



**Psychological  
Early  
Intervention**



Co-funded by the  
Erasmus+ Programme  
of the European Union

# Casi Studio 1 Psych.E.In.



Project Number:  
2020-1-PL-KA202-082075

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.



## Casi Studio Psych.E.In.

### Indirizzati a Psicologi, Psicoterapeuti, Psicoanalisti

#### Contenuti

|                                                                                                                                                                                                                                           |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Introduzione .....                                                                                                                                                                                                                        | 1  |
| Caso studio 1                                                                                                                                                                                                                             |    |
| Tecniche e interventi di terapia del lutto.....                                                                                                                                                                                           | 2  |
| Caso studio 2                                                                                                                                                                                                                             |    |
| Sintomi acuti da Covid-19 e PTSD: approccio CBT individuale con enfasi sulla ristrutturazione cognitiva e sull'accettazione.....                                                                                                          | 6  |
| Caso studio 3                                                                                                                                                                                                                             |    |
| Interventi in incidenti critici .....                                                                                                                                                                                                     | 12 |
| Caso studio 4                                                                                                                                                                                                                             |    |
| Approccio CBT con ristrutturazione, visualizzazione e relieving nelle donne con sintomi di PTSD .....                                                                                                                                     | 17 |
| Caso studio 5                                                                                                                                                                                                                             |    |
| Sviluppare un “microcosmo”: l’esperienza di bambini e adolescenti rifugiati in un contesto comunitario. .                                                                                                                                 | 22 |
| Caso studio 6                                                                                                                                                                                                                             |    |
| Percorsi di resilienza nella crisi pandemica: primo percorso di resilienza online in accordo con il Toolkit adleriano di Intervento e Prevenzione della Crisi psicologica secondo il modello Adleriano della Psicologia Individuale ..... | 26 |
| Ringraziamenti.....                                                                                                                                                                                                                       | 31 |



## Introduzione

La raccolta di Casi Studio di Psychological Early Intervention (Psych.E.In.) è rivolta a psicologi, psicoterapeuti e psicoanalisti e presenta sei casi di studio che utilizzano diversi approcci metodologici applicati a differenti contesti di emergenza.

Il consorzio Psych.E.In. ha illustrato sei casi di studio condotti sia direttamente dai partner del progetto, sia tratti dalla letteratura. Il caso di studio è un metodo di apprendimento altamente adattabile e personalizzato che basa l'apprendimento sull'analisi di problemi e promuove lo sviluppo di capacità analitiche, andando oltre al riferimento esclusive delle conoscenze, per sviluppare competenze di analisi, valutazione e applicazione personale. Allo stesso modo, i casi di studio possono facilitare l'apprendimento interdisciplinare, come è raccomandato negli interventi di psicologia dell'emergenza, e possono essere utilizzati per evidenziare le connessioni tra i contenuti, i metodi e le applicazioni del mondo reale. È stato dimostrato che i casi di studio migliorano l'apprendimento personale degli adulti, promuovendo e migliorando le prestazioni professionali nelle valutazioni e nelle competenze.

I contesti di emergenza dell'Intervento Psicologico Precoce descritti nella raccolta di casi sono:

- Contesto 1: emergenze sanitarie umanitarie (come la crisi pandemica) (Caso 2, Caso 4 e Caso 6)
- Contesto 2: emergenze umanitarie per disastri naturali umani (come terremoti, tornado, incendi, incidenti tecnologici indotti naturalmente) (Caso 3)
- Contesto 3: evento traumatico riguardante la salute (Caso 1, Caso 4)
- Contesto 4: emergenze umanitarie per incidenti tecnologici (come incidenti chimici o nucleari, NBC)
- Contesto 5: emergenze umanitarie sociali (come attacchi terroristici, rivolte, migrazioni forzate con la presenza intensa di rifugiati e richiedenti asilo, conflitti e guerre, attacchi, violenza fisica o suicidi, morte violenta, sparizioni, rapimenti, torture) (Caso 5)
- Contesto 5: incidenti (come gravi incidenti stradali, sul lavoro o a scuola)
- Contesto 6: emergenze umanitarie di impatto globale (conflitti e guerre, terrorismo, crisi economiche).

La raccolta di casi di studio sull'intervento precoce psicologico (Psych.E.In.) offre una panoramica completa di diversi approcci che raramente si trovano nell'intervento precoce psicologico. I metodi descritti dai casi sono:

- Terapia familiare (Caso 1)
- Cognitivo comportamentale – Ristrutturazione cognitive e accettazione (Caso 2 e Caso 4)
- EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) (Caso 3)
- Psicologia Transculturale (Psicologia Etno-clinica) e Gruppo-Analitica (Caso 5)
- Metodo Bio-psico-sociale (approccio Adleriano) (Caso 6)

Ogni caso fornisce una prospettiva globale di interdisciplinarietà che prende in carico tutte le fasi dell'emergenza.

Per saperne di più, consulta il sito web di Psych.E.In: Casi di studio e consulta ulteriori buone pratiche al link: [https://psychein.pixel-online.org/gp\\_CaseStudies.php](https://psychein.pixel-online.org/gp_CaseStudies.php). Troverai oltre al presente fascicolo: la raccolta di casi clinici per formatori di psicologi, psicoterapeuti e psicoanalisti, una raccolta di bibliografie, altri esempi di buone pratiche, individuabili attraverso parole chiave.



## Caso Studio 1

### Tecniche e interventi di terapia del lutto

**Responsible partner:** Jan Kochanowski University (PL)

**Author:** Ackerman Courtney E.

**Keywords:** Pandemia, Lutto, Counseling Therapy Techniques

## 1 Descrizione dell'evento

Durante la pandemia da Covid-19, una famiglia composta da madre (50 anni), figlia (22 anni) e figlio (16 anni) si è rivolta al Centro per l'Intervento in situazioni di crisi di Kielce (Polonia) in cui si forniscono interventi di psicoterapia prevenzione e di educazione. Due mesi prima, il padre della famiglia (56 anni) era morto a causa del covid-19 per un'insufficienza respiratoria. Il decesso è stato improvviso. L'uomo era malato da due settimane. Il decesso è avvenuto improvvisamente in ospedale. L'équipe di intervento era composta da due persone (psicologi).

## 1 Condizioni generali

La madre, la signora Anna, ha accusato immediatamente disturbi psicosomatici. Aveva disturbi del sonno, non riusciva a mangiare, nel giro di un mese aveva perso più di 5 kg. Si svegliava di notte, aveva molti pensieri negativi e cattivi. Il suo umore calava, si sentiva molto stanca e debole. Aveva difficoltà a concentrarsi. Durante il giorno aveva una forte ansia. Temeva per il suo futuro e per quello dei suoi figli. Prova anche un forte senso di colpa. Si incolpava per la morte del marito: "Se avessi chiamato prima un medico, mio marito avrebbe potuto continuare a vivere". Era molto legata al marito: avevano costruito negli anni un buon matrimonio e una buona famiglia. Erano vicini l'uno all'altra. Avevano progetti per il futuro. La pandemia e la morte "le hanno portato via tutto".

La figlia Elżbieta è una studentessa universitaria. Studia marketing. Ha molta paura per sua madre. Non sa come aiutarla. Anche lei accusa problemi del sonno. Anche l'umore è depresso. Tuttavia, non riporta problemi con il cibo. A casa, si è fatta carico di tutti i compiti. La mamma non ne è in grado. Elżbieta fa la spesa, si assicura che le bollette siano pagate. Ha molta paura per il futuro. All'inizio, parenti e amici venivano spesso a trovarli. Ora sono sempre meno le persone che li visitano. L'isolamento sociale aumenta: la mamma non vuole andare da nessuna parte. Attualmente non lavora e non riesce a fare nulla.

Il figlio Mateusz frequenta la classe seconda della scuola superiore. È stato profondamente colpito dalla morte del padre. Non se lo aspettava. Era molto legato a suo padre. È molto preoccupato per sua madre. Ha paura di fare qualcosa di brutto a se stesso. Mateusz attualmente dorme bene, non ha problemi a mangiare. Va a scuola. Non ci sono problemi a scuola. Tuttavia, pensa spesso a suo padre. Ha pensieri intrusivi, si chiede continuamente: "Perché è successo?". Non riesce ad accettare la morte del padre.



Co-funded by the  
Erasmus+ Programme  
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

A volte Matthew è esplosivo e arrabbiato con gli altri e con il mondo intero. Poi si siede al computer e gioca. A volte gioca per diverse ore. A casa, non parlano di quello che è successo. È troppo doloroso. Hanno paura che le conversazioni peggiorino ulteriormente le condizioni della madre. Non parlano nemmeno del futuro. Ci sono molte cose da fare. La mamma, però, non è in grado di occuparsi di loro. Matthew si preoccupa di ciò che accadrà in seguito.

I terapeuti del Centro hanno incontrato l'intera famiglia. Hanno valutato il funzionamento di ciascun membro della famiglia. Il funzionamento peggiore è quello della madre, la signora Anna. Ha sintomi depressivi: disturbi del sonno, disturbi alimentari, umore depresso, pensieri negativi su se stessa, pensieri negativi sul futuro, pensieri di rassegnazione (senza pensieri suicidi). Si ritira dalle attività quotidiane, non lavora, non svolge le mansioni domestiche. Si isola dalle persone. La figlia, la signora Elżbieta, si è fatta carico dei compiti domestici. Fa la spesa, cucina, pulisce. Anche lei ha sintomi depressivi e una reazione al trauma, ma non così forte come quella della madre. La figlia va a lezione ed è attiva. Ora si preoccupa soprattutto della madre, pensa meno a quello che è successo. Il figlio Mateusz funziona psicofisicamente abbastanza bene. Tuttavia, sfugge al dolore mentale giocando al computer. Non esce molto di casa perché ha paura della madre. Va a scuola, non ha problemi di apprendimento.

La famiglia si è trovata in una situazione altamente traumatica legata alla morte del padre e alla pandemia. È composta da tre persone: madre, figlia e figlio. La madre presenta sintomi fortemente depressivi, la figlia si è fatta carico dei compiti domestici, il figlio fugge nei giochi al computer.

La comunicazione in famiglia è molto ristretta. I confini della famiglia sono ormai rigidi. I contatti con le persone esterne alla famiglia sono limitati. I membri della famiglia si sostengono reciprocamente, si mostrano reciprocamente attenti, ma soprattutto nel rapporto tra i figli e la madre. La madre funziona male nei ruoli della vita. I figli funzionano abbastanza bene a scuola, ma hanno contatti sociali limitati.

