione; è utile, infine, mostrare al soggetto il comportamento e i suoi effetti (cioè i rinforzi o le punizioni vicarianti), usare più di un modello (cioè averne più di uno per lo stesso individuo) e abbinare delle regole esplicite al comportamento del modello mostrato.

ASSESSMENT COMPORTAMENTALE

L'assessment di un caso clinico consiste nella valutazione iniziale che il terapeuta effettua in rapporto alla situazione problematica presentata dal soggetto.

È di fatto un processo di elaborazione e selezione delle informazioni volto a definire un modello clinico di funzionamento del problema in esame, ed è finalizzato alla raccolta di tutti i dati necessari per:

1) decidere sull'eventualità della presa in carico dell'individuo;

2) individuare e concordare con esso obiettivi a breve e lungo termine del trattamento;

3) identificare modalità terapeutiche appropriate per far fronte ai suoi problemi in maniera efficace e duratura. Secondo Kanfer (1985), quindi, l'assessment si configura come un processo ipotetico-deduttivo che consente di formulare programmi terapeutici sufficientemente flessibili da soddisfare la miriade di problemi e ostacoli che si incontrano comunemente durante un trattamento psicologico.

Tale procedimento consiste, praticamente, nell'insieme delle procedure che permettono di identificare, valutare e analizzare nella loro dimensione qualitativa e quantitativa i comportamenti di una persona in un contesto specifico e in determinate circostanze, compresi i fattori che li influenzano.

Solo negli anni '60 si è iniziato a parlare in modo più specifico di "assessment comportamentale", presentandolo inizialmente come un lavoro basato solo su metodi il più possibile oggettivi quali l'osservazione strutturata del comportamento.

Al giorno d'oggi, invece, vengono usati e integrati diversi mezzi di valutazione (osservazione, registrazioni psicofisiologiche, test, colloqui e mini-esperimenti), ammettendo quindi la possibilità di un certo numero di inferenze (Galeazzi & Bignamini, 1998).

Attualmente, l'assessment comportamentale consiste in una serie di approcci finalizzati a individuare antecedenti e conseguenze della risposta problematica, assumendo che questa sia determinata da apprendimenti precedenti e dalle conseguenze ambientali attuali; ne deriva che la probabilità che si verifichi una certa risposta dipende dalla natura della situazione-stimolo e dagli effetti che essa produce sull'ambiente. L'assessment comportamentale (detto anche "assessment funzionale") mira ad analizzare i fenomeni clinicamente rilevanti in termini di: antecedenti (A = antecedent), comportamento (B = behavior), conseguenze (C = consequences); da qui deriva il noto schema A-B-C. Nel processo A-B-C, gli stimoli antecedenti (A) sono quegli stimoli discriminativi che segnalano la possibilità di ottenere un rinforzo se un determinato comportamento (B) verrà emesso, mentre le conseguenze (C) che si creano in seguito possono facilitare o inibire quel comportamento (rinforzi o punizioni). Seguono un paio di esempi di analisi A-B-C di situazioni problematiche.

Horner (1994) propone una specificazione del concetto di "assessment comportamentale", distinguendo tra assessment funzionale e analisi funzionale vera e propria. Il primo si riferisce a tutto quell'insieme di procedure volte a identificare i potenziali fattori o condizioni soggettive/ambientali che precedono il comportamento (variabili antecedenti - A) e quelli che compaiono dopo il suo

verificarsi (variabili conseguenti - C); la seconda, invece, consiste in una manipolazione sperimentale delle variabili antecedenti e conseguenti che sono state identificate come agenti di controllo di quel comportamento specifico (Neef & Iwata, 1994), allo scopo di verificare sperimentalmente la validità delle indicazioni ottenute attraverso l'assessment funzionale. La prima cosa che il terapeuta deve fare, nel corso dell'assessment, è individuare quale sia il comportamento bersaglio (target behavior), definendo e valutando le sue caratteristiche in termini di: "frequenza di comparsa" (quante volte), "durata" (quanto tempo), "intensità" (quanta forza), "latenza" (tempo che intercorre tra lo stimolo e la risposta). È necessario porre domande specifiche al soggetto riguardo al suo comportamento problematico: "Da quanto tempo è presente? Dove si manifesta? Quando? Come? Quante volte per unità di tempo considerata? In presenza di chi? Che cosa lo precede? Che cosa lo fa diminuire? Che cosa lo fa aumentare? Che cosa lo inibisce? Che cosa lo segue?". Si utilizzano poi una serie di procedure per identificare gli antecedenti (stimoli elicitanti) e soprattutto le conseguenze (rinforzi positivi o negativi) di quel dato comportamento, come già proponeva Thorndike quando parlava dell'assessment comportamentale o funzionale come analisi del comportamento problematico in relazione funzionale con l'ambiente. Per raccogliere le informazioni necessarie, ci si avvale di procedure indirette (colloqui con il paziente e altre persone significative, questionari, role-playing, diari di automonitoraggio, misurazioni psicofisiologiche), dirette (osservazione in contesti naturali o simulati), e sperimentali (analisi funzionale). Effettuare un buon assessment funzionale permette di indagare in maniera sistematica i fattori di mantenimento di un determinato comportamento, ossia i rinforzatori che ne aumentano la probabilità di emissione, al fine di progettare interventi di modificazione comportamentale volti ad estinguere le risposte problematiche modificando le contingenze ambientali.

TECNICHE DI MODIFICAZIONE DEL COMPORTAMENTO

Attraverso l'utilizzo delle tecniche comportamentali basate sui principi del condizionamento operante è possibile sia diminuire i comportamenti "target" (cioè quelli disfunzionali che si desidera estinguere), sia aumentare i comportamenti "meta" (cioè quelli adattivi che si intende instaurare). A titolo di esempio, riporto, le tecniche più frequentemente utilizzate.

1) Time-out.

