

# La pandemia e la terapia online

A cura di *Stefania Marinelli,*  
*Pietro Roberto Goisis e Silvio A. Merciai*

## Presentazione redazionale

In occasione del primo webinar in lingua italiana, organizzato dall'IPA il 26 luglio 2020 sui temi delle terapie online, la redazione di Funzione Gamma ha progettato di dedicare un'edizione ai numerosi aspetti correlati al tema, diventato inaspettatamente attuale. Al *panel*, ideato da Romolo Petrini, avevano partecipato anche Claudio Neri e altri italiani, fra i quali Geni Valle e Stefano Bolognini. È stato coordinato da Pietro Roberto Goisis, al quale fu rivolto l'invito di curare l'edizione di questo numero speciale; Roberto ha poi proposto di farsi affiancare nella curatela da Silvio A. Merciai, con il quale circa vent'anni fa aveva cominciato ad occuparsi dell'argomento.

La redazione, con Stefania Marinelli, ha seguito con particolare attenzione lo sviluppo di questa edizione e ringrazia curatori e autori che hanno generosamente contribuito alla sua elaborazione in un momento storico straordinario, rivoluzionato e perturbato dall'esperienza della pandemia. Molti di loro si erano già prima occupati delle relazioni a distanza e delle ricerche internazionali sul tema. Oggi la questione si impone all'attenzione di tutti – curanti, pazienti, formatori, allievi, studenti – e più in generale di persone e gruppi interessati a comprendere e osservare la vita sociale e culturale che viviamo. La relazione a distanza, i contesti complessi in cui essa nasce e in cui è applicata (dalla telemedicina alla psichiatria) forniscono l'occasione al fronte psicoanalitico di un fertile quanto inatteso dialogo, che esplora da diversi punti di vista, storici e attuali, i mutamenti in corso mentre avvengono. Da ogni punto di vista: l'evoluzione del patrimonio disciplinare e soprattutto la teoria della tecnica che ne è implicata.

Questo numero della Rivista si divide in due parti.

Nella prima, curata da Stefania Marinelli, sono presentati i contributi di due autori internazionali di grande prestigio (Glen O. Gabbard e Bernard Duez). A loro il compito di portare una riflessione sugli effetti della pandemia nel lavoro clinico e nelle riflessioni teoriche.

Nella seconda parte, curata da Pietro Roberto Goisis e Silvio A. Merciai, si entra nel mondo delle terapie online. La preistoria, la storia, il presente. Un poco, anche, il futuro.

La rivista Funzione Gamma che ha portato avanti in Italia all'inizio del millennio il lavoro di informazione e scambio di gruppo "a distanza" e il sostegno ai temi e linguaggi delle prime esperienze di inclusione tecnologica è lieta di questa collaborazione pregiata, e grata per lo sforzo di comprensione e condivisione degli autori, che hanno lanciato il loro sguardo puntuale in molte direzioni. Le loro prospettive di ricerca contengono l'esperienza comune, interna e esterna, della turbolenza. Ma anche trasformano il perturbante in possibili orizzonti evolutivi e ponti

di collegamento e prossimità.

La parola ai curatori ora, agli autori e ai lettori. Ci imbarchiamo insieme nel mare dei riverberi che il cielo del clima attuale ha impresso nel nostro sguardo, fra le asperità e le scoperte della navigazione. Speriamo che il percorso che vi proponiamo di fare insieme possa essere interessante e stimolante, come è stato per noi disegnarne la mappa e i luoghi da scoprire e visitare.

Buon viaggio.

Settembre 2021

*Stefania Marinelli*

**Nota.**

In un numero che si occupa del lavoro terapeutico a distanza e che quindi fa frequente riferimento alla terminologia informatica che tutti abitualmente utilizziamo abbiamo ritenuto di astenerci dall'uso reiterato del corsivo che avrebbe altrimenti inflazionato il testo, moltissimi termini essendo ormai entrati nell'uso corrente, specie di chi pratica la terapia "online".

