

Le Relazioni Adleriane d’Aiuto nelle situazioni di emergenza

GIAN GIACOMO ROVERA

Summary – ADLERIAN HELP RELATIONS IN EMERGENCY SITUATIONS. The Adlerian Help Relations are eradicated in traditionally structured treatments: such as educational, counselling and psychotherapy ones. However, we are living, “hic et nunc”, an emergency due to the covid-19 pandemic where the interventions need appropriate modular variations: in relation to an assessment, about the setting contents, in the psycho-clinic modulations. Among the various difficulties, we highlight the ones about communication, social and inter-individual distancing, consultations in hospitals or health structures, and psychotherapies “interrupted” or “ended” for subjective or objective causes. Various typologies of help relations emerge from these complex, sometimes penalizing, situations. We are talking about emergency psychology, phone consultations, “virtual” psychotherapies, crisis focused psychotherapies (not to be confused with short-term psychotherapies), etc. Both the assisted and carer teams have to adapt to new relational contexts, therefore they show a variation of the therapy modes with resistance or resilience reactions. Furthermore, they have worries and concerns about the future existential sequences in their psychopathological, economic and social aspects. With all these elements being considered, we wish for an increase of the scientific contributions and of the humanitarian cooperation. We also wish for a deepening of global cures, especially for psychological-clinic therapies. Moreover, we wish for an enrichment of the Social Cooperation aimed at a renewed Meaning of Life.

Keywords: INTERVENTI PSICO-EDUCAZIONALI, COUNSELING, LIAISON, CONSULTAZIONE, INTERVENTI D’EMERGENZA, NUOVO SETTING

*Si sta come
d’autunno
sugli alberi
le foglie.*

(Giuseppe Ungaretti, 1917)

La poesia ermetica di Ungaretti del 1917, composta in *Opere Omnia*, Mondadori, Milano, 1961, pubblicata nelle Edizioni di Allegria, alle edizioni Vallecchi, Firenze, 1919, poi rielaborata nel finire della Prima guerra Mondiale (1914-1918) è costruita su una analogia tra i soldati e le foglie. Simboleggia la precarietà dell’esistenza umana. Oggi le situazioni che si stanno vivendo possono evocare tale similitudine, specie per quelli che hanno sofferto congiunture drammatiche.

Premessa

L'emergenza del Coronavirus fornisce lo spunto per riflettere e rivisitare le Relazioni d'Aiuto Adleriane nelle situazioni di crisi, di urgenza e di contagio. Il riferimento (*anche psichico*) a queste tematiche rinvia al XX Congresso SIPI di Brescia del 2015 [1].

È questo un argomento “intrecciato”: talora trattato profondamente (specie se settorialmente: esempio in Psichiatria d'urgenza o interventi riferibili ai contagi del Coronavirus), talvolta affrontato in modo più ampio, e/o ancora specificatamente per uno dei numerosi e svariati *nodi di una rete* (es: shock, traumi, perdite, ecc.) sino al Trattamento Sanitario Obbligatorio (cfr. Par. IV) [147].

La diffusione del Coronavirus ha causato uno stato di emergenza che ha coinvolto sia la sfera individuale che quella collettiva: città deserte, famiglie in casa, chiese sbarrate, distanziamento sociale. In pochi giorni si è passati dalla normalità di una vita che scorreva con i suoi ritmi e le sue liturgie a una situazione precaria di ospedali e contagi, dai contorni di una pandemia.

Le certezze di vivere in un mondo tecnologizzato e inattaccabile si sono frantumate dinanzi alle cifre dei ricoveri e alle tragedie di morte. Mentre molte Nazioni, come l'Italia, hanno cercato di reinventarsi un “modus vivendi”, giorno dopo giorno, sperimentando sensazioni, pensieri, ricordi. Un percorso di emozioni e prospettive che dal disincanto conducono alla speranza [104].

Quando vengono limitati i comportamenti abituali, ci si accorge che le libertà acquisite sono un bene conquistato che assume un valore quando lo perdiamo. Ma non solo sono intaccate le iniziative di andare a correre per il parco, di vedere gli amici, di uscire con i figli, di vedere una mostra, di andare a fare shopping, di entrare in un bar o godersi una cena al ristorante: oltrepassando la “quarantena” o la “novantena” forzata continuano evoluzioni restrittive del modo di vivere quotidiano.

Lo star “chiusi a casa” ha reso evidente un “senso della vita” che ci è mancato: non solo i comportamenti, ma pure dal sentire al progettare. Nel contempo questo tipo di “distanziamento sociale” può procurare da una parte “*resistenze psicologiche*”, “*stress*” e d'altra parte vi può essere un recupero di ricordi antichi e modalità di *resilienza* cui non si era abituati.

La condizione forzata degli spazi e dei tempi cui conduce l’*isolamento*” (il quale non è la “beatitudine” della solitudine”) assume un altro significato, fatto di parole che hanno un lessico nuovo come “mascherine”, “lockdown”, “tamponi”, ma anche termini come “eroi”, “onorificenze” o “volontari”, etc., che si attribuiscono a nuove categorie (infermieri, medici, psicologi clinici, operatori socio-sanitari).

Il nemico c'è e non si vede: come non si vede la morte che toglie la dignità dell'estremo saluto [104]. Anche perché non si è in guerra, ed il *Cavaliere dell'Apocalisse* (Bibbia, San Giovanni) monta questo cavallo maledetto della pestilenza.

Su questo tempo sospeso, la malattia del Coronavirus incide sulla nostra vita: si muore, si guarisce e si riparte, ma l'incertezza del futuro è causata non solo dalle perdite, ma dagli effetti collaterali e conseguenti che questa epidemia può portare a livello individuale, sociale, economico.

È per tali motivi che può essere utile riflettere sulle “*Relazioni d' Aiuto Adleriane nelle situazioni di emergenza*”. Il modello della Psicologia Individuale, con le sue strategie, infatti, non solo ci permette di approfondire alcuni argomenti attuali che attengono alle situazioni di crisi [138] di urgenza, di emergenza, ma pure di proporre tipologie educative di consulenza, di consultazione (Liaison) e di psicoterapie. Tutto ciò dovrebbe, partendo dal sentimento di inadeguatezza, aumentare il “sentimento sociale e cooperativo”: asse portante dell' Adlerismo.

Considerata la complessità dell'argomento si propone una **Tabella Sinottica** che sottolinea i legami della rete interattiva e permette una lettura focalizzata sui contenuti sinteticamente riportati.

Tabella Sinottica

<i>Premesse</i>
I) <i>Introduzione</i> A) Cenni Epistemologici B) Disambiguazione C) Contagi epidemici relazionali
II) <i>Assessment</i> A) Generalità B) Quadri sintomatologici C) Valutazione clinica
III) <i>Argomenti propedeutici agli interventi di emergenza</i> A) Generalità B) Problemi Prosemmici C) L'empatia D) Tecniche di intervento
IV) <i>Alcune strategie di trattamento</i> A) Generalità B) Interventi psicoeducazionali C) Counseling D) Consultazioni di Liaison E) Relazioni di aiuto psicoterapeutiche F) Psicoterapie: d'urgenza e brevi
V) <i>Considerazioni critiche</i> A) Generalità: conferenze, didattica e convegni a distanza B) Consulenze telefoniche e Psicoterapia online C) Variazioni del Setting e Stile Terapeutico
VI) <i>Riflessioni Conclusive</i> A) Generalità B) Sequele e postumi C) Evoluzioni delle ricerche neurobiologiche, psicopatologiche e socioculturali D) Cooperazione e sentimento sociale
<i>Bibliografia</i>

I. Introduzione

A) Cenni Epistemologici

1) Come è noto, il paradigma della Psicologia Individuale, per la sua flessibilità, è aperto al rinnovamento, fra tradizione e cambiamento, in un'elaborazione teorico-pratica bio-psico-socio-culturale. I filoni di intervento tradizionali, distinguibili nelle aree di psicopedagogia, di counseling, di Liaison, e di psicoterapia analitica, si arricchiscono oggi nei campi teorico-applicativi: sia dialogando con altri paradigmi scientifici, sia recuperando la discussione sul soggettivo/oggettivo, sul *fare/sapere/saper fare/saper essere*, nell'ambito di confini delle *Relazioni d'Aiuto* [63, 139].

Al riguardo i punti di domanda sono: in cosa consistono le configurazioni concettuali e le metodologie?

Si possono fornire risposte di definizione e di limite della valutazione diagnostica e delle tipologie di committenza e di assistenza.

2) Il *problema epistemologico* in rapporto alle *Relazioni d'Aiuto* Adleriane, si innesta sul tronco bio-psico-sociale che legittima i diversi paradigmi scientifici non in modo riduzionistico [142]. La filosofia della Scienza attuale riconosce il costituirsi di campi del sapere differenti, con le loro metodologie e con i loro oggetti. Le *Relazioni d'Aiuto* Adleriane possono rientrare nel ramo psicologico.

Sicché rientrano le scienze specifiche, in una *rete pragmatica evolutiva* in cui le scienze della natura e quelle umane interagiscono per finalità cliniche (nel caso dell'emergenza Pandemia Coronavirus). In questo mosaico la Psicologia Individuale riafferma la centralità di *fornire gli strumenti per l'unità psicosomatica*.

Il rischio che potrebbe derivare dal ventaglio delle *Relazioni d'Aiuto* Adleriane nel contesto dell'*emergenza* sarebbe quello di un'eterogenea frammentazione che si riferisse più a "luoghi generici" che non al "senso comune". Questo problema porterebbe alla discussione di *ciò che è e di ciò che non è la psicoterapia*, riconosciuta come professione rispetto ad altre prassi terapeutiche, anche in un'ottica transculturale [23].

Le *Relazioni d'Aiuto* sono caratterizzate da operatori che optano per una *helping profession*, con modalità diverse, ma con una base motivazionale, assimilabile al "*sentimento/interesse sociale*", il quale è volto in questo caso ad aree psico-socio-sanitarie [13].

A tale proposito si possono distinguere alcune tipologie [72]:

A) Le professioni di aiuto propriamente dette, con specifiche finalità e competenze riguardo le *Psicoterapie, gli aspetti educazionali, il Counseling e la Consultazione di Liaison* (Par. IV).

B) Le professioni che implicano l'aiuto: nell'ambito sanitario, psico-socio-educativo, nonché di particolari relazioni che si riferiscono a offerte formative e operative.

C) I gruppi che si connotano grazie agli aspetti solidaristici, cooperativi [56], o sotto forma di organizzazioni volontaristiche (*come nei gruppi di autoaiuto*). Tale tipologia

di cooperazione si radica nell'interesse/Sentimento Sociale e si concretizza in molteplici ramificazioni della "Relazione d' Aiuto" (ad esempio età evolutive o involutive) [137].

3) Nell'attuale situazione di emergenza il coinvolgimento empatico, l'immedesimazione culturale e il tipo di alleanze terapeutiche sono precursori delle strategie dell'incoraggiamento. Tali strumenti terapeutici devono essere modulati a seconda del contesto, della persona, delle finalità e del tipo di struttura sanitaria (Pronto soccorso, reparti ospedalieri, residenze per anziani, ecc.).

Le Relazioni d' Aiuto fra "tecnica e arte" pongono inoltre una distinzione tra il *come fare*, (procedure di apprendimento tecnico-metodologico) e il *fare come* (procedure di esperienza congeniale identificatorie). Si sottolinea che tutte le professioni che implicano aiuto hanno anche componenti attinenti al Sé creativo [135].

4) La formazione legata all'*eredità delle Scuole di Psicologia Individuale* si può esprimere nelle molteplici forme delle Relazioni d' Aiuto, sia a livello teorico-metodologico (il come fare), sia nell'utilizzare il Sé creativo (il fare come). Il rapporto tra formante e formato vivifica quella che sarà la Relazione d' Aiuto, che è un apprendimento non basato soltanto su codici, ma pure su procedure esperienziali, rielaborate nel corso sia di una *formazione ricorrente/permanente*.

In questo periodo particolare di *Epidemia da Coronavirus*, l'*adleriano modello di rete (quale rete di modelli)* trova, nei contesti teorico-pratici delle Relazioni d' Aiuto, un'ulteriore area applicativa, attraverso nuove professionalità: apertura all'informazione, al tutoraggio; e dagli interventi d'aiuto strutturati alle valutazioni complessive diagnostiche (Par. III, IV, V).

B) *Disambiguazione*

1) La *disambiguazione* delle parole implica un procedimento mediante il quale si specifica il significato nell'ambito di un contesto, di una locuzione polisemica, che può assumere accezioni diverse (qui riferibile alle Relazioni di Aiuto nella Pandemia di Coronavirus).

2) La situazione attuale causata dall'epidemia del Covid-19 ha posto in risalto una dimensione acuta e collettiva sia con *specificità* sia con *generalizzazioni* (protocolli di intervento sull'isolamento, contenimento in aree rosse, sofferenze delle fasce delle età evolutive ed involutive, etc.).

Si sono differenziate aree riguardanti le caratteristiche dell'utenza di nuovi servizi (strutture di terapie intensive) e pure le modalità di intervento consolidate [120].

La *crisi emergenziale* si connota essenzialmente fra tensione psicologica e problemi "di vita" che si influenzano reciprocamente in modo tale che gli interventi si caratterizzano con *approcci multipli*, giacché le persone, spesso, *non presentano solo urgenze mediche*. Infatti sono da tenere distinte l'*emergenza*, legata spesso a situazioni

di disagio o disadattamento complessivo, e l'*urgenza*, che comporta soprattutto una sofferenza psichica che richiede una risposta psicologica e terapeutica peculiare. Inoltre sono molte le ripercussioni che possono condurre a trasformazioni individuali, di lavoro, economiche, di instabilità affettive, eccetera [120].

3) La *crisi* si connota essenzialmente come un intreccio fra tensione psicologica e quei problemi “di vita”, che si combinano a fattori e si influenzano reciprocamente. L'intervento di crisi si caratterizza, quindi, come una modalità di approccio particolarmente adatta al trattamento psicologico di persone con manifestazioni di urgenza medica e come una modalità di intervento legata a orientamenti culturali e sociali che valorizzano le possibilità di interventi interprofessionali.

Nell'approccio all'*urgenza* in situazione psichiatrica acuta, il concetto di crisi emotiva si rivela particolarmente utile da un punto di vista diagnostico, prognostico e terapeutico, permettendo una più chiara delimitazione, in cui vi è in primo piano la sensazione soggettiva di impotenza che vive il paziente, e consentendo una distinzione tra *urgenza ed emergenza*. Quest'ultima è legata spesso più a situazioni di disagio o disadattamento sociale, mentre soltanto l'*urgenza* comporta soprattutto una sofferenza psichica individuale [29, 91].

4) L'importanza di una validazione e di un trattamento precoce non deve portare ad agire nell'immediato, senza prima aver valutato complessivamente l'emergenza. Non si devono trascurare i problemi strutturali presenti nelle persone (aspetti che richiedono altri metodi e altri tempi). Deve essere un impegno di chi affronta l'emergenza evitare che un disagio si affermi, onde prevenire un eventuale ricovero; quando invece questo sia indispensabile, v'è la necessità *urgente* di attuarlo nel modo terapeutico appropriato.

I temi dell'emergenza/urgenza in Pandemia comportano anche una *pluralità di interventi*: farmacologici, assistenziali, sociali, psicoterapeutici, ma trovano la loro specifica identità nella comprensione della condizione psico-somatica-sociale dell'individuo acutamente sofferente, per poter su questo intervenire “a rete” e modulare le risposte.

5) *Le situazioni di rischio* attengono a periodi di transizione con tipologie differenti (adolescenza, pensionamento, senescenza, preoccupazioni lavorative, decisioni esistenziali, ecc.) che comunque comportano operare scelte e in cui è possibile uno scompensamento ideo-emotivo legato anche alle difficoltà di fronteggiare gli eventi legati allo *stress*, con riduzione di *adattamenti* positivi (Resilienza).

Queste *configurazioni concettuali* non sono utilizzati in modo concorde e univoco. Non sembra peraltro opportuno operare distinzioni, in modo scissionale, anche perché le suddette situazioni nella realtà si possono intrecciare *a rete con un'altra*.

C) Contagi pandemici e relazionali

1) Il termine *epidemia* ricorre già nell'antica Grecia: esso designa un flagello contagioso che si abbatte su un popolo. Molte cose sono cambiate dai tempi di Ippocrate e, con l'intervento di numerose discipline, il termine ha anche assunto dei significati derivati: la medicina ha spiegato le cause e alcuni meccanismi di propagazione del flagello: *la demografia e la statistica* sono in grado di valutare l'incidenza sulla popolazione: *la storia e la sociologia* interpretano le cronache dei tempi passati e i comportamenti attuali. Tutte queste discipline hanno contribuito a creare un'immagine nuova dei contagi epidemici.

2) *Un'epidemia* si verifica quando una malattia infettiva colpisce un gran numero di individui di una determinata popolazione in un arco di tempo molto breve. In questo senso l'epidemia si distingue (non sempre) dall'*endemia*, che designa invece il ripetersi di episodi morbosi in un piccolo numero di individui. L'epidemia è improvvisa, massiccia, spettacolare e temporanea, mentre l'endemia costante e passa facilmente inosservata. Si registrano le epidemie di peste o di colera, mentre l'endemia malarica viene considerata banale e normale, soprattutto tra i popoli che ne ignorano le modalità di trasmissione.

I *fattori di rischio* sono molto vari e vi sono tra gli individui "gruppi" più esposti degli altri. Il *pericolo di una mondializzazione delle epidemie* (o pandemici) ha i suoi limiti biologici, ma non per questo l'individuo può sentirsi per sempre e del tutto tranquillo: basta che mutino le condizioni climatiche di un territorio, che un *virus* modifichi una parte della propria struttura molecolare, che si trasformi in misura minima la natura chimica della membrana di un batterio, perché si possa essere colpiti da malattie fino a quel momento sconosciute. L'individuo dinanzi alla contagiosità delle epidemie che in passato ed oggi hanno minacciato la sua esistenza, ha fronteggiato tale emergenza con interventi di vario genere garantendosi la sopravvivenza.

