

Lo psicodramma junghiano durante la pandemia di Covid-19: una review in tempi di crisi

Riassunto

Molti studi hanno dato l'allarme sui postumi del coronavirus in chi ha contratto l'infezione polmonare ma, in realtà, la Pandemia colpisce anche le persone non contagiate. I bambini, gli anziani e molti fra soggetti psichiatrici e minorenni con disabilità, soggetti inermi e a rischio marginalizzazione, pur senza altre problematiche mediche, hanno spesso sofferto di sintomi di ansia e depressione durante l'epidemia, provocati oltre che dallo stato di paura e dalla difficoltà di dare un senso all'evento, dall'isolamento sociale, dal lockdown e dalle norme per il distanziamento sociale. Gli psicologi dell'emergenza, per la prima volta nella storia, hanno attuato delle strategie di supporto completamente a distanza a causa del problema della contagiosità del Sars-CoV-2: counselling tramite social e vari servizi di help-chat. Confrontandoci con l'esperienza cinese fatta a Wuhan si passerà alla proposta di un progetto terapeutico nel contesto italiano, ancora martoriato dalla pandemia, attraverso l'approccio junghiano, per tentare di curare il "sintomo" partendo dall'esplorazione di miti, archetipi e simboli della morte e della vita; infatti, dopo il trauma del ricovero o, come si sente più spesso dire, dopo un trauma pandemico, il paziente può tornare in salute ritrovando una buona condizione psicofisica all'interno del gruppo analitico.

Parole chiave: Covid-19, psicologia dell'emergenza, psicodramma analitico junghiano, epidemia globale, trauma.

Abstract

Many studies have alerted to the after-effects of the coronavirus in lung infected people but, in reality, the pandemic also affects uninfected people. Children, the elderly and many people among psychiatric patients and minors with disabilities, individuals who are helpless and at risk of marginalisation, although without other medical problems, often suffered from symptoms of anxiety and depression during the epidemic, caused not only by the state of fear and the difficulty of making sense of the event, but also by social isolation, lockdown and norms of social distancing. For the first time in history, emergency psychologists implemented support strategies that were entirely at a distance due to the problem of Sars-CoV-2 infectiousness: counselling via social networks and various help-chat services. A comparison with the Chinese experience in Wuhan will lead to the proposal of a therapeutic project in the Italian context, still ravaged by the pandemic, using the Jungian approach to attempt to cure the "symptom" by exploring the myths, archetypes, and symbols of death and life. In fact, after the trauma of hospitalisation or, as it is more often said, after a pandemic trauma, the patient can return to health by finding a good psychophysical condition within the analytical group.

Key words: Covid-19, emergency psychology, Jungian analytic psychodrama, global epidemic, trauma.

Lo scoppio della pandemia di Covid-19 nel 2020 e la sua diffusione nel resto del globo è coincisa con l'emanazione di norme per la limitazione della libertà negli spostamenti e la chiusura alternata di varie attività e di tutti gli edifici pubblici, compresi fino a poco tempo fa gli istituti scolastici. Tutto ciò

ha avuto degli effetti importanti sul benessere mentale dei cittadini e ha prodotto un cambiamento improvviso e sconvolgente nel loro consuetudinario stile di vita pre-pandemico.

L'Italia, come altri paesi europei, ha conosciuto diversi picchi di contagio ma, fortunatamente, un solo vero lockdown, nella scorsa primavera 2020, finalizzato ad alleggerire il peso sostenuto dalle terapie intensive, in costante affanno a causa della carenza di posti di degenza negli ospedali, finiti spesso a dover essere riconvertiti con reparti adibiti a sale di rianimazione.

L'epicentro della crisi del Covid-19 è stato Wuhan, popolosa città cinese, che ha saputo sconfiggere la diffusione del virus adottando delle politiche molto contenitive – per non dire repressive – e sfruttando la rinomata capacità di resistenza di una delle culture più tecnologizzate del mondo. In Italia invece, dopo l'arrivo dei primi ceppi di contagio, l'epicentro ha riguardato alcune zone rosse della Bergamasca dove si è registrato un tasso di contagi più alto. Successivamente, il virus si è ampiamente diffuso in tutto lo Stivale in tempi molto brevi, anche per una mancanza di piani di prevenzione attuabili in un simile caso, per quanto estrema e imprevedibile possa essere un'epidemia globale di queste proporzioni, che nessuno prima poteva neanche lontanamente immaginare.

A oggi, il grande problema che tocca l'Italia e l'Europa è l'avanzamento dei piani vaccinali – industrie farmaceutiche permettendo – mentre non sempre è sembrato risolto o almeno chiaro a tutti il nodo spinoso che riguarda le “logiche” del distanziamento e della coscienza dei singoli, tutti buoni comportamenti che permetterebbero da soli un sconfitta perentoria del virus.

Il presente studio mira a individuare una chiave di lettura dell'attuale situazione sanitaria generale, e in particolare dello scenario italiano, ponendo l'accento sui possibili effetti a lungo termine del contagio, soprattutto per alcune categorie a rischio o per chi, avendo contratto il virus in prima persona, è stato dimesso dalle unità intensive e sub-intensive ancora psicologicamente provato a causa del periodo di degenza, senza possibilità di contenimento della propria sofferenza emotiva e, in alcuni casi, nell'impossibilità di sostenere ed elaborare la difficile esperienza vissuta.

Le reazioni traumatiche durante un'emergenza

La clinica del trauma ha assunto un posto sempre più importante nella psicologia, con concezioni che vanno dalla reazione di lotta o fuga (Cannon, 1935) ad approcci più elaborati, come la concezione della resilienza (Rozenfeld, 2014).

Anche grazie alle prove d'efficacia dell'EMDR, la psicologia delle emergenze ha attuato in alcuni recenti disastri degli interventi di vero e proprio pronto soccorso della psiche, finalizzati a combattere le prime reazioni di shock; anche in campo psicoterapeutico è ormai ampiamente riconosciuta l'efficacia dell'intervento di terapia cognitivo-comportamentale nel trattamento del PTSD (Forman-Hoffman et al, 2018).

Solitamente, nei primi giorni dopo l'evento il cervello attiva alcune strategie di negazione che servono per dissimulare l'accaduto a livello cosciente e allontanarsi emotivamente dello stesso, anche al fine di obliare le scene di violenza e distruzione che, quando presenti, destabilizzano l'intero sistema nel suo complesso, dopo una fase iniziale di incredulità che è caratteristica anche delle reazioni considerate normali. In questi casi, soprattutto se l'evento è caratterizzato da estrema crudità o crudeltà, le capacità naturali di ripristino del sistema potrebbero non consentire quella normale capacità di *reset* del sistema e associarsi alla riproposizione di alcuni vissuti di paura e ansia intensa, gli stessi stati emotivi provati durante l'evento. Il quadro internalizzante che ne deriva si configura con una serie di sintomi specifici che possono anche trasformarsi in un disturbo serio.

