

# PSICOLOGIA CLINICA PSICOTERAPIA OGGI

Periodico scientifico

## Coronavirus

- **IL DIRITTO DEL BAMBINO ALLA RELAZIONE CON ENTRAMBI I GENITORI**  
UN'ESPERIENZA CLINICA DI DESTINAZIONE MINORI IN UNA SEPARAZIONE CONFLITTUALE
- **L'UTILIZZO DEL GENOGRAMMA NEL MODELLO STRATEGICO INTEGRATO**
- **COUNSELING, CORONAVIRUS E SALUTE MENTALE**
- **SALUTE MENTALE NELL'EMERGENZA PANDEMICA COVID-19**  
IL SERVIZIO DI COUNSELING E PSICOTERAPIA DELL'UNIVERSITÀ DI FOGGIA

Periodico scientifico

# PSICOLOGIA CLINICA & PSICOTERAPIA OGGI

Direttore editoriale:

**Giovanna Celia**

Direttore responsabile:

**Luigi Sepiacchi**

Comitato scientifico:

**Mauro Cozzolino**

**Enrico Maria Secci**

Comitato di redazione:

**Simona Abate**

**Teresa Basile**

**Paolino Cantalupo**

**Massimo Cotroneo**

**Marcello Luciano**

**Maria Scribano**

**Francesco Tarantino**

Segreteria di Redazione

**Annarita Sidari**

**Giulia Zucchini**

Progetto grafico:

**ABAV** - Viterbo

Dipartimento Grafica

prof. **Fabrizio Pinzaglia**

Redazione:

**Psicologia Clinica e**

**Psicoterapia Oggi**

Via del Serafico, 3

00142 Roma

Editore:

**eM** EDIZIONI  
MAGO SRL

Via del Serafico, 3

00142 Roma

Periodico trimestrale tecnico scientifico

Iscritto al n. 99/2007

Registro della stampa – Tribunale di Roma

La rivista ospita complessivamente le seguenti sezioni:

## **Psicoteoria**

la sezione ospita lavori di tipo teorico, tipo rassegne critiche di letteratura e/o studi che propongono modelli concettuali ed ipotesi interpretative originali.

## **Psicoempiria**

la sezione ospita ricerche basate su dati originali.

## **Il punto di vista**

la sezione ospita commenti, articoli o interviste di autori di fama e/o esponenti istituzionali sul tema del numero o su eventi culturali legati alla professione clinica.

## **Traduzioni**

la sezione ospita traduzioni di lavori della letteratura internazionale di rilevante interesse scientifico-professionale.

## **Schede informative**

la sezione ospita lavori volti a presentare aspetti salienti della professione clinica (nuove prospettive lavorative, cambiamenti normativi, aspetti fiscali).

## **Recensioni**

la sezione ospita recensioni di testi, articoli, convegni e workshop.

## **La finestra sul mondo**

la sezione ospita la presentazione di esperienze professionali e/o di formazione/aggiornamento all'estero.

## **Esperienze**

la sezione ospita lavori su casi clinici.

## **Psicoterapia Strategica Integrata**

la sezione ospita lavori teorici e/o di intervento inerenti il modello strategico integrato.

Le sezioni non sono fisse ma variano a secondo dei numeri e dei contributi raccolti e accettati per la pubblicazione.

*Il direttore*

**Giovanna Celia**



**Per la pubblicità su:**

**Psicologia Clinica & Psicoterapia Oggi**

Contatti:

Email: [abbonamenti@edizionimago.it](mailto:abbonamenti@edizionimago.it)

Tel. **06.51.96.37.37**

# INDICE

**Editoriale**

**Pag. 2**

## **Psicoterapia Strategica Integrata**

**IL DIRITTO DEL BAMBINO  
ALLA RELAZIONE CON ENTRAMBI I GENITORI  
UN'ESPERIENZA CLINICA DI DESTINAZIONE MINORI  
IN UNA SEPARAZIONE CONFLITTUALE**

di Chieco S., Falco F, Fazeli Fariz Hendi S., Scribano M.

**Pag. 4**

**L'UTILIZZO DEL GENOGRAMMA  
NEL MODELLO STRATEGICO INTEGRATO**

di Valeria Mari

**Pag. 22**

**COUNSELING, CORONAVIRUS E SALUTE MENTALE**

Giovanna Celia (Unifg)

Angela Balzotti (Unifg)

Paola Lioce (Unifg)

**Pag. 30**

**SALUTE MENTALE NELL'EMERGENZA PANDEMICA COVID-19  
IL SERVIZIO DI COUNSELING E PSICOTERAPIA  
DELL'UNIVERSITÀ DI FOGGIA**

Giovanna Celia (Unifg)

Angela Balzotti (Unifg)

Paola Lioce (Unifg)

**Pag. 40**



**Coronavirus**



Cari lettori,

con grande piacere voglio presentarvi il numero che state per leggere. Si tratta di un numero dedicato a diversi lavori che trattano argomenti attuali di grande interesse.

E così tra gli articoli presenti in questo numero, troverete un articolo che in un'ottica di integrazione, descrive l'utilizzo all'interno dell'approccio strategico integrato, di uno strumento di grande efficacia preso in prestito dall'approccio sistemico-familiare, il genogramma. Esso come la stessa autrice riporta costituisce un potente strumento non solo per ricostruire la storia di una famiglia, ma soprattutto per leggerla attraverso i significati ad essa attribuiti dai suoi membri, con l'obiettivo di conoscerla e ri-narrarla, sotto altre forme o da altri punti di vista. Un altro interessante contributo lo si trova nel settore della tutela del minore in situazioni di conflittualità genitoriale, ad opera dell'equipe dell'APS Onlus Destinazione Minori (sita in Roma) che sottolinea l'importanza del diritto del bambino alla relazione con entrambi i genitori.

Infine troverete due prestigiosi articoli la cui tematica di grande impatto e attualità riguarda la salute mentale nell'emergenza pandemica covid-19. In un primo articolo le autrici illustrano il servizio di counseling e psicoterapia dell'università di Foggia che si inserisce, come scrivono le stesse, quale polo volto a favorire i processi di promozione della salute, attraverso interventi centrati sia sulla persona sia sull'organizzazione. In questo caso, il counseling psicologico si pone in una zona di confine tra l'educazione alla salute e l'approccio psicoterapeutico. Nel secondo lavoro in linea con il primo, le autrici affrontano la tematica illustrando un caso clinico trattato e sottolineando la straordinaria importanza che ha avuto la messa in atto di un servizio di counseling e psicoterapia in un momento così delicato, dove l'Università di Foggia, ha offerto la propria collaborazione al Ministero della Salute inserendosi in una ampia e articolata rete nazionale di intervento verso il territorio mettendo a disposizione le proprie risorse tecnico-scientifiche.

Con orgoglio per i lavori esposti, colgo l'occasione per augurarvi una buona lettura.

Il direttore editoriale  
Dr. Giovanna Celia



COMPLESSO SCOLASTICO  
**SERAPHICUM**



# La Scuola

Il complesso scolastico



## Il Serafino



Complesso Scolastico



## Seraphicum

Secondaria  
di I grado

Secondaria  
di II grado



## Corsi

REGIONE  
LAZIO

ESAMI  
ECDL

Informatica

Formazione  
Professionale



## Scupsis

Scuola di Psicoterapia  
Strategia Integrata

Corsi  
post  
Universitari



## Corsi di lingue



## Cambridge English



CAMBRIDGE ENGLISH  
Language Assessment

Authorised Open Centre

Esami



Ministero dell' Istruzione  
dell' Università e della Ricerca

A.N.I.N.S.E.I.  
CONFINDUSTRIA FEDERARE  
Scuola Associata



United Nations  
Educational, Scientific and  
Cultural Organization

Member of



UNESCO  
Associated  
Schools

## IL DIRITTO DEL BAMBINO ALLA RELAZIONE CON ENTRAMBI I GENITORI

# UN'ESPERIENZA CLINICA DI DESTINAZIONE MINORI IN UNA SEPARAZIONE CONFLITTUALE

di Chieco S., Falco F, Fazeli Fariz Hendi S., Scribano M.

### ABSTRACT

L'equipe dell'APS Onlus Destinazione Minori sita in Roma presenta con questo articolo la sua esperienza nell'intervento clinico in una separazione conflittuale. Si tratta del caso clinico che ha coinvolto una famiglia caratterizzata da grave conflittualità tra i genitori e dal mancato diritto della loro figlia ad avere un rapporto stabile e sereno con entrambi, avendo come obiettivo la cura delle relazioni familiari e la tutela dello sviluppo armonico della minore. Attraverso tale esperienza, si vuole illustrare la metodologia applicata e gli obiettivi raggiunti. Si intende inoltre sottolineare l'importanza di una specifica formazione per i professionisti che operano in questo campo al fine di rendere funzionale la presa in carico di questi nuclei familiari.

### ABSTRACT

The APS Onlus Destinazione Minori team -located in Rome, presents their clinical intervention experience in a conflictual separation. It is a clinical case that involved a family characterized by a high conflict between parents and the right of their daughter to have a stable relationship with both of them; in order to protect the minor's harmonious development we take care of family relationships. Through this experience, we want to illustrate the applied methodology and the objectives achieved. In order to make the management of these type of family cases in a functional way, the present paper also intends to underline the importance of specific training for professionals working in this field.

### 1. Il principio della bi-genitorialità e la conflittualità genitoriale

Il diritto alla bi-genitorialità viene sancito per la prima volta nella *Convenzione sui Diritti dei Fanciulli*, sottoscritta a New York il 20 novembre 1989, resa esecutiva in Italia con la Legge 176 del 1991 e nel codice civile l'art. 337 ter e che dispone che il figlio minore ha il diritto di mantenere un rapporto equilibrato e continuativo con ciascuno dei genitori, di ricevere cura, educazione, istruzione e assistenza morale da entrambi anche se gli stessi siano separati o divorziati. Questo diritto rappresenta l'essenza di una nuova cultura che pone l'attenzione sull'interesse del minore di mantenere una pari frequentazione con entrambi i genitori: essere genitori è un impegno che si prende nei confronti dei figli e non dell'altro genitore (Cerrai, Ciocchetti, La Vecchia, Pipponzi, Vargiu, 2019).

A livello coniugale, per poter gestire il conflitto della separazione in maniera cooperativa, è necessario che la coppia elabori il divorzio psichico (Bohannon, 1973) e, dunque, il fallimento del legame. Contestualmente, a livello genitoriale, è fondamentale che gli ex-coniugi continuino a



svolgere i ruoli di padre e madre, riconoscendosi reciprocamente come tali ed instaurando un rapporto cooperativo su tutti gli aspetti che riguardano l'esercizio della genitorialità (Ritucci, Grattagliano, Orsi, 2009). Purtroppo tutto ciò in molti casi non accade: spesso, infatti, prevalgono rabbia e conflittualità, anche giudiziaria, che impediscono l'elaborazione ed il superamento della sofferenza, ed essere genitori adeguati diventa impossibile (Salluzzo, 2004), con una rabbia così intensa che si danneggiano l'un l'altro e soprattutto danneggiano il figlio con squalifiche e denigrazioni reciproche, e con battaglie giudiziarie interminabili.

Il perdurare della conflittualità nella relazione tra ex-coniugi pone il minore in una condizione di rischio, potendo risultare coinvolto più frequentemente in dinamiche triangolari disadattive (Haley, 1973; Minuchin, 1974). In tali situazioni il minore non riveste un ruolo passivo, ma è un protagonista che gioca la sua parte attiva nel conflitto e spesso sceglie di aderire a certi ruoli, seppur disfunzionali, perché li considera la strategia migliore per risolvere i problemi familiari e la propria sopravvivenza in una situazione così difficile. Il minore coinvolto in coalizioni o triangolazioni sperimenta forti conflitti di lealtà dovuti alla sensazione di essere conteso; sarebbe proprio questa condizione a mediare l'effetto del conflitto sull'adattamento del minore stesso (Buchanan, Maccoby, Dornbusch, 1996). Spesso il figlio accetta di allearsi con un genitore perché lo vede più potente o perché si sente rifiutato dall'altro genitore o, ancora, perché teme di essere abbandonato (Dell'Antonio, 1993). Tali scelte possono comportare, sul piano psichico, costi molto elevati che si manifestano attraverso sensi di colpa o di abbandono per la perdita del genitore "rifiutato", adultizzazione precoce, vissuti depressivi e difficoltà di svincolo durante l'adolescenza.

## **2. L'importanza dell'intervento *flessibile* nelle separazioni conflittuali**

Il caso clinico che descriviamo riguarda un nucleo familiare costituito da padre, madre e figlia di 9 anni. I genitori, separati di fatto dalla nascita della bambina, giungono all'Associazione Destinazione Minori in seguito ad un lungo iter giudiziario, con vari ricorsi al Tribunale Ordinario e anche con lo svolgimento di una consulenza tecnica di ufficio. Viene stabilito dal Giudice il ripristino degli incontri bambina-padre dopo circa tre anni di interruzione delle visite tra il padre e la figlia, viene disposto che si incontrino in luogo "protetto", alla presenza di almeno un operatore, al fine di facilitare il rapporto e la ristrutturazione del legame e favorire gradualmente lo svolgimento degli incontri al di fuori di spazi "protetti" e quindi riacquisire autonomia di gestione della frequentazione.

Specifichiamo che il termine "protetto" si rifà all'uso giuridico del termine (così come anche definito dalla sentenza del caso), ma che nel nostro caso specifico si traduce nell'accezione più ampia di "*curare e facilitare il rapporto*", grazie anche al supporto di operatori esperti. Non è dunque, nella nostra situazione clinica, un problema di inadeguatezza o di pericolosità del padre nei confronti della

figlia, bensì la richiesta di una creazione *di uno spazio terzo, neutro e protetto* ove, all'interno di un setting di lavoro si facilita il reinserimento della figura paterna.

Secondo il documento redatto dal Cismai (Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia) - di cui Destinazione Minori è Socia - "Criteri e Metodologie d'intervento per la tutela dei Minorenni nelle separazioni gravemente conflittuali", approvato nell'ottobre 2019, il nucleo corrispondeva alle caratteristiche di una separazione *gravemente* conflittuale: la coppia presentava nel tempo modalità rigide e distruttive di relazione che hanno coinvolto pesantemente la figlia con l'interruzione dei rapporti con il padre, non hanno raggiunto accordi rispetto alla gestione della figlia né in altre aree della separazione; le forme con le quali tale conflittualità veniva agita erano palesi e mascherate, il conflitto si era "cronicizzato" mantenendosi inalterato con una mancata possibilità di elaborazione della sofferenza legata all'evento separativo che risultava attuato nei fatti, ma incompiuto sul versante emozionale mettendo la figlia in una forte condizione di rischio. Tutti e quattro i parametri di diagnosi erano soddisfatti: **intensità, durata, rigidità e impermeabilità** ai precedenti interventi clinici e sociali. Abbiamo quindi seguito e implementato le linee guida e le raccomandazioni indicate nel documento.

I nostri incontri sono stati pensati e organizzati fin dall'inizio per rispondere al bisogno della bambina di riconoscere e proteggere le proprie radici e la propria storia. In sostanza, abbiamo avuto come obiettivo il tutelare il mantenimento, la costruzione, la ricostruzione del rapporto della bambina con entrambi i genitori, qualunque sia stata la loro relazione di coppia, anche allo scopo di prevenire situazioni di futuri disagi adolescenziali, sempre tenendo il benessere e lo stato emotivo della bambina come guida. Abbiamo quindi adattato i nostri interventi e il setting ai bisogni della bambina, man mano che venivano osservati, tenendo come focus costante il benessere della bambina ed i suoi tempi.

