

Vita e morte nell'era del Covid-19: un'esperienza adleriana

ANDREA BOVERO

Summary – LIFE AND DEATH IN THE ERA OF COVID-19: AN ADLERIAN EXPERIENCE. The Covid-19 pandemic has created an environment in which existence is more fragile and existential fears or terror rises in people and in healthcare providers.

Using a case, I have analyzed the application of the Adlerian psychotherapy with Covid-19 patients hospitalized and I have described existential terror and existential maturity and go on to outline how existential maturity is important for the dying and the grieving but also for those whom facing risk of acquiring Covid-19. Results showed the beneficial effect of the Brief Adlerian Psychodynamic Psychotherapy in helping Covid patients to find a meaningful connection with someone around the experience of absence or death. There are key aspects of Adlerian therapy, as oneness of the concerned person, the emphasis on social responsibility, the need to come true in the human community, the strategy of encouragement and the sense of belonging that make it useful in the treatment of the Covid patients.

Finally, I have considered how fostering Social Feeling could help this populations face up to the different challenges that the pandemic brings up for people everywhere.

Keywords: COVID-19, ANGOSCIA DI MORTE, PSICOTERAPIA BREVE, ALFRED ADLER

Premessa

La pandemia di Covid-19 è stata una realtà tragica durante la quale è stato impossibile negare l'inevitabilità della morte. Chi lavora quotidianamente nelle cure palliative sa quanto sia importante proteggersi dall'angoscia di morte [7, 54], ma in questa situazione d'emergenza sanitaria, il persistente confronto con la morte condivisa con i pazienti sopravvissuti, con i familiari e i colleghi ha spesso costretto gli operatori sanitari a distogliere "lo sguardo dalla morte" [69].

Nell'epigrafe iniziale del libro di Yalom, è riportata la frase "*Le soleil ni la mort ne se peuvent regarder en face*" (Né il sole né la morte si possono guardare in faccia) di François de La Rochefoucauld [36]; tuttavia è solo affrontando una realtà ineluttabile che si potrà impedire che l'angoscia, rimanendo 'inascoltata', ostacoli la realizzazione personale dell'individuo. Come dice una canzone degli anni Sessanta "*A change is gonna come*" [34], qualsiasi evento è transitorio e così anche l'esperienza traumatica del Coronavirus verrà superata attraverso un rinnovato interesse comunitario basato

sull'amore, sulla compassione, sulla gentilezza, sulla gratitudine, sull'altruismo e attraverso la cura del nostro prezioso pianeta [30].

L'esperienza del Coronavirus offre lo spunto per riflettere sulla paura e sul terrore della morte e sull'applicabilità del modello adleriano attraverso la presentazione di un caso clinico seguito in un reparto Covid di un'azienda ospedaliera.

I. *Introduzione*

L'emergenza sociale e sanitaria che stiamo vivendo, a causa della nuova epidemia di Covid-19, determina nella popolazione un impatto psicologico molto significativo con una serie di reazioni psicologiche importanti. Numerose evidenze scientifiche mostrano che le persone in condizioni di salute gravi o critiche presentano, a causa del loro stato immunodepressivo, un maggiore rischio di contagio al virus Covid-19 e di eventuali complicazioni ad esso correlate [31].

L'impatto del Covid colpisce tutte le dimensioni della vita di una persona: fisica, psicologica, sociale e spirituale. Pertanto l'approccio al Covid-19 si inserisce perfettamente nella cornice di riferimento adleriana che considera fondamentale un trattamento integrato che prenda in considerazione l'unità somatopsichica della persona, la sua individualità e il suo contesto sociale [2, 16].

Infatti, Adler ha sviluppato la sua teoria partendo da una visione olistica e teleologica dell'essere umano, visto come un'unità biopsicosociale-esistenziale, indivisibile e unica nella sua individualità [57, 58]. La malattia non implica solo un deficit d'organo o funzione, ma mette in crisi l'omeostasi psichica dell'individuo che si ammala [1, 5]. Il paziente Covid, o meglio la "Persona" in senso adleriano (termine che significa anzitutto irripetibilità e singolarità del soggetto), è al centro dell'intervento. In questo contesto il sentimento di inferiorità si riferisce alla limitatezza, alla dipendenza ed alla precarietà della vita e quindi riguarda essenzialmente la finitudine e la mortalità dell'essere vivente con cui l'individuo si confronta [10]. Pertanto, tale malattia necessita di essere gestita in ottica biopsicosociale-esistenziale.

Il quadro clinico della malattia è caratterizzato da un'insufficienza respiratoria da polmonite interstiziale che genera, in molti malati, un'intensa dispnea associata a tosse resistente e ingombro secretorio tracheo-bronchiale che può portare alla sensazione di soffocamento. Il quadro clinico nelle forme più gravi è completato da: ipertermia severa resistente al trattamento, profonda astenia, artro-mialgie, angoscia e sensazione di morte imminente, confusione mentale con agitazione psicomotoria [51].

Per quanto riguarda gli aspetti psicologici, esso include episodi acuti di ansia e di stati depressivi che possono evolvere successivamente in episodi cronici (disturbo post traumatico da stress - PTSD, disturbi d'ansia, disturbi depressivi, lutto complicato nei famigliari e spesso senso di colpa nei caregivers).

È necessario che tutti gli operatori sanitari forniscano costantemente ai pazienti ricoverati un primo aiuto ed un contenimento dei sintomi [66, 68].

Inoltre, occorre tenere in considerazione la sofferenza sociale di questi pazienti (la mancanza della casa e dei propri affetti, l'isolamento amplificato dal distanziamento sociale, la solitudine dettata dallo scarso contatto con i propri cari in assenza di un telefono) e la loro sofferenza spirituale (perdita di senso/significato nella vita, perdita della fede) [6, 13, 17].

La particolare condizione di vulnerabilità provata da questi malati [48] può determinare un incremento del distress esistenziale caratterizzato da una persistente sensazione di assenza di senso, impotenza, fallimento e inutilità, difficoltà di coping e perdita di speranza, che può dar luogo ad un indebolimento della capacità progettuale dell'individuo e dunque a sentimenti di sconfitta, rinuncia e al desiderio di porre fine alla propria vita [14, 20, 25].

