

**La cura del paziente COVID-19 ospedalizzato:
dai nuovi bisogni agli interventi psicologico-clinici**

**Caring hospitalized patients with COVID-19:
Psychological emerging needs and interventions**

Lidia Borghi *, Elisa Andrichi**, Claudio Cassardo**, Tiziana Valentini°,
Elena Vegni***°

* Psicologia Clinica, Dipartimento di Scienze della Salute,
Università degli Studi di Milano, Via A. di Rudini 8, 20142 Milano,
e-mail: lidia.borghi@unimi.it; Tel: 02-50323129;
e-mail: elena.vegni@unimi.it;

** UOC Psicologia Clinica, ASST Santi Paolo e Carlo,
Presidio San Paolo, Via A. di Rudini 8, 20142 Milano,
e-mail: elisa.andrichi@asst-santipaolocarlo.it; Tel:02-50323129;
e-mail: claudio.cassardo@asst-santipaolocarlo.it;

° UOC Psicologia Clinica, ASST Santi Paolo e Carlo, Presidio San
Carlo, Via Pio II 3, 20153 Milano,
e-mail: tiziana.valentini@asst-santipaolocarlo.it; Tel: 02-40222832.

Ricevuto: 11.05.2021 - **Accettato:** 21.06.2022

Pubblicato online: 27.07.2022

Riassunto

La pandemia della malattia da Coronavirus-19 (COVID-19) ha un impatto enorme sulla salute globale e sulle strutture ospedaliere, che hanno dovuto riorganizzare i loro servizi per affrontare un'emergenza sanitaria senza precedenti. Il presente contributo descrive l'esperienza dell'Unità Operativa Complessa di Psicologia Clinica di una grande Azienda sanitaria di Milano (Italia), focalizzandosi sugli interventi svolti per i pazienti COVID-19 ospedalizzati, con l'obiettivo di mettere in luce i loro vissuti e i relativi bisogni psicologici, e proporre delle riflessioni sulle funzioni che lo psicologo può avere rispetto a questi bisogni. Le riflessioni proposte derivano da un'estesa esperienza clinica condotta in presenza per oltre un anno con pazienti COVID-

Lidia Borghi et al. / *Ricerche di Psicologia*, 2022, Vol. 45
ISSN 0391-6081, ISSN e 1972-5620, Doi:10.3280/rip2022oa14386

19 ricoverati che hanno ricevuto un trattamento con C-PAP, casco, od ossigeno a bassi flussi. Questa ha portato all'individuazione bottom-up di tre macro-aree di criticità che tali pazienti si trovano ad affrontare: isolamento, paura della morte, lutto. Sono stati individuati due ulteriori temi trasversali -colpa e percezione del tempo- che paiono modulare l'articolazione delle tre macro-aree. A partire da tali vissuti e bisogni, sono identificate due linee di azioni dello psicologo con il paziente COVID-19 ricoverato che corrispondono alle due fasi dell'ospedalizzazione: 1) un'azione nel qui e ora quando il paziente si trova ancora in una fase critica; 2) un'azione di recupero narrativo dell'esperienza vissuta quando il paziente è in remissione.

L'esperienza clinica maturata e le riflessioni effettuate sottolineano l'importanza dell'effettuare consultazioni psicologiche in presenza per i pazienti COVID-19 ospedalizzati, la cui efficacia nel prevenire successivi disadattamenti andrà tuttavia valutata in ulteriori studi.

Parole chiave: consultazione psicologica, COVID-19, pazienti ospedalizzati, psicologia clinica, psicologia della salute

Abstract

The Coronavirus-19 (COVID-19) disease pandemic has a huge impact on global health and hospitals, which have had to reorganize their services to deal with an unprecedented health emergency. This paper describes the experience of the Clinical Psychology Unit of a large healthcare organization in Milan (Italy), focusing on the interventions delivered for hospitalized COVID-19 patients with the aim of highlighting their experiences and related psychological needs, and propose reflections on the functions that the psychologist can have with respect to these needs. The reflections are based on an extensive clinical experience conducted in presence for over a year with those patients hospitalized for COVID-19 who have received treatment with C-PAP, helmet, or low-flow oxygen. This led to the bottom-up identification of three macro-areas of issues that these patients face: isolation, fear of death, grief. In addition, two further transversal themes have been identified – guilt and the perception of time – which seem to modulate the articulation of the three macro-areas. Starting from these experiences and needs, two lines of actions of the psychologist with the hospitalized COVID-19 patient are identified that correspond to the two phases of hospitalization: 1) an action in the 'here and now' when the patient is still in a critical phase; 2) an action of narrative recovery of the lived experience when the patient is recovering.

The importance for hospitalized COVID-19 patients of delivering psychological consultations in presence is supported by clinical experience; however, its effectiveness in preventing subsequent maladjustments should be evaluated in further studies.

Keywords: clinical psychology, COVID-19, health psychology, hospitalized patients, psychological consultation

Premessa

La pandemia della malattia da Coronavirus-19 (COVID-19) ha un impatto enorme sulla salute globale: ha già colpito oltre 141 milioni di persone in tutto il mondo (dato aggiornato al 20 Aprile 2021) e nonostante i programmi vaccinali non ha ancora iniziato una significativa decrescita (World Health Organization, 2021). La sua rapida diffusione nei paesi di tutto il mondo ha spinto i sistemi sanitari ad affrontare un'emergenza sanitaria senza precedenti.

L'Italia è stato il primo Paese occidentale colpito dalla pandemia e sono state necessarie rigide misure di sicurezza per contenerne la diffusione.

Durante le fasi di emergenza, gli ospedali hanno dovuto riorganizzare i loro servizi per affrontare le sfide legate al COVID-19, tra cui in particolare un numero elevato e simultaneo di pazienti che necessitano di ricovero e cure intensive, e un tasso di decessi superiore alla media per l'ambito ospedaliero. Diversi operatori sanitari hanno dovuto riorientare la propria professionalità per affrontare i bisogni emergenti. Questa serie di modificazioni ha coinvolto anche le unità di psicologia clinica.

Rispetto alla riorganizzazione dei servizi di Salute Mentale, ed in particolare quelli della psicologia clinica e della salute in ambito ospedaliero, c'è una scarsità di studi che hanno proposto e valutato dei modelli di intervento psicologico per pazienti ospedalizzati con COVID-19. I principali contributi della letteratura si riferiscono alla prima ondata emergenziale e sono contributi prevalentemente teorici o di descrizione di esperienze che sottolineano l'importanza del proseguo del supporto psicologico durante la pandemia. L'importanza di un proseguo delle prestazioni psicologiche in modalità da remoto è stato suggerito da Duan e Zhu (2020) in conseguenza delle rigide misure di contenimento dell'infezione e sono presenti in letteratura alcune descrizioni di esperienze così condotte (Li et al., 2020; Zhang et al., 2020). Uno studio (Cheng et al., 2020) condotto a Whuan, Cina, ha proposto invece un modello di primo soccorso psicologico che combinasse interventi psicologici in presenza e online a seconda della gravità del bisogno psicologico mostrato dal paziente. Alcuni studi (Kong et al., 2020; Ferrario et al., 2021) hanno valutato interventi di supporto psicologico in presenza per i pazienti ospedalizzati.