È una pratica la quale prevede che un soggetto venga spostato da una situazione più rinforzante a una meno rinforzante in conseguenza dell'emissione di una certa risposta. Esistono due tipi di time-out, quello "con esclusione" (che consiste nell'allontanare l'individuo per un breve periodo dalla situazione in cui è presente il rinforzo, come nel caso del bambino che viene "buttato fuori" dalla classe) e quello "senza esclusione" (in cui il soggetto resta dov'è ma non può avere temporaneamente accesso allo stimolo rinforzante, come nel caso del bambino che rimane in classe ma non può partecipare al gioco di gruppo). In sostanza, viene sospeso per un certo tempo l'accesso ai rinforzatori positivi. Generalmente questa pratica si usa nei confronti dei bambini, degli adulti con ritardo mentale e dei soggetti psicotici, e viene impiegata in contesti istituzionalizzati, soprattutto per contrastare comportamenti violenti e aggressivi.

Come suggerisce Patterson (1976), si deve ricorrere al time-out solo in casi estremi e, comunque, esso deve sempre essere una pratica spiegata e concordata a priori oltre che di breve durata. È importante, inoltre, che l'operatore non mostri risentimento nei confronti del soggetto coinvolto, giacché deve essere chiaro come tale metodo sia finalizzato a interrompere dei comportamenti inappropriati e non a punire la persona.

2) Costo della risposta.

È una strategia che mira a rendere il soggetto più sensibile e attento alle conseguenze negative del suo comportamento, e che implica la rimozione/sottrazione di una certa quantità di rinforzatori a seguito di una specifica risposta.

Questa procedura prevede quindi una sorta di "penalità" per una risposta inappropriata. Ne sono un esempio il pagare le multe o il lasciare il bambino nel letto bagnato se la notte ha fatto la pipì (o il chiedergli di cambiare le lenzuola da solo). A differenza del time-out, non prevede alcun limite di tempo specifico per la sua esecuzione.

3) Prevenzione della risposta.

Si tratta di una tecnica utilizzata generalmente nel trattamento del disturbo ossessivo-compulsivo (DOC). Introdotta da Meyer e Chesser (1975), si usa insieme all'esposizione per renderla maggiormente efficace, e consiste nell'esporre il paziente alla situazione ansiogena/temuta senza che questi possa mettere in atto i comportamenti che normalmente utilizza per placare l'ansia (o, in un primo momento, facendoglieli rimandare per un certo tempo prestabilito).

Il soggetto, in pratica, viene istruito a fronteggiare lo stimolo temuto senza ricorrere alle proprie abituali compulsioni (ad esempio lavarsi le mani dopo aver toccato qualcosa di “sporco” in un DOC, vomitare dopo aver mangiato in un disturbo alimentare ecc.). Spesso viene considerata dai pazienti una pratica sgradita e fortemente attivante, motivo per cui può necessitare della collaborazione da parte dei familiari o di essere svolta all’interno di un ambiente controllato e con l’assistenza del terapeuta o di suoi collaboratori formati.

4) Controllo dello stimolo.

Si basa sul principio che molti comportamenti siano strettamente collegati a determinati contesti e che, in realtà, l’elemento decisivo per la loro messa in pratica sia un preciso stimolo discriminativo. Quando un comportamento viene rinforzato in presenza di un particolare stimolo e non di altri, infatti, quest’ultimo comincia ad esercitare un controllo sulla presenza di quel comportamento. Prevede, quindi, l’intervento sugli stimoli attivanti (antecedenti), ristrutturando l’ambiente in maniera che si modifichi anche la probabilità di emissione del comportamento problematico. L’impiego più comune di questa strategia riguarda il consumo eccessivo di cibo, alcol, sigarette, sostanze (ad esempio, se il soggetto eccede con il cibo soltanto quando mangia da solo, oppure consuma alcol quando frequenta certe persone ecc.). Ad esempio, si può provare a modificare la tendenza del paziente ad alimentarsi eccessivamente in certi contesti, prescrivendogli di mangiare soltanto in determinate situazioni, tipo con la tavola apparecchiata, non da solo, in orari prestabiliti ecc. (Ferster & Demyer, 1962; Stuart, 1967).

5) Shaping

Detto anche apprendimento “per approssimazioni successive” e spesso tradotto in italiano come “modellaggio”. È una procedura utilizzata per sviluppare un comportamento non presente nel repertorio del soggetto; si tratta di far apprendere una nuova risposta attraverso il rinforzo di piccole approssimazioni progressive e l’estinzione di quelle precedenti. Si impiega nella vita di tutti i giorni ogni volta che vogliamo imparare un’abilità complessa, e può essere utilizzato per insegnarne moltissime (vestirsi, lavarsi, usare le posate per mangiare, praticare uno sport, leggere, scrivere, mettere in ordine una stanza ecc.). Un esempio si può osservare quando i genitori rinforzano i bambini che cominciano a verbalizzare quelle sillabe che si avvicinano sempre più alle parole corrette.

È spesso impiegato nel campo dell’educazione, dell’handicap e della riabilitazione. Si inizia specificando il comportamento finale, cioè l’obiettivo desiderato, e si identifica una risposta valida di partenza (meglio se già presente nel repertorio dell’individuo).

Si procede poi rinforzando le risposte iniziali e tramite approssimazioni successive, lineari e costanti, andando avanti al giusto passo, cioè per piccoli gradini e non troppo velocemente, finché il soggetto non arriva a emettere il comportamento “meta” (se qualcosa non funziona, si può sempre tornare al livello precedentemente rinforzato, in modo che venga ben fissato).

6) Fading.

È anche detto “attenuazione dello stimolo”, in quanto prevede il cambiamento graduale di uno stimolo che controlla una risposta, in modo che alla fine tale risposta compaia anche in sua assenza o a fronte di stimoli nuovi (Deitz & Malone, 1985). Anche questa tecnica è molto impiegata nella vita di tutti i giorni, ad esempio quando un genitore insegna al figlio ad andare in bicicletta riducendo gradualmente il proprio aiuto. Essa ha l’obiettivo di generalizzare l’apprendimento di un dato comportamento, in modo che venga gradualmente emesso senza più ausili esterni e in contesti naturali e non solo sperimentali.

È bene non confondere il fading con lo shaping: il primo implica il rinforzo di uno specifico comportamento in presenza di graduali cambiamenti dello stimolo, in modo che questo assomigli sempre più a quello che dovrebbe controllare l’emissione di quel particolare comportamento; il secondo, invece, implica il rinforzo di lievi cambiamenti di un comportamento, in maniera tale che, gradualmente, si avvicini al comportamento bersaglio. In breve, nel primo caso cambia la situazione stimolo mentre la risposta resta (più o meno) uguale; nel secondo caso cambia la risposta mentre lo stimolo resta lo stesso.