Lo spazio "neutro" così strutturato è diventato la possibilità per la minore di dare **voce** alle sue idee, ai suoi bisogni; ha significato per lei iniziare a farsi una idea "tutta sua" del padre che non è riuscito a frequentare o che ha avuto difficoltà a frequentare prima; ha avuto il significato di raccogliere in prima persona e in modo diretto le informazioni sul padre e fare con lui piccole esperienze nuove per poter arrivare ad una propria opinione. Il nostro dubbio era, infatti, che il pensiero che aveva del padre fosse stato inevitabilmente mediato dai racconti e dalle narrazioni siano essi più o meno espliciti, detti o non detti. Il non detto o il detto aveva portato la minore ad avere una idea ben precisa del padre e ad avere difficoltà di riprendere i rapporti con un padre "conosciuto" (attraverso le informazioni avute) ma in realtà "non conosciuto e da scoprire", con delle emozioni di paura anche se non erano riferiti casi diretti irruenti o violenti che avessero coinvolto la bambina: il padre non era mai stato violento con la bambina né con la sua ex compagna.

Destinazione Minori ha ricevuto quindi il mandato di organizzare il luogo fisico e mentale in cui bambina e padre potessero riprendere i loro incontri, e dove anche madre e padre potessero affrontare le loro controversie e ristabilire un nuovo tipo di interazione e di comunicazione tra di loro come genitori, cercando di abbassare l'altissimo livello di conflittualità.

Dopo un approfondito periodo di valutazione e confronto, tenendo il benessere ed i tempi della bambina come priorità assoluta e costante, l'équipe ha deciso di pianificare l'intervento su *cinque piani*, che descriviamo, con l'intento costante di rendere flessibile ogni piano di intervento in qualsiasi momento al fine di tutelare sempre ed esclusivamente la minore:

1) ***il piano relazionale bambina-padre***, strutturando un setting che ha visto coinvolte due psicologhe, una esperta in psicologia dello sviluppo che ha rappresentato la bambina e l'altra, esperta in relazioni familiari, che ha rappresentato una figura terza di mediazione tra il padre e la bambina. Vista la particolarità del caso, si è deciso di supportare la minore con una figura che fosse esclusivamente dedicata a lei e che fruisse come suo *alter-ego* all'interno della stanza: come vedremo meglio in seguito nella descrizione del caso clinico, sono stati diversi i momenti in cui la bambina non riusciva ad esprimere le proprie emozioni ed i propri vissuti perché troppo impegnativi e di difficile decodifica per lei che viveva per la prima volta quella situazione; i momenti in cui il padre non riusciva a sintonizzarsi -verbalmente e non - con lei. Ed è stata proprio questa la funzione della "*sua*" psicologa: interpretare i suoi stati emotivi per poter parlare al suo posto -coinvolgendola con espressioni del tipo "*Io credo che Anna stia pensando che.../Anna dimmi se sto dicendo bene quello che stai pensando in questo momento...*", e trasformare in parole quello che Anna dimostrava con i suoi comportamenti, aiutandola così, nel corso del tempo, a verbalizzare i suoi agiti e le sue emozioni ed acquisendo fiducia nelle persone e nel luogo.

Un simile supporto è stato offerto al padre: attraverso l'altra psicologa infatti, egli ha potuto fruire di una figura che rappresentasse il suo *alter-ego* all'interno della stanza. In questo caso, la psicologa ha mediato l'interazione padre-bambina attraverso interventi mirati alla facilitazione della relazione: essendo una figura che rappresentava il padre, intercedeva nella *ri-stabilizzazione* del rapporto bambina - padre. Inizialmente infatti, sono stati diversi i momenti in cui la bambina si riferiva alla figura di alter-ego paterno e non direttamente al padre. Contestualmente, la psicologa è intervenuta durante gli incontri laddove il padre non riusciva a cogliere alcuni comportamenti della figlia oppure laddove egli stesso non riusciva a verbalizzare le sue emozioni e i suoi stati d'animo nei confronti della figlia.

Si è sviluppato così un "*setting a quattro*" che ha visto padre, bambina e due psicologhe di riferimento per facilitare il rapporto e potenziare le risorse. Ciò ha fatto sì che la sintonizzazione emotiva bambina-padre fosse prima sperimentata attraverso figure terze, e poi direttamente tra di loro. Se in

un primo momento gli interventi e le mediazioni delle psicologhe sono stati maggiormente incisivi, nel corso degli incontri tali interventi sono diminuiti drasticamente, sino a far diventare le operatrici di riferimento osservatrici degli incontri.

Gli incontri, della durata di un'ora ciascuno, si sono svolti settimanalmente presso la sede dell'Associazione nella "stanza dei giochi" luogo attrezzato *ad hoc* e dedicato alla terapia dell'età evolutiva. La stanza è infatti arredata con elementi esclusivamente a misura di bambino: tavolo, sedie, libreria e lavagna sono tutti facilmente utilizzabili dai bambini senza il bisogno dell'aiuto di un adulto, in modo tale da facilitare la loro libertà di movimento e di gioco libero all'interno. I giochi presenti sono per entrambi i generi e per le diverse fasce di età: dai giochi più semplici (come i pupazzi) a giochi più strutturati ed interattivi (come la casa delle bambole, i lego, macchinine, libri da colorare e completare, giochi in scatola) al fine di lasciare libertà totale ai bambini di scegliere con che cosa giocare;

2) *il piano relazionale genitoriale*: due psicoterapeute con formazioni diverse ma integrate, esperte in ambito giuridico e in ambito clinico in tema di separazioni conflittuali e di tutela dei minori, hanno affiancato gli incontri bambina-padre con colloqui ai genitori, con frequenza di un incontro di due ore ogni quindici giorni, affrontando i vari temi legati alla loro alta conflittualità, alle possibili cause e alle possibili soluzioni. Lo spazio dedicato ai genitori è stato reputato fondamentale per far comprendere il progetto proposto, per facilitare la loro comunicazione e soprattutto aumentare la loro consapevolezza del mondo emotivo della figlia. Lavorare per la relazione tra bambino e genitore "escluso" dal rapporto significa lavorare, in base alla nostra esperienza, sulle dinamiche relazionali tra i genitori: il rapporto tra bambino e "genitore escluso" deve passare attraverso un lavoro di ridefinizione funzionale del rapporto tra gli adulti in quanto genitori, potenziare la loro consapevolezza rispetto ai comportamenti e le ricadute sui figli e sapersi mettere in discussione. In quest'ottica si è creato in parallelo al luogo neutro "bambina - padre" "quello che possiamo definire un *luogo neutro per la coppia genitoriale e quindi della coppia genitoriale*. Non abbiamo semplicemente lavorato per "l'esercizio del diritto di visita del genitore" e per il "diritto di rapporto della bambina con entrambi i genitori", ma abbiamo avuto come obiettivo quello di "**curare le relazioni familiari**", a partire dalla relazione genitoriale. Abbiamo lavorato costantemente per mantenere un equilibrio e un atteggiamento assolutamente neutro nei confronti di entrambi i genitori, evitando triangolazioni disfunzionali. Abbiamo rappresentato, in vari modi, costantemente la "voce" della loro bambina, le sue emozioni e il suo disagio, riportandola costantemente alla loro attenzione perché messa sullo sfondo, nascosta sotto l'interesse per loro stessi, la priorità di criticare e accusare l'altro, le loro forti emozioni, la pesantezza del loro passato, le famiglie di origine;

3) le *supervisioni periodiche intra équipe*: strumento indispensabile per mantenere in equilibrio la flessibilità del lavoro è stata anche la supervisione; in seguito ad ogni incontro tra bambina - padre e

ad ogni colloquio di coppia, si è provveduto a relazionare sulle dinamiche e sugli eventi, ma soprattutto si è provveduto ad integrare le riflessioni di ognuna delle operatrici coinvolte. Anche nei momenti di supervisione infatti, l'approccio integrato costituito dalle diverse interpretazioni dei fatti e dei vissuti si è rilevato assolutamente funzionale e indispensabile.

Ciò che ha caratterizzato il lavoro dell'équipe è stata l'**integrazione dei diversi approcci teorici** e clinici delle operatrici coinvolte: con studi e formazioni diversi, le operatrici -tanto nella stanza degli incontri, quanto nella stanza dei colloqui- hanno integrato da subito le loro differenti prospettive teoriche e le loro differenti metodologie professionali.

Questa *flessibilità dei modelli teorici* di riferimento, che potremmo definire come un **sistema di modelli integrati**, ha rispecchiato in modo costante la *flessibilità dei setting*, quello per gli incontri tra bambina e padre e per i genitori: come vedremo meglio nella descrizione del caso clinico, varie volte infatti è stato deciso di adeguare la metodologia dell'incontro bambina e padre e dello spazio genitoriale, al fine di rendere maggiormente adatti tali incontri a seconda delle esigenze della bambina; in questa ottica di flessibilità però è sempre rimasto fermo l'obiettivo finale: quello cioè di facilitare il rapporto tra le parti con l'obiettivo di rendere autonomo il rapporto stesso, preservando sempre i bisogni della bambina al fine di tutelare il suo benessere;

4) gli **incontri con il Servizio sociale e con i legali rappresentanti dei genitori**: vista la complessità del caso e le parti coinvolte, sono stati più volte convocati incontri di rete con il Servizio sociale territorialmente competente al fine di aggiornare costantemente l'assistente sociale in carico sull'andamento degli incontri, e fruire così di un lavoro di rete sinergico con le istituzioni coinvolte. Allo stesso modo sono stati contattati e coinvolti, sempre e solo per il tramite del servizio sociale, i legali rappresentanti dei genitori per poter capire e lavorare (soprattutto all'interno del setting dedicato ai genitori) partendo dal piano prettamente giuridico per arrivare poi a quello psicologico-relazionale. Come descritto nella parte introduttiva del presente articolo infatti, i due piani sono strettamente interdipendenti.

5) gli **incontri con altre figure di riferimento importanti per il bambino**. In questo caso clinico abbiamo creato uno spazio di ascolto anche per i nonni della bambina considerato il ruolo importante che avevano per la vita della bambina e valutando l'utilità di coinvolgerli nel progetto di intervento con l'obiettivo di renderli partecipi, di rimandare loro che la bambina era aiutata, di far vedere loro lo spazio fisico in cui la bambina poteva vedere il padre, di presentare loro l'intera équipe di lavoro, di renderli partecipi di come al centro di tutto ci fosse esclusivamente la nipote. Ciò in un'ottica di piena integrazione di tutti i protagonisti della storia costruttori di realtà e di narrazioni.

Possiamo meglio chiarire la metodologia utilizzata riferendo che in questa situazione clinica come in altre gestite da Destinazione Minori, ci si rifà principalmente all'approccio "relazionale sistemico",

“strategico integrato” ed “oggetto originario concreto secondo A. Ferrari”. Il presupposto teorico-concettuale che abbiamo avuto come guida, quindi, è che non vi sia solo *il diritto del genitore che non riesce a vedere il figlio ma il diritto del bambino e dell'adolescente ad avere un rapporto costante con entrambi i genitori*. Lavorare in tale senso ha significato, come già sottolineato, tutelare l'identità del minore e quindi la condizione di base per uno sviluppo armonico della propria personalità.

### 3. Il caso clinico di Anna

Anna è una bimba di 9 anni che arriva alla Associazione circa un anno fa a seguito dell'incontro di equipe prima con l'Assistente Sociale per concordare le modalità e i tempi del progetto e poi con i soli genitori affinché la madre potesse preparare al meglio la bambina nel rivedere il padre dopo tanto tempo.

A seguire sono avvenuti gli incontri con i nonni per gli obiettivi prima specificati e sempre nell'ottica di lavorare sull'intero nucleo familiare e sulla cura delle relazioni familiari: aspetto importante anche perché in alcune occasioni la bambina poteva essere accompagnata a studio dai nonni materni.

Nei primi due appuntamenti la bambina, accompagnata dalla madre, viene incontrata da sola dalle due operatrici proprio per darle modo di familiarizzare con loro, con la stanza sia con il setting che accompagna l'interazione in quel contesto (*“qui sei al sicuro”, “ciò che si dice qui è protetto”*) necessarie per contenere le ansie e chiarire meglio i dubbi relativi agli obiettivi e i confini di quello spazio, preparandola a vivere al meglio l'incontro con il padre. La bambina entra nella stanza e saluta la mamma senza particolari difficoltà, mostrando apertura e fiducia nell'altro. La bambina sa cosa viene a fare in questo luogo e sembra accettarlo. Nel corso di questi due primi incontri, attraverso l'utilizzo del Disegno della Famiglia, emerge chiaramente nell'immaginario della bambina una rappresentazione della sua famiglia attuale composta esclusivamente dai due nonni e dalla madre, pur mostrandosi tuttavia consapevole, di fronte alle sollecitazioni delle operatrici, dell'esistenza anche per lei di una figura paterna, così come per altri contesti familiari di amici e persone a lei vicine. In quel momento però il papà per Anna appare più una figura astratta e vagamente conosciuta che una presenza reale e concreta, nei riguardi della quale tuttavia la bimba si mostra relativamente serena, sia nel parlarne che nell'ipotizzare un incontro.

Considerando l'andamento degli incontri, la disponibilità della bambina e dopo consultazione con entrambi i genitori si decide di far incontrare la bambina con il papà. Avvengono pertanto nella stanza i primi due incontri bimba-padre, poco prima della interruzione della pausa estiva, destinati alla familiarizzazione tra i due e a riallacciare quella che appare sin da subito una relazione precocemente interrotta dopo i primi anni di vita della bimba, ma più che mai esistita, di cui Anna sembra serbare

traccia qua e là tra i suoi ricordi che le sollecitano un'esplosione molto intensa di emozioni. Si decide che la "psicologa della bambina" dopo essere andata a prendere la bimba alla porta e fatto salutare la madre rimanga in stanza con la bambina continuando a giocare e tenendola anche fisicamente vicina secondo le necessità della bambina, mentre l'altra psicologa va a prendere il padre e lo accompagna nella stanza parlando con lui e introducendolo alla figlia. Le emozioni della bambina vengono presto modulate attraverso il gioco: la bimba dopo un iniziale silenzio, tra lo smarrimento e l'imbarazzo, allaccia la comunicazione tirando prima con forza le palline verso l'operatrice di riferimento del padre e poi verso la figura paterna e cominciano a parlare fra di loro a distanza. Alla fine dell'incontro il padre saluta la figlia e viene accompagnato dalla operatrice alla porta, mentre la bambina rimane in stanza sola con la "sua" psicologa per darle un momento di tranquillità e possibilità di sostegno e ascolto solo per lei. Gli incontri prevedono anche sin dall'inizio un breve momento di "colloquio pre e post visita" tra le operatrici e la sola figura paterna, con la funzione di accoglimento e contenimento dei suoi vissuti, modulando ansie e preoccupazioni da non scaricare sulla bimba, riflettendo sugli spunti ricevuti di volta in volta così da creare la giusta disposizione all'incontro ed una comunicazione quanto più adeguata possibile con lei, sincronizzandosi con i suoi tempi e con il suo linguaggio, favorendo così il recupero da parte del papà della capacità di ascolto e di accoglienza della figlia. Il secondo incontro si svolge con la stessa modalità, i due si salutano sapendo che ci sarebbe stato l'intervallo estivo.

Nel primo appuntamento dopo la lunga pausa estiva, durante la quale padre e bambina non erano riusciti a mantenere nessun contatto neppure telefonico sebbene consigliato da tutta l'equipe ai genitori, Anna congeda la mamma all'ingresso dello studio in modo sorprendentemente celere e sereno. Una volta in stanza Anna esplicita attraverso il linguaggio verbale e non verbale il piacere di aver fatto ritorno in quel luogo protetto dove può incontrare quella figura paterna verso cui inizia a nutrire sempre maggiore curiosità più che timore e imbarazzo. Da qui iniziano una serie di incontri dove la vicinanza fisica e la complicità tra i due ha la meglio grazie al rinforzo di una casa giocattolo tutta da costruire insieme, uno tra i tanti giochi donati dal papà solerte nell'esaudire ogni desiderio della sua bambina ritrovata, divertendosi a farla diventare insieme uno spazio simbolico dove immaginare una possibile futura quotidianità da condividere.