Il presente contributo si propone di descrivere l'esperienza dell'Unità Operativa Complessa di Psicologia Clinica di una grande Azienda sanitaria di Milano (Lombardia, Italia) che ha riorganizzato le proprie attività, strutturandole in sinergia con la direzione sanitaria ed i dipartimenti per dare risposta alle tre principali categorie che necessitano

di un intervento psicologico: gli operatori sanitari in prima linea, i pazienti ospedalizzati con COVID-19 e le famiglie di pazienti deceduti per COVID-19 in ospedale. I tipi di interventi forniti sono stati diversificati; in particolare, sono stati predisposti interventi psicologici da remoto per la gestione del lutto nei familiari ed interventi in presenza per il supporto psicologico di operatori sanitari e pazienti ricoverati.

Nello specifico, il presente contributo si concentra sugli interventi svolti per i pazienti e ha l'obiettivo di:

- 1) descrivere l'esperienza condotta per supportare i pazienti ospedalizzati con COVID-19 durante la prima ondata di pandemia;
- 2) mettere in evidenza, a partire dall'esperienza clinica condotta, i vissuti che il malato di COVID-19 ospedalizzato sperimenta e i relativi bisogni psicologici;
- 3) proporre delle riflessioni sulle funzioni che lo psicologo può avere rispetto a questi bisogni;
- 4) proporre linee guida basate sull'esperienza e discutere le implicazioni per la pratica clinica e la salute mentale al perdurare della situazione pandemica e al futuro periodo di ricostruzione post-pandemica.

Contesto e intervento

L'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Santi Paolo e Carlo (ASST-ssPC) è una grande organizzazione sanitaria pubblica a Milano (Lombardia, Italia) che si occupa di servizi ospedalieri e di assistenza alla comunità. L'unità di psicologia clinica all'interno dell'azienda ospedaliera offre tra l'altro valutazione psicologica, supporto e psicoterapia a pazienti ricoverati affetti da condizioni mediche che mostrano una sofferenza psico-emotiva. Il modello di intervento per tali pazienti, basato su una prassi clinica consolidata, è quello delle Visite e Parere (VeP) (Borghi et al., 2020), consultazioni psicologiche offerte a pazienti con patologia organica ricoverati in ospedale ed effettuate da psicologi clinici che visitano il paziente su chiamata per fornire una valutazione dello stato psicologico o svolgere un intervento di supporto clinico. Il modello di intervento delle VeP non fa riferimento a un modello epistemologico specifico e teoricamente fondato, tiene conto delle specificità di contesto e di setting peculiari di ciascun paziente, e degli elementi trasversali ai diversi approcci che fondano la relazione psicologico-clinica, in un'ottica bio-psico-sociale. La consultazione viene svolta dunque con un approccio centrato sulla persona, valutando per ciascun paziente i fattori di rischio e di protezione nello sviluppo di una patologia o di una sofferenza psichica. Il consulto psicologico può

essere richiesto per svariati motivi, come un'intensa manifestazione di sofferenza emotiva del paziente conseguente a malattie che impongono ad esempio lunghi periodi di degenza, preoccupazioni per la vita, perdita di indipendenza, modificazioni dell'identità o del proprio ruolo familiare o sociale oppure risposta del paziente alla malattia che si discosta dalle aspettative dei curanti o marcatamente non aderente alle proposte mediche, ma anche difficoltà dell'équipe curante nella relazione con il paziente, oppure mancanza di un'adeguata rete sociale/familiare di riferimento, o, infine, una pregressa patologia psicologica/psichiatrica. Durante le fasi emergenziali della pandemia da COVID-19, come in altri ospedali lombardi (Leone et al., 2020), l'unità di psicologia clinica dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Santi Paolo e Carlo (ASST-ssPC) ha riorientato parte delle sue attività per affrontare i bisogni psicologici emergenti nei pazienti ricoverati con COVID-19. Questa riorganizzazione si è strutturata attraverso un dialogo costante con la direzione strategica, gli operatori sanitari sul campo, i pazienti e le loro famiglie, nell'ottica di sostenere un intervento precoce ed in presenza per tali pazienti, che si ispirasse ai principi e alle prassi delle VeP, e tuttavia flessibile a poter intercettare i bisogni e gli elementi di novità e peculiarità che la situazione pandemica ha introdotto.

Il presente contributo intende sostenere e argomentare l'importanza di precoci interventi di consulenza psicologica già quando il paziente malato di COVID-19 si trova ospedalizzato, senza posticipare questa possibilità ad una fase successiva post-acuta, nella pre-supposizione che i pazienti affetti da COVID-19 debbano essere visitati sul piano psicologico, perché tale possibilità garantisce un intervento di cura precoce rispetto ad un disadattamento psicologico a lungo termine, disadattamento e distress psicologico già documentato in letteratura e per ora valutati a medio termine. Ad esempio, un nostro recente studio (Bonazza et al., 2020) ha evidenziato come, su un campione di 261 pazienti ricoverati in ospedale per COVID-19 e guariti a 1-3 mesi dalla dimissione, il 28% (n = 73) riporta sintomi ansiosi, il 16,5% (n = 44) una sintomatologia depressiva, mentre il 36% (n = 67 su 184 casi validi) riferisce sintomi da stress post-traumatico.

Le riflessioni qui proposte derivano dunque da un'estesa esperienza clinica condotta sul campo. Infatti, nel corso della pandemia da COVID-19, di tutti i pazienti ricoverati presso la Azienda Socio Sanitaria Territoriale Santi Paolo e Carlo (ASST-ssPC) il 12% circa ha ricevuto un consulto psicologico durante il ricovero, nella maggioranza dei casi in

una formula one-shot, ovvero in una consultazione unica, che solo raramente ha previsto 2 o 3 colloqui ed in un solo caso le consultazioni sono state 5.

Le riflessioni proposte si fondano e derivano dal lavoro svolto con quei pazienti che sono stati ricoverati per COVID-19 che hanno ricevuto un trattamento con C-PAP, casco, od ossigeno a bassi flussi, con cui il lavoro di consulenza psicologica può essere svolto precocemente. Per questi pazienti, le consultazioni psicologiche si sono strutturate e organizzate all'interno del processo di assistenza ospedaliera, reso più complesso dalle peculiarità della pandemia (tra cui, ad esempio, stanze isolate, necessità di indossare i Dispositivi di Protezione Individuale (DPI), impossibilità di spostarsi con il paziente in una stanza dedicata al colloquio). L'unità di psicologia clinica riceve la richiesta di eseguire una consulenza psicologica per un paziente COVID-19 direttamente dagli operatori sanitari del reparto in cui è stato ricoverato (malattie infettive, hub cardiologico, unità di pneumologia, unità sub-intensiva, pronto soccorso e unità di rianimazione) ed ogni giorno due psicologi clinici sono incaricati di soddisfare le richieste di VeP che giungono al servizio. L'equipe dell'unità operativa di psicologia annovera 16 psicologi che effettuano le VeP; sono tutti psicoterapeuti con una formazione epistemologica eterogenea (orientamenti cognitivo-comportamentale, cognitivo-costruttivista, sistemico-familiare, psicodinamico, transazionale, psicodrammatico e rogersiano) ma con un'expertise rispetto al lavoro clinico con il paziente con patologia organica.

