

# Essere psicoterapeuta al tempo del COVID-19

SURVEY SU UNA ESPERIENZA DI SUPPORTO PSICOLOGICO VIRTUALE DURANTE LA PANDEMIA

Autori: Chiara Bartolini, Catia Camarri, Lapo Felicioni, Verusca Giuntini, Valentina Iannuzzi, Giulia Occhini, Veronica Orrù



## *Essere psicoterapeuti nel tempo del Coronavirus*

A cura di Filippo Trovato, referente *SIPT* del progetto “*FIAP* in campo”

Quando all’inizio di quest’anno abbiamo cominciato a confrontarci con quella che sarebbe diventata la pandemia da *COVID-19* nessuno poteva immaginarne le conseguenze. Tuttavia, se sul piano sanitario ed economico, fin da subito, si è fatto e detto molto, non altrettanto focalizzata è stata l’attenzione sulle conseguenze psicologiche tanto che, ancora oggi, non esiste una seria discussione sui rischi e sui possibili interventi in quest’ambito.

Dopo i primi momenti di confusione e smarrimento generali l’intervento sul piano psicologico è cominciato con iniziative autonome e sparpagiate di alcuni ordini professionali regionali e associazioni di professionisti. Anche la *SIPT*, grazie alla proposta di una collega neo diplomata, ha iniziato a percorrere questa strada attivandosi per organizzare un progetto di sostegno telefonico, gratuito, rivolto alle persone in difficoltà sul territorio fiorentino. I professionisti in campo erano tutti psicoterapeuti del Gruppo di Psicotesi Clinica della *SIPT*.

Successivamente è arrivata la proposta della *FIAP* (Federazione Italiana delle Associazioni di Psicoterapia), della quale *SIPT* è membro, di partecipare ad un progetto nazionale di sostegno psicologico gratuito promosso dal *Ministero della Salute*, che chiedeva alle associazioni di psicoterapia una collaborazione attiva.

L’adesione ad un servizio promosso dal Ministero della Salute è stata un’opportunità per segnalare la gravità di ciò che avveniva sul piano psicologico. La pandemia da *COVID-19* ha infatti evidenziato su tutto il territorio nazionale una difficoltà nota: la sottostima delle problematiche psicologiche all’interno del comparto della salute pubblica già in situazioni non emergenziali. Anche durante il servizio di sostegno psicologico gratuito, una realtà frequentemente rilevata dagli operatori a livello nazionale è stata proprio l’insufficienza delle risorse dei servizi territoriali di salute mentale nel far fronte all’emergenza in corso.

Il progetto ha previsto l’attivazione di un numero verde nazionale per consentire l’accesso ad un servizio di sostegno psicologico, organizzato su due livelli di intervento. Un primo colloquio, gestito dai colleghi delle associazioni di psicologia dell’emergenza, serviva ad accogliere le richieste e fare “analisi della domanda”, per poi inviare la persona agli operatori delle associazioni aderenti al secondo livello, che si sarebbero occupati di offrire fino a quattro colloqui gratuiti.

Un referente di ciascuna associazione del secondo livello (tra cui *SIPT*) raccoglieva gli invii, offriva un primo colloquio alla persona per raccogliere i dati anagrafici e aiutarla nelle questioni burocratiche (invio e recupero dei consensi informati al trattamento dei dati personali), mettendola poi in contatto con l’operatore finale (lo psicoterapeuta che avrebbe effettuato i colloqui).

La preparazione del servizio è avvenuta attraverso riunioni in videoconferenza tra tutti i referenti della *FIAP* e, all’interno di ogni associazione, tra il referente e gli psicoterapeuti aderenti. Ogni referente faceva da tramite con la *FIAP* che, a sua volta, dialogava con il Ministero. Il servizio è rimasto attivo per circa un mese.

L'opinione diffusa tra gli operatori impegnati (a livello nazionale) è stata che l'impatto psicologico dell'emergenza sanitaria nei suoi diversi aspetti (effetti psicopatologici di tipo post traumatico nelle zone più colpite, disturbi ansiosi e fobici legati ai timori di contagio, effetti depressivi legati al *lockdown*, ecc.) sia stato elevatissimo, con conseguenze molto serie sull'equilibrio psicofisico.

Un altro aspetto degno di nota è che la partecipazione al progetto ha rappresentato per gli operatori un momento di confronto con se stessi in una situazione, che da un punto di vista umano, li coinvolgeva direttamente al pari di qualunque altro cittadino. Credo che nella confusione e assenza di riferimenti noti, la scelta di quale delle proprie subpersonalità privilegiare rappresenti un'opportunità per recuperare una posizione di maggiore centratura. Lo psicoterapeuta psicosintetista nel suo lavoro ha a disposizione diverse competenze e innumerevoli tecniche, ma lo strumento principale rimane esso stesso, la sua personalità e la sua dimensione transpersonale. In un certo senso, chi usa lo strumento e lo strumento stesso coincidono. Ecco perché una riflessione su cosa significhi essere psicoterapeuta nel tempo del coronavirus può essere feconda sia da un punto di vista umano che professionale.