L'ultima versione del modello ICD-11 propone una nuova nomenclatura per le reazioni a eventi tragici, introducendo il capitolo dei Disturbi specificamente associati allo stress (WHO, 2021).

L'emergenza coronavirus nel mondo globalizzato ha portato con sé oltre alla sciagurata scia di morte e distruzione anche uno tsunami psichico che ha prodotto riflessi indelebili sugli scampati all'infezione; ma a differenza delle precedenti epidemie, che, con la Sars e l'A N1H1, rispettivamente nel 2003 e nel 2009, colpirono il mondo occidentale da un primo epicentro in Cina, la dimensione dell'attuale contesto epidemico, dichiarato in seguito pandemico, ha portato alla luce alcune caratteristiche non lineari e una situazione emergenziale ancora in divenire e soprattutto non ancora conclusa.

Il ricordo – falso – che si è prodotto in molte persone, per quanto potrebbe sembrare fuorviante la connessione, è un rimando per associazione alle due Guerre Mondiali, forse anche per la riproposizione di alcuni termini come “coprifuoco”. In quegli stessi anni venivano anche coniate ufficialmente le espressioni “nevrosi di guerra” o “nevrosi traumatica” per spiegare le reazioni riportate dai reduci dei campi di battaglia. Oggigiorno, per fortuna, non è più così semplice essere spettatori degli orrori bellici – almeno per noi occidentali – ma il paragone resta pregnante, anche se un po' riduttivo; sicuramente non si tratta più dello scoppio di granate (*shell shock*) e della vista dei corpi dilaniati dei propri compagni di fanteria caduti in battaglia, rivissuti nei flashback e negli incubi notturni, ma di altri eventi che, anche se non ugualmente terrificanti, potrebbero sembrare allo stesso modo al di fuori della portata e del controllo della mente umana.

Fino all'attuale emergenza, il setting dell'intervento in contesti di questo tipo ha solitamente riguardato un campo-base, come per gli sfollati sopravvissuti a un terremoto, per assistere le persone fortunate che non erano finite sotto le macerie. Secondo la moderna traumatologia, all'interno della gestione di una crisi da parte della Protezione Civile, come durante il terremoto del 2009 in Abruzzo, la buona prassi non può prescindere da un apparato di coordinamento degli aiuti e, a livello terapeutico, dalla messa in pratica di tecniche di debriefing e defusing che possono risultare utili per curare i primi sintomi di malessere psicofisico scaturito dopo la sciagura. L'impatto del trauma sugli scampati al terremoto, ma senza più una dimora, è poderoso. Infatti anche a

distanza di mesi possono insorgere sintomi caratteristici, come il tentativo di evitare ogni oggetto o evento associati al trauma originario, che ne provocherebbero il richiamo in memoria; l'istaurarsi della situazione morbosa comprende anche la comparsa di numerosi segni di tipo somatico e cognitivo, come torpore, sensazione di vuoto e irritabilità, incapacità di concentrazione e scissione del pensiero, oltre a incubi e disturbi del sonno e la sensazione generale di sentirsi in tilt o nell'incapacità di ricomporre l'unità mente-corpo.

Dopo la Grande Guerra, invece, i medici militari tentarono di curare i veterani che avevano vissuto le umilianti esperienze belliche nelle trincee e nelle lunghe battaglie di posizione (i più sfortunati potevano in realtà anche ricevere trattamenti oltremodo disumani) quando riportavano evidenti stati di obnubilamento come conseguenza diretta degli orrori che avevano commesso oppure di cui erano stati testimoni.

D'altronde il secolo scorso si è anche caratterizzato per altri eventi disumanizzanti, come l'avvento del napalm, della bomba a idrogeno, dei campi di sterminio nazisti e di molte altre brutalità conseguenti all'avanzamento del lato oscuro della scienza.

Per esempio, per quanto riguarda l'orrore dei lager nazisti, è stato dimostrato in diversi studi genetici che le seconde generazioni delle vittime della Shoah riportano un'incidenza maggiore di PTSD, anche quando i loro genitori che erano stati vittime dirette dei campi di sterminio non riportavano le stesse problematiche (Yehuda et al., 2015).

I Disturbi specificatamente associati con lo stress sono un'entità psicopatologica comprendente vari classi di disturbi che possono anche compromettere altre funzioni cognitive: attenzione, auto-valutazione del Sé e regolazione/espressione delle emozioni (WHO, 2018). I numerosi cluster presenti nella classificazione APA per il PTSD sono stati risistemati nell'ultima versione dell'ICD in tre grandi gruppi di sintomi, comprendenti sia segni di natura affettiva sia segni più propriamente comportamentali. L'evento calamitoso o catastrofico non è più considerato una caratteristica sufficiente perché compaia il disturbo in questione, benché esso venga reputato necessario nell'eziologia (WHO, 2018).

I dati del National Institute of Mental Health (NIMH) hanno dimostrato infatti che alcuni eventi, come un attacco terroristico o un disastro aereo, hanno più probabilità di scatenare un trauma. È emerso, inoltre, che non sono colpiti solo i soggetti traumatizzati, ma anche i loro familiari, che non hanno vissuto in prima persona l'evento; è sorprendente il fatto che madri di bambini molto piccoli che avevano rischiato di morire mostrassero un malessere riconducibile a un PTSD pur non essendo vittime primarie del trauma.

La ricerca in campo psicodinamico ha invece spostato l'attenzione su alcuni aspetti associati agli attaccamenti insicuri/disorganizzati e ai loro sviluppi in età adulta. Alcuni approcci psicoterapeutici hanno analizzato nello specifico il ruolo della scissione e della compartimentazione provocate da invalidazioni precoci dei propri caregiver (Fonagy e Target, 2001; Liotti, 2001; Liotti e Farina, 2011; Albasi, 2006), per effetto delle quali interi distretti della mente vengono disattivati in maniera più o meno definitiva. Gli sviluppi di esperienze di lutto e di abbandono precoce possono configurarsi in strutture patologiche nella vita adulta (ritraumatizzazione).

Alcune ricerche hanno anche evidenziato una certa predisposizione innata a sviluppare un disturbo post-traumatico. Per esempio, uno studio sui veterani del Vietnam – condotto da True, Rice, Eisen et al. (citato in Plomin et al., 2013) confrontando 4.000 coppie di gemelli che avevano preso parte alla guerra con un gruppo di gemelli che non avevano combattuto in guerra – ha stimato un'ereditarietà del 40% nei soggetti che mostravano un quadro grave, con la piena soddisfazione di tutti e quindici i cluster di sintomi del PTSD (classificazione DSM-IV-TR), mentre le influenze ambientali erano minime. Ciò sarebbe una prova dell'alto grado di familiarità del disturbo.