Pur in riferimento ai modelli teorici di intervento della psicologia delle emergenze e/o di psico-traumatologia (Sbattella, 2009), le caratteristiche del contesto pandemico hanno reso necessario declinare le specificità dell'intervento a partire dalla pratica clinica. Le esperienze degli psicologi clinici che hanno svolto consultazioni psicologiche per i pazienti COVID-19 durante la fase emergenziale della prima ondata sono state raccolte e condivise all'interno di tre discussioni di gruppo reiterative settimanali (20 e 27 aprile e 5 maggio), durate circa 90 minuti, che avevano lo scopo clinico di condividere le esperienze di incontrare pazienti COVID-19 ospedalizzati, discutere difficoltà e sfide e riflettere sui ruoli professionali durante tali interventi. Ogni incontro è stato registrato, trascritto verbatim e analizzato qualitativamente, seguendo i principi dell'analisi tematica (Braun & Clarke, 2006). Il primo passo dell'analisi dei dati è stato l'uso dei trascritti per estrarre i contenuti chiave degli interventi psicologici: le preoccupazioni o i problemi dei pazienti, i bisogni psicologici dei pazienti e le funzioni psicologiche. I contenuti sono stati poi sintetizzati e categorizzati tematicamente utilizzando un approccio induttivo da due ricercatori, usando la

triangolazione con uno psicologo coinvolto nelle VeP per raggiungere l'accordo sulle tematiche. Questi dati preliminari sono serviti da punto di partenza e periodicamente confrontati e rivisti attraverso l'attività di supervisione, di intervizione e il confronto costante all'interno dell'equipè della UOC di Psicologia Clinica portando a far emergere la ricorsività di alcuni temi. Essendo assente un percorso clinico pregresso cui riferirsi proprio per la novità, l'incertezza, e l'emergenzialità dell'intervento psicologico messo in atto, 3 psicoterapeuti coinvolti nelle VeP [E.A., C.C. e T.V.], il responsabile dell'Unità Operativa [E.V.] e un ricercatore psicologo [L.B.] a partire dal materiale a disposizione e dalla loro esperienza clinica hanno individuato con un approccio dunque bottom-up durante 2 gruppi di discussione tre macro-aree di criticità che i pazienti ospedalizzati con COVID-19 si trovano ad affrontare: l'isolamento, la paura della morte, il lutto. Accanto a queste tre aree, sono stati individuati nei pazienti COVID-19 ricoverati due ulteriori temi trasversali -la colpa e la percezione del tempo- che paiono modulare l'articolazione delle tre macro-aree. Tali aree non sono quindi il risultato di uno studio qualitativo metodologicamente fondato, ma vogliono informare la collettività di professionisti psicologi su quali possano essere le tematiche salienti, in base alla loro vasta esperienza clinica sul campo, con pazienti COVID-19 ospedalizzati e proporre delle riflessioni basate sulla pratica clinica rispetto agli interventi psicologici svolti in fase di ricovero.

Incontrare questi pazienti in fase di ricovero significa dunque per lo psicologo clinico doversi confrontare con i vissuti (del paziente ma anche propri) relativi appunto a isolamento, paura della morte, lutto e i relativi bisogni emergenti, in relazione alle specificità della situazione pandemica, e significa anche riflettere sulle necessità psicologiche che tali vissuti muovono e sulle funzioni dell'azione psicologica in un momento tanto particolare quale quello del ricovero ospedaliero.

Qui di seguito verranno descritte le aree tematiche di criticità che i pazienti ospedalizzati con COVID-19 si trovano ad affrontare, aree tematiche con un elevato grado di complessità e articolazione, a cui corrispondono bisogni psicologici altrettanto complessi e articolati.

Vissuti e bisogni psicologici nei pazienti ospedalizzati per COVID-19

L'isolamento

Il tema dell'isolamento sembra specifico dei malati di COVID-19, isolati nelle loro stanze da rigide misure di sicurezza sanitaria. Sebbene il tema dell'isolamento durante la pandemia da COVID-19 sia stato ampiamente riportato in diverse fasce della popolazione generale (specie

durante i periodi di lockdown) e in pazienti sottoposti a quarantena come impattante sulla salute mentale (si vedano, tra i molti, ad esempio Mucci et al., 2020; Ramírez-Ortiz et al., 2020), l'isolamento a cui sono sottoposti i pazienti COVID-19 ricoverati in ospedale sembra assumere caratteri sovrachianti, venendo vissuto come totalizzante, data la mancanza di un'interlocuzione e di un contatto umano che tende a minare uno dei bisogni di base dell'essere umano: il sistema di sicurezza e di attaccamento. In linea con le teorie di Winnicott (1971) e Kohut (1971) che sottolineano il ruolo di holding, contenimento e rispecchiamento empatico nella percezione e integrazione del senso di sé, ipotizziamo che il malato COVID-19 ricoverato, poiché privato del contatto umano basilare (non solo la famiglia è lontana ma i contatti umani fisici e corporei sono limitati ai soli atti tecnici di cura necessari) possa faticare a riconoscersi: non potendo essere toccato e non potendosi vedere nello sguardo dell'altro, l'immagine e il senso di sé perdono compattezza, fino a volte a disgregarsi. Il vissuto percepito negli incontri con lo psicologo clinico è quello della 'disconnessione', che potrebbe rimandare alla depersonalizzazione come intesa da Winnicott (1970) a seguito di un holding carente o rimandare a esperienze traumatiche (si vedano, ad esempio, Schimmenti e Caretti, 2016; Straker, Watson, and Robinson, 2002). È come se la privazione da isolamento facesse 'sgretolare' la persona, che invece recupera il 'sapere di essere' nel momento in cui ha la possibilità di essere vista e ascoltata da un essere umano vivo (lo psicologo clinico). Emergono paure che appaiono banali ("dove ho lasciato il mio orologio", "dove sono i miei documenti o i miei effetti personali"), che rimandano al bisogno di recuperare, attraverso i propri oggetti, parti di sé.

La separazione forzata dai propri familiari, aspetto caratteristico della malattia infettiva, impedisce l'esperienza della connessione con gli altri significativi, cosa che può portare, quando prolungata nel tempo, ad un'alienazione da un sé sociale, fonte di sostentamento. Sapendo, tra l'altro, quanto essenziale è nel vissuto del malato lo sguardo degli altri significativi, che gli restituiscono appunto un significato diverso del suo essere malato. Può essere interessante sottolineare il correlato neurobiologico di questa condizione di isolamento: essa, se protratta nel tempo, può portare ad un'inibizione del sistema parasimpatico ventro-vagale e quindi ad un aumento delle risposte di sopravvivenza sottese al sistema simpatico (in termini di attacco o fuga) o al parasimpatico dorso-vagale (in termini di spegnimento e collasso) (Porges and Dana, 2020). Numerosi studi (Wells, 2012; Frewen and Lanius, 2017) hanno suggerito che, se dal un lato queste risposte di sopravvivenza mobilizzanti o immobilizzanti hanno momentaneamente successo nello spegnere il

dolore psichico, dall'altro sono uno dei fattori associato allo sviluppo e al mantenimento del disturbo post-traumatico. Questi studi esplorano la possibilità di interventi sul danno psicologico che non solo la malattia ma questa specifica ospedalizzazione può causare.