## **PARTE PRIMA: LA PANDEMIA TRA TEORIA E CLINICA**

a cura di [Stefania Marinelli](#)

[Presentazione. Ospiti e amici della Funzione Gamma, al tempo della distanza. — Stefania Marinelli](#)

I-1. [L'analista e il virus — Glen O. Gabbard](#)

I-2. [Potenzialità o virtualità a rischio della minaccia di morte — Bernard Duez](#)

## **PARTE SECONDA: LA QUESTIONE ONLINE. PROBLEMI E OPPORTUNITÀ**

a cura di [Pietro Roberto Goisis](#) e [Silvio A. Merciai](#)

### **1. COME SIAMO ARRIVATI FIN QUA?**

II-1-1. [La preistoria, un'esperienza clinica e l'Online Therapy Study Group — Silvio A. Merciai e Pietro Roberto Goisis](#)

II-1-2. [La psicoterapia online prima della pandemia Covid-19 nella letteratura internazionale, con particolare riferimento al mondo nordamericano — Silvio A. Merciai](#)

II-1-3. [Intanto in Italia - Storia della psicoterapia online in Italia prima della pandemia Covid-19 — Pietro Roberto Goisis, Giorgia Lauro](#)

### **2. LA PANDEMIA COVID-19: UN ANNO DI ESPERIENZA ONLINE**

II-2-1. ["Cosa abbiamo imparato": conversazione con Stefano Bolognini — Resoconto a cura di Pietro Roberto Goisis e Silvio A. Merciai](#)

II-2-2. [La pandemia Covid e la 'scoperta' della terapia a distanza nella SPI — Giorgio Bambini e Maria Ponsi](#)

II-2-3. [La carta stampata \(dell'\) online. I libri vaccino per la pandemia? — Giovanni Pendenza](#)

II-2-4. ["Cogito ergo ... Zoom": il web sulla terapia online — Massimiliano Di Liborio](#)

II-2-5. [La Telepsicologia e la tecnologia che la sottende — Luigi Di Giuseppe](#)

### **3. RIFLESSIONI TEORICHE**

II-3-1. ['Una grande opportunità e una grande sfida': conversazione con Marlene M. Maheu — Resoconto a cura di Silvio A. Merciai e Pietro Roberto Goisis](#)

II-3-2. [Il dibattito sulla terapia online: un fenomeno essenzialmente sociologico — Paolo Migone](#)

- II-3-3. [2021- Psicologia nello spazio](#) — [Ada Moscarella](#)
- II-3-4. [\(Di\)stanza di terapia. Comunicazione in remoto e processo psicoanalitico](#) — [Luca Nicoli](#)
- II-3-5. [La terapia online: setting e corporeità](#) — [Beatrice Cannella](#) e [Silvio A. Merciai](#)
- II-3-6. [Nella stanza online](#) — [Pietro Roberto Goisis](#)

#### 4. L'ESPERIENZA CLINICA

- II-4-1. [Psichiatria a distanza. Aspetti clinici e deontologici](#) — [Cristina Carra](#)
- II-4-2. [Attraversando il male oscuro: l'online nel trattamento di blocchi somato-psichici](#) — [Sergio Anastasia](#)
- II-4-3. [Il 'Perturbante' contatto col virtuale: dall'emergenza Sars-Covid-19 alla pratica di tutti i giorni](#) — [Sergio Anastasia](#) e [Angelo Moroni](#)
- II-4-4. [Analisti disconnessi. Online con i bambini](#) — [Elena Molinari](#)
- II-4-5. ["La richiesta di un futuro": l'adolescente e la psicoanalisi a distanza](#) — [Niccolò Gozzi](#), [Valeria Gristina](#), [Fabrizio Rocchetto](#), [Francesca Tranquilli](#) e [Valentina Trombacco](#)
- II-4-6. [Cosa è accaduto al lavoro di gruppo?](#) — [Silvia Corbella](#)
- II-4-7. [Uno Zoom sui gruppi di psicoanalisi multifamiliare: il passaggio dalla presenza all'online](#) — [Andrea Narracci](#), [Sara Bartolucci](#) e [Filippo Maria Moscati](#)

#### 5. DALL'ALTRA PARTE DELLO SCHERMO

- II-5-1. ["Because you're mine I walk online"](#) — [Yitzi Katz](#)
- II-5-2. [Dagli occhi del paziente](#) — [Sara Versace](#)
- II-5-3. [Vivere l'esperienza della terapia online come paziente](#) — [Maria Elena Testi](#)
- II-5-4. [Niente virus nella stanza di Zoom: la psicoterapia di gruppo online è un vaccino?](#) — [Tiberia de Matteis](#)

[Il nostro Book fotografico. Immagini dai setting](#) — [Angelo Moroni](#) e [Pietro Roberto Goisis](#)

[POSTFAZIONE: Uno sguardo tra le reti](#) — [Pietro Roberto Goisis](#) e [Silvio A. Merciai](#)

## Gli Autori

### *Prima parte del numero*

#### **Curatrice:**

**Stefania Marinelli:** psicologa clinica; psicoterapeuta psicoanalitica (SIPP); psicoanalista di gruppo (IIPG). Già Professore Associato presso il Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica, Sapienza Università di Roma e Direttore di *Funzione Gamma*. Ha pubblicato numerose ricerche, articoli, libri. Ricordiamo: *Il vertice spazio nel lavoro psicoanalitico*. Borla, 2019, pubblicato poco prima dell'avvento della pandemia, a cui doveva seguire un secondo sulla dimensione temporale, il cui progetto, frattanto, si è modificato.

Email: [stefaniamarinelli2014@gmail.com](mailto:stefaniamarinelli2014@gmail.com)

#### **Autori:**

**Bernard Duez:** psicologo clinico, psicoanalista e psicodrammatista. Professore Emerito di psicopatologia e psicologia clinica, Centro Ricerche in Psicopatologia e Psicologia Clinica, Istituto di Psicologia dell'Université Lumière, Lyon 2.

Email: [bernardduezuniv@gmail.com](mailto:bernardduezuniv@gmail.com)

**Glen O. Gabbard:** psichiatra e psicoanalista I.P.A.; ha fatto parte dello staff della *Menninger Clinic* per 26 anni ed è stato direttore del *Menninger Hospital* dal 1989 al 1994 e direttore del *Topeka Institute for Psychoanalysis* dal 1996 al 2001. Nel 2001 si è trasferito al *Baylor College of Medicine*, dove è stato professore di psichiatria e psicoanalisi della Brown Foundation fino al 2011. Dal 2011 ad oggi ha esercitato a tempo pieno la professione privata ed è professore di psichiatria al *Baylor College of Medicine* di Houston. È autore o curatore di 29 libri e di oltre 360 articoli, inclusi testi sulla psicoterapia, la psicoanalisi, le violazioni dei confini professionali, la salute dei medici e le rappresentazioni della psichiatria e della malattia mentale nei film. È stato *Joint Editor-in-Chief* dell'*International Journal of Psychoanalysis* (dal 2001 al 2007, il primo curatore non britannico del *Journal*) e *Associate Editor* dell'*American Journal of Psychiatry*. Ha ricevuto il Premio Strecker per il miglior psichiatra sotto i 50 anni nel 1994, il Premio Sigourney per gli eccezionali contributi alla psicoanalisi nel 2000, l'*American Psychiatric Association Distinguished Service Award* nel 2002, l'*American Psychiatric Association Adolf Meyer Award* nel 2004, il *Rush Medical College Distinguished Alumnus* nel 2005 e l'*American Psychiatric Association/National Institute of Mental Health Vestermark Award* nel 2010. Ha anche ricevuto il premio

alla carriera dall'Università Sapienza di Roma nel 2021.