La vulnerabilità fa parte della condizione umana e viene provata in modo differente a seconda delle circostanze e delle incertezze dell'essere umano [65]. A proposito della vulnerabilità, Adler afferma che l'uomo viene al mondo con dei «Sentimenti di inadeguatezza [...] rispetto alle prove che la vita impone» (1, p. 411), ossia con una carenza sia nei confronti degli altri, sia nei confronti della propria permanenza nel mondo. Pertanto, emerge una visione dell'uomo che mette al centro dell'attenzione l'ontologica insufficienza dell'individuo a sé stesso e la necessità di valutare l'uomo globalmente, inteso come individuo indivisibile che deve essere considerato all'interno delle relazioni che intrattiene con gli altri [10].

Una particolare attenzione deve essere rivolta all'angoscia di morte che deve essere trattata sia farmacologicamente che clinicamente, con dei brevi colloqui psicologici di supporto e con una comunicazione onesta, in accordo con l'équipe medica curante [23]. Il malato, spesso, si sente completamente impotente, inferiore, vittima di un evento che lo domina e lo mette in scacco, in cui non può fare assolutamente nulla, se non a volte, lasciarsi invadere da un desiderio di morte [14]. *(Un esempio è il caso di un ragazzo di 25 anni affetto da asma, colpito da Covid-19: all'improvviso non riuscendo più a respirare, viene portato in ospedale e ricoverato in terapia intensiva dove viene urgentemente intubato. Dopo essere stato estubato, durante i nostri colloqui raccontava l'angoscia di morire dispnoico, e diceva "intorno a me vedevo persone sole morire, nessuno faceva niente")*.

Inoltre, la morte in seguito a gravi malattie terminali potrebbe essere interpretata, come Adler stesso afferma, come «Una soluzione solo per chi, di fronte ad un problema urgente, ha finito il suo limitato sentimento sociale» (5, p. 358). In molti casi il desiderio di morte potrebbe rappresentare un'estrema difesa compensatoria di un'insopportabile sofferenza, la liberazione dall'angoscia, l'affermazione di sé stessi sul male, la manifestazione di un ultimo controllo che il morente può esercitare, un modo

per attirare l'attenzione su di sé, un tentativo di manipolazione della famiglia per evitare di essere abbandonato [58]. Quando l'individuo non riesce più a gestire il proprio sentimento d'inferiorità all'interno della dinamica compensativa volontà di potenza/sentimento sociale, potrebbe mettere in atto ipercompensazioni, cioè compensazioni eccessivamente sbilanciate, attraverso le quali i pazienti tenderebbero ad equilibrare il grave rapporto sentimento di inferiorità/finitudine [14].

I pazienti Covid che presentano gravi comorbidità mostrano sostanzialmente due tipologie di reazioni psicologiche: da una parte alcuni malati vivono l'emergenza in correlazione alla progressione della loro malattia con maggiore tendenza ad atteggiamenti di fatalismo e/o evitamento del problema; un'altra tipologia di pazienti in fase avanzata esprime, invece, la paura che non vengano garantite le cure necessarie a causa dell'emergenza e delle restrizioni e manifestano preoccupazione rispetto alle conseguenze negative causate dal virus, in particolare il rischio di progressione della malattia.

In questo caso, si può assistere alla comparsa di pensieri catastrofici di morte, con un'esacerbazione di eventuali quadri depressivi e/o una riacutizzazione di pregresse problematiche psicopatologiche. Si riscontrano, inoltre, vissuti psicologici caratterizzati da incertezza esistenziale, impotenza e solitudine affettiva a causa del distanziamento sociale e delle restrizioni ai familiari nell'accesso ai luoghi di cura. Infine, nella fase del fine vita, i malati affetti da più patologie presentano maggiormente la preoccupazione di morire da soli, senza poter ricevere il supporto e l'affetto dei familiari e delle persone care e un incremento del vissuto di solitudine affettiva e del senso di abbandono, in relazione alla necessità di distanziamento sociale causata dallo stato di emergenza [4, 44, 49].

II. *Aspetti gestionali ed assistenziali dei pazienti Covid*

I pazienti affetti da Covid-19 in condizioni di gravità tale da richiedere un ricovero ospedaliero sono accolti in reparti multi-specialistici di area medica (reparti Covid e Covid CPAP) e di area critica (terapie intensive Covid) e sottoposti a isolamento seguendo un criterio di intensità di cura.

A causa dell'elevatissima contagiosità del virus SARS-CoV-2 e la conseguente necessità di indossare adeguati dispositivi di protezione individuale (DPI), l'accesso in questi reparti è contingentato ad un numero limitato di operatori sanitari e non è consentito, per motivi di salute pubblica, ai familiari dei pazienti poiché potrebbero essere contagiati e divenire a loro volta fonte di contagio.

Tra le indicazioni per la gestione dell'emergenza sanitaria tratte dall'esperienza sul campo presso un importante ospedale torinese, alcune sono risultati particolarmente importanti [27, 9].

Innanzitutto, la gestione di pazienti, familiari e sanitari coinvolti nel Covid-19 è operata da un team multidisciplinare (infettivologo, pneumologo, internista, infermiere,

psicologo) mirato alla gestione sanitaria ai vari livelli ed alla gestione emozionale (clinica, psicofarmacologica, psicologica) [10, 15]. Il “modello di rete”, inteso come strumento concettuale ed operativo tra paradigmi diversi, permette di rendere compatibili i differenti interventi e i diversi linguaggi utilizzati [56]. I diversi interventi terapeutici, farmacologici, psicoterapeutici e riabilitativi devono essere applicati sulla stessa persona, quando è necessario, in un insieme globale o di rete, in un'ottica di “psichiatria di consultazione–liaison” [58] attivando un approccio di tipo progettuale e un'applicazione strategica. *La terapia biopsicosociale nell'impostazione della Psicologia Individuale* articola e pianifica il trattamento sulla base di principi biopsicosociali e teleologici [57, 56].

Una delle caratteristiche fondamentali dell'assistenza a questa tipologia di pazienti è l'intervento d'équipe; importante è il confronto continuo con i colleghi, soprattutto quando si affrontano quadri clinici complessi o situazioni che sollevano interrogativi di carattere psicologico, etico o spirituale, per esempio la necessità di sedare un paziente di fronte ad un sintomo incontrollabile [24, 28]. Inoltre, fondamentale risulta essere una metodologia d'intervento che tenga conto della globalità e della complessità del malato rispetto agli interventi terapeutici settoriali [27].