Al termine della costruzione della casa le due operatrici, così come concordato con entrambi i genitori, effettuano una domiciliare per portare il gioco nell'ambiente domestico della bambina così da darle l'opportunità di avere vicino tutti i giorni un segno tangibile di quella figura paterna che di settimana in settimana, anche solo in quell'ora dell'incontro, sta diventando una presenza sempre più costante e tangibile nella sua vita. Mentre l'operatrice di riferimento del padre sistema il gioco in casa con la madre, la bimba si dirige col papà e l'altra operatrice nel parchetto lì vicino, dove bastano poche sollecitazioni da parte del papà per far riaffiorare in Anna, in modo chiaro e sorprendente,

tracce di ricordi dei suoi primi anni di vita passati lì insieme. Anche durante la fase precedente, sempre seguendo la flessibilità del metodo, e secondo le indicazioni della bambina, che una o due volte sembrava soffrire lo stare chiusa in una stanza, sono state fatte delle uscite per fare una passeggiata lasciando al padre e alla bambina la possibilità di passeggiare insieme, mettendosi le operatrici dietro e a distanza.

Al termine dell'incontro successivo però all'improvviso qualcosa cambia e l'equilibrio faticosamente conquistato nella relazione tra i due, si spezza. La bambina assiste nel suo "luogo protetto" ad una discussione improvvisa scoppiata tra la mamma che come sempre era venuta a riprenderla fermandosi sulla porta e che si è incrociata con il papà che stava uscendo. La bambina si trova travolta in una escalation simmetrica tra i due, nonostante il tentativo celere fatto dalle operatrici per mediare l'accaduto proteggendola. Forse questo dà modo alla bambina di vedere tutto di un tratto il loro conflitto, forse proprio ora che era risuscita ad avvicinarsi di più emotivamente alla figura paterna, attivando probabilmente in lei paura, angoscia da non saper mettere insieme l'affetto verso la madre e l'affetto verso il padre, diffidenza, protezione verso la madre, un patto di alleanza con lei. Da quel momento Anna si mostra sempre più nervosa e oppositiva, inizialmente solo col papà poi man mano anche con le operatrici, alternando spesso un tono dell'umore triste e arrabbiato.

L'equipe ipotizza che questo comportamento della bambina sia espressione di un bisogno di rassicurazione e di conforto più profondo per poter far fronte al timore di Anna di ferire la figura materna, di tradirla, ogni volta che interagisce e si avvicina più intimamente al papà. Più il legame con il padre cresce più aumenta il conflitto rispetto ad un patto di lealtà implicito con la famiglia materna.

Per questo, dopo una supervisione periodica e aver parlato con i genitori si decide di modificare il setting e permettere alla madre di stare un po' nella stanza all'inizio degli incontri e giocare tutti e tre insieme nella parte finale degli incontri: in questo modo si permette alla bambina di vivere quel momento di relazione col papà senza per questo dover entrare ogni volta in conflitto di lealtà con la figura materna, favorendo così il regolare ingresso ufficiale della mamma in stanza nella seconda metà dell'ora di incontro sempre in presenza delle due operatrici. Questo passaggio ha richiesto alla equipe un ulteriore riadattamento nella flessibilità del setting proprio per consentire ad Anna di vivere quel momento col papà sentendosi legittimata da quella figura materna con cui era abituata a relazionarsi da sempre in modo esclusivo e totalizzante.

Si costruisce così un tempo di gioco tra tutti e tre destinato ad aiutare la bimba ad elaborare nel suo piccolo immaginario simbolico quelle due figure genitoriali così apparentemente incompatibili tra loro e così ingombranti nel soffocare puntualmente la possibilità di espressione dei suoi bisogni che in quello spazio sono invece ritenuti prioritari sin dal primo momento.

Anna quindi, dopo aver sondato con l'aiuto delle operatrici che l'ipotesi di essere in tre nella stanza fosse davvero possibile, inizia a posizionarsi in modo sempre più equidistante da entrambi i genitori alternando scambi comunicativi intensi e sereni, lasciando trasparire in modo chiaro la gioia per questo.

Il passaggio dalla diade alla **triade relazionale** appare nel corso degli incontri una strategia adeguata se non l'unica al momento praticabile, lì dove nella costruzione della relazione padre bambina si evidenzia l'indispensabilità della figura materna, nel mediarla ma soprattutto "autorizzarla" affinché possa davvero avere luogo dentro e ci si augura al più presto anche fuori da quella stanza. I tre riescono ad avere momenti di gioco sereno e collaborativo. La relazione tra i due genitori anche in questi momenti comuni con la bambina viene ripresa e approfondita durante gli incontri genitoriali.

#### **4. L'esperienza clinica con i genitori di Anna e l'importanza del "luogo neutro genitoriale"**

In questa parte dell'articolo forniamo la prospettiva ed il metodo di lavoro usato e finalizzato ai genitori. Arrivano a Destinazione Minori a luglio due persone che non riescono neanche a guardarsi negli occhi e a salutarsi, tanto meno a scambiarsi qualche parola. Due persone che nonostante abbiano una figlia non riescono a condividere nulla e sono chiaramente schierati l'uno contro l'altro, a tal punto che hanno difficoltà a entrare insieme nella stanza.

Abbiamo cercato di stabilire un'alleanza con entrambi i genitori, con il sospetto il più delle volte, soprattutto all'inizio, che fosse da parte loro solo formale e "dovuto" perché richiesto da un Tribunale piuttosto che un loro vero interesse; con la sensazione di essere poco considerate e ascoltate nei nostri interventi.

La base del lavoro è stata fin da subito: essere il più possibile neutrali, favorire la relazione e facilitare l'incontro offrendo tempi, spazi, materiale adeguati alla situazione, avere una funzione di "filtro", nel senso di incoraggiare e supportare costantemente gli atteggiamenti positivi, far notare i comportamenti disfunzionali soprattutto verso la bambina e fornire alternative più costruttive.

Difficile, ma fondamentale, è risultato non essere coinvolti dall'inizio della presa in carico emotivamente nella situazione, nel senso di evitare il rischio di farsi trasportare dalle emozioni ed essere invischiati nella compassione o assaliti da sentimenti di rabbia nei confronti di adulti che non accettavano di modificare la loro mentalità ed il loro comportamento, nonostante la sofferenza della figlia. Il lavorare in coppia, le costanti supervisioni interne al gruppo di lavoro ci hanno molto aiutate, anche se il coinvolgimento emotivo è stato inevitabile, l'intensità delle emozioni mostrate dalla coppia è stata molto forte e siamo spesso uscite dagli incontri con un forte senso di frustrazione e stanchezza, come l'aver dovuto tenere il timone di una barca in piena tempesta fra onde dalla forza potentissima.

La scelta fin da subito della presa in carico è stata quindi di lavorare sul *simbolico*, arginando in questo modo le difese e costruendo modalità di comunicazione funzionali. Ogni incontro della coppia genitoriale presso lo studio ha rappresentato una esperienza emozionale di condivisione: la coppia si è trovata a stare nella stessa stanza dopo anni in cui non avveniva se non all'interno di un Tribunale; la coppia inoltre si è trovata a dover condividere lo stesso divano; a sedersi a fianco e a dover vivere una vicinanza fisica. Entrambi nel setting si trovavano alla stessa altezza ed entrambi di fronte alle terapeute (sedute di fronte e in sedie leggermente più alte rispetto al divano): entrambi si trovano a dover ascoltare le terapeute, entrambi a dover essere "richiamati" a modalità più funzionali per il bene esclusivo della bambina.

La stessa *frequenza* degli incontri della durata di 2 ore (ogni 15 giorni) ha garantito una cornice temporale fissa dove *parlare* tra di loro (anche se spesso in conflitto) e con le terapeute senza il tramite degli avvocati o di servizi sociali come spesso accaduto negli ultimi anni. Uno spazio fisso temporale dove il padre poteva avere informazioni sulla vita quotidiana della bambina, sui suoi desideri, sulle sue caratteristiche: informazioni che si sono rivelate importantissime per favorire il legame tra il padre e la bambina nel momento stesso che il padre poteva utilizzare ciò che sapeva per favorire una condivisione con la figlia quando la incontrava.

Questo setting ha quindi suggellato lo spazio dove poter parlare della figlia: uno spazio intimo, dove fuori dalla porta ci sono avvocati, giudici, familiari, amici, ma anche **famiglie di origine**.

Rispetto a questo ultimo punto il caso clinico che stiamo presentando è l'esempio di come sia difficile in certe situazioni come queste gravemente conflittuali essere genitori e abbandonare il ruolo di figli. Questi genitori per storie, caratteristiche e motivi diversi hanno faticato tantissimo a mettere un confine tra loro come individui, come coppia genitoriale e le loro rispettive famiglie di origine. Spesso nel setting le loro modalità hanno evocato nelle terapeute modalità genitoriali sia di protezione ma anche di "rimprovero". Bisognava alzare la voce per farsi sentire come un genitore è costretto a fare a volte; bisognava regolare la loro conversazione indicando loro come alternarsi per non sovrapporsi come a volte un genitore può fare con i propri figli che litigano, etc.

Un obiettivo del lavoro quindi con i genitori è stato quello di favorire una sorta di cerchio fra di loro **dove poteva entrare solo la figlia**. Separare il loro ruolo genitoriale dal loro ruolo di adulti e di figli è stato un lavoro molto difficile e complesso, far comprendere che "solo loro due" sono un nucleo e sono il nucleo in cui si inserisce la bambina è stato davvero complesso e ancora non totalmente accettato: ci sono state invasioni di campo delle varie figure familiari che continuamente i genitori portavano negli incontri, con una enorme confusione e collusione fra loro e le loro famiglie di origine. Tutto questo in un'ottica più sistemica ha comportato lavorare costantemente sul non svincolo dalle famiglie di origine da parte di entrambi i genitori, oltre che creare spazi specifici ad hoc con i nonni. Nella parte iniziale del lavoro spesso la figura dei nonni è stata presente a livello metaforico: una presenza ingombrante che non lasciava spazio a nessuno e ad altro, un ruolo, quello dei nonni, più

genitoriale. Ad un certo punto abbiamo incontrato i nonni per poterli conoscere e sensibilizzare all'appoggio al progetto che stavamo portando avanti e ai danni che il comportamento dei figli poteva avere sulla nipote.

Quello che si è evidenziato già dai primi incontri con i genitori è stato il **loro essere fermi sul loro "passato"**. Sospesi in uno spazio temporale antico pieno di emozioni di rabbia e rancore.

Un elemento fondamentale di lavoro è stato di conseguenza il **riportare i genitori sul qui ed ora**. La loro narrazione era in modo preponderante il racconto del passato che offuscava il momento attuale, a tal punto da impedire di vedere la diversità dell'intervento attuale. Erano costantemente fuori dalla stanza e catapultati in contesti di tanti anni prima, alla ricerca di elementi che potevano dare ragione a loro singolarmente contro l'altro descritto sempre come fortemente non adeguato. Nessuno spazio era possibile per creare alternative, progettare e anche sperare.

Fin da subito è risultata evidente la **non elaborazione della rabbia della separazione ma soprattutto della delusione di quello che si desiderava ma non è stato**. Spesso un genitore accusava l'altro di non aver fatto, di non essere stato quello che si aspettava (*"non ci sei stato quando..."*, *"Non hai fatto..."*). L'altro rappresentava una vita diversa che non si è avuta per la sua non adeguatezza: una delusione fortissima che ha per tanti incontri ostacolato la costruzione di minime occasioni di condivisione e di speranza. Quello che è chiaramente emerso è la **incapacità di queste persone di mettersi in discussione**, di capire l'effetto del proprio comportamento sull'altro vista la esclusiva attenzione al comportamento e alla critica dell'altro e vista la forte centratura sui propri bisogni.

Tutta questa **rabbia** non poteva essere eliminata ma doveva essere canalizzata e trasformata. Una grossa difficoltà è stata proprio quella di andare oltre questa tendenza cronicizzata. Risultava preponderante il "dirsi, ripetersi che si soffre tanto e si è sofferto tanto" a rinforzo dei vantaggi (paradossali ma esistenti) secondari della rabbia. *"Io mamma sto soffrendo perché cresco da sola mia figlia; io padre sto soffrendo perché tu mi hai ostacolato di vedere mia figlia"*: due sofferenze forti che non riescono ad ascoltare l'altro ma soprattutto la figlia. Entrambi non riuscivano nella prima parte dell'intervento ad ascoltare noi terapeute, si sovrapponevano a noi e tra di loro in continui monologhi colmi di sofferenza ma assolutamente non funzionali in termini di miglioramento e cambiamento.

Parallelamente a questi obiettivi di lavoro, ci si è posti la domanda di "cosa" ha portato proprio quel genitore ad essere quello **rifiutato/escluso**: gli incontri con i genitori sono diventati uno spazio dove il padre ha potuto vedere e notare attraverso la funzione di specchio delle terapeute quelle modalità che potevano essere fraintese o come la sua rabbia canalizzata in certe frasi o in certe domande che poneva poteva fomentare ancora più rabbia nell'altro genitore e favorirne l'escalation.

Si è dovuto lavorare tanto per aumentare lo spazio della *bambina che in realtà non esisteva*: anche se a volte si parlava della bambina lo si faceva in modo strumentale per parlare di sé stessi e delle proprie sofferenze.

Nel corso degli incontri bambina-padre si sono osservate alcune caratteristiche della bambina e alcune modalità non funzionali, che in seguito sono state riportate nel contesto genitoriale per condividere le strategie di soluzione: solo entrambi i genitori possono lavorare su tale aspetto riportando la bambina su un piano meno oppositivo e provocatorio.

Il lavorare su creare esperienze diverse di condivisione, il mediare le loro posizioni integrandole e facendo notare che spesso non erano in contraddizione, il canalizzare nello spazio temporale dell'incontro di sostegno la rabbia, il riportare costantemente il centro al bene della bambina ha portato cambiamenti nelle loro dinamiche e interne a loro con una ricaduta positiva sugli incontri bambina padre.

Le terapeute spesso hanno dovuto agire ruoli diversi all'interno del setting alleandosi con le sofferenze diverse dei due genitori; hanno dovuto far fronte comune rispetto ad alcuni agiti fortemente rabbiosi di entrambi interrompendo lo stesso incontro: **hanno dovuto sempre rappresentare il vissuto della bambina che spesso veniva messo da parte e dimenticato dai genitori**. Tutte le emozioni che abbiamo provato nel corso della presa in carico di questo caso sono state utilizzate per comprendere come stava la bambina a seguito del comportamento dei genitori: abbiamo provato ad esempio forte rabbia, delusione, dispiacere, frustrazione perché ci sentivamo poco efficaci, mancanza di speranza, senso di attacco nei confronti di una significativa rigidità di pensiero e di opinioni (la propria realtà), insofferenza nei confronti di mancanza di flessibilità, sensazione forte di “lasciarli andare” al loro destino. Le riflessioni del punto di vista “altro dal proprio” sono state spesso vissute dai genitori, in particolare da uno di loro, come attacchi, come preferenza dell'altro genitore, come non comprensione del proprio stato emotivo, come coalizione “contro”. Alcune volte accordi presi durante un incontro venivano smentiti nell'incontro successivo con tentativi espliciti o meno di “boicottaggio” dei progressi e dei cambiamenti legati al lavoro fatto.

I movimenti che abbiamo constatato nel corso dell'intervento sono stati sicuramente la maggior partecipazione del padre alla vita della bambina come il far parte della chat dei genitori della classe della bambina, come il partecipare alla recita di Natale, come il pagare la retta dello sport anche se non era stata una scelta condivisa, come l'essere propositivo in alcune situazioni pur di risolvere il problema; il padre nello specifico è stato in grado di sintonizzarsi maggiormente con la bambina, di essere in sintonia con lei e con la fascia d'età a cui lei appartiene; è stato in grado di agire tutta la sua creatività, forte sua risorsa, per riempire i momenti con la figlia e arginare alcuni momenti di impasse. La madre ha faticato molto di più in quanto pienamente dentro un suo vissuto forte di rabbia e dolore: la sua condizione l'ha bloccata dal fare evidenti cambiamenti ma lo spazio genitoriale le ha permesso di superare alcuni suoi limiti.