## 1 Intervento

Il primo incontro con la famiglia. La famiglia si è rivolta al centro per chiedere aiuto. È stata indirizzata dalla sorella di Anna, che ha organizzato una famiglia per telefono. Il primo incontro è stato condotto da due terapeuti. Nonostante la pandemia e le raccomandazioni sul contatto online, si è deciso per un contatto diretto, faccia a faccia. Per l'incontro è stata stabilita una collaborazione con la famiglia, fornendo comprensione e sostegno. È stata effettuata una diagnosi delle problematiche. È stato valutato il funzionamento di ciascun membro della famiglia e dell'intero sistema familiare. Sono state inoltre stabilite le aspettative della famiglia riguardo agli obiettivi e alle forme di assistenza. La consultazione familiare era finalizzata ad aumentare la sicurezza e la stabilità in una situazione traumatica. Fin da subito, sono state create delle condizioni sicure per parlare del trauma. Per la prima volta dalla morte del padre, la madre e i figli hanno parlato insieme dell'accaduto e della situazione attuale. Hanno anche potuto esprimere in sicurezza le loro emozioni e paure. Hanno espresso la loro disponibilità a ulteriori incontri. Gli operatori hanno proposto incontri separati per ciascun membro della famiglia e incontri comuni per l'intera famiglia. Innanzitutto, è stato organizzato un incontro tra la signora Anna con un medico per migliorare il sonno. Una volta alla settimana si sono svolti incontri individuali con tre diversi operatori. Una volta al mese si sono tenute riunioni congiunte con la famiglia. Il lavoro di intervento è previsto per sei mesi. Il lavoro individuale con la madre, signora Anna, mirava a stabilizzare e a migliorare il suo funzionamento e a ridurre i sintomi depressivi. L'obiettivo successivo è stato quello di elaborare la perdita e il lutto. Il lavoro con i figli si è concentrato sui loro problemi e bisogni non solo nel contesto della perdita del padre, ma anche delle loro paure per la madre. Gli incontri con la famiglia si sono concentrati sull'elaborazione del lutto insieme e sul miglioramento del funzionamento del sistema familiare.



Co-funded by the  
Erasmus+ Programme  
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

#### 4. Effetti

Dopo tre mesi, il funzionamento della madre, la signora Anna, è migliorato. Il medico le ha consigliato degli antidepressivi. Grazie a questi, il sonno e l'attività sono migliorati e i sintomi depressivi sono diminuiti. La signora Anna è tornata a svolgere le sue mansioni domestiche e il suo lavoro. Grazie a ciò, la figlia ha potuto partecipare maggiormente alla vita al di fuori della famiglia. Il figlio Mateusz ha iniziato a controllare il tempo dedicato ai suoi giochi al computer e a contattare più spesso gli amici. Gli incontri con la famiglia hanno aiutato molto a vivere il lutto. Durante questi incontri, la famiglia ha potuto esprimere insieme i propri sentimenti, sia la tristezza che la paura del futuro. Un momento importante del lavoro con la famiglia è stata la stesura della lettera di addio al padre (dopo sei mesi di lavoro terapeutico). Hanno scritto una lettera congiunta. Ma ognuno ha anche scritto una lettera al proprio padre. Hanno portato queste lettere al cimitero, sulla tomba di mio padre.

**Fonte:** Ackerman Courtney E. (2018). 3 Grief Counseling Therapy Techniques & Interventions.  
<https://positivepsychology.com/grief-counseling/>



## Caso studio 2

### Gravi sintomi di COVID-19 e PTSD: Approccio CBT individuale con enfasi sulla ristrutturazione cognitiva e sull'accettazione

**Partner Responsabile:** Università di Presov (SK)

**Autore:** Ľubica Zibrínová

**Parole chiave:** COVID-19, PTSD, ristrutturazione cognitiva e accettazione

#### 1. Descrizione dell'evento

##### 1. Scenario

Il paziente, Pietro, 53 anni, si presenta in studio privato per l'intervento psicoterapeutico dopo aver subito il COVID-19 di grado severo con necessaria induzione di sonno artificiale per un periodo di circa un mese. Dopo la sospensione del sonno artificiale e la possibilità di muoversi autonomamente, si presenta su consiglio del medico di famiglia e dei familiari. Lamenta una serie di paure lasciate in lui dal ricovero. La paura più forte deriva dalla sua sfiducia nei confronti dei medici. Ritene che non abbiano sufficienti competenze e conoscenze professionali, motivo per cui le persone soffrono e muoiono. Ha difficoltà ad andare da solo alla visita di controllo, teme che possano sbagliare di nuovo qualcosa e che questa volta lui muoia. Sua moglie è malata di cancro, ha una forte paura per la sua vita e per l'influenza dei medici sulla sua salute. Quando vede il telegiornale o il medico, rabbrivisce e gli tornano in mente i ricordi dell'ospedale e una forte sensazione di impotenza e di finezza.

##### 2. Gruppo di intervento

Terapeuti formati in terapia CBT.

#### 2. Condizioni Generali

Quando il paziente contrae il virus COVID-19 era molto preoccupato per la vita della moglie: non immaginava che lui stesso sarebbe stato in pericolo, così assorbito dall'assistenza alla moglie, malata di cancro. Quando si manifestarono i sintomi della malattia di Covid, nelle prime fasi li gestì ragionevolmente bene. Dopo il periodo di incubazione, si sviluppò una fase sintomatica con sintomi non caratteristici di infezione delle vie respiratorie (simili a quelli dell'influenza). Il sintomo tipico era la perdita temporanea del gusto e dell'olfatto.

Lo stadio polmonare iniziale si manifestò con dispnea nei giorni 5-8 della malattia. Le condizioni non migliorarono, anzi, la febbre persisteva e si associava la dispnea. In questa fase, il virus aveva già causato danni ai polmoni (polmonite virale) e la reazione immunitaria sregolata con tutte le sue conseguenze, la cosiddetta tempesta di citochine, stava gradualmente aumentando. La malattia progredì fino allo stadio polmonare avanzato. Descrizione dei sintomi della COVID-19:

- grave mancanza di respiro
- pressione forte e incessante nel petto
- forte dolore al petto
- perdita della parola, confusione al risveglio
- tosse con sangue
- aumento della temperatura, febbre
- tosse secca



- stanchezza
- brividi
- perdita dell'olfatto o del gusto
- mal di testa
- dolori muscolari o articolari
- mal di gola

Successivamente, gli venne indotto il sonno artificiale, per circa un mese, per poi essere risvegliato. Dopo l'interruzione del sonno artificiale, compaiono i primi sintomi psicosomatici, quali confusione, disorientamento, perdita della capacità di ricordare il passato, perdita di mobilità e forti dolori muscolari in tutto il corpo. Nonostante il trattamento antinfiammatorio intensivo, rimane presente una tosse intensa. La rabbia si unisce alla paura e all'impotenza. Successivamente si stabilizza, viene dimesso e assistito dall'assistenza domiciliare. Viene consigliata una riabilitazione intensiva per recuperare la mobilità. Questa fase dura circa cinque mesi. Durante questa fase viene assistito dalla moglie (ancora malata di cancro). Il paziente pensava di stare peggio di lei, poiché dipendeva dal suo aiuto. La notte non riusciva a dormire, temendo di non svegliarsi. Ad ogni menzione di medici, ospedali e malattie, rabbriviva, incapace di controllare la paura, e gli tornavano in mente immagini vivide del momento successivo al risveglio. In seguito, si sviluppata una sintomatologia post-traumatica:

- incubi
- pensieri spaventosi
- sudorazione e tremore
- rifiuto di parlare dell'evento
- evitare le cose che ricordano l'evento
- sensazione di distacco e alienazione dagli altri
- incapacità di ricordare alcuni aspetti dell'evento
- diminuzione dell'interesse per la vita
- difficoltà di concentrazione
- difficoltà ad addormentarsi o a svegliarsi e non riuscire ad addormentarsi
- malumore
- irritabilità
- scoppi d'ira
- eccessiva vigilanza nei confronti di potenziali pericoli
- provare sentimenti distruttivi durante eventi simili
- sensi di colpa
- fobie
- disturbo d'ansia
- depressione grave
- mal di testa
- dolore al petto
- ansia e dolore fisico
- sistema immunitario indebolito
- problemi dei meccanismi di base



### 3. Intervento psicoterapeutico

Il primo intervento di stabilizzazione propone l'utilizzo della respirazione controllata, con l'esposizione a ricordi e fatti di attualità e con la ristrutturazione cognitiva, con l'obiettivo di accettare la vita reale con la presenza di possibili malattie anche di natura molto grave. Nella prima fase dell'intervento, la terapeuta si limita a far parlare il cliente e a chiedergli fatti a supporto delle sue funzioni cognitive. In un secondo momento la terapeuta decide di somministrare una breve batteria diagnostica con l'obiettivo di orientarlo verso i punti deboli del funzionamento psicologico che dovevano essere rafforzati nella terapia. Vengono proposti gli schemi disadattivi di Young, il questionario YSQ-S3 SK-90 item, la Impact of Event Scale-Revised (IES-R), il PHQ-9 per i sintomi depressivi e la Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7) a sette item. L'intervento sarà descritto in 7 fasi (sessioni):

#### 1. Intervento di stabilizzazione – Utilizzare tecniche di stabilizzazione per allenarsi qui e ora

Le tecniche di stabilizzazione sono state utilizzate per portare l'ansia e la tensione opprimente nello stato "qui e ora", cioè nel presente. Viene usato:

- il conteggio da 100 a 7 ("accensione" delle funzioni cognitive);
- la mindfulness compassionevole: sedersi e osservare le sensazioni che si presentano nel corpo. Quando le noto, posso avere un pensiero: benvenuto; respirazione quadrata: inspirare dal naso per 4 secondi. Trattenere il respiro per 4 secondi. Espirare dal naso per 4 secondi. Trattenere per 4 secondi. Nella mente, quindi, giriamo intorno al quadrato. Si consiglia di eseguire l'esercizio da seduti e successivamente camminando.

#### 2. Intervento di focalizzazione – Utilizzare tecniche per migliorare la concentrazione e l'attenzione

- elencare tutto ciò che è nella stanza (o ciò che tutto nella stanza è verde, ecc.) La procedura aiuta il cervello ad estendere la percezione ad altre cose.
- Mi siedo su una sedia, a occhi chiusi, e mi limito a notare e osservare: Quali parti del corpo toccano la sedia? Dove c'è più pressione? Quali parti del corpo sono calde e quali fredde? Quali suoni mi arrivano dall'esterno e dall'interno del corpo? Quali odori mi arrivano? Quale sapore sento in bocca? Apro gli occhi e osservo quali colori mi arrivano - Per fermarmi, per ritirarmi da ciò che sta accadendo. Nella mia mente, immagino una posizione "drone" e osservo solo questa distanza.

#### 3. Intervento di accettazione - Accettazione delle emozioni negative: trovare una relazione positiva con un'emozione negativa.

- La tecnica RAIN per affrontare i sentimenti spiacevoli e per accettare l'emozione senza che il paziente la affronti internamente.
  1. R - RICONOSCERE – per riconoscere i propri sentimenti ed emozioni, che gli stanno accadendo, diventarne consapevole.
  2. A - ACCONSENTIRE – per accettare l'esperienza così com'è, accettare questi sentimenti. Lasciare che siano come sono in quel momento. Questo tipo di accettazione gli permetterà di essere più in contatto con se stesso e di non rimanere nella negazione o resistenza.
  3. I - INVESTIGARE – per esplorare con gentilezza e rivolgere la curiosità all'esperienza in corso. Poniti semplicemente la domanda: "Cosa mi sta succedendo? Cosa chiede la mia attenzione? Come la sento nel mio corpo?"