In questo contesto, il medico specialista avrà il compito di attivare e coordinare gli interventi degli altri operatori coinvolti nell'assistenza, così da garantire un trattamento multimodale continuativo attraverso un intervento multidisciplinare (medico-infermiere-psicologo) attuato da personale debitamente preparato, in grado di soddisfare i reali bisogni del malato e di contenere i desideri di chi lo assiste.

Questo setting allargato, multiprofessionale, fa sì che lo staff sia nella condizione di poter valutare importanti variabili quali aspettative di vita, caratteristiche cliniche, capacità di controllo dei sintomi, qualità di vita attuale e attesa, livello di consapevolezza e partecipazione attiva, considerazioni in termini di costo/efficacia e costo/benefici [27].

La funzione dello psicoterapeuta è di accompagnare il paziente attraverso le fasi della malattia, piuttosto che nell'esplorazione dei suoi vissuti emozionali più profondi [59, 12]. Infatti, la sperimentazione da parte del paziente della presenza significativa del terapeuta e quindi del suo sentimento sociale, può agire come fattore terapeutico, mediando con il mondo esterno e facendo da tramite con la famiglia (*Un esempio è il caso di Maria, una signora di 72 anni, affaticata dalla sofferenza fisica e non solo, che in seguito alla patologia oncologica si è ulteriormente ammalata di Covid. Ricoverata in terapia sub-intensiva mi comunica che se peggiorerà clinicamente, non vorrà essere intubata ma morire in pace, perché lei ha finito il suo percorso. Lo comunico all'équipe che procede alla compilazione con la paziente delle disposizioni anticipate di trattamento (DAT) e nei brevi colloqui successivi, la paziente mi comunica il suo “testamento spirituale” che io trascrivo fedelmente e consegno alla famiglia*).

Un'altra indicazione importante nella gestione dell'emergenza con i pazienti Covid è stata l'utilizzo di mezzi telematici (videochiamate al letto, telefonate concordate di aggiornamento clinico quotidiano con i curanti), gestiti in parallelo da uno staff medico e psicologico dedicato e formato sulla modalità di comunicazione delle cattive notizie, in particolare sulla comunicazione del decesso di un congiunto e l'attivazione di un supporto telefonico per i parenti [27].

A causa dell'impossibilità per i pazienti e per i medici curanti di incontrare fisicamente i familiari dei pazienti, è stata istituita da parte della Direzione Sanitaria un'équipe per la comunicazione con i familiari dei malati. La comunicazione tra familiari e medici curanti è resa più difficile dai limiti imposti dall'utilizzo dei DPI indossati dai professionisti, i quali, nel rispetto delle norme di sicurezza, non sempre possono utilizzare con rapidità gli strumenti di comunicazione. L'équipe riceveva giornalmente un aggiornamento sulle condizioni cliniche dei pazienti, sulle terapie in atto e sul programma delle attività cliniche da effettuare nei giorni successivi. L'équipe analizzava e discuteva collegialmente le informazioni ricevute, anche alla luce delle conversazioni effettuate nei giorni precedenti, e contattava i familiari che i pazienti avevano indicato.

La mancanza del contatto con il paziente e con i medici curanti ha generato una sensazione di insicurezza nei familiari che ha fatto nascere dubbi e paure che dovevano essere contenuti con informazioni, ricche anche di particolari che permettevano ad ogni familiare di immaginare la scena del ricovero (*casi problematici sono stati quelli di un reparto di medicina in cui i pazienti ricoverati non sono stati isolati, contagiando il personale sanitario e molti degenti. La rabbia dei familiari al telefono mascherava sempre la paura di non rivedere i loro cari e l'angoscia devastante della morte contagiava chiunque di noi coinvolto*).

L'équipe di comunicazione si assumeva inoltre, d'accordo con i medici e gli infermieri curanti dei reparti Covid, l'importante compito di comunicare eventuali notizie infauste ai parenti dei pazienti ricoverati, ritenendo fondamentale la collaborazione della figura dello psicologo clinico in tali circostanze. Le limitazioni imposte dall'emergenza, in termini di accessibilità all'ospedale da parte dei parenti, ma anche riguardanti l'ambito delle onoranze funebri, hanno reso purtroppo non così remota la possibilità che i congiunti possano non rivedere più il proprio caro una volta ricoverato.

La collaborazione con lo psicologo clinico/psicoterapeuta è risultata imprescindibile: l'équipe di comunicazione ha dovuto garantire la divulgazione delle notizie cliniche ma allo stesso tempo affrontare le problematiche legate alla sofferenza dei parenti, spesso a loro volta isolati a casa in condizioni di stress, attraverso un approccio empatico capace di unire alle elevate competenze professionali anche una componente di solidarietà umana, al fine di condividere la sofferenza in modo da non lasciare nessuno "da solo" [27, 29]. Molto spesso le richieste dei parenti sono state quelle di avere

notizie cliniche particolari o informazioni infermieristiche; altre volte è stato anche chiesto di poter consegnare dei piccoli oggetti ai pazienti ricoverati, quali ad esempio foto o altri “oggetti tramite”. Altre volte l'equipe si è occupata della salute dei parenti stessi isolati in quarantena al proprio domicilio, fornendo loro informazioni utili su aspetti riguardanti la loro (nuova) quotidianità in un contesto emergenziale. L'isolamento dei pazienti ricoverati e l'allontanamento dai familiari, favorisce l'emergere di sentimenti di scoraggiamento, rabbia e impotenza, per cui l'instaurarsi di una buona alleanza con i familiari sottende l'esistenza di una buona alleanza costruita con il paziente [11].

Lo psicoterapeuta può fungere da *Io ausiliario* che ascolta e appoggia i familiari del paziente malato di Covid, al fine di una maggiore accettazione dell'assenza progressiva del malato fino alla morte. L'incoraggiamento si esprime attraverso l'attivazione del Sé creativo del terapeuta [37, 41] e la possibilità di contatto empatico del terapeuta con la sofferenza del caregiver [11]. Come afferma Adler, lo psicoterapeuta deve avere la possibilità *di vedere con i suoi occhi, ascoltare con le sue orecchie, sentire con il suo cuore* [3]. La comunicazione e la partecipazione solidale rappresentano un impegno soprattutto etico e svolgono una pregnante funzione terapeutica per una più alta qualità della vita rimasta e per la separazione finale [13, 63].