La proposta (anche questa avanzata da una collega tra le più giovani) di confrontarsi con un progetto di ricerca sull'esperienza appena conclusa e di focalizzarla sulle percezioni e sui vissuti degli operatori coinvolti va proprio in questa direzione e rappresenta, in termini psicosintetici, un buon modo per incarnare l'insegnamento assagioliano di "collaborare con l'inevitabile", nello spirito di provare a cogliere in ogni esperienza il meglio possibile.

Desidero ringraziare tutte le colleghe e tutti i colleghi che hanno partecipato al progetto, arricchendolo con le loro riflessioni nella fase di preparazione e rendendolo un fondamentale strumento di sostegno per tutti coloro che si sono rivolti alla nostra associazione nella fase attuativa.

Firenze, 15 novembre 2020



## Introduzione

Il presente report ha lo scopo di raccogliere e condividere i risultati di una survey di ricerca realizzata da alcuni degli psicoterapeuti e psicoterapeute aderenti al progetto “*FIAP in Campo*”.

L’input per la ricerca è stato il tema del convegno che *SIPT* terrà a fine novembre on line e che verterà sul tema del setting in psicoterapia.

Come partecipanti al progetto di *FIAP* abbiamo riflettuto sul fatto che l’esperienza svolta con i colleghi e le colleghe era materiale prezioso per riflettere sul setting virtuale della psicoterapia, a cui l’emergenza sanitaria ha costretto molti professionisti, e su come gli psicoterapeuti con formazione psicosintetica hanno vissuto il cambio di setting.

Non solo. La ricerca svolta, per quanto piccola e limitata, vuole essere un modo per soffermarsi a riflettere su una esperienza comune e valorizzarla.

## Materiali e metodi

Le domande di ricerca e le metodologie sono state discusse all’interno del gruppo di persone che si sono autoproposte per produrre l’indagine. Il fatto che gli autori della ricerca fossero anche stati coinvolti in prima persona nel progetto di sostegno psicologico ha permesso di trarre vantaggio dalla loro esperienza per individuare alcuni aspetti e argomenti particolarmente importanti da indagare.

E’ stato realizzato un questionario con domande a risposta chiusa e domande a risposta aperta sull’esperienza svolta dagli/dalle psicoterapeuti/e all’interno del progetto di supporto psicologico “*FIAP in campo*”.

Il questionario ([Allegato A](#)) è composto di tre sezioni:

Una prima parte contiene domande a risposta chiusa:

- informazioni demografiche riguardanti le persone assistite (età, genere, provenienza geografica)
- le modalità di conduzione dell’intervento di supporto psicologico (supporto tecnologico prescelto, numero e cadenza delle sedute svolte)
- informazioni sui temi di salute psicologica emersi dagli utenti (diagnosi, nuclei tematici, pregresse psicoterapie svolte) e sulla esperienza eventualmente riportata dagli utenti circa i servizi di supporto psicologico territoriali.

Una seconda parte raccoglie le opinioni dei rispondenti attraverso l’utilizzo di una scala Likert con quattro items su:

- opinioni sul setting
- opinioni su efficacia dell’intervento e del progetto nazionale

Una terza parte contiene tre domande a risposta aperta, incentrate sui vissuti professionali sperimentati all'epoca del progetto; sull'effetto che i comuni vissuti di incertezza, vissuti da terapeuta e assistito/a, hanno avuto sulla relazione; sull'esperienza avuta del setting virtuale.

Per l'analisi delle domande a risposta aperta ci siamo avvalsi di una metodologia qualitativa. Il metodo qualitativo, affiancato a quello più tradizionalmente quantitativo, ha permesso di indagare in maniera approfondita degli aspetti più attinenti all'ambito dei vissuti dei rispondenti, che non sarebbe stato possibile affrontare con tecniche quantitative.

## **Campione**

Il campione di professionisti rispondenti al questionario coincide con coloro che hanno dato disponibilità a partecipare al progetto “*FIAP in campo*” per *SIPT*.

Il questionario è stato inviato al campione individuato attraverso una e-mail.

Dei/delle 12 professionisti/e che hanno ricevuto il questionario, tutti/e hanno risposto.

## **Analisi statistica**

L'analisi statistica è stata effettuata tramite Excel.

Riguardo alle domande a risposta aperta, le risposte sono state analizzate utilizzando un metodo di interpretazione che ha permesso di individuare degli assi tematici. Questi dati sono stati poi fatti dialogare con i dati quantitativi.

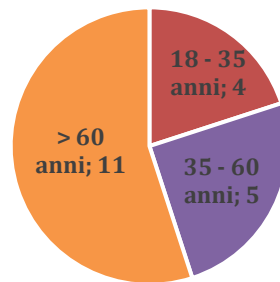
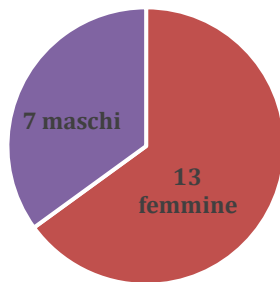
## **Risultati**

### **Analisi quantitativa**

#### **Dati generali**

Gli psicoterapeuti e le psicoterapeute che hanno partecipato al progetto sono stati/e 12.