Quanto al trauma pandemico, esso ha toccato un po' tutti e resterà impresso per sempre nella nostra memoria, tanto da instaurarsi nel nostro inconscio come una cicatrice indelebile.

L'emergenza sanitaria provocata dal virus Covid-19 in Occidente

I pazienti che durante la malattia hanno dovuto ricevere le cure in ospedale, specialmente se in un reparto di terapia intensiva, potrebbero arrivare a soffrire successivamente di disturbi mentali, oltre che di altri eventi morbosi a livello fisico, in ciò che è stato ribattezzato *long Covid*.

L'esperienza vissuta, inoltre, ha tutte le fattezze di un ricordo di tipo traumatizzante: i vestiti mimetici di infermieri senza un volto o un nome, gli ambienti poco confortanti e isolanti rispetto al resto dei reparti, le cure invasive o alienanti, l'essere stati spettatori della prassi infermieristica con cui si decide sulla scelta del paziente con maggior probabilità di riuscire a sopravvivere alla polmonite, e a cui dover assegnare di conseguenza il casco respiratore (con la fine delle speranze per gli altri), pazienti che muoiono vicino agli altri ricoverati, lontani da casa, dai parenti e dai propri affetti più cari, e che nella migliore delle ipotesi non hanno comunque modo di ricevere il supporto della propria famiglia. In un certo senso, il Sars-Cov-2 può renderci tutti schiavi di macchinari e dispositivi medici salva-vita che ci fanno sembrare *cervelli in una vasca* (Putnam, 1981)!

Nel caso di pazienti precedentemente intubati e guariti dal Covid, la malattia potrebbe comportare conseguenze a medio-lungo termine, come i quadri morbosi di una concomitante sequela neurologica secondaria all'infezione virale, con carattere di intenso distress neurologico, già ribattezzati "neurocovid"; secondo alcuni autori, durante l'assessment neuropsicologico si dovrà ugualmente tenere conto del danno cerebrale provocato dall'infezione virale e del PTSD (Kaseda e Levine, 2020).

Uno studio condotto dall'Università di Torino (Castelli et al., 2020) su un campione di 1.231 persone sottoposte a una serie di self-report per via telematica ha evidenziato, dopo il primo lockdown, che almeno una persona su cinque presentava sintomi riconducibili a un disturbo post-traumatico da stress, assieme ad altri quadri di ansia e depressione; la ricerca ha rilevato che sono le donne, e quelle con un tasso di scolarizzazione più basso, i soggetti maggiormente predisposti a soffrire di un problema stress-correlato, anche se non era

no state contagiate dal virus. Sembra che i soggetti non infettati dal Covid-19 siano le vittime cosiddette “terziarie” del virus (Castelli et al., 2020). In altri studi (Gosselin et al., 2018; Kandel, 2018) è stato riscontrata un’incidenza di PTSD compresa tra il 14% e il 51% nei gruppi di sopravvissuti al coronavirus, benché sia stata trovata spesso una percentuale anche maggiore (per es., Xiang et al., 2020).

Ma c’è una popolazione intera che è stata colpita per essersi trovata a vivere come spettatore inerme di quanto stava accadendo; il fatto di essere testimoni indiretti dell’accaduto potrebbe essere collegato anche alla facilità con cui oggi vengono fornite e distorte le notizie; infatti, l’amplificazione data dai media all’argomento pandemia rende tutti più esposti rispetto al passato alla drammaticità degli eventi e alla risonanza emotiva di alcuni accadimenti, in un fenomeno di amplificazione mondiale senza precedenti; senza considerare il fatto che tutti siamo già bombardati quotidianamente da *fake news* su tv, giornali e social media. Tutto ciò, associato a provvedimenti che hanno limitato la libertà personale e lo scambio interpersonale, finisce per aumentare la personale percezione di insicurezza e inefficacia. Soprattutto fra i soggetti più vulnerabili, che possono vivere momenti di maggiore solitudine già in periodi normali, potrebbe diventare una variante del trauma pandemico. Anche perché non tutti hanno le stesse capacità di coping.

Un altro studio recente valuta come soggetti a rischio anche le persone sofferenti di problematiche mentali, i bambini e gli adolescenti (Ben, 2003). Oltre al fattore di rischio per tali gruppi, è noto il motivo della sensibilità dei più giovani, associata all’esposizione diretta a certe immagini di violenza; appare quindi ovvio come ciò possa renderli più impressionabili, soprattutto quando, come accade sovente, assistono a molti video cruenti, soli davanti alla tv.

Vale lo stesso discorso per i “soccorritori” che si sono sentiti più afflitti dopo la pandemia: secondo uno studio norvegese svolto a ottobre dell’anno scorso, un medico su due riferisce sintomi di PTSD, ansia e depressione (Johnson, Ebrahimi e Hoffart, 2020), e non solo perché i medici sono esposti primariamente al trauma, ma anche perché spesso lavorano in prima linea. Senza considerare l’alto grado di rischio di quanti, lavorando a stretto contatto con pazienti Covid, mettono a rischio la propria vita per gli altri, compresi i medici di medicina generale, che pagano come tutti il prezzo della loro professionalità.

In un contesto simile, influisce anche la sensazione di inefficacia delle cure al momento disponibili o la personale credenza di non aver fatto tutto il possibile per salvare la vita dei pazienti più sfortunati, passati a miglior vita. “Nell’ottica di un’assistenza sanitaria che si rivolga al benessere della persona nella sua globalità, è di grande importanza considerare l’impatto dei vissuti emozionali degli operatori nella relazione con il paziente e i suoi familiari, elemento che si rivela sempre più correlato alla qualità della vita dell’operatore e di chi assiste” (Zucconi e Howell, 2003).

Nel tentativo di superare il confinamento riservato ai pazienti con Covid, si è pensato di intervenire a distanza, lontani dalla “zona rossa”, come quando le circostanze non rendevano possibile la presenza della figura dello psicologo

in prima linea: sono stati proposti diversi interventi di supporto psicologico erogato tramite piattaforme di chat online o per via telefonica (per esempio, Zhang et al., 2020). Seppur da remoto, il *social care* cinese ha sfruttato la tecnologia e il *tracing*, che si è reso utile per identificare i contatti di persone che non sapevano di incubare il coronavirus; inoltre, il trauma è stato massivo e ha coinvolto un gruppo di persone numeroso come nessun altro evento di questo genere nella storia dell'umanità, cosa che non ha reso certo semplice il lavoro degli psicologi dell'emergenza.