La paura della morte

Il tema della paura della morte sembra assumere nei pazienti ospedalizzati per COVID-19 delle caratteristiche molto particolari e questo, a nostro avviso, per svariate ragioni.

Da un lato, la co-esistenza di rappresentazioni sociali legate alla mortalità per COVID-19 molto diverse, polarizzate e quasi scisse, che nella rappresentazione sociale collettiva rimandano o a immagini altamente nefaste e drammatiche (ad esempio, i 'carri di Bergamo') oppure ad immagini sminuenti la pericolosità e letalità del virus (ad esempio, i 'calciatori che stanno bene'). Queste rappresentazioni così polarizzate possono portare ad una difficile connotazione e rappresentabilità della pericolosità e della mortalità della malattia, e indurre incertezza e confusione circa la propria condizione e le proprie prospettive.

Dall'altro, la sintomatologia primaria da fame d'aria legata alla sindrome respiratoria che frequentemente si associa al COVID-19 induce immediatamente al tema della morte, attraverso un'equazione spontanea per cui senza il soffio vitale si muore.

La rappresentazione della morte legata alla malattia da COVID-19 appare molto diversa da quella di altre patologie croniche, con potenziale prognosi infausta. Ad esempio, il paziente oncologico ha (o può essere aiutato ad avere) una rappresentazione della morte che, pur nell'incertezza circa il futuro e il rischio di perdere la propria salute, è molto più codificata in termini di tipo di interventi da fare (ad es. chemioterapia) al termine dei quali si valuta (ad es. se intervenire chirurgicamente), o in termini di assistenza palliativa (Sage et al., 2008).

La nostra osservazione clinica ha messo in luce come nei pazienti ricoverati per COVID-19 è come se ci fosse un vuoto legato alla rappresentazione della morte, che appare molto più angosciante da esperire, proprio perché il vuoto accetta qualunque fantasia pur di essere riempito. A differenza di altri pazienti morenti, i pazienti ospedalizzati per COVID-19 non parlano della morte. Abbiamo infatti notato che il tema della morte e dalla paura della morte emerge ed è dicibile solo una volta che i pazienti hanno superato la fase critica, ovvero quando escono dal pericolo e se ne allontanano (Poli et al., 2021). A quel punto, molti individui hanno l'impressione di essere 'sopravvissuti', altri di essere 'vittime'; questi due aspetti possono essere a volte co-presenti o

alternarsi nello stesso individuo in tempi diversi. Possiamo supporre che questa percezione si associ a sensazioni di aver corso un ‘pericolo mortale’ e il modo in cui una persona riesce ad elaborare tale esperienza può essere predittivo di un maggior traumatismo oppure di una dotazione di senso (ad esempio, la persona si sente ‘rinata’).

Ultimo dato significativo, la malattia da COVID-19, non si connota per essere una diagnosi con prognosi infausta certa: manca la dimensione della prevedibilità e domina l’incertezza, la consapevolezza che la malattia sia potenzialmente e rapidamente ingravescente. Per questi pazienti dunque la morte è una possibilità al contempo vera (presente nel qui e ora, con il vicino di letto che è deceduto ore prima) e falsa (nella retorica della narrazione che leggiamo, muoiono solo gli anziani e i pazienti con polipatologie). Nella dinamica del vero-falso c’è tutto, ovvero niente e di fronte al vuoto della rappresentazione è più difficile attivare strategie di coping basate sul problema.

Il lutto

Questi lunghi mesi di lavoro in ospedale hanno addestrato tutti a collegare il COVID-19 non solo al concetto di pandemia ma anche a quello di catastrofe. Nelle catastrofi abbiamo diverse persone che muoiono per il medesimo evento critico contemporaneamente o in un breve lasso di tempo. È chiaro che la paura di morire e i lutti plurimi sono concetti collegati: ma se il precedente può essere legato ad una ‘lettura soggettiva’ del malato, i lutti sono un dato di realtà con cui psicologicamente bisogna fare i conti.

La malattia da COVID-19 sta infatti imponendo da ormai quasi due anni il confronto con elevati tassi di decessi e con una straordinarietà delle circostanze in cui si muore per COVID e dunque dei processi di lutto (Cooper & Williams, 2020; Simon et al., 2020). La letteratura crescente sull’impatto del lutto per COVID-19 sulla salute mentale riguarda prevalentemente i familiari, gli operatori sanitari e le persone che fanno esperienze vicine alla morte (si vedano, ad esempio, Joaquim et al., 2021; Menichetti et al., 2021; Das et al., 2021; Kirby, 2021). Il lutto appare quindi essere una specificità della malattia da COVID-19. Tuttavia, vogliamo mettere in luce le peculiarità del lutto per i pazienti ospedalizzati che riguardano svariati fattori: sia la simultaneità e la condivisione della medesima malattia (con il vicino di letto ma spesso anche con i familiari) che l’aspetto del ‘lutto mancato’, tipico di questa patologia, per cui i pazienti che affrontano un lutto per COVID-19 mentre sono ospedalizzati si trovano privati di tutti i punti fermi che solitamente accompagnano le prime fasi di elaborazione del lutto (la visione del corpo, il partecipare al funerale, i rituali, etc.).

Molti pazienti ospedalizzati si trovano dunque a dover affrontare un lutto per la malattia di cui loro stessi sono affetti, e questo crea un'esperienza molto particolare e drammatica da vivere. Inoltre, i pazienti si trovano a sperimentare un lutto che, non potendo essere accompagnato da un commiato perché non è stato possibile partecipare al funerale o non è stato proprio fatto il funerale (come in occasione della prima ondata pandemica), rischia di configurare nel tempo un lutto complicato che, a sua volta, sappiamo poter essere un fattore di rischio sia per le sindromi depressive che per il disturbo post-traumatico da stress (Zimmermann and Papa, 2018). Questa esperienza di 'lutto mancato', accompagnato da vissuti di disorientamento, estraneazione e disconnessione, viene vissuta anche dai familiari a casa, anch'essi privati delle principali tappe di elaborazione del lutto in particolare durante le fasi emergenziali della pandemia (Menichetti et al., 2021).

Tutto questo si acuisce nei casi di lutti plurimi. Perdere come in una strage uno, due, tre familiari e amici, anche nelle condizioni le più in-naturali (un parente più giovane, quello che stava meglio, quello che non aveva comorbidità) può attivare dunque il sentimento della vittima e/o quello del sopravvissuto.

Infine, possiamo riflettere sull'aspetto del lutto mancato come strumento di protezione del Sé, primitivo, che può garantire in alcuni di questi pazienti ospedalizzati la sopravvivenza – fisica e/o psichica. Il fatto di non vedere, non voler vedere e non poter vedere il lutto per la morte di un caro per COVID-19 (facilitato dal fatto che manca il corpo) può ricoprire in parte una funzione adattativa che aiuta la persona a stare in quel momento-egoisticamente, egosintonicamente, difensivamente – su di sé. Il lutto mancato può essere dunque uno strumento di protezione, che tuttavia prima o poi rischia di diventare frattura psichica.