4. N – CONSAPEVOLEZZA NATURALE o NON-ACCETTAZIONE - la consapevolezza naturale di non identificarsi con la sensazione o il pensiero spiacevole. Il nostro Sé non è limitato da emozioni temporanee, e qui sta la libertà.

#### 4. Intervento di assicurazione e rinforzo

- Il paziente sentiva un bisogno irrazionale di essere assicurato e di avere il controllo di ciò che stava accadendo, quindi abbiamo cercato nuove opinioni e atteggiamenti sugli eventi reali.
- Punti di vista costruttivi: fornire una prospettiva costruttiva su ciò che stiamo vivendo. Abbiamo cercato in ogni situazione delle risorse che potessero essere utilizzate. Abbiamo cercato di sostenere ciò che possiamo fare.
- Focalizzati sul qui e ora: non abbiamo alcun controllo su ciò che accadrà. Tutti i piani sono stati infranti. L'importante è concentrarsi solo su questo giorno, sul "qui e ora". Su ciò che è qui, su ciò che è alla mia portata.

#### 5. Intervento – Ristrutturazione Cognitiva

- Questo metodo serve a:
  1. prendere coscienza dei pensieri negativi che hanno un impatto sull'insorgere dell'umore negativo
  2. esplorare la validità dei pensieri
  3. trovare pensieri razionali
  4. testare la validità di una risposta razionale in situazioni reali.

Utilizzando la domanda socratica, abbiamo esplorato la validità dei pensieri:

- non ci si può fidare dei medici, non hanno né conoscenze né competenze professionali sufficienti
- non riesco ad addormentarmi, quando mi addormento non mi sveglio più
- mia moglie ha il cancro e io sto peggio di lei
- se vado dal medico, mi farà del male e morirò
- sono malato, non potrò mai più essere funzionale

Le seguenti domande (argomenti) sono state approfondite:

1. Quali sono i pro? Quali i contro?
2. Ci sono altre spiegazioni possibili?
3. Che cosa penserebbe qualcun altro in una situazione simile?
4. Questa idea è basata su una sensazione o sulla realtà?
5. Quali sono i vantaggi o gli svantaggi di pensare in questo modo?
6. Quali errori logici commette?
7. Dimentica alcuni fatti importanti e sopravvaluta l'importanza di inezie?
8. Pensa in termini estremi - tutto o niente?
9. Si occupa di domande a cui non si può rispondere?
10. Fa richieste più severe a se stesso che agli altri?
11. Sopravvaluta la probabilità che un determinato evento si verifichi?
12. Anche se dovesse accadere ciò che il paziente teme, cosa ci sarebbe di così terribile?
13. Il paziente si assume anche la responsabilità di eventi che sfuggono al suo controllo?



## 6. Intervento – Accettazione della realtà, accettazione della malattia come una possibile componente della vita

John Leach ha affermato: "Sono state recuperate vittime da scialuppe di salvataggio dotate di cassette di emergenza (razzi, cibo, kit di pronto soccorso e altro) che nessuno ha mai aperto e il cui contenuto importante non è stato utilizzato. Qualcuno si arrende troppo presto".

In situazioni difficili, tutti hanno a disposizione una quantità limitata di risorse. L'importante è gestire bene le risorse e cercare soluzioni creative, quelle a cui non penseremmo subito. Combinare diverse opzioni e sostituire le risorse con qualcos'altro.

Esercizi suggeriti che hanno offerto le seguenti opzioni:

- Data l'instabilità motoria, leggere 1 ora al giorno - può essere attuato anche nei malati.
- Per rafforzare la stabilità motoria, costruire un modellino di un aereo, indipendentemente dalla qualità del risultato - può essere attuato anche da un individuo malato.
- Per iniziare a imparare una lingua straniera - allenamento della memoria - può essere attuato anche da un individuo malato.
- Aiutare i malati - al termine della terapia, il paziente ha frequentato un corso di massaggio per essere utile alle persone malate e inferme, per alleviare il dolore degli altri e per capire l'importanza di aiutare.
- Diversificare l'autoanalisi per aiutare gli altri. Perseverare significa "non arrendersi", indipendentemente dalle difficoltà.

## 7. Intervento - Ricerca del significato positivo del trauma nella crescita personale del paziente.

### 4. Effetti

#### 1. Indicatori di risultato (ad es. IES-R)

Miglioramento significativo dei sintomi di PTSD, depressione e ansia misurati con IES-R, PHQ9 e GAD-7.

#### 2. Sintomatologia

Riduzione significativa della sintomatologia PTSD e dei sintomi di depressione e ansia generale. Cambiamento della prospettiva sulla situazione di vita. Aumenta l'apprezzamento e la gratitudine per il fatto che la sua vita è stata salvata e che gli altri lo hanno aiutato. Questa prospettiva porta a una maggiore apertura verso gli altri e a una maggiore disponibilità ad aiutare gli altri.

#### 3. Funzionamento sociale

Diventare più aperto agli altri, riduce la sua ostilità e diminuisce significativamente l'isolamento sociale. Aumento del funzionamento quotidiano. Cambiare lavoro dopo 13 anni per un lavoro più adeguato alle sue capacità, esigenze e formazione. Cercare le possibilità di aiutare gli altri come volontario in un ospedale. Migliore accettazione dei cambiamenti di vita (ad esempio, avere nuovi vicini).



Co-funded by the  
Erasmus+ Programme  
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

## 5. Interdisciplinarietà globale

Questo caso studio può essere un buon esempio di lavoro graduale con un cliente che ha subito un trauma. Attraverso la gestione dei sintomi dello stress acuto, ad esempio attraverso l'allenamento alla respirazione regolata e alle tecniche di stabilizzazione, e poi cambiando la prospettiva sul trauma attraverso la ristrutturazione cognitiva e l'accettazione dell'esperienza traumatica e delle sue conseguenze, che aiuta a integrare l'esperienza nella propria vita. Le tecniche presentate nel caso studio possono essere utilizzate anche separatamente in riferimento alle diverse fasi di stress e da diversi approcci e da diverse persone che forniscono un intervento incentrato sul trauma. La descrizione di ogni fase dell'intervento nel contesto di un caso specifico consente di comprendere meglio come queste fasi dell'intervento possano essere utili nell'elaborazione delle reazioni post-traumatiche, nell'integrazione dell'esperienza traumatica e nel processo di crescita post-traumatica.

**Fonte:** Ľubica Zibrínová. Individual CBT interventions with client suffered with severe COVID-19. Casa study from own clinical practice. Ambulance of Clinical Psychology, Presov, Slovakia.

## Caso studio 3

### Interventi in situazioni critiche

**Partner responsabile:** Associazione per l'EMDR in Italia (IT)

**Autore:** Roger M. Solomon

**Parole chiave:** Emergenze, intervento EMDR

#### **Metodo:** EMDR

#### **1. Descrizione dell'evento**

##### Scenario

Si può definire una tragedia comunitaria un evento critico che colpisce un gruppo di individui, in cui le infrastrutture della comunità vengono distrutte e in cui nell'immediato periodo successivo diventano prioritari problemi quali riparo, cibo, sicurezza.

#### **2. Condizioni generali**

##### 1. Condizioni generali delle vittime/gruppo.

Le vittime di eventi critici possono essere colpite da:

- Disturbo acuto da stress (ASD)
- Depressione
- Reazioni complicate al lutto
- Paura, ansia, eccitazione fisiologica a un livello tale da interferire con il funzionamento
- Problemi di controllo della rabbia
- Stati dissociativi gravi
- Disabilità funzionale
- Abuso di sostanze
- Disturbi relazionali

##### 2. Effetto del livello generale di funzionamento attuale della vittima.

Inizialmente i sopravvissuti possono essere in stato di shock, per cui sono più appropriati gli interventi a basso impatto che si concentrano sulla stabilizzazione psicologica. Si tratta di interventi che promuovono un senso di sicurezza, abbassano l'eccitazione e forniscono istruzione e supporto per strategie di coping adattive.



### 3. Intervento

È importante adottare un approccio longitudinale e fornire un continuum di interventi psicologici per soddisfare i bisogni che cambiano nel tempo, anche in base alla fase di recupero delle persone. In seguito a un incidente critico, gli obiettivi clinici sono tre e si sovrappongono e cambiano nel tempo:

1. *Stabilizzazione (prime 48 ore o più),*
2. *Individuazione delle risorse e della capacità di coping (da 24 ore a 12 settimane),*
3. *Supporto al recupero (da 2 a 52 settimane).*

Le strategie di intervento possono essere sviluppate in base a:

1. Popolazione target, stabilire chi ha bisogno di un intervento?
2. Tipo di incidente: quali interventi sono appropriati?
3. Tempi: quando erogare l'intervento?
4. Temi: quali sono i fatti dell'incidente, i problemi e le preoccupazioni?
5. Risorse: quali sono le migliori risorse disponibili per fornire i servizi?
6. Valutazione continua: implementare un sistema di follow up.

1. Descrizione della fase iniziale: prime 48 ore (triage/outreaching, soccorso di emergenza, valutazione del danno).

- La *stabilizzazione* è l'obiettivo degli interventi nelle prime 48 ore. Dopo l'evento, la persona vive uno stato di transizione, in cui cerca di convalidare, verificare e comprendere la propria esperienza. È un periodo critico in cui le persone traumatizzate sono suggestionabili e inclini a dissociarsi se sollecitate. L'obiettivo dell'intervento psicologico nel periodo immediatamente successivo è dunque la stabilizzazione: il contenimento emotivo e l'offerta di strategie di coping costruttive per diminuire lo stato di attivazione, aumentare il controllo e impedire che il disagio o la compromissione peggiorino. L'esposizione a stimoli eccitatori deve essere ridotta al minimo.

2. Primo intervento psicosociale (stabilizzazione, accesso alle risorse, rifugio temporaneo e/o alloggio)

- *Valutazione del funzionamento/bisogni.* La valutazione del funzionamento e dei bisogni (triage) viene condotta per determinare i bisogni. La valutazione deve essere effettuata per valutare l'impatto dell'evento e i bisogni.
- *Primo soccorso psicologico.* Il primo soccorso psicologico (PFA) è l'uso di interventi orientati al pragmatismo, forniti durante la fase di impatto immediato a individui che stanno sperimentando reazioni acute allo stress o che sembrano incapaci di recuperare da soli un sufficiente equilibrio funzionale (Young, 2006). L'intento del PFA è quello di favorire il coping adattivo e la risoluzione dei problemi. Il PFA comprende interventi mirati a 1. Sicurezza. 2. Calma/stabilizzazione. 3. Connessione con gli altri. 4. Aumento dell'autoefficacia e dell'empowerment. 5. Speranza

3. Interventi individuali

Intervento di crisi individuale. Quando una persona è particolarmente turbata, è indicata una seduta individuale, piuttosto che un intervento di gruppo. L'esposizione alle storie degli altri può intensificare le reazioni della persona. Con le dovute cautele, l'EMDR può essere utilizzato in un contesto di intervento in caso di crisi (Solomon, 1998), (Shapiro E. e Laub, 2015).