Il Covid-19 e gli effetti sulla psiche

Parlare di trauma oggi può risultare fuorviante a causa dei rischi di una frettolosa cancellazione di tale termine e del suo profilo speculare (quello della sua fabbricazione; Benduce, 2010). In realtà per Sirigatti non sono state ancora svelate tutte le caratteristiche di questo disturbo e il costo pagato per mantenere l'oggettività del quadro post-traumatico è troppo alto (Bonomi e Borgogno, 2001).

In un recente studio è stato dimostrato abbastanza controintuitivamente che nei pazienti Covid più era stata grave la forma di infezione contratta, minore sarebbe stata la sintomatologia di PTSD riferita.

A parte il Disturbo specificatamente associato allo stress, potrebbero essere molti comunque i disturbi provocati dall'impatto del nuovo coronavirus o comunque concomitanti con l'esplosione della pandemia: possiamo immaginare per esempio un Disturbo da Lutto, nei pazienti che hanno dovuto lasciare per sempre un proprio caro, o un Disturbo Depressivo Maggiore, in quei soggetti predisposti a vivere esperienze spiacevoli con minor senso di locus of control.

Inoltre, fattori psicologici interni, che è stato dimostrato influenzano grandemente la risposta alle malattie fisiche e che solitamente migliorano la prognosi del quadro clinico, potrebbero giocare un ruolo decisivo anche in questo caso, determinando un fattore di resilienza sia nella fase acuta sia nella fase di remissione. Quindi, le strategie di coping individuale potrebbero influenzare il decorso della guarigione sia dalla polmonite virale che dai postumi differiti dell'infezione.

Stiamo tutti vivendo un disastro immane e senza precedenti, un terribile déjà vu, un'escalation dell'orrido, dove accanto ai superstiti provenienti dalle sale di terapia intensiva, e ai morti per Covid, trovano – in realtà poco – spazio i tantissimi deceduti a causa dell'inaccessibilità delle cure consuete svolte presso l'ASL, come è successo per i malati d'ipertensione e di problemi cardiaci o il continuo rinvio delle operazioni già programmate; anche i reparti oncologici hanno funzionato a singhiozzo e molti cicli di chemio- e radioterapia sono dovuti saltare, provocando la diminuzione della speranza di vita per i pazienti con un tumore. A causa dell'inaccessibilità delle cure presso il sistema sanitario si corre il rischio di mettere in pericolo di vita i pazienti cronici, anche a causa dell'alto rischio di mortalità primaria causata dalla concomitanza

di più eventi pregressi. Inoltre molti soggetti che non godevano di buona salute sono costretti anche a una condizione di continua ansia e apprensione per il proprio stato attuale e per il rischio che contrarre il Covid potrebbe comportare per loro.

A questa crisi terapeutica profonda, provocata dalla sostanziale riconversione dei reparti specialistici di medicina ospedaliera e ambulatoriale, s'aggiunge una vera e propria strage che ha coinvolto migliaia e migliaia di anziani ospiti delle case di riposo e strutture di degenza, che, ritenuti forse con poche speranze di sopravvivere alla polmonite, sono praticamente stati lasciati in balia della situazione e si sono spesso, non volutamente, infettati contagiandosi uno con l'altro, senza contare i casi criminali di équipe sanitarie sprovvedute e irrispettose delle vite altrui che si sono del tutto dimenticate, in alcuni casi, delle regole del distanziamento (come nelle feste per l'avvenuta vaccinazione degli ospiti).

Sono anche aumentati, secondo l'ONU, i tassi generali di disabilità: per esempio, i pazienti affetti da turbe psichiche, che, non potendo più vivere in contesti comunitari, sono stati dimessi senza alcun piano terapeutico alternativo e hanno visto aggravarsi la loro precedente situazione mentale, hanno risentito più di altri del clima di angoscia generale.

Il tema della morte è vivido e potrebbe stamparsi nella mente dei soggetti a rischio anche a distanza di tempo. Ma non è la morte il vero problema o almeno non il nostro punto di vista privilegiato; la morte non deve fare paura perché il morire richiama anche un processo di sintesi, ripropone il valore della nascita, del divenire e del farsi ogni giorno un essere umano che si inoltra e si appropria della sua condizione esistenziale (Cristini, 2007).

La gestione della crisi non è stata sicuramente perfetta, con la conseguente apertura di varie inchieste da parte della magistratura, che hanno nuovamente fatto luce sullo stigma dell'abbandono.

La risposta di getto alla situazione emergenziale è piuttosto derivata da individuali opere di carità o volontariato, come nei servizi di supporto sociale e psicologico a domicilio (visite a persone che vivono in solitudine), atti di solidarietà o veri e propri doni di beni materiali da parte delle forze dell'ordine.

Si è spesso insistito sulla capacità dell'Italia di essere "unita in una situazione di crisi", ma questa coesione all'interno di gruppi di persone che si percepiscono come accomunate dallo stesso lutto è tutt'altro che metaforica. Infatti, nell'ormai celeberrimo studio di J. Bowlby (1999), commissionato dal governo britannico dopo la Seconda Guerra Mondiale, e i cui risultati diedero vita alla teoria dell'attaccamento, si rilevò che la tendenza dei membri di una famiglia o di un altro gruppo sociale a restare insieme nel momento culminante di una calamità non solo è forte, ma è anche probabile che persista per giorni o settimane quando l'evento tragico è ormai alle spalle. Inoltre, per Bowlby (1999), la difficoltà di valutare la reale pericolosità di un evento potenzialmente dannoso assieme a peculiari atteggiamenti di ricerca del contatto dei propri simili, e in particolare dei propri cari, sono molto specifici e automatici.

Le conseguenze del distanziamento fisico durante la pandemia.

Per le caratteristiche dell'emergenza e del contesto di base, a differenza delle altre catastrofi, in questa crisi si è assistito a eventi difficilmente interpretabili; per esempio, alcuni infermieri hanno commesso atti autolevisivi dopo aver appreso di essersi infettati durante il lavoro nelle terapie intensive. In realtà il personale medico ha dovuto difendersi anche da "attacchi" a posteriori derivanti dal mancato rispetto delle norme.

Il regime contenitivo che ne è derivato e le politiche in materia di distanziamento fisico potrebbero aver fomentato i movimenti no mask e agitato l'animo degli scettici verso il rischio dell'infezione da Covid.

Nell'ultimo anno si sono anche palesati stati critici di panico o psicosi collettiva, nel quale rientrano anche comportamenti di vandalismo o semplicemente insensati: oltre ad atteggiamenti negazionisti nei confronti della contagio, si sono osservati atti compulsivi di acquisto nei grandi supermercati – per la preoccupazione di carenza di generi alimentari – e operazioni collettive di infrazione delle restrizioni con violazioni delle norme – in manifestazioni contro le restrizioni e caroselli dei tifosi delle squadre di calcio – e comportamenti violenti nei confronti di pari, intimidazioni verso chi viene dichiarato irrispettoso delle norme vigenti per il contrasto alla diffusione del virus eccetera; sembra ancora difficile far accettare l'utilizzo della mascherina, pur essendo l'unica misura in grado di proteggerci dalla diffusione del virus, ed è una missione tuttora impossibile quella di dissuadere chi sovente, nei fine settimana di festività o di bel tempo, si riversa per le strade delle città violando le regole per gli assembramenti. Sono stati molti anche i multati per violazione del lockdown o della quarantena.