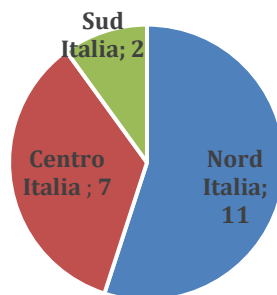
Sono state seguite in tutto 20 persone, di cui 7 maschi e 13 femmine.



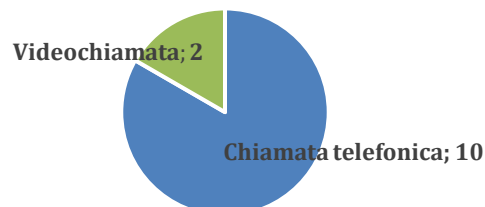
Le fascia di età più rappresentata, posto che le persone seguite erano tutte maggiorenni, è quella che va oltre i 60 anni (11 persone).

Buona parte degli assistiti ha richiesto aiuto dal Nord Italia (11 persone), seguiti dal Centro Italia (7 persone); solo due persone hanno chiamato dall'Italia meridionale.

Tra le persone che chiamavano dal Nord Italia quattro erano ultrasessantenni e due avevano meno di 25 anni.



Lo strumento tecnologico più utilizzato per il supporto psicologico a distanza è stata la chiamata telefonica. Soltanto due terapeuti/e si sono avvalsi della videochiamata; entrambi/e avevano assistiti con età inferiore ai 35 anni.

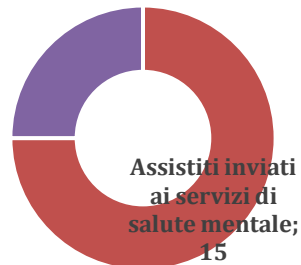


Sono stati sfruttati 3 o più incontri (di 4 a disposizione) dalla quasi totalità delle coppie terapeutiche, con cadenza settimanale.



Poco più della metà degli/delle assistiti/e (11) non aveva mai svolto supporto psicologico o psicoterapia in precedenza. Sette di questi/e avevano più di 60 anni.

Al termine degli incontri previsti, sono stati fatti invii ai servizi di salute mentale sul territorio di residenza dell'assistito in 15 casi.

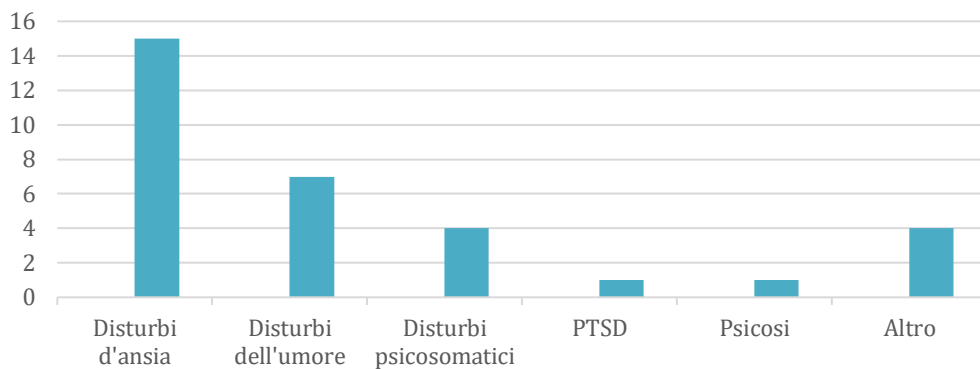


In merito ai servizi di supporto psicologici locali, otto terapeuti/e riportano che gli/le assistiti/e hanno lamentato difficoltà di accesso.



Tra le motivazioni più frequentemente segnalate troviamo: impossibilità ad accedere ai servizi a causa dell'emergenza sanitaria (problema segnalato da tre terapeuti), non conoscenza dei servizi (segnalato da due terapeuti). Singoli terapeuti/e hanno riportato i seguenti ostacoli: problemi economici, stigma, assenza dei servizi, mancanza di indirizzamento ai servizi da parte del medico di famiglia che era stato consultato (Nord Italia).

In totale quindici persone soffrivano di disturbi d'ansia; sette persone di disturbo dell'umore. In sei casi vi era compresenza di disturbi d'ansia e dell'umore. I/le terapeuti/e hanno individuato disturbi di natura psicosomatica in quattro assistiti, in associazione ad ansia o disturbo misto. Una sola persona soddisfaceva i criteri per la diagnosi di un disturbo post traumatico da stress; una persona presentava disturbi nello spettro psicotico, in associazione a disturbo misto dell'umore e disturbi psicosomatici.



Le tematiche principali emerse durante i colloqui sono state il senso di angoscia (riportato da dieci terapeuti/e); la perdita o la paura della perdita (riportate da sei terapeuti/e); l'abbandono - sempre associato al senso di angoscia, (come riportato da cinque terapeuti/e); la paura di essere malati o ipocondria, sempre associato ad angoscia o paura della perdita (come riportato da cinque terapeuti/e).



### Dati riguardanti il setting

Posti di fronte ad alcune affermazioni riguardanti il setting, i/le terapeuti/e hanno espresso delle opinioni utilizzando una scala Likert.

Due terzi dei/delle terapeuti/e è concorde nel ritenere che il setting virtuale non influisca positivamente sul coinvolgimento delle figure in relazione.

Poco più della metà rispondenti (7) ritiene che l'esperienza condivisa della pandemia abbia avvicinato le coppie terapeutiche.