Un'ulteriore considerazione riguarda la necessità di attivare interventi di supporto (individuali e di gruppo) per i curanti ed i sanitari contagiati. La scarsità di DPI adeguati, l'incertezza relativa alla modalità di trasmissione del virus ed i relativi comportamenti di protezione, le conseguenze del ritardo nel riconoscimento di alcuni pazienti positivi al virus, la responsabilità di pazienti più a rischio per età e condizioni immunitarie, i primi contagi tra i colleghi con conseguente preoccupazione e carico di lavoro, il timore di contagiare i propri familiari, la carenza di tamponi e di reagenti, hanno costituito alcuni problemi professionali e personali. In un “terreno inesplorato” dove poco si sapeva del virus e ancor meno di terapie possibili, gli operatori sanitari nei reparti per la cura del Covid partecipavano insieme agli altri al trauma e al lutto di comunità, testimoni impotenti dell'impennata di contagi, dell'ondata di morti, del collasso delle terapie intensive, dei trasferimenti di pazienti in altri paesi.

Gli operatori sanitari venivano toccati personalmente dalla paura del contagio, dalla morte di colleghi, di pazienti e di persone care, sentendosi come non mai esposti, mortali e fragili [52, 64]. “Sono parte della cura o sono parte della malattia?” si domanda un medico sottolineando il conflitto tra senso di responsabilità per il proprio lavoro e quello verso la propria famiglia [53].

Dunque, la paura che un operatore sanitario possa contagiarsi, e soprattutto contagiare, può innescare primitive reazioni di stigmatizzazione sociale. Gli operatori sanitari si trovano di fronte ad un paradosso, fra idealizzazione e stigma sociale descritto in altre epidemie, fra essere “eroi” ed essere “untori” “che potrebbero portare il virus nei loro condomini o nelle case [67].

Gli operatori sanitari che hanno lavorato in prima linea o nel triage sono stati più esposti di altri al rischio di danno morale (*moral injury*), quel particolare fenomeno che si verifica quando sai che “dovresti fare qualcosa ma non puoi farlo” con conseguente senso di colpa, tradimento e rabbia [43], poiché costretti per carenza di ossigeno, ventilatori o posti letto a prestare le cure ad alcune categorie di pazienti e non ad altre. Forse è per questo che in medicina si fa spesso ricorso all’immagine mitologica greca del “guaritore ferito” [42, 60], identificato nel centauro di Chirone.

La narrazione mitologica sottolinea il paradosso di un guaritore, ferito a sua volta, che non può guarire sé stesso. È una figura mitologica contraddittoria: di natura animale e apollinea insieme, sofferente di una ferita mortale, malgrado sia una divinità; abile terapeuta ma impotente di fronte alla ferita essenziale che colpisce l’uomo. La cura, soprattutto il prendersi cura, rischia sovente di logorare le riserve psichiche e morali della persona che vi si dedica così da provocare un pericoloso cortocircuito. Anche l’esercizio della medicina per situazioni acute, di emergenza, può indurre un’emorragia di risorse interiori quando è accompagnata da frequenti fallimenti o espone in modo particolarmente crudele al dolore altrui.

Tutto ciò fa parte integrante della medicina di sempre e presumibilmente non si potrà eliminare neppure dalla medicina di domani. Inoltre, questa emergenza sanitaria mette in scena una ferita ancor più profonda che affligge il guaritore: è ferito dalla sua inevitabile impotenza. Una frase nel film di Ingmar Bergman: *Il posto delle fragole* (1957) continua a interrogarci; il vecchio professore di medicina sogna di dover subire un esame, non sa rispondere alla domanda circa quale sia il primo dovere del medico, l’esaminatore gli suggerisce la risposta: “Il primo dovere del medico è di chiedere perdono”. Perdono di che cosa? si potrebbero chiedere in tanti, forse del fatto che, prima o poi, la sua promessa di tenere lontana la morte fallisce.

Per questo la pratica della cura può generare profondi sensi di colpa in chi vi si dedica, a meno che il terapeuta non si sia confrontato con la propria limitatezza, l’abbia accettata e interiorizzata. Il medico e lo psicoterapeuta che non si sia messo in discussione sulla propria morte, difficilmente riuscirà ad aiutare un paziente grave. Ne deriva un atteggiamento di ritiro, di fuga, di abbandono del paziente e una tendenza a ritualizzare, depersonalizzare la relazione con perdita di autenticità.

A questo riguardo è utile la presenza di una supervisione da parte di psicoterapeuti esterni che prevengono crisi di svuotamento emotivo e burn-out [16]. Inoltre, è importante un costante lavoro di riflessione e di analisi del proprio controtransfert perché costituisce per il paziente la testimonianza e la garanzia della possibilità di intraprendere insieme all’analista un viaggio proficuo all’interno di sé stessi [16, 50]. Quest’ultimo deve essere consapevole del forte coinvolgimento emotivo richiesto, il quale però non deve essere eccessivo essendo stato filtrato dall’elaborazione della propria morte [22, 46].

III. Caso Clinico

C. è un uomo di 65 anni, sposato, con due figli in isolamento domiciliare. Il paziente è stato ricoverato in ospedale perché in seguito a difficoltà respiratorie, si è presentato in pronto soccorso dove gli è stato diagnosticato il Covid-19. È sposato da venticinque anni, descrive il suo matrimonio con degli “alti e bassi”, sua moglie è rappresentata come una persona molto impegnata nel suo lavoro (manager in un'azienda informatica), molto razionale e decisa, “un caterpillar”. Hanno due figli: la maggiore (40 anni) è sposata, ha un figlio di 6 anni ed è una musicista come il padre, mentre il secondogenito è un maschio di 35 anni che lavora in Inghilterra.

C. è stato un musicista, ha suonato il violino in un'orchestra sinfonica e si occupa di volontariato presso un ente no profit. C. ha un'intensa vita relazionale, ha molti amici con cui trascorre gran parte del suo tempo libero e si descrive come una persona “molto talentuosa e motivata nella sua professione, esigente, amorevole e bisognosa di affetto”.