Due dimensioni trasversali che modulano le macro-aree

La colpa

Isolamento, paura della morte e lutti possono suscitare profondi vissuti di colpa e stigma portando a distress psicologico come riscontrato anche da Sahoo et al., 2020 in uno studio narrativo su pazienti guariti dal COVID-19. A partire dall'esperienza clinica con questi pazienti, emerge come tali vissuti di colpa siano spesso collegati a svariati altri sentimenti: vergogna, responsabilità, perdita di significato, impotenza, ingiustizia.

Il tema della colpa appare connaturato al COVID-19: da un lato è una colpa individuale, personale, ma dall'altro è una colpa 'esterna', collettiva o dell'Altro che non si è protetto. Potenzialmente può dunque assumere una dimensione sovrachianta che ha a che fare con una

responsabilità che diventa totale. Come dimostrato in precedenti pandemie di malattie infettive (HIV, epatite B, Ebola), la salute pubblica e le risposte sociali al COVID-19 hanno il potenziale per esacerbare lo stigma e le esperienze di colpa e vergogna che possono minare la salute mentale (Logie and Turan, 2020).

Il tema della colpa nei malati di COVID-19 ospedalizzati sembra estrinsecarsi in diverse sfaccettature con differenti potenziali implicazioni cliniche e d'intervento.

Un primo livello può connettere il tema della colpa a quello della spiritualità/fede. Comprendere se nel paziente c'è un'idea di 'rappresaglia' o, al contrario, un tema di un messaggio divino che invita a stabilire i giusti criteri di importanza nella vita apre uno spazio di lavoro psicologico sulla strategia di coping di ricerca del significato, che aiuta il paziente a sentirsi connesso con i propri valori o con un'entità spirituale più grande di lui (Murru et al., 2013)

Al contempo, si può riflettere sul tema della colpa proiettata su altro, l'idea che qualcuno 'abbia sbagliato': l'altro che sbaglia colora tutto il mondo esterno, operatori sanitari compresi e tra essi anche gli psicologici clinici, rendendo più difficile l'esercizio della capacità di empatia e la compassione. È importante come professionisti della salute mentale interrogarsi su se e quanto l'incontro con i pazienti COVID-19 possa mettere in crisi il nostro assetto valoriale e esistenziale, in modo da poter garantire la neutralità e la sospensione del giudizio, recuperando riflessioni fatte a proposito dei pazienti sieropositivi o tossicodipendenti (Marshall et al., 2017; McLaughlin and Long, 1996).

Il senso di colpa non è solo estroflesso ma anche introiettato. Può essere dunque prezioso per lo psicologo avere in mente che questi pazienti quando si ammalano possono avere immediatamente una domanda "dove ho sbagliato" e avere una qualche ragione per sentirsi in colpa e la colpa invita ad un vissuto/pensiero depressivo e catastrofico.

D'altra parte, per il paziente con COVID-19, il pensiero di aver avuto un ruolo, una responsabilità, nell'essersi infettato può in qualche caso assolvere ad una funzione difensiva, dando l'illusione di avere una qualche forma di controllo sulla situazione. In questo senso, il tema della colpa può essere letto anche come funzionale e protettivo, secondo quanto proposto all'interno dell'approccio della Dialectic Behavioural Therapy (DBT) (Linehan, 2015) con il paziente traumatizzato: la colpa viene vista come l'ultima barriera contro l'impotenza. Dunque la colpa può essere utilizzata dal terapeuta per favorire l'uscita dall'impotenza e l'azione psicologica potrebbe mirare ad utilizzare l'agentività che sta

dietro alla colpa per aiutare il paziente a capire che cosa può fare per curare se stesso (ad esempio, attraverso una buona aderenza alle cure) e gli altri (ad esempio, chiamare di più i familiari a casa).

La percezione del tempo

Il tempo sembra avere un significato particolare per i pazienti ospedalizzati per COVID-19 in quanto quello che vivono durante il ricovero è un tempo dilatato, che non passa mai perché vuoto, senza stimoli, senza routines, un tempo di attesa in cui il casco e le protezioni alimentano il proliferare di pensieri.

In questo senso, nei pazienti COVID-19 ospedalizzati la tematica depressiva risulta acuta e non tanto solo legata ad un discorso prospettico, di un futuro precluso, ma legata allo storico, al passato. La dimensione temporale appare intersecarsi con il tema dell'isolamento e della colpa. Una persona che vive una condizione di isolamento e sperimenta colpa può essere più a rischio di sviluppare depressione soprattutto nella misura in cui senta una particolare declinazione della colpa che è la colpa 'per sempre', ovvero una colpa che non ammette riparazione. Nella letteratura psicodinamica (ad esempio, Klein, 1940 oppure Grinberg, 1990), la colpa è molto connessa alla depressione appunto se è vista come colpa irrimediabile, ovvero se 'sarà così per sempre poiché non c'è nulla da fare', lasciando la persona nell'impotenza; in modo analogo, secondo una prospettiva cognitiva, la colpa può entrare nella triade cognitiva della depressione ('io sono sbagliato, tant'è che ho preso il COVID-19'; 'gli altri non mi aiuteranno perché sono colpevole'; 'il futuro sarà peggio del presente'). È importante, quindi, riuscire a recuperare dalla memoria del paziente momenti in cui si è sentito competente e di valore, radicarli nelle sensazioni, emozioni e immagini di questi momenti, essere lì con lui, nel suo dolore per disconfermare le attese della triade, facendo in modo che la colpa non entri nella costellazione depressiva.

Funzioni dell'azione psicologica con pazienti COVID-19 ricoverati

A partire dall'ampia esperienza di consultazione psicologica con i pazienti COVID-19 ospedalizzati, sono state messe in luce alcune funzioni dell'azione psicologica che appaiono essere trasversali ai vissuti sopracitati e ai bisogni psicologici connessi.

Tali funzioni sono state rilevate essere intrinsecamente connesse alla fase di malattia in cui si trova il singolo individuo, ed in particolare se si trova ancora in una fase 'critica' o se si trova in una fase di remissione e ripresa. Sono state dunque identificate due linee di azioni dello psicologo

con il paziente COVID-19 ricoverato che corrispondono alle due fasi dell'ospedalizzazione: 1) un'azione nel "qui e ora" quando il paziente si trova ancora in una fase critica; 2) un'azione di recupero narrativo dell'esperienza vissuta quando il paziente è in remissione.

Azione psicologica nel 'qui e ora' per pazienti in fase acuta

Dalla nostra esperienza clinica è emersa chiaramente l'importanza di utilizzare una prospettiva temporale calata qui e ora del paziente quando si trova in fase critica. Questa azione viene condotta da un lato attraverso la radicazione dell'azione psicologica nella relazione col paziente, con funzioni di contenimento emotivo, holding e rispecchiamento, e dall'altro aiutando la persona a 'stare nel presente', attraverso tecniche di mindfulness, rilassamento e respirazione.