## ***Seconda parte del numero***

### **Curatori:**

**Pietro Roberto Goisis:** medico, psichiatra e psicoanalista, membro ordinario della SPI, esperto IPA bambini e adolescenti. Ha dedicato molte energie alla divulgazione della psicoanalisi ed è stato a lungo responsabile della Commissione Stampa e dell'Area Cinema della Società Psicoanalitica Italiana. Docente all'Università Cattolica di Milano, in Scuole di Specializzazione, Enti pubblici e privati, ha il piacere di trasmettere ai giovani terapeuti quello che ha vissuto e appreso – e che continua a imparare. Oltre a diversi contributi su libri e riviste scientifiche e ad alcune curatele, ha pubblicato *Costruire l'adolescenza. Tra immedesimazioni e bisogni*, Mimesis, 2014 e *Nella stanza dei sogni. Un analista e i suoi pazienti*, Enrico Damiani, 2021. Nel 2020 ha ricevuto una Menzione al Premio Cronin - XIII Edizione per il saggio "Sopravvivere al Coronavirus".

Email: [p.roberto.goisis@gmail.com](mailto:p.roberto.goisis@gmail.com)

**Silvio A. Merciai:** psichiatra e psicoterapeuta, psicoanalista, membro associato della SPI e dell'IPA, un *master* in Intelligenza Artificiale e Sistemi Esperti ([sito personale](#)). Ha lavorato per molti anni nei servizi territoriali di salute mentale della città di Torino, per poi dedicarsi a tempo pieno alla pratica privata di psicoanalista e psicoterapeuta. Ha insegnato alla Facoltà di Psicologia delle Università di Torino, Aosta e Vita-Salute San Raffaele di Milano. Cultore del pensiero di W. R. Bion (di cui ha tradotto in italiano alcuni scritti), ne ha approfondito lo studio in stretta collaborazione con Parthenope Bion, fino alla sua improvvisa e prematura scomparsa nel 1998. In seguito, insieme con Beatrice Cannella, si è rivolto all'esplorazione delle *terre di confine* della psicoanalisi: l'utilizzo delle nuove tecnologie della comunicazione via Internet e il dialogo con le neuroscienze.

Email: [arrigo.silvio@gmail.com](mailto:arrigo.silvio@gmail.com)

## ***I protagonisti delle nostre interviste***

**Stefano Bolognini:** medico psichiatra, è analista con Funzioni di *Training* della Società Psicoanalitica Italiana, della quale è stato Segretario Scientifico e poi Presidente dal 2009 al 2013; dal 2013 al 2017 è stato Presidente della *International Psychoanalytical Association*. Dal 2002 al 2012 è stato membro dell'*European*

*Editorial Board* dell'*International Journal of Psychoanalysis*; dal 2013 fa parte dell'*Advisory Board* dell'*International Psychoanalytic University* (IPU) di Berlino. È *Honorary Member* della *New York Contemporary Freudian Society* (CFS); del *Los Angeles Institute and Society for Psychoanalytic Studies* (LAISPS); e del Centro Psicoanalitico di Firenze (CPF); fondatore e Chair dell'*IPA Inter-Regional Encyclopedic Dictionary of Psychoanalysis* (IREN) dal 2016. Ha pubblicato oltre 250 lavori psicoanalitici sulle principali riviste specializzate nel mondo e in numerosissimi volumi in Italia e all'estero. Tra i suoi libri, poi tradotti in varie lingue: *L'empatia psicoanalitica*. Bollati Boringhieri, Torino (2002); *Passaggi segreti. Teoria e tecnica dell'interpsichico*. Bollati Boringhieri, Torino (2008); *Flussi vitali tra Sé e Non-Sé*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2019.

**Marlene M. Maheu:** americana di prima generazione, nata da due genitori immigrati provenienti dal Québec (Canada), la sua lingua madre è il francese e ha imparato l'inglese quando è andata all'asilo nel Connecticut. Ora vive a San Diego con sua moglie e con Mimi, il loro cane di quasi 6 chili, salvato dall'abbandono. Fedele alle sue radici, condivide l'amore della nonna canadese per la natura, è appassionata di giardinaggio e pratica assiduamente il *birdwatching*.

## ***Autori***

**Sergio Anastasia:