



L'educazione terapeutica per migliorare l'aderenza alle disposizioni precauzionali: un progetto di telepsicologia rivolto a un bambino di 9 anni e alla sua famiglia durante la quarantena disposta dal DPCM 11 marzo 2020

Alberta Xodo*, Luana Buffon**, Monica Conz**, Sara Vianello***

*Psicologa pediatrica, psicoterapeuta; **psicologia psicoterapeuta; ***psicologa, Treviso

L'articolo racconta un intervento di telepsicologia rivolto a un bambino di 9 anni e alla sua famiglia durante la quarantena disposta dal DPCM 11 marzo 2020. Vengono esplicitati i costrutti cardine della psicologia pediatrica e come questi siano stati resi operativi nel rapporto a distanza, attraverso interventi di counselling e homework specifici.

This article is an account of a telepsychological intervention addressed to a 9 years old child and his family during the Italian lockdown called for Prime Minister Decree (DPCM) on 11th March 2020, due to SARS-CoV2 pandemic. We explain the pediatric psychological cornerstone constructs and how we made them operational in a long-distance therapeutic relationship, by means of counselling strategies and specific homeworks.

Il presente contributo racconta un intervento di psicoeducazione, attuato attraverso la telepsicologia, per migliorare l'aderenza alle disposizioni precauzionali in un bambino di 9 anni, isolato in casa a seguito del DPCM 11 marzo 2020.

Con il termine "telepsicologia" si intende l'erogazione di servizi psicologici attraverso le tecnologie di telecomunicazione, che possono essere utilizzate in varie combinazioni a seconda dello scopo che lo psicologo vuole perseguire, purché nella consapevolezza dei limiti e benefici nella specifica situazione [1].

Nei dieci giorni successivi all'entrata in vigore del DPCM 11 marzo 2020 abbiamo intervistato 55 soggetti in età evolutiva (6-13 anni) per "fotografare" in che modo stessero affrontando l'isolamento.

La nostra teoria di riferimento è quella cognitiva e interattivo-costruttivista, che descrive il bambino come impegnato a costruire le proprie teorie sul mondo attraverso schemi anticipatori e che agisce sempre sulla base del significato che è in grado di attribuire agli eventi [2]; ci siamo dunque riferite direttamente a bambine e bambini in quanto essi stessi generatori di salute.

Le interviste narrative [3] sono state condotte tramite Skype che è uno strumento

utilizzabile in sostituzione delle più classiche interviste faccia a faccia [4]. Al termine di ogni sessione è stata offerta ai genitori la possibilità di interfacciarsi con la psicologa che aveva condotto il colloquio, al fine di condividere eventuali difficoltà e ricevere orientamento e sostegno se necessario.

I genitori di M., 9 anni, aderiscono al progetto di ricerca e – come da nostra indicazione – chiedono il consenso anche al figlio, facendogli leggere una lettera personalizzata. Riferiscono che M. è entusiasta e che loro stessi hanno piacere in quanto "non sappiamo più come tenerlo: non vuole fare i compiti, non aiuta in casa, fa capricci, si rifiuta di lavarsi le mani e cambiarsi i vestiti quando va in giardino e la sera pretende di dormire con noi". I genitori riferiscono di sentirsi impotenti e di essere loro stessi molto nervosi; le tentate soluzioni fin qui adottate riguardano principalmente il reiterare la comunicazione rispetto alle norme, sgridare M. e proibirgli di giocare in giardino fin tanto che non dimostrerà maggiore responsabilità.

Da un confronto tra i costrutti della psicologia pediatrica e l'intervista emerge quanto segue.

Comprensione della malattia

È nostra convinzione che il bambino vada posto al centro di comunicazioni accessibili riguardanti salute e benessere, mediate da adulti che sappiano porsi in ascolto e collaborare con e per lui. Tutti noi, se lasciati soli di fronte a eventi, rischiamo di fantasticare su scenari catastrofici o al contrario di negare difensivamente i rischi. Adulti e bambini, di fronte a ciò che non capiscono, diventano irritabili, oppositivi, ansiosi, non collaborativi, poco aderenti [5].

Il punto di vista di M. Dall'intervista emerge che M. utilizza molti termini tecnici: "quarantena", "tampone", "malattia respiratoria", "terapia intensiva"; non è in grado però di spiegarne il significato e ammette di averli imparati ascoltando i programmi di approfondimento per adulti. Il confronto coi genitori risulta assente in quanto a suo parere si irriterebbero quando, facendo domande, interrompe l'ascolto della televisione o le loro conversazioni.