Infatti, il paziente in una fase iniziale 'acuta' sembra sperimentare primariamente un bisogno di 'connessione compassionevole', proprio a causa dell'estremo isolamento e della mancanza di contatti umani (visti anche i DPI). Il bisogno di connessione con gli altri è un bisogno di base (legato al senso di sicurezza e alla sopravvivenza) e l'azione psicologica in questa fase appare volta a testimoniare al paziente la sua stessa esistenza, facendogli da specchio attraverso la presenza stessa dell'operatore psicologo che 'è con'. Nella nostra esperienza clinica, in questa fase la funzione dell'intervento psicologico è quella di attivare il sistema calmante, così come proposto dallo stesso Porges (2021) che suggerisce come la connessione relazionale e sociale possa essere fondamentale per smorzare le reazioni avverse alla minaccia, regolando le reazioni difensive e promuovendo calma e connessione (Lee and James, 2012). Per quanto è a noi noto, non vi sono ad oggi studi che hanno preso in considerazione questa funzione psicologica nel lavoro clinico col paziente COVID-19 ospedalizzato e dunque la rilevanza di tali azioni psicologiche per questi pazienti dovrà essere confermata da future ricerche.

Nella nostra esperienza clinica con il paziente in fase acuta, sono state anche utilizzate tecniche di mindfulness e di rilassamento, tra cui ad esempio il body scan o la focalizzazione sul respiro, in linea con alcune evidenze della letteratura (Wei et al., 2020; Shaygan et al., 2021; Sotoudeh et al., 2020). Funzionale è apparso inoltre un lavoro psicoeducativo e la necessità di ri-accumulare esperienze positive nella memoria recente, facendo da contraltare alle paure, che possono anche essere motivate, ma non devono occupare completamente gli stati mentali di queste persone: "non posso togliere le paure che ha, ma proviamo anche a riempire la mente con altre esperienze positive, facendo da contraltare". L'importanza dell'approccio psicoeducativo e

della psicologia positiva per ridurre lo stress e aumentare benessere e resilienza è stata sottolineata anche da alcuni studi internazionali (Shaygan et al., 2021; Sotoudeh et al., 2020)

Azioni psicologiche in fase post-critica

In una fase successiva, quando il paziente può osservarsi e osservare l'esperienza vissuta 'fuori dalla fase acuta di pericolo', l'azione psicologica si delinea per essere maggiormente associata al sostenere e potenziare l'auto-riflessività e la ricostruzione narrativa dell'esperienza vissuta, che supporti un senso di continuità di sé e il graduale riorientamento al di fuori di essa. Questo in linea con alcune esperienze di interventi psicologici di stampo costruttivista e fenomenologico-ermeneutico (ad esempio, Biagianti et al., 2021).

In questa fase, può infatti emergere il bisogno di connessione tra 'me-e-me', ovvero di continuità dell'esperienza di sé che ha a che fare con l'identità. La funzione dell'azione psicologica è quella di favorire e supportare l'individuo nella creazione di un senso di continuità dell'esperienza del Sé identitario, sollecitando l'auto-riflessività e potenziando l'integrazione dell'esperienza vissuta nella propria personale storia di vita, in un'ottica narrativa ricostruttiva e costruttiva (Neimeyer, 2001). In linea con la psicologia dell'emergenza e delle catastrofi, e con l'approccio EMDR al trauma (Wilson et al., 2018), l'azione psicologica in questa fase è volta ad aiutare i pazienti a recuperare pezzi della loro storia personale, dei loro ruoli e delle loro caratteristiche, che li tenessero solidi, per ricostruire o rinforzare il senso di continuità del Sé e dell'esperienza di sé. Nel momento di recupero clinico e miglioramento della malattia da COVID-19, la consultazione psicologica ha la funzione di 'ponte' per evitare il collasso identitario ('recuperare il me con me, chi sono'), ma anche dell'orizzonte, della prospettiva, che è un aspetto specifico dell'identità ('sono qualcuno per qualcuno').

Lo psicologo, tramite le parole e la funzione narrativa (si veda ad esempio Balbi, 2004), aiuta il paziente a recuperare immagini che lo leghino al mondo esterno, a chi era e a chi sarà; così facendo, supporta il paziente nella ricostruzione di un senso stabile, coeso e dotato di senso di Sé e dell'esperienza vissuta, aiutandolo ad affrontare il buco e la dispersione dell'identità, la discontinuità anche temporale che l'ospedalizzazione da COVID-19 può aver generato, in particolare in quegli individui con quadri acuti o che hanno necessitato di interventi terapeutici invasivi.

In questa fase dunque è possibile un recupero della prospettiva temporale, sia con il passato della persona, con la propria storia che può aiutare la persona a sentirsi sé stessa e a combattere la spinta a percepire l'esperienza vissuta come una catastrofe in quanto del tutto nuova e ignota, ma anche con il futuro (ad esempio, si può chiedere al paziente 'qual è la prima cosa che vuoi fare uscito dall'ospedale').

Riflessioni conclusive

Il presente contributo, a partire dall'esperienza che gli psicologi clinici di una grande azienda ospedaliera di Milano hanno svolto in un anno di pandemia da COVID-19 coi pazienti ricoverati, ha messo in luce vissuti e bisogni emergenti di tali pazienti come anche le principali linee di azione psicologica.

In primo luogo, la nostra esperienza, pur nella complessità della gestione clinica in ospedale, ha reso evidente l'importanza dell'effettuare consultazioni psicologiche in presenza per i pazienti affetti da COVID-19 ospedalizzati. Esse rientrano a pieno titolo nell'ambito delle Visite e Parere (VeP) ospedaliere ovvero: interventi supportivo-contenitivi orientati a sostenere le risorse adattive e contenere le risposte emotive; interventi psicoeducativi utili a sostenere gli strumenti psico-emotivi del paziente nella gestione della malattia, anche attraverso strategie cognitive di coping; interventi sulla crisi, focalizzati su obiettivi specifici e orientati a favorire la comprensione degli elementi che determinano la crisi e ne impediscono la risoluzione e l'espressione dei sentimenti ad essa relativi; interventi di tipo rielaborativo, orientati alla ricostruzione della storia di vita del paziente integrando l'evento malattia e le sue conseguenze (Borghini et al., 2020). Ciò che le VeP a pazienti COVID-19 hanno di diverso rispetto alle altre VeP riguarda sia il setting che gli aspetti peculiari della patologia infettiva. Il setting infatti è molto particolare: il paziente è isolato e indossa DPI, se non dispositivi di ossigenoterapia più invasivi in termini di comunicazione, così come lo psicologo clinico indossa DPI (tuta, occhiali, mascherina FFP2, doppi guanti e calzari); ogni contatto è impedito, a parte quello oculare che diventa veicolo di molteplici funzioni e significati. Inoltre, vista la particolarità dell'infezione da SARS-COV-2, lo psicologo clinico è esposto al rischio e alla paura di potersi infettare e di trovarsi dall'altra parte, al posto del paziente. Questa paura, se accettata e non espulsa mediante la fuga dal compito, è anche un aiuto per lo psicologo ad attivare compassione per il paziente e per sé, intesa come accettazione benevola di sé e dell'altro e intenzione ad alleviare la propria ed altrui sofferenza e sappiamo che la compassione cura (Gilbert, 2012).