#### 4. Interventi di gruppo

Interventi psicosociali sulla rete familiare, sulla comunità, sulla scuola, sull'organizzazione, sul dipartimento.

- *Briefing sulla gestione della crisi* (Mitchell & Everly, 2000), chiamato anche Orientamento allo stress da incidente critico (Solomon & Macy, 2003). Questo intervento è simile a una riunione cittadina e può essere applicato a grandi gruppi di persone. L'incontro è di natura informativa (psicoeducazione) e si concentra sulla descrizione dei fatti accaduti e sull'insegnamento delle reazioni normali e delle abilità di coping. Riunirsi con altre persone in un ambiente sicuro e protetto fornisce una struttura, rafforza la coesione del gruppo e riduce l'isolamento, oltre a fornire un'opportunità di triage.
- *Smobilitazione* (Mitchell & Everly, 1996, 2000). Questo intervento viene solitamente fornito al personale dei servizi di emergenza dopo un evento su larga scala, quando ci sono troppe persone coinvolte per fornire servizi più personalizzati. È concepito come una rapida sessione informativa e di riposo dopo l'evento. Dopo essersi allontanate dalla scena dell'incidente, le unità possono recarsi in un luogo dove ricevono una breve sessione informativa (ad esempio, 10 minuti) sullo stress da incidente critico e sul coping e hanno a disposizione alcuni minuti (ad esempio, 20 minuti) per mangiare e riposare. Colui che fornisce servizi psicologici può essere a disposizione per offrire una breve formazione e per individuare in modo informale gli individui che potrebbero aver bisogno di ulteriore assistenza.
- *Defusing* (Mitchell & Everly, 1996, 2000). Il defusing è un incontro o una discussione di gruppo su un incidente critico condotto nelle prime ore successive all'evento. Non è un intervento appropriato per un disastro di massa. È indicato invece per coloro che condividono la stessa prospettiva sono inseriti nello stesso gruppo, ad esempio un gruppo di lavoro, o per vittime che si trovano sulla scena o che condividono la stessa prospettiva. Il defusing rafforza i benefici della coesione e dell'identificazione del gruppo e riduce l'isolamento. I gruppi possono essere molto utili per convalidare e normalizzare l'esperienza. Un defusing dura in genere 20-45 minuti. Gli obiettivi sono attenuare l'impatto dell'evento, ridurre i sintomi, promuovere il processo di recupero e valutare la necessità di ulteriori servizi. Si enfatizza il contenimento, piuttosto che l'apertura. L'operatore adeguatamente formato può condurre il defusing.
- *Invio*. Se le persone sono gravemente colpite e non riescono a far fronte alla situazione, è necessario un invio per un'ulteriore valutazione e trattamento. Tra i primi esempi di condizioni che richiedono un invio vi è l'elenco dei sintomi descritti nel paragrafo 2.

#### 5. Descrizione della fase acuta 24 ore-12 settimane (identificazione della capacità di far fronte alla situazione e delle risorse).

Una parte importante del recupero è l'identificazione delle risorse disponibili che possono aiutare a promuovere il recupero. Queste risorse includono la rete sociale (amici e familiari), i servizi della comunità, i servizi professionali, le istituzioni religiose, i servizi medici, ecc. Una valutazione per determinare quali interventi siano appropriati e quando, dovrebbe essere condotta dopo alcuni giorni.

- *Debriefing sullo stress da incidente critico (CISD)* (Mitchell & Everly, 1996, 2000). Si tratta di una discussione volontaria, confidenziale e non valutativa del coinvolgimento, dei pensieri e delle reazioni derivanti dall'incidente. Il conduttore è un professionista della salute mentale. Il personale formato al supporto dei pari spesso assiste ai debriefing forniti agli operatori dei servizi di emergenza. Un CISD fornisce anche una formazione e una discussione sullo stress e sul modo di affrontarlo. Viene condotto con gruppi omogenei (cioè gruppi che condividono la stessa prospettiva sull'incidente)



dopo la fine dell'incidente. Di solito viene erogato da 1 a 14 giorni dopo la crisi, ma può anche essere successivo a seconda della situazione. Pertanto, un CISD potrebbe non essere immediatamente applicabile dopo un disastro di massa in cui l'impatto è prolungato e continuo. Gli obiettivi di un CISD sono attenuare i sintomi acuti, valutare la necessità di un follow-up, promuovere il recupero e, se possibile, facilitare la chiusura psicologica. Inoltre, il CISD offre l'opportunità di valutare chi potrebbe aver bisogno di un invio per ulteriori servizi. Il CISD non è un trattamento del trauma, ma una modalità di intervento in caso di crisi che deve essere inserita in un contesto globale.

- Il CISD è uno strumento in qualche modo controverso. L'esposizione a storie di altre persone può aumentare il disagio e può essere controindicata (Wessely, Rose, & Bisson, 1998). Per esempio, le persone che mostrano segni significativi di dissociazione, angoscia acuta e agitazione, o le persone che si isolano, possono essere influenzate negativamente dall'esposizione alle storie di altre persone e possono trarre maggiore beneficio da interventi di primo soccorso psicologico o da sessioni individuali. Sebbene il CISD possa fornire un sostegno e un apprendimento straordinario ai gruppi colpiti da un incidente critico, un CISD obbligatorio può in realtà aumentare i sintomi di eccitazione o di evitamento.
- *Intervento individuale di stabilizzazione.* I sopravvissuti che sperimentano sintomi significativi possono beneficiare di sessioni individuali in cui i problemi possono essere affrontati in modo più approfondito. L'operatore può effettuare uno screening/triage dei sintomi significativi e offrire l'opportunità di un intervento personalizzato.
- *Servizi alla famiglia.* I membri della famiglia possono avere le loro reazioni di stress all'evento, che si ripercuotono sull'atmosfera familiare e interferiscono con il recupero. Possono essere molto utili seminari speciali e sessioni informative per i membri della famiglia, nonché sessioni individuali e familiari.
- *EMDR.* Il primo momento in cui l'autore è solito utilizzare l'EMDR è quando l'impatto emotivo ha iniziato a farsi sentire, e spesso anche più tardi. Inizialmente, dopo un incidente critico, possono verificarsi shock, intorpidimento, negazione, disistima e altri meccanismi psicologici che servono ad allontanare le emozioni travolgenti (Solomon & Macy, 2003). A un certo punto si comincia a sperimentare la realtà di ciò che è accaduto, il significato e le emozioni. Questo è il momento in cui l'EMDR può essere utile. Questo può avvenire uno o due giorni dopo l'incidente, fino a diversi mesi, a seconda della risposta del sopravvissuto. Il protocollo Recent Event (Shapiro, 2001) si è rivelato utile e gli israeliani hanno ulteriormente elaborato gli interventi EMDR precoci per gli eventi recenti (si vedano gli articoli di Kutz e E. Shapiro & Laub).

#### 6. Descrizione della fase di follow-up 2 settimane-52 settimane (recupero e risoluzione).

Può essere necessario che i servizi e il supporto di follow-up siano costantemente disponibili e che si proceda a una valutazione continua. È necessario effettuare un follow-up delle segnalazioni effettuate.

L'impatto e il significato dell'incidente cambiano nel tempo. E' possibile offrire ulteriori debriefing e incontri di gruppo che possono favorire l'integrazione dell'incidente, sostenere l'adattamento a un mondo ora percepito come diverso e migliorare la resilienza per rafforzare la capacità individuale e di gruppo di far fronte alla situazione.

- *Seminario post-incidente critico.* Il seminario post incidente critico (PCIS) è un intervento di gruppo pluri-giornaliero (ad esempio, 3-4 giorni) e multimodale, utilizzato da diverse organizzazioni per il supporto al follow-up. Dopo che sono trascorsi diversi mesi e c'è una certa distanza psicologica



dall'evento, il follow-up può essere utile per affrontare le conseguenze a lungo termine dell'evento. Il formato multigiornaliero offre tempo sufficiente per raccontare la propria storia, per interagire con altre persone che hanno vissuto un incidente critico (il che è estremamente utile per convalidare e legittimare le reazioni all'incidente), per ricevere informazioni sulle reazioni tipiche e sulle abilità di coping e per elaborare ulteriormente l'incidente. Questo formato si è rivelato efficace per ridurre i sintomi del trauma (Solomon & Kaufman, 2002). È stato riscontrato che l'integrazione con l'EMDR a questo intervento conduce a una maggiore riduzione dei sintomi rispetto al solo seminario (Solomon & Kaufman, 2002).

#### 4. Effetti

##### 1. Indicatori di risultato

Quando si affronta una tragedia, è importante ricordare che non tutti i segni e i sintomi del disagio acuto sono patologici. Le persone che hanno vissuto un incidente critico possono avere buone capacità di coping e buoni sistemi di supporto sociale che consentono un recupero sano. I valori culturali, il gergo e il linguaggio tecnico, le funzioni lavorative, i fattori di stress e i tipi di trauma inerenti alla professione devono essere compresi da chi interviene. E' importante essere flessibili quando si ha a che fare con culture etniche diverse

##### 2. Sintomatologia

I test di valutazione (ad esempio, IES-R) sono utilizzati per valutare la sintomatologia principale. All'indomani di una tragedia, è importante adottare un approccio longitudinale e fornire un continuum di interventi per soddisfare i bisogni che cambiano nel tempo. Troppo spesso i soccorritori forniscono interventi "una tantum" nei giorni successivi a una tragedia e non riescono ad affrontare le conseguenze psicologiche a lungo termine. Il "menu" di interventi qui descritto è stato progettato per aumentare i normali processi di recupero in popolazioni normali, che hanno reazioni normali a eventi anormali, in un periodo di tempo normale. Questi interventi non sono mai stati concepiti come una terapia (con l'eccezione dell'EMDR) o come un sostituto della terapia. Tuttavia, utilizzando un approccio globale e longitudinale, questi metodi possono contribuire a mitigare l'impatto dell'evento, a promuovere il recupero e a fornire un'opportunità di screening per coloro che necessitano di un ulteriore trattamento.

#### 5. Interdisciplinarietà globale

In sintesi, il Critical Incident Intervention descritto dall'autore, Roger Solomon, tiene conto di una prospettiva longitudinale, prospettica, interdisciplinare e globale. Longitudinale e prospettica dal momento che si sviluppa attraverso le tre diverse fasi dell'emergenza (la fase acuta immediatamente precedente l'incidente critico, la fase acuta e la fase di follow-up), sottolineando la necessità di garantire la continuità del lavoro in tutte le fasi di intervento ed evitando interventi "one shot". L'intervento sugli incidenti critici è interdisciplinare per la capacità di integrare interventi a più livelli che tengano conto della diversità dei bisogni delle vittime. In particolare, i bisogni psicosociali (bisogni biologici primari come cibo, alloggio), i bisogni di sicurezza (assistenza, sicurezza fisica), i bisogni psicologici (tranquillità, relazioni con la rete sociale, senso di controllo, elaborazione dell'esperienza traumatica). Infine, ma non per questo meno importante, il Critical Incident Intervention è completo, perché implica un approccio bio-psico-sociale, riferendosi a un intervento che tiene conto del contesto culturale, sociale, economico e spirituale delle vittime. Si riferisce inoltre a tutti i tipi di vittime (vittime dirette, vittime indirette, soccorritori e vittime fragili).