Nell'ultima fase di presa in carico si è scelto di introdurre un setting di incontri individuali ma sempre in co-terapia per meglio lavorare e rafforzare le proprie individualità e le proprie risorse funzionali al buon proseguimento: per aiutarli a lavorare con obiettivi concreti.

Altri obiettivi importanti raggiunti sono stati:

- quello di garantire alla bambina una costanza nel frequentare il padre e di farlo in un luogo dedicato ai suoi bisogni;
- una maggiore capacità di dialogare in senso costruttivo; i genitori alla fine dei colloqui parlano direttamente fra di loro, riescono a farlo con tono meno conflittuale e si guardano negli occhi;
- la completa assenza di denunce (e di richieste nei Tribunali) durante tutto il periodo di presa in carico. Sono gli stessi genitori che definiscono il periodo di presa in carico “un periodo di pace e di tranquillità” dopo tanti anni di lotta giudiziaria.

### 5. Conclusioni

Il lavoro è durato circa un anno e al momento si è reintrodotta la figura paterna nella vita della bambina garantendo una costanza nella frequentazione tra i due nel luogo neutro ed una comunicazione più funzionale fra i genitori. Va anche detto che circa un anno di lavoro per situazioni gravemente conflittuali e fortemente cronicizzate non può essere sufficiente per raggiungere tutti gli obiettivi e soprattutto la formazione di una coppia genitoriale che non è mai stata tale per la loro storia personale e familiare.

Ad oggi Anna ha avuto la possibilità di conoscere il padre, di avere tracce esperienziali ed emotive legate a questa figura, nonché la possibilità di farlo in un ambiente protettivo per lei, in quanto il contesto ha garantito prima di tutto l'ascolto delle sue esigenze ed il suo esclusivo benessere.

Con questo articolo abbiamo voluto condividere la nostra esperienza e favorire lo scambio professionale in un settore come quello delle separazioni conflittuali che vede sempre più un maggior numero di minori e professionisti coinvolti.

Nonostante l'investimento professionale e organizzativo sia stato notevole e abbia comportato una equipe composta da ben quattro professionisti, il metodo da noi implementato ha permesso il miglioramento del benessere della bambina e la cura delle relazioni familiari.

I punti essenziali e di forza in questa nostra esperienza clinica sono: la flessibilità guidata dalle necessità della minore, l'integrazione dei modelli teorici e delle esperienze professionali, la costante supervisione intra-equipe oltre che l'attenzione alla rete sociale della bambina. La co-conduzione nei due luoghi neutri, che hanno lavorato costantemente in parallelo, è stata di notevole efficacia in tutte le fasi della presa in carico.

Vogliamo concludere indicando come essenziale una solida formazione specializzata nel settore della tutela dei minori con esperienza clinica e psicologica-giuridica per la presa in carico di questi nuclei familiari.

## Riferimenti bibliografici

- Biscione M.C., Pingitore M. (2013), *SEPARAZIONE, DIVORZIO E AFFIDAMENTO* Linee guida per la tutela e il supporto dei figli nella famiglia divisa, Franco Angeli
- Bohannon P. (1973). *The six stations of divorce*, in: LASSWELL M.E., LOVE P. (Eds.): *Marriage and family*, Scott and C., Illinois.
- Buchanan C. M., Maccoby E. E., Dornbush S. M. (1996). *Adolescents after divorce*. Harvard University Press, Cambridge.
- Cerrai C., Ciocchetti S., La Vecchia P., Pipponzi I.E., Vargiu E. (2019). *La tutela giuridica del minore*. Maggioli Editore.
- Cigoli V. (1998), *Psicologia della separazione e del divorzio*, Il Mulino, Bologna.
- CISMAI: Criteri e Metodologie d'intervento per la tutela dei Minorenni nelle separazioni gravemente conflittuali", ottobre 2019
- Dell'Antonio A. (1993). *Il bambino conteso*. Giuffrè, Milano.
- Haley J. (1973). *Uncommon therapy: The psychiatric techniques of Milton H. Erickson, M.D.* Norton, New York. (Tr.it. (1976) *Terapie non comuni*. Astrolabio, Roma).
- Minuchin S. (1974). *Families and Family Therapy*. Harvard University Press, Cambridge. (Tr.it. (1976) *Famiglie e terapie della famiglia*. Astrolabio, Roma).
- Salluzzo M.A. (2004). *Psicopatologia nella separazione, divorzio e affidamento"*. Attualità in Psicologia, 19, 221.
- Scali M., Calabrese C., Biscione M. C., *La tutela del bambino o adolescente: le tecniche di ascolto*, Carocci, Roma.



### Chieco Silvia

Medico Chirurgo, Specialista in Psicologia Clinica e Psicoterapia, Psicoanalista.  
Alta specializzazione in Diritto e Tutela dei minori. Già Giudice Onorario Tribunale per i Minorenni di Roma.  
Presidente di Destinazione Minori APS Onlus



### Falco Fabiana

Psicologa, Ph.D. in Psicologia dello Sviluppo e Ricerca Educativa,  
Esperta in Psicodiagnostica dell'Età Evolutiva, già Tutore per i minori presso il Tribunale per i Minorenni di Roma, Psicologa presso Destinazione Minori APS Onlus



### Fazeli Fariz Hendi Sara

Psicologa clinica psicoterapeuta, Esperta in psicologia giuridica; Antropologa, Psicologa clinica,  
Specializzanda in Psicoterapia Relazionale (IIPR Roma), Psicologa presso Destinazione Minori APS Onlus



### Scribano Maria

Psicologa clinica psicoterapeuta, Esperta in psicologia giuridica;  
Docente presso la Scupsis (Scuola di specializzazione in Psicoterapia strategica integrata- Roma);  
Giudice Onorario presso il Tribunale per i Minorenni di Roma; Psicologa presso Destinazione Minori APS Onlus.  
Già collaboratrice Onlus Telefono Azzurro; già Responsabile Servizio di Consulenza  
Centro Provinciale Giorgio Fregosi - Roma

# SCUP SIS

## SCUOLA DI PSICOTERAPIA STRATEGICA INTEGRATA



### Corso di specializzazione post-laurea in psicoterapia

#### OBIETTIVI

La scuola ha come obiettivo la formazione teorico-pratica sul metodo di **"Psicoterapia strategica"** nella sua forma più moderna: quella integrata. Questo innovativo metodo di applicazione parte da un presupposto di integrazione e flessibilità. Integra fra loro gli indirizzi metodologici poststrutturalisti di terapia breve con altri approcci di terapia:

- l'approccio di terapia breve focalizzato sulle soluzioni
- l'approccio psicodinamico
- l'approccio narrativo
- l'approccio sistemico-relazionale
- l'approccio costruzionista
- l'approccio cognitivo-comportamentale
- le neuroscienze

Questa impostazione dà l'opportunità allo psicoterapeuta di scegliere la strategia di lavoro migliore per raggiungere, nella maniera più efficace, la risoluzione dei problemi che i clienti portano ed evita, inoltre, le classiche rigidità di setting (Watzlawick, et al., 1997).

Questo modello consente di lavorare con: l'individuo, la coppia, la famiglia, i gruppi e in diversi contesti applicativi (organizzativo, giuridico, educativo, riabilitativo, ecc..).

#### ISCRIZIONE

I candidati devono inoltrare domanda di ammissione al Direttore della scuola entro il **15 Dicembre** con allegato:

- certificato di laurea
- il curriculum didattico e professionale
- tre foto formato tessera
- ricevuta di versamento della quota per iscrizione di € 500,00.

Le iscrizioni si chiuderanno al raggiungimento del numero massimo di iscritti e comunque non oltre il termine ultimo, fissato al 15 dicembre.

La quota di iscrizione sarà restituita in caso di non ammissione alla scuola.

#### PROGRAMMA FORMATIVO

Il programma di formazione ha durata quadriennale, per un monte ore complessivo di 2000 ore. Il monte ore è ripartito per ogni anno accademico in 500 ore, di cui:

- **231 ore di teoria;**
- **150 ore di tirocinio in strutture pubbliche e private.**
- **119 ore di formazione teorico-pratiche così suddivise:**
  - 19 ore di gruppo esperienziale**
  - 65 ore di ricerca;**
  - 35 ore di psicoterapia o di supervisione**





# L'UTILIZZO DEL GENOGRAMMA NEL MODELLO STRATEGICO INTEGRATO

di Valeria Mari

“Noi pensiamo per storie perché siamo  
costituiti da storie, fatti di storie.”  
(Bateson, 1987)

## Abstract

Ciascun uomo è il narratore di una storia irripetibile ed unica, la propria, frutto di una storia più ampia e più lontana, che fa capo alla propria famiglia d'origine e che viene a delinarsi, in definitiva, come una storia tramandata da una generazione all'altra, ogni volta arricchita di nuovi elementi. Il genogramma costituisce un potente strumento non solo per ricostruire la storia di una famiglia, ma soprattutto per leggerla attraverso i significati ad essa attribuiti dai suoi membri, con l'obiettivo di conoscerla e ri-narrarla, sotto altre forme o da altri punti di vista, per superare nodi, blocchi e conflitti. Attraverso il genogramma il paziente racconta di sé anche attraverso l'omissione, la distrazione, la dimenticanza, l'errore, la confusione, la gestione dello spazio e tutta una serie di altri elementi che il terapeuta dovrà saper cogliere per guidarlo nel complesso e talvolta doloroso processo di svelamento di un destino familiare che può essere modificato.

## Abstract

Each man is the narrator of an unrepeatable and unique story, his own story, which is the result of a wider and more distant story belonging to his family of origin and which ultimately emerges as a story handed down by a generation to another, every time enriched with new elements. The genogram is a powerful tool not only to reconstruct the history of a family, but above all to read it through the meanings its members attribute to it, with the aim of knowing it and re-narrating it, in other forms or from other points of view, with the aim of overcoming knots, blocks and conflicts. Through the genogram, the patient also tells about himself through omissions, distractions, forgetfulness, mistakes, confusion, space management and a whole series of other elements that the therapist must be able to grasp to guide his patient through the complex and sometimes painful process of unveiling of a family destiny that can be changed.

## 1. INTRODUZIONE

La tradizione genealogica ha origine antichissime che possono essere fatte risalire alle civiltà più arcaiche, dove l'importanza di definire i legami di sangue con i propri avi si fondava su quello che ancora oggi è uno dei bisogni fondamentali dell'essere umano: l'appartenenza. Ricostruire la propria discendenza e, quindi, la propria storia familiare, consente prima di tutto di costruire un'identità con la quale presentarsi al mondo e agli altri. Non a caso scriveva Euripide:

*“Un nothos (bastardo) è un nulla, figlio del nulla. E' attraverso il riconoscimento del padre che si acquista «una città, un patrimonio, un padre» (Montaganò, Pazzagli, 2000, p. 38).*

Sul piano simbolico, la continuità di una stirpe nel tempo ed il legame con antenati e discendenti ha trovato una valida rappresentazione nell'immagine dell'albero, le cui radici simboleggiano la relazione con il passato e i germogli quella con il futuro. Tuttavia, ciò che ne deriva è un'immagine statica dei legami di parentela, all'interno della quale i cambiamenti sono determinati esclusivamente da eventi e fatti anagrafici come nascite, morti, matrimoni ecc. (Montaganò, Pazzagli, 2000).

Il genogramma condivide con il termine genealogia la radice semantica (*ghenos*), che indica la stirpe, quindi la ricerca dell'origine, ma si propone una finalità diversa. Esso deriva sì dalla tradizione genealogica, ma si colloca in una prospettiva nuova, che focalizza l'attenzione sull'evoluzione ed il funzionamento della famiglia in relazione a tre dimensioni fondamentali: strutturale, rappresentata dalle relazioni significative che vengono a costituirsi nel tempo oltre i legami di sangue; funzionale, che sottolinea le modalità con cui ciascuna famiglia affronta problemi e sfide nel corso del tempo; relazionale, il cui focus è rappresentato dagli schemi relazionali appresi e quindi trasmessi da una generazione all'altra (Cigoli, Galimberti, 1985). Affinché tale analisi sia possibile, il genogramma prende in considerazione almeno tre generazioni, nel corso delle quali viene messa in risalto la valenza emozionale ed affettiva di esperienze, eventi e mutamenti. Ciò che ne deriva, quindi, è un'immagine dinamica del sistema familiare, al tempo stesso attuale, storica ed evolutiva, che evidenzia relazioni, regole, ruoli.

## **2. IL GENOGRAMMA**

### **2.1. LO STRUMENTO**

Il genogramma è una forma di rappresentazione grafica della discendenza che organizza le informazioni sul ciclo vitale della famiglia in relazione ai legami, agli eventi, ai mutamenti della stessa nel corso di almeno tre generazioni, servendosi di una precisa simbologia grafica (Mc Goldrick, Gerson, 1985). Pensato all'interno di un'ipotesi clinica, secondo cui le relazioni trigenerazionali sono il principale contesto di riferimento per la comprensione del disagio psichico, il genogramma si presenta come una mappa semplice, di intuitiva e immediata comprensione, della rete emotivo-affettiva e dei complessi pattern familiari che hanno fatto da cornice allo sviluppo psico-affettivo di ciascun membro.

Nasce dalle teorizzazioni di Murray Bowen (1979) che, muovendo da una formazione psicanalitica, iniziò a studiare le coppie e le famiglie interessandosi, in particolare, a quelle con un paziente schizofrenico. Da tali studi, Bowen arrivò a teorizzare come la malattia psichica fosse un processo plurigenerazionale, che trovava la sua origine in una scarsa differenziazione dell'individuo nell'ambito familiare; osservando gli alberi genealogici di diverse famiglie, Bowen mise in luce l'analogia di certi processi che tendevano a ripetersi, ipotizzando, così, che ogni famiglia è contraddistinta da specifici schemi relazionali appresi e trasmessi a partire dalle generazioni precedenti e che lui definì "modelli di base generalizzabili" (Bowen, 1979). Da Bowen in poi, la ricerca in ambito familiare è stata, quindi, contraddistinta dall'osservazione e confronto di un gran numero di famiglie, con l'obiettivo di individuarne i tratti e le caratteristiche comuni.

In ambito clinico, il genogramma può essere impiegato per diverse funzioni, dalla diagnosi all'intervento terapeutico vero e proprio. In entrambi i casi, esso si configura come una drammatizzazione della storia familiare che permette, a chi la mette in scena, di osservare, talvolta per la prima volta, la complessa trama di personaggi ed eventi in cui ciascuno, protagonista incluso, gioca, o ha giocato, un ruolo ben preciso. E' in questo senso che si esplica la funzione narrativa del genogramma, ovvero la ricostruzione della storia familiare a

livello plurigenerazionale all'interno di una trama di avvenimenti e vissuti, persone e relazioni, luoghi e immagini, raccontata attraverso il disegno di simboli e il loro collegamento dentro uno spazio (Montaganò, Pazzagli, 2000). Narrando, il paziente si libera dalla statica e incontrollabile successione degli eventi del qui ed ora e inizia a costruire nessi e captare connessioni, che contribuiscono alla costruzione di una propria coscienza storica e a rendere il paziente stesso via via più consapevole che la sua storia fa parte di una storia più ampia e complessa, i cui protagonisti hanno indirettamente contribuito a determinare in qualche modo eventi e scelte del soggetto.

L'interesse per il passato non è, quindi, fine a se stesso, né orientato alla mera conoscenza dei fatti, ma è finalizzato a fare luce sul presente per comprenderlo e consentire una rilettura della propria storia familiare a partire dalla quale iniziare a pensare, per sé, un progetto di vita migliore.