La maggior parte dei/delle terapeuti/e si è sentita molto a suo agio (6) e abbastanza a suo agio (3) nel nuovo setting. Tuttavia, la maggior parte è d'accordo nell'affermare che il setting virtuale ponga dei limiti alla comunicazione non verbale. Il rispetto delle regole del setting da parte dei/delle pazienti non sembra essere stato particolarmente influenzato dal setting virtuale, mentre sembra che la gratuità dell'intervento non abbia influito positivamente.

La maggior parte dei/delle terapeuti/e non svolgeva regolarmente sedute on line o sedute al telefono prima di questa esperienza. La quasi totalità di loro (11) ritiene che le due modalità, in presenza e on line, non siano sovrapponibili e che il setting virtuale non possa sostituire quello in presenza; mentre per uno di loro il setting virtuale è sovrapponibile e nel tempo sostituibile a quello in presenza. Benché due terzi dei/delle rispondenti ritenga che l'esperienza svolta abbia migliorato il rapporto con il setting virtuale, soltanto un terzo dei/delle terapeuti/e pensa di aumentare il numero delle sedute on line con gli/le abituali assistiti/e.

<b>In merito al setting, quanto sei d'accordo con le seguenti affermazioni?</b>				
	Per nulla d'accordo	In minima parte d'accordo	In buona parte d'accordo	Totalmente d'accordo
<b>Ritengo che il setting virtuale abbia influito positivamente sulle due figure in relazione</b>	1	7	3	1
<b>Ritengo che l'esperienza condivisa della pandemia da Covid-19 abbia influenzato positivamente il coinvolgimento delle due figure in relazione.</b>	3	2	6	1
<b>Mi sono sentito/a a mio agio nel nuovo setting.</b>	0	3	3	6
<b>Reputo che il setting online ponga dei limiti alla comunicazione non verbale.</b>	1	1	2	8
<b>Credo che il setting virtuale abbia influenzato positivamente il rispetto delle regole del setting da parte del paziente.</b>	2	5	4	1
<b>Credo che la gratuità dell'intervento abbia influenzato positivamente il rispetto delle regole del setting da parte del paziente.</b>	5	3	4	0
<b>Prima di questa esperienza svolgevo regolarmente sedute online.</b>	7	2	2	1
<b>Prima di questa esperienza svolgevo regolarmente sedute telefoniche.</b>	8	3	1	0
<b>L'esperienza svolta ha migliorato il mio rapporto con il setting virtuale.</b>	1	3	6	2
<b>Penso di aumentare il numero di sedute svolte online con i miei assistiti abituali.</b>	4	4	3	1
<b>Ritengo che il setting online non differisca da quello in presenza.</b>	7	4	0	1

<b>Ritengo che il setting online con il tempo, possa sostituire quello in presenza.</b>	10	1	0	1
---	----	---	---	---

### **Dati riguardanti il progetto e l'intervento**

Interpellati/e sugli esiti del supporto svolto e del progetto nazionale, i/le terapeuti/e rispondenti al questionario sono per lo più concordi nel ritenere che l'intervento da loro svolto è stato efficace. Simile è la distribuzione delle risposte per quello che attiene l'efficacia del progetto nazionale, eccezion fatta per due rispondenti lo hanno ritenuto poco utile.

Nella percezione dei/delle terapeuti/e rispondenti, gli/le assistiti/e hanno ritenuto l'intervento da essi/e svolto per lo più utile ed efficace.

In merito ai vissuti dei/delle terapeuti/e durante le sedute virtuali, sette di essi/e sono concordi nell'affermare di aver sperimentato vissuti di impotenza e frustrazione (tre in misura maggiore). La totalità dei/delle rispondenti ha sperimentato vissuti di gratificazione, anche se due di essi solo in minima parte.

Due terzi dei/delle terapeuti/e è fortemente concorde nell'affermare di voler ripetere l'esperienza svolta se potesse tornare indietro; il resto dei/delle rispondenti si colloca su posizioni intermedie della scala Likert.

I/Le terapeuti/e sono concordi nel dire che l'esperienza svolta ha cambiato in minima parte o in buona parte il loro modo di lavorare come professionista.

<b>Quanto sei d'accordo con le seguenti affermazioni?</b>				
	Per nulla d'accordo	In minima parte d'accordo	In buona parte d'accordo	Totalmente d'accordo
<b>Ritengo che l'intervento da me svolto sia stato efficace</b>	0	0	8	4
<b>Ritengo che il progetto nazionale sia stato utile ed efficace.</b>	0	2	6	4
<b>Ho la percezione che le persone da me assistite abbiano accolto l'intervento come utile ed efficace.</b>	0	1	7	4
<b>Durante le sedute ho sperimentato vissuti di impotenza e frustrazione.</b>	5	4	2	1
<b>Durante le sedute ho sperimentato vissuti di gratificazione.</b>	0	2	4	6
<b>L'esperienza vissuta ha modificato il mio modo di lavorare come psicoterapeuta.</b>	2	5	4	1

Se potessi tornare indietro ripeterei l'esperienza svolta.	0	1	3	8
--	---	---	---	---

## Analisi qualitativa

### Domanda 1

“Descrivi brevemente il tuo stato d’animo come professionista in merito all’esperienza condivisa della pandemia da covid-19 (facendo riferimento al periodo dell’attivazione del centralino).”