Fonte: Solomon, R. M. (2008). Critical incident interventions. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2(2), 160.

## Caso studio 4

### Approccio CBT con ristrutturazione, visualizzazione e reliving nelle donne con sintomi di PTSD

**Partner responsabile :** Association of Clinical Psychologist (CZ)

**Autori:** Susan Ayers, Kristie McKenzie-McHarg, & Andrew Eagle

**Parole chiave:** individuale, PTSD, perinatale

**Metodo:** PTSD postnatale e utilizzo della ristrutturazione cognitiva e di altre tecniche CBT

#### 1. Descrizione dell'evento

##### Scenario

Sarah aveva 35 anni al momento della presa in carico. Sua figlia era nata quattordici mesi prima in seguito a una gravidanza programmata. Sarah aveva avuto un'interruzione di gravidanza indesiderata quando aveva diciannove anni, che ha tenuto segreta per sedici anni perché pensava che le persone l'avrebbero giudicata negativamente. Sarah era molto ansiosa durante la gravidanza perché aveva paura di rivelare l'aborto e temeva che qualcosa potesse andare storto con la gravidanza come punizione per aver abortito. Durante la gravidanza Sarah ha avuto frequenti emorragie e per questo è stata sottoposta a una colposcopia. Le acque di Sarah si sono rotte prima del termine e il travaglio è stato indotto tre giorni dopo. C'è stata confusione sull'induzione e Sarah è arrivata in ospedale per quello che pensava fosse un controllo di routine. Invece viene immediatamente ricoverata per l'induzione. A questo punto viene presa dal panico perché non era preparata, non aveva con sé alcun oggetto personale e suo marito non era presente. L'ostetrica che l'ha assistita durante il parto non ha compreso gli alti livelli di ansia di Sarah. Dopo un doloroso esame interno, durante il quale Sarah piange e chiede all'ostetrica di fermarsi, l'ostetrica risponde: "Se pensi che questo sia doloroso, come sarà il tuo parto?". Da questo momento in poi il travaglio e il parto di Sarah sono caratterizzati da dolore, livelli molto alti di angoscia e paura dell'ostetrica, che ha continuato a essere brusca e indifferente nei confronti di Sarah. Sarah riferisce: "L'ostetrica mi sgridava. Ho alzato completamente le mie barriere ed ero pietrificata. Non sapevo cosa fosse giusto e cosa fosse sbagliato". Dopo venticinque ore, Sarah aveva una dilatazione di un solo centimetro, quindi sua figlia viene fatta nascere con un parto cesareo d'emergenza, durante il quale Sarah ha pensato di morire. Sarah riferisce di aver iniziato a sentire il cesareo a metà della procedura e che le viene somministrata della morfina per questo. Ha riferito di essersi dissociata durante il cesareo e di non ricordare nulla per dodici ore dopo il parto.

#### 2. Condizioni generali

##### 1. Condizioni generali

Sarah ha descritto i primi mesi dopo il parto come "confusi" e ha impiegato un anno per relazionarsi con la figlia. I temi principali dell'esperienza di nascita di Sarah sembrano essere

- sentirsi terrorizzata, vulnerabile e fuori controllo;
- alti livelli di confusione e successiva dissociazione;



- la conferma della convinzione che gli altri la giudicheranno e la feriranno a causa dell'esperienza con l'ostetrica.

## 2. Effetto delle crisi emotive, somatiche, cognitive e comportamentali

- Emozioni: È stato molto difficile per lei creare un legame con la figlia. Ha provato molta auto-colpevolizzazione e rabbia verso se stessa. Era fissata sui fallimenti del passato e si sentiva inutile.
- Soma: Sarah avvertiva mancanza di energia, stanchezza, anche i piccoli compiti le richiedevano uno sforzo supplementare. Erano presenti anche disturbi del sonno.
- Cognizione: Difficoltà a concentrarsi, a ricordare i pensieri e pensieri frequenti e ricorrenti del lavoro.
- Comportamento: Piangeva molto, nei primi giorni dopo il travaglio riposava a letto e non era in grado di svolgere nessuna ADL (attività della vita quotidiana).

## 3. Sintomatologia secondo l'ICD 11

### Sintomi di PTSD:

- Flashbacks
- Incubi
- Forte reazione fisica ed emotiva a qualsiasi ricordo della nascita
- Intorpidimento emotivo
- Pianto

### Sintomi di depressione lieve:

- Mancanza di energia
- Disturbi del sonno
- Pianto
- Autobiasimo

## 4. Effetto del livello generale di funzionamento attuale della vittima

Quattro mesi dopo la nascita della figlia, viene diagnosticata a Sarah una depressione postnatale dal suo medico di base. È stata trattata con antidepressivi e ha frequentato un gruppo di sostegno locale per la depressione postnatale. Questo l'ha aiutata molto a mantenere il suo ruolo di madre.

Rispetto al suo precedente livello di funzionamento, ha valutato una diminuzione, soprattutto per quanto riguarda il livello di energia e l'entusiasmo nel "fare le cose".

## 3. Intervento

### 1. Descrizione della fase iniziale

È stata indirizzata al team di supporto psicologico dal suo medico di base.

Durante la prima seduta sembrava rivivere l'esperienza del parto, era spaventata, piangeva e tremava. I suoi flashback riguardavano se stessa sdraiata nella sala parto, sentendosi impotente e terrorizzata, con l'ostetrica che entrava dalla porta.



## 2. Primo intervento psicosociale

Sostegno nell'espressione e nella normalizzazione delle emozioni, accettazione di Sarah come madre che sta facendo del suo meglio per essere presente e cercare di lavorare su se stessa.

- Esercizi di respirazione per calmarsi ogni volta che si sente emotivamente sopraffatta.
- Educazione psicologica sui sintomi della depressione e del PTSD.
- Definizione di un contratto: vuole sentirsi meglio ed essere di nuovo efficiente nella sua vita.

## 3. Intervento

Credenze di base e pensieri negativi: Sarah aveva convinzioni di fondo su se stessa come stupida e fallita e sugli altri che l'avrebbero giudicata e ferita. Le convinzioni di Sarah sono state rafforzate dall'aborto, dall'esperienza del parto e dalla diagnosi di depressione postnatale, che ha interpretato come un fallimento e un'incapacità di farcela. Sarah aveva quindi convinzioni condizionate come: "Se racconto dell'aborto, del parto e della depressione, mi giudicheranno", "Se sono turbata, la gente penserà che sono debole". Sarah aveva frequenti pensieri automatici negativi che erano congruenti con le sue convinzioni di base, come "Non posso farcela", "Sono un fallimento" e sugli altri, come "Non vogliono sapere", "Come possono non interessarsi?". Le strategie di compensazione di Sarah consistevano nel nascondere l'aborto, la nascita o i problemi di salute mentale per evitare di essere giudicata.

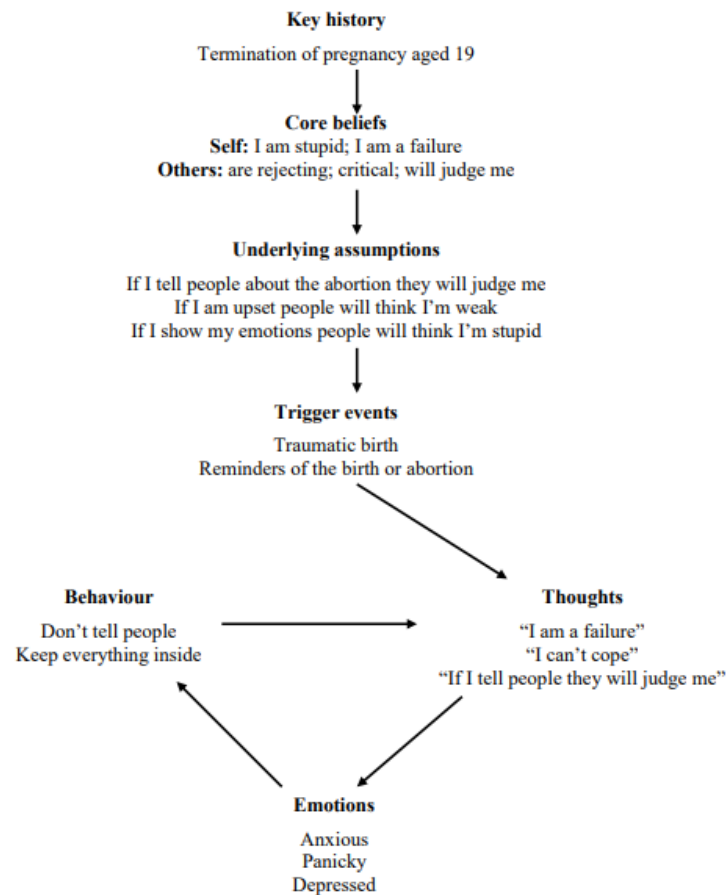
- È stato condotto un sondaggio anonimo sulle opinioni altrui sull'aborto di Sarah per sfidare la sua convinzione che gli altri l'avrebbero giudicata. Il sondaggio ha descritto le circostanze in cui Sarah è rimasta incinta e ha abortito e ha chiesto alle persone cosa avrebbero pensato di lei, se l'avrebbero giudicata e cosa avrebbero fatto nella stessa situazione. Sedici persone che non conoscevano Sarah hanno completato il sondaggio e le risposte includevano opinioni pro e contro l'aborto. Questo sondaggio ha cambiato radicalmente le convinzioni di Sarah su se stessa, sull'aborto, su ciò che gli altri avrebbero pensato di lei e sull'importanza che dava alle opinioni degli altri.

Esercizi di rievocazione: Sarah ha ripercorso gli eventi del parto. Sono stati identificati i punti cruciali (eventi particolarmente emotivi durante il parto). Il punto più doloroso riguardava le azioni dell'ostetrica e la continua paura di Sarah nei confronti di lei. Sono stati quindi utilizzati degli esercizi per modificare la valutazione di questi eventi da parte di Sarah, ad esempio utilizzando un gioco di ruolo per recitare il confronto con l'ostetrica e ridurre la paura di Sarah. È stata effettuata una visita al reparto travaglio per aiutare Sarah a superare la paura e l'evitamento.

Esercizi di visualizzazione: sono stati utilizzati per riformulare i flashback (ad esempio, immaginando diversi operatori sanitari in sala parto con lei, invece dell'ostetrica) e la riformulazione positiva è stata utilizzata per consolidare i cambiamenti nelle convinzioni di Sarah.



La descrizione di Sarah della situazione secondo il modello CBT:



4. Intervento psicosociale sulla rete familiare, sulla comunità, etc.

Sarah non voleva che la sua famiglia venisse a conoscenza di questi problemi.

5. Follow-up

Sono state eseguite dieci sessioni di CBT focalizzata sul trauma.

#### 4. Effetti

1. Indicatori di risultato

Non sono state altri indicatori oltre al livello di funzionamento.

2. Sintomatologia

I sintomi del PTSD di Sarah sono scomparsi e le sue convinzioni su se stessa e sugli altri sono state modificate.