7) Modeling.

Tradotto in italiano con il termine “modellamento”, da non confondere con il sopraccitato “modellaggio”, è una procedura basata sull’apprendimento osservativo (Bandura, 1969) attraverso la quale viene presentato a un soggetto - detto “osservatore” - l’esempio di un determinato comportamento emesso da un secondo soggetto - detto “modello” - affinché sia indotto a riprodurlo e/o a intraprendere un’azione simile.

8) Guida fisica.

Si tratta di un particolare tipo di prompting, in cui viene usato un contatto fisico per indurre una persona a svolgere tutti i necessari movimenti per attuare il comportamento desiderato. Il clinico, quindi, ne guida materialmente l’esecuzione. La guida fisica va sempre abbinata alla somministrazione di rinforzatori, ed è importante assicurarsi che il contatto fisico non venga interpretato dal soggetto come ansiogeno o minaccioso, né tantomeno punitivo. In genere si accompagna il gesto con istruzioni date a voce, in modo che successivamente queste ultime possano gradualmente sostituire la guida fisica. È una tecnica molto utilizzata in ambito riabilitativo e con persone con ritardo mentale

9) Problem solving.

È una procedura che mira ad aiutare il soggetto a risolvere problemi di svariata natura in modo analitico, strutturato ed efficace.

CONCLUSIONI

I modelli e le tecniche della terapia comportamentale hanno avuto una diffusione straordinaria e si sono dimostrati largamente efficaci, in particolar modo nel trattamento dei disturbi d'ansia, alimentari, del controllo degli impulsi, del sonno o depressivi, e delle problematiche comportamentali in generale. La mole di letteratura scientifica a supporto della loro efficacia è tale che sarebbe impossibile e oltremodo noioso riassumerla in questo contesto.

Basti dire, a titolo di esempio, che le tecniche di esposizione e prevenzione della risposta sono diventate, nell'arco di pochi anni, il trattamento di elezione per il disturbo ossessivo-compulsivo, con un'efficacia che si è dimostrata superiore a quella degli psicofarmaci. Ovviamente, la rigida ed esclusiva applicazione del comportamentismo "puro", così come è stato proposto all'epoca, risulta essere limitata e parziale, poiché ignora tutta una serie di meccanismi intrapsichici importanti. Non a caso, in tempi più recenti, il cognitivismo ha recuperato quegli elementi di introspezione e di interesse anche a variabili non direttamente osservabili, come il flusso di pensieri, che consentono una presa in carico più completa della persona e un'analisi più approfondita delle sue problematiche. Oggigiorno infatti, come vedremo, si parla universalmente di terapia cognitivo-comportamentale, nelle sue varie declinazioni che verranno affrontate nei capitoli successivi.

Ciononostante, la conoscenza approfondita del modello e delle tecniche comportamentali è tutt'oggi essenziale e non ha solo un valore storico-culturale. Tutti gli approcci psicoterapeutici successivamente proposti, prima fra tutti la terapia cognitiva, incorporano infatti tecniche comportamentali, e alcuni recentissimi modelli, quali ad esempio l'Acceptance and Commitment Therapy o la Functional Analytic Psychotherapy, vengono talvolta definiti "neocomportamentisti" poiché recuperano in larga parte i presupposti illustrati in questo capitolo pur in una cornice teorica più ampia e sofisticata che tiene conto della complessità umana.

CAPITOLO 2

TERAPIA COGNITIVA

La psicoterapia cognitiva si basa sul presupposto che non siano gli eventi in sé a determinare le nostre reazioni ed emozioni, quanto piuttosto il significato che gli attribuiamo. Immaginiamo una situazione esemplificativa: al mare, due ragazzi giocano sul bagnasciuga quando improvvisamente un'onda li travolge e scaraventa a terra. Uno dei due, si rialza e si tuffa nuovamente in acqua, mentre l'altro, alzatosi, si dirige spaventato verso l'ombrellone. Cosa spiega questi due differenti comportamenti in risposta allo stesso evento? Probabilmente, la prima persona, travolto dall'onda, avrà pensato "*che divertimento!*"; la seconda, invece, è molto probabile che abbia pensato a qualcosa di minaccioso, ad esempio "*non riesco a respirare, sarei potuto affogare!*". Da questo esempio si evince come lo stesso evento possa portare a comportamenti ed emozioni differenti, in persone diverse o nella stessa persona in momenti differenti, a seconda di come lo si interpreta.

La psicoterapia cognitiva nasce in America tra la fine degli anni sessanta e i primi anni settanta, in risposta ad un'esigenza largamente diffusa nell'ambiente psicoanalitico dell'epoca, ossia dare valore a quello che il paziente consapevolmente pensa e prova.

Fino ad allora, la terapia era basata sull'idea che le cause della sofferenza psicologica andassero ricercate nelle strutture inconsce della mente del paziente, accessibili solo all'analista. Furono i fondatori dell'attuale cognitivismo clinico, Aaron Beck ed Albert Ellis, entrambi psicoanalisti, a rendersi conto nel corso della loro pratica clinica che i pazienti, dopo un po' di pratica, erano in grado di riferire i pensieri che avevano generato le emozioni o i comportamenti che riportavano. Tali pensieri, definiti da Beck *automatici*, si presentano nella mente in modo rapido e spontaneo e, piuttosto che valutazioni o opinioni soggettive e discutibili, sembrano alla persona assolutamente oggettivi. La tendenza stabile ad attribuire certi significati agli eventi, ad interpretare in un certo modo ciò che accade viene definito *schema cognitivo*, detto *disfunzionale* quando distorce la realtà delle cose, produce sofferenza, si attiva spesso ed in contesti anche molto diversi, genera pensieri automatici negativi. Un esempio di schema disfunzionale, con conseguenti pensieri automatici negativi, potrebbe essere il seguente: "*mi sento poco interessante, le persone poco interessanti sono respinte dagli altri; dunque, io sarò respinto dagli altri!*".

I pensieri automatici esercitano, in questo modo, una grande influenza sul comportamento e sul vissuto emotivo. La persona dell'esempio, infatti, sulla base del ragionamento descritto, sarà facilmente predisposta a vergognarsi, a comportarsi in modo schivo ed evitare di esporsi nelle situazioni di gruppo.