In seguito alla positività al tampone è stato ricoverato in un reparto Covid. La prima volta che l'ho incontrato, in seguito ad un aggravamento respiratorio, indossava una maschera di venturi per la somministrazione di alti flussi di ossigeno in seguito alla riduzione della saturazione dell'ossigeno nel sangue. Ormai era ricoverato da quasi un mese ed era molto demoralizzato, aveva perso le speranze di tornare a casa. Insieme agli infermieri del reparto faceva le videochiamate ai familiari, i quali nel vederlo così sofferente, credevano che non l'avrebbero più rivisto.

Al primo colloquio C. appariva molto triste ed affaticato fisicamente. Mi accolse calorosamente, raccontandomi il suo calvario. Inoltre, mi raccontò che i suoi genitori erano sopravvissuti ad un campo di concentramento e della morte di sua madre quando lui era ancora bambino. Come allora, C. ha degli episodi di attacco di panico trattati farmacologicamente.

Dopo questo primo colloquio apparve molto più sereno, chiedendomi di proseguire i colloqui: “*Dottore, ho bisogno di lei per sopravvivere qui*”. In seguito ad un peggioramento improvviso, C. ebbe un aggravamento respiratorio per cui fu obbligato ad indossare un casco Cpap, cioè uno strumento collegato a una macchina per la ventilazione in cui l'aria e l'ossigeno vengono immessi nel casco con una pressione positiva, agevolando gli alveoli polmonari ad aprirsi e a lavorare meglio.

Durante un colloquio in cui mi raccontava le sue sensazioni, mi disse: “*stavo improvvisamente soffocando... sembrava di avere l'acqua nei polmoni. Dentro questo casco sembra di impazzire, perdi il controllo!*”. C. lamentava la scomodità del casco, il fastidio dei rumori che lo disturbavano ulteriormente e l'insonnia notturna. Dissi a C., di non preoccuparsi che sarei passato ugualmente anche se non ce la faceva a parlare.

Durante l'incontro successivo mi parlò della sua angoscia di morire soffocato e solo in ospedale, che lui descriveva come "il trauma che ho da sempre". La sua paura di morire si esprimeva attraverso intensi vissuti di abbandono e attraverso la paura di "morire in ospedale senza nessuno accanto". C. raccontava quanto fosse difficile addormentarsi da solo e rievocava un suo ricordo da bambino, "mi sentivo in ansia quando mia madre non incrociava il mio sguardo prima di andare a dormire o non mi sorrideva quando mi augurava una buona notte".

Ciò che aveva desiderato di più nella sua vita era condividere le sue paure, le sue angosce con qualcuno che gli volesse bene. Lui amava sua moglie ma con lei si sentiva spesso bloccato su simili argomenti. Nei colloqui successivi, C. mi disse che ogni giorno attendeva i nostri incontri durante i quali affrontavamo i suoi profondi sentimenti di solitudine e la paura di morire. *"Dottore, Lei mi ha ascoltato con pazienza e mi ha dato delle speranze che stavo perdendo"*.

Nel mese di maggio C. è stata dimessa ed è tornato a casa. Durante un incontro post-ricovero, C. raccontò che la sua vita sembrava avere preso un nuovo significato: ha parlato con la moglie in modo più aperto e soprattutto ha compreso quali erano le difficoltà nel rapporto con la compagna.

IV. *Discussione*

L'emergenza pandemica del Covid-19 rappresenta una minaccia per la salute e la vita di milioni di persone, costringendo la popolazione ad un processo di adattamento fisico, psicologico e sociale. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha dato indicazioni per la gestione dell'emergenza, sia dal punto di vista biomedico che psicologico. I principali obiettivi degli interventi psicologici per la gestione delle conseguenze psicologiche e comportamentali sono i seguenti [35]:

- Ridurre il rischio di sviluppare distress psicologico;
- Promuovere il benessere e comportamenti di prevenzione;
- Favorire strategie di adattamento all'emergenza a livello individuale, familiare ed interpersonale e contenere le paure;
- Promuovere l'empowerment e l'auto-efficacia;
- Ridurre la stigmatizzazione e supportare la reintegrazione;
- Sostenere coloro che sono in isolamento con strategie di coping attivo e positivo;
- Promuovere la collaborazione efficace tra i servizi di salute mentale, tra tutte le figure professionali psicosociali e i membri della comunità, al fine di massimizzare l'impatto positivo delle attività rivolte alla popolazione.

Oltre agli interventi psicologici evidenziati nella letteratura scientifica rivolti alla popolazione in relazione al Covid-19, quando possibile, è utile attivare degli interventi di psicoterapia breve [35] quali quello adleriano [61, 40, 18, 38, 45]. Il tradizionale

patrimonio teorico-tecnico della Psicologia Individuale (IP) circa il processo di incoraggiamento/transmotivazione e gli aspetti *profondi* della comunicazione empatica, sembrano fruibili per nuovi contesti di cura [8, 39].

La terapia di linea adleriana non è una semplice esperienza intellettuale, asetticamente assimilabile ad un intervento di tipo chirurgico, ma costituisce nella sua essenza un evento “ontologico” di natura duale che incide in profondità nel vissuto esistenziale sia del terapeuta che del paziente; perché è proprio la nuova “esperienza emotiva, partecipativa e incoraggiante”, in cui si viene a creare un’atmosfera relazionale di sostegno e di contenimento empatico, che rende possibile l’accesso “progressivo e successivo” alla fase dell’interpretazione, della comprensione e, quindi, del cambiamento [61].

La sperimentazione da parte di C. della presenza significativa del terapeuta e quindi del suo *sentimento sociale* ha agito come fattore terapeutico permettendo lo svelamento delle finzioni, il riconoscimento delle proprie emozioni e la possibilità di essere più autentico di fronte ai propri “bisogni” [16, 12]. Inoltre, è questa esperienza di condivisione con l’altro che rende il processo del morire più tollerabile, anche attraverso la «Tardiva assunzione della funzione materna» del terapeuta che trasmette al paziente demoralizzato i propri sentimenti di fiducia e di amore incondizionato.

L’esperienza creativa vissuta nel corso dei colloqui ha accresciuto l’autostima del paziente attraverso una compensazione positiva del suo sentimento di inferiorità e ha attivato circoli virtuosi che hanno permesso trasformazioni significative per il senso di vita [19].