3) Un argomento collaterale, ma di rilievo, riguarda *i contagi psicologici endemici, e talora pandemici*.

Si cita sul piano storico *Orson Wells* (1915-1985), che in uno spettacolo radiofonico nel 1938, "La guerra dei mondi" (del 30 ottobre), scatenò il panico in buona parte degli Stati Uniti, facendo credere alla popolazione di essere sotto attacco da parte dei marziani.

Un altro esempio è quello di Torino (nel 2017) in Piazza San Carlo, gremita per assistere ad una partita di calcio. Alcuni "ladruncoli", usando degli spray a scopo di furto, hanno suscitato una *reazione di fuga* che portò a due decessi e a molti feriti.

Al riguardo si è tenuto nell'Aprile 2018 a Brescia il *XXVII Congresso Nazionale della SIPI* sul tema: *Contagi relazionali*, emozioni, comportamenti, culture in Psicologia Individuale. I contributi hanno trattato dei contagi positivi, in Socioanalisi, in contatto col paziente ed i contagi negativi relazionali [1].

II. *Assessment*

A) *Generalità*

Se le Relazioni d’Aiuto Adleriane in situazioni di emergenza/urgenza si rivolgono alle strategie psicoeducative di Counseling, di consultazione/Liaison, e psicologico/psichiatriche, la valutazione complessiva, *assessment*, dovrebbe essere riferibile alle professionalità delle discipline di riferimento.

Mentre la Consultazione di Liaison (Par. IV C) e la valutazione psichiatrica (Par. IV D, E, F) assumono le caratteristiche di emergenza/urgenza, le altre strategie (Psicopedagogica e Counseling, Par. V e IV B, C) possono essere “emergenti” ma di solito non sono urgenti.

B) *Quadri sintomatologici*

In un periodo di emergenza come questo, specie in riferimento alle varie Relazioni d’Aiuto, la valutazione diagnostica complessiva clinica facilita la comunicazione e il trattamento; nella ricerca organizza il pensiero e il campione; *nelle politiche sanitarie* rappresenta elementi concettuali di confronto e di riferimento.

La “diagnosi” non è un’etichetta, ma anche un processo interpersonale dinamico talora che dà senso alla relazione prepara l’approccio terapeutico. Difatti la valutazione può essere *categoriale, dimensionale, dinamico strutturale e socio culturale* [133].

Lo strumento diagnostico specie in emergenza dovrebbe favorire lo sviluppo della capacità di osservare e ascoltare i pazienti, per poi trarne deduzioni significative onde migliorare le “Relazioni d’Aiuto”.

Il racconto del paziente (ed eventualmente dei familiari e dei medici e psicologici clinici) si intreccia alle notizie anamnestiche, ai test psicologici, ai dati di laboratorio: sono le fonti che organizzano il quadro diagnostico dotato di senso. La sintomatologia in emergenza può avere infatti significati diversi e, per arrivare a una diagnosi valida e utile, devono essere utilizzate la specificità del contesto e la storia di vita (anamnesi) del singolo assistito.

I vari codici e manuali diagnostici (ICD-10, DSM-5, PDM-2) [117] suppongono di allargare gli orizzonti nell’approccio diagnostico affrontando le problematiche delle “*nomenclature delle neuroscienze*”, *della psicopatologia in evoluzione, dei disturbi mentali, dell’influenza della cultura*.

Se il *focus* sono i disturbi da shock emergenziale, oppure una consultazione in struttura medico-dinamica, o ancora psicoterapia d’urgenza, tali contesti sottolineano *i limiti e le difficoltà diagnostiche*, dal momento che i disturbi psicologici tendono a distribuirsi lungo uno *spettro di gravità* che può alterare la prevalenza di una diagnosi complessiva. Per esempio, un *disturbo acuto da stress e post traumatico emergenziale* potrebbe essere inserito in un *contesto clinico*. Si può mettere in discussione l’utilità

di separare fenomeni urgenti da un contesto clinico precedente, giacché si scompongono in co-diagnosi di sindromi diverse definite da insiemi di criteri diversi [121]. Peraltro giungere ad una *diagnosi congetturale* è compatibile col quadro sintomatologico emergenziale, che è il contesto fondamentale per affrontare una situazione psicologica clinica, che talora presenta un'urgenza (per esempio nell'individuo *che minaccia il suicidio* [161]).

Per una comprensione funzionale i codici più appropriati sono quelli educazionali psicologici, neurologici, socio culturali. Si può intravedere le complesse interazioni tra questi approcci valutativi, che non precipitano in *tendenze riduzionistiche* [145] né in *“evitamenti diagnostici”*. Una delle complessità cliniche dell'emergenze [22] sta appunto nell'osservare, ascoltare, inferire, ordinare, categorizzare e anche dimensionare la situazione di emergenza: sono le attività valutative diagnostiche i primi passi dell'impresa diagnostica che potrà essere completata in tempi successivi.

Senza un sistema di riferimento che ordini ed etichetti la sintomatologia emergente, gli operatori specialisti non potrebbero comunicare tra loro e non potrebbero attuare le Relazioni d' Aiuto.

Nel modello bio-psico-sociale [66] che stabilisce un sistema diagnostico affidabile e condiviso, si è cercato i modi di trovare un accordo tra le diverse discipline e di mettere in relazione la classificazione con quella della sezione sui disturbi mentali della decima edizione della Classificazione, anche non uguali e sempre in evoluzione.

Gli ideali diagnostici creano molte problematiche sia sotto il problema empirico che scientifico. Oltre alle difficoltà pragmatiche, va affrontato infatti il tipo di conoscenze che possono essere ottenute dai diagnostici e ricercatori che elaborano definizioni operative delle diverse problematiche mentali, comportamentali, psicodinamiche, culturali [22].

C) *Valutazione Clinica*

Il cammino prognostico non è lineare. L'oggetto di indagine, la persona di cui bisogna fare la *prognosi in emergenza*, è un soggetto che costruisce attivamente se stesso e plasma il proprio stile individuale, interpersonale e socio-culturale. Le competenze degli specialisti, sono parte integrante della situazione emergenziale, ma essi dovrebbero entrare in contatto con il mondo interno dell'assistito, anche se l'astenersi in un'urgenza è una regola prudenziale.

La linearità di un approccio “oggettivante” diventa quindi più problematica, quando si prende in considerazione l'influenza del contesto storico, degli individui che hanno subito uno shock recente o una perdita affettiva e che vengono accolti in un *pronto soccorso* o in una *struttura ospedaliera* o ancora sono *ospiti in una RAS* e presentano uno scompensamento clinico da Coronavirus.

Un sistema valutativo (diagnostico-prognostico), specie nelle situazioni di emergenza, segue criteri di classificazione per migliorare la comunicazione tra operatori. Un approccio delle Relazioni di aiuto terapeutiche può essere completato nel percorso del trattamento [113].

III. *Argomenti propedeutici agli interventi in emergenza*

A) *Generalità*

1) Le situazioni che si stanno realizzando in questo periodo di emergenza hanno ripercussioni bio-psico-sociali, non solo sui singoli individui, ma pure sulle famiglie. Alcuni procedimenti di profilassi sanitaria, utili e necessari per tutelare la popolazione dalla diffusione del Coronavirus, per alcuni si sono rivelati come una corazza protettiva (per le goccioline contagiose), per altri hanno avuto degli effetti secondari ed anche delle controindicazioni.

2) *Applicazioni cliniche.*

Gli ambiti applicativi delle Relazioni d' Aiuto Adleriane dell'emergenza sul versante clinico sono: la formazione preventiva al personale del soccorso (fase precritica), ad esempio con tecniche di Psychoeducation (PE) e Stress Inoculation Training (SIT); gli interventi immediati di supporto sulla consulenza diretta (fase peri-critica), defusing, procedure di valutazioni di approccio e di follow-up e interventi di sostegno individuali, gruppal e familiari a medio termine (fase post critica).

Gli interventi clinici si possono rivolgere ai soggetti direttamente coinvolti dall'evento critico, ai parenti o ai testimoni diretti dell'evento e ai soccorritori intervenuti sulla scena, che spesso sono esposti a situazioni di particolare drammaticità. Gli operatori dell'emergenza, per l'interazione con i processi emotivi traumatici del particolare tipo di assist con cui operano, sono più a rischio della media rispetto a possibili fenomeni di traumatizzazione vicaria e devono pertanto attuare a loro volta una serie di misure di sostegno come supervisioni esterne post-intervento.

B) *Problemi Prossemici*

1) L'argomento dell'*isolamento* ormai è sulla bocca di tutti, generalmente utilizzando la locuzione anglosassone *lockdown*. Nella *prima fase* del Contagio è stato un precetto da osservare rigorosamente; nella *seconda fase* sono constatate delle "*controcostrizioni*", anche di massa; nella *terza fase*, quella attuale, vi sono delle regole da osservare (la misura della distanza, il metro interindividuale negli assembramenti, nei luoghi pubblici, il distanziamento degli ombrelloni sulle spiagge, eccetera).

Un approfondimento può chiarire l'importanza anche psicologica di tale procedimento.

2) Il termine inglese proxemics, in italiano *prossemica*, derivato di prossimità, è stato introdotto dall'antropologo americano Hall [85, 86]. Lo studio dello spazio individuale e interpersonale indaga il significato che viene assunto, nel comportamento sociale umano, dalla distanza che si interpone tra sé e gli altri, tra sé e gli oggetti e, più in generale, il modo di porsi nello spazio e di organizzarlo, su cui influiscono elementi di carattere etnologico e psicosociologico.

In una impostazione filosofica della fenomenologia, il riconoscimento dell'intenzionalità della coscienza conduce alla nozione di una *spazialità* umana non geometrica ma vissuta, che non può essere esplorata al di fuori del rapporto costitutivo con il mondo, giacché ha un *valore semantico* [35].

La prossimità può essere inoltre pensata in maniera *etica*, quale dimensione ontologicamente originaria e irriducibile alla semplice vicinanza spaziale di un Io con il suo Altro, si configura ancora una volta come *esistenziale*. In questo rapporto originario con l'Altro la prossimità diventa inoltre *responsabilità*, intesa come un coinvolgimento che si configura a sua volta come sostituzione, cioè come un "*essere l'uno per l'altro*", reso possibile dall'aver l'Altro nella propria pelle cui non ci si può sottrarre essendo essa legata alla nostra stessa *corporeità* [35].

Il *lockdown* (corrispondente all'italiano "isolamento" o "blocco"), nei paesi anglosassoni è un protocollo d'emergenza che consiste nell'impedire a delle persone o a delle informazioni di lasciare una determinata area al fine di protezione e di *emergenza*.

Sulla scia degli attacchi dell'11 settembre 2001 per esempio, il governo statunitense ha utilizzato il *lockdown*, attuando un blocco di tre giorni dello spazio aereo civile nazionale.

Così come durante questa pandemia causata dal *Coronavirus* nel 2019-2020, numerosi governi nazionali hanno impiegato misure di confinamento per evitare la diffusione della malattia, bloccando sia lo spostamento dei propri cittadini dentro i confini nazionali, sia gli ingressi da paesi stranieri. Tra questi Stati, il primo ad adottare tale misura è stata la Cina (nella provincia dell'Hubei e a Wuhan), seguita poi dalla Corea del Sud e dall'Italia; poi dalla Francia, India, Spagna, alcuni stati degli Stati Uniti d'America, Malesia e Regno Unito, Brasile, India, eccetera.

Il problema della "**distanza**" in *psicoterapia* [132, 133] inerisce direttamente a quelli che sono due tra i parametri psichiatrici fondamentali: quelli del tempo e dello spazio "vissuti".

Innanzitutto per cogliere il significato e la funzione dell'individuo nello spazio, non solo è necessario riferirci allo spazio storico-esterno, in cui sono presenti condizionamenti biologici, psicologici, culturali e sociali, ma anche indirizzarci verso uno spazio vissuto e verso uno spazio mentale-interno, in cui si muovono motivazioni, rappresentazioni, emozioni, pensieri.

Il problema dello spazio è posto fra la rete *dell'interpretazione relazionale e quella intrapsichico-mentale*. Si aggiunga a questo che il problema si allarga all'intero ambiente circostante, assumendo le caratteristiche di una rete ecosistemica complessa [140]. Sicché un approccio di questo tipo può avvalersi contemporaneamente sia di un'analisi diacronica che sincrona.

La maggior parte dei processi prossemici sembra svolgersi non solo a *livello profondo* ma anche attraverso le *comunicazioni non verbali*. La rappresentazione del proprio schema corporeo, il senso dello spazio personale, l'orientamento, sono tutte informazioni che in atti vengono codificate e decodificate senza che l'individuo spesso ne sia pienamente consapevole e senza che egli le trasmetta attraverso il linguaggio verbale.

All'origine dell'uso dello spazio, sembra quindi collocarsi la *“corporeità”* [110], che gradualmente, nel corso dell'ontogenesi, si espande oltre i confini del corpo stesso, inteso come unità psicosomatica ed anche sociale, fino a diventare una piccola, invisibile barriera di contatto tra l'individuo e la realtà esterna.

A definire la distanza personale, cioè la bolla che circonda ogni individuo [88], si è introdotto il concetto di *“Zona Cuscinetto”*, connotata come *“zona a difesa del corpo, che respinge”*. La zona cuscinetto rappresenta infatti uno strumento atto sia a difendere l'individuo da troppo ravvicinati rapporti interpersonali, sia a differenziare l'individuo dall'ambiente, sottolineandone l'identità e l'individualità. La distanza maggiore è quella che frapponiamo nei confronti di un altro che ci sta di fronte, forse a difenderci contro un pericolo di intrusione, accentuato dalla possibilità di incontrare lo sguardo dell'altro e di ricevere i segnali mimici [32].

La distanza personale sembrerebbe il precipitato di fattori individuali e meta-individuali. Il comportamento del soggetto nello spazio, rispetto ad un altro soggetto, assume in questa prospettiva il significato di *“mediatore”* o di *“modulatore”* [97], attraverso il quale l'individuo manifesta concretamente le sue modalità di approccio alla realtà. Ciò significa, in ultima analisi, considerare il comportamento nello spazio come una delle manifestazioni del processo di socializzazione e quindi legato alla sfera tanto biologica che culturale. Si ricorda qui che la posizione *“alto-basso”* era già stata proposta da Adler [4, 7].

I correlati della distanza personale possono essere suddivisi in tre grandi categorie, che si riferiscono alle caratteristiche di personalità, al contesto culturale e al sesso.

3) a) In tempi di emergenza Coronavirus il decodificare della fenomenica psicopatologica in chiave di *“distanza”* sarebbe forzoso; più corretto sembrerebbe il riferimento a *“situazioni fobogene di pericolo”*, dinamicamente intese.

La funzione e la genesi della *“zona cuscinetto”* può cercare di cogliere alcuni spunti in tema di psicopatologia dinamica e di psicoterapia circa la *comunicazione non verbale*. Questo campo intermedio è il campo dell'illusione, di cui l'individuo non deve giu-

stificare l'appartenenza né alla realtà interna, né alla realtà esterna e condivisa e che costituirebbe una delle esperienze più importanti.

Il comportamento spaziale inoltre risente di tutti quegli “accidenti” che riguardano sia la situazione globale in cui si svolge l'azione, sia le caratteristiche dello stimolo, cioè dell’altro” o della “situazione” cui “avvicinarsi” e/o “allontanarsi”.

b) La necessità di mantenere tale zona come *strumento di protezione*, come in questa emergenza, si rischia di serrare la persona in un *atteggiamento difensivo*, che accentua misure più rigide e relazioni più statiche. È ciò che si registra nei tempi di *emergenza*.

4) La prossemica si riferisce ad una vasta area non solo protettiva o troppo rigida nel tempo del Coronavirus, ma riguarda anche la *distanza fra psicoterapeuta e paziente*, che inerisce la “*relazione terapeutica*”. Qui la “*zona cuscinetto*” *dell'analista* e la *zona cuscinetto dell'analizzando* si giocano nel setting con modalità talora ritualizzate, ma che riportano l'incontro profondo, le mediazioni e le modulazioni culturali, la dinamica degli spazi vissuti.

Questo argomento, di cui ci si occuperà successivamente (Par. IV), riguarda anche le resistenze limitanti la zona cuscinetto, della loro regolazione che può indurre o meno *all'insight, al cambiamento* e quindi ai molteplici percorsi della relazione psicoterapeutica. Ed è per tali problematiche che la *Psicoterapia Online* si differenzia dalla *psicoterapia interindividuale*.

Secondo le Relazioni d' Aiuto Adleriane, nelle *crisi di emergenza/urgenza la distanza è più ravvicinata quando vi è una empatia incoraggiante* [62, 141] (Par. III, C, D).

C) *L'empatia*

L'empatia sembra riscoprire oggi un periodo di notevole interesse. Oltre agli studi su basi biologiche e neurofisiologiche, la psicologia, l'estetica e la filosofia (Stein) tornano a darne un rilievo. *L'empatia* ci consente di mettere al centro della nostra esperienza una delle realtà più importanti: la scoperta dell'esistenza dell'Altro [31]. *Sentire l'Altro* non è una conseguenza automatica del nostro vivere in un contesto sociale, presuppone una modulazione del rapporto tra corpo, emozioni, mente. Su questa base diventa possibile la “creazione” di sentimenti, come l'amicizia, l'amore, l'aiuto, il rispetto, la fiducia, la cura, l'ammirazione: sentimento che ognuno di noi ha bisogno di *coltivare nel periodo dell'emergenza*.

La capacità di sentire l'Altro è parte del nostro essere umani [54]. Nello studio sulla “*Critica della ragione empatica*” [54] si sottolinea che l'empatia è un dato fondamentale della natura umana, che possiamo attivare, disattivare o modulare. Molti studi hanno considerato l'empatia come una capacità da implementare le relazioni intersoggettive o come uno strumento terapeutico contro l'egoismo o migliorativo nel rapporto relazionale; qualcuno è arrivato a definirla addirittura come l'unico antidoto contro la *crudeltà* [54].