Sull'altro lato della medaglia si potrebbero annoverare i comportamenti propositivi e non violenti, come quelli dei movimenti che mettono in scena una storia e in cui assume un certo peso il ruolo della vocazione professionale (Rozenfeld, 2014); anche il recente aumento d'iscrizioni ai corsi di infermieristica potrebbe essere interpretato come un ricorso alla personale capacità di resilienza – dato che comunque non sorprende se pensiamo all'odierna carenza di personale medico, fatto che ha inoltre spinto al richiamo dei medici in pensione per arginare il problema nei reparti.

Per quanto riguarda il benessere psicologico della popolazione mondiale, c'è il forte rischio che nei prossimi anni, a causa della pandemia, possa verificarsi un netto aumento dei tassi di sofferenza emotiva, soprattutto nei gruppi maggiormente a rischio, come il personale sanitario delle terapie intensive, i bambini, gli anziani, i giovani, gli adolescenti e i rifugiati provenienti da contesti di emergenza umanitaria (ONU, 2020).

Secondo l'ONU (2020), oggi sono stati violati alcuni dei fondamentali diritti dell'uomo e sarebbe necessario creare servizi di salute mentale migliori e sostenibili, facendo leva su una simile situazione di crisi.



Lo psicodramma junghiano

Ammalarsi di Covid vuol dire anche venire a contatto con le più terribili paure ancestrali; di sicuro durante la polmonite si riaccendono vecchi lutti e antiche ferite. Il paziente potrebbe vivere la claustrofobica impressione di essere finito in un tunnel buio e senza uscita, in una disperata ricerca di riuscire a tornare a galla. La diagnosi e il ricovero potrebbero essere una rivisitazione dell'esperienza del trauma della nascita e del taglio del cordone ombelicale o anche della paura di rimanere sepolti vivi. La risposta può essere più neutra o più patologica, come l'esplosione di rabbia, fino alle idee di persecuzione (Jung, 1921). Il massimo grado può anche comportare una deflagrazione della psiche in quella che Jung definisce una frammentazione della personalità e fasi di sdoppiamento dell'Io, con vissuti di coscienza esperiti alternativamente secondo diversi monologhi scambievoli. In questo stato l'appagamento e l'apprendimento diventano impossibili, compreso l'apprendimento tramite il corpo, in una fase di sviluppo mimetico che caratterizza sia l'adulto che il bambino in diverse fasi di vita (Farina, 2020). Ma, durante una prolungata inattività creativa e dell'interazione fra coetanei, sono i bambini a soffrire di più, a causa della mancanza del gioco sociale e del suo valore simbolico, in un'attività che di consueto favorisce l'esperienza di sé (Farina, 2020); dalle prime osservazioni dei bambini nel loro ambiente ludico già si sono palesati i primi sintomi provocati dalle conseguenze di un ridotta socializzazione, comprese stereotipie e anomalie tipiche di una fase caratterizzata per scarsità di stimoli ambientali e carenza di relazioni interpersonali, incluso il gioco sociale, il gioco imitativo e il gioco di finzione. Quindi, nella cosiddetta "fase due" dell'epidemia "l'obiettivo della terapia non riguarda il recupero o il ripristino di funzioni in un'ottica di cura, ma un riadattamento tra bisogni evolutivi del soggetto e dell'ambiente" (Lancini, 2014).

Lo psicodramma junghiano potrebbe essere un valido metodo di trattamento dei soggetti che hanno vissuto un'esperienza traumatica ed è finalizzato a esplorare la propria Ombra.

I tipi psicologici

A dire il vero Jung è conosciuto soprattutto per la sua teoria dei tipi psicologici (Jung, 1921). L'idea era già stata sviluppata da Gross, che propose per primo la distinzione fra due tipi di personalità che potevano soffrire di forme di "minorazioni della coscienza", una sul versante appiattito e l'altra su quello ristretto, due stili con differenti intensità nella funzione primaria (le idee) e secondaria (*la restitutio ad integrum* che avviene tramite l'alimentazione). Jung propose l'esistenza di altrettanti tipi psicologici, denominati introverso ed estroverso; l'introverso vive una preminenza del mondo interno mentre, all'opposto, nell'estroverso prevarrebbe la ricerca nella realtà esterna. Per il tipo introverso il vantaggio risiede nella creazione di un pensiero astratto a prescindere dai dati; il pericolo, invece, risiede nel fatto che queste idee non sempre si

traducono in un pensiero concreto. Per il tipo estroverso il vantaggio è la capacità di prescindere dalla realtà, in una sorta di ebbrezza; lo svantaggio, viceversa, è che ciò potrebbe rivelarsi una sorta di catastrofe, un caos che non permette più soluzione. L'atteggiamento teso è caratteristico del primo; l'estroverso, al contrario, è più disteso. Secondo Jung questa polarità non è fissa e immutabile, nel senso che le tipologie psicologiche non sono delle caratteristiche, bensì dei meccanismi che possono in qualche modo essere attivati e inattivati. In definitiva, la differenza fra tipo introverso ed estroverso sta nella "preferenza pratica" (Jung, 1921) e nella difficoltà dell'introverso di collegare i complessi.

Secondo Jung (1921), inoltre, un'altra variabile è rappresentata dallo stato mentale preesistente (stato d'animo, attenzione, situazione affettiva, attesa) che condiziona l'intensità della tensione psichica generale.

Lo psicodramma, gli archetipi e il Covid

Nella clinica junghiana quello che sembra più interessante è l'elemento creativo e immaginativo, perché tali funzioni consentono l'espressione del corpo e della gestualità, costituendosi come due degli elementi distintivi della dramma-terapia e come un tentativo di simbolizzare l'opposizione fra coscienza e inconscio. Il fulcro di questa catarsi consiste nella trascendenza, ovvero nell'apparizione di strade alternative verso l'autoguarigione. Lo scopo dell'analisi è infatti quello di acquisire la capacità di immaginazione attiva.

L'intervento di gruppo è condotto da un facilitatore; la messa in atto del vissuto traumatico, tramite l'acting out, servirà per riportare a coscienza i personali vissuti d'angoscia e le paure represses. Inoltre gli altri elementi fondanti dello psicodramma sono: l'analisi del sogno, che è un rivelatore degli archetipi universali e, in questo senso, non solo un'opera di smascheramento di significati nascosti; il role-playing in cui recitiamo un evento o una parte.

Lo psicodramma e l'arte-terapia sono una fonte di espressività interiore che stimola l'uso di canali differenti, modalità terapeutica utile soprattutto per i pazienti che sono maggiormente portati al conformismo e all'autocontrollo (Alliod, 2006). Il monito è quello di cercare di andare "oltre le maschere", per lasciare spazio all'espressione del proprio dolore personale e per uscire da ruoli rigidi che possono diventare sterili all'interno della scena. Nella sperimentazione di nuove parti di sé la scena virtuale offre la possibilità di visualizzare e sentire cosa potrebbe accadere se si assumessero posizioni differenti dalle solite e potersi vedere da una prospettiva nuova. In tal senso, il ruolo creativo dell'analista è fondamentale perché è lui a dirigere le scene e a proporre ai componenti del gruppo i ruoli e gli atti teatrali veri e propri. In tal modo l'analista interpreta il disturbo non come un elemento fondato su una catena associativa o come la riproposizione di vecchie vicende risalenti a un periodo lontano della propria vita, ma come un simbolo sconosciuto e incompreso per l'individuo, che se smascherato può guarire attraverso il meccanismo con cui si tenta di "mettersi in pace con la società". L'analista dirige la seduta teatrale seguendo la concordanza fra il ruolo del paziente (in questo caso il ruolo di malato) e l'archetipo stesso (l'archetipo di un Dio irato e vendicativo). Dalla libertà di

espressione e di produzione gestuale emerge l'*imago* del soggetto, cioè l'insieme degli elementi derivanti delle figure genitoriali alla base della personalità che sono in stretto contatto con le immagini archetipiche.

Quindi, a differenza di altre correnti psicanalitiche, il processo di individuazione non coincide con la cura della persona, ma è piuttosto un rivelamento del "significato archetipico del disturbo".

Secondo Jung, in terapia avviene ciò che egli chiama una trasformazione della libido, ovvero una regressione verso fasi più antiche, ma senza quel carattere patologico in quanto essa si è configurata come normale nella storia meno recente dell'umanità (Jung, 1952). "La libido costretta a regredire a opera degli ostacoli incontrati si volge alla possibilità esistenti nell'individuo allo stato potenziale" (*ivi*, p. 155).

Durante la sciagura i medici alle prese con i pazienti Covid hanno simbozzato l'archetipo della Madre che fornisce nutrimento, ma il cibo qui non ha che un valore simbolico, quando con esso si vogliono intendere le cure con quei farmaci che hanno mostrato buoni effetti nella fase critica della pandemia, in cui non erano conosciuti altri rimedi efficaci.

Forse è mancato loro anche un supporto morale minimo, in quanto gli operatori sanitari si trovano nella condizione di assorbire inconsapevolmente un alto grado di sofferenza interna e di subire processi di adattamento che ostacolano l'elaborazione del vissuto traumatico (Gasseau e Brinchi, 2014). In situazioni d'emergenza, al limite del carico emotivo sopportabile, la fatica e il dolore provocati dello stress quotidiano potrebbero diventare troppo grandi per poter essere gestiti.

In questa crisi sembrano anche ritornare molti temi legati allo junghismo: la morte e il suo mistero, l'occulto, l'anima, i sogni archetipici rivelatori e la funzione simbolica di alcuni miti, la reincarnazione e il nirvana; il fine di tale ricerca interiore dovrebbe essere quindi l'analisi dei miti familiari che si nascondono nella storia dei nostri genitori.

La stessa decisione di Jung di abbandonare anzitempo la vita in comunità, per trasferirsi nella sua casa a Bollingen, costruita completamente in pietre e autonomamente, al fine di dedicarsi all'autenticità della propria anima e del proprio spirito, lontano da beni terreni, fra cui l'elettricità, sembra dirigersi verso questa scelta, nel senso che è rivolta alla possibilità di scoprire una verità di tipo non immanente. Alla stregua di alcune concezioni filosofiche e religiose, Jung vede la morte come il punto terminale di un lungo percorso finalizzato all'acquisizione di esperienza, saviezza, saggezza e intelligenza, oltre che un monito a un vita più retta, nel rispetto della natura e delle altre persone. Tutte le concezioni religiose orientali sono in realtà accomunate da questa visione naturalistica della vita e della morte, nel senso di restituire dignità al valore di entrambe.

Le categorie della morte e della resurrezione, della fine dei tempi e della reincarnazione cristiana celano un tema poco esplorato per l'uomo moderno, a cui esso non è ancora riuscito a dare delle risposte definitive. Forse è stato il cattolicesimo stesso ad allontanarci da questa ricerca interiore e ad aver prodotto un'aura di mistero sul tema della morte, che la ha anche resa indicibile.

In *Trasformazioni della libido* Jung parla di un Dio “personificato”, perché non conoscibile razionalmente, corrispondente al tentativo di rendere visibile l’invisibile (Jung, 1952); invece il cristianesimo, nella sua visione di Dio, proietta su una figura umana il suo rappresentante sacerdotale. In tale concezione la figura di Mosè è il simbolo del viaggio continuo ed è associata all’immagine del pesce, perso assieme alla vitalità al termine del proprio cammino durato ottant’anni.

La vita e la morte sono associati al mito solare perché rappresentano il duplice, così come l’uomo è sia mortale che immortale. Il Dio sole è a sua volta legato all’archetipo dell’eroe (Edipo, Achille, Buddha, Gilgamesh, i Diòscuri). Invece, il brulichio di persone simboleggia il segreto – lo stesso segreto con il quale la politica si è fatta scudo dell’emergenza sanitaria per tentare di nascondere le proprie colpe e le proprie responsabilità nelle carenze inerenti la gestione dell’emergenza sanitaria – che a sua volta rappresenta l’inconscio; l’archetipo della “città di sogno” invece è il più potente fra le *imago* materne (Egige, Indra) ed è associato al mito di immagine fertile (Babilonia, Gerusalemme) e delle acque. Come per gli altri archetipi (il saggio *Senex* e il *Puer aeternus*, la Persona e il Sé, l’*Anima* e l’*Animus*) quello della Madre può avere sia una valenza negativa che positiva, in quanto può essere una minaccia, una “Madre terrificante”, che non consente il sano sviluppo dei propri figli perché troppo apprensiva e protettiva nei loro confronti, o, al contrario, una madre protetta dalla paura dell’incesto che genera, come un albero che fa crescere buoni frutti; di contro, c’è il simbolo del serpente che avvolge la roccia. Il simbolo della croce ha la funzione di risanare questi opposti e rappresenta la ricongiunzione di Madre di Morte e Madre di Vita.

Da un punto di vista freudiano, invece, vita e morte, in quanto istinti compresenti nel funzionamento energetico, non sono riconciliabili e sono diretti all’unisono all’autodistruzione, anche nella parte meramente cellulare; la pulsione di morte, tende sempre allo zero assoluto, al di là di ogni altra possibile spinta verso l’autogodimento o l’autoappagamento, prevalendo, in generale, sulle possibilità creative del genere umano. In quest’ottica, il virus non sarebbe comparso per effetto della casualità, in un terreno libero da impedimenti di natura profilattica, ma solo come effetto dell’emanazione di tale spinta irrazionale; la natura della persona è quella di rivolgersi contro se stessa e la sua natura (istinto di autoannientamento). In fondo, tutto ciò che ha vita intraprende questo cammino di autodistruzione dal momento stesso in cui diviene materia vivente, in un vortice senza possibilità d’uscita.

Qualunque sia il punto di osservazione, è innegabile che l’attuale emergenza pandemica abbia portato un profondo cambiamento nel nostro stile di vita abituale e un radicale scostamento nella nostra visione del mondo. Ma se non si riuscirà nel nostro intento di cambiamento, rinnovamento e riproposizione dei buoni valori, si tornerà nel baratro, costretti a confrontarci con l’ennesima ondata di contagi, o peggio, con un nuovo virus, che presto si trasformerà in un nuovo terremoto psichico per i soggetti offesi. Le sciagure umane e le catastrofi naturali, che siano diluvi, allagamenti, tsunami o un’epidemia di origine virale, rappresentano secondo la nostra visione la comparsa di Wotan

(Jung, 1985), l'atto selvaggio di un essere terribile e malvagio, emanante forze distruttrici (lo spirito del giovanotto tedesco incarnatosi nella figura del Führer). In questo quadro rientra perfettamente il Covid-19, come una sorta di sciagura dal carattere demoniaco, ma reduce dall'umano istinto al masochismo più selvaggio. Non è un caso se un paese come la Cina ha saputo rialzarsi dall'abisso fondando l'aiuto sulla reciprocità d'intenti; nella lotta all'emergenza, la Cina, da sempre legata all'immagine del drago sputa fuoco, sembra essersi incarnata nella figura del Buddha seduto in fase di meditazione, alla ricerca della verità interiore, cercando di pensare piuttosto che agire, con il rischio di avanzare con tentativi alla cieca. La Cina ha battuto il serpente che divora l'uomo – anche se non bisogna dimenticare che questa nazione non è immune dal decadimento, ma provocato dal quotidiano calpestamento dei fondamentali diritti della persona.

Considerazioni finali

Nella mente di tutti saranno rimaste impresse le immagini trasmesse delle RSSA; per esempio, è indelebile l'istantanea dell'anziano e del figlio che lo abbraccia dopo tanto tempo di separazione forzata, il primo residente nella casa di riposo in cui non era più possibile avere accesso, divisi solo da uno strato di plastica piazzato a ridosso dell'entrata della struttura, ma che permetteva almeno per pochi secondi di stringere fra le braccia il proprio caro, in una dimostrazione d'affetto prima della pandemia del tutto naturale.

Quindi, quella che è una semplice proposta di intervento può e, anzi, deve trasformarsi in una strategia concreta, in quanto, a parte l'attività di prevenzione e di psico-educazione, in generale, è impensabile curare tutte le persone colpite dal trauma pandemico.

Di certo, come è avvenuto in Cina, è importante il lavoro preliminare di screening, anche per vagliare le caratteristiche anagrafiche del gruppo target, come età e istruzione sociale che sono sicuramente elementi prognostici favorevoli alla riuscita del trattamento. E, nondimeno, avviare preventivamente una nuova fase di collegamento mirato fra i servizi pubblici e privati, in modo che anche lo stato possa entrare nel processo terapeutico, fornendo agevolazioni economiche per le prestazioni fornite.

Si potrebbero mettere in risalto molti altri aspetti di questa crisi sanitaria, ma non si può prescindere dal ribadire che è di vitale importanza ricevere un supporto psicologico, specialmente se avviene durante un'emergenza di questo tipo, anche nell'ottica di incrementare l'erogazione di prestazioni da remoto o in modalità differita, se l'intento è quello di studiare, per esempio, gli effetti della telemedicina sulla qualità del servizio offerto o sull'efficacia delle cure.

La psicologia ha negli anni passati ha escogitato servizi molto efficaci durante alcune delle più grandi emergenze del mondo sviluppato. Sarebbe utile un supporto terapeutico per i soggetti dimessi dopo il ricovero, anche per rendere efficiente il connubio fra le cure mediche e le cure psicologiche. L'attuale situazione sanitaria richiede un intervento analitico risolutivo per casi che non troverebbero un beneficio duraturo da altre panacee psicofarmacologiche – tanto in voga attualmente.

La clinica freudiana ha focalizzato l'attenzione sull'attività di rielaborazione, ricordo e ripetizione che potrebbe portare a galla l'inconscio dei propri sentimenti di paura inespressi, previa una loro decontaminazione tramite la funzione della mente dell'analista (Blandino, 2009), cioè in un sistema interattivo maggiormente funzionante. In fin dei conti si tratta di prendere in cura il sintomo e il personale istinto a cercare di far sì che esso si ripeta nel futuro prossimo, come un estremo tentativo personale di poterlo gestire e ammaestrare con i mezzi a disposizione. Ma nessuno si salverà da solo! L'*enactment* è una vera coazione e può diventare molto distruttiva, almeno quanto le forze del virus che compromettono la salute psicofisica della persona.

Al termine di questo processo di riparazione e, forse, di risarcimento del danno, l'errore potrebbe consistere nell'abbassare la guardia, anche se la zona rossa o l'Italia tutta fosse stata decontaminata, almeno finché la politica non sarà disposta a prevedere delle misure finalizzate alla costruzione/ricostruzione di una società più equa e avanzata, in modo che, nel suo complesso, sia il gruppo stesso a diventare una comunità di tipo resiliente, in modo da farsi carico di un benessere collettivo comune, compreso quello delle persone più sfortunate che solitamente non hanno possibilità di perseguire la propria strada verso felicità. Sconfiggere il virus non può solo coincidere con il debellare l'epidemia, e magari scatenare l'immunità di gregge, ma anche prendere in carico i postumi di quello che si configura oggi come un trauma pandemico nella mente delle persone più fragili. Questa crisi potrebbe anche avere come effetto la decisione di combattere finalmente le disuguaglianze sociali nel campo della salute mentale. Una società più resiliente (vedi, ultimamente, i *black lives matter* e chi si batte contro il surriscaldamento mondiale e i cambiamenti climatici, nell'accezione di gruppi resilienti che ne dà la Rozenfeld) è una società più democratica e maggiormente pronta a combattere le situazioni di crisi che si avranno in futuro, nonché disposta ad agire con più spirito di creatività nella cosiddetta fase di rinascita; secondo Jung, in quest'ottica, dovremmo considerare i sistemi religiosi come istituzioni che captano le forze istintuali di natura animale non suscettibili d'impiego ai fini della civiltà, le organizzano e le rendono gradualmente capaci di un'utilizzazione più elevata.

La vita sembra sconvolta dalle nuove regole che ci hanno privato dei basilari diritti di libertà personale, ma il dibattito con gli esperti è l'unica via di comunicazione possibile.

Inoltre è nostro dovere spiegare ai più piccoli cos'è il coronavirus, anche con parole semplici, perché solitamente la loro curiosità è maggiore; qual è l'importanza di seguire le prescrizioni, nel rispetto delle norme, riformulando l'accaduto in modo che perda le sue istanze castranti, per renderlo più accettabile nella sua ineliminabile drammaticità.

Per promuovere la salute psicologica, negli anni a venire, dovremmo curare un numero ancora sconosciuto di persone che riporteranno problematiche psicologiche conseguenti a questa pandemia o provocate dalla crisi economica che ne è scaturita, e ciò ci costringe a pensare a interventi di prevenzione su larga scala, in modo da riformulare l'"arte della cura" per riuscire infine a intervenire nel contesto; innanzitutto, bisognerebbe prepararsi a un aumento del tasso di suicidio e dell'abuso di sostanze stupefacenti, ai quali potrebbe oppor-

si una riorganizzazione strutturale del sistema sanitario e scolastico; si ritiene che questi sintomi potrebbero interessare soprattutto giovani e giovanissimi, come se non fosse già allarmante la crisi giovanile in atto. In questo senso i giovani si sentono alla deriva perché ciò che manca loro è una certa attitudine a considerare e a tollerare l'imprevedibilità complessa della vicende umane, riconoscendole come passibili di esitare talvolta in fallimenti del tutto ingiustificati (Piotti, 2014).

Paolo della Vela, psicologo.

Bibliografia

- Alliod V. (2006), *Al di là di maschere e ruoli rigidi*, "Gruppi nella clinica, nelle istituzioni, nella società", 3.
- American Psychiatric Association (2014), *DSM-5. Manuale dei disturbi mentali*, Raffaello Cortina, Milano.
- Beneduce R. (2010), *Archeologie del trauma. Un'antropologia del sottosuolo*, Laterza, Bari.
- Blandino G. (2004), *La formazione degli operatori. Come sviluppare le capacità relazionali*. In A. Imbasciati e M. Margiotta, *Compendio di psicologia per operatori sociosanitari*, Piccin, Padova, pp. 461-477.
- Bo H., Li W., Yang Y., Wang Y., Zhang Q., Cheung T., Wu X. e Xiang Y. (2020), *Post-traumatic stress symptoms and attitude toward crisis mental health services among clinically stable patients with COVID-19 in China*, "Psychological Medicine", 1-2, doi: 10.1017/S0033291720000999
- Bowlby J. (1999), *Attaccamento e perdita*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Castelli L., Di Tella M., Benfante A. e Romeo A. (2020), *The Spread of COVID-19 in the Italian Population: Anxiety, Depression, and Post-traumatic Stress Symptoms*, "The Canadian Journal of Psychiatry", 10, 731-732, doi: 10.1177/0706743720938598
- Della Vedova A. (2007), *I vissuti degli infermieri pediatrici nei confronti del bambino morente e dei suoi familiari*. In C. Cristini (a cura di), *Vivere il morire. L'assistenza nelle fasi terminali*, Aracne, Roma, pp. 143-154.
- Farina T. (2020), *La crisi dei valori simbolici, rituali e mimetici del gioco infantile durante la pandemia di COVID-19*, "Education Sciences & Society", 1, 41-53, doi: 10.3280/ess1-2020oa9680
- Gasseau M. e Bringhi M. (2012), *Funzioni terapeutiche dello psicodramma analitico junghiano nell'emergenza*, "Psicobiettivo", 1, 91-108, doi: 10.3280/PSOB2012-001006
- Johnson S.U., Ebrahimi O.V. e Offart. A. (2020), *PTSD symptoms among health workers and public service providers during the COVID-19 outbreak*, 15(10), "PLoS ONE", <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0241032>
- Jung K.G. (1985), *Wotan*, in *Opere*, vol. 10/1, Boringhieri, Torino.
- Jung K.G. (2010), *Tipi psicologici*, Newton Compton, Roma.

- Jung K.G. (2012), *Simboli della trasformazione*, Boringhieri, Torino.
- Kaseda E.T. e Levine A.J. (2020), *Post-traumatic stress disorder: A differential diagnostic consideration for COVID-19 survivors*, "Journal of The Clinical Neuropsychologist", 34, 7-8.
- Lancini M. (2014), *Crisi evolutiva e cambiamento*. In M. Lancini e F. Madeddu (a cura di), *Giovane adulto. La terza nascita*, Raffaello Cortina, Milano, pp. 85-101.
- Liotti G. e Farina B. (2011), *Sviluppi traumatici. Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*, Raffaello Cortina, Milano.
- Guterres A. (2020), *COVID-19 e il Bisogno di Agire sulla Salute Mentale*, policy brief del Segretario generale delle Nazioni Unite, https://www.promisalute.it/upload/mattone/documentiallegati/United-Nations-Covid-and-mental-health_ITA_13660_3821.pdf
- Piotti A. (2014), *Il rischio suicidale*. In M. Lancini e F. Madeddu (a cura di), *Giovane adulto. La terza nascita*, Raffaello Cortina, Milano, pp. 141-155.
- Plomin R., DeFries G., Knopik V.S. e J.M. Neiderhiser (2013), *Genetica del comportamento*, Raffaello Cortina, Milano.
- Rozenfeld A. (2014), *La resilienza: una posizione soggettiva di fronte alle avversità. Prospettive psicoanalitiche*, Fratelli Frilli, Genova.
- Sirigatti S. (2001), *Prefazione*. In C. Bonomo e F. Borgogno (a cura di), *La catastrofe e i suoi simboli. Il contributo di Sandor Ferenczi alla teoria psicoanalitica del trauma*, Utet Libreria, Milano.
- World Health Organization/WHO (2021), *ICD-11 Mortality and Morbidity Statistics*, <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
- Zhang J., Wu W., Zhao X. e Zhang W. (2020), *Recommended psychological crisis intervention response to the 2019 novel coronavirus pneumonia outbreak in China: a model of West China Hospital*, "Precision Clinical Medicine", 1, 3-8, <https://doi.org/10.1093/pcmedi/pbaa006>

Sitografia

https://www.nimh.nih.gov/health/topics/post-traumatic-stress-disorder-ptsd/#part_145372