COSA LA DISTINGUE DALLE ALTRE PSICOTERAPIE

E' fondata scientificamente. L'intervento terapeutico è strettamente collegato alle conoscenze sulle strutture e sui processi mentali messi in luce dalla ricerca scientifica in ambito psicologico ed è il trattamento la cui efficacia è più sottoposto a controlli scientifici.

E' collaborativa.

Terapeuta e paziente collaborano per capire il problema e sviluppare le strategie più adeguate per la sua risoluzione. Entrambi sono attivamente coinvolti nell'identificazione e nella messa in discussione delle specifiche modalità di pensiero che possono essere causa dei problemi emotivi ed insieme ricercano soluzioni e comportamenti alternativi a quelli problematici.

E' a breve termine.

Ogniqualevolta sia possibile, è di breve durata: di solito varia da pochi mesi ad uno o due anni, il più delle volte con un incontro a settimana. I problemi psicologici più gravi (ad esempio le psicosi) possono richiedere un periodo di cura più prolungato e l'uso integrato di psicofarmaci e di altre forme di trattamento, ad esempio quelle di gruppo.

E' orientata allo scopo.

Il terapeuta, dopo aver formulato una diagnosi a partire da quanto riferito dal paziente e da quello che emerge dai test specifici sottoposti, stabilisce assieme al paziente gli obiettivi della terapia ed un piano di trattamento che risponda alle sue richieste.

E' centrata sul problema attuale.

Lo scopo della terapia è la risoluzione dei problemi psicologici attuali del paziente e l'attenzione del terapeuta è soprattutto rivolta a ciò che nel presente contribuisce a mantenerli, pur considerando gli eventi passati e le esperienze infantili utili fonti d'informazione circa la loro origine ed evoluzione.

EMERGENZA COVID -19 : ASPETTI PSICOSOCIALI E BUONE PRASSI PER PROMUOVERE IL BENESSERE PSICOLOGICO

La condizione di emergenza nazionale dovuta alla pandemia di COVID-19 sta avendo un impatto poderoso sulla salute psicologica di tutti gli individui coinvolti; se è vero, infatti, che la diffusione di epidemie può comportare vissuti di stress, paura e ansia elevati, questo è ancor più vero alla luce della quarantena forzata cui l'intero Paese è stato sottoposto ed è verosimile ritenere che gli esiti sulla salute potrebbero essere, in alcune circostanze, tali da sopraffare l'individuo.

Ciascuno reagisce in maniera differente alle situazioni stressanti e tali reazioni possono essere influenzate da esperienze di vita e da caratteristiche di personalità, nonché dal contesto sociale di appartenenza. La reazione allo stress di una stessa persona, inoltre, può variare nel tempo e a seconda delle circostanze (Center for Disease Control and Prevention, 2020c). È pur vero che si possono individuare categorie di persone più esposte al rischio di COVID-19 e alle relative complicazioni in termini psicosociali: vi sono anziani, persone con malattie croniche, persone con disturbi mentali e disturbo da uso di sostanze, adolescenti e bambini, operatori sanitari e, in generale, tutti coloro che si stanno prendendo cura di pazienti affetti da coronavirus (CSTS, 2020b).

L'esperienza psicologica legata alla diffusione del coronavirus è, tuttavia, caratterizzata da specifici fattori di stress quali (IASC, 2020):

- Il rischio di essere contagiato o contagiare, soprattutto dal momento che le modalità di trasmissione non sono completamente chiare;
- La presenza di sintomi comuni ad altre patologie come la comune influenza;
- La preoccupazione dei genitori di sapere i propri figli a casa, purtroppo talvolta senza l'appropriato supporto;
- Il rischio di deterioramento fisico e mentale di individui vulnerabili e con disabilità anche laddove i genitori siano con loro in quarantena e non si disponga di altre figure di supporto solitamente presenti;
- Il rischio di essere esposti a lutti traumatici in quanto la pandemia stessa costringe ad una "morte senza saluto" impedendo di vedere i propri cari defunti, non consentendo l'attuazione di cerimonie e riti funebri che favoriscono la socializzazione del dolore, la narrazione con i propri cari, e che permettono, in generale, una ritualizzazione della morte racchiudendola in una cornice di significato (Goffredo et al., 2019; Onofri et al., 2015).

IL CONTAGIO DAL COVID- 19 : POSSIBILI IMPLICAZIONI PSICOLOGICHE NEI SOPRAVVISUTI E NEI FAMILIARI

La letteratura sugli esiti psicologici dei sopravvissuti a epidemie simili non risulta, ad oggi, particolarmente ricca. I sopravvissuti riferiscono frequentemente intensi sentimenti di paura legati alle conseguenze che tale virus, potenzialmente fatale, potrebbe generare.

I sintomi dell'infezione, come febbre, ipossia, fame d'aria e tosse, uniti agli effetti collaterali del trattamento farmacologico, come insonnia e nausea, potrebbero causare un peggioramento della condizione di ansia e di stress esperito, elicitando intense paure di morte. (Xiang, Y. et al., 2020). Come in tutte le condizioni acute ed inattese, il paziente si ritrova a doversi confrontare con un'immagine diversa di sé, malato e contagiato, quindi pericoloso per la salute degli altri.

L'isolamento stesso, l'assenza prolungata di contatto fisico e di un adeguato supporto emotivo, proprio quando è più intenso il vissuto di fragilità e vulnerabilità, potrebbero aggravare i sentimenti di angoscia, solitudine, paura e colpa esperiti. A questi fattori si aggiunge lo stress dell'ospedalizzazione che già in condizioni meno avverse si configura come una rilevante fonte di disagio. Il periodo di quarantena forzato disposto ai parenti dei pazienti positivi al virus, inoltre, potrebbe aumentare il vissuto di ansia e generare sentimenti intensi di colpa per la possibilità di aver contagiato i propri cari e, altresì, per averli esposti allo stigma (Xiang, Y. et al., 2020).