Il Covid-19 ha colpito l’uomo della società moderna indebolendo la sua dimensione relazionale e la sua dignità umana. C. e gli altri pazienti ricoverati sono stati costretti ad affrontare la sofferenza in solitudine e nei casi estremi a morire da soli senza il conforto dei propri cari. La presenza del caregiver, in qualità di terapeuta, può facilitare la preservazione della propria identità individuale e aiutare il paziente a mantenere un senso di dignità di fronte alla morte [26]: l’atteggiamento di presenza significativa dell’altro e l’atteggiamento auto-affermativo (*legacy*) del morente rappresentano le modalità protettive di fronte alla disintegrazione dell’essere [47, 33].

Le strategie creative messe in atto dalle équipe sanitarie per garantire una relazione di cura personalizzata tra équipe composte da medici e psicologi, pazienti e famiglie (videochiamata dal letto del paziente a familiari o amici, la consegna di effetti personali come telefono, fotografie, lettere, etc.) sono strumenti essenziali per accendere e rinforzare quella *maturità esistenziale* necessaria per non farsi soverchiare dall’angoscia di morte e per mantenere un senso di appartenenza [14, 20, 21].

Infatti, è prioritario con questi pazienti mantenere un adeguato sentimento sociale poiché ciò li aiuti a sentirsi oggetto d’accudimento e non un peso e ad affrontare bene

la morte. Per quanto riguarda il paziente presentato nella discussione del caso clinico, l'isolamento e la solitudine hanno riportato alla luce i suoi vissuti abbandonici e la sua incapacità di reagire, sentimenti che risalgono alle sue esperienze infantili. Il Covid ha permesso a C. di confrontarsi con la propria mortalità, di misurarsi con la propria solitudine esistenziale ed i propri sentimenti di frammentazione, scoprendo la presenza incoraggiante del terapeuta che lo ha accompagnato in questa terra desolata. C. è stato in grado di rappresentare il suo senso di Sé, utilizzando vecchi e nuovi legami e strategie più mature e creative.

Attraverso l'atteggiamento empatico e disponibile del terapeuta, il paziente è riuscito a ri-scoprire sia il senso della malattia che dell'esistenza [19, 55]. Inoltre, attraverso la psicoterapia breve, C. si è confrontato con i limiti della finitezza umana e ha scoperto ciò di cui ha bisogno dagli altri, imparando a relazionarsi con i caregivers in modo meno ansioso.

L'esperienza clinica suggerisce che il processo del morire è influenzato dallo stile di attaccamento; spesso l'imminente morte richiede la rinegoziazione dell'attaccamento, pertanto la psicoterapia può aiutare il paziente e il caregiver a ristabilire un equilibrio nei loro legami affettivi [32]. C. ha sofferto per l'assenza e la perdita della mamma nella sua infanzia e ha riprovato un vissuto simile nella sua esperienza di malattia, ma nella relazione terapeutica è riuscito ad elaborare tali sentimenti e ad introiettare nuovi modelli relazionali.

V. Conclusioni

Tutto è transitorio, comprese le pandemie, le guerre, i sistemi economici più efficienti e la vita stessa. Pertanto, anche questa pandemia di Covid-19 un giorno cesserà e noi ritorneremo, forse, a una vita normale che assomiglia alla nostra vita pre-Covid. Ci auguriamo che le nostre vite non saranno solo traumatizzate ma anche trasformate in qualcosa di migliore.

Solo mantenendo vivo il legame che ci unisce come cittadini di una stessa comunità, rinforzando i vincoli di solidarietà che ci rendono consapevoli di essere indispensabili gli uni per gli altri, con le nostre fragilità ma anche con il nostro coraggio nelle avversità, supereremo questo periodo diventando più forti e capaci di vedere il bene che è in ciascuno e in ogni situazione, perché davvero, come dice il Piccolo Principe *"l'essenziale è invisibile agli occhi"* [62].

Bibliografia

1. ADLER, A. (1912), *Über den nervösen Charakter*, tr. it. *Il temperamento nervoso*, Astrolabio, Roma 1971.
2. ADLER, A. (1920), *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*, tr. it. *La Psicologia Individuale*, Newton Compton, Roma 1983.
3. ADLER, A. (1931), *What Life Should Mean to You*, tr. it. *Cosa la vita dovrebbe significare per voi*, Newton Compton, Roma 1994.
4. AL-SHAMSI, H. O. et al. (2020), A Practical Approach to the Management of Cancer Patients During the Novel Coronavirus Disease 2019 (Covid-19) Pandemic: An International collaborative Group, *The Oncologist*, 25:1-10.
5. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze 1997.
6. BANERJEE, D., RAI, M. (2020), Social isolation in Covid-19: The impact of loneliness, *Int. J. Soc. Psychiatry*, 66(6):525-527.
7. BECKER, E. (1973), *The Denial of Death*, The Free Press, New York.
8. BOVERO, A., TORTA, R., FERRERO, A. (2006), A new approach on oncological pain in depressed patients: data from a clinical study using Brief Adlerian Psychodynamic Psychotherapy, *Psychooncology*, 15(S): 1-478.
9. BOVERO, A., SALVATICO, F., SIMILI, V., TORTA, R. (2007), Assistenza domiciliare, hospice, volontariato, in TORTA, R. (Eds), MUSSA, A., *Psiconcologia. Basi biopsicosociali*, C.S.E., Torino 2007: 381-398.
10. BOVERO, A., ZAINA, E., TORTA, R. (2009), Aspetti biopsicosocioculturali del dolore: riflessioni sulle esperienze cliniche e psicoterapeutiche con il paziente oncologico, *Riv. Psicol. Indiv.*, 65: 73-93.
11. BOVERO, A., CHERASCO, P., TORTA, R. (2010), Efficacia della strategia di incoraggiamento ai caregivers di pazienti oncologici terminali, *Riv. Psicol. Indiv.*, 67: 34-40.
12. BOVERO, A., GRAZIATO, I., TORTA, R. (2011), Analisi delle finzioni nella prassi psicoterapeutica con il paziente oncologico terminale, *Riv. Psicol. Indiv.*, 69: 53-63.
13. BOVERO, A. (2011), La ricerca di significato alla fine della vita: analisi di un'esperienza di psicoterapia in hospice, *Riv. Psicol. Indiv.*, 70: 111-125.
14. BOVERO, A., GRAZIATO, I., LEOMBRUNI, P., TORTA, R. (2014), Desiderio di morte nel paziente oncologico alla fine della vita: analisi delle funzioni compensatorie e dei fattori correlati, *Riv. Psicol. Indiv.*, 75: 104-110.
15. BOVERO, A., MARGOLICCI, F., SCUMACI, E., LEOMBRUNI, P., TORTA, R. (2014), Il setting con i malati terminali in hospice, *Riv. Psicol. Indiv. Suppl.*, 75: 223-232.
16. BOVERO, A., TORTA, R. (2014), Setting in psiconcologia, *Riv. Psicol. Indiv. Suppl.*, 75: 17-27.
17. BOVERO, A., LEOMBRUNI, P., MINIOTTI, M., ROCCA, G., TORTA, R. (2016), Spirituality, quality of life, psychological adjustment in terminal cancer patients in hospice, *European Journal of Cancer Care*, 25.6: 961-969.