## 2.2 LE ORIGINI

Il genogramma nasce all'interno della tradizione sistemico-relazionale che ha le sue origini nell'America degli anni '50 quando, di fronte all'aumento delle malattie mentali, diversi studiosi e ricercatori iniziarono a rivedere i presupposti della teoria psichiatrica alla luce dei fattori socioculturali. In tale prospettiva, numerosi clinici cominciarono a porre sotto osservazione il gruppo sociale con cui il paziente psichiatrico era in relazione, primariamente la famiglia, e a trattare i problemi psichiatrici come espressione di una disfunzione nelle relazioni familiari, superando così il tradizionale approccio individualistico. Queste nuove teorie si svilupparono, però, seguendo due diversi filoni: da una parte quello dei ricercatori del Mental Research Institute di Palo Alto, tra cui Gregory Bateson, Don D. Jackson, Jay Haley e Paul Watzlawick, che focalizzarono il loro interesse sulle interazioni familiari intese come parte del comportamento e della comunicazione osservabile nel qui e ora. Essi giunsero, attraverso lo studio dei processi comunicativi, a teorizzare che il paziente rappresenta il sintomo di una famiglia disfunzionale, regolata da regole rigide, volte a mantenere uno stato di equilibrio e che il disagio psichico individuale è in realtà il risultato di una distorsione del comportamento comunicativo. L'obiettivo terapeutico diventa, pertanto, lo svelamento di tali pattern e la costruzione di una comunicazione più funzionale (Bateson, Jackson, Haley and Weakland, 1956; Watzlawick, Beavin, Jackson, 1971).

Sul versante opposto si collocarono gli esponenti di una corrente più psicodinamica, come Ackerman, Boszormenyi-Nagy, Framo, Bowen, Whitaker, che cercarono di mantenere una continuità con la tradizione psicoanalitica, focalizzando l'attenzione oltre che sull'evoluzione della famiglia, anche sugli aspetti soggettivi e storici, valorizzando, quindi, lo sviluppo individuale all'interno della famiglia stessa. Gli autori si concentrarono sullo studio della famiglia e della natura delle relazioni nel qui ed ora, seppure con l'intento di collegare il momento presente all'intreccio delle interazioni che si erano sviluppate nel tempo, dei significati interiorizzati e trasmessi da una generazione all'altra, per cercare di dare un significato alla condizione emotiva attuale della famiglia stessa. In tal modo, presente, passato e futuro non potevano più essere concepiti come successivi lungo una linea temporale, bensì contemporaneamente esistenti.

Il modello strategico integrato ha come origini proprio la tradizione sistemica e attribuisce un'importanza fondamentale al contesto (sistema), entro il quale può svilupparsi tanto uno stato di salute, quanto uno stato di malattia. Il qui ed ora è la dimensione temporale che il terapeuta strategico integrato contempla nel lavoro con il paziente, ma ciò non gli impedisce

di leggerlo alla luce del passato e in relazione al futuro che potrà essere costruito a partire da questo. E' per questa ragione, e in linea con un approccio integrato, che il genogramma rappresenta, anche all'interno di tale modello, uno strumento di grande potenza terapeutica.

### **3. UTILIZZO DEL GENOGRAMMA IN CHIAVE STRATEGICO-INTEGRATA**

In ambito psicologico-clinico, lo strumento del genogramma può essere impiegato per diversi usi e finalità, sia con funzione diagnostica che di vero e proprio intervento terapeutico. La semplicità e la chiarezza con le quali le informazioni sulla storia familiare del paziente si organizzano all'interno del foglio, senza dubbio facilitano il terapeuta nella raccolta di informazioni utili alla costruzione di ipotesi cliniche per pianificare l'intervento. Tali ipotesi lo guideranno all'interno del colloquio, suggerendo domande, connessioni, significati da sottoporre ai pazienti stessi (Selvini Palazzoli *et al.*, 1980). D'altra parte, proprio attraverso la co-costruzione del genogramma, il terapeuta ha la possibilità di testare la capacità che il paziente ha di narrarsi (Holmes, 1994; 2004), di interrogarsi sulle connessioni tra i propri vissuti e gli eventi della sua vita, operando una prima valutazione delle sue difficoltà e delle sue risorse, di grande valore diagnostico e prognostico.

Ma se l'obiettivo dell'intervento terapeutico è favorire il cambiamento, il genogramma senza dubbio assolve a tale funzione con una potenza che va oltre la semplice ricostruzione di una storia familiare e, quindi, la ricostruzione della propria appartenenza.

Durante la realizzazione del genogramma, il terapeuta invita il paziente a narrare ciò che disegna, o ha disegnato, chiedendo di spiegare quello che sta abbozzando e di come lo sta facendo; egli non lo forza ad inserire elementi mancanti, rispettando, quindi, la sua volontà di non ricordare, ma è ben consapevole che, come Freud insegna, l'omissione raramente è casuale. Questo sarà quindi un punto sul quale il terapeuta dovrà ritornare per sondare sentimenti, pensieri e significati che il paziente attribuisce all'elemento omesso. La ripetizione di un vocabolo, la punteggiatura di un racconto, la struttura dei periodi, il modo in cui vengono evocati i ricordi, con precisione o confusione, sono tutti dei preziosi indizi che conducono terapeuta e paziente verso il punto nodale del racconto (Montaganò, Pazzagli, 2000).

Nel corso del processo di co-costruzione, sotto la guida vigile del terapeuta, l'attenzione è focalizzata sul modo in cui il paziente racconta la sua storia, scegliendo le sue priorità, poiché la sua modalità narrativa costituisce la via maestra per accedere al sistema percettivo-reattivo con cui il paziente legge ed interpreta il suo mondo. Il modello strategico integrato muove, infatti, dalla visione costruttivista, secondo cui ognuno costruisce la realtà che poi subisce (Nardone, Watzlawick, 1997), ponendo un'attenzione specifica ai significati, alle spiegazioni ed interpretazioni che il paziente attribuisce agli eventi.

Attraverso il genogramma, il terapeuta aiuta il paziente a ricostruire la storia evolutiva della sua famiglia, ma ha soprattutto la possibilità di mostrare l'esistenza di specifici copioni che tendono a ripetersi in modo ridondante, oltre l'attenzione consapevole degli interlocutori, copioni che spiegano il sentimento di ineluttabilità nei confronti di un "destino familiare" che spesso accompagna coloro che si prestano a costruire un genogramma (Cigoli, Scabini, 2000). Tuttavia, il destino che il paziente sente di dover in qualche misura "scontare" e perpetrare è, in realtà, solo una delle modalità possibili di vivere ed è proprio lo svelamento di tali dipendenze intergenerazionali che permette al paziente di differenziarsi, per poter costruire un presente maggiormente autentico senza il peso delle deleghe provenienti dalle generazioni precedenti.

Il percorso dei ricordi dell'autore del genogramma non è scandito da domande predeterminate e segue unicamente il filo della memoria e delle libere associazioni; il paziente evoca seguendo un suo filo emotivo piuttosto che logico, mentre il terapeuta, in linea con il principio Haleyano di direttività, lo guida nel percorso di ricostruzione, stimolando in lui la volontà di conoscere, comprendere e, se necessario, indagare. Utilizzare il genogramma in modo strategico, infatti, significa anche spingere il paziente ad approfondire aspetti della sua storia che non conosce o che, piuttosto, crede di conoscere e ciò è possibile, ad esempio, attraverso l'uso di domande circolari, in cui il terapeuta interroga il paziente su cosa crede che un'altra persona pensi di una specifica questione o come pensa reagirebbe, etc. (Cozzolino, 2008). Di fronte a tali domande, spesso accade che il paziente realizzi di non essersi mai interrogato su specifiche questioni o di non aver mai realmente domandato e quello del genogramma diventa il momento in cui potrà decidere di farlo, talvolta per la prima volta. Esercitando la sua funzione direttiva, il terapeuta favorisce nel paziente l'insight e lo guida verso la comprensione di dinamiche e nodi, di fronte ai quali la sua espressione sarà: "Ora capisco perché!", promuovendo, così, una vera e propria esperienza emozionale correttiva (Alexander, 1956). Ciò che viene attivato in seduta potrà, quindi, continuare a lavorare, nella mente del paziente, anche quando avrà chiuso la porta dello studio dietro di sé.

### *3.1 LETTURA MULTI-LIVELLO: SPAZIO, DIMENSIONE E TRATTO DEL GENOGRAMMA*

Il modello strategico integrato è un modello di approccio alla persona multimodale e multilivello, all'interno del quale il terapeuta è abituato a muoversi contemporaneamente su diversi livelli di comprensione del paziente (Celia, 2016). Egli può spostarsi da un livello prettamente comportamentale, ad un livello più cognitivo, a cui afferiscono pensieri, credenze e interpretazioni per poi indagare, contemporaneamente, una dimensione più emotiva dove risiedono i vissuti del paziente. Non vengono però tralasciati la dimensione corporea, psicodinamica e la dimensione narrativa, ovvero il modo in cui il paziente narra del suo problema. In egual maniera, anche nel corso dell'analisi del genogramma il terapeuta strategico integrato può accedere a diversi livelli di comprensione del funzionamento del paziente, ponendo attenzione a diverse dimensioni presenti contemporaneamente. Oltre l'aspetto narrativo, già discusso in precedenza, può essere molto utile, ad esempio, analizzare il genogramma dal punto di vista grafico, come è prassi per i test proiettivi.

Durante la consegna del compito, infatti, il terapeuta si limita a istruire il paziente sulla simbologia da usare e sulla struttura ad albero che dovrà avere il genogramma; tuttavia egli non dà alcuna indicazione circa la gestione dello spazio sul foglio, la dimensione tanto dei simboli quanto dei rami, né da quale membro della famiglia, paziente incluso, si dovrà partire. Analogamente ad un test grafico di tipo proiettivo, lo spazio bianco del foglio offerto per la stesura del genogramma viene così ad acquistare un forte valore simbolico in relazione al funzionamento individuale di chi realizza il genogramma, sia relativamente all'espressione del Sé, che alle modalità difensive dell'ansia e del controllo (Oliviero Ferraris, 1985). Può accadere, ad esempio, che alcuni pazienti utilizzino appieno lo spazio mentre altri si limitino a sfruttarlo in maniera ridotta, elemento questo che è spesso indice di inibizione; altri ancora possono faticare a gestirlo, trovandosi infine a richiedere un foglio aggiuntivo. Nell'uso parziale del piano grafico, alcuni possono privilegiare la parte alta del foglio, enfatizzando per lo più la descrizione della famiglia d'origine, altri invece scelgono di porre se stessi al centro della rappresentazione, dando espressione di una buona centratura rispetto alla famiglia di provenienza. Ancora, in alcuni casi, può accadere che il paziente scelga di rappresentarsi in una posizione defilata sul foglio, come a voler "scompare" o a passare inosservato.

Oltre la gestione dello spazio, come per i test grafici, anche il tratto con il quale si esegue il compito può essere rilevante ai fini di una prima analisi. Infatti, a parità di durezza della matita utilizzata, il tratto grafico è un aspetto su cui il soggetto pone poca attenzione consapevole, poiché dipende esclusivamente dalla spontanea pressione della mano sul foglio (Oliviero Ferraris, 1985). Si potrà avere, quindi, una pressione regolare o, nei casi che segnalano un turbamento, una pressione irregolare, troppo lieve o troppo marcata. Stesure ossessive e meticolose, sviluppate con tratti lievi, potrebbero indicare ansia, mentre elaborati egualmente analitici e meticolosi, ma tracciati con decisione, potrebbero essere indice di controllo; strutture poco ordinate, dai disegni caotici e molto marcati, la cui immagine globale sia difficile a percepirsi, mette in allarme sull'equilibrio del soggetto.

E' evidente che nessuno di questi dati può avere valore diagnostico di per sé e anche il tratto andrà quindi letto in relazione alla Gestalt della stesura complessiva (Castellazzi, 2010).

#### 4. CONCLUSIONE

Nessuno degli esempi sopra esposti può essere rappresentativo, in modo esaustivo, dei molteplici significati contenuti in ciascuna specifica tipologia di genogramma; essi però rendono l'idea di quante informazioni possono essere estrapolate da tale strumento, servendosi di una analisi approfondita e soprattutto integrata, a più livelli; più un terapeuta riuscirà ad integrare le conoscenze in campo clinico, seppur provenienti da diversi ambiti, come la psicodinamica, la psicodiagnostica, la terapia narrativa, maggiore sarà l'efficacia dello strumento descritto.

## Riferimenti bibliografici

- Alexander, F. (1956), *Psychoanalysis and Psychotherapy*, New York: Norton;
- Bateson, G., Bateson, M.C. (1987), *Dove gli Angeli Esitano. Verso una Epistemologia del Sacro*, Milano: Adelphi, 1989;
- Bateson, G., Jackson, D.D., Haley, J. and Weakland, J. (1956), "Toward a theory of Schizophrenia" in *Behavioral Science*, 1(4): 251-254;
- Bowen, M. (1979), *Dalla famiglia all'individuo*, (a cura di) Andolfi, M., De Nichilo, M., Roma: Astrolabio;
- Castellazzi, V.L. (2010), *Il test del disegno della figura umana*, Roma: LAS;
- Celia, G. (2016), *La psicoterapia strategico-integrata. L'evoluzione dell'intervento clinico breve*, Milano: Franco Angeli;
- Cigoli, V., Galimberti, C. (1985), *Psicoanalisi e ricerca sui sistemi in terapia familiare*, Milano: Angeli;
- Cigoli, V., Scabini, E. (2000), *Il familiare. Legami, simboli e transizioni*, Milano: Raffaello Cortina Editore;
- Cozzolino, M. (2008), *Le strategie comunicative. Soluzioni per problemi relazionali e professionali*, Firera & Liuzzo Publishing;
- Haley, J. (1976), *Terapie non comuni*, Roma: Astrolabio;
- Holmes, J. (1994), *La teoria dell'attaccamento*, Milano: Raffaello Cortina;
- Holmes, J. (2004), *Psicoterapia per una base sicura*, Milano: Raffaello Cortina;
- Mc Goldrick, M., Gerson, R. (1985), *Genograms in family assessment*, New York: Norton and Co., trad. In francese: "Génogrammes et entretien familial", Paris: ESF éditeur, 1985;
- Montaganò, S., Pazzagli, A., (2000), *Il Genogramma. Teatro di alchimie familiari*, Milano: Franco Angeli;
- Nardone, G., Watzlawick, P. (a cura di) (1997), *Terapia breve strategica*, Milano: Raffaello Cortina;
- Oliviero Ferraris, A. (1985), *Il significato del disegno infantile*, Torino: Bollati Boringhieri;
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, M., Cecchin, G., Prata, G. (1980), *Ipotizzazione, circolarità, linearità*. In "Terapia Familiare", 7, 7-19;
- Watzlawick, P., Beavin, J.H., Jackson, J.J., (1971) *Pragmatica della Comunicazione Umana*, Roma: Astrolabio.



**dott.ssa Valeria Mari**  
Psicoterapeuta

COMPLESSO SCOLASTICO  
**SERAPHICUM**



# La Scuola

Il complesso scolastico



## Il Serafino



Complesso Scolastico



## Seraphicum



## Corsi



## Scupsis



DM n. 509 del  
1998, con decreto  
direttoriale del  
31/07/2003

Scuola di Psicoterapia  
Strategia Integrata



## Corsi di lingue



## Cambridge English



Ministero dell'Istruzione  
dell'Università e della Ricerca



United Nations  
Educational, Scientific and  
Cultural Organization

Member of



UNESCO  
Associated  
Schools

© 2016 - Powered by Digiting - Hosting by Crluma

[www.seraphicum.com](http://www.seraphicum.com)

COMPLESSO SCOLASTICO  
**SERAPHICUM**



**Un modello  
di didattica  
innovativa.**

Formare gli studenti per  
far fronte alle sfide  
del 21esimo secolo,  
creativi e innovatori,  
disponibili al cambiamento.