Nei pazienti assistiti a domicilio è richiesta comunque la quarantena necessaria al fine del contenimento dell'epidemia, ma l'isolamento forzato e la coabitazione coatta, oltre allo stato di incertezza rispetto alle difficoltà di prevedere l'andamento dell'epidemia stessa, hanno un costo psicologico enorme per tutti gli individui coinvolti e per gli operatori sanitari che si prendono cura di loro. Studi effettuati sulle precedenti epidemie hanno mostrato che la durata della quarantena è direttamente proporzionale all'aumento di sintomi da stress post-traumatico (CSTS, 2020b).

Brevemente, gli stressor della quarantena da COVID-19 includono (CSTS, 2020b): Frustrazione e noia legate all'isolamento, causate dalla perdita della solita routine (ad es. normali attività domestiche e lavorative, acquisti per necessità) e dal limitato contatto sociale e fisico con altri.

Percepita mancanza di trasparenza da parte delle autorità.

Paura di contrarre e/o infettare altri, che possono manifestarsi con preoccupazione intensa circa la propria salute e attenzione particolare rivolta ai sintomi fisici. Questi aspetti possono essere particolarmente rilevanti per le donne in gravidanza e genitori di bambini piccoli. È utile, altresì, considerare gli stressor post quarantena (CSTS, 2020b):

Perdita finanziaria.

Assenza dal lavoro, costi sanitari e altri oneri finanziari imprevisti possono comportare disagio socio-economico, in particolare tra coloro con redditi più bassi.

Stigma.

Stigmatizzazione e rifiuto da parte di vicini, colleghi di lavoro, amici e persino

familiari; essere trattati diversamente o con paura e sospetto, essere evitati o esclusi dalle attività da tempo libero, lavoro o attività scolastiche. Lo stigma può essere esacerbato se gli individui in quarantena sono membri di un particolare gruppo etnico o religioso.

Tornare alla propria routine.

Tornare al normale lavoro e alle routine sociali può richiedere da alcuni giorni a diverse settimane o addirittura mesi. Essere consapevoli che potrebbe volerci del tempo per tornare alle normali abitudini può aiutare ad affrontare la preoccupazione, l'ansia e la frustrazione.

Le risposte psicologiche e comportamentali agli stressor sopra elencati includono (SAMHSA, 2014):

- Ansia, preoccupazione o paura correlati al proprio stato di salute o quello di altri come amici e familiari e al monitoraggio continuo dei segni e sintomi della malattia; preoccupazione di non essere in grado di prendersi cura efficacemente di bambini o altri a sé affidati..

- Insonnia.

- Diminuzione della percezione di sicurezza ed incertezza per il futuro.

- Rabbia, legata anche al pensare di essere esposti alla malattia a causa della negligenza altrui. -Senso di colpa.

- Solitudine associata al sentirsi esclusi dal mondo ed isolato dai propri cari.

- Adozione di comportamenti a rischio (aumento dell'uso di alcol e tabacco, alterato equilibrio lavoro/vita privata, isolamento sociale, aumento del conflitto familiare e violenza).

Una minoranza degli individui, in particolar modo chi ha perso dei cari o si è ammalato, svilupperà sintomi depressivi quali sentimenti di disperazione, alterazioni dell'appetito o del sonno, apatia, irritabilità, o sintomi di un disturbo da stress post-traumatico (PTSD), come ricordi intrusivi, flashback, elevato arousal, incubi (CSTS, 2020b). Sarebbe utile che venissero condivisi con i pazienti e i loro familiari i piani di trattamento, i rapporti sullo stato di avanzamento della malattia e gli aggiornamenti sullo stato di salute.

Potrebbero risultare utili servizi per fornire consulenza psicologica utilizzando dispositivi ed applicazioni elettroniche come smartphone e WeChat, utili anche al fine di mettere in contatto i pazienti con i loro cari, riducendo così l'isolamento esperito ed i vissuti di solitudine conseguenti (Xiang, Y. et al., 2020). In questi pazienti andrebbero previsti regolari screening clinici per la depressione, l'ansia e i disturbi stress-correlati oltre che trattamenti psicologici e psichiatrici tempestivi per coloro che presentano problemi di salute mentale più gravi (Xiang, Y. et al., 2020). Per la maggior parte dei pazienti, le risposte emotive e comportamentali fanno parte di una risposta adattiva ad una condizione di stress straordinario, pertanto potrebbero essere utili tecniche psicoterapeutiche focalizzate sul trauma.

Sulla base dell'esperienza maturata a livello mondiale sull'impatto psicosociale generato dalle epidemie virali, lo sviluppo e l'implementazione di una pronta valutazione, di un supporto psicologico, e di un trattamento risultano obiettivi

cruciali e urgenti per la risposta sanitaria all'epidemia di COVID-19 (Xiang, Y. et al., 2020).

PROMUOVERE IL BENESSERE PSICOLOGICO DELLA COMUNITA'

Il supporto alla popolazione e la promozione del benessere psicologico di pazienti e familiari dovrebbero seguire alcuni principi generali quali (National Center for PTSD, 2020; CSTS, 2020b; CSTS, 2020e; CSTS, 2020f):

1. Promuovere l'utilizzo di una comunicazione efficace ed autorevole come strumento di intervento.

L'uso di una comunicazione chiara, comprensibile e pratica può ridurre le risposte psicologiche avverse e aumentare l'aderenza comportamentale all'adozione di stili di vita sani. Fornire comunicazioni rapide, ripetute, culturalmente adeguate ed appropriate rispetto agli interlocutori sulla natura della malattia, sui motivi della quarantena e altre informazioni essenziali. È utile ottenere le informazioni più recenti sul contagio attraverso risorse credibili, come ad esempio la Protezione Civile o l'Istituto Superiore di Sanità, al fine di fornire informazioni accurate ai pazienti. Questo consente di correggere e prevenire i rischi della disinformazione spesso veicolata dai media. A tal riguardo, la ricerca ha mostrato che l'eccessiva esposizione ai media, spesso finalizzata ad un tentativo di controllo della situazione, comporta notevoli rischi sulla salute psicologica.

2. Psicoeducazione.

Gli operatori sanitari sono in prima linea nell'intervento e sono in grado di orientare i comportamenti dei pazienti. La psicoeducazione del paziente svolge un ruolo fondamentale sia nel contenere la malattia che nel mitigare le emozioni angosciose. È fondamentale, tuttavia, che la comunicazione avvenga in maniera appropriata alle caratteristiche di ciascun individuo. Informare i pazienti sulle buone prassi adottate in prima persona, può ridurre il rischio di contagio.