I/Le terapeuti/e hanno utilizzato un’ampia gamma di parole e gruppi di parole per descrivere il proprio stato d’animo. Queste sono state suddivise in due macro categorie descrittive: la prima che racchiude una più esplicita espressione di emozioni /sentimenti e una seconda che sottende sempre uno stato d’animo ma che viene descritta attraverso un determinato atteggiamento<sup>1</sup>.

La categoria emozioni/sentimenti è stata suddivisa in positivi e negativi. Per quanto riguarda invece la categoria degli atteggiamenti è stata suddivisa in quattro sottogruppi in base al tema evidenziato dalle parole/gruppi di parole nel testo: senso di appartenenza al gruppo, motivazione orientata verso un obiettivo, senso di utilità ed efficacia, raccoglimento e cura

Stati d’animo	
Emozioni/Sentimenti	Atteggiamenti
positivi (2)	senso di appartenenza al gruppo (5)
negativi (9)	motivazione orientata ad un obiettivo (5)
	Senso di utilità ed efficacia (5)
	Raccoglimento e cura (2)

Sul totale di dodici rispondenti, alcuni (4) hanno utilizzato sia espressioni esplicite di stati d’animo (emozioni/sentimenti) sia espressioni implicite (atteggiamenti), alcuni (2) solo espressioni esplicite, altri (6) solo implicite.

Alcuni degli stati d’animo sperimentati ed espressi in maniera esplicita, oscillavano tra sentimenti di *impotenza* (3) e *frustrazione* (2) per la situazione generale, *timore* (1) per il lavoro, *paura* (1), senso di *inadeguatezza* (2) personale e nei confronti della gestione degli stessi stati d’animo delle persone prese in carico, a sentimenti di *fiducia* (1) e *speranza* (1) come spinte vitali. Si evidenzia inoltre come alcuni stati d’animo siano stati espressi attraverso parole e gruppi di parole non direttamente ascrivibili a sentimenti ed emozioni ma ad atteggiamenti orientati all’*agentività*<sup>2</sup>:

<sup>1</sup> Modo di disporsi o di presentarsi, come riflesso di un determinato stato d'animo o come forma deliberatamente assunta di comportamento. [www.wikipidja.it](http://www.wikipidja.it)

<sup>2</sup> Il concetto di **agentività umana** (*human agency*), punto principale dell'intera teoria social-cognitiva di Albert Bandura, può essere definito come la capacità di agire attivamente e trasformativamente nel contesto in cui si è inseriti. Tale funzione umana, che riguarda sia i singoli individui che i gruppi, si traduce operativamente nella facoltà di generare azioni mirate a determinati scopi. L'agentività è intesa come una funzione riguardante gli atti compiuti intenzionalmente, indipendentemente dal loro esito. [www.wikipedia.it](http://www.wikipedia.it)

- “...senso di **responsabilità** per la posizione di riferimento ricoperta”
- “...**interesse e motivazione** personali e professionali”
- “Sentivo di **far parte di un grande gruppo**. Ho provato un forte senso di **gratificazione**. Sentivo tutta **l'importanza e l'utilità dell'intervento** posto in essere”
- “L'ufficialità della proposta mi ha fatto sentire **inclusa in una missione condivisa** e allo stesso tempo **utile alla comunità**, restituendomi un senso di **efficacia**.”
- “Ho vissuto questa esperienza come una nuova **sfida personale e lavorativa**”
- “...ho notato che il **rallentamento** delle attività ha avuto un **effetto benefico** su diversi pazienti e anche su di me...”
- “...sentivo anche il bisogno di **raccoglimento** e prendermi **cura** di me stessa e dei miei familiari...”.

La maggior parte delle emozioni esplicitamente riportate dai/dalle terapeuti/e sono negative, elicitando un forte stress derivante dalla situazione lavorativa.

L'analisi degli atteggiamenti espressi fa emergere un effetto positivo del senso di appartenenza e dell'aver uno scopo comune sui vissuti dei terapeuti.

## Domanda 2

*“In riferimento al comune vissuto di incertezza sperimentato durante la pandemia sia da te sia dai pazienti, in che modo i tuoi vissuti soggettivi hanno influenzato il tuo essere in relazione?”*

In riferimento allo stare nella relazione terapeutica, è stato possibile suddividere le espressioni utilizzate dagli/dalle psicoterapeuti/e in tre categorie:

A. Più **vicinanza** (16 affermazioni).

La maggiore vicinanza nei confronti del paziente è stata espressa in termini di maggiore: *empatia* (6), *vicinanza* (3), *realisticità* della relazione, con *meno dinamiche* di transfert (1), *rilassatezza* nella relazione (1), *presenza* a ciò che accadeva (1), *alleanza* terapeutica (1), *coinvolgimento* personale e riferimento alla propria vita (2).

B. Più **coinvolgimento e attenzione** da parte del terapeuta nel lavoro terapeutico (7 affermazioni).

Il maggiore coinvolgimento e attenzione sono stati espressi in termini di maggiore: senso di *responsabilità* (1), *prontezza* verso il paziente (1), *attenzione e concentrazione* sul “campo” (1), *alleanza* terapeutica (1), *motivazione* a rendersi utile (1), *visione globale* (1), riferimento alla propria vita (1).