18. BOVERO, A., IERACI, V., AMODEO, L., MALABAILA, A., FERRERO, A., TORTA, R. (2017), Combined therapy versus usual care in the treatment of depressed patient with pain, *Int. J. Psychother. Pract. Res.*, 1 (1): 30-44.
19. BOVERO, A., TORTORICI, M., TORTA, R. (2017), La demoralizzazione del paziente oncologico nella fase terminale della malattia, *Riv. Psicol. Indiv.*, 81: 85-97.
20. BOVERO, A., SEDGHI, N. A., OPEZZO, M., BOTTO, R., PINTO, M., IERACI, V., TORTA, R. (2018), Dignity related existential distress in end of life cancer patients: Prevalence, underlying factors, and associated coping strategies, *Psycho Oncology*, 27(11): 2631-2637.
21. BOVERO, A., SEDGHI, N. A., BOTTO, R., TOSI, C., IERACI, V., TORTA, R. (2018), Dignity in cancer patients with a life expectancy of a few weeks. Implementation of the factor structure of the Patient Dignity Inventory and dignity assessment for a patient-centered clinical intervention: A cross-sectional study, *Palliat. Support. Care*, 16(6):648-655.
22. BOVERO, A., TOSI, C., MINIOTTI, M., TORTA, R., LEOMBRUNI, P. (2018), Medical students' reflections toward end-of-life: a hospice experience, *J. Canc. Educ.*, 33(3): 634-639.
23. BOVERO, A., TORTA, R. (2019), Disturbi d'ansia, in CARACENI, A., CORLI, O., COSTANTINI, M., GRASSI, L., *Libro Italiano di Medicina e Cure Palliative*, Poletto Editore, Milano 2019: 327-333.
24. BOVERO, A., TOSI, C., BOTTO, R., CITO, A., MALERBA, V., MOLFETTA, V., IERACI, V., TORTA, R. (2019), The Health Care Providers' Perspectives on End-of-Life Patients' Sense of Dignity. A Comparison Among Four Different Professionals' Categories, *J. Canc. Educ.*, 35-6:1184-1192, Jul 13.
25. BOVERO, A., TOSI, C., BOTTO, R., OPEZZO, M., GIONO-CALVETTO, F., TORTA, R. (2019), The spirituality in End-of-Life cancer patients, in relation to anxiety, depression, coping strategies and the daily spiritual experiences: A cross-sectional study, *J. Relig. Health*, 58(6), 2144-2160.
26. BOVERO, A., COTARDO, F., PIEROTTI, V., GOTTARDO, F., BOTTO, R., OPEZZO, M., GEMINIANI, G. C. (2021), Personality Traits and Sense of Dignity in end of life cancer patients: a cross sectional study, (2021) *Am. J. Hosp. Palliat. Care*, 38:39-46.
27. BOVERO, A., TORTA, R. (2020), "Problemi gestionali in una struttura di Psico-Oncologia ospedaliera", Corso FAD "Emergenza sanitaria Covid-19 e Psico-Oncologia. Competenze da integrare nella pratica clinica", In Documento Istituto Superiore Sanità (ISS).
28. BOVERO, A., TOSI, C., BOTTO, R., PIDINCHEDDA, A., GOTTARDO, F., ASTA, G., TORTA, R. (2020), A qualitative study to Explore Healthcare Providers' Perspectives on End-of-Life Patients' Dignity. How Can Dignity Be Defined, and Which Strategies Exist to Maintain Dignity? *J. Canc. Educ.*, Jun 25. doi: 10.1007/s13187-020-01808-z.
29. BOTTO, R., BOVERO, A., OPEZZO, M., GOTTARDO, F., DIGIOVANNI, Y., TOSI, C., PIDINCHEDDA, A., DI GIROLAMO, I., TORTA, R. (2020), Hope as a resource for end-of-life cancer patients: prevalence, associations and predictors, *Pal-*

liative Medicine, 34 (1S):227.