Aderenza alle norme precauzionali

Il problema della scarsa aderenza è noto in medicina ed è affrontato ampiamente attraverso la ricerca psicologica pediatrica [6]; sia essa intenzionale o non intenzionale, l'educazione terapeutica risulta essere lo strumento maggiormente efficace per generare l'alleanza con il paziente [7]. L'aderenza al trattamento (nel nostro caso alle disposizioni precauzionali) è influenzata dai seguenti fattori: socioeconomici; legati al bambino e al sistema familiare; al sistema sanitario; alla condizione clinica; alla terapia prescritta.

All'interno del nostro campione abbiamo suddiviso i bambini intervistati in:

- *conoscitori passivi*: sono in grado di ripetere le regole, ma non di capirne il senso;

- *conoscitori attivi*: sono in grado di ripetere le regole, spiegarne il senso, ed esprimere attivamente un'opinione sulle stesse;
- *generatori di regole*: sono in grado di ripetere le regole, esprimere un'eventuale opinione; spontaneamente raccontano in che modo avrebbero gestito la situazione se fossero stati al posto del decisore politico.

Il punto di vista di M. Il bambino rientra nella categoria "conoscitore passivo". La conoscenza di una regola non garantisce affatto la sua interiorizzazione e applicazione. M. ammette di dimenticarsi spesso di lavarsi le mani e che questo è fonte di tensione all'interno della famiglia. Si riscontrano nella narrazione del bambino i seguenti fattori legati alla scarsa aderenza:

- *legati al bambino*: negazione difensiva della pericolosità, scarsa comprensione del senso delle norme, fragilità emotiva;
- *legati al sistema familiare*: difficoltà difensiva di comunicazione sul tema, difficoltà di leggere in termini emotivi i comportamenti ostili del minore;
- *legati al sistema sanitario*: assenza di consulto medico a misura di bambino;
- *legati alla condizione clinica*: sintomi non presenti/non evidenti;
- *legati alla terapia prescritta*: comportamenti ad alta frequenza.

Qualità della vita

Costrutto multidimensionale che interessa ampiamente i domini della medicina e della psicologia; fa riferimento a diversi aspetti bio-psico-sociali e alla percezione soggettiva [8].

Il punto di vista di M. La qualità della vita di M. risulta essere compromessa in tutte le aree indagate: aumento della conflittualità con i genitori; riduzione drastica dei contatti significativi con i familiari e con i pari; interruzione repentina di tutte le attività scolastiche ed extrascolastiche; impossibilità di condurre attività fisiche all'aria aperta; ridotta capacità di futurizzazione; ansia reattiva aggravata da sintomatologia regressiva; percezione di difficoltà economiche familiari, ecc.

Strategie di coping

Con il termine "coping" intendiamo le strategie messe in atto per fronteggiare situazioni di stress; il coping non dipende unicamente da disposizioni individuali ma è un processo interattivo, flessibile e pianificabile, determinato in gran parte dalla lettura dell'ambiente; può essere problem o emotional focused [9].

Il punto di vista di M. Si è riscontrata povertà di strategie; la gestione emotiva

completamente delegata alla negazione, con ricadute pericolose in termini di percezione del rischio e attuazione delle norme precauzionali.

Locus of control

Crede individuali sulla capacità di incidere sugli eventi e controllarli; il locus of control interno è proprio di coloro che ritengono di essere in grado di direzionare gli eventi; quello esterno è proprio di coloro che ritengono che la propria vita precinda dal loro controllo [10].

Il punto di vista di M. Prettamente esterno.

Risk perception

Atto soggettivo attraverso cui vengono processate cognitivamente informazioni circa l'ambiente esterno, nel quale si stanno verificando, o si potrebbero verificare, effetti negativi. È altamente influenzato da fattori emotivi.

Il punto di vista di M. Risulta seriamente in difficoltà nell'integrare le informazioni esterne (spesso vaghe e contrastanti) con le proprie emozioni. Si riscontra negazione difensiva della serietà della situazione e dei rischi connessi quasi come atto esorcizzante nei confronti della paura.

Il progetto di intervento

Abbiamo deciso di riportare dettagliatamente i costrutti utilizzati per sfatare un'infondata convinzione rispetto all'aderenza in età evolutiva: non è unicamente ripetendo le regole che un bambino le seguirà e non è minacciando punizioni che diventerà responsabile della propria salute! Come ampiamente esplicitato, l'aderenza non è una scelta ma un processo di responsabilizzazione dell'individuo e delle famiglie. Stante la letteratura scientifica di riferimento, gli interventi basati sulle teorie comportamentiste e integrate hanno maggiore effetto sull'aderenza rispetto ai soli interventi educativi.