C. **Variazioni** del precedente modo di lavorare (10 affermazioni): dal punto di vista *tecnico* (5 affermazioni) o dal punto di vista *emotivo* (5 affermazioni).

Per quanto riguarda la prima categoria, le variazioni di tipo tecnico, esse si sono concretizzate in maggiori: utilizzo della self-disclosure (2), alleanza terapeutica (1), riferimento e lavoro con inconscio superiore (1), visione globale della situazione (1).

Rispetto alla qualità della presenza del terapeuta in seduta invece è emerso: che assumere il ruolo di terapeuta in questo periodo ha permesso al professionista di essere più centrato e consapevole (1), un sentimento di gratitudine per l'incontro tra il proprio desiderio di stare bene e quello del paziente (1), che i propri vissuti positivi legati alla situazione comune hanno funzionato da “carburante” per la relazione terapeutica (2), che i propri vissuti positivi hanno fatto sentire i pazienti più legittimati a lasciar emergere i propri, superando l'imbarazzo iniziale legato al trovarsi in una situazione di pandemia (1).

I/Le terapeuti/e coinvolti/e nel progetto hanno riferito che il comune vissuto di incertezza sperimentato durante la pandemia ha effettivamente modificato il proprio modo di essere in relazione con il paziente. In particolare, è stato frequentemente descritto un aumento del senso di empatia e vicinanza provata nei confronti dell'altro. Sono stati riportati, inoltre, un coinvolgimento e attenzione maggiori nella presa in carico della persona, con un aumento del senso di responsabilità, della concentrazione sul “campo” della relazione e sull'alleanza terapeutica.

Un dato interessante riguarda l'aver introdotto alcune variazioni rispetto al precedente modo di lavorare, dal punto di vista sia tecnico, sia della qualità della propria presenza nel ricoprire il ruolo di psicoterapeuta.

Nel primo caso, esempi delle variazioni descritte sono l'aumento dell'uso della tecnica della self-disclosure, del lavoro sull'inconscio superiore, una maggiore attenzione all'alleanza terapeutica e alla visione globale della situazione.

Per quanto riguarda la qualità della propria presenza, la maggior parte dei/delle rispondenti ha dichiarato che l'aver sperimentato in prima persona vissuti ed elaborazioni positivi legati al periodo di lockdown ha avuto un ruolo molto importante, funzionando da stimolo, sostegno e modello nel lavoro terapeutico con i/le pazienti.

### Domanda 3

“Puoi descrivere la tua esperienza in base al setting da te scelto (telefonata/videochiamata)?”

Nelle descrizioni che i/le terapeuti/e hanno fatto della propria esperienza relativa al setting, è stato possibile individuare alcuni assi tematici.

Categorie individuate	
A. Tipo di <b>setting</b> (telefonata/videochiamata)	<ul style="list-style-type: none"><li>● chiamata telefonica (10)</li><li>● videochiamata (2)</li></ul>

B. <b>Motivazione</b> della scelta	<ul style="list-style-type: none"> <li>● scelta dell'operatore per fini pratici (2)</li> <li>● scelta obbligata per difficoltà degli utenti con altre tecnologie (2)</li> <li>● scelta concordata (3)</li> </ul>
C. <b>Valutazione</b> circa la propria <b>esperienza</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● valutazione globale sui percorsi d'intervento (4)</li> <li>● valutazione positiva sul setting utilizzato (5)</li> <li>● valutazione più incentrata sui limiti del setting a distanza (7)</li> </ul>
D. <b>Variazioni</b> rispetto al precedente <b>modo di lavorare</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Scelte su base tecnica</li> <li>● Scelte su base emotiva</li> </ul>
E. <b>Vissuti</b> del terapeuta	<ul style="list-style-type: none"> <li>● percezione di vicinanza nella relazione (6)</li> <li>● sintonia con l'assistito (3)</li> <li>● alleanza terapeutica (6)</li> </ul>

A. In base alla **scelta del setting**, otto dei rispondenti hanno motivato l'utilizzo dello strumento:

- scelta di **comune accordo** con la persona (3);
- scelta per **esigenze personali dell'operatore**, in base a variabili come il numero limitato dei colloqui o alla flessibilità del mezzo (2);
- **scelta obbligata**, soprattutto dalla scarsa praticità con i mezzi tecnologici da parte degli utenti (3).

B. La seconda categoria, sulla **valutazione** della propria **esperienza** da parte del/della terapeuta (17 resoconti), è stata suddivisa in 2 sotto-categorie, l'una con specifico **riferimento al setting** utilizzato, l'altra secondo la **percezione dell'utilità** o meno (auto-valutazione) dell'intervento stesso da parte del terapeuta.

Con riferimento al **setting** (12 resoconti totali) gli/le psicoterapeuti/e si sono espressi nei seguenti termini:

- maggiore flessibilità (1) e rispetto della privacy (1), abbattimento delle resistenze/maggiore apertura (2), fruibilità del mezzo (1);
- percezione di una eccessiva distanza (1), visuale limitata o assenza della comunicazione non-verbale (2), labilità dei confini (2), limiti del setting a distanza in pazienti con pregressa diagnosi psichiatrica (1).

C. Con riferimento all'esperienza svolta e all'**utilità dell'intervento** (4 resoconti) i/le rispondenti hanno riportato l'esperienza vissuta coi seguenti termini:

- fluidità, bontà ed efficacia dell'intervento (3) quando l'esperienza era percepita utile;
- negativamente, in un caso, con riferimento al senso di inefficacia dell'intervento breve e a distanza (1).

D. **Variazioni** rispetto al precedente modo di lavorare (10) sono state descritte dai terapeuti/e come dovute al tentativo di superare i limiti del setting a distanza.



Queste sono state suddivise secondo la contingenza della scelta operata, che in certi casi è stata più di tipo **tecnico**, mentre in altri maggiormente dovuta alle **circostanze** o presa su una base **emotiva**.

Variazioni operate sulla base di **scelte tecniche** sono state rilevate nei seguenti termini:

- selezione di tecniche che non implicino il contatto visivo (1), dare maggiore risalto allo scambio verbale (2) e al tono di voce (1), ridefinizione dei confini (1), visualizzazione/immaginazione da parte dell'operatore (1), radicamento nel corpo/qualità della propria presenza (2);

Variazioni dovute a scelte operate sulla base della **situazione contingente** o prese su base **emotiva**:

- accelerazione dei tempi per l'intervento/invio (1), attivazione della funzione immaginativa (1).

E. **Vissuti** del/della terapeuta (11) consistono nella descrizione dei vissuti esperiti lungo i percorsi portati avanti; in particolare, i vissuti sono stati tutti riferiti alla **relazione** posta in essere. Di questi, 6 si concentrano sulla **vicinanza**, 3 descrivono una **sintonizzazione** emotiva con l'utente, mentre 2 sono espresse in termini di **riuscita/soddisfazione** personale rispetto all'alleanza/compliance nella relazione instaurata con l'assistito/a.

Di seguito sono raggruppati.

1. Vissuti di **vicinanza**:

- desiderio di vicinanza/conoscenza (1), sensazione di entrare nella vita altrui/essere nella stessa stanza (4), intimità (1).

2. Vissuti di **sintonizzazione** emotiva:

- espressa come sintonizzazione sui desideri e sui bisogni dell'interlocutore (3).

3. Vissuti di **soddisfazione** personale rispetto alle relazioni instaurate nei colloqui:

- relazione percepita come autentica/buona alleanza (2).

In molti dei resoconti, circa l'esperienza vissuta nello specifico *setting* scelto, è stato portato in luce il limite della forte riduzione o assenza della comunicazione non-verbale. Un aspetto positivo individuato da alcuni è stata la maggiore disposizione ad aprirsi da parte del/della paziente

Nel nuovo setting, alcuni/e psicoterapeuti/e hanno ritenuto di introdurre delle variazioni tecniche, con particolare attenzione allo scambio verbale, per dare più attenzione alle parole, ai racconti delle persone e al tono della voce, nonché agli elementi immaginativi e alla qualità della propria presenza nella relazione terapeutica.

Il senso di efficacia percepito dai/dalle terapeuti/e rispetto all'intervento posto in essere è stato riportato come buono in circa la metà dei resoconti.

Infine, nelle risposte date dagli psicoterapeuti si è riscontrata un'ampia descrizione dei propri vissuti, dei quali è evidente l'omogeneità dei contenuti. Infatti, nonostante la numerosità delle affermazioni rilevate, abbiamo osservato una importante ed univoca convergenza delle stesse verso i vissuti di tipo relazionale, espressi in termini di vicinanza e di sintonizzazione emotiva.

## **Limiti**

Il nostro studio ha molti limiti. Innanzitutto, la popolazione studiata è limitata agli/alle psicoterapeuti/e di *SIPT* aderenti al progetto “*FIAP* in campo” e quindi non può essere rappresentativa di tutti gli/le psicoterapeuti/e aderenti. Secondariamente i/le rispondenti non sono state scelti/e casualmente ma arruolati/e. Terzo, poiché le informazioni sono ricavate dagli/dalle stessi/e terapeuti/e, potrebbe essersi verificato un bias di desiderabilità sociale facendo sì che i risultati non rispecchino le reali opinioni e credenze.

Infine, il questionario rappresenta uno studio trasversale, quindi non è indicato per trarre conclusioni sulle esperienze e le opinioni dei terapeuti sul lungo periodo.

## **Conclusioni**

### **Caratteristiche degli assistiti**

La maggior parte degli assistiti è di genere femminile; la fascia d'età più rappresentata è quella degli/delle ultrasessantenni; più della metà degli assistiti abita nel Nord Italia.

Nonostante la possibilità di effettuare videochiamate, la stragrande maggioranza dei terapeuti ha preferito utilizzare il telefono, anche quando l'assistito/a era giovane. Chi ha scelto la videochiamata aveva assistiti/e con meno di 35 anni.

Dei quattro incontri a disposizione per ogni assistito/a, undici terapeuti/e su dodici ne hanno utilizzati 3 o più, con cadenza settimanale.

### **Disturbi rilevati e utilizzo dei servizi di salute mentale**

La maggior parte degli assistiti soffriva di disturbi d'ansia e disturbi dell'umore, in sei casi associati insieme.