30. BREITBART, W. (2017), On the inevitability of death, *Palliat and Support Care*, 15(3): 276-278.
31. BROOKS, S. K., 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(10227):912-920.
32. CARUSO, R., NANNI, M. G., RODIN, G., HALES, S., MALFITANO, C., DE PADOVA, S., BOVERO, A., MINIOTTI, M., LEOMBRUNI, P., GRASSI, L., et al. (2020), Effectiveness of a brief manualized intervention, Managing Cancer and Living Meaningfully (CALM), adapted to the Italian cancer care setting: Study protocol for a single-blinded randomized controlled trial, *Contemp. Clin. Trials Commun.* Oct 10; 20:100661. Doi 10.1016/j.conctc.2020.100661.
33. CHOCHINOV, H. M., BOLTON, J., SAREEN, J. (2020), Death, Dying, and Dignity in the Time of the Covid-19 Pandemic, *J. Palliat. Med.*, (10):1294-1295.
34. COOKE, S., MOTAUNG, A. (1964), *A Change is Gonna Come*, RCA Victor Records, Hollywood, CA.
35. DUAN, L., ZHU, G. (2020), Psychological interventions for people affected by the Covid-19 epidemic, *Lancet Psychiatry*, 7(4):300-302.
36. DUC DE LA ROCHEFOUCAULD, F., MACCHIA, G., BOGLIOLO, G. (1998), *Massime: riflessioni varie e autoritratto*, Biblioteca universale Rizzoli.
37. FASSINO, S. (1989), Social Interest and Creative Self, *Indiv. Psych. Doss.*, 1: 61-91.
38. FASSINO, S., AMIANTO, F., FERRERO, A. (2008), Brief Adlerian psychodynamic psychotherapy: teoretical issues and process indicators, *Panminerva Med.*, 50.2: 165-175.
39. FASSINO, S. (2020), La pandemia Covid-19 interroga la scienza e la coscienza di ricercatori, medici, psicologi, educatori, genitori, governanti, *Riv. Psicol. Indiv.*, 87:3-14.
40. FASSINO, S., AMIANTO, F., FERRERO, A. (2020), Psicoterapia Breve Psicodinamica Adleriana: elementi teorici e indicatori di processo, *Riv. Psicol. Indiv.*, 87: 115-150.
41. FERRIGNO, G. (2008), La relazione empatica adleriana e la ricomposizione dell'interindividualità, *Riv. Psicol. Indiv.*, 63: 3-13.
42. FERRIGNO, G. (2009), La risonanza emozionale e il "ritmo" dell'incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 66: 81-91.
43. GREENBERG, N., DOCHERTY, M., GNANAPRAGASAM, S., WESSELY, S. (2020), Managing mental health challenges faced by healthcare workers during Covid-19 pandemic, *BMJ*, Mar 26;368:m1211. doi: 10.1136/bmj.m1211.
44. GREGUCCI, F., CALIANDRO, M., SURGO, A., CARBONARA, R., BONAPARTE, I., FIORENTINO, A. (2020), Cancer patients in Covid-19 era: swimming against the tide, *Radiother. Oncol.* 149:109-110.
45. HALES, S., LO, C., RODIN, G. (2015), Managing Cancer and Living Meaningfully (CALM) Treatment Manual: An Individual Psychotherapy for Patients with Advanced Cancer, *Princess Margaret Cancer Centre, University Health Network*, Toronto, Ontario, Canada.

46. IAZZOLINO, B., BOVERO, A. (2014), Un modello di psicoterapia adleriana con pazienti affetti da sclerosi laterale amiotrofica, *Riv. Psicol. Indiv.*, 75: 81-99.
47. KOHUT, H. (1984), *How Does Psychoanalysis Cure?* University of Chicago Press, Chicago.
48. LANCET, T. (2020), The Lancet. Redefining vulnerability in the era of Covid-19, *Lancet*, 4:395:1089.
49. MAPES, D. (2020), *Lessons from cancer patients in the time of coronavirus*, <https://www.fredhutch.org/en/news/center-news/2020/03/lessons-from-cancer-patients-in-the-time-of-coronavirus.html>.
50. PAGANI, P. L., FERRIGNO, G. (1999), Transfert e controtransfert nel “setting” adleriano, *Riv. Psicol. Indiv.*, 46: 27-41.
51. PASCARELLA, G., STRUMIA, A., PILIEGO, C., et al. (2020), Covid-19 diagnosis and management: a comprehensive review, *J. Intern Med.*, 288(2):192-206.
52. PIETRANTONIO, F., GARASSINO, M. (2020), Caring for cancer patients with cancer during the Covid-19 outbreak in Italy, *JAMA Oncol.*, 6(6):821-822.
53. ROSE, C. (2020), Am I part of the cure or am I part of the disease? Keeping coronavirus out when a doctor comes home, *New England Journal of Medicine*, 382(18): 1684-1685.
54. ROUTLEDGE, C., VESS, M. (2019), Terror Management Theory and Religious Belief, in ROUTLEDGE, C., VESS, M. (2018), *Handbook of Terror Management Theory*, Elsevier Academic Press, Amsterdam, 259-279.
55. ROVERA, G. G. (1982), Transmotivazione: proposte per una strategia dell’incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 17-18: 28-50.
56. ROVERA, G. G., FASSINO, S., FERRERO, A., MUNNO, D., GATTI, A., SCARSO, G. (1984), Il modello di rete in psichiatria, *Rass. Ipn. Min. Med.*, 75,1.
57. ROVERA, G. G. (1993), La Psicologia Individuale, in PANCHERI, P., CASSANO, G. B. (a cura di, 1992), *Trattato Italiano di Psichiatria*, Masson, Milano.
58. ROVERA, G. G., FASSINO, S., LEOMBRUNI, P. (2000), *La qualità della vita: percorsi psicologici, biomedici e transculturali*, Centro scientifico editore, Torino.
59. ROVERA, G. G. (2009), Le strategie di incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 66: 139- 160.
60. ROVERA, G.G. (2015), Patient-therapist matching, *Riv. Psicol. Indiv.*, 78: 3-19.
61. ROVERA, G. G. (2020), Le relazioni d’aiuto nell’emergenza, *Riv. Psicol. Indiv.*, 87: 19-45.
62. SAINT-EXUPÉRY, A. (2008), *Le petit prince*, tr. it. *Il piccolo principe*, RCS, Milano: 42-49.
63. SGRECCIA, E. (1994), Scienza ed etica per il paziente terminale, in SGRECCIA, E., SPAGNOLO, A. G., DI PIETRO, M. L. (a cura di), *L’assistenza al morente*, Vita e Pensiero, Roma 1994.
64. SHAH, U. A. (2020), Cancer and Coronavirus Disease 2019 (Covid-19)- Facing the “C Words”, *JAMA Oncol.*, 6(9):1330-1331.
65. STIENSTRA, D., CHOCHINOV, H. M. (2012), Palliative care for vulnerable populations, *Palliat and Support Care.*, 10(1):37.

66. VINDEGAARD, N., BENROS, M. E. (2020), Covid-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence, *Brain Behav. Immun.*, S0889-1591(20)30954-5.
67. WESTER, M., GIESECKE, J. (2019), Ebola and healthcare worker stigma, *Scand. J. Public Health*, 47: 99–104.
68. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), “Mental health and psychosocial considerations during the Covid-19 outbreak”, 18 March 2020, WHO/2019-nCoV/MentalHealth/2020.1.
69. YALOM, I. D. (2008), *Staring at the sun: Overcoming the terror of death*, Jossey-Bass, San Francisco.

Andrea Bovero
SSD Psicologia Clinica
Dipartimento di Neuroscienze, Università di Torino
AOU Città della Salute e della Scienza di Torino
Corso Bramante 88/90
I-10126 Torino
E-mail: abovero@cittadellasalute.to.it