L'efficacia delle VeP per i pazienti COVID-19 ricoverati, che appare supportata dall'osservazione clinica, andrà valutata in modo sistematico e attraverso adeguati strumenti di misurazione, che mettano anche in luce su quali dimensioni psicologiche o sintomatologia psicopatologica esse agiscano maggiormente. Potrebbe inoltre essere importante valutare l'effetto preventivo di un intervento psicologico precoce, quale appunto quello delle VeP, per prevenire successivi disadattamenti psico-emotivi a breve o a lungo termine. Su questo punto si veda un primo lavoro di follow-up a 1-3 mesi dalla dimissione (Bonazza et al., 2021).

Il presente lavoro non ha la pretesa di proporre riflessioni in alcun modo esaustive; l'intento è piuttosto quello di mettere a fuoco quegli aspetti ed elementi di novità che ci hanno sorpreso e costretto a fare dei pensieri e delle riflessioni nuove. Tra i molteplici aspetti non approfonditi dal presente scritto possiamo mettere in luce la pregnanza dei cambiamenti nella relazione medico-paziente durante la pandemia, così come i cambiamenti o l'articolazione dei temi emersi nei diversi momenti della pandemia (ad esempio esistono certamente alcune differenze del lavoro psicologico tra la fase emergenziale e quelle di 'cronicità' della pandemia), oppure il risvolto del lavoro con gli operatori sanitari.

Tuttavia, forse meno è stato scritto sugli operatori psicologi e questo apre alla necessità di interrogarci noi come categoria professionale su alcuni aspetti peculiari della nostra azione clinica durante la pandemia. Ad esempio, ci chiediamo in che modo siamo diversi in questo lavoro (in cui siamo e siamo stati al contempo curanti e malati, o infettabili sempre). Possiamo riflettere sul tipo di azione psicologica svolta coi pazienti in un contesto di un setting e di una relazione 'mascherata' dall'uso di DPI tanto particolare come quella imposta dai protocolli di contenimento del COVID-19, come suggerito da Mehta e colleghi (2020). Inoltre, possiamo riflettere su cosa abbiamo fatto per proteggerci (oltre ai DPI, psicologicamente) oppure su chi si è curato di noi mentre noi curavamo i malati e i curanti. Ad esempio, un interessante studio qualitativo italiano (Rossi et al., 2021) su psicologi in prima linea nell'emergenza ha messo in luce come le reazioni di stress fossero dovute in particolare al tipo di emergenza e ad una mancanza di un approccio di intervento standardizzato. Infine, possiamo chiederci cosa resterà nella nostra professione in un rientro alla normalità che, quando avverrà, sappiamo che non dovrà dimenticare il trauma, ma anzi includere l'esperienza integrandola. Questo lavoro vuole essere un dibattito aperto su tali aspetti.

Bibliografia

- Balbi, J. (2004). *Mente narrativa*. Buenos Aires: Paidós, (trad. it a cura di Cimbolli, P. *La mente narrativa. Verso una concezione post-razionalista dell'identità personale*. Milano: FrancoAngeli).
- Biagianti, B., Zito, S., Fornoni, C., Ginex, V., Bellani, M., Bressi, C., & Brambilla, P. (2021). Developing a Brief Tele-Psychotherapy Model for COVID-19 Patients and Their Family Members. *Frontiers in Psychology*, 2: 784685. DOI: 10.3389/fpsyg.2021.784685.
- Bonazza, F., Borghi, L., Di San Marco, E. C., Piscopo, K., Bai, F., D'Arminio Monforte, A., and Vegni E. (2020). Psychological outcomes after hospitalization for COVID-19: data from a multidisciplinary follow-up screening program for recovered patients. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 23(3), 247-255. DOI:10.4081/ripppo.2020.491.
- Borghi, L., Vegni, E. A. M., Raisi, S., Cardani, E., De Stasio, M., Leone, D., and Study Group VeP. (2020). The psychological consultation in hospital setting: A model of intervention through the clinical practice. [La visita e parere psicologico in ambito ospedaliero un modello di intervento attraverso la pratica clinica]. *Psicologia della Salute*, 20(1), 55-67. DOI: 10.3280/PDS2020-001005.
- Braun, V., and Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3, 77-101. DOI: 10.1191/1478088706qp063oa.
- Cheng, W., Zhang, F., Hua, Y., Yang, Z., and Liu, J. (2020). Development of a psychological first-aid model in inpatients with COVID-19 in Wuhan, China. *General psychiatry*, 33(3). DOI:10.1136/gpsych-2020-100292.
- Das, S., Singh, T., Varma, R., & Arya, Y. K. (2021). Death and mourning process in frontline health care professionals and their families during COVID-19. *Frontiers in Psychiatry*, 12. DOI: 10.3389/fpsyg.2021.624428.
- Duan, L. and Zhu, G. (2020). Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. *Lancet Psychiatry*, 7, 300-302. DOI: 10.1016/S2215-0366(20)30073-0.
- Ferrario, S. R., Panzeri, A., Cerutti, P., and Sacco, D. (2021). The psychological experience and intervention in post-acute COVID-19 inpatients. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 17, 413-422. DOI:10.2147/NDT.S283558.
- Frewen, P. and Lanius, R. (2017). *La cura del Sé Traumatizzato*. Roma: Giovanni Fioriti Editore.
- Gilbert, P. (2012). *La terapia focalizzata sulla compassione*. Milano: FrancoAngeli.
- Grinberg, L. (1990). *Colpa e depressione*. Roma: Astrolabio.
- Joaquim, R. M., Pinto, A. L., Guatimosim, R. F., De Paula, J. J., Costa, D. S., Diaz, A. P., and Malloy-Diniz, L. F. (2021). Bereavement and psychological distress during COVID-19 pandemics: The impact of death experience on mental health. *Current Research in Behavioral Sciences*, 2. DOI: 10.1016/j.crbeha.2021.100019.