L'intervento ha coinvolto in sessioni separate genitori e bambino, ed è durato complessivamente 15 giorni.

Grande rilevanza è stata data agli homework, uno degli strumenti cardine di molte psicoterapie, che permette di proseguire il lavoro iniziato durante la seduta, inglobandolo nella quotidianità. Il paziente a cui vengono assegnati i compiti viene sollecitato a divenire protagonista, esplorando le proprie reazioni tipiche (pensieri, emozioni o azioni) e sperimentando modalità differenti di comportamento.

Genitori

È stato offerto uno spazio di consulenza (quattro incontri) con i seguenti obiettivi:

- 1 coadiuvare l'attribuzione di significato ai comportamenti del bambino: il ruolo della psicologa non è quello di "tradurre" i comportamenti ai genitori, ma di aiutarli a comprendere il "messaggio" contenutovi per potervi rispondere adeguatamente;
- 2 facilitare l'espressione degli stati emotivi: aiutare la famiglia a passare da un sistema basato sul comportamento a un sistema basato sulla verbalizzazione; non possiamo trascurare che un bambino si sentirà autorizzato a esprimere le emozioni solo di fronte a un adulto interessato ad ascoltarlo e a partecipare con lui, senza giudicare né minimizzare; un bambino arrabbiato o che ha paura non vuole sentirsi dire che noi invece non ne abbiamo, bensì come facciamo a gestire le sue stesse emozioni;
- 3 migliorare la comunicazione sui temi inerenti il Covid-19: si è suggerito ai genitori di limitare i momenti in cui M. poteva essere esposto a sovrainformazioni provenienti da programmi di approfondimento per adulti;
- 4 supportare i genitori nel tutoring al training sull'aderenza proposto al bambino.

Ai genitori è inoltre stato chiesto di tenere un diario dei comportamenti problematici per poter avere un monitoraggio sistematico dell'evoluzione in fase di intervento.

Bambino

A partire dalle analisi dei costrutti sopra citati, abbiamo focalizzato due traiettorie: empowerment e self management; i soggetti in età evolutiva possono essere infatti messi nelle condizioni di sviluppare un atteggiamento responsabile nei confronti della propria salute; i bambini possono e devono poter gestire in autonomia parte delle loro routine terapeutiche in accordo con l'età e le caratteristiche emotive-cognitive.

Incontro 1: la comprensione della malattia come aiuto alla mentalizzazione

Come già illustrato precedentemente, non possiamo chiedere a un bambino di seguire delle regole senza capirne il senso; inoltre se non siamo noi i protagonisti di questa comunicazione il bambino riempirà autonomamente i vuoti informativi con proprie intuizioni e fantasie; la mentalizzazione che consegue una buona comunicazione permette di dare senso all'interruzione della coerenza biografica dovuta alla quarantena.

Intervento: in accordo con il nostro modello di riferimento il colloquio si è articolato in:

- a comprendere (valutare) cosa il bambino già sapeva del fenomeno;
- b chiedere al bambino che cosa avrebbe voluto sapere;
- c rispondere chiaramente alle sue richieste/curiosità;
- d aggiungere le informazioni ritenute indispensabili [5].

Questa fase, che consideriamo imprescindibile in quanto costruisce un terreno comunicativo franco e rispettoso, si è conclusa con la richiesta di costruire la rete dei possibili interlocutori con i quali soddisfare di lì in avanti le proprie ulteriori curiosità.

Incontro 2: sostegno alle strategie di coping

Un bambino non ha semplicemente bisogno di sapere che noi siamo in grado di fare qualcosa ma soprattutto *come* ci riusciamo. A questo proposito è utile promuovere i comportamenti esplorativi del bambino facilitando al contempo il monitoraggio metacognitivo. Con il termine “metacognizione” si intendono tutte le operazioni cognitive che vengono eseguite in modo sovraordinato rispetto alle operazioni cognitive esecutive, con la funzione di coordinarle e riflettervi [11]. Il semplice

strumento proposto, discusso poi durante l’incontro seguente, promuove la metacognizione e dunque l’interiorizzazione della strategia.

Intervento: è stato proposto a M. di intervistare le persone ritenute significative, al fine di raccogliere tutte le strategie messe in atto per ricordare le disposizioni precauzionali e per gestire le proprie emozioni in questa fase. Una volta conclusa la fase di intervista, è stato chiesto di sperimentare a sua volta i suggerimenti raccolti e di verificare quali si adattassero maggiormente al suo stile per iniziare a costruire strategie *ad hoc*. La tabella riportata è un esempio ridotto di ciò che può essere impostato all’interno di un intervento psicologicamente orientato; tuttavia, decidiamo di condividere questa versione poiché più fruibile e immediata per un intervento ambulatoriale pediatrico (Tabella 1).

Incontro 3 e 4: valutazione e promozione dell’aderenza

Per comprendere le dinamiche di aderenza, è necessario partire dal concetto di responsabilità, non di obbedienza. In particolare, è necessario comprendere chi e come assume la responsabilità dell’aderenza

al regime terapeutico; la suddivisione delle responsabilità è riconosciuta come fattore facilitante l’aderenza [6].

Intervento: è stato proposto alla famiglia di scrivere tutte le disposizioni e di condividere i compiti, dando particolare rilevanza al tutoraggio per promuovere il self management. In Tabella 2 è proposto un esempio di come è possibile impostare la griglia dei compiti.

Dopo aver valutato assieme al bambino quali fossero le difficoltà maggiori, si sono proposti degli strumenti basati sostanzialmente sul supporto alla memoria; si ricorda che tanto è più profonda (significativa) l’elaborazione, e tanto più collegata a informazioni già esistenti, tanto più facile sarà ricordare [11].

Intervento: si sono costruite assieme a M. delle schede da poter usare nei giorni successivi per “analizzare” le proprie difficoltà e trovare delle soluzioni coerenti. In particolare il bambino ha trovato utili strategie basate sui “visual cues”, vale a dire i segnali visivi posti in luoghi strategici dell’abitazione, al fine di ricordare l’azione da compiere. Infine, è opportuno ricordare che nei regimi preventivi avviene ciò che è osservabile anche per quanto concerne i pazienti con malattie croniche ma asintomatici: il beneficio dell’aderenza è future-oriented e, in ogni caso, non garantisce che non ci saranno complicazioni (per esempio asma e diabete di tipo 1); questa polarizzazione su di un futuro beneficio incerto non è sufficiente a sostenere la motivazione. La probabilità di ottenere la risposta desiderata, in questo caso la messa in atto di comportamenti di prevenzione, aumenta se seguita da un rinforzo contingente nel tempo rispetto a quando viene emessa. Questo rende il processo dell’apprendimento e dell’automatizzazione più veloce e soddisfacente e acquisito. Su questo principio si basa la token economy, strumento ampiamente utilizzato anche in psicologia pediatrica [12].

Chi ho intervistato?	Che strategia usa per rilassarsi quando si sente agitato?	Come mi sento dopo averla provata?
		☹️ 😐 ☹️
		😊 😐 😐
		😊 😐 ☹️

SUGGERIMENTO	LO FACCIAMO GIÀ	ME NE OCCUPERÒ IO	SE NE OCCUPERÀ (SEGNA IL NOME)	VOGLIO IMPARARE, ME LO INSEGNERÀ...
Pulisci le superfici con disinfettanti a base di cloro o alcol			Mamma e papà	Papà
Non bere dai bicchieri usati da altri	X			
Pulisci le zampette al tuo cane dopo averlo portato fuori		X		
Esci solo per fare la spesa			Mamma	
...				
...				
...				

Intervento: si è deciso di introdurre un rinforzo immediato per sostenere la motivazione, in questo caso la consegna della tessera di un puzzle ogniqualevolta M. eseguiva l'azione desiderata, al fine di offrire un supporto visivo al processo di acquisizione di comportamenti automatizzati.

Incontro 5: valutazione dell'efficacia e conclusione

L'incontro conclusivo è avvenuto con l'intera famiglia. Il nucleo riferisce un clima decisamente positivo e una netta automatizzazione dei comportamenti precauzionali, verificata anche attraverso il controllo dei diari. Significativo osservare che il bambino è apparso più tranquillo già dal primo incontro, vale a dire da quando gli sono state fornite delle spiegazioni oneste rispetto a quanto stava accadendo.

Conclusioni

Così come la famiglia di M., molti nuclei in quarantena hanno avuto bisogno del supporto psicologico per affrontare le difficoltà contingenti. Bambine e bambini hanno manifestato la loro sofferenza attraverso diversi sintomi emotivi e comportamentali, che non di rado si sono espressi proprio sulla gestione delle disposizioni precauzionali. La telepsicologia si è rivelata uno strumento utile per intervenire in breve tempo sui comportamenti che ostacolavano l'aderenza.

✉ alberta.xodo@gmail.com

1. Joint Task Force for the Development of Telepsychology Guidelines for Psychologists. Guidelines for the practice of telepsychology. *Am Psychol.* 2013 Dec;68(9):791-800.
2. Salvini A, Dondoni M. Psicologia clinica dell'interazione e psicoterapia. Giunti, 2011.
3. Atkinson R. L'intervista narrativa. Raffaello Cortina, 2002.

4. Sullivan JR. Skype: An Appropriate Method of Data Collection for Qualitative Interviews? *The Hilltop Review.* 2012 Dec;6(1):10.
5. Capurso M. Facilitare la comprensione della malattia nel bambino. Franco Angeli, 2017.
6. La Greca AM, Mackey ER. Adherence to Pediatric Treatment Regimens. In Roberts MC, Steele RG (a cura di). *Handbook of Pediatric Psychology.* The Guilford Press, 2009.
7. https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/.
8. Bonichini S, Tremolada M. Psicologia pediatrica. Carocci, 2019.
9. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal and coping. Springer Publishing Company, 1994.
10. Rotter JB. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychol Monogr.* 1966;80(1):1-28.
11. Cornoldi C, De Beni R. Imparare a studiare 2. Strategie, stili cognitivi, metacognizione e atteggiamenti nello studio. Erickson, 2013.
12. Ivy JW, Meindl JN, Overley E, Robson KM. Token Economy: A Systematic Review of Procedural Descriptions. *Behav Modif.* 2017 Sep;41(5):708-737.



La prevenzione cardiovascolare attraverso lo stile genitoriale

Uno studio longitudinale che raccoglie migliaia di partecipanti per oltre trent'anni è una sfida per un ricercatore e attira l'interesse del clinico, qualunque sia l'ambito di specializzazione. La coorte CARDIA study (Coronary Artery Risk Development in Young Adults) ha arruolato tra il 1985 e il 1986 oltre 5.000 persone di età compresa tra i 18 e i 30 anni. In questa ricerca l'incidenza delle malattie cardiovascolari e le cause di mortalità durante l'età adulta sono state associate all'ambiente psicosociale vissuto durante l'età dello sviluppo. La misurazione di comportamenti maltrattanti e di stile genitoriale è stata effettuata tramite il Risky Families Questionnaire che ha valutato 7 dimensioni dell'ambiente familiare vissuto durante l'infanzia: l'amore e il sostegno dei genitori, il maltrattamento fisico o verbale, la presenza di dipendenze da sostanze e il consumo di alcol nei genitori, l'organizzazione e la gestione della famiglia, la conoscenza da parte dei genitori delle attività svolte dai figli. Alla fine del trentennale periodo di follow-up, 198 partecipanti hanno sviluppato una malattia cardiovascolare (17,9 per 100.000 persone/anno) con un'incidenza maggiore del 50% nel gruppo che aveva sofferto di eventi sfavorevoli nell'infanzia e un gradiente proporzionale alla gravità dell'esperienza (rapporto di rischio di 1,40 e 1,25 rispettivamente nel sottogruppo con gravi e con medie esperienze avverse); inoltre, il rapporto di rischio per tutte le cause di mortalità era 1,68 e 1,55 rispettivamente nei due gruppi verso il gruppo con anamnesi negativa per esperienze sfavorevoli. Questi dati sono stati corretti per stato socioeconomico, etnia e grado di istruzione per cui possiamo dire che l'associazione tra cure genitoriale ed esito cardiovascolare è indipendente dal ceto sociale di appartenenza. Questa è la prima conferma degli effetti negativi delle esperienze sfavorevoli infantili in uno studio prospettico, dopo le prime originali ricerche retrospettive di Vincent Felitti. I pediatri e gli psichiatri sono consapevoli di questi esiti, ma il CARDIA study chiede con forza ai decisori della salute pubblica di rivolgere l'attenzione, negli interventi di prevenzione, all'ambiente psicosociale in cui vivono i bambini, se l'obiettivo è avere adulti più sani e più longevi.

Pierce JB, Kershaw KN, Kiefe CI, et al. Association of Childhood Psychosocial Environment With 30-Year Cardiovascular Disease Incidence and Mortality in Middle Age. *J Am Heart Assoc.* 2020 May 5;9(9):e015326.

Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med.* 1998 May;14(4):245-58.