Nell'uso quotidiano del termine, se qualcuno si riferisce a noi definendoci «tipo molto empatici», tendiamo a prendere le sue parole come il riconoscimento di una nostra spiccata sensibilità e di un nostro altruistico interesse verso l'altro [54].

Talora invece, specie nelle situazioni di *emergenza/urgenza*, pur non essendo una preconditione fondamentale della nostra vita etica, l'empatia non è necessariamente alleata né dell'altruismo, né di una concezione a favore di un'eguaglianza tra gli individui, nei diritti e nei doveri. Anzi, l'empatia rischia di spingerci a essere parziali: la difesa del «noi» *contro* «gli altri» è spesso condotta attraverso l'uso di dinamiche empatiche, può essere una alleata della *crudeltà*.

Benché una concezione stratificata illumini e chiarisca il ruolo dell'empatia nella riflessione sulla *patologia psichica*, nella *terapia*, consente l'impiego di strategie diverse di relazione. L'empatia non è solo quella che il terapeuta mette in campo con l'altro sofferente; anche l'assistito, a sua volta, ha la capacità empatica può andare in crisi o dimostrarsi inadeguata o insufficiente [145, 156].

D) *Tecniche di Intervento*

Interpretazioni, smascheramento delle finzioni, analisi dei sogni e revisione dello Stile di Vita sono comprese nella comunicazione terapeutica, ma vengono spesso intenzionalmente non utilizzate nelle situazioni di crisi di emergenza e di urgenza.

Le compensazioni positive, la “disclosure appropriata, l'aiuto incoraggiante vanno comunque recuperate da parte del terapeuta nell'ambito dei suoi significati profondi e nella sua continuità dinamico-strutturale [142].

IV. *Alcune strategie di trattamento*

A) *Generalità*

1) I fenomeni catastrofici legati a rapide trasformazioni ecologiche sono in continuo aumento nel mondo; nel 2009 le fonti internazionali hanno registrato 335 disastri naturali che hanno coinvolto oltre 100 milioni di persone in 111 Paesi del mondo.

Alfred Adler, attraverso la sua vita e le sue opere in psicologia dell'emergenza, applica *interventi psicosociali*: una prassi che tiene in considerazione primaria gli elementi che si riferiscono al contesto ambientale, alla fitta rete di relazioni tra le persone, alla dimensione sociale.

Le Relazioni d' Aiuto Adleriane nelle situazioni di emergenza/urgenza si incrociano: come ad esempio negli interventi di *consultazione in una struttura ospedaliera* ove lo specialista clinico deve effettuare un colloquio presso un reparto di Medicina e Chirurgia. È importante che ci si interroghi sull'argomento per attuare un insieme di pratiche e di conoscenze utili a comprendere e a sostenere gli individui e la colletti-

vità, che fronteggiano eventi potenzialmente distruttivi, prima, durante e dopo il loro manifestarsi [47].

In questi casi, spesso è necessario ed urgente un intervento terapeutico (con una prescrizione farmacologica), oppure un trattamento *breve* psicoterapeutico e pure raramente un provvedimento in Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO).

Il modello teorico-pratico della Psicologia Individuale (in accordo con gli orientamenti in evoluzione) può essere utilizzato variamente nelle “*situazioni di crisi*”, anche supportato dal Pronto Soccorso Psicologico (di recente realizzazione).

Gli interrogativi che si pongono nelle emergenze sono questi: quale intervento si deve optare e per quale assistito?

L'obiettivo prioritario è soccorrere l'individuo che sta soffrendo, cercando di comprendere il contesto in cui è maturata la richiesta d'aiuto, e di valutare diagnosticamente se la situazione richieda un intervento urgente; altrimenti il trattamento può essere psicoeducazionale, di counseling, di liaison o psicoterapeutico.

Dopo il *colloquio iniziale* vi sono diversi elementi nelle Relazioni d'Aiuto Adleriane che possono facilitare il tipo di alleanza terapeutica [139]. È corretto regolare la distanza, il tempo, il clima empatico, e le competenze. Ciò consente di individuare i bisogni dell'assistito, di cogliere le emozioni che esprime, con un atteggiamento di sostegno incoraggiante. Questi interventi, anche brevi e psicoterapeutici, non vanno confusi con le Psicoterapie brevi strutturate [66, 69, 119].

Peraltro va considerato che vengano disposti *ulteriori colloqui di approfondimento e di supporto*, che possano aiutare l'assistito ad uscire dalla situazione di emergenza. Si può anche ventilare la prospettiva di appoggio ad un altro specialista per una eventuale psicoterapia breve strutturata o per ulteriori percorsi di trattamento.

Ciò detto si sottolinea che l'uso di alcuni strumenti psicodinamici nella conduzione dell'intervento sulla crisi emergenziale ha prevalentemente la funzione di una *chiave di lettura*, in quanto non si possono applicare i fattori di pertinenza della psicoterapia strutturale (quali l'interpretazione di conflitti profondi, o l'analisi del transfert).

L'intervento sull'emergenza, specie se acuta, può prolungarsi non più di 6-8 settimane tra il primo colloquio e la conclusione. L'obiettivo minimale di questi interventi è quello di ristabilire le condizioni di equilibrio precedenti alla crisi, rendendo consapevole l'individuo che quel vissuto di sofferenza può anche essere considerato un miglioramento dello *Stile di Vita*.

Superata la “*burrasca*”, qualora l'individuo presenti una chiara indicazione ad un lavoro psicoterapeutico, questa opportunità può venire prospettata al paziente, lasciando trascorrere un intervallo di tempo appropriato prima di organizzare ulteriori interventi.

Un colloquio di *follow-up* a circa tre mesi dall'emergenza dovrebbe venire prospettato agli assistiti durante la crisi: oltre a costituire un punto di riferimento, questo lasso di tempo, come già detto, permette di riconsiderare con maggiore serenità, consapevolezza e utilità, ulteriori interventi terapeutici [120, 144].

2) Ambiti applicativi della *psicologia dell'emergenza* sono ad esempio: la formazione preventiva al personale del soccorso (fase pre-critica); gli interventi immediati di supporto e consulenza (fase peri-critica). Gli eventuali interventi di sostegno a medio termine (fase post-critica) si possono consigliare a soggetti direttamente coinvolti dall'evento critico, a parenti e/o testimoni diretti dell'evento, e ai soccorritori intervenuti sulla scena, che spesso sono coinvolti in situazioni di particolare drammaticità [18]. Gran parte dell'iniziale attività di sviluppo della Psicologia dell'Emergenza Italiana è dalla “**protezione civile**”, sia nella cooperazione internazionale, nonché dalle Associazioni di volontariato.

Le *ripercussioni socio-economiche* possono in un secondo tempo provocare profonde trasformazioni sociali, lavorative, oltreché l'instabilità delle relazioni affettive. Questo accade soprattutto a persone che hanno una struttura di base con una bassa soglia di tolleranza verso la frustrazione e il cambiamento. È in questo senso che bisogna attuare una *Profilassi alle emergenze*.

Se le condizioni dell'assistito non richiedono un immediato intervento medico, è possibile procedere ad un'intervista iniziale che, pur non essendo un esame psichico completo, lasci ampio spazio per una disposizione all'ascolto da parte dello specialista adleriano.

È necessario ricostruire le vicende più recenti e stabilire se vi siano eventi che nella situazione di emergenza abbiano precipitato in soggetto in una crisi.

La partecipazione immedesimativa all'esperienza dell'emergenza deve comprendere: sia un *atteggiamento empatico* che consente di individuare i bisogni immediati dell'assistito, sia un *atteggiamento di incoraggiamento*.

Vi sono diversi elementi nelle Relazioni di Aiuto Adleriane che possono facilitare lo stabilirsi di un'*alleanza*: la distanza corretta e il tempo disponibile, devono essere idonei ad instaurare un clima interpersonale già dal primo colloquio. È perciò che le situazioni di emergenza vanno indirizzate verso un percorso appropriato di Relazioni di Aiuto.

B) *Interventi educazionali*

1) Nell'emergenza del Coronavirus, gli *aspetti educazionali* hanno un'importanza notevole: sia in rapporto all'informazione medica (virologhi, infettivologi, epidemiologi) rispetto ai cittadini, ad intere popolazioni, specie nelle “cosiddette *Rosse*”, sia in rapporto alla sospensione di molte attività religiose, lavorative, culturali, *aree* scolastiche e pure ludiche.

Il focus educativo è necessario per rispettare le *regole* emanate dall'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità), dai Governi Nazionali e, in Italia, dagli Assessori Regionali Competenti, nonché dai Sindaci.

Ciò ha permesso una riduzione dei *contagi* in relazione al *distanziamento* (lockdown) (Par. II, Par. I C), alle *mascherine e ai guanti* (per molti quasi un bavaglio) e all'*obbligo di residenza nelle proprie stanze*.

Queste *regole preventive educazionali* sono state arricchite dai *bollettini* televisivi sull'andamento (anche a livello informativo globale sulla pandemia), rafforzando una *tipologia educativa* che deve proseguire dopo la fase I e la fase II, sperando che la fase III (la normalizzazione) continui.

Alcune ripercussioni si stanno stabilizzando con modificazioni di comportamenti psicologici interindividuali (lavorativi, sociali, di salute, culturali) a tutti ben noti.

2) La Relazione d'Aiuto educativa affida i suoi strumenti metodologici da un lato alle conoscenze psicologiche e dall'altro, come tecnica dell'istruzione, alle progettazioni e al controllo che via via elabora e sperimenta. Il riferimento ai diversi ambiti psicologici decide la diversa accentuazione dell'impostazione educativa con conseguente variazione di programmi che si attengono a diversi orientamenti promossi.

Nell'intervento educativo sull'emergenza si invita l'assistito a compiere in prima persona un bilancio della situazione, cercando di far venire a galla le istanze maturative che avevano avuto importanza nel determinare *l'emergenza/crisi*, ed evidenziando le acquisizioni positive che il superamento della crisi comporta.

L'intervento si considera migliorativo quando il soggetto riacquista un sufficiente senso di padronanza e di equilibrio più strutturato.

Gli interventi dei *programmi educazionali in emergenza di Coronavirus* sono attuali per coloro che supportano l'assistito nel trasmettere informazione, fornire un razionale all'uso dei farmaci, ridurre lo stress e la paura, dare dei suggerimenti pratici sulle modalità di gestione degli atteggiamenti emotivi per modificare favorevolmente il decorso dall'emergenza del soggetto [119].

C) *Counseling*

1) Questo tipo di Relazione d'Aiuto permette agli assistiti di focalizzare le "radici" della loro difficoltà emergente. È pertanto utile un'adeguata *analisi della domanda* al fine di chiarire le aspettative del richiedente.

Classicamente la funzione di questo tipo di relazione di aiuto è quello di chiarire la consapevolezza dell'assistito delle sue scelte e per il percorso che intende intraprendere, accompagnandolo verso la soluzione che meglio risponde ai suoi bisogni. In tal senso *la relazione di aiuto telefonica o digitalizzata* (Par. V B) sostiene l'individuo nel chiarire ed elaborare le difficoltà presentate.

2) *La capacità di ascoltare* è una delle caratteristiche richieste al counselor; si tratta di saper cogliere il significato (di contenuto e di emozione) di ciò che viene detto, interessandosi all'assistito in un'interazione di messaggi che non passano semplicemente da una parte all'altra, ma ognuno dei due interlocutori è contemporaneamente mittente e ricevente nella comunicazione.

3) Una metodologia particolare di interazione fra persona "aiutante" e persona "aiutata" è il *colloquio d'aiuto* [127]. Alla base del colloquio c'è il costrutto che "se una persona si trova in difficoltà il miglior modo di aiutarla non è quello di dirgli cosa fare, quanto piuttosto di invitarla a *comprendere la sua situazione* e a gestire il suo problema prendendo da sola e pienamente la responsabilità delle scelte eventuali". L'aiuto consiste nel rendere possibile una riattivazione o riorganizzazione delle risorse originarie *evitando una serie di strategie*, che spesso compaiono nelle *relazioni fra "aiutante" e "aiutato"*: quali ad esempio dare consigli, fornire informazioni, esprimere giudizi morali, ecc..

Il modello di counseling sociopsicologico è basato sui principi della salute pubblica, piuttosto che sul prototipo clinico tradizionale. I *Centri di Consultazione d'Urgenza (CCU)* si distinguono dalla tradizionale psichiatria clinica e adottano i principi dell'urgenza, della disponibilità e dell'orientamento comunitario [157].

In tale concezione la *consulenza d'urgenza* deriva dal corpus di conoscenze, e, oltre ad offrire un contatto diretto all'utente, adempie ad altre funzioni. Può costituire, ad esempio, il legame fra la comunità, il dipartimento psichiatrico, offrendo consulenze per appuntamento con enti religiosi. Inoltre i CCU sono aperti per consultazioni urgenti agli assistenti sociali locali, agli enti esecutori della legge e ad altro personale che richiede informazioni di salute mentale. Tale collaborazione è conforme ai principi della *psicologia preventiva*, aiutando a diffondere i principi dell'igiene mentale, della supervisione, del trattamento e degli interventi nelle strutture adeguate. Il Centro offre una continuità del servizio che tende ad abbassare il numero dei ricoveri ospedalieri e dei rifiuti di assistenza.

Vi è un'importante eccezione che riguarda la possibilità di intervenire, anche in senso interpretativo, quando è necessario modificare dei meccanismi di difesa, quali la negazione o la proiezione. L'uso di tali dinamismi può essere considerato appropriato al momento del primo contatto, quando il paziente teme di essere sopraffatto dalla situazione emergenziale. Ciò va inizialmente contenuto, in quanto non avrebbe senso privare il paziente di uno strumento difensivo prima che si sia strutturata una relazione terapeutica.

4) L'intervento si considera concluso quando si può osservare che l'individuo, oltre ad aver superato la crisi, ha acquisito una migliore conoscenza delle sue modalità di affrontare le difficoltà e ha sperimentato che la relazione ed il rapporto con il counselor

possono aiutarlo a contenere e mentalizzare le sofferenze che l'esistenza comporta. Il counseling *nell'area dell'emergenza/crisi/urgenza nella Relazione d'Aiuto* ha assunto un'importanza ed uno sviluppo sempre più rilevante, in questo tempo di epidemia. Sicché la richiesta di intervento urgente si impone a vario titolo per un numero più o meno ampio di persone [119], che presentano “una situazione acuta e seria che richiede un intervento di counseling immediato”.

5) *Il counseling adleriano* [56] (si differenzia dal colloquio di aiuto di Rogers) definisce una qualificata attività di consulenza, con specifici compiti ed una metodologia di informazioni, che si realizza in genere *nei centri consultoriali*. Il counseling (sebbene attualmente non sia ancora riferibile ad un Ordine Professionale) è orientato a processi di salute, igiene mentale ed *empowerment*, ma non a disturbi psicopatologici clinici disfunzionali [56]. In Italia l'attività di counseling è in genere svolta da uno psicologo clinico come pratica della propria professione modulata verso il *counseling terapeutico*.

Il “*counselor*” trova le indicazioni e le aree di intervento sul singolo, sulla coppia, sulla famiglia ed anche in talune istituzioni (scuole, collegi, comunità) che presentino problematiche a livello psicologico di dinamica di gruppo.

Il counselor adleriano è consapevole del proprio contro-atteggiamento. Egli entra in Relazione d' Aiuto, in una sorta di accompagnamento psicologico, in quegli interventi che siano inseribili in una strategia dell'incoraggiamento. Il counselor, che istituzionalmente opera nei consultori familiari o sessuologici, non assume un atteggiamento direttivo e nemmeno di puro ascolto partecipante. Egli fornisce presenza psicologica in un clima di attenzione incoraggiante, in decisioni particolari, quali possono verificarsi ad esempio in taluni conflitti del rapporto di coppia.

Il Counseling adleriano nell'emergenza è un intervento di supporto nei confronti di individui con problematiche di varia natura (relazionali, perdita del lavoro o anche malattie) diretto alla chiarificazione delle difficoltà di adattamento, cercando di focalizzare le capacità di reazione, di prendere decisioni, o del *miglioramento delle relazioni* (rispetto alla coppia, alla famiglia, alla scuola, al lavoro).

Nell'emergenza del Covid-19 la consulenza è in genere effettuata da uno Psicologo Clinico e può rivolgersi sia ai familiari che all'assistito, chiarendo con un colloquio quelli che potrebbero essere i provvedimenti sia di isolamento sia di eventuali atti medici (es. tamponi), sia di ricovero in strutture pertinenti.

Il counselor dovrebbe favorire lo *stile comunicativo*, attraverso una consapevolezza e una rielaborazione a livello degli aspetti “reali”, delle relazioni psico-sociali, nelle situazioni di emergenza (anche sanitarie).

Il *counseling adleriano* è quindi un intervento, solitamente breve e con obiettivi focalizzati, rivolto alla promozione del benessere, diretto a quelle situazioni che necessitano di svolgere un percorso mirato su una specifica area della propria vita o su un

particolare problema. Nel caso delle *emergenze psicopatologiche* il counselor può indirizzare l'assistito ad un professionista o ad una struttura competente per eventuali percorsi psicoterapeutici.

D) *Consultazione di Liaison*

1) Queste Relazioni Terapeutiche nascono come un'area di applicazione della psichiatria che si rivolge ai pazienti con un disagio o disturbo psichico ricoverati nei Reparti *non* psichiatrici dell'Ospedale Generale. Mediamente il 30-60% della popolazione ospedaliera presenta una qualche forma di disagio psichico [119, 151].

Gli interventi di *Liaison* si propongono come *sub-specialità* della psichiatria, in virtù delle peculiarità cliniche ed organizzative, volte anche a favorire *l'interazione tra le diverse branche specialistiche*: in questo senso, la Psichiatria di Liaison una "*meta-specialità*" [126].