Co-funded by the  
Erasmus+ Programme  
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

### 3. Funzionamento sociale

Il livello di funzionamento di Sarah ha raggiunto il livello precedente.

### 5. Interdisciplinarietà globale

Questo caso clinico può essere una buona risorsa per comprendere nel dettaglio il lavoro con i sintomi cognitivi ed emotivi in una persona con PTSD. Mostra in modo molto chiaro il lavoro con i pensieri automatici negativi e le convinzioni di base, integrato da tecniche di rivivificazione e visualizzazione.

La relazione sottolinea l'importanza di aumentare la comprensione della situazione da parte del paziente, ad esempio creando un proprio foglio di registrazione con una descrizione delle difficoltà e delle loro interconnessioni, che dia al paziente l'opportunità di rendersi conto e di comprendere i problemi della sua situazione e quindi di iniziare a lavorarci su.

Questo approccio può essere utile in tutti i casi in cui è necessario aumentare la consapevolezza dei modelli di pensiero e creare una distanza per il cliente dalla situazione.

Fonte: Ayers, S., McKenzie-McHarg, K., & Eagle, A. (2007). Cognitive behaviour therapy for postnatal post-traumatic stress disorder: case studies. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 28(3), 177-184.



## Caso studio 5

Sviluppare un "micro-cosmo": l'esperienza di bambini e adolescenti rifugiati in un contesto comunitario.

**Partner responsabile :** *Institute of Group Analysis Athens*

**Autori:** *Francesca Giuseppina Bascialla, Alexandra Nikolara, Charalambos Sidiropoulos, Paris Papageorgiou*

**Parole chiave:** *intervento comunitario, rifugiati, vittime di tipo I o II (bambini/adolescenti, donne/madri, famiglie)*

### 1. Descrizione dell'evento

#### 1. Scenario

In una città di circa 85.851 abitanti nella regione della Macedonia centrale in Grecia, PERICHORESIS ONG, un'associazione umanitaria e no-profit fondata nel 2016, ha iniziato a organizzare un programma di apprendimento/formazione in lingua inglese e greca insieme a incontri di life & job-coaching per i rifugiati (adulti, bambini e adolescenti), assicurando un sostegno alle famiglie e un supporto didattico per i bambini/adolescenti che sono stati anche ammessi a studiare nelle scuole pubbliche locali. All'inizio, i partecipanti provenivano per lo più da campi profughi nella prima fase della post-migrazione, nel tentativo di fuggire dalle guerre in corso in Medio Oriente o nei Paesi asiatici. Le loro famiglie erano iscritte a programmi abitativi. Nel 2022, con l'invasione dell'Ucraina, è iniziata una nuova crisi dei rifugiati. La Croce Rossa ellenica, l'UNHCR e il consolato ucraino a Salonicco hanno chiesto aiuto per l'alloggio all'organizzazione sopra citata. Tutti i rifugiati coinvolti sono vittime di tipo I o II. Considerando che le barriere linguistiche e culturali, oltre ai problemi di discriminazione, sono questioni centrali nella fase post-migratoria, l'organizzazione non governativa, con l'aiuto di professionisti della salute mentale, ha organizzato interventi socioterapeutici di gruppo per bambini, adolescenti e genitori e, inoltre, attività sociali non strutturate a livello comunitario. Tutti gli interventi sono stati realizzati in un ambiente multiculturale, multireligioso e multilingue.

#### 2. Gruppo di intervento

L'équipe di intervento era composta da un pedagogo, uno psichiatra infantile-psicodrammatista-familiare, un sociologo, insegnanti e interpreti.

### 2. Condizioni generali

La violenza assistita e l'esperienza di eventi traumatici sono fattori associati a problemi di salute mentale nei bambini e negli adolescenti (Ellis et al, 2008; Im 2018). Non solo i fattori di rischio individuali, familiari e sociali contribuiscono al rischio di compromissione della salute mentale nei bambini/adolescenti, ma anche la compromissione della salute mentale dei principali caregiver ha un impatto su di loro. È dimostrato che i problemi di salute mentale hanno una prevalenza maggiore anche nei giovani rifugiati reinsediati nei Paesi ad alto reddito (Barghadouch et al, 2018).

- I. Durante l'iscrizione, i bambini, gli adolescenti, le donne e le madri coinvolti nel programma qui descritto hanno esigenze relative alla salute mentale a causa delle loro esperienze traumatizzanti



Co-funded by the  
Erasmus+ Programme  
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

durante la fase pre e post-migratoria (esposizione alla violenza, stress, incertezza, ansia, esclusione, discriminazione).

- II. Difficoltà di integrazione in un ambiente nuovo e sconosciuto, in cui vengono reinsediate.
- III. Tendenza all'isolamento, all'evitamento dei contatti sociali, a una partecipazione più passiva a scuola. I genitori evitano il coinvolgimento nella vita comunitaria, preferiscono rimanere a casa.

### 3. Intervento

Al mattino, i bambini e gli adolescenti frequentano regolarmente la scuola pubblica locale. Nel pomeriggio partecipano a lezioni di supporto educativo per il programma scolastico e di formazione linguistica (inglese e greco). Inoltre, nel pomeriggio, l'organizzazione offre gruppi aperti di sostegno tra pari, condotti da un facilitatore e con l'aiuto di un traduttore. La partecipazione ai gruppi di sostegno per i rifugiati non è obbligatoria. In particolare, da maggio 2022, un gruppo di dodici bambini (otto femmine e quattro maschi, dai quattro ai dodici anni) si riunisce per novanta minuti una volta alla settimana. Da novembre 2022, un gruppo di sette adolescenti (tre ragazze e quattro ragazzi, dai tredici ai sedici anni) si riunisce anch'esso per novanta minuti una volta alla settimana. Provengono da tre diversi Paesi di due continenti e da tre diversi contesti religiosi. Un altro facilitatore gestisce un gruppo per i genitori dei bambini e degli adolescenti, che partecipano al gruppo dei pari. Lo stesso animatore gestisce anche un gruppo di sostegno per donne single o madri, che hanno cercato aiuto nell'associazione. Le lingue dei gruppi, oltre al greco, sono tre e il traduttore le parla tutte. Il facilitatore e il traduttore per ogni gruppo sono sempre le stesse persone per tutte le sessioni dell'anno. Ogni membro deve informare il facilitatore in caso di ritardo o di impossibilità a essere presente. Si tratta di gruppi aperti, il che significa che i membri cambiano nel tempo. Molte famiglie di rifugiati coinvolte nel programma sono in attesa di reinsediamento, a volte in un altro paese, ma di solito rimangono nel paese ospitante per almeno un anno. Tutti i partecipanti a questi gruppi sono anche coinvolti in attività gestite dai rifugiati e dalla comunità, insieme o meno alla popolazione locale, e si invitano sempre a vicenda (ad esempio, organizzando eventi sociali, un evento per festeggiare il nuovo anno, feste di compleanno). Durante i primi tre mesi di partecipazione ai gruppi di sostegno, i rifugiati hanno parlato delle loro esperienze traumatiche prima della migrazione, del loro viaggio e delle loro perdite. I bambini li hanno espressi con la pittura. Dopo questo periodo, i temi discussi nei gruppi hanno riguardato maggiormente i problemi a scuola, le difficoltà nell'apprendimento di nuove lingue, le preoccupazioni per gli altri membri della famiglia (i bambini per i loro genitori e viceversa) con cui hanno vissuto o altri con cui hanno perso i contatti, ma è anche emerso un grande bisogno di relazionarsi con le persone nel nuovo ambiente di accoglienza, di condividere delle attività comunitarie con la gente del posto, di allargamento e apertura alla rete comunitaria e al collegamento con altre famiglie. Il programma è ancora in corso. I gruppi sono aperti, il che significa che verranno introdotti nuovi membri e che altri potranno lasciare il gruppo a causa del reinsediamento in un'altra città o paese.

Intervento: focus sul metodo

La comunità costituisce il contesto allargato di questo intervento per le famiglie di rifugiati in cerca di reinsediamento. L'organizzazione non governativa, inoltre, offre un luogo per le attività di gruppo. Dopo aver garantito una casa alle famiglie, la fornitura di cibo, igiene, pulizia, l'accesso precoce alla formazione linguistica, il supporto educativo continuo per i più giovani e un lavoro per gli adulti, lo staff ha organizzato un intervento psicologico multimodale e a più livelli che mira alla loro integrazione nel contesto locale, migliorando il legame sociale. Il metodo si basa sui principi della psicoterapia di gruppo analitica e della comunità terapeutica. Questi due approcci hanno permesso di aumentare gli scambi sociali e le connessioni interpersonali. Il gruppo è l'ambiente in cui gli adolescenti possono esprimere liberamente, in un contesto non critico, i loro pensieri e sentimenti sul presente, ma anche sulla loro storia. Non essendoci un argomento



Co-funded by the  
Erasmus+ Programme  
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

di discussione predefinito, a partire dalla loro esperienza quotidiana a scuola, gli adolescenti ricordano i loro compagni di scuola precedenti, gli amici, il loro paese ed esprimono la nostalgia di quel periodo.

Il passato può essere rievocato senza ritraumatizzazione, le relazioni nel gruppo forniscono una rete di supporto tra pari tale da permettere di far fronte al trauma subito. Esiste anche la possibilità di svolgere attività ricreative per gli adolescenti, ad esempio giochi da tavolo, musica, canti e l'organizzazione di feste di compleanno invitando i genitori, i compagni di scuola, gli insegnanti e le persone del quartiere. Il gruppo per i bambini prevede diversi tipi di attività, come la pittura, il collage, la lettura di fiabe e i giochi. In alcune sessioni possono utilizzare tutte e tre le modalità espressive, possono ascoltare una fiaba, dipingere su di essa e poi scrivere tutti insieme i loro pensieri. Le madri dei bambini aspettano in un'altra stanza, una sorta di spazio di socializzazione per tutti coloro che vogliono incontrare gli altri nell'edificio. Il gruppo per le donne single o madri e quello per le madri che hanno figli che partecipano ai gruppi, sono gruppi di sostegno, dove possono parlare delle loro esperienze passate, delle loro perdite, delle questioni quotidiane della loro vita familiare, ma anche di questioni pratiche.

Di tanto in tanto si svolgono attività non strutturate, come cucinare insieme alcuni cibi tradizionali, tipici di ogni paese per poi mangiarli insieme. Nell'ambito dell'organizzazione, lo staff crea eventi in cui tutte le persone, che sono coinvolte in alcune attività, si riuniscono per festeggiare, i rifugiati sono chiamati a scegliere e proporre che cosa festeggiare e, assumendo un ruolo più attivo, organizzano l'evento come avrebbero fatto nel loro paese. Sono momenti di scambio della loro storia personale di cittadini e, inoltre, aprono le porte ai cittadini del paese ospitante. Nel caso in cui una famiglia si trasferisca in un'altra città o in un altro paese, si organizza un evento di addio. La chiusura è un'altra fase difficile ma inevitabile della vita umana, e dire addio rende più facile la separazione.