3. Normalizzazione.

È bene normalizzare le reazioni di stress, i vissuti emotivi ed i sintomi somatici che sono comuni nel contesto di situazioni incerte e potenzialmente letali, come le epidemie. Un buon primo passo è quello di riconoscere e normalizzare tali reazioni ("vedo che sei stressato e questo è del tutto comprensibile. Molte persone si sentono in questo modo proprio adesso."). Questo li aiuterà a diventare più consapevoli dello stato della loro salute mentale e ad evitare l'angoscia prima che diventi più difficile da gestire. È importante inoltre aiutare le persone a vivere in maniera meno intensa e turbolenta possibile il periodo di stress, attraverso il ricorso a strategie di rilassamento, counseling, training, ristrutturazione di informazioni distorte.

4. Identificare e supportare i pazienti ad alto rischio.

Pazienti gravemente depressi, con pensieri ossessivo-compulsivi, o con una predominanza di sintomi somatici, o pazienti precedentemente esposti a traumi, possono essere particolarmente vulnerabili. Un contatto clinico più frequente può aiutare a far emergere preoccupazioni ed a evitare gravi esacerbazioni o ricoveri. Laddove si individuino situazioni di rischio legate alla presenza di gravi emozioni di

angoscia, recidiva o un peggioramento della psicopatologia, utilizzo regolare di sostanze o ideazione suicidaria o comportamenti para-suicidari, è bene indirizzare i pazienti verso i servizi territoriali di riferimento.

5. *Promuovere un senso di sicurezza minato dalla diffusione dell'epidemia e potenziare la percezione di autoefficacia.*

Le epidemie come il COVID-19 possono generare senso di impotenza rispetto alla prevenzione e alla protezione per sé e per i propri cari e alla gestione dell'eventuale patologia conclamata. È importante, a tal proposito, facilitare la comunicazione con i propri familiari in quanto la conoscenza delle loro condizioni di salute può avere un forte impatto sulla salute emotiva degli individui in quarantena e migliorare l'aderenza alla quarantena stessa.

6. *Promuovere un senso di connessione.*

Il supporto sociale è essenziale per fronteggiare situazioni stressanti. Pertanto, è opportuno promuovere le modalità di contatto sociale attraverso l'uso adeguato della tecnologia. È utile pianificare le attività durante la quarantena al fine di aiutare a ridurre la noia e ridurre l'attenzione su sintomi e sulla sensazione di essere isolato dalla famiglia e dagli amici. Facilitare l'accesso a Internet e ai social media è importante per mantenere i contatti interpersonali e le comunicazioni a distanza. Tuttavia, l'esposizione ai media deve essere monitorata, in quanto, se eccessiva, può aumentare lo stress emotivo.

PRENDERSI CURA DEI BAMBINI E ADOLESCENTI: VISSUTI, BISOGNI E COMPITI DI CURA GENITORIALE

I bambini e i ragazzi, indipendentemente dall'età, possono manifestare vissuti di preoccupazione o disagio emotivo durante e a seguito di un'emergenza sanitaria. Possono attivare comportamenti di attaccamento ai caregiver e richieste di accudimento, sentirsi ansiosi, ritirarsi, sentirsi arrabbiati o agitati, avere incubi notturni, enuresi, frequenti cambiamenti d'umore (CSTS, 2020a).

Bambini e ragazzi sperimentano sensazioni di sollievo se riescono di esprimere e comunicare i loro sentimenti di inquietudine in un ambiente sicuro e supportivo; è importante, pertanto, normalizzare e validare tali vissuti, cercare di comprendere i loro bisogni attraverso, ad esempio, un'attività creativa come giocare e disegnare, che può facilitare la self-disclosure e aiutare i bambini a trovare modi positivi per esprimere sentimenti angoscianti come rabbia, paura e tristezza. È noto, inoltre, che parte delle reazioni emotive e comportamentali dei bambini si modellano sulla base dell'esempio fornito dagli adulti di riferimento e risulta, pertanto, importante che questi possano mostrarsi calmi e fiduciosi e possano esprimere le proprie emozioni condividendole anche con bambini e ragazzi, al fine di garantire supporto ai figli, oltre che per fornire un esempio funzionale di come gestire emotivamente tale emergenza. In questo modo si confermerà ai bambini che anche i loro "eroi" più vicini possono sperimentare emozioni per loro brutte o inaccettabili. Come già detto in riferimento agli adulti, è bene considerare che non tutti i bambini o ragazzi hanno reazioni psicologiche omogenee e ciò dipende da una commistione di fattori individuali e contestuali (NCTSN, 2020). Alcuni indicatori da tenere in considerazione rispetto al benessere dei figli sono:

- Pianto eccessivo o episodi di rabbia in bambini più piccoli.
- Comportamenti regressivi rispetto alla fase di sviluppo.
- Eccessiva paura o tristezza.
- Cambiamenti nell'alimentazione e nel sonno.
- Irritabilità, specialmente negli adolescenti.
- Calo del rendimento scolastico.
- Difficoltà di attenzione e concentrazione.
- Diminuzione di interesse per attività piacevoli nel passato.
- Sintomi somatici.
- Uso di sostanze.

Alcuni aspetti peculiari legati alla fase evolutiva possono essere così sintetizzati (Center for Disease Control and Prevention, 2020a):

-bambini di 2 anni possono piangere più spesso del solito e richiedere più attenzioni e affetto, mentre bambini in età prescolare possono presentare comportamenti regressivi, come episodi di enuresi, ansia da separazione dalle figure genitoriali, capricci o manifestazioni di rabbia e difficoltà nel sonno;
-bambini più grandi (7-10 anni) possono sperimentare tristezza o paura che l'emergenza possa ripresentarsi, anche come esito dell'esposizione ad informazioni

distorte tra pari; inoltre, alcuni bambini possono manifestare difficoltà di concentrazione o focalizzarsi sui dettagli dell'evento e parlarne durante buona parte della giornata, mentre altri possono manifestare evitamento;

-pre-adolescenti ed adolescenti possono manifestare disturbi comportamentali o, d'altro canto, ridurre il tempo di frequentazione con i pari. Possono talvolta sperimentare vissuti emotivi di elevata intensità e sentirsi incapaci di esprimerli a parole; talvolta tali vissuti emergono attraverso irritabilità e comportamenti oppositivi verso fratelli, genitori o altri adulti;

-bambini con bisogni speciali, neuro-diversità, problematiche psicologiche, possono sperimentare uno stress più intenso ed un minore senso di controllo. Potrebbero pertanto necessitare di maggiori spiegazioni e rassicurazioni oltre che un maggiore conforto attraverso il contatto fisico.

Di seguito vengono riportate le indicazioni principali da seguire con bambini e adolescenti (CSTS, 2020a).

1. Limitare l'esposizione dei bambini alle notizie, soprattutto se non accompagnati da adulti, dal momento che i bambini possono interpretare in maniera distorta ciò che ascoltano e spaventarsi di conseguenza;

2. Cercare di mantenere una regolarità. Un aspetto importante è mantenere le routine e gli orari regolari il più possibile o crearne di nuovi, pianificare attività come l'apprendimento e lo studio, il gioco, anche motorio, e momenti di relax, nel rispetto della sicurezza dei bambini e delle diverse disposizioni nazionali. Alcuni esempi di attività potrebbero comprendere: incoraggiare la partecipazione dei bambini nelle faccende domestiche per facilitare il loro senso di efficacia in modo anche coinvolgente ed accogliente; rendere il momento dell'igiene sereno, accurato e divertente anche attraverso l'uso di rime, canzoni o giochi o storie immaginarie (storie immaginarie sul virus da creare insieme, leggere o disegni da colorare).

3. È importante dedicare del tempo per parlare con i bambini circa il COVID-19 utilizzando un linguaggio chiaro ed adeguato all'età e adottando un atteggiamento autenticamente comprensivo ed accogliente.

- Confrontarsi con loro su idee sbagliate e talvolta stigmatizzanti, per esempio, evitando termini diversi da "coronavirus", come ad esempio "Virus cinese", poiché aumentano lo stigma e consentono il perpetuarsi di idee sbagliate sulla malattia.

- Fornire esempi concreti su ciò che sta accadendo ed informazioni chiare, a misura di bambino, spiegando cos'è il COVID-19, come ridurre il rischio di infezione e rimanere al sicuro a casa, dandogli la possibilità di esprimere preoccupazioni e dubbi. - Dimostrare ai bambini come possono mantenersi al sicuro (ad esempio, mostrando loro un efficace lavaggio delle mani), rassicurandoli che riceveranno cure mediche adeguate nell'eventualità che si ammalino.

- Evitare di speculare su voci o informazioni non verificate di fronte ai bambini.

Limitare e monitorare attentamente l'utilizzo dei media da parte dei bambini cercando di ridurre la potenziale confusione, preoccupazione e paura, chiarificando ciò che è certo e ciò che è sconosciuto.

4. Mantenere un ambiente sensibile e premuroso intorno ai bambini. I bambini

hanno bisogno dell'amore degli adulti e spesso di un'attenzione più dedicata nei momenti difficili, che va accolta come richiesta di aiuto, sicurezza e conforto. È bene assicurare la vicinanza ai genitori e alla famiglia, se considerati come un posto sicuro per i bambini, ed evitare il più possibile di separarli dai loro caregiver. Se, per varie ragioni, i bambini non hanno la possibilità di restare con i loro genitori, assicurare contatti regolari e frequenti (ad es. tramite telefono, videochiamate) e rassicurarli. Laddove il bambino debba essere separato dal suo caregiver primario, è importante assicurarsi che siano fornite adeguate cure alternative e che siano garantite tutte le misure di protezione e accudimento.

5. Laddove i segnali di malessere del bambino espressi a livello somatico o comportamentale risultino particolarmente intensi o persistenti, non aver timore di contattare un professionista per collaborare insieme al fine di garantire il benessere del bambino.

6. Nel momento in cui l'emergenza si riduce, assicurare comunque al bambino l'opportunità di parlare di quanto accaduto e di esprimere i propri pensieri, dubbi e preoccupazioni. E' anche bene mantenere contatti tra le figure che si prendono cura del bambino per confrontarsi su eventuali reazioni o comportamenti manifestati dallo stesso (Center for Disease Control and Prevention, 2020a).

IL BENESSERE DELLA COLLETTIVITA': IL RUOLO PECULIARE DELLA COMUNICAZIONE

Com'è stato ampiamente descritto, la situazione stressante in cui viene richiesto distanziamento sociale e isolamento, può esporre la popolazione a fattori di stress sia durante che dopo tale periodo e può provocare effetti collaterali acuti e psicologici a lungo termine.

Tuttavia, considerando la comunità e le reazioni in termini di collettività, si può evidenziare come l'impatto dell'epidemia abbia assunto particolari sfaccettature in relazione alle diverse fasi di diffusione: in un primo momento e in corrispondenza delle regolamentazioni governative, sono emerse reazioni di massa caratterizzate dall'allontanamento dalle zone più critiche (ricongiungendosi alle famiglie in altre regioni, raggiungendo la casa al mare o in montagna, andando in vacanza) e dall'assalto ai supermercati ed alle farmacie.

In una seconda fase, si è assistito, invece, ad uno spirito condiviso di cooperazione ed accentuato altruismo, tipico di molte emergenze e catastrofi e che è spiegabile in termini di processi di identità sociale, che riflettono un nuovo senso di appartenenza derivante dall'esperienza comune. Al fine di potenziare le risorse della comunità, come fattori protettivi per il benessere della popolazione, è importante che le pubbliche autorità mettano in campo azioni e strategie funzionali orientate a principi chiave quali speranza, sicurezza, connessione sociale ed autoefficacia percepita (CSTS, 2020d).

È necessario, infatti, porre grande enfasi sulla forza e sull'intraprendenza delle comunità piuttosto che su debolezze e vulnerabilità. I membri della comunità possono essere preparati con tempestività e accuratezza ad informazioni aggiornate sull'educazione alla salute pubblica, fornite al meglio per mezzo di un utilizzo di comunicazioni di rischio efficaci e continue.

La comunicazione dei rischi è uno strumento fondamentale per ottimizzare la risposta psicologica e comportamentale di un'organizzazione o di una comunità; essa comporta la condivisione d'informazioni sui rischi, del significato di quest'ultimi, nonché delle decisioni e delle azioni politiche volte a gestirli.

Un'efficace comunicazione genera fiducia e collaborazione, riduce lo stress e consente ai membri della comunità di concentrarsi sullo svolgimento dei loro ruoli a casa e a lavoro. Le autorità possono migliorare la capacità di generare minacce per la salute pubblica attraverso le seguenti azioni (CSTS, 2020d):

1. Utilizzare principi di comunicazione del rischio efficaci, tra cui fornire informazioni su base regolare e tempestiva, condividere le conoscenze sulla minaccia, evitare speculazioni, essere sempre sinceri, evitare false promesse, fornire informazioni aggiornate, quando disponibili, ed anticipare la necessità di ripetere i messaggi.
2. Fornire un'educazione sanitaria e delle risorse che consentano alle persone di prendere misure di base per prepararsi a casa e sul lavoro a nuove ed emergenti minacce; ciò migliora l'efficacia di sé e della comunità e riduce le paure.
3. Incoraggiare le famiglie e la comunità a lavorare insieme sulla pianificazione e preparazione, in modo che possano apprendere i rischi e condividere informazioni

accurate che forniscono rassicurazioni e riducono l'incertezza.

4. Fornire alle persone un meccanismo per condividere le preoccupazioni sulle minacce nuove ed emergenti ed ottenere risposte alle loro domande; l'uso di informazioni su risorse online e linee di numeri gratuiti da contattare, condivise in modo ampio e ripetuto, può ridurre l'angoscia e responsabilizzare i membri della comunità ad impegnarsi in comportamenti di auto-cura.

5. Anticipare che l'angoscia per le nuove minacce rappresenta una sfida particolare per le persone che non l'hanno mai sperimentata in precedenza; una messaggistica mirata e un'istruzione possono migliorarne il benessere.

Inoltre, integrare messaggi positivi in tutti i messaggi pubblici (TV, social media, ecc.) promuoverà il benessere della popolazione.

È responsabilità di tutti i settori (ad es. protezione, istruzione) compresi i media, condividere tali messaggi. Una campagna di sensibilizzazione pubblica completa dovrebbe essere mobilitata al fine di educare le comunità, ad affrontare lo stigma e le paure eccessive di contagio e incoraggiare il pubblico a valorizzare e sostenere i lavoratori in prima linea.

CONCLUSIONI

L'emergenza coronavirus ha sconvolto il mondo intero, sovraccaricando il sistema assistenziale, imponendo drastici cambiamenti allo stile di vita individuale e collettivo, piegando l'economia e lo stato sociale e tutto questo potrebbe esitare in un aumento esponenziale della sofferenza psicologica associata a diversi quadri clinici, soprattutto trauma-correlati.

Il confronto con queste esperienze di impotenza, tuttavia, obbliga ciascuno a interrogarsi sul vero significato della vita, mettendo in piena luce i piccoli gioielli ritrovati nelle relazioni sociali e nella quotidianità. Assistiamo a variegata espressioni di accresciuti sentimenti di coesione sociale, di corresponsabilità e impegno solidale. Dilaga inoltre l'offerta di supporto psicologico con la condivisione di buone prassi per la gestione dello stress vissuto dai sanitari, dalle famiglie, dai ragazzi e dalle realtà sociali, educative e scolastiche.

Esiste un'ampia mole di ricerche che evidenzia, d'altro canto, il potere potenzialmente trasformativo di esperienze straordinariamente eccezionali.

Contiamo oggi su una ricca area di ricerca che studia e promuove la crescita post-traumatica, tutti quei processi psicologici, conseguenti a esperienze traumatiche, alla base dei cambiamenti in positivo nella percezione di sé, nelle relazioni interpersonali, nel progetto di vita.

Questi processi si fondano sulla possibilità di trovare una cornice di significato e di dare valore all'esperienza traumatica che se sapientemente supportati possono promuovere vere e proprie occasioni di rinascita.

Tutto questo ci restituisce fiducia e speranza nel futuro, anche perché possiamo contare sui protocolli d'intervento psicologico fondati su solide basi scientifiche e verificati nell'efficacia, che ci potranno consentire di armonizzare e affrontare con competenza le tante sofferenze derivanti dalla pandemia.

SITOGRAFIA

<https://img.ibs.it/pdf/9788859016717.pdf>

<http://www.sitcclazio.it/la-terapia-cognitiva/>

<http://www.psicoterapeutiinformazione.it/wp-content/uploads/2020/04/numero-speciale-covid-specializzandi-bari.pdf>

Bibliografia

Australian Psychological Society (2020). Maintaining your mental health during social isolation.

https://www.psychology.org.au/getmedia/53f35a80-8a72-48fa-a5db_e09e1feb5335/20APS-IS-COVID-19-Isolation-P2_1.pdf

Brooks, S.; Webster, R., K.; Smith, L., E.; Woodland, L.; Wessely, S., Greenberg, N.; Rubin, G., J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. Lancet, 395; 912-20, Department of Psychological Medicine, King's College London.

Center for Disease Control and Prevention (2020a). Helping Children Cope with Emergencies.

<https://www.cdc.gov/childrenanddisasters/helping-children-cope.html>.

Center for Disease Control and Prevention (2020b). Taking Care of your Emotional Health.

<https://emergency.cdc.gov/coping/selfcare.asp>.

CSTS Center of Study of Traumatic Stress | Department of Psychiatry (2020a). Helping Homebound Children During the COVID-19 Outbreak. www.CSTSONline.org.

CSTS Center of Study of Traumatic Stress | Department of Psychiatry, (2020b). Helping Patients Manage the Psychological Effects of Quarantine and Isolation. www.CSTSONline.org.

CSTS Center of Study of Traumatic Stress | Department of Psychiatry. (2020c). How Healthcare Personnel Can Take Care of Themselves.

CSTS Center of Study of Traumatic Stress | Department of Psychiatry, (2020d) Leader's Guide to Risk communication in the face of Coronavirus and other emerging public health threats. Uniformed Services University. www.CSTSONline.org.

CSTS Center of Study of Traumatic Stress | Department of Psychiatry (2020e). Supporting the Mental Health of Patients During COVID-19: A Guide for Healthcare Personnel.

CSTS Center of Study of Traumatic Stress | Department of Psychiatry (2020f). Supporting Patients During Quarantine or Confinement.