Nella *Liaison in emergenza*, alcune tematiche riguardano la richiesta di una migliore "qualità e quantità globali delle prestazioni". Ciò comporta: un corretto rapporto tra assistiti e curanti; una costante valutazione delle qualità della vita dei pazienti (rispetto a una serie di parametri oggettivi (bio-medici) e soggettivi (psicologici-valoriali); una seria attenzione alle sindromi da logoramento, ad esempio al *burn-out del personale sanitario*. Inoltre, nel momento in cui si attua una consultazione specialistica, specie in una emergenza, la valutazione degli indici di predittività (circa la diagnosi, la prognosi e le terapie prescritte), la Liaison può utilizzare quale strumento preliminare la cartella clinica, che coinvolge poli-centricamente sia i *curanti* che le *strutture*.

2) Mentre la *managed care* accorcia i tempi di degenza, una maggiore consapevolezza dei *disturbi psichici in malattie somatiche* o di sindromi fisici senza facile spiegazione medica, sottolinea l'importanza dell'impiego di cure psicofarmacologiche correlate agli interventi psicoterapeutici, nell'ambito di una "Relazione d' Aiuto" che coinvolga direttamente l'assistito, i sanitari e anche i familiari.

Questa strategia spesso è attuata anche *nell'emergenza Coronavirus*, nonostante il rischio di contagiosità reciproca.

L'approccio di Collegamento Liaison Psichiatrico *bio-psico-sociale* deve essere rispettoso delle differenze tra individui e gruppi, specie nelle *emergenze epidemiologiche*. La valutazione dell'orientamento individuale deve considerare il mondo dei significati del soggetto rispetto all'evento morboso, al modo di essere dell'assistito, alle implicazioni in una struttura di ricovero ospedaliero (ad esempio riguardo alla privacy, al consenso informato, alle strategie terapeutiche).

La *valutazione diagnostica complessiva* (Par. II) è in rapporto alle risorse medico-chirurgica e deve quindi essere recepita, specie in situazioni particolari (pandemia, catastrofi naturali, massicci e rapidi movimenti immigratori, malattie che minacciano la vita) [136, 151].

La depressione, l'ansia, le regressioni psicologiche, la perdita di familiari, la solitudine, sono *momenti di crisi* ove le modalità di procedere di un'esistenza sono messe a dura prova, riaccendendo ambiguità, creando timori decisionali, portando a uno *smarrimento etico-valoriale*, specie se tutto ciò succede durante ricoveri in *Strutture ospedaliere* o nelle RAS.

Una Relazione d'Aiuto di Consultazione di Liaison nella pratica clinica attiene pure alle motivazioni e alle competenze dell'intero gruppo curante nei diversi contesti e setting operativi. Le difficoltà legate a ruoli, tempi, contesti di visita, incombenze assistenziali devono essere elaborate grazie a un *collegamento* a rete che permette interventi adeguati [136].

3) I *trattamenti di Liaison* sono in genere effettuati sotto *due forme di Consultazione*: la *prima* che consiste nell'attesa di richieste da parte dell'équipe curante; la *seconda* con una connotazione "attiva", che estende gli interventi all'intero staff, con una funzione più generale di supervisione, non solo diagnostica, ma pure terapeutica. I *colloqui psicoterapeutici urgenti, brevi, focali* [27] rientrano spesso nei servizi di Pronto Soccorso di un Ospedale Generale oppure in un servizio di Collegamento-Liaison [16, 126-128, 229] e hanno ormai tradizioni consolidate (ad esempio nei servizi di *Dietologia* e *Nutrizione Clinica*, di *Oncologia*, di *Dermatologia*, di *Chirurgia della mammella*, di *Anestesia*, eccetera).

Nell'ambito di tale *rete* la funzione della *Psicoterapia Adleriana di Liaison* è polimorfa. Essa è improntata ad alcuni punti di riferimento di base, variamente associati fra di loro. Fra questi si enumerano:

- La necessità di supporto immediato nei casi urgenti (es. tentativi di suicidio);
- I bisogni e le motivazioni individuali nelle malattie che minacciano la vita;
- Gli interventi nelle "situazioni di crisi", ad esempio prima e dopo particolari tipi di operazione chirurgica;
- I *colloqui psicoterapeutici*, che sono scanditi programmaticamente nel tempo e non sono da confondere con le "*Psicoterapie brevi*" [66, 68-70, 137] (Par. IV D, E, F).
- Nelle emergenze/urgenze degli interventi di Liaison, le *aree di passaggio* non solo fra interventi orientati in senso psicologico-dinamico, quelli cognitivi-comportamentali o umanistico-esistenziali si rifanno a paradigmi collaudati [92].

Tutto ciò va effettuato, ma in clima di contenimento dell'ansia e di incoraggiamento non solo rivolto al paziente, ma anche ai familiari.

Inoltre occorre tenere presente la qualificazione delle *diverse professionalità* delle strutture in cui si effettuano i trattamenti (Pronto soccorso, chirurgico, ortopedico, oncologico).

La complessità della Liaison è ancora più rilevante in un contesto di *intervento emergente/urgente nel tempo del Coronavirus*, giacché tale situazione presuppone un percorso continuamente confrontato rispetto ai *vari setting* utilizzati con regole talora

non prevedibili (esempio è necessario utilizzare le protezioni non solo con le mascherine, ma con tute e guanti durante i colloqui).

4) In questo senso sembra che il “*modello di rete*” nelle Relazioni d’Aiuto Adleriane di Liaison permetta *colloqui psicoterapeutici* sia nell’Ospedale Generale, sia in altri contesti, articolati nel radicamento di metodiche e di operatività differenti [147].

Rifacendosi anche al contributo di Ferrero [69] circa “*L’Orientamento tecnico della psicoterapia adleriana*” (Par. IV A) nelle *situazioni d’emergenza* e di Liaison, è fondamentale:

- Evitare un collage eclettico tra gli aspetti segnalati.
- Facilitare sia i legami tra diverse prassi operative e quindi tra funzioni a queste inerenti, sia con gli strumenti a cui tali funzioni sono rivolte (Psicofarmacologici, eccezionalmente con T.S.O. con trattamenti focali individuali, relazionali, strutturali-istituzionali).
- Proporre un quadro di riferimento costante e critico, in cui sia presente la gravidanza variabile dei nodi ed il significato del legame tra gli stessi.
- Commensurare il diverso linguaggio biomedico e socio sanitario con quello psicologico-clinico.

5) I *trattamenti di Liaison* sono usati nelle situazioni di emergenza. Non sono basati sul consigliare, come nel senso stretto il termine potrebbe suggerire, ma si costituiscono quali *interventi di “accoglimento”* e di accompagnamento e spesso di incoraggiamento [119].

Sulle indicazioni sulla rilevanza dei colloqui psicoterapeutici per i pazienti in ambito ospedaliero c’è ancora molto da approfondire. Alcuni resoconti relativi al trattamento di *malattie psicosomatiche* hanno una limitata applicabilità nelle situazioni clinica incontrate dagli psichiatri e psicologi clinici di consulenza-collegamento nella medicina contemporanea. L’approccio più circoscritto è stato elaborato e basato sui progressi scientifici e sulla maggiore comprensione del complesso determinante la malattia, in una matrice integrata *bio-psico-sociale* [66].

In questo ambito, i principi psicodinamici alla base del lavoro con pazienti malati dal punto di vista medico continuano ad avere un’utilità specifica, anche per accrescere la versatilità degli specialisti di Liaison. I tentativi per comprendere “il salto tra mente e corpo”, questa interazione, hanno generato ipotesi che possono essere sistematicamente studiate in ambito di *psichiatria di Liaison* e in *psichiatria di urgenza ospedaliera*. Da queste basi l’*approccio psicoterapeutico medico* è diretto un’ampia gamma di malattie e disturbi psicologici [101].

6) Tenuto conto dei *colloqui psicoterapeutici in Liaison*, *gli interventi psicoterapeutici adleriani anche in emergenza* sono definiti come quelli intenzionalmente esercitati da operatori d’aiuto con specializzazione psichiatrica o psicologia clinica e training analitico.

Attualmente alcuni ricercatori ritengono che ci siano almeno quattrocento forme di *psicoterapia* [158]. La psicoterapia, così come viene praticata oggi, non ha una definizione univoca. Gli studi sull'efficacia non sono unanimi, le metodologie, i dati e i risultati offerti appaiono [159]. In Italia si valutano oltre *cento scuole di cui cinque adleriane*.

Le variabili che influenzano l'esito di un evento morboso sono così numerose che una definizione soddisfacente della psicoterapia non è possibile.

La colorazione del trattamento è in rapporto alla personalità del terapeuta, all'ambiente in cui l'intervento si colloca, all'empatia tra i partecipanti: anche gli assunti teorici influenzano sia il processo sia il risultato.

Le psicoterapie adleriane in situazioni di emergenza sono basate sulle esperienze riferibili al modello psicodinamico anche quando non vi è disponibilità di tempo sufficiente "all'elaborazione".

La "conoscenza dell'uomo" [6] ha contribuito a riconoscere *l'unicità dell'individuo* nella struttura della personalità, in risposta allo *stress* [89], nell'uso di dinamismi di difesa, nonché nella produzione di ricordi, fantasie, desideri, sogni, pensieri e sensazioni. Nelle strategie di adattamento l'insight contribuisce in modo significativo agli interventi psicologici.

La *psicoterapia psicodinamica nella Liaison* è più incentrata sui sintomi e sul loro relativo sollievo, piuttosto che sulla ristrutturazione della personalità. I suoi scopi sono più focalizzati sulla stabilizzazione e sulle circostanze ambientali per alleviare i sintomi in un contesto di *esperienza correttiva* [2, 9, 10, 11, 12, 73].

La psicoterapia di Liaison include alcune componenti dell'esperienza terapeutica, come la consultazione, la valutazione, la diagnosi, l'*intervento: tutte le componenti* dell'esperienza terapeutica e di aiuto.

È lo specialista di Liaison che si reca dall'assistito. L'ambiente dei colloqui di Liaison è spesso il letto del malato o, nel caso del Coronavirus, all'interno dell'Unità di Terapia Intensiva (UTI). In queste circostanze in cui i colloqui possono durare da pochi minuti a più di una seduta (50 minuti), anche a seconda degli orari del paziente e delle esigenze dei membri del gruppo curante.

In questo contesto atipico i soggetti ospedalizzati per cause mediche sono in genere molto ricettivi verso le attenzioni dello specialista. Spesso in pochi minuti si sviluppa *un'alleanza di lavoro* e possono essere attuati interventi psicoterapeutici efficaci in un'unica seduta al capezzale del malato [100].

Queste metodiche sono state configurate come *sostegni esplorativi-espressivi*.

Le tecniche più esplorative sono utilizzate preferibilmente con gli assistiti ambulatoriali, dopo la dimissione della struttura.

Il riferimento qui è agli individui con disturbi anoressici [66].

Queste note sono un promemoria della cautela necessaria per “*non gettare via il bambino con l’acqua del bagno*”. Infatti, la versatilità richiesta alla Relazione d’Aiuto Adleriano impone che gli interventi terapeutici si situino tra la Liaison e la psicoterapia. La conoscenza delle varie tecniche è parte essenziale degli strumenti a disposizione di questi interventi.

Gli specialisti di Liaison offrono nelle *situazioni di crisi e di emergenza/urgenza* (come attualmente si verifica nell’epidemia del Coronavirus) sostegno anche *all’equipe non psichiatrica* nella cura del paziente. L’ambiente, le motivazioni, le capacità, la tolleranza alle situazioni emotive e le modalità di richiesta di aiuto differiscono notevolmente dalle caratteristiche normali di un percorso psicoterapeutico tradizionale.

Questo modello di intervento è un esempio della integrazione di approcci psicoterapeutici (esperienziali, dinamici, di sostegno, brevi) ai bisogni emotivi acuti dell’assistito. Queste tecniche aiutano il soggetto non solo a fronteggiare la malattia fisica “nel contesto del percorso di vita”, ma anche a riconoscere le minacce e le paure della persona che deve affrontare disturbi fisici seri.

L’indicazione di questo tipo di *approccio psicoterapeutico* non dipende solo dai bisogni del paziente, ma anche dalla formazione e dall’afferenza teorica del terapeuta. Gli *interventi adleriani in emergenza in Liaison* hanno denominatori comuni e l’efficacia del trattamento risiede nella combinazione delle capacità del terapeuta nell’applicazione di *interventi bio-psico-sociali*.

E) *Relazioni di aiuto psicoterapeutiche*

1) I problemi dell’emergenza hanno richiamato l’attenzione nella *legge della riforma psichiatrica (legge 180)*. È stato proposto un *servizio di emergenza psichiatrica* che provveda all’assistenza di utenti sottoposti alla disciplina che regola il *pronto soccorso*. Un intervento dello *Psichiatra in urgenza* [91] può essere chiamato a intervenire in una serie di situazioni, nelle quali la componente psicopatologica domina il quadro. Le diverse classificazioni delle urgenze in psichiatria possono essere *raggruppate* in un limitato numero di quadri a seconda del prevalere di un sintomo. In sintesi si tratta di episodio acuto, ansia, depressione, agitazione, blocco psicomotorio, confusione, minaccia di suicidio, violenza, astinenza da sostanze.

2) Le *Relazioni d’Aiuto Adleriane* a cui si può ricorrere di fronte a una *situazione d’urgenza* sono vari. Essi riguardano:

- Il ricovero (anche per TSO, sostanzialmente la psichiatria).
- L’*approccio psicologico clinico*, che fornisce gli elementi non solo per la comprensione della personalità del soggetto e quindi delle sue reazioni, ma anche per un più adeguato supporto coll’assistito e con suo ambiente. Una psicoterapia di supporto può essere un elemento importante.

- La *medicina legale*, per via delle possibili responsabilità derivanti dalla pratica professionale in un campo che è governato da leggi specifiche.

Nelle *situazioni di emergenza/urgenza cliniche in tempo di pandemia* la necessità più frequente è quella di cercare di contenere le emozioni dell'assistito, perché lo mette in una situazione di grave disagio o perché lo espone al rischio di comportamenti auto o etero aggressivi.

3) Il *ricorso ai farmaci* è utile e sono utilizzati principalmente degli ansiolitici o dei neurolettici.

Alcune regole generali da rispettare anche nell'*urgenza emergenza*: si deve tenere presente che lo specialista non è il rianimatore e nemmeno l'internista. Ad esempio, lo psichiatra e lo psicologo clinico, nella maggior parte dei casi, hanno bisogno di un periodo di osservazione e di riflessione per attuare una psicoterapia di supporto.

Per questi motivi pare giustificato suggerire un *approccio consapevole e competente*, sia nelle applicazioni di rimedi di tipo farmacologico, che nei provvedimenti psicologici.

La *flessibilità terapeutica* potrà consentire di entrare in contatto col paziente, di conoscerne i dinamismi, le motivazioni e, quindi, indicare e utilizzare un intervento più strettamente educativo, di Liaison o di Percorso Integrato.

4) Il considerare l'individuo nella sua unicità bio-psico-socio-culturale, porta a valutare le modificazioni che avvengono in lui e tra lui e gli altri e il mondo circostante, come una *continua interazione* che può manifestarsi nel caso delle emergenze/urgenze cliniche.

Per affrontare e tentare di risolvere le *situazioni di crisi*, bisogna che lo psichiatra, lo psicologo clinico e lo psicoterapeuta possano ampliare i loro tradizionali *parametri di osservazione*, di diagnosi e di terapia centrati su un individuo, per comprendervi anche gli *elementi interagenti*, cioè il vissuto, le persone significative, l'ambiente socio-culturale. Questa modalità di esame della situazione serve per "dare significato" ai sintomi e ai segni del disagio e per chiarire il loro scopo, spesso complesso.

5) Al proposito, può essere indicativo, per riconoscere l'elemento scatenante, anche il luogo e il tempo dove nasce la situazione di crisi. In questa pandemia di Coronavirus il focus è questo più delle volte, ma pure l'ambiente familiare o sociale che si deve fronteggiare nella fase iniziale delle situazioni di emergenza.

Nello stesso tempo, non si deve «psichiatrizzare» subito la situazione, con la delega immediata alle strutture specialistiche, conseguenza di un atteggiamento di rifiuto e di paura davanti al rischio della malattia mentale [138].

I problemi dell'*urgenza* possono e devono quindi essere gestiti dallo specialista nello stesso contesto sociale dove la crisi si verifica e non solo nell'ambiente del pronto soccorso dell'ospedale. Un intervento intempestivo e guidato più dall'emoività che dalle competenze può in certe situazioni aggravare la crisi e determinare l'urgenza. Da questo punto di vista l'intervento coinvolge necessariamente il problema della *collaborazione tra psichiatri e psicologi* [91].

F) *Psicoterapie: urgenti e/o brevi*

1) Specie nei trattamenti adleriani in emergenza, tenuto conto del quadro sintomatologico, è complesso fare chiarezza sul significato di locuzioni quali *psicoterapia focalizzata, a breve-medio termine e a lungo termine, prolungata nel tempo*. La *prima*, limitata nel tempo, è quella in cui il facilitatore stabilisce a priori un certo numero fisso di sedute oltre il quale non si dovrebbe andare (dalle 8 alle 20 circa).

L'assistito conosce con chiarezza quando finirà il trattamento. *Breve-termine* si riferisce solitamente a uno scopo che può essere raggiunto in giorni o settimane. *Medio termine* indica un trattamento di settimane o mesi. *Lungo-termine* ha una finalità raggiungibile in mesi o anni.

Alcuni autori definiscono il loro *approccio focale*, in cui vi è una emergenza affrontabile in circa 16-25 sedute; oltre a questo numero si entra nell'area delle terapie a lungo termine. Spesso la *durata* è connessa a traguardi ed alle metodiche, che devono essere definiti operativamente con chiarezza ed accettati dall'assistito. In questa ottica, le psicoterapie di lunga durata potrebbero anche essere considerate come *una serie di periodi di psicoterapia breve*, ognuno con uno suo traguardo [120].