Le tematiche più frequentemente rilevate sono l'angoscia, la perdita o la paura della perdita, l'abbandono e la paura di ammalarsi.

E' interessante notare come la maggior parte dei/delle terapeuti/e ha rilevato nei propri assistiti difficoltà ad accedere ai servizi di salute mentale del territorio, soprattutto a causa dell'emergenza pandemica e della non conoscenza dei servizi.

Ben quindici assistiti/e su venti sono stati/e inviati/e ai servizi di salute mentale sul territorio di residenza al termine degli incontri previsti dal progetto.

## **Il setting**

Le opinioni sul setting virtuale sono per lo più negative, anche se l'esperienza svolta sembra aver migliorato il rapporto con le sedute virtuali. Una maggior forza delle opinioni è stata rilevata nelle affermazioni secondo cui il setting virtuale non influenza positivamente il coinvolgimento delle figure in relazione e pone forti limiti alla comunicazione non verbale. Dalle risposte aperte date dai terapeuti emerge anche una maggiore labilità dei confini e una distanza percepita come eccessiva nei confronti di persone con diagnosi psichiatrica pregressa.

Secondo i/le rispondenti, virtualità del setting e gratuità dell'intervento sembrano aver influito negativamente sul rispetto delle regole del setting da parte del paziente.

Mentre la totalità dei/delle terapeuti/e non svolgeva sedute virtuali prima del progetto, un terzo di loro si dichiara intenzionato ad aumentarne il numero con i propri assistiti virtuali.

A proposito dei limiti percepiti nell'intervento a distanza, è interessante notare come le difficoltà incontrate abbiano stimolato le risorse interne degli psicoterapeuti. Molti di loro hanno fatto ricorso a delle strategie, specificabili come scelte operative e tecniche, che hanno modificato il modo in cui tipicamente gli stessi psicoterapeuti lavorano in presenza nei loro studi. In particolare, è stata data importanza a scelte che esaltassero lo scambio verbale, ad elementi immaginativi e, infine, alla qualità della presenza terapeutica nella relazione.

## **Il progetto nazionale e l'efficacia percepita dell'intervento**

Mentre i/le rispondenti ritengono che l'intervento da loro svolto sia stato efficace e che gli assistiti sembrano averlo percepito come efficace, maggiori dubbi sorgono sulla efficacia del progetto a livello nazionale.

Tutti i/le terapeuti/e hanno sperimentato vissuti di gratificazione durante le sedute, in misura apparentemente maggiore rispetto ai vissuti di frustrazione e impotenza, avuti da più della metà di loro. Tra i vissuti positivi descritti dai terapeuti è interessante notare come il comunicare con una persona che chiama o videochiamata dal suo ambiente di vita quotidiano, ha aumentato il senso di vicinanza al/alla paziente.

## **L'effetto della partecipazione al progetto sui vissuti dei terapeuti**

La partecipazione al progetto sembra aver avuto un effetto positivo sui vissuti sperimentati dai professionisti coinvolti. L'aver partecipato ad una "mission" comune ha contribuito ad accrescere negli aderenti all'iniziativa un senso di appartenenza a un gruppo dotato di scopo comune, facendo sperimentare in linea di massima un senso di utilità ed efficacia orientato ad un obiettivo comune e forse attenuando il senso di impotenza e frustrazione generale percepiti e alimentando invece atteggiamenti proattivi.

## **Le conseguenze della comunanza di vissuti di incertezza tra terapeuta e paziente**

E' possibile affermare che l'aver sperimentato lo stesso disagio, relativamente all'incertezza prodotta dalla pandemia, abbia influenzato positivamente l'empatia del terapeuta e la sua capacità di stare in relazione.

Il "trovarsi sulla stessa barca" ha in parte contribuito a modificare l'andamento del lavoro terapeutico amplificando i vissuti personali e relazionali all'interno del setting.

Un maggiore equilibrio del terapeuta nell'affrontare i cambiamenti portati dall'emergenza sanitaria sulla propria vita personale e professionale si è riflesso in una migliore consapevolezza e capacità di role modeling.

### **La relazione terapeutica**

Emerge con chiarezza il carattere univocamente relazionale dei vissuti interni descritti dagli psicoterapeuti durante le sedute on line.

Questo, coerentemente con l'attivazione di un setting interno e con l'intenzionalità terapeutica del proprio operato, ci farebbe supporre che è sempre possibile contare sulla relazione come asse portante della cura.

### **Ringraziamenti**

Le autrici e gli autori del report vogliono ringraziare i/le psicoterapeuti/e *SIPT* (Società Italiana di Psicopsicoterapia) che hanno risposto al questionario, condividendo la loro esperienza con generosità e fiducia.

Si ringraziano anche coloro che hanno supportato il progetto di ricerca con consigli e incoraggiamenti: i membri del gruppo di ricerca *SIPT*, il Direttivo *SIPT* che ci ha dato fiducia per questo progetto, Linda Cecconi, presidentessa in carica di *SIPT*.

Infine, si ringrazia per la preziosa collaborazione Filippo Trovato, referente *SIPT* del progetto "*FIAP* in campo" e Filippo Bacci per il progetto grafico del poster.