- Kirby, T. (2021). COVID-19 survivor experiencing long-term symptoms. *The Lancet Respiratory Medicine*, 9, 570-572.
- Klein, M. (1940). Mourning and its relation to manic-depressive states. *International Journal of Psycho-Analysis*, 21, 125-153.
- Kohut, H. (1971). *The analysis of the self: A systematic approach to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders*. New York, NY: International UP.
- Kong, X., Kong, F., Zheng, K., Tang, M., Chen, Y., Zhou, J., and Dong, Y. (2020). Effect of Psychological–Behavioral Intervention on the Depression and Anxiety of COVID-19 Patients. *Frontiers in Psychiatry*, 11. DOI: 10.3389/fpsyt.2020.586355.
- Lee, D. and James, S. (2012). *The compassionate mind approach to recovering from trauma: Using compassion focused therapy*. UK: Hachette.
- Leone, D., Borghi, L., Bonazza, F., Abrami, M. A., Barcellini, G., Benlodi, A., and Vegni, E. (2020). Psychological interventions in hospital during the first-wave of CoViD-19: an overview of the experiences of the Units of Clinical Psychology in Lombardy, Italy. [Interventi psicologici in ospedale ai tempi della CoViD-19: una panoramica delle realtà proposte dalle Unità Operative di Psicologia (UOPSI) della Lombardia]. *Recenti Progressi in Medicina*, 111(10), 593-601.
- Li, W., Yang, Y., Liu, Z. H., Zhao, Y. J., Zhang, Q., Zhang, L., Cheung, T., and Xiang, Y. T. (2020). Progression of mental health services during the COVID-19 outbreak in China. *International journal of biological sciences*, 16(10), 1732. DOI: 10.7150/ijbs.45120.
- Linehan, M. M. (2015). *DBT® Skills Training: manuale*. Milano: Cortina Editore.
- Logie, C. H. and Turan, J. M. (2020). How do we balance tensions between COVID-19 public health responses and stigma mitigation? Learning from HIV research. *AIDS Behaviour*, 24, 2003-2006. DOI: 10.1007/s10461-020-02856-8.
- Marshall, A., Brewington, S., Kathryn, A., Haynes, T., and Zaller, N. (2017). Measuring HIV-related stigma among healthcare providers: A systematic review. *AIDS Care*, 29, 1337-1345. DOI: 10.1080/09540121.2017.1338654.
- McLaughlin D.F. and Long A. (1996) An extended literature review of health professionals' perceptions of illicit drugs and their clients who use them. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 3, 283-288. DOI: 10.1111/j.1365-2850.1996.tb00127.x
- Mehta, U.M., Venkatasubramanian, G., and Chandra, P.S. (2020). The “mind” behind the “mask”: assessing mental states and creating therapeutic alliance amidst COVID-19. *Schizophrenia Research*, 222, 503-504. DOI: 10.1016/j.schres.2020.05.033.
- Menichetti Delor, J.P., Borghi, L., Cao di San Marco E., Fossati, I., and Vegni, E. (2021). Phone follow up to families of COVID-19 patients who died at the hospital: families' grief reactions and clinical psychologists' roles. *International Journal of Psychology*. DOI: 10.1002/ijop.12742 Online ahead of print.

- Mucci, F., Mucci, N., and Diolaiuti, F. (2020). Lockdown and isolation: psychological aspects of COVID-19 pandemic in the general population. *Clinical Neuropsychiatry*, 17, 63-64. DOI: 10.36131/CN20200205.
- Murru, L., Elisabetta, B., Brunelli, C., Miccinesi, G., and Borreani, C. (2013). Ricerca di senso nella malattia oncologica: l'esperienza dei gruppi di Logoterapia e analisi esistenziale. *Rivista Italiana di Cure Palliative*, 15(1), 11-18.
- Neimeyer, R.A. (ed.) (2001). *Meaning Reconstruction & The Experience of Loss*. Washington, DC: American Psychological Association. DOI: 10.1037/10397-000.
- Poli, S., Di San Marco, E. C., Andrichi, E., and Vegni, E. A. (2021). COVID-19 older hospitalized patients: three clinical-psychological patterns. *Journal of Gerontology and Geriatrics*, 69, 79-83. DOI: 10.36150/2499-6564-464.
- Porges, S. W., and Dana, D. (2020). *Le Applicazioni Cliniche della Teoria Polivagale*. Roma: Giovanni Fioriti Editore.
- Porges, S.W. (2020). The COVID-19 Pandemic is a paradoxical challenge to our nervous system: a Polyvagal Perspective. *Clinical Neuropsychiatry*, 17, 135-138. DOI: 10.36131/CN20200220.
- Ramírez-Ortiz, J., Castro-Quintero, D., Lerma-Córdoba, C., Yela-Ceballos, F., and Escobar-Córdoba, F. (2020). Mental health consequences of the COVID-19 pandemic associated with social isolation. *Colombian Journal of Anesthesiology*, 48(4). DOI: 10.5554/22562087.e930.
- Rossi, S., Carbone, R., Pedrelli, E., Sozzi, A., Artioli, G., and Sarli, L. (2021). The emergency psychologist during COVID-19 pandemic. *Acta Biomed*, 9(2). DOI: 10.23750/abm.v92iS2.12326.
- Sage, N., Sowden, M., Chorlton, E., and Edeleanu, A. (2008). *CBT for Chronic Illness and Palliative Care: A Workbook and Toolkit*. New Jersey: John Wiley & Sons.
- Sahoo, S., Mehra, A., Suri, V., Malhotra, P., Yaddanapudi, L.N., Puri, G.D., and Grover, S. (2020). Lived experiences of the corona survivors (patients admitted in COVID wards): a narrative real-life documented summaries of internalized guilt, shame, stigma, anger. *Asian journal of psychiatry*, 53. DOI: 10.1016/j.ajp.2020.102187.
- Sbattella, F. (2009). *Manuale di psicologia dell'emergenza*. Milano: FrancoAngeli.
- Schimmenti, A., e Caretti, V. (2016). Linking the overwhelming with the unbearable: developmental trauma, dissociation, and the disconnected self. *Psychoanalytic Psychology*, 33(1), 106.
- Shaygan, M., Yazdani, Z., Valibeygi, A. (2021). The effect of online multimedia psychoeducational interventions on the resilience and perceived stress of hospitalized patients with COVID-19: a pilot cluster randomized parallel-controlled trial. *BMC Psychiatry*, 21(93). DOI: 10.1186/s12888-021-03085-6.

- Sotoudeh, H.G., Alavi, S.S., Akbari, Z., Jannatifard, F., Artounian, V. (2020). The effect of brief crisis intervention package on improving quality of life and mental health in patients with COVID-19. *Iran. Journal of Psychiatry*, 15, 205-212. DOI: 10.18502/ijps.v15i3.3812.
- Straker, G., Watson, D., and Robinson, T. (2002). Trauma and disconnection: A trans-theoretical approach. *International Journal of Psychotherapy*, 7(2), 145-158.
- Wei, N., Huang, B.C., Lu, S. J., Hu, J.B., Zhou, X.Y., Hu, C.C., et al. (2020). Efficacy of internet-based integrated intervention on depression and anxiety symptoms in patients with COVID-19. *Journal of Zhejiang University. Science. B*, 21, 400-404. DOI: 10.1631/jzus.B2010013
- Wells, A. (2012). *Terapia Metacognitiva Interpersonale dei Disturbi D'Ansia e della Depressione*. Firenze: Eclipsi.
- Wilson, G., Farrell, D., Barron, I., Hutchins, J., Whybrow, D., Kiernan, M. D. (2018). The use of eye-movement desensitization reprocessing (EMDR) therapy in treating post-traumatic stress disorder-a systematic narrative review. *Frontiers in Psychology*, 9(923). DOI: 10.3389/fpsyg.2018.00923.
- Winnicott, D.W. (1971). *Playing and reality*. Harmondsworth: Penguin, 1985.
- World Health Organization. (2021). *Coronavirus disease (COVID-19). Situation report*. (March 12nd). Retrived from: [https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports_\(accessed on 20/04/2021\)](https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports_(accessed on 20/04/2021)).
- Zhang, J., Wu, W., Zhao, X., and Zhang, W. (2020) Recommended psychological crisis intervention response to the 2019 novel coronavirus pneumonia outbreak in China: a model of West China Hospital. *Precision Clinical Medicine*, 3(1), 3-8. DOI: 10.1093/pccmedi/pbaa006.
- Zimmermann, M. and Papa, A. (2018). Bereavement. In Maragakis A. and O'Donohue W. T. (Eds.). (2018). *Principle-Based Stepped Care and Brief Psychotherapy for Integrated Care Settings*. Springer Cham.