2) La *psicoterapia breve*, anche nelle Relazioni d'Aiuto Adleriane, è una forma di interventi psicodinamici che derivano dalla terapia analitica, ma l'intervento si focalizza su specifici problemi d'ordine emotivo [56, 69], oppure in disturbi borderline.

Con questi scopi, lo psicoterapeuta sviluppa un rapporto terapeutico in tempi pre-stabiliti. A differenza delle analisi classiche, di cui assume la matrice metateorica, la psicoterapia dinamica breve si prefigge il compito di affrontare difficoltà particolari in un *numero limitato* di sedute [70].

Il compito del terapeuta sarebbe, in questi trattamenti, di suscitare nell'assistito una ri-esperienza delle emozioni conflittuali nel transfert, perché questo può provocare un cambiamento terapeutico, (*esperienza emozionale correttiva*).

Anche altri Autori [20, 105, 119, 153] utilizzano *forme brevi di psicoterapia in contesti diversi*.

3) È utile accennare sinteticamente agli elementi che *differenziano* le due modalità terapeutiche tra *interventi di urgenza e psicoterapie brevi*, in quanto esse, sono *accomunate* da alcune caratteristiche (quali la durata breve, la posizione "vis a vis"), *ma si possono differenziare* sia nelle metodiche sia nelle mete da raggiungere [27, 120].

L'intervento ha lo scopo di fornire sollievo a persone che sono sul punto di perdere (o hanno recentemente perso) la loro stabilità psicologica a causa di *emergenza* correlata ad una situazione stressante, sia intrapsichica che esterna (*vedi Coronavirus*).

La destabilizzazione si accompagna spesso a dei precursori psicologici che non è chiaramente evidente nel momento della *crisi emergenziale*.

La richiesta di aiuto è generalmente *urgente* nella crisi: mentre al fine di concordare l'inizio si può attendere la fine per chiarire la motivazione dell'assistito in alcune tipologie emergenziali.

Alcuni sostengono che il tipo di intervento sulla crisi non differisce sostanzialmente dalla psicoterapia breve in quando la crisi sarebbe il prodotto di uno specifico conflitto. Per aiutare l'assistito in un *intervento di crisi*, il criterio è la presenza di una *situazione di emergenza/urgenza*, mentre per poter avviare un assistito ad una forma di *psicoterapia breve* è clinicamente utile poter evidenziare precocemente sia una situazione conflittuale precedente, che un esplicito interesse ad un percorso psicoterapeutico [120].

I *criteri di selezione* per la psicoterapia breve comprendono caratteristiche (soprattutto inerenti la diagnosi complessiva, la motivazione, la tipologia socio-culturale, ecc.), che non sono richieste per l'intervento sulla crisi.

Nella psicoterapia dinamica, anche di breve durata, il *setting* tende in linea di massima ad essere simile a quello analitico (ad esempio il ritmo delle sedute una volta fissato deve essere mantenuto tale), mentre nell'intervento di crisi è variabile e flessibile.

Nella psicoterapia dinamica adleriana i contatti tra paziente e terapeuta sono focalizzati anche su conflitti profondi del paziente, mentre questo strumento non è indicato negli interventi di crisi. Lo *spazio fisico* in cui viene condotta una psicoterapia dinamica dovrebbe essere sempre lo stesso, mentre nella crisi il primo colloquio può aver luogo, ad esempio, in un pronto soccorso ospedaliero oppure in un reparto di medicina e/o specialistico.

Si sottolinea che l'intervento di crisi utilizza parzialmente alcuni *procedimenti* della psicoterapia analitico dinamica (interpretazione, analisi del transfert e delle difese), focalizzando l'alleanza su un incoraggiamento supportivo.

L'atteggiamento e la distanza del terapeuta generalmente sono appropriati nelle psicoterapie, mentre sono attive nella crisi, negli interventi catartici e di sostegno [120].

4) Gli *scopi* di una *psicoterapia breve* consistono nel trattamento di una situazione psicopatologica o conflittuale accertabile, mentre *nell'intervento sulla crisi* l'obiettivo è quello di intervenire prima che si definisca un quadro psicopatologico strutturato con un intento supportivo che ha finalità cautelative congetturalmente stabilizzanti.

Nelle *emergenze* l'intervento di crisi non si pone l'obiettivo di modificare lo *Stile di Vita* [111, 152] o di risolvere situazioni conflittuali strutturali.

Lo scopo è quello di aiutare la persona a superare la crisi evitando i rischi immediati (quali le condotte autolesive, o gli agiti distruttivi), permettendo che l'assistito compia un'esperienza in cui è stato possibile tollerare ed integrare un dolore mentale. L'intervento di crisi può costituire un vero e proprio trattamento nei confronti di un'ampia casistica, ma si rivela anche uno strumento con cui valutare le indicazioni per *ulteriori trattamenti psicoterapeutici (brevi o prolungati)*.

Anche *l'intervento sulla crisi* (come nell'attuale pandemia), in quanto condotto con mezzi delle Relazioni d'Aiuto Adleriano, avendo dei punti in comune, può situarsi nel vasto ambito delle *brevi psicoterapie*, ma più che come una "tecnica" destinata al trattamento di specifici pazienti, si presenta come un strumento terapeutico duttile e flessibile, in cui vengono utilizzati prevalentemente fattori terapeutici di sostegno e di chiarificazione attraverso un uso finalizzato della relazione terapeuta-paziente, valutando specie la dinamica dell'atteggiamento e controatteggiamento, di transfert e di controtransfert.

In sintesi gli *interventi d'urgenza* sono forme psicoterapie, ma non tutte le *psicoterapie brevi* sono *psicoterapie d'urgenza*.

5) Da anni la SAIGA, in collaborazione con altri Enti di ricerca in ambito clinico, ha messo a punto/elaborato tecniche di intervento *psicoterapeutico brevi* come il *B-APP* (Brief Adlerian Psychodynamic Psychotherapy) e la *SB-APP* (Sequential-Brief Adlerian Psychodynamic Psychotherapy), che consentono di realizzare *modelli di intervento psicodinamico "time limited"*, attraverso metodiche specifiche, validate sia come processo che come esiti, con un "focus" percorsi in contesti ambulatoriali, riguardanti particolarmente la cura dei disturbi di personalità dell'adolescenza e dei disturbi del comportamento alimentare (D.C.A.) [68-70].

La *psicoterapia breve* è forse la tecnica più usata negli ambulatori della Sanità Mentale. Mentre gli studiosi sono quasi tutti d'accordo nel definire "breve" un numero di sedute, fra 5 e 10 (fino a 50), *il termine "psicoterapia" non è così universalmente definibile*: può essere basata su modelli concettuali derivati dagli schemi analitici, ma non debba necessariamente affrontare materiale profondo.

Per altri la psicoterapia breve può essere efficace indipendentemente dal modello concettuale, se si prendono in considerazione *i seguenti punti* [157]:

- Qualsiasi assistito in *emergenza* sofferente per uno stress e manifestante sintomi di ansia o di depressione è un candidato alla psicoterapia breve, qualunque sia la diagnosi di base.
- Il terapeuta deve rispondere alle aspettative legate all'assistito, adempiendo ad un *ruolo professionale*.
- A differenza della psicoterapia convenzionale, la psicoterapia breve ha un inizio e un termine predeterminati.
- Si devono suscitare aspettative favorevoli. I pazienti in emergenza sono disposti a percepire la psicoterapia in quanto vi è una *promessa di aiuto*.

Si deve sottolineare che una *situazione emergenziale* non è necessariamente fondata su una malattia mentale cronica sottostante. Quando la situazione stressante viene eliminata, avviene una reintegrazione senza segni dimostrabili di disturbo mentale residuo. Non tutti i problemi sono passibili di soluzione allontanando *la minaccia della emergenza* (Coronavirus). In questi casi bisogna sondare la possibilità di *com-*

pensazioni e la necessità di *resilienza* (Par. III D). Il problema è collegato alla *terapia familiare*. Con l'affinarsi delle tecniche per la *terapia breve individuale* si sta sviluppando il modo di applicarla a tutta la costellazione [157].

6) Negli ultimi anni si sono realizzati numerosi *cambiamenti sociali* [27].

La *rivoluzione sessuale* ha portato a un considerevole aumento di interesse verso la vita sessuale e il divorzio è diventato molto più frequente. Inoltre, l'aborto, l'omosessualità e pure il transessualismo sono stati legalizzati e depatologizzati.

La *rivoluzione sanitaria* ha portato alla realizzazione degli interventi chirurgici a cuore aperto, ormai divenuti una tecnica abituale, come i trapianti d'organo, la dialisi per le affezioni renali e la resezione gastrica degli obesi. Le generazioni anziane sono state raggiunte dai mezzi di comunicazione di massa e i problemi di 21 milioni di persone al di sopra del 65 anni sono ormai all'attenzione di tutti, specie le difficoltà che hanno avuto per l'emergenza attuale.

La *crisi economica mondiale* che ci attende dopo la pandemia da Coronavirus accresce il fenomeno della disoccupazione e la povertà. Ogni cambiamento, che porti ad un'evoluzione o ad un declino, è comunque un *evento problematico*.

Ancora una volta, gli interventi di *psicoterapia breve* scaturiscono dal notevole aumento di emergenze psichiatriche che producono una richiesta ai servizi sanitari favorendo cambiamenti innovativi che operano dei cambiamenti in un'ampia gamma di disturbi.

La *psicoterapia d'urgenza breve* si è estesa, nella pratica privata, oltreché nelle strutture della salute mentale di comunità, al *servizio d'emergenza* di una *rete di intervento sociale*, che sta dando dimostrazioni ed insegnando le tecniche in una vasta gamma di ambiti differenti. La *psicoterapia breve e d'urgenza* stanno infatti acquistando un'importanza crescente [157].

7) La letteratura specialista sugli *interventi psicoterapeutici sull'emergenza, crisi, urgenza e sulle psicoterapie brevi* è in continua progressione. È interessante notare come la disambiguità concettuale non è unanime (pure nelle traduzioni del titolo del libro di Bellak e Small vi è ambiguità: in lingua anglosassone il termine è *Emergency*, nella Edizione Italiana il titolo è "urgenze"). Gli interventi psicoterapeutici di emergenza/urgenza sono sempre brevi, mentre le psicoterapie brevi non sono focalizzate sull'emergenza.

Gli studi al riguardo seguono *due filoni* distinti che possono *intrecciarsi* [120].

Nell'*urgenza* "essere" vicini all'assistito può essere *paragonato* ad una seduta di psicoterapia via Skype, ma per analogia (il virtuale non è il reale) (Par. V B).

Rientra qui la locuzione della "distanza" anche in senso di transfert, relazione preventiva e di aiuto.

8) Il complesso argomento dell'*Analisi Terminabile e Interminabile* [71], oltre a costituire un asse portante dell'Individual Psicologia [14], rimane un quesito controverso. Esso può essere peraltro considerato un elemento costitutivo del progetto terapeutico [19, 66, 69, 71, 96, 136, 152], in rapporto alla teoria, alla tecnica ed alla pratica clinica. Vari percorsi psicoterapeutici sono oggi contrassegnati da regole prestabilite che riguardano la valutazione diagnostica complessiva, i tempi ed i costi, l'evoluzione della psicopatologia [98], delle metodologie, delle tecniche. Negli ultimi decenni tali problemi sono riferibili anche alle Scienze Neuropsicologiche, Informatiche, Psicofarmacologiche: nonché alla Psichiatria di Consultazione [23, 65, 136, 151].

9) Oggigiorno talune correnti psicologico dinamiche tendono ad utilizzare tributi di paradigmi differenti, realizzando mutamenti nei percorsi evolutivi [132]. Percorrendo questi sentieri, radicati nella tradizione e aperti al cambiamento, si realizzano "*nuovi stili terapeutici*" [12, 13, 143, 152], uno dei quali attiene appunto alla psicoterapia delle situazioni di emergenza.

Tali trattamenti hanno maggior pregnanza qualora gli stessi siano realizzati con *interventi combinati* (psicologici e farmacologici), sottesi da un *coinvolgimento empatico* e corrispondenti sia ai riferimenti esistenziali che agli aspetti situazionali di crisi di emergenza e di urgenza (Par. I B). Essi corrispondono a difficoltà diverse da individuo a individuo. Può trattarsi di una pandemia, di un contagio psichico, di un evento traumatico (terremoti, ecc.), di un'inadeguatezza, di un'infermità, della morte di una persona cara, di una perdita nelle mete realizzative, della senescenza (demenza), eccetera. Ciascuno di questi problemi, spesso associati tra loro, non solo richiedono una "saldatura" coi precedenti interventi, ma comportano, da parte dei terapeuti adleriani, accettazione, comprensione e competenze specifiche.

10) Il problema dell'analisi in emergenza/urgenza viene talora innescato in una psicoterapia breve o strutturata e comunque in una *continuità terapeutica* [144].

È da sottolineare che il terapeuta, per (e con) il paziente, non è solo una figura di riferimento, ma si costituisce nelle tipologie delle Alleanze Terapeutiche. Nel finalismo della Psicologia Individuale anche la Relazione d' Aiuto nella crisi realizza quindi un asse portante, fra tradizione e cambiamento [14, 144].

V. Considerazioni Critiche

A) Generalità: conferenze, didattica e convegni a distanza

1) Il *lockdown*, distanziamento e isolamento sociale e individuale, può portare ad un vissuto psicopatologico per la persona che lo vive. Non entrando in relazione con gli Altri, sia per le regole istituzionali, sia per timore di un evento patologico (anche mortale), vengono compromesse le caratteristiche sociogenetiche che conducono al *blocco sociale* e/o alla *solitudine* (specie per le fasce psico-sociali più fragili: soggetti in età evolutiva, indigenti).

2) Le conferenze, la didattica e i convegni, ma pure le *consultazioni telefoniche e le psicoterapie online* pongono il problema della *realtà virtuale nelle Relazioni d' Aiuto*. In informatica, la locuzione **realtà virtuale** sta ad indicare una simulazione all'elaboratore rispetto a **situazioni reali**, nelle quali il soggetto umano può interagire, "entrando" nel modello simulato e operando, quindi, in una condizione prossima ad una realtà analoga. Lo sviluppo delle tecnologie e quello dei sistemi informatici hanno consentito la diffusione di attività di tipo virtuale in vari ambiti: finanziario, militare, medico ed anche psicoterapeutico.

La *simulazione* del processo sensoriale-percettivo è una nuova prospettiva logica e può essere anche, in modo sussidiario, uno strumento nella Relazione d' Aiuto, oltreché un mezzo di comunicazione.

Infatti si sono effettuati due incontri in video conferenza (Sabato 18 aprile 2020 e mercoledì 27 Maggio 2020) e sono prospettati *incontri e Convegni SIPI online*.

Se la funzionalità primaria del cervello risponde alla necessità di mantenere in vita l'intero organismo, la funzionalità cerebrale *secondaria* è quella di organizzare un codice comunicativo tra differenti individualità biologiche separate: *il primo sistema di segnalazione* coordina la sopravvivenza e l'adattamento organico mediante un codice biochimico interno; *il secondo sistema di segnalazione* coordina la sopravvivenza e l'adattamento sociale mediante un codice simbolico esterno all'organismo.

La codificazione fisiologica dà forma ad un primo sistema di segnalazione del nostro cervello e la codificazione linguistica al secondo. *L'operare continuamente intrecciato di questi due sistemi* produce *l'adattabilità bio-psico-sociale della specie umana*, che nel corso dell'evoluzione si conforma in un "*soma anatomofisiologico*, che raccorda il *corpo* e la *psiche* in un'unità individuale che passa attraverso un codice fisiologico della sensorialità somatica al codice sociale della percettività psichica.

Dalla storia di evoluzione biologica e culturale si è giunti all'invenzione totalmente simbolica di un macchinario estensivo dei nostri organi di senso, come il *video* o il *computer*, che rappresenta per il momento l'ultima tappa dell'esteriorizzazione della comunicabilità del messaggio percettivo. Si pone a questo proposito il problema del *rapporto tra mappa e territorio*. Bateson [25] sottolinea come *la mappa non sia il territorio*, così come il nome non è la cosa, e afferma che le nostre mappe cognitive contengono termini linguistiche e non oggetti materiali.

Ciò equivale a dire che la mappa è l'immagine percettiva del territorio. È utile fare ancora una distinzione tra l'immagine percettiva e sensoriale.

L'immagine sensoriale è lo schema disposizionale dei neuroni che rispondono simultaneamente in una certa configurazione a una certa stimolazione fisiologica: essa dunque è una strutturazione spaziotemporale dell'impulso nervoso.

L'immagine percettiva è una mappa, cioè una simbolizzazione linguistico-sintattica

della nostra pratica sensitiva: con essa si passa da un livello esperienziale del territorio-sensazione a un livello cognitivo della mappa-percezione.

3) Proseguendo questo percorso, la rappresentazione della realtà virtuale mostrerebbe *lo schema logico-concettuale*. Attraverso questo schema si tende ancor più, in questo *tempo d'emergenza*, alle già citate conferenze, didattiche, convegni ed infine *psicoterapie con Internet*, che *dovrebbero supplire* alle psicoterapie interindividuali, (ma non le sostituiscono) (Par. V B) [112].

Essendo la realtà fatta dalla strutturazione dei nostri meccanismi percettivi, nel momento in cui con l'apparecchiatura della realtà virtuale si può contemporaneamente costruire l'immagine e agirla, non ci si trova più davanti alle immagini, bensì *dentro al fare immagini*. Tale *realtà si dice virtuale* perché, appunto, non è formata dalle sensazioni ma dalle *immagini simboliche* di queste: non si agiscono oggetti, ma discorsi.

Ci si muove sulla mappa, prescindendo completamente dal territorio, perché il *computer* non può conoscere il territorio, che invece appartiene all'attività degli organi di senso. Si può fare una simulazione degli organi di senso, ma a in quanto tale è *sempre una mappa*. Fare una simulazione significa rendere comunicabile la sensazione, non appartiene alla corporeità fisiologica operante nelle sensazioni. La *simulazione* ci rende avvertiti del *primo gradino* nella composizione del mondo, cioè quello della registrazione di differenze. Il circuito stimolo-risposta della sensazione indica la *registrazione di una differenza* di struttura materiale rispetto ad un'altra.