**R-Store**

Apple  
Authorised  
Education Specialist

**Digital Learning** A.S.2020/2021  
dotazione di un iPad ad ogni alunno iscritto.

innovazione didattica  
dalla primaria al liceo

[www.seraphicum.com](http://www.seraphicum.com)

Roma - Via del Serafico, 3 Tel. **06.51.90.102**



**NIDO** *Bilingue*

**SCUOLA INFANZIA** *Bilingue*

**PRIMARIA**

**SECONDARIA DI PRIMO GRADO**

**LICEO SCIENTIFICO TRADIZIONALE**

**LICEO SCIENTIFICO SPORTIVO**

**LICEO SCIENTIFICO QUADRIENNALE**

**LICEO LINGUISTICO**

**LICEO MUSICALE E COREUTICO**

## COUNSELING

## CORONAVIRUS E SALUTE MENTALE

Prof.ssa Giovanna Celia (Unifg)<sup>1</sup>, Dr. Angela Balzotti (Unifg)<sup>2</sup>, Dr. Paola Lioce (Unifg)<sup>3</sup>

## Abstract

Over 50 thousand phone calls arrived, with a real peak of daily calls during the lockdown, to the toll-free psychological support number 800.833.833, activated on the occasion of the first lockdown by the Ministry of Health and the Civil Protection for the Covid -19 emergency.

The group of counselling of the University of Foggia collaborated with the Ministry of Health and the Civil Protection. As a result of this collaboration, the current study provides an examination of multiple stresses related to physical and psychological health risks. It comes to light that: anger, confusion, post-traumatic stress symptoms, rumination and co-rumination symptoms may be associated with extended quarantine.

Our study suggests that social support and counselling service can reduce psychological health risks. Furthermore, in this study is presented a clinical case of obsessive-compulsive disorder related to the fear of contracting the virus.

### 1. Covid-19 - Numero verde di supporto psicologico 800.833.833

Durante la Fase 1 dell'“Emergenza Covid-19”, al fine di tutelare il benessere psicologico dei cittadini, nel nostro Paese è stato istituito dal Ministero della Salute e dalla Protezione Civile un numero verde di supporto psicologico: 800.833.833. Infatti, la drammaticità dell'emergenza pandemica quale situazione inedita, inaspettata e “catastrofica” ha suscitato nelle diverse popolazioni regionali, da quelle più direttamente colpite alle altre nel resto di Italia, un grande timore di contagio, di malattia e di morte.

Le misure di isolamento, inoltre, tanto indispensabili sul piano sanitario, sono state molto stressanti in quanto hanno ristretto diverse libertà sino a quel momento considerate da ognuno di noi essenziali al benessere psicofisico. Fatto questo che ha reso tali misure quanto mai difficili da sopportare. Solitudine, ansia da separazione, lutti, incertezze economiche hanno, sin da subito, cominciato a serpeggiare per scatenare nelle settimane più difficili di marzo ed aprile 2020 una vera e propria epidemia silenziosa: una epidemia psichica.

Questa epidemia si è presentata nei casi più lievi con attacchi di ansia, stress, paure diffuse per giungere a configurarsi in veri e propri disturbi psichiatrici come disturbi ossessivo-compulsivi, disturbi dell'umore, disturbi da ansia e disturbi da stress post-traumatico.

Per queste ragioni, dal 27 aprile è operativo il numero verde di supporto psicologico, attivato dal Ministero della Salute e dalla Protezione Civile, con il sostegno tecnologico offerto gratuitamente da TIM, servizio al quale ha aderito il Servizio di Counseling e Psicoterapia dell'Università degli Studi di Foggia.

Tutti i giorni, dalle ore 8 alle 24, professionisti specializzati, psicologi, psicoterapeuti e psicoanalisti, rispondono al telefono alle richieste di aiuto. L'iniziativa puntava ad affiancare, in quella fase di isolamento sociale, tutti i servizi di assistenza psicologica garantiti dal SSN in modo sicuro, gratuito e organizzato su più livelli di intervento. Il numero è stato raggiungibile anche dall'estero allo 02 20228733 e sono state previste anche modalità di accesso per i non udenti. (<http://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus>)

<sup>1</sup> Primo autore.

<sup>2</sup> Secondo autore.

<sup>3</sup> Terzo autore.

## **2. Servizio di Counseling e Psicoterapia dell'Università di Foggia**

Il Servizio di Counselling Psicologico dell'Università degli Studi di Foggia, in occasione dell'emergenza sanitaria provocata dalla pandemia in corso, ha offerto la propria collaborazione al Ministero della Salute inserendosi in una ampia e articolata rete nazionale di intervento verso il territorio. In tal senso, il Servizio ha messo a disposizione le proprie risorse tecnico-scientifiche al fine di rispondere alle numerosissime richieste di aiuto provenienti da diverse Regioni del Paese. Ai clinici dei Servizi di salute mentale, agli Psicologi che in ogni Regione del nostro Paese si sono resi disponibili e hanno risposto alle chiamate, è subito apparso evidente come la salute mentale di alcuni sottogruppi di popolazione stesse risentendo di nuovi fattori di stress legati alle caratteristiche peculiari dell'emergenza "coronavirus". Difatti, le misure di tipo restrittivo volte al contenimento del virus hanno comportato, per bambini, giovani, famiglie, un cambiamento drastico nelle abitudini e negli stili di vita. Tutto questo ha causato l'aumento del rischio di maggior abuso di sostanze, gioco d'azzardo e violenza domestica. Per gli anziani, in special modo quelli con multimorbilità, l'impatto dell'isolamento ha amplificato il senso di solitudine e abbandono. Contestualmente, il fluire continuo e ridondante dei messaggi veicolati dai *media* della comunicazione centrati sulla particolare esposizione degli anziani all'azione del virus ha spesso esasperato in loro le preoccupazioni riguardo la morte e la perdita dei propri familiari.

## **3. Coronavirus: trasmissione, contagiosità, letalità, sintomi e misure di prevenzione**

Il Comitato tecnico-scientifico (Cts), composto da esperti e qualificati rappresentanti degli enti e delle amministrazioni dello Stato<sup>4</sup> che hanno supportato il Capo del Dipartimento nelle attività finalizzate al superamento dell'emergenza epidemiologica da Covid-19, ha ritenuto necessario fornire una serie di informazioni attorno alla malattia da coronavirus SARS-CoV-2 al fine di limitare l'incidenza di notizie false che potessero creare panico ingiustificato, stigma ed ostacolo all'attuazione virtuosa delle misure sanitarie messe a punto e regolamentate. A tal proposito, il Comitato ha fatto in modo che, attraverso una pluralità di *media* e di forme di comunicazione, le informazioni corrette fossero omogeneamente diffuse, chiarite e adottate da tutte le Regioni Italiane.

### **3.1 Trasmissione**

Molti coronavirus possono essere trasmessi da persona a persona, di solito dopo un contatto abbastanza stretto e ravvicinato con un soggetto infetto, ad esempio tra familiari o in ambiente sanitario. Anche il nuovo coronavirus responsabile della malattia respiratoria COVID-19 può essere trasmesso da persona a persona tramite un contatto stretto con un caso confermato.

**La trasmissione avviene in relazione alle caratteristiche del virus che è un virus respiratorio.** Pertanto il nuovo coronavirus quale forma di virus respiratorio si diffonde principalmente attraverso

---

<sup>4</sup> Il Comitato tecnico scientifico è composto da: Agostino Miozzo, Coordinatore dell'Ufficio Promozione e integrazione del Servizio nazionale della protezione civile del Dipartimento della protezione civile - con funzioni di coordinatore del Comitato; Silvio Brusaferrò, Presidente dell'Istituto superiore di sanità; Claudio D'Amario, Direttore Generale della prevenzione sanitaria del Ministero della salute; Mauro Dionisio, Direttore dell'Ufficio di coordinamento degli Uffici di sanità marittima-aerea e di frontiera del Ministero della salute; Achille Iachino, Direttore Generale dei dispositivi medici e del servizio farmaceutico del Ministero della salute; Sergio Iavicoli, Direttore Dipartimento di medicina, epidemiologia, igiene del lavoro e ambientale dell'INAIL; Giuseppe Ippolito, Direttore scientifico dell'Istituto nazionale per le malattie infettive "Lazzaro Spallanzani"; Franco Locatelli, Presidente del Consiglio Superiore di Sanità del Ministero della salute; Nicola Magrini, Direttore Generale dell'Agenzia Italiana del Farmaco; Giuseppe Ruocco, Segretario Generale del Ministero della salute; Nicola Sebastiani, Ispettore Generale della sanità militare del Ministero della difesa; Andrea Urbani, Direttore Generale della programmazione sanitaria del Ministero della salute; Alberto Zoli, rappresentante della Commissione salute designato dal Presidente della Conferenza delle Regioni e Province autonome. Fanno, inoltre, parte del Comitato i seguenti esperti: Massimo Antonelli, Direttore del Dipartimento emergenze, anesthesiologia e rianimazione del Policlinico Universitario "A. Gemelli"; Roberto Bernabei, Direttore del Dipartimento Scienze dell'invecchiamento, neurologiche, ortopediche e della testa - collo del Policlinico Universitario "A. Gemelli"; Fabio Ciciliano, dirigente medico della Polizia di Stato, esperto di medicina delle catastrofi - con compiti di segreteria del Comitato; Ranieri Guerra, rappresentante dell'Organizzazione Mondiale della Sanità; Francesco Maraglino, Direttore dell'Ufficio prevenzione delle malattie trasmissibili e profilassi internazionale del Ministero della salute; Luca Richeldi, Presidente della Società italiana di pneumologia; Alberto Villani, Presidente della Società italiana di pediatria. (<http://www.salute.gov.it/>)

il “**contatto stretto con una persona infetta**”. La via primaria sono le “**goccioline del respiro**” o *droplets* delle persone infette. Queste possono essere diffuse ad esempio tramite:

- la saliva
- tossendo
- starnutando
- attraverso contatti diretti personali
- le mani, ad esempio, toccando con le mani contaminate (non ancora lavate) bocca, naso o occhi
- anche, in rari casi, il contagio può avvenire attraverso contaminazione fecale.

Normalmente le malattie respiratorie “**non si trasmettono con gli alimenti**” che comunque devono essere manipolati rispettando le buone pratiche igieniche ed evitando il contatto fra alimenti crudi e cotti. Sono tuttavia ancora in corso studi per comprendere meglio le modalità di trasmissione del virus.

Secondo i dati attualmente disponibili, le **persone sintomatiche** sono la **causa più frequente di diffusione del virus**. Tuttavia, alcune prove suggeriscono che la trasmissione possa avvenire anche da una persona infetta che presenta solo sintomi lievi. Alcuni rapporti hanno indicato, inoltre, che anche le persone senza sintomi possono trasmettere il virus. Questo è particolarmente vero nelle prime fasi della malattia, in particolare due giorni prima di sviluppare sintomi. Sono in corso studi per capire con quale frequenza ciò avvenga. Attualmente **sono in corso studi sulla capacità dei virus di attaccarsi alle polveri sottili presenti nell'aria** e di essere così trasportati dal vento per ampie distanze o restare in sospensione nell'aria **ma ad oggi non ci sono evidenze scientifiche della permanenza del nuovo coronavirus nell'aria** al di là delle distanze di sicurezza menzionate sopra in condizioni normali, ovvero in assenza di sistemi che producono aerosol che invece possono trovarsi in ambiente ospedaliero durante l'assistenza a pazienti COVID-19. In base a informazioni preliminari il **virus può sopravvivere alcune ore sulle superfici**.

### 3.2 Contagiosità e letalità

La malattia da coronavirus SARS-CoV-2 è caratterizzata da una letalità ovvero dal numero di morti sul totale dei malati **inferiore rispetto a quella osservata per altri coronavirus** responsabili di epidemie come SARS e MERS. Anche se va assolutamente ribadito che la sua **contagiosità** risulta **maggiore** rispetto a quella osservata nei due coronavirus concorrenti su menzionati.

### 3.3 Sintomi

La malattia si manifesta con febbre e sintomi simil-influenzali come tosse, mal di gola, difficoltà respiratorie (respiro corto), dolore ai muscoli, stanchezza. Questi sono segnali di una possibile infezione da nuovo coronavirus. I sintomi dell'influenza, almeno in una fase iniziale, sono molto simili a quelli di altre infezioni respiratorie, compreso il nuovo coronavirus SARS-CoV-2. Come evidenziato dall'ISS, in base al recente studio sui casi italiani, **febbre e difficoltà respiratorie insieme** sono i **sintomi iniziali più comuni** per la Covid-19. Alcune persone si infettano ma non sviluppano alcun sintomo. La **maggiore parte dei casi attualmente confermati** - soprattutto i bambini e i giovani adulti - sembra avere una **malattia lieve**, simil-influenzale, e a inizio lento. Circa il **20%** sembra progredire verso una **malattia più grave**: polmonite, insufficienza respiratoria acuta grave, insufficienza renale e in alcuni casi morte. Chi si ammala gravemente e presenta difficoltà respiratorie ha bisogno del ricovero in ambiente ospedaliero.

## 4. Persone più a rischio di contrarre l'infezione

Le persone più a rischio sono quelle che **vivono o che hanno viaggiato in aree a rischio di infezione** da nuovo coronavirus, oppure le persone che rispondono ai criteri di **contatto stretto con un caso confermato o probabile di COVID-19**.

Le aree a rischio di infezione da nuovo coronavirus sono quelle in cui è presente la trasmissione locale di SARS-CoV-2, come identificate dall'Organizzazione mondiale della sanità. Queste vanno differenziate dalle aree nelle quali sono presenti solo casi importati.

## 5. Incubazione

È il periodo di tempo che intercorre fra il contagio e lo sviluppo dei sintomi clinici. Recenti evidenze fornite dallo European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) sul **periodo di incubazione del virus** delimitano il periodo **tra 2 e 12 giorni**, fino ad un massimo di 14 giorni.

## 6. Persone a rischio di sviluppare forme gravi di malattia

**Le persone anziane e quelle con altre patologie sottostanti**, come ipertensione, problemi cardiaci o diabete e i pazienti immunodepressi (per patologia congenita o acquisita o in trattamento con farmaci immunosoppressori, trapiantati, pazienti oncologici) hanno **più probabilità di sviluppare forme gravi di malattia**.

Si raccomanda a tutte le persone anziane o affette da una o più patologie croniche, o con stati di immunodepressione congenita o acquisita, di evitare di uscire dalla propria abitazione o dimora fuori dai casi di stretta necessità e di evitare comunque luoghi nei quali non sia possibile mantenere la distanza di sicurezza interpersonale di almeno un metro.

## 7. Caso clinico

La Signora S. nel maggio scorso si rivolge al numero verde 800.833.833 predisposto per il supporto psicologico e viene immediatamente segnalata al Servizio di Counseling e Psicoterapia dell'Università di Foggia e presa in carico da un nostro psicoterapeuta.

La Signora S. ha circa cinquanta anni, è una insegnante nubile che vive con la madre anziana. In questo periodo pandemico si è completamente auto-isolata, pur non essendovi nessuna necessità delle misure restrittive presenti nelle linee guida e sebbene viva in un complesso abitativo entro il quale, negli appartamenti adiacenti, abitino nipoti coniugati nonché la sorella con il coniuge. Ella racconta di sentirsi in ansia. Avverte uno stato continuo di tensione psicologica di fronte alla diffusione così rapida e incontrollata dell'epidemia da Covid 19. Tale diffusione l'ha gettata in uno stato di completa confusione. Benché sia ancorata al mondo esterno attraverso la didattica che impartisce a distanza alla sua classe, il suo vissuto è molto penoso. Si sente passiva, incapaci di recarsi all'esterno per qualsivoglia necessità, anche minima, come la ricerca dei beni essenziali.

In occasione di una uscita destinata a procurarsi alcuni prodotti ritenuti da lei ancor più necessari del cibo, ovvero quelli destinati alla ossessiva pulizia del corpo e delle superfici come alcool e soluzioni a base di cloro, avviene che ella, fermatasi ad un semaforo e accostata da un pedone, perda improvvisamente il controllo ed entri in uno stato di depersonalizzazione e tachicardia, sudorazione e tremori immaginando che il contatto "ravvicinato" con l'estraneo che le chiedeva informazioni avesse potuto trasmetterle il coronavirus SARS-CoV2.

Da allora, la Signora S. non si era più recata all'esterno e comprendendo il grave disagio psicologico ricorreva al numero verde di supporto psicologico per cercare sollievo al grave stato di tensione vissuto.

Quando uno dei nostri esperti l'ha contattata per il primo colloquio, la Signora S. evitava di uscire dalla propria abitazione per qualsivoglia necessità che delega ad altri congiunti vicini nonché manteneva distanza e si auto isolava anche dalla madre ultraottuagenaria. Nonché si privava di vedere anche solo dalla finestra i congiunti abitanti nella stessa palazzina.

Presentava pensieri, sentimenti e preoccupazioni riguardo la sua salute sproporzionati, eccessivi e ingiustificati. Difatti, non riferiva di essersi recata o aver consultato il medico di famiglia per qualsivoglia sintomo nei giorni e settimane precedenti alla richiesta di aiuto al numero verde.

I pensieri e le relative preoccupazioni riguardo il contagio da coronavirus le facevano sentire una costante e irragionevole apprensione che determinava un continuo livello elevato di ansia e si accompagnava a una notevole restrizione delle attività quotidiane e domestiche.

I comportamenti riportati dalla Signora S. sono apparsi, sin da subito, assolutamente eccessivi non correlati ad alcun problema oggettivo. Il vissuto penoso combinato alle preoccupazioni intrusive era pervasivo determinando un dis-funzionamento relazionale, affettivo, cognitivo e comportamentale.

Il “coronavirus” era divenuto un problema “soggettivo” e la percezione del rischio si era mano mano amplificata e distorta. Le emozioni e le paure amplificate determinavano una condizione di panico. Questa si era complicata sfumando in un quadro ossessivo-compulsivo.

Dimension	Obsessions	Compulsions
Contamination symptoms	Concerns about dirt and germs, among others	Washing, showering or cleaning
Harm-related symptoms	Concerns about harm	Checking
Unacceptability symptoms	Intrusive aggressive, sexual or religious thoughts	Mental rituals or praying
Symmetry symptoms	Symmetry concerns	Ordering, straightening, repeating or counting
Hoarding symptoms	Hoarding concerns	Hoarding behaviours

**FIG. A** Obsessive-compulsive disorder | Nature Reviews Disease Primers

Il clinico, nel suo secondo colloquio di approfondimento diagnostico aveva, inoltre, individuato un particolare comportamento compulsivo. La Signora S. lavava molto spesso durante la giornata le mani, non solo con acqua e sapone, come suggerito dalle linee precauzionali al fine di prevenire il contagio e la trasmissione del COVID-19, ma usando molti altri preparati disinfettanti a base alcoolica era giunta a provare una sensazione temporanea di “irrealtà”.

La Signora S. riferiva di aver sentito ad un certo punto:

“come se le sue mani si fossero scollate dal suo corpo”.

Il vissuto di depersonalizzazione/derealizzazione era chiaramente collegato a una grande sofferenza che creava al soggetto un trauma tale da non riuscire più ad “assorbirlo” nella propria coscienza.

Il quadro clinico della Signora S. mostrava, a quel punto, una importante complessità diagnostica.

Al primo colloquio la paziente aveva presentato solo un forte disagio, inquadrabile nei disturbi di ansia come risposta emotiva al susseguirsi degli eventi connessi alla condizione emergenziale scatenata dalla pandemia in corso.

Ma ad un più attento esame, la gravità e la durata della sintomatologia hanno dovuto essere necessariamente rivalutati in quanto la condizione psicopatologica richiedeva un più specifico approfondimento.

Nei successivi colloqui, infatti, il clinico ha potuto rivalutare aspetti molto importanti, che la paziente ometteva. Difatti, come suggerisce il DSM V è importante “trovare il giusto equilibrio” all’interno di sintomi di “transizione” che sfuggono ad un riconoscimento legato esclusivamente a un sistema categoriale eccessivamente rigido. L’esperienza clinica e le importanti conoscenze scientifiche del clinico devono poter cogliere la complessità diagnostica legata alla comorbidità.

Lo stress che la Signora S. stava vivendo in relazione al coronavirus non era semplicemente legato alla sua paura di ammalarsi e morire quanto piuttosto, nei colloqui successivi, si rivelava sempre più connessa a un vissuto “fusionale” con la madre ultra ottantenne e malata. La paura di perderla, di poterle provocare un evento infausto attraverso una sua minima disattenzione, l’incontro con persone infette, l’uso di superfici in grado di veicolare il virus letale, l’avevano fatta sprofondare in uno stato di angoscia ove la mente correntemente e persistentemente rimuginava una fantasia che si accompagna a un pensiero: “potrei provocare la morte improvvisa di mia madre e non posso permettermi di perdere l’unica persona cara che ho”.

Dopo circa sette colloqui, tenutisi uno a settimana, la Signora S. è stata in grado di mostrare un ottimo recupero, senza trattamento con farmaci ansiolitici e antidepressivi. Non vi son stati altri episodi di depersonalizzazione/derealizzazione. La Signora S. non ha più riportato alcuna sensazione di scollegamento dal proprio corpo o dai propri processi mentali. Né esperienze in base alle quali si potesse desumere che si stesse osservando dall’esterno e/o sensazioni di essere dissociata dall’ambiente circostante.



**Table 1**

### DSM-5 criteria for PTSD

<b>Trauma exposure</b>	
Trauma	Actual or threatened violent death, serious injury or accident, or sexual violence
A. Exposure	Via any of the following: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Directly exposed to trauma</li> <li>2. Eyewitness (in person) to others directly exposed to trauma</li> <li>3. Learning of direct exposure to trauma of a close family member or close friend</li> <li>4. Repeated or extreme exposure to aversive details of traumatic event (eg, trauma workers viewing human remains or repeatedly exposed to details of child abuse), in person or via work-related electronic media</li> </ol>
<b>Symptom groups B to E (symptoms beginning or worsening after the traumatic event)</b>	
B. Intrusion	<i>≥1 intrusion symptoms:</i> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Recurrent, involuntary, distressing trauma memories</li> <li>2. Recurrent, distressing trauma-related dreams</li> <li>3. Dissociative reactions/flashbacks related to trauma</li> <li>4. Intense or prolonged psychological distress to trauma reminders</li> <li>5. Marked physiological reactions to trauma reminders</li> </ol>
C. Avoidance	<i>≥1 avoidance symptoms:</i> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Avoidance/efforts to avoid distressing internal trauma reminders (memories, thoughts, feelings)</li> <li>2. Avoidance or efforts to avoid distressing external trauma reminders (people, places, activities)</li> </ol>
D. Negative cognition and mood	<i>≥2 negative cognition/mood symptoms:</i> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Amnesia for important parts of trauma exposure</li> <li>2. Persistent, exaggerated negative beliefs about self, others, or the world</li> <li>3. Persistent, distorted trauma-related cognitions leading to inappropriate blame of self/others</li> <li>4. Persistent negative emotional state (eg, fear, horror, anger, guilt, shame)</li> <li>5. Loss of interest or participation in significant activities</li> <li>6. Detached/estranged feelings from others</li> <li>7. Persistent loss of positive emotions (eg, happiness, satisfaction, love)</li> </ol>
E. Hyperarousal	<i>≥2 marked alterations in trauma-related arousal and reactivity:</i> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Irritability and angry outbursts with little/no provocation (eg, verbal/physical aggression toward people/objects)</li> <li>2. Reckless or self-destructive behavior</li> <li>3. Hypervigilance</li> <li>4. Exaggerated startle</li> <li>5. Concentration problems</li> <li>6. Sleep disturbance (eg, difficulty falling or staying asleep, restless sleep)</li> </ol>
<b>Additional criteria</b>	
F. Duration	>1 month
G. Distress/impairment	Clinically significant distress; social/occupational/other important functioning impairment
H. Not attributable to another disorder	Independent of physiological effects of a substance (eg, medication, alcohol) or another medical condition
<b>Source:</b> Reference 3	



## Riferimenti bibliografici

AA VV (2020), "Mental health outcomes of the CoViD-19 pandemic. Gli esiti di salute mentale della pandemia di CoViD-19", in *Rivista di Psichiatria* 55(3)

AA VV (maggio 2020), "The emotional impact of coronavirus 2019-NCOV (New Coronavirus Disease)", in *Psychiatry Research*, on line

Società Italiana Epidemiologia Psichiatrica, *Speciale Covid 19 e salute mentale*, <https://siep.it/covid-19/>

Istituto Superiore di Sanità, Gruppo di lavoro Salute mentale ed emergenza COVID-19 (maggio 2020), *Indicazioni di un programma di intervento dei dipartimenti di salute mentale per la gestione dell'impatto dell'epidemia COVID-19 sulla salute mentale*, <https://www.iss.it/documents>

Capone MA (2020), "Dal trauma individuale al trauma sociale massivo. Prevenzione, sostegno, comunità nel lutto complicato e del disagio psicologico ai tempi della pandemia", in *State of mind*, <http://www.stateofmind.it/2020/05/lutto-traumaindividuale-sociale/>

Iervolino AC, Rijdsdijk FV, Cherkas L, Fullana MA, Mataix-Cols D (2011), "A multivariate twin study of obsessive-compulsive symptom dimensions", in *Arch Gen Psychiatry* 68:637–644

Leckman JF, Denys D, Simpson HB, Mataix-Cols D, Hollander E, Saxena S, et al. (2010), "Obsessive-compulsive disorder: A review of the diagnostic criteria and possible subtypes and dimensional specifiers for SDM-V", in *Depress Anxiety* 27:507–527

Mataix-Cols D, Rosario-Campos MC, Leckman JF (2005), "A multidimensional model of obsessive-compulsive disorder", in *Am J Psychiatry* 162:228–238



**prof.ssa Giovanna Celia** (Unifg)  
Ricercatore, SSD: Psicologia dinamica (M-Psi/07)



**dr. Angela Balzotti** (Unifg)  
Ph.D. in "Ambiente, Medicina e Salute", Centro di Counseling psicologico  
Università di Foggia (M-Psi/07)



**dr. Paola Lioce** (Unifg)  
Centro di Counseling psicologico, Università di Foggia (M-Psi/07)

Giovanna Celia

# Prontuario di strategie terapeutiche

Esercizi e prescrizioni  
per sciogliere nodi psicologici  
in breve tempo

PSICOTERAPIE

FrancoAngeli



# SALUTE MENTALE NELL'EMERGENZA PANDEMICA COVID-19

## IL SERVIZIO DI COUNSELING E PSICOTERAPIA DELL'UNIVERSITÀ DI FOGGIA

Prof.ssa Giovanna Celia (Unifg)<sup>1</sup>, Dr. Angela Balzotti (Unifg)<sup>2</sup>, Dr. Paola Lioce (Unifg)<sup>3</sup>

### Abstract

In December 2019, the betacoronavirus SARS-CoV-2 was identified for the first time in humans in Wuhan, China. The World Health Organization declared a global pandemic (COVID-19) on March 26, 2020. Consequently, it was necessary to rapidly reduce the spread of infection through different mitigation strategies aimed at reducing the possibility of interpersonal aggregation.

The majority of these mitigation strategies such as tactics of control, surveillance and coercion during the quarantine, were particularly restrictive, and especially those that involved human interactions have had a negative impact on mental health.

Psychological counselling is a specific type of intervention that uses methodologies from various theoretical orientations. During this difficult pandemic period, the main aim of the group of counselling of the University of Foggia was not only to support individuals and organizations, but also support and help students to face all the stress related disorders caused by coronavirus.

The current study provides an examination of the impact of mental exhaustion during the COVID-19 pandemic and long-lasting psychological outcomes.

Il 31 dicembre 2019 la Commissione Sanitaria Municipale di Wuhan (Cina) ha segnalato all'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) un *cluster* di casi di polmonite ad eziologia ignota nella città di Wuhan, nella provincia cinese di Hubei. Il 9 gennaio 2020, il Centro per il controllo e la prevenzione delle malattie cinese ha riferito che è stato identificato un nuovo coronavirus (SARS-CoV-2) come agente causale della malattia respiratoria poi denominata Covid-19. La Cina ha reso immediatamente pubblica la sequenza genomica che ha permesso la realizzazione di un test diagnostico in modo tempestivo.

Il 30 gennaio l'OMS ha dichiarato l'epidemia di Coronavirus in Cina una "emergenza internazionale di salute pubblica". Il 28 febbraio 2020, L'OMS ha elevato a livello "molto alto" la minaccia dell'epidemia di coronavirus. L'11 marzo 2020 il direttore generale dell'OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, ha definito la diffusione del Covid-19 non più una semplice epidemia, ma una vera "pandemia", riconoscendone così la diffusione all'intero pianeta. Il 13 marzo l'OMS ha dichiarato che l'Europa sta diventando il nuovo epicentro della pandemia. (OMS Fonte: Health Emergency , 10 giugno ore 08.25 am).

Come riportato dalla S.I.M.I.T., Società Italiana di Malattie Infettive, riguardo la letalità e comorbidità da Covid-19, i dati sul diffondersi dell'epidemia sono apparsi presto molto allarmanti. Da quanto riportato nella più ampia casistica di Covid-19, pubblicata da Centro per il controllo e la prevenzione delle malattie cinese e aggiornata all'11 febbraio 2020, sono stati 44672 i casi accertati, dei quali la maggior parte è compresa nella fascia di età tra i 30 e i 79 anni (87%), mentre solo una

---

<sup>1</sup> Primo autore.

<sup>2</sup> Secondo autore.

<sup>3</sup> Terzo autore.

minoranza si colloca nelle fasce di età estreme (1% circa tra 1-9 anni e il 3%  $\geq 80$  anni). Il tasso di letalità complessivo è stato del 2.3% (1023 morti su 44672 casi confermati). Tra i fattori determinanti del rischio di morte:

- L'età: il tasso di letalità sale all' 8% nei pazienti tra i 70-79 anni e può arrivare al 14.8% in quelli con età  $\geq 80$  anni.
- La presenza di comorbidità: la letalità sale al 10.5% nei pazienti con malattie cardiovascolari, 7.3% nei diabetici, 6.3% in soggetti con malattie respiratorie croniche, 6% negli ipertesi e infine 5.6% nei pazienti oncologici.
- La gravità della presentazione clinica: mortalità del 49% nei pazienti definiti critici.

Ad oggi, tuttavia, rimangono incertezze sul tasso di fatalità dell'infezione. Nel complesso, la lezione appresa dall'epidemia di SARS del 2003 sono risultate utilissime per affrontare l'epidemia da Covid-19 in corso.

Inizialmente, le indicazioni di trattamento sono apparse molto incerte, volte principalmente a limitare i danni e a salvare le vite anche utilizzando i protocolli farmacologici in forma compassionevole. Infatti, in tutti i Paesi, i primissimi sforzi sanitari si sono concentrati sulla prevenzione e lo *screening* mentre, per i soggetti con i sintomi più gravi, è stato massimizzato lo sforzo a garanzia dell'accesso ai servizi di terapia intensivi. Ad oggi, i trattamenti antivirali (sia con Lopinavir/ritonavir (LPV/R) che con remdesivir), destinati a ridurre le complicanze gravi della malattia (soprattutto insufficienza respiratoria acuta) attraverso la rapida inibizione della carica virale di Covid-19, sono ancora sottoposti al vaglio scrupoloso di studi clinici randomizzati e controllati, con l'obiettivo di verificare in pieno la loro efficacia terapeutica (Linee guida sulla gestione terapeutica e di supporto per pazienti con infezione da coronavirus Covid-19., S.I.M.I.T. Società Italiana di Malattie Infettive e Tropicali, Sezione Regione Lombardia).

## 1. I primi casi in Italia

I primi due casi di Coronavirus in Italia, una coppia di turisti cinesi, sono stati confermati il 30 gennaio dall'Istituto Spallanzani, dove erano stati ricoverati in isolamento dal 29 gennaio. Il 26 febbraio entrambi i turisti cinesi sono stati dichiarati guariti. Il primo caso di trasmissione secondaria, invece, si è verificato a Codogno, Comune della Lombardia in provincia di Lodi, il 18 febbraio 2020. (<http://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus>)

## 2. Sorveglianza e controlli

Nel nostro Paese, è attiva una rete di sorveglianza sul nuovo coronavirus e sono stati attivati controlli e *screening* sotto il coordinamento della *task force* ministeriale. L'Italia ha bloccato il 30 gennaio, con un'Ordinanza del ministro della Salute, tutti i voli da e per la Cina per 90 giorni, oltre a quelli provenienti da Wuhan, già sospesi dalle autorità cinesi.

Il 31 gennaio, il Governo italiano ha dichiarato lo stato di emergenza, ha stanziato i primi fondi e nominato Commissario straordinario per l'emergenza il Capo della protezione civile Angelo Borrelli. (<http://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus>)

## 3. Misure di Salute Pubblica per la riduzione della trasmissione del SARS-CoV-2 e Salute Mentale

La sindrome respiratoria acuta grave da SARS-CoV-2 si è diffusa rapidamente in più Paesi all'inizio del 2020 e alla fine di febbraio l'OMS ha dichiarato l'allerta pandemia. Ingenti misure di

controllo relative alla salute pubblica sono state prese dai Paesi più sviluppati in relazione ai focolai di infezioni emergenti, come l'immediato isolamento dei casi sintomatici nonché la tracciabilità, i test di massa, la quarantena dei soggetti venuti in contatto con i pazienti sintomatici. L'efficacia di queste misure nel contenere nuovi focolai dipendeva sia dalla dinamica di trasmissione dell'infezione sia dalla percentuale di trasmissione che si verifica da persone infette senza sintomi. Diversi Paesi hanno utilizzato combinazioni di *interventi non farmaceutici* per ridurre la trasmissione del virus.

In questo scenario complesso, la pandemia di coronavirus ha costituito un fattore di stress senza precedenti per la popolazione mondiale. In particolare, le popolazioni di pazienti con malattie mentali e i loro parenti sono state tra quelle più colpite, sia perché generalmente presentano stili di vita più problematici e incerti riguardo la residenzialità e le condizioni occupazionali, sia per la maggiore frequenza di variabili con alto profilo di rischio (come il fumo) che conferiscono una prognosi peggiore tra coloro che sviluppano la malattia (Benjamin G., Druss, 2020).

D'altra parte, c'è da dire che una maggiore vulnerabilità ai disturbi mentali è stata riscontrata anche a livello più generale. Una pandemia come quella in corso, infatti, si presenta con i caratteri di un evento catastrofico che scatena gravi preoccupazioni riguardo la possibilità di ammalarsi e morire. Preoccupazioni in grado di "elicitare" quadri fobici e quadri depressivi secondo uno spettro abbastanza ampio.

Le strategie di distanziamento fisico, inoltre, fondamentali per limitare la diffusione del contagio, hanno provocato maggiore isolamento e senso di solitudine, in particolare nella fase dei circa 70 giorni consecutivi di *lock down*.

È accaduto, pertanto, che le autorità statali italiane si siano trovate di fronte a una emergenza nell'emergenza: si siano trovate, cioè, a dover considerare l'allerta lanciato dalle comunità dei servizi di salute mentale circa l'urgenza di predisporre interventi massicciamente mirati a garantire un livello accettabile di salute mentale e di benessere per la generalità della popolazione.

In tale prospettiva, i clinici della salute mentale sono stati chiamati a rispondere alla domanda crescente di assistenza psicologica, venendo riconosciuta, quest'ultima, una parte imprescindibile del più ampio sistema sanitario implicato nella cura della pandemia di Covid-19.

#### **4. Il Servizio di Counseling dell'Università di Foggia**

Il diritto soggettivo di tutela della salute è sia personale sia collettivo. Esso è un diritto che può essere esercitato attraverso modalità più o meno attive, partecipative, di responsabilità, di controllo e potere. E può essere facilitato da numerosi e variegati interventi.

Il gruppo di Counseling dell'Università degli Studi di Foggia si inserisce quale polo volto a favorire i processi di promozione della salute, attraverso interventi centrati sia sulla persona sia sull'organizzazione.

Gli interventi centrati sulla persona prevedono azioni di prevenzione, diagnosi, sostegno psicologico. In questo caso, il counseling psicologico si pone in una zona di confine tra l'educazione alla salute e l'approccio psicoterapeutico. Si tratta di colloqui in cui il soggetto viene "aiutato ad aiutarsi", imparando a riconoscere le proprie risorse e a utilizzarle in modo funzionale.

Gli interventi centrati sull'organizzazione prevedono la progettazione di ambienti relazionali sani, in cui la gestione delle interazioni rispondano in modo congruente con le esigenze delle persone e dell'organizzazione.

Se per la prima tipologia d'azione si intende promuovere nei singoli individui quei processi attraverso i quali si rafforza l'affermazione di sé e quindi l'emancipazione e l'autodeterminazione personale; nella seconda tipologia d'azione, il focus è posto sull'analisi e la ristrutturazione degli ambienti relazionali di lavoro e di studio, ambienti che vanno "ricontestualizzati" secondo i principali bisogni delle persone, in continua e dinamica evoluzione con le esigenze organizzative, sociali e formative della istituzione universitaria.

## 5. La Pandemia e il Servizio di Counseling Unifg

Il Servizio di Counselling psicologico dell'Università degli Studi di Foggia, in occasione dell'emergenza sanitaria provocata dalla pandemia in corso, ha offerto la propria collaborazione al Ministero della Salute inserendosi in una ampia e articolata rete nazionale di intervento verso il territorio. In tal senso, il Servizio ha messo a disposizione la propria consulenza, rispondendo a numerose richieste di aiuto provenienti da diverse Regioni del Paese.

Ai clinici che hanno risposto alle chiamate, è subito apparso evidente come la salute mentale di alcuni sottogruppi di popolazione stia risentendo di nuovi fattori di stress. Le misure di tipo restrittivo volte al contenimento del virus hanno comportato, per bambini, giovani, famiglie, un cambiamento drastico nelle abitudini e negli stili di vita. Tutto questo ha causato l'aumento del rischio di maggior abuso di sostanze, gioco d'azzardo e violenza domestica.

Per gli anziani, in special modo quelli con multimorbilità, l'impatto dell'isolamento ha amplificato il senso di solitudine e abbandono. Contestualmente, il fluire continuo e ridondante dei messaggi veicolati dai *media* della comunicazione centrati sulla particolare esposizione degli anziani all'azione del virus ha spesso esasperato in loro le preoccupazioni riguardo la morte e la perdita dei propri familiari.

## 6. Risultati

In accordo con la maggior parte degli studi e report pubblicati (Ostinelli EG 2020; Liu S. *et al.*, 2020; Qiu J. *et al.*, 2020) la sottopopolazione da noi osservata, da fine aprile ad oggi, presentava depressione, ansia, ideazione suicidaria, psicosi e violenza in accordo ai criteri diagnostici DSM V.

I termini generici con i quali i soggetti si presentavano agli psicoterapeuti in servizio includevano:

- depressione, mancanza di piacere per qualsivoglia attività, tristezza per la maggior parte della giornata, difficoltà a concentrarsi, solitudine, isolamento, lamentosità e/o passare la maggior parte del tempo a rimuginare;

- ansia con sintomi che variavano dalla semplice paura a costante senso di spavento per la propria e l'altrui salute, in specie per i congiunti sia quelli con i quali convivevano sia quelli lontani e costretti, a causa del lockdown, a restare nelle regioni a maggior rischio, ipervigilanza, irritabilità e nervosismo per la maggior parte della giornata, attacchi di panico se pensavano di doversi recare all'esterno della abitazione o se dovevano recarsi all'esterno dell'abitazione, stress, tensione generale e preoccupazioni dominanti relative alla paura di ammalarsi di Covid e ansia di perdere il lavoro.

## 7. Conclusioni

L'emergere della pandemia di coronavirus nel mondo è stato osservato essere associato a un aumento del carico di sintomi psichiatrici nelle popolazioni colpite oltre che tra gli operatori sanitari, determinando un aumento del rischio di sequele a lungo termine per la salute mentale pubblica. Difatti, la necessità dei sistemi sanitari di rispondere all'ondata epidemica mettendo i

soggetti in quarantena/isolamento e sollecitando l'osservanza, da parte delle comunità, di misure di distanziamento fisico e sociale sta comportando un impatto notevole sul benessere psicologico della popolazione. Tutto questo rende indispensabile una attenta riflessione riguardo il bilanciamento tra i programmi di contrasto alla morbilità e mortalità correlata al Covid-19 e i programmi indirizzati a contrastare i più ampi rischi per la salute e il benessere psicologico.

I nostri primi risultati evidenziano come, in questa emergenza, un servizio di *counseling* mirato e specificamente monitorato abbia offerto interventi che hanno migliorato il benessere dei soggetti in difficoltà, riducendo i possibili rischi di cronicizzazione di alcuni disturbi mentali.

## Riferimenti bibliografici

Benjamin G. Druss (2020), "Addressing the COVID-19 Pandemic in Populations With Serious Mental Illness", in *JAMA Psychiatry*, 77(9): 891-892.

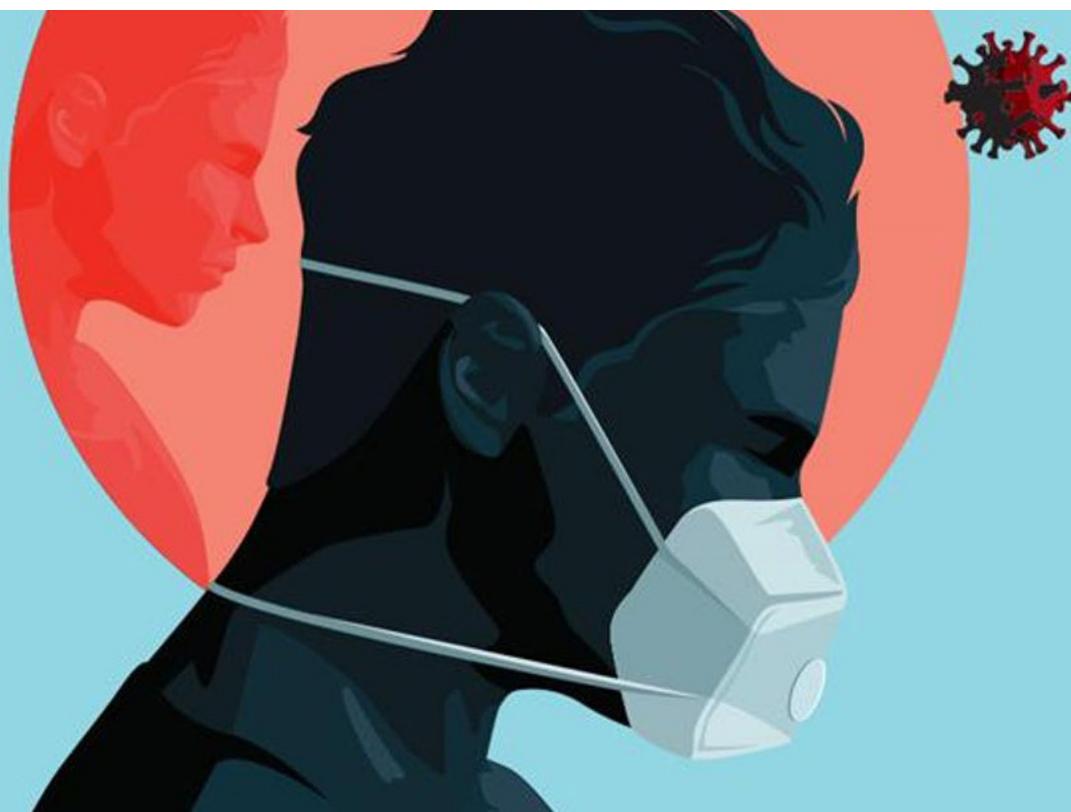
Gunnell D, Appleby L, Arensman E, et al. (2020), "Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic", in *The Lancet Psychiatry* 7, 6, P468-71.

Liu S, Yang L, Zhang C, et al. (2020), "Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak", in *The Lancet Psychiatry* 7, 4, e17-e18.

Ostinelli EG D'Agostino A Pesce L et al. (2020), "Mental health services and the city: a neighbourhood-level epidemiological study", in *Journal of Public Health*, DOI: [10.1007/s10389-020-01242-x](https://doi.org/10.1007/s10389-020-01242-x)

Qiu J, Shen B, Zhao M, Wang Z, Xie B, Xu Y. (2020), "A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations", in *General Psychiatry* 33(2): e100213.

Wang C, Pan R, Wan X, et al. (2020), "Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China", in *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17(5), 1729.





## Sitografia

[http://www.acmedsci.ac.uk/COVID mental health surveys](http://www.acmedsci.ac.uk/COVID%20mental%20health%20surveys) URL consultato il 15/08/2020

<https://www.ipsos.com/ipsos-mori/en-uk/Covid-19-and-mental-wellbeing> URL consultato il 15/08/2020

<http://eppi.ioe.ac.uk/cms/Projects> URL consultato il 15/08/2020

[https://www.who.int/mental\\_health/en/](https://www.who.int/mental_health/en/) URL consultato il 15/08/2020

<http://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus> URL consultato il 15/08/2020

<https://www.simit.org/> URL consultato il 15/08/2020



**prof.ssa Giovanna Celia** (Unifg)  
Ricamatore, SSD: Psicologia dinamica (M-Psi/07)



**dr. Angela Balzotti** (Unifg)  
Ph.D. in "Ambiente, Medicina e Salute", Centro di Counseling psicologico  
Università di Foggia (M-Psi/07)



**dr. Paola Lioce** (Unifg)  
Centro di Counseling psicologico, Università di Foggia (M-Psi/07)

# Appendice

## TAVOLA DATI OMS 10 Giugno 2020

### Globale

- 7.094.473 casi confermati nel mondo dall'inizio dell'epidemia
- 406.461 morti

### Cina

- 84.641 casi confermati clinicamente e in laboratorio
- 4.645 morti

### Europa

(Ultimi dati OMS, inclusa [Italia](#), fonte Dashboard Who European Region, 09 Giugno, ore 10:00 am)

- 2.307.132 casi confermati
- 184.731 morti

Primi Paesi per trasmissione locale nella Regione Europea

- **Russia** 485.253 casi (6.142 morti)
- **Regno Unito** 287.399 casi (40.597 morti)
- **Spagna** 241.717 casi (27.136 morti)
- **Italia** 235.561 casi (34.043 morti)\*
- **Germania** 184.543 casi (8.711 morti)
- **Francia** 154.188 casi (29.209 morti)

\*Fonte: Dipartimento Protezione Civile

### America

(Ultimi dati OMS. Fonte: Health Emergency Dashboard, 10 Giugno, ore 08.25 am)

- **Stati Uniti** 1.951.096 casi (110.770 morti)
  - **Brasile** 707.412 casi (37.134 morti)
  - **Canada** 96.244 casi (7.835 morti)
  - **Messico** 120.102 casi (14.053 morti)
-

*TAVOLA DATI OMS ITALIA 10 Giugno 2020*

*La situazione in Italia: 10 giugno 2020, ore 18.00*

**ATTUALMENTE POSITIVI**

**31710**

**DECEDUTI**

**34114**

**GUARITI**

**169939**

*Dati 10 giugno, ore 18*

Sono 235.763 i casi totali dall'inizio della pandemia:

- 31.710 persone attualmente positive
- 34.114 deceduti
- 169.939 guariti.

Variazioni rispetto al precedente bollettino:

- + 202 nuovi casi positivi
- + 71 deceduti
- + 1293 guariti.

Tra i 31.710 attualmente positivi (- 1162):

- 27.141 si trovano in isolamento domiciliare (- **887**)
- 4.320 ricoverati con sintomi (- **261**)
- 249 in terapia intensiva (- **14**).

Sono 4.381.349 (+ 62.699) i tamponi effettuati

---

**PSICOLOGIA CLINICA  
PSICOTERAPIA OGGI**