Buone Pratiche:

- Supporto educativo continuo
- Accesso precoce alla formazione linguistica
- Attività ricreative e culturali guidate dai rifugiati e basate sulla comunità
- Supporto di gruppo tra pari con il modello analitico di gruppo
- Intervento multimodale e a più livelli

#### 4. Effetti

Il personale coinvolto nell'intervento ha anche il compito di mantenere una comunicazione con la scuola. È rilevante il fatto che, in un periodo di pochi mesi di partecipazione ai gruppi di sostegno, gli insegnanti a scuola abbiano sottolineato un netto miglioramento delle attività di apprendimento, collaborazione e socializzazione con gli altri e una riduzione dei comportamenti disturbanti nei bambini e negli adolescenti. Le madri riferiscono di aver migliorato le relazioni tra i membri della famiglia, ma anche con la popolazione locale. Anche i bambini più piccoli hanno invitato i loro compagni di scuola alle attività ricreative presso la sede dell'organizzazione. È aumentata anche la partecipazione di padri e mariti, che all'inizio erano molto titubanti nei confronti dell'intero programma.



Co-funded by the  
Erasmus+ Programme  
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

## 5. Interdisciplinarietà globale

L'intervento è iniziato nel contesto dell'emergenza umanitaria del 2016. Con l'invasione dell'Ucraina nel 2022, i rifugiati provenienti da questo paese sono stati accolti nel programma. La popolazione di rifugiati coinvolta nell'intervento cambia sempre nel corso di uno-due anni, a causa del fatto che il reinsediamento potrebbe non essere permanente. Questo caso studio descrive l'intervento a partire dal primo periodo della guerra in Ucraina. Il nucleo dell'intervento è multidisciplinare: professionisti del settore umanitario, educativo e della salute mentale lavorano in collaborazione. L'intervento psicologico si basa sull'approccio della gruppoanalisi e della comunità terapeutica. Il lavoro con i rifugiati (professionisti della salute mentale con i rifugiati: bambini/adolescenti, genitori, donne/madri, famiglie) costituisce il primo livello dell'intervento. Il secondo livello coinvolge altri professionisti e altre attività (insegnanti/studenti: sostegno all'istruzione e nuove lingue). Nel complesso, può essere descritto come un livello interno all'organizzazione. I rifugiati devono essere coinvolti nella vita regolare della città di reinsediamento, e questo è un terzo livello. I professionisti devono creare e mantenere i contatti con i quartieri in cui i rifugiati vivono, con la scuola, con il posto di lavoro e con qualsiasi altra struttura che una persona possa frequentare, ad esempio la palestra, la squadra di basket. Si tratta di un intervento più basato sulla comunità: organizzare attività e attività guidate dai rifugiati nella comunità, ma anche dalla comunità. Il coordinamento di tutto questo intervento è ottenuto attraverso incontri regolari di pratica riflessiva di tutto il personale coinvolto. È un esempio di interdisciplinarietà che permette di contenere il carico emotivo nel lavoro con il trauma e rafforza la capacità di prendersi cura di tutte le emergenze che si presentano in un contesto di emergenza.

### Fonti:

Barghadouch A, Carlsson J, Norredam M. Psychiatric disorders and predictors here of among refugee children in early adulthood: a register-based cohort study. *Journal of Nervous and Mental Disease* 2018;**206**(1):3-10.

Ellis HB, MacDonald HZ, Lincoln AK, Cabral HJ. Mental health of Somali adolescent refugees: the role of trauma, stress, and perceived discrimination. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2008;**76**(2):184-93.

Im H. Constructing health capital in ecological systems: a qualitative evaluation of community-based health workshops in the refugee community. *Health & Social Care in the Community* 2018;**26**(4):e541-51.

Soltan F, Uphoff E, Newson R, Purgato M, Taddese H, Barbui C, Vanderbloemen L. Community-based interventions for improving mental health in refugee children and adolescents in high-income countries (Protocol). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2020, Issue 6. Art. No.: CD013657. DOI: [10.1002/14651858.CD013657](https://doi.org/10.1002/14651858.CD013657).

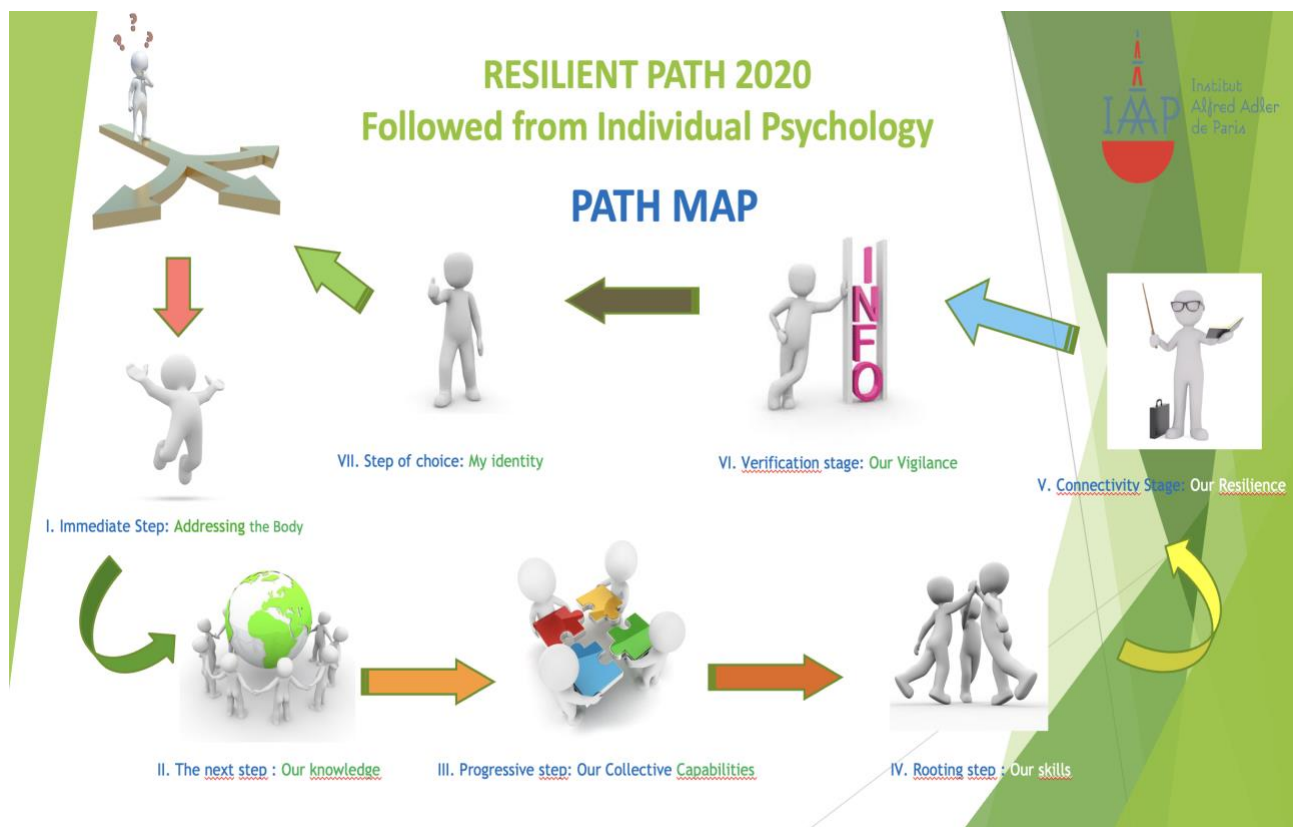
## Caso studio 6

Percorsi di resilienza nella crisi pandemica: primo percorso di resilienza online in accordo con il Toolkit adleriano di Intervento e Prevenzione della Crisi psicologica secondo il metodo adleriano della Psicologia Individuale

**Partner responsabile:** IAAP – Institut Alfred Adler de Paris (FR)

**Autori:** Alessandra Zambelli & IAA P TEAM and Students CLASS 1

**Parole chiave:** psicologia individuale, pandemia, resilienza



### 1. Descrizione dell'evento

Il presente articolo presenta il caso relativo all'intervento in tre fasi realizzato dall'Institut Alfred Adler de Paris (IAAP): il Percorso di Resilienza, un percorso di Formazione in Primo Soccorso Psicologico in Emergenza secondo il metodo adleriano della psicologia individuale. Nello specifico:

a) la realizzazione di un modulo di formazione teorica e pratica online (con supervisione e co-visione) nel contesto della Psicologia dell'Emergenza in generale. Formazione in videoconferenza sui seguenti argomenti: Insegnamento attraverso 200 diapositive teoriche; avviamento ai percorsi di resilienza; avviamento ai



Co-funded by the  
Erasmus+ Programme  
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

protocolli di primo supporto telefonico; esercitazioni, giochi di ruolo basati su scenari e simulazioni; focus clinico su casi concreti; lavoro di coppia e supervisione. Punti di forza teorici: Requisito organizzativo; Estensione: caratteristiche cliniche; Specificità degli interlocutori e dei contesti; Priorità e specificità dell'assistenza fornita al personale medico e di primo soccorso; Caratteristiche del COVID-19 e del SARS-CoV-2.

b) Il Percorso di Resilienza in caso di pandemia, secondo il modello della psicologia individuale. Un manuale di istruzioni online, passo dopo passo, per aiutare le persone in difficoltà emotiva a sviluppare abilità di coping, utilizzando un metodo integrativo per fornire agli utenti del percorso la possibilità di riconnettersi con se stessi, con il corpo e con la psiche, per poi riconnettersi con il mondo e con gli altri.

c) Unità di primo soccorso in pandemia. Nel primo lockdown abbiamo lavorato solo in coordinamento con il Centre Médical Clémenceau, Noisy-Le-Sec (dipartimento 93, quartiere di Parigi). Nell'anno 2021 abbiamo cercato di raggiungere un maggior numero di persone attraverso i social network, perché i problemi psicologici coinvolti sembravano essere il primo problema della violenza familiare. I target sono stati quindi: trauma vicario; sindrome da burnout; pazienti ambulatoriali Covid; parenti di persone malate o decedute; ansia, stress, impulsività e scompenso; indifferenza apparente che porta a comportamenti a rischio.

## 2. Condizioni generali

Condizioni generali delle vittime

Il percorso di rivolge a tutti i tipi di vittime, inclusa la comunità e l'individuo non toccati direttamente dalla crisi pandemica, ma anche le vittime dirette in fase di urgenza e non. Questo percorso è stato concepito a partire da un programma di formazione più complesso presso lo IAAP, strutturato per il gruppo di studenti in formazione per diventare psicanalisti adleriani.

## 3. Intervento

Il Percorso Resiliente è stato concepito come un approfondimento della formazione psicoanalitica già in atto e ha avuto anche lo scopo e il ruolo di mantenere coesa la classe di allievi e la comunità ad essa collegata in questa pandemia così nuova e tellurica nella sua dimensione nociva.

Questo stesso Percorso di Resilienza è stato associato alla creazione di una cellula di supporto messa a disposizione di uno studio medico in cui lavorano due membri dell'IAAP, tra cui il Presidente, per alleviare il carico psicologico che i clienti hanno portato durante la pandemia.