La *realtà virtuale* è un'opportunità: *costruiamo la realtà* strumentalizzando il *telefono, il video e il computer*. Si può forse affermare che *la realtà virtuale è la macrometafora* (o meglio una similitudine analogica) per operare attraverso il procedimento cognitivo della simbolizzazione, così da non cadere in svianti separatezze tra immagine e oggetto, tra corporeità e intellettività, tra territorio e mappa, tra cosa e nome, per evitare estremismi distruttivi, in quanto incomprensivi, di una *Body Art* del senso del limite sancito dalla selezione naturale, e di una realtà virtuale veicolata dal senso del limite posto dalla forma del pensiero linguistico.

Alla realtà dell'individuo appartengono cose e nomi, materie e pensieri, ma la nostra conoscenza non può farsi che nella reciprocità dello scambio comunicativo: nulla esiste fuori dall'effettivo rapporto materico tra le cose e comunicazionale tra i nomi. Occorre *fondare l'analogia* per poterne distinguere le componenti, poiché la similarità può porsi solamente attraverso la differenziazione. Questo è il fondamento del pensiero e della conoscenza, e, quindi, di qualsiasi forma di realtà da essi formulabile.

B) *Consulenze telefoniche e Psicoterapia Online*

La *consulenza telefonica* si presenta come una particolare modalità d'intervento specie nelle situazioni di emergenza. Le particolari cornici teoriche e metodologiche co-

unque rientrano in una *Relazione d'Aiuto* che permette agli assistiti di focalizzare maggiormente la natura delle loro difficoltà. La funzione del *counselor* è di far elaborare in tempi brevi attraverso la responsabilità delle sue scelte. La consulenza telefonica sostiene l'utente nel superare gli ostacoli della sua crescita personale chiarendo ed elaborando le difficoltà presentate.

Questa particolare forma di *Relazione d'Aiuto* si rivolge ad un'ampia platea di persone, con le proprie problematiche e quindi con i propri specifici bisogni. Di fronte a queste diverse esigenze sono nati in Italia molti *centri di counseling telefonico o help line*. Tali servizi coinvolgono problematiche e fasce d'utenza sempre più ampie ed eterogenee, migliorando con l'esperienza pregressa la qualità e l'efficienza del loro intervento. Specie nell'attuale contesto, si sono realizzati centri quali: *counseling telefonico sessuologico, telefono giovane, telefono amico, SCOT* (per omosessuali) e svariate altre linee per problemi esistenziali, tossicodipendenze, sieropositivi, anziani ecc.

La domanda è se il *counseling telefonico* possa davvero considerarsi *counseling* (Par. IV C), giacché viene a mancare lo spazio fisico, la stanza entro la quale avviene il contatto e che è controllabile dal counselor secondo il suo stile. Il *setting* così inteso è variato nel senso che l'ambiente fisico e il contatto corporeo tra gli interlocutori sono virtuali e non reali.

La *capacità di ascoltare* è una delle caratteristiche richieste al counselor. Si tratta di saper cogliere il significato (di contenuto e di emozione) di ciò che viene detto, mostrandosi (ed essendo) veramente interessati all'assistito e consapevoli che in una interazione i messaggi non passano in modo biunivoco da una parte all'altra, ma ognuno dei due interlocutori è contemporaneamente mittente e ricevente nella comunicazione. Di conseguenza, si possono reciprocamente percepire discrepanze, non interessamento.

Ascoltare significa cercare degli aspetti che ci rendano interessati a quanto ci viene detto. Per farlo sarà necessario sospendere le eventuali soluzioni premature che vengano in mente, concentrarsi sulla persona che ci chiama. Occorrerà concentrarsi sul contenuto di quanto viene detto telefonicamente, facendo attenzione che si possa rispondere alle domande si deve tenere presenti: Chi? Cosa? Perché? Quando? Dove? Come?

La difficoltà di interagire con persone e contesti sociali può essere connessa ad aspetti specifici di disturbi psicopatologici precedenti e può provocare disagio psichico e assumere diverse forme a seconda della patologia entro la quale si sviluppa.

Nell'ottica delle *Relazioni d'Aiuto Adleriane* viene data importanza ai modi in cui l'individuo interagisce con l'altro e con il proprio ambiente. Ciascuno si pone nei confronti del mondo con la visione che ha di se stesso, con il suo Stile di Vita e con il proprio finalismo prospettico.

L'esistenza umana è caratterizzata da senso di incompletezza e di inferiorità, e può provocare esperienze stressanti o traumatizzanti, vissuti di ansia, depressivi, alterazioni personologiche, aumento dell'aggressività, ritiro dal mondo, sino a disturbi psicopatologici e a fratture psicopatologiche col reale.

Nel paragrafo precedente (IV) sono state indicate sinteticamente alcune strategie terapeutiche adleriane nelle situazioni di emergenza/urgenza, che attraverso le *strategie di incoraggiamento* e l'utilizzo del *coinvolgimento empatico* in vari *contesti terapeutici*, allo scopo di supportare gli individui in "difficoltà" o in "necessità" bio-psico-sociale. Dopo questo excursus si focalizzano, con *pensiero propositivo*, alcune compensazioni utili all'individuo: ci si riferisce alle *tecniche di comunicazione alternative, rinnovate Relazioni d' Aiuto dell'équipe curante, alle variazioni del setting*.

Essi hanno esteso il loro raggio di azione anche nell'ambito del *disagio* psicologico che nel campo dell'emergenza/urgenza non sono riconducibili a quadri nosologici ben definiti, come le problematiche dello sviluppo nell'infanzia e nell'adolescenza, le tensioni legate alla vita di relazione, la compromissione della capacità di reggere allo stress ambientale con meccanismi positivamente adattivi, problemi legati alle fasce socialmente deboli.

Essi hanno inoltre messo a fuoco il valore di interventi di tipo *preventivo* del disagio, estesi alla famiglia, alla scuola, alla società, concretamente realizzabili attraverso l'attività consultoriale, *progetti psicoeducativi*, interventi di liaison con altri operatori sanitari e parasanitari.

Accanto a tale sviluppo del loro campo di azione, le Relazioni d' Aiuto Adleriane si sono enormemente arricchite sul piano culturale, potendo perseguire ora il loro disegno di salvaguardia della salute mentale con mezzi teorici e pratici sviluppati rispetto alle risorse di un tempo. A titolo di esempio in questo contributo si approfondiscono le moderne tecniche di indagine sulla struttura e sul funzionamento del sistema nervoso centrale, lo sviluppo della psicologia di ispirazione analitica dinamica, la conoscenza delle dinamiche familiari e ambientali.

Tutte le acquisizioni descritte hanno reso più complessa la definizione di *salute mentale*, obiettivo che gli operatori devono perseguire, specie nelle situazioni di emergenza per le responsabilità sul piano etico, ma anche da un punto di vista deontologico e legale.

C) *Variazioni del Setting e Stile Terapeutico*

1) Il *setting* indica il contesto di ricerca che va sempre definito e delimitato in maniera rigorosa, al fine di garantire l'attendibilità scientifica a ciò che si osserva, si descrive, s'interpreta, si comprende. Il termine viene fundamentalmente riferito *all'ambito sperimentale e a quello analitico*.

Nel *primo caso* si tratta di stabilire le regole di somministrazione di un test e riguarda l'ordine di presentazione delle singole prove, il tipo di comunicazione verbale con il quale si danno le consegne, la neutralità del somministratore e il tipo d'incoraggiamento che eventualmente darò ai partecipanti che reagiranno in modo ansioso o che saranno frustrati dall'insuccesso.

Nel *secondo caso*, il *setting* delimita un'area spazio-temporale classicamente definita dal ritmo e dalla durata delle sedute e dalle modalità dell'incontro in cui regole precise stabiliscono ruoli e funzioni, escludendo l'attuarsi di stili relazionali propri della vita quotidiana, che altererebbero il regime delle proiezioni e del transfert. Ritmo, durata e modalità degli incontri possono però subire qualche modifica per adattarsi a esigenze particolari (analisi di bambini, psicotici, malati gravi, e nel contesto dell'emergenza si situa il *setting virtuale*) [53].

2) *Setting e relazione*

Anche il termine *setting* proviene dal linguaggio comune, dove significa "ambito" e comunque qualcosa di delimitabile, per designare, nel linguaggio della psicoanalisi, uno dei suoi più originali dispositivi tecnici, il complesso di regole che si è andato via via costituendo per consentire, nella stanza di analisi, il lavoro delle due persone che vi si incontrano: numero e durata delle sedute, loro cadenzate, ferie e pagamento dell'onorario, modalità di spostamento e cancellazione delle sedute, modalità di comunicazione d'emergenza, eccetera. Il principio in base al quale pare opportuno definire un *setting* rigoroso.

Il **setting** è definito dalla presenza di diverse **regole**: il rispetto di orari, la natura dei contatti al di fuori delle sedute, il coinvolgimento empatico che il terapeuta deve garantire e il fatto che si tratti di una relazione paritaria ma asimmetrica.

La modificazione del *setting* come strumento di psicoterapia dovuto alla digitalizzazione deve essere concentrato e reciprocamente consapevole delle differenze tra reale e virtuale.

In ambito psicoterapeutico delle Relazioni d' Aiuto adleriane (e specie nelle terapie), il *setting* rappresenta la "matrice funzionale" che media la costruzione della relazione professionale tra assistito e terapeuta clinicamente efficace. Il *setting* è costituito dal set (ovvero dall'ambiente fisico e funzionale all'interno del quale ha luogo la relazione analitica), dalle regole organizzative del "contratto analitico" (orario, durata e pagamento delle sedute) e dalle regole relazionali che mediano il rapporto analista-analizzando (assenza di contatti extra-analitici, etc.). Più in generale, il *setting* è il "*significante strutturale*" dei significati che si attuano nelle forme della relazione clinica, e che costituiscono l'assetto di base del rapporto terapeutico.

Nelle situazioni di emergenza/urgenza il *setting* subisce delle variazioni.

Nell'ambito adleriano, pur nella rigidità deontologica professionale, il *setting* in-

terindividuale è condotto in genere “vis a vis”, in modo da favorire sia il coinvolgimento empatico, sia il “processo di incoraggiamento”. È quindi importante il *contesto reale* in cui si svolge il percorso analitico: basti ricordare che Adler nei primi tempi della Psicologia Individuale (perfezionata poi sino agli anni trenta) faceva le sedute terapeutiche ad un tavolino del famoso *Cafè Centrale* di Vienna (Una volta, negli anni novanta, l'attuale Tesoriere, Giöner, portò il sottoscritto allo stesso tavolo).

Il setting psicoanalitico riguarda l'ordine di presentazione delle singole prove, il tipo di comunicazione verbale con il quale si danno le consegne e il tipo di incoraggiamento. Il *setting* delimita un'area spazio-temporale classicamente definita dal ritmo e dalla durata delle sedute e dalle modalità dell'incontro in cui regole precise stabiliscono ruoli, funzioni, escludendo l'attuarsi di stili relazionali propri della vita quotidiana, che altererebbero il dinamismo delle proiezioni e del transfert. Ritmo, durata e modalità degli incontri possono però subire qualche modifica per adattarsi a esigenze particolari (analisi di bambini, di psicotici gravi, di malati gravi) [96]. Nel contesto dell'emergenza, oltre quello che si è già sottolineato nelle varie situazioni di aiuto (Par. IV), si situa il *setting virtuale*.

3) *Enactment e Disclosure*

Con **Enactment**, in analisi si definisce il “mettere in scena, da parte dell'assistito durante la seduta, quello che è il suo tipico *“stile relazionale patologico”*, utilizzando il terapeuta come “attore” nell'interazione stessa.

Nell'emergenza/urgenza non di rado l'assistito mette in scena durante la seduta quello che è il suo tipico schema relazionale patologico, utilizzando l'analista come “attore” dell'interazione stessa.

È una *riesperienza* di un ruolo assunto nell'infanzia, che viene *recitato interattivamente* sul palco dello studio dell'analista: a quest'ultimo è data una parte che dovrà recitare; entrambe le parti in questa situazione perdono il loro senso di distanza, interagendo in modo verbale e non verbale, *portando all'interno del setting* delle dinamiche intrapsichiche sotto forma di interazioni.

I *pazienti traumatizzati* tendono a legarsi ai loro terapeuti non tanto per mezzo delle parole, ma attraverso degli *enactment*, esprimendosi inconsciamente tramite l'azione. Questo “movimento” analitico non può essere messo in atto nelle relazioni virtuali.

Con il cambiare del setting anche le *disclosure* possono variare. Il fornire rivelazioni o autorivelazioni fa riferimento a un concetto psicodinamico il quale indica uno svelamento consapevole e intenzionalmente voluto da parte del terapeuta di qualche aspetto di sé al paziente, che nella comunicazione virtuale può arricchire il coinvolgimento empatico.

Anche la disclosure nelle relazioni virtuali (in cui si mantiene piuttosto una “neutralità”) può essere messa in atto dal terapeuta.

Il setting è sempre inteso come *relazione fra due persone*, sicché cresce la considerazione che *la realtà analitica* è comunque destinata ad incontrarsi con le funzioni pertinenti alle nuove fasi che si stanno affacciando, e che perciò non sarà soltanto il loro retaggio dei vissuti a tenere il campo e lo sblocco attuato dal disvelamento del transfert e delle difese ad assicurare il cambiamento, ma anche l'importanza di tali funzioni. L'empatia dà al dialogo verbale il significato del setting come luogo di interazione reale e di comunicazione nell'ambito delle Relazioni d' Aiuto.

Nel variare il setting, la *disclosure* può essere aumentata. La rivelazione o autorivelazione fa riferimento a un concetto psicodinamico, che indica uno svelamento consapevole e intenzionalmente valutato da parte del terapeuta di qualche aspetto di sé al paziente, che nella comunicazione virtuale può arricchire il coinvolgimento empatico.

4) *Lo stile terapeutico*

L'individual Psicologia [152] è una Psicologia Dinamica del Profondo e nello stesso tempo una Psicologia Sociale e Culturale aperta alle motivazioni delle ricerche psico-neurofisiopatologiche. La società e la cultura sono inscindibili e, se la cultura "cambia il cervello, *lo stile terapeutico* inerisce a tale mutamento anche attraverso un'immedesimazione culturalmente appropriata; pertanto le Relazioni d' Aiuto devono riferirsi ad un progetto *co-creativo* piuttosto che ad un programma di co-costruzione.

La frantumazione epistemologica, che segue il periodo moderno e risale alla fine dell'800, esita nella seconda metà del secolo nel periodo attuale. Essa riguarda, non solo le arti e le filosofie, ma si rivolge anche alle teorie ed ai metodi delle Scienze in generale e pure alle discipline delle Scienze Psicologiche e Sociali.

Sicché anche lo stile terapeutico, le alleanze terapeutiche con gli assistiti, il coinvolgimento, pur mutando (non sostituendo), possono rientrare in una **nuova e attuale tipologia comunicativa**.

VI. *Riflessioni Conclusive*

A) *Generalità*

Alcuni comportamenti di "cut-off" sono ancora da definire, mentre si accentuano le "attività dislocate" e sono crescenti i **comportamenti trasgressivi** (biciclette contromano, vicinanza sulla spiaggia, gruppi di bulli, eccetera).

Le Relazioni d' Aiuto adleriane in emergenza, portano ad alcune riflessioni, non solo sul "fare" ma pure sul "saper fare" e sull' "essere".

Focalizzandoci sulle situazioni psicopatologiche-cliniche ci si deve riferire alla "forma", al "focus" della urgenza, lo "sfondo" riguarda **l'individuo nella dimensione dinamico-strutturale** e nel contesto socio-culturale.

L'assistito dopo l'intervento in situazione di emergenza potrebbe aver bisogno di un ulteriore trattamento, anche diversificato da quello precedentemente attuato, anche perché lo "Stile di Vita" può aver subito qualche mutamento in alcuni tratti (negativamente o anche positivamente) [152].

Le situazioni di emergenza (talora intrecciate a drammatici eventi), sebbene correlate alle Relazioni d'Aiuto adleriane, **oltreché ad una serie di "isolamenti" (Lockdown)**, possono avere inciso non solo sui comportamenti quotidiani, ma pure sullo *Stile di Vita individuale*.

A queste limitazioni distanzianti non si era preparati: sia per le sequele educative/scolastiche (l'area pedagogica), sia per quelle lavorative (l'area economica), sia per reliquati psico-fisici (per l'area della salute). Per molti, con la perdita di familiari vi sono le onde di ritorno di tipo depressivo, inoltre si rafforzano le situazioni negative economico-sociali.

B) *Sequele e postumi*

Le solitudini esistenziali sono il *precipitato* sulle esperienze passate sotto forma di una combinazione, in ciascun individuo, di fattori congeniti, fisiologici, cognitivi, strutturali ed esperienziali. Questa totalità è il risultato dell'interazione fra il patrimonio biologico e i dati dell'esperienza [27].

Quando si tratta di situazioni emergenti, esistenziali, o di circostanze esterne traumatizzanti, anche se incidono sugli aspetti specifici, sui problemi attuali: interagiscono quali fattori scatenanti e quindi vanno correlati con *l'intera storia dell'individuo coinvolto, vale a dire con l'intera persona*. Ciò coincide con le "proposizioni di base" adleriane.

Le Relazioni d'Aiuto stabiliscono dei legami di continuità tra denominatori comuni tra i problemi attuali e quelli riferibili alle esperienze passate.

Una delle correnti fondamentali consiste nel sottolineare i nessi fra i **vari stadi della vita**, tra il pensiero di veglia e il pensiero onirico, tra il comportamento adattivo e quello patologico, tra l'"hic et nunc" e una prospettiva esistenziale.

Un *ringraziamento particolare* va a quegli *operatori e socio-sanitari e scolastici*, che durante i mesi di questa pandemia hanno manifestato un sentimento sociale, sino all'abnegazione e talora al sacrificio: senza di loro le Relazioni d'Aiuto Adleriane non avrebbero potuto essere messe in atto a servizio degli individui sofferenti e delle loro famiglie.

Qualunque sia il motivo che conduce l'assistito ai molteplici trattamenti delle Relazioni d'Aiuto Adleriane, è importante la comprensione e il trattamento appropriato che l'emergenza attuale provoca sulla situazione esistenziale del paziente. Ciascuna crisi implica molteplici fattori con-casuali, il cui grado di importanza varia da persona a persona; sicché un fattore di primaria rilevanza in un individuo in un altro assume un'importanza minore.

Ogni terapeuta dovrebbe saper riconoscere i fattori che sono collegati specifiche emergenze. In questo senso, lo psicologo clinico e gli altri specialisti adottano una linea allo scopo di effettuare gli interventi secondo una sequenza ottimale: in *primo luogo*, vanno delimitate le aree e le strutture che dovranno essere impiegate, in *secondo luogo* devono essere valutate le componenti neuronali che riguardano il disturbo, in *terzo luogo* eventuali sequele e complicazioni successive.

Si deve distinguere l'emergenza critica in senso generico e la crisi in senso individuale, utilizzando entrambi gli aspetti come guida per i trattamenti. Secondo il concetto *generico*, ciascun tipo di crisi provoca un certo tipo di modello di risposta, mentre il concetto *individuale* comprende in sé tutti gli avvenimenti bio-psico-sociali della vita della persona [27]. Ad esempio le depressioni reattive, il timore legato alla mancanza di lavoro, le ansie, la solitudine dall'emergenza del Coronavirus, eccetera, dovrebbero essere valutate e trattate.

C) *Evoluzioni delle ricerche neurobiologiche, psicopatologiche e socioculturali*

1) La *distanza* interpersonale (Lockdown) (Par. III), che può aver causato sequele negative, allo stesso tempo può aver permesso una rielaborazione della "vicinanza" e dei "segnali affettivi condivisi di legami" [44; 142].

In queste occasioni si sta assistendo ad un aumento di cooperazione sociale. I **gesti sociali culturali** dei rapporti interpersonali sono cambiati: le strette di mani ed il tenersi sotto braccio sono mutate, eccetera; ci si tocca con il gomito o si pone la mano sulla spalla.

Il baciarsi sulla guancia, il contatto con la testa è controindicato nell'emergenza (e forse nelle fasi successive). Sostenere e appoggiare persone in difficoltà viene effettuato con mascherine, guanti e tute.

Soprattutto i "**segnali territoriali**" sono scanditi da regole di protezione (nei bar, ristoranti, assemblee, nei mezzi pubblici, nei luoghi di culto) e aumentano i "*cuscinetti*" che intercorrono tra individuo e individuo regolando la distanza (Par. III B), nelle file di aspettativa (un metro, due metri).

Queste sono sequele, ma condotte protettive a cui dovremmo educarci.

Il comportamento sportivo, di "cut-off" è tutto ancora da definire, mentre si accentuano le "*attività dislocate*", e sono crescenti i **comportamenti trasgressivi** (biciclette contromano, vicinanza sulla spiaggia, gruppi di bulli, eccetera).

L'evoluzione è un cammino: le *ricerche neuro-fisiologiche, psicopatologiche e socio-culturali* ed in specie i trattamenti degli Adleriani nell'emergenza, sono infatti all'attenzione: tant'è che le Conferenze e i Convegni, anche Italiani, si focalizzano sulle problematiche attuali della Crisi ed il *Congresso Mondiale della IAIP*, che si doveva tenere a Leopoli nel Luglio di quest'anno, è stato rimandato al 2021: anche i filoni tematici si focalizzeranno sugli argomenti qui enunciati sinteticamente [82].

2) La Psicologia Individuale è una Psicologia Dinamica del Profondo e nello stesso tempo una Psicologia Sociale e Culturale aperta alle innovazioni delle *ricerche psico-neuro-scientifiche*. La società e la cultura sono inscindibili, e se la cultura “cambia il cervello”, il curante inerisce a tale mutamento anche attraverso un’immedesimazione appropriata. Le Relazioni d’Aiuto Adleriane e le situazioni di emergenza devono allora riferirsi e ad un progetto *co-creativo* nell’attuale periodo. Esso riguarda, non solo le arti e le filosofie, ma si rivolge anche alle teorie ed ai metodi delle Scienze in generale e qui in particolare alle discipline delle Scienze Psicologiche e Sociali.

L’epoca contemporanea sta mutando nell’utilizzo dell’informatica e nelle tipologie dei trattamenti bio-psico-sociali. L’analisi della condizione post-moderna, ha coinvolto molti studiosi ed intellettuali ed ha trovato il suo epigono in Bauman, che ha coniato il concetto di “liquidità” come una delle metafore della dis-integrazione [26]. Di contro a tale dissoluzione, specie nel territorio delle scienze naturali, emerge una sfida che si propone di superare la situazione post-moderna, attraverso un *nuovo modello di integrazione*. Tale modello si appella non solo ad una *unità perduta da ricostruire*, ma dovrebbe comprendere anche il linguaggio digitale [15].

Questa tendenza è volta ad una interazione delle scienze naturali e socio-psico-culturali. Questo modello potrebbe esplicitamente essere configurato quale *nuovo umanesimo*. Questo programma di ricerche non ha avuto tuttavia i riscontri attesi, specie per quanto riguarda le discipline psico-socio-culturali.

Se la tendenza alla sintesi poggia sul postulato che ogni disciplina faccia parte di un tutto unitario, l’*integrazione processuale* sostiene che l’*interdisciplinarietà* sia il prodotto -e quelle digitalizzate (virtuali)- di un’articolazione del lavoro scientifico tra le scienze naturali, sociali, ormai storicamente determinate e quindi facenti parte di *un costante movimento di modificazione*.

L’Individual Psicologia “versus” un Sistema Aperto, giustifica i nodi di incontro e di discussione in cui si pone in interazione funzionale con problemi di comunicazione, di interpretazione, di empatia e di relazione terapeutica, intesi sia come schemi teorici che come strumenti di *Relazioni di Aiuto*, anche in tempi di emergenza.

L’abito su misura già citato da Alfred Adler trova nel “come fare” (Tecnica) e nel “fare come” (Co-creatività) della Relazione d’Aiuto adleriana e dell’analisi dello Stile di Vita la piena applicabilità, includendo anche il virtuale nel reale.

Sicché anche lo *stile terapeutico*, l’*alleanza terapeutica* con gli assistiti, il *coinvolgimento empatico*, pur evolvendosi rientrano in una nuova tipologia.

D) *Cooperazione e Sentimento Sociale*

Gli auspici che nascono anche dall’esperienza di questa “emergenza” si volgono alla **cooperazione ed al sentimento sociale**, che incrementano le Relazioni di Aiuto Adleriane.

Il processo riferibile all'individuo può avere successo qualora trovi risorse differenziate attraverso approcci metodologici ed operativi.

Un nuovo modello della cooperazione non solo deve essere incoraggiato nella ripartenza dei singoli individui, ma deve essere un incentivo anche per le ricerche neuroscientifiche [65, 82] e socio culturali.

Essere cooperativi significa operare a diversi livelli [56], come è stato tratteggiato nella teoria e pratica delle Relazioni d' Aiuto (Par. IV); anche attraverso gli strumenti propedeutici (Par. III) e le considerazioni critiche (Par. V) si dovrebbe contenere le malpratiche e fronteggiare le sequele.

I nuovi nessi strutturali, ad esempio quelli inerenti alla comunicazione in Internet (Par V), dovrebbero essere elaborati nel contesto di ricerche sulle strategie prospettiche nelle **culture che cambiano** di cui siamo fruitori e protagonisti [143] in modo da migliorare le tipologie di **trattamenti**.

In conclusione le Relazioni d' Aiuto Adleriane nelle situazioni di emergenza permettono di collaudare dei criteri teorici e pratici, attraverso una **rete interdisciplinare** che stimoli gli interventi nell'ambito di un'Alleanza Terapeutica e di una dimensione etico-culturale che incrementi il *Sentimento Sociale*.

Bibliografia

1. AA.VV. (2018), Contagi relazionali: emozioni, comportamenti, culture in Psicologia Individuale, *XXVII Congresso Nazionale SIPI*, Brescia.
2. ADLER, A. (1904), Der Arzt als Erzieher, tr. it. Il medico come educatore, *Riv. Psicol. Indiv.* 38: 53-71, 1995.
3. ADLER, A. (1912), Zur Erziehung der Erzieher, tr. it. Per l'educazione dei genitori, *Psiche*, III: 362-382, 1914. *Riv. Psicol. Indiv.*, 36: 5-16, 1994.
4. ADLER, A. (1912a), *Über den nervösen Charakter*, tr. it. *Il Temperamento nervoso*, Astrolabio, Roma 1950.
5. ADLER, A. (1912b), *Über den nervösen Charakter*, tr. it. *Il Carattere dei nevrotici*, Astrolabio, Roma 1971.
6. ADLER, A. (1927), *Menschenkenntnis*, tr. it. *Conoscenza dell'uomo*, Mondadori, Milano 1954.
7. ADLER, A. (1929a), *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*, tr. it. *Prassi e teoria della psicologia individuale*, Newton Compton, Roma 1970.
8. ADLER, A. (1929b), *Individualpsychologie in der Schule*, tr. it. *La Psicologia Individuale nella scuola*, Newton Compton, Roma 1973.
9. ADLER, A. (1930a), *Die Seele des Schwereziehbaren Schulkindes*, tr. it. *Psicologia del bambino difficile*, Newton Compton, Roma 1973.

10. ADLER, A. (1930b), *The Education of Children*, tr. it. *Psicologia dell'educazione*, Newton Compton Roma 1973.
11. ADLER, A., FURTMÜLLER, C. (1904-1913), *Scripten, in Heilen und Bilden*, tr. it. *Guarire ed educare. Fondamenti di Psicologia Individuale per insegnamento psicoterapeutici*, MARASCO, E. E. (a cura di), Newton Compton, Roma 2007.
12. ADLER, A., MACHT, K. (1928), *Die Kunst eine Lebens und Krankengeschichte zu lesen*, tr. it. *L'arte di leggere una vita. Storia di una malattia*, a cura di MARASCO, E., MARASCO, L., postfazione di ROVERA, G. G., Mimesis, Milano 2019.
13. ADLER, K. A. (1967), *La psicologia individuale di Adler*, in WOLMAN, B. L., *Handbuch der psychoanalytischen und psychotherapeutischen Techniken*, tr. it. *Manuale di Tecniche psicoanalitiche e psicoterapeutiche*, Astrolabio, Roma 1942.
14. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it., *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze 1997.
15. ANTISERI, D. (2001), *Teoria unificata del metodo*, UTET, Torino.
16. ARBUCKLE, D. S. (1967), *Counseling and psychotherapy: an overview*, McGraw-Hill, New York.
17. ASIOLI, F. (1984), *Le emergenze in psichiatria*, Il Pensiero Scientifico, Roma.
18. AXIA, G. (2006), *Emergenze e Psicologia*, Il Mulino, Bologna, 2006.
19. BALINT, M. (1956), *Primary Love and Psycho-Analytic technique*, tr. it. *Analisi del Carattere e "nuovo ciclo"*, in *Amore Primario*, Guaraldi Rimini, 1973.
20. BALINT, M., ORNSTEIN, P. H. e BALINT, E. (1971), *Focal Psychotherapy*, tr. it. *Psicoterapia focale*, Astrolabio, Roma 1972.
21. BANDLER, H., GRINDER, E. (1979), *Therapeutic Metamorphosis*, tr. it. *La metamorfosi terapeutica*, Astrolabio, Roma 1980.
22. BARRON, J. W., LINGIARDI, V. (2005), *Dare un senso alla diagnosi*, R. Cortina, Milano.
23. BARTOCCI, G., FRIGHI, L., ROVERA, G. G., LALLI, N., DE FONZO, M. D. (1998), in OKPAKU, S. O. (Ed.), *Clinical Method in Transculturale Psychiatry*, American Psychiatric Press, Washington, 16: 32-35.
24. BARUCCI, M. (1989), *Psicopedagogia. Mente, vecchiaia, educazione*, Utet, Torino.
25. BATESON, G. (1975), *The Technological Body*, tr. it. *Il corpo tecnologico*, Il Mulino, Bologna 1994.
26. BAUMAN, Z. (1993), *Postmodern Ethics*, tr. it. *Le sfide dell'etica*, Feltrinelli, Milano 1996.
27. BELLAK, E., SMALL, L. (1981), *Emergency Psychotherapy and Short-Psychotherapy*, tr. it. *Psicoterapia d'urgenza e psicoterapia breve*, Il Pensiero Scientifico, Roma 1983.
28. BIANCONI A., FERRERO A. (2012), *Le compensazioni in psicoterapia, contributi XXIII Congresso SIPI "La rete delle funzioni compensatorie"*, Anno XXXXII Gennaio - Giugno 2014 - Numero 75 – Supplemento.
29. BIBRING, E. (1954), *Psychoanalysis and the dynamic psychotherapies*, *J. Am. Psychoanal Assoc.*, 2: 745-770.
30. BION, W. R. (1966), *Catastrophic Change*, tr. it. *Il cambiamento catastrofico*,

Loescher, Torino 1981.

31. BOELLA, L. (2006), *Sentire l'altro. Conoscere e praticare l'empatia*, Milano, Cortina.
32. BONINO, S., FONZI, A., SAGLIONE, G. (1982), *Tra noi e gli altri*, Giunti Barbera, Firenze.
33. BOSTON CHANGE PROCESS STUDY GROUP (2010), *Change in Psychotherapy: a Unifying Paradigm*, tr. it. *Il cambiamento in psicoterapia*, Raffaello Cortina, Milano 2012.
34. BOWLBY, J. (1979), *Building and Breaking Emotional Bonds*, tr. it. *Costruzione e rottura dei legami affettivi*, Raffaello Cortina, Milano 1982.
35. BRACCO, M. (2000), *Prosemica*, in *L'universo del corpo*, Enc. Treccani, Roma: 160-163.
36. BROADBENT, D. et al. (1974), *Spazio e comportamento*, Guida, Napoli.
37. BUDMAN, S. H. (1981), *Forms of Brief Psychotherapy*, Guildford, New York.
38. CALLINA, R. (2014), Applicabilità del modello adleriano all'intervento psicologico in emergenza, *Dialoghi Adleriani*, I: 41-55.
39. CALVO, V. (2007), *Il colloquio di counseling*, Bologna, Il Mulino.
40. CANZIANI, G. (1975), *Introduzione a Psicologia dell'educazione*, ADLER, A. (1930), *The Education of Children*, tr. it. *Psicologia dell'educazione*, Newton Compton, Roma.
41. CAPUZZO, E. (a cura di, 2000), *Volontariato*, *Enciclopedia Italiana Treccani*, Roma: 787.
42. CAROLI, F., MASSÉ, G. (1985), *Les situations d'urgence en psychiatrie*, Doin Editeurs-Paris.
43. CAZZULLO, C. L. (1993), L'approccio integrato (biologico e psicologico), in *Trattato di Psichiatria*, Ed. Micarelli, Roma, Vol. I, III, VI.
44. CAZZULLO, C. L., MARRA, A., CAVALLARI, G. (1993), Lo stato di necessità, in CAZZULLO, C. L. (a cura di), *Psichiatria*, Micarelli, Roma, 1993, Vol. VII, 3: 1623-1628.
45. CAZZULLO, C. L., INVERNIZZI, VITALI, A. (1987), *Le condotte suicidarie*, USES, Firenze.
46. COHEN-COLE, S. A., PINCUS H. S., STOUDEMIRE, A., et Al. (1986), Recent research developments in Consultation-Liaison psychiatry, *Gan. Hosp. Psychiatry*, 8: 326.
47. COLLINA, R. (2011), Applicabilità del Modello Adleriano all'intervento Psicologico in Emergenza, *Dialoghi Adleriani*, I: 4-55.
48. COLOMBO, G., LALLI, R., et al. (1989), *Il servizio psichiatrico d'emergenza (SPE) a Padova: risultati dei primi 6 mesi di attività*, in COLOMBO, G. (a cura di), *Urgenze in psichiatria*, Cleup, Padova.
49. CUZZOLARO, M. (1982), L'urgenza in Psichiatria, in REDA, G. C. (a cura di), *Trattato di Psichiatria*, USES, Firenze.
50. DANON, M. (2009), *Counseling. L'arte della Relazione d'Aiuto attraverso l'empatia*, 2ª ed, RED, Como.
51. DAVANLOO, H. (1978), *Basic principles and techniques in short-term dynamic psychotherapy*, Spectrum Publications, New York.

52. DAVANLOO, H. (1980), *Short-term Dynamic Psychotherapy*, Arson, New York.
53. DEL MIGLIO, C. (1998), Setting, in DORON, R., PAROT, F., DEL MIGLIO, G. (2001), *Nuovo dizionario di psicologia*, Borla, Roma.
54. DONISE, A. (2020), *Critica della ragione empatica: fenomenologia dell'egoismo e della crudeltà*, Il Mulino, Bologna.
55. DI FABIO, A. M. (2003), *Counseling e Relazioni d'Aiuto. Linee guida e strumenti per "L'autoverifica"*, Giunti, Firenze.
56. DREIKURS, R. (1963), *Psychodynamics, Psychotherapy and counseling*, University Oregon Press, Oregon.
57. DUBLIN, W. R., HANKE, N., NICKENS, H. W. (1984), *Psychiatric emergencies*, Churchill Livingstone, New York.
58. EIBL-EIBESFELDT, I. (1970), *Liebe und Haß*, tr. it. *Amore e odio*, Adelphi, Milano 1971.
59. EISSLER, K. R. (1953), Remarks and some Variations in psychoanalysis, *Int. Journal Psychoanal.*, 39 (29): 1958.
60. EY, H. (1954), *Etudes psychiatriques*, Desclée de Brouwer, Paris, voll. I, II, III.
61. FASSINO, S. (2002), *Verso una nuova identità dello psichiatra, interazione cervello mente persona*, C.S.E., Torino.
62. FASSINO, S. (2009), Empatia e strategie dell'incoraggiamento nel processo di cambiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 66: 49-63.
63. FASSINO, S. (2016), Il sentimento sociale del terapeuta ri-attiva quello del paziente, *Riv. Psicol. Indiv.*, 79: 27-44.
64. FASSINO, S. (2019), Brevi considerazioni e proposito del cambiamento in psicoterapia, *Riv. Psicol. Indiv.*, 85: 107-111.
65. FASSINO, S. (2019), Neuropsicologia dell'inconscio di E. Ginot, Considerazioni Individuali Psicologiche, *Riv. Psicol. Indiv.*, 86: 23-34.
66. FASSINO, S., ABBATEDAGA, G., LEOMBRUNI, P. (2007), *Manuale di Psichiatria biopsicosociale*, C.S.E., Torino.
67. FENOGLIO, M. T. (2001), Psicologi di Frontiera: la storia e le storie della Psicologia dell'emergenza in Italia, *Psicologi per i Popoli*, Trento.
68. FERRERO, A. (2000), L'analisi e la psicoterapia psicodinamica secondo la Psicologia Individuale, spunti per una discussione, *Riv. Psicol. Indiv.*, 48: 41-54.
69. FERRERO, A. (2009), *Psicoterapia Psicodinamica Adleriana (APP) Un trattamento possibile nel Dipartimento di Salute mentale*, Ed. Centro Studi e ricerche in Psichiatria, Torino: 497-537.
70. FERRERO, A. (2016), Il caso di Margherita come esempio clinico di trattamento secondo la Adlerian Psychodynamic Psychotherapy (APP), *Riv. Psicol. Indiv.*, 79: 45-60.
71. FREUD, S. (1937), *Die endliche und die unendliche Analyse*, tr. it. *Analisi terminabili e interminabili*, Boringhieri, Torino 1979.
72. FULCHERI, M. (2004), *Le attuali frontiere della Psicologia Clinica*, CSE, Torino.
73. GABBARD, G. O. (1990), *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*, American Psychiatric Press, Washington.
74. GABBARD, G. O. (1990), *Science and Practice of Short-Psychotherapy*, tr. it.

- Scienza e pratica della Psicoterapia breve*, (a cura di) FASSINO, S., AMIANTO, F., C.S.E., Torino 2006.
75. GALIMBERTI, U. (1992), Consulenza, in *Dizionario di Psicologia*, UTET, Torino: 220-221.
76. GALIMBERTI, U. (1992), Pedagogia, in *Dizionario di Psicologia*, UTET, Torino: 662-663.
77. GALIMBERTI, U. (1992), Psicologia rogersiana, in *Dizionario di Psicologia*, UTET, Torino: 76.
78. GALLESE, V. (2009), Neuroscienze e fenomenologia, *Enc. It. Treccani*, Roma, XXI Secolo: 171-181.
79. GALLESE, V. (2001), The Manifold Hypothesis. From mirror neurons to empathy, in *J. of Consc. Stud.*, 8:5-7, 33-50.
80. GIANNATONIO, M. (a cura di, 2006), *Psicotraumatologia e Psicologia delle Emergenze*, Ecomind, Salerno.
81. GIAVEDONI, A. (2007), Integrating Pharmacotherapy and Psychoanalytic Psychotherapy: Role and Significance of Medication, *Quip*, XXVI: 46-56.
82. GINOT, E. (2017), L'inconscio messo in atto. Un modello neuropsicologico dei processi inconsci, *Riv. Psicol. Indiv.*, 86: 13-29.
83. GREENSON, R. R. (1960), Empathy and its Vicissitudes, *Int. J. Psychoanal*, 41: 418-424.
84. HALEY, J. (1963), *Strategies of Psychotherapy*, tr.it. *La strategia della Psicoterapia*, Sansoni, Firenze 1974.
85. HALL, E. T. (1959), *The Silent Language*, tr. it. *Il linguaggio silenzioso*, Bompiani, Milano 1969.
86. HALL, E. T. (1963), *The Hidden Dimension*, tr. it. *La dimensione nascosta (Il linguaggio silente)*, Boringhieri, Milano 1966.
87. HINDE, R. (1972), *Non-verbal communication*, University Press, Cambridge.
88. HOROWITZ, M. J., DUFF D. F., STRATTON, L. O. (1964), Personal space and body-buffer zona, *Arch. Gen. Psych.*, 111: 651-656.
89. HOROWITZ, M. J. (1973), Phase oriented treatment of stress syndromes, *Am. J. Psychother.*, 27: 506-515.
90. https://ec.europa.eu/health/preparedness_response/crisis_management.it
91. INVERNIZZI, G., VITALI, A. (1993), *La Psichiatria d'urgenza*, in CAZZULLO, C. L. *Psichiatria*, Micarelli, Roma, II: 1265-1279.
92. IVEY, A. E., BRADFORD IVEY, M., SIMEK-MORGAN, L. (1996), *Counseling and Psychotherapy*, Allyn and Bacon, Needam-Heights, Mass.
93. JASPERS, K. (1913), *Einführung*, in *Jaspers*, tr. it. *Psicopatologia generale. Introduzione*, in *Scritti psicopatologici*, Napoli, Guida 2014: 81-113.
94. JEDDI, E. (1982), *Corps et cultures*, in *Le corp en psychiatrie*, Masson, Paris: 23.
95. KUHN, T. S. (1962), *The Structure of Scientific Revolutions*, tr. it. *La struttura delle rivoluzioni scientifiche*, Einaudi, Torino 1979.
96. LANGS, R. (1973-1974), *The Technique of Psychoanalytic Psychotherapy*, tr. it. *La tecnica della psicoterapia psicoanalitica*, Boringhieri, Torino 1979.

97. LAPIERRE, A. AUCOUTURIER, B. (1982), *Le corps et l'inconscient dans l'éducation et la thérapie*, tr. it. *Il corpo e l'inconscio in educazione e terapia*, Armando, Roma 1996.
98. LEVIS, M., MILLER, S. M. (1990), *Handbook of Developmental Psychopathology*, Plenum Press, New York and London.
99. LIPOWSKI, Z. J. (1977), Consultation-Liaison Psychiatry Concepts and Controversies, *Am. J. Psych.*, 134: 523.
100. LIPPS, T. (1896), *Il concetto di inconscio in Psicologia*, in ROTELLA, I. (2018), *Freud, Lipps e il problema dell'empatia. Indagine sull'etica freudiana a partire dall'eredità lippsiana*, Tesi di dottorato, Università degli studi di Napoli Federico II.
101. LIPSITT, D. R. (1996), Psicoterapia, in RUNDELL, J. R., WISE, M. G., (a cura di ROVERA, G. G.), *Clinical Manual of Psychosomatic Medicine: A Guide to Consultation-Liaison Psychiatry*, tr. it. *La Psichiatria nella pratica medica*, C.S.E., Torino 2005: 1013-1036.
102. LOSONCY, L. (1981), Encouragement Therapy, in CORSINI, R. S., *Handbook Innovative Psychotherapies*, 21: 286-298.
103. LUDOVICO, A. (2000), Realtà virtuale, in L'universo del corpo, *Enc. Treccani*, Roma, 278-282.
104. LUPO, G. (2020), I giorni dell'emergenza. Diario di un tempo sospeso, ed. *Il Sole 24 ore*, Milano.
105. MALAN, D. H. (1976), *The frontier of Brief Psychotherapy*, Plenum, New York.
106. MANN, J. (1973), *Time limited psychotherapy*, Harvard University Press, Cambridge.
107. MARASCO, E., MARASCO, L. (2018), *Psicologia Individuale. Sinossi per la clinica di Danilo Cargnello*, Mimesis, Milano.
108. MARMOR, G. (1980), Crisis Intervention and Short-term Dynamic Psychotherapy, in DAVANLOO, H. (1980), *Short-term Dynamic Psychotherapy*, Arson, New York.
109. MARY, R. (1989), *The Art of Counseling*, tr. it. *L'arte del counseling*, Astrolabio, Roma 1991.
110. MERLEAU-PONTY, M. (1945), *La Phénoménologie de la perception*, tr. it. *La fenomenologia della percezione*, Bompiani, Milano 2003.
111. MIGONE, P. (1985), Short-term dynamic psychotherapy from a psychoanalytic Viewpoint, *The Psychoanalytic Review*, 4: 615-634.
112. MIGONE, P. (2003), La psicoterapia con intervento breve, *Psicoterapie e Scienze Umane*, XXXVII, 457-473.
113. MILLON, T., DAVIS, R. D. (1996), *Disorders of Personality; DSM-IV and Beyond (2'ed.)*, Wiley, New York.
114. MINSKY MARVIN, L. (1986), *The Society of Mind*, tr. it. *La società della mente*, Adelphi, Milano 1989.
115. MINSKY MARVIN, L. (2007), *The emotion medicine – common sense, thinking, artificial intelligence and the future of the human mind*, Simon and Schuster, New York.
116. MUNDO, E. (2009), *Neuroscienze per la psicologia clinica, le basi del dialogo mente e cervello*, Raffaello Cortina, Milano.

117. OMS (1992), *ICD-10: Decima revisione della Classificazione internazionale delle sindromi e dei disturbi psichiatrici e comportamentali. Descrizioni cliniche e direttive diagnostiche*, KEMALI, D., MAY, M., CATAPANO, F., LOBRACEM, S., MAGLIANO, L. (a cura di), Masson, Milano.
118. PANI, R. (1989), *Le tecniche psicoanalitiche per adulti*, Piccin, Padova.
119. PAVAN, L. CASACCHIA, C., COLOMBO, C., STRATTA, C. (1992), *Psichiatria d'urgenza*, in AA.VV., *Trattato Italiano di Psichiatria*, Masson, Milano, III.
120. PAVAN, L., BANON, D. (1992), La crisi in psichiatria, in CASACCHIA, C., COLOMBO, C., STRATTA, C., *Psichiatria d'urgenza*, in AA.VV., *Trattato Italiano di Psichiatria*, Masson, Milano, III: 2760-2769.
121. PHILLIPS, K. A., FIRS, M. B., PINCUS, H. A. (2003), *Advancing DSM. Dilemmas in Psychiatric Diagnosis*, American Psychiatric Press, Washington DC.
122. PIETRANTONI, L., PRATI, G. (2001), *Psicologia dell'Emergenza*, Il Mulino, Bologna.
123. PINKER, S. (2011), *The Better Angels of Our Nature: Why Violence Has Declined*, tr. it. *Il declino della violenza. Perché quella che stiamo vivendo è probabilmente l'epoca più pacifica della storia*, Milano, Mondadori 2013.
124. PINKUS, L. (1978), *Teoria della psicoterapia analitica breve*, Borla, Roma.
125. RIFKIN, J. (2009), *The Empathic Civilization: the Race to Global Consciousness in a World in Crisis*, tr. it. *La civiltà dell'empatia. La corsa verso la coscienza globale nel mondo in crisi*, Milano, Mondadori 2011.
126. RIGATELLI, M., FERRARI, S., GALEAZZI, G. M. (2001), La Psichiatria di Consultazione nell'Ospedale Generale, in *Psichiatria di Consultazione*, NOOS, 255-271.
127. ROGERS, C. (1971), *Psicoterapia di consultazione*, Astrolabio-Ubaldini, Roma.
128. ROLLO, M. (1991), *The Art of Conseling*, tr. it. *L'arte del counseling*, Roma, Astrolabio-Ubaldini.
129. ROSENBAUM, P. C. (1964), Events of Early and Brief Therapy, *Arch. Gen. Psychiatry*, 10: 506-512.
130. ROSSI, P. (1997), Scienze Sociali, in *Enciclopedia delle Scienze Sociali*, Treccani, Roma, V, VII: 662-677.
131. ROTELLA, I. (2018), *Freud, Lipps e il problema dell'empatia. Indagine sull'etica freudiana a partire dall'eredità lippsiana*, Tesi di dottorato, Università degli studi di Napoli Federico II.
132. ROVERA, G. G. (1982), Le strategie dell'incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 17-18: 28-50.
133. ROVERA, G. G. (1984), *Involving Doctors e Psichiatria di Liaison di fronte al problema cancro*, VICC, Genova.
134. ROVERA, G. G. (1988), Transmotivazione: proposta per una strategia dell'incoraggiamento, Atti del Congresso SIPI, Camogli, *Riv. Psicol. Indiv.*, 2016, 80: 9-3.
135. ROVERA, G. G. (1994), Formazione del Sé e patologia borderline, *Atque*, 9: 127-140.
136. ROVERA, G. G. (1999), La Psicologia Individuale, in CASSANO, G., et al (a cura di), *Trattato italiano di Psichiatria*, vol. III, Masson, Milano: 3529-37.

137. ROVERA, G. G. (2004), Il modello adleriano e la complessità delle ricerche, in ROVERA, G. G., DELSEDIME, N., FASSINO, S., PONZIANI, U. (a cura di), *La ricerca in Psicologia Individuale. Contributi teorici, metodologici e pratici*, C.S.E., Torino: 3-8.
138. ROVERA, G. G. (2004a), Iatrogenia e Malpratica in Psicoterapia, *Riv. Psicol. Indiv.*, 55: 7-50.
139. ROVERA, G. G. (2004b), Il modello Adleriano nelle Relazioni d’Aiuto, *Riv. Psicol. Indiv.*, 56: 9-14.
140. ROVERA, G. G. (2004c), Presentazione, in ROVERA, G. G., DELSEDIME, N., FASSINO, S., PONZIANI, U. (a cura di), *La ricerca in Psicologia Individuale. Contributi teorici, metodologici e pratici*, C.S.E., Torino: XI-XIII.
141. ROVERA, G. G. (2009), Le strategie dell’incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 66: 139-160.
142. ROVERA, G. G. (2012), Editoriale, *Riv. Psicol. Indiv.*, 72: 5-10.
143. ROVERA, G. G. (2018), *Psichiatria Culturale e Psicoterapia Transculturale*, in CASTIGLIONI, M. E., et al., *Culture che curano*, ed. Borla, Roma, 12: 169-197.
144. ROVERA, G. G. (2019), Analisi (In)terminabile e continuità (Psico)terapeutica, *Abstract form Poster, XXVIII Congresso internazionale S.I.P.I., Tradizione e cambiamento. Approfondimento e sviluppi della Individual Psicologia*, Reggio Emilia, 29 e 30 Marzo.
145. ROVERA, G. G. (1988), *From Speech, La rete psicoterapeutica nella consulenza-collegamento in un ospedale Generale*, in FURLAN, P. M. (a cura di), *Psicoterapia e rete dei servizi*, C.S.E., Torino: 205-209.
146. ROVERA, G. G., DELSEDIME, N., FASSINO, S., PONZIANI, U. (a cura di, 2004), *La ricerca in Psicologia Individuale*, C.S.E., Torino.
147. ROVERA, G. G., FASSINO, S., FERRERO, A., GATTI, A., SCARSO, G. (1984), Il modello di rete in Psichiatria, *Rass. Di Ip.*, 75, 1.
148. ROVERA, G. G., GATTI, A. (1982), Considerazioni psicopatologiche ed applicazioni cliniche in tema di strategie dell’incoraggiamento, *Rass. Ig. Mentale*, IV, 1-4: 105-132.
149. ROVERA, G. G., GATTI, A. (1988), *Il modello di rete in Psicologia Medica, in Persona umana e Ospedale*, IES, Mercury, Roma.
150. ROVERA, G. G., PAGANI, P. L., CASTELLO, F. (1975), voce *Compensazione*, in PARENTI, F., *Dizionario di psicologia individuale*, Raffaello Cortina, Milano: 45-47.
151. RUNDELL, J. R., WISE, M. G. (1996), *Textbook of consultation-liaison psychiatry*, tr. it. *La Psichiatria nella pratica medica*, C.S.E., Torino 1999.
152. SHULMAN, B. H., MOSAK, H. H. (1990-1995), *Manual for Life Style Assessment*, tr. it. *Manuale per l’analisi dello Stile di Vita*, Angeli, Milano 2008.
153. SIFNEOS, P. E. (1972), *Short-term Psychotherapy and Emotional Crisis*, tr. it. *Psicoterapia breve e crisi emotiva*, Martinelli, Firenze 1982.
154. SMITH, A. (2009), The empathy imbalance hypothesis of autism. A theoretical approach to cognitive and emotional empathy in autistic development, *The Psychological Record*, 59(2):273-294.

155. SPECK, R., ATTNEAVE, J. (1973), *La terapia di rete*, Astrolabio, Roma 1976.
156. STEIN, E. (1917), *The Empathy*, tr. it. *L'empatia*, Milano, Franco Angeli 1986.
157. TANNEMBAUM, G. (1959-1966), *I centri di Consultazione d'Urgenza* ("walk-in clinics"), in ARIETI, S., *Manuale di Psichiatria*, Boringhieri, Torino 1970: 2007-2008.
158. WALDINGER, R. J. (1990), *Psychiatry for Medical Students*, 2th Edition, American Psychiatric Press, Washington.
159. WALLERSTEIN, R. (1975), *Psychotherapy and Psychoanalysis: Theory, Practicem Research*, International Universities Press, New York.
160. WAMPOLD, B., BUDGES, S. L. (2012), The 2011 Leona Tyler Award address: the relationship-and its relationship to the common and specific factors of psychotherapy, *Couns. Psychol.*, 40: 601-623.
161. WEISS, M. A. J. (1959), *The suicidal patient*, tr. it. *Il paziente suicida*, in ARIETI, S., *Manuale di psichiatria*, Boringhieri, Torino 1970: 26.
162. WRIGHT, K., HAIMONWITZ, N. (1961), Time-limited Psychotherapy: Advantages, Problems, Outcome, *Psychol. Reb.*, 9: 187-197.

Gian Giacomo Rovera
Corso Einaudi 28
I-10129 Torino
E-mail: ggrovera@hotmail.com