Gli studenti stessi hanno creato i contenuti e la forma del Percorso di Resilienza, seguendo le indicazioni strutturali e concettuali che i loro formatori avevano creato e presentato.

La struttura del Percorso di Resilienza segue i principi della Psicologia Individuale, dopo un'Introduzione, attraverso sette passi, con testo colorato e materiale multimediale, immagini, link e video e supporto dinamico:



## Introduzione:

Il Percorso di Resilienza offre all'utente/paziente la possibilità di seguire, passo dopo passo, un vero e proprio manuale di istruzioni per acquisire, da soli, la capacità di affrontare le situazioni di disagio: CORONAVIRUS (nome della famiglia virale), COVID-19 (nome della malattia), SARS-CoV-2 (nome del virus).

Imparare e mettere in pratica modalità per alleviare il proprio senso di ansia riscoprendo la via della calma interiore e del pensiero libero, ricollegandosi efficacemente a se stessi e agli altri. Tra negazione e panico, cerchiamo di trovare l'atteggiamento giusto per ritrovare la via della calma interiore e del pensiero libero. La calma si forma nella mente, ma inizia nel corpo ed è radicata nella connessione con se stessi e con gli altri (principio olistico adleriano).

### 1) Passo immediato: *Rivolgersi al corpo*

Calmare l'emozione e stabilizzare la mente attraverso il corpo.

L'aspetto corporeo è una dimensione olistica adleriana della personalità ed è quindi prioritario in questo approccio psicologico, in particolare nelle situazioni di urgenza e di emergenza. Adler parlava del linguaggio degli organi che lo psicoterapeuta e il medico dovevano essere in grado di comprendere innanzitutto e di parlare/interagire con esso.

### 2) Passo successivo: *L'informazione per capire e difendersi meglio.*

La conoscenza come stabilizzatore dell'io grazie all'abbassamento dell'insicurezza legata all'ignoranza e all'ignoto.

Questa fase risponde al principio psichico adleriano del senso di inferiorità che destabilizza la personalità ed è stimolato da tutte le situazioni di insicurezza reale o percepita. La conoscenza condivisa con un esperto è il secondo passo per promuovere la stabilizzazione e l'alleanza verso una più probabile cooperazione. Alimentiamo la nostra conoscenza del virus per sviluppare la fiducia. Il virus, la sua origine, la sua diffusione, i suoi mezzi di azione, le sue vulnerabilità. Quali comportamenti adottare, quali precauzioni prendere, dove documentarsi? Assumere la responsabilità delle misure di protezione per affrontare i rischi.

### 3) Passo successivo: *Le nostre capacità collettive.* La nostra conoscenza passo dopo passo.

La conoscenza dei comportamenti collettivi attuata come stabilizzatore dell'io grazie alla visione concreta di appartenenza che predispone all'alleanza con l'ambiente.

Questa fase applica il principio adleriano che regola il Sentimento di appartenenza: contrasta profondamente e non per compensazione il sentimento di inferiorità. L'utilizzo di misure collettive per migliorare la cooperazione. Riconoscere le nostre capacità di adattamento individuali e collettive, come il confinamento, le misure di barriera, l'allontanamento sociale. Riconoscere i nostri diritti, i nostri doveri, gli aiuti e le risorse messe in campo dallo Stato e dalle comunità.

4) Passo di radicamento: *Le nostre competenze.* Rassicurare riguardo competenze collettive e l'organizzazione in atto per iniziare a risvegliare i sentimenti di appartenenza. Affidandosi alle capacità di intervento collettivo, anche questa fase è un'attuazione del principio adleriano del sentimento di sociale: nel senso di ricevere aiuto piuttosto che, come nella versione precedente, di cooperare. Anche la scelta di collocarla dopo la postura attiva (fase precedente) è un principio adleriano di stabilizzazione psichica legato al principio del potere creativo. Comprendiamo il ruolo dei servizi pubblici di emergenza e sicurezza a nostra disposizione: la polizia, i vigili del fuoco, l'esercito, la sicurezza civile, il personale ospedaliero. Scopriamo i servizi di supporto psicologico e psichiatrico disponibili in caso di isolamento.



5) Fase della connessione: *La nostra resilienza*. Costruire la nostra intraprendenza creativa e sociale. È lo stadio della creatività, collegato al concetto di potere creativo adleriano, che sollecita l'agency e il piacere, e attraverso questi la base della resilienza adleriana: il senso di appartenenza e il potere creativo.

Utilizzare le nostre risorse creative per organizzare correttamente la nostra "ruota della mente sana" (Siegel Daniel, 2015, Mind your Brain), che ha bisogno di soddisfare diverse aree della nostra personalità come: il sonno, il movimento, la concentrazione, le relazioni, il gioco, l'ozio, la riflessione, la mediazione dell'interiorità (mindfulness e meditazione).

Scopriamo perché la reclusione è difficile, da soli o in convivenza.

Impostiamo una nuova organizzazione e nuove abitudini.

Disconnettiamoci e coltiviamo il nostro spazio interiore.

Stabiliamo un obiettivo, iniziamo un progetto.

6) Fase di verifica: *La nostra vigilanza*. Come sviluppare la vigilanza con le informazioni.

Questo stadio corrisponde al concetto adleriano di mente umana fittizia che ha sempre bisogno di uno scopo direttivo, ma che questo può essere fittizio. Questa plasticità psichica è alla base della resilienza simbolica della mente, ma anche del suo aspetto ipnotico e patologico. L'incertezza e la paura sono terreno fertile per l'immaginazione e le fake news. Manipolazioni, dicerie, polemiche sterili, teorie del complotto... impariamo a prendere le distanze necessarie per non credere o trasmettere tutto e niente. È quindi responsabilità individuale e collettiva verificare attentamente le informazioni ricevute, senza mai assumere una posizione passiva, soprattutto nell'era dell'informazione numerica.

7) Passo della scelta: *il passo della mia scelta di identità*. Riconnettersi con se stessi con il metodo resiliente. Quest'ultimo passo ci porta a connetterci con noi stessi riconoscendo gentilmente la nostra unicità. Percorrendo quattro aree, facciamo il punto sui nostri reali bisogni, sulle nostre risorse personali e sui valori che ci stanno a cuore per guidarci nelle nostre scelte che sono quelle giuste perché sono le nostre.

Quest'ultima fase è legata ai concetti adleriani di Volontà di potere dell'individualità per la revisione del proprio Stile di Vita e la sua riorganizzazione per andare oltre la crisi o il trauma e affrontare il cambiamento adattivo. Questa è la fase più terapeutica, in cui si indica che forse è opportuno, in certi casi, essere accompagnati da un'altra persona.

#### 4. Effetti

La valutazione dei risultati dell'apprendimento sugli studenti e dell'effetto sugli utenti è stata effettuata in modo empirico e diretto attraverso il confronto sia con gli studenti sia con i pazienti che si sono rivolti alla Cellula di Supporto.

Gli effetti sono stati positivi: 1) per gli studenti è stato un esercizio pratico per concretizzare concetti che erano rimasti astratti\* (essendo alla fine dell'ultimo anno di studi e all'inizio del tirocinio e dell'ultimo anno) e che quindi ha dato un grande supporto al loro lavoro teorico con grande soddisfazione.

2) I pazienti che si sono presentati alla Cellula di Supporto erano già stati indirizzati al Percorso Resiliente in attesa dell'appuntamento. Tutti hanno percepito l'importanza del percorso mirata a riconnettersi con se stessi e a stabilizzarsi da soli. Per alcuni, la comprensione e l'esecuzione non sono state immediate. Il supporto della Cellula di Sostegno, con tre sessioni gratuite, ha potuto accompagnare meglio chi ne aveva bisogno.



Co-funded by the  
Erasmus+ Programme  
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

## 5. Interdisciplinarietà globale

Il metodo adleriano tesse un'integrazione delle tre dimensioni della personalità secondo il paradigma biopsicosociale come approccio olistico\*\*. Con il termine gergo d'organo il metodo adleriano sottolinea l'importanza fondamentale di comprendere la connessione olistica con il corpo, comprese le reazioni somatiche. L'incapacità di ascoltare ciò che il corpo dice informa il terapeuta sulla personalità e sulla patologia del paziente. Il corpo è il primo a reagire alla situazione di trauma. Questa è anche la prima fase del Percorso Resiliente. L'ascolto empatico inizia con il corpo del paziente e con il corpo del terapeuta.

Lo stile di vita del paziente ha un impatto sul presente traumatico con i ricordi somatici ma anche con le esperienze legate ai sentimenti di inferiorità raccolti e al successo del senso di appartenenza. Lo stile di vita del paziente ha un impatto sul presente traumatico con i ricordi somatici ma anche con le esperienze legate ai sentimenti di inferiorità raccolti e al successo del sentimento di sociale (Gemeinschaftsgefühl)\*\*\*. Le compensazioni e le sovracompenazioni della personalità dei pazienti si intrecciano tra questi due poli consci e inconsci, determinando risorse o inibizioni, posture adattive o devianti. Le fasi 2 e 3 cercano di stimolare il senso di appartenenza e la sua sicurezza per calmare il senso di inferiorità che la situazione di crisi sviluppa. Il Potere Creativo viene stimolato nella quinta fase perché è un elemento adleriano centrale nell'equilibrio psichico per ridurre le sovracompenazioni e rendere la persona più in contatto con la sua realtà esterna e interna, integrando piuttosto che sviluppando difese inconse\*\*. Il paziente è pronto per un nuovo contatto con la realtà esterna più matura: la verifica e la critica costruttiva sono l'obiettivo del sesto stadio. L'ultima fase, la settima, porta il paziente a comprendere che una situazione di crisi richiede un cambiamento radicale anche della propria personalità, ma senza perderla: è la fase della scelta del nuovo stile di vita che propone all'energia della Volontà di Potenza come istanza interna che struttura profondamente la personalità\*\*\*, per rivisitare se stessi sondando il sentimento di inferiorità con maggiore appartenenza. La comunicazione è sempre empatica (non carina) perché si concentra sull'incoraggiamento dell'autonomia come ascolto di sé per una vera autonomia, nonostante la durezza della prova che si vive\*.

\*Ferrero Andrea, *The Adlerian Psychodynamic Psychotherapy (APP): A Psychopathological-based treatment*, Adlerian Society UK & Institute for Individual Psychology Published, 2018 (2014, l'Harmattan, France; 2009, Italie, new Italian edition being published)

\*\* Zambelli Alessandra, *Adler face à Freud : une différence à sauvegarder*, l'Harmattan, Paris, 2014

\*\*\* Gisela Eife, *The Development of Alfred Adler's Individual Psychology Theory of Personality, Psychopathology, Psychotherapy*, Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen, 2019.



**Psychological  
Early  
Intervention**



Co-funded by the  
Erasmus+ Programme  
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.

## Ringraziamenti



**Jana Kochanowskiego University of Kielcach (PL)**



**Associazione per l'EMDR in Italia (IT)**



**Presov University (SK)**



**Institut Alfred Adler de Paris (FR)**



**Institute of Group Analysis Atene (EL)**



**Asociace klinických psychologů České republiky (CZ)**



**Pixel (IT)**

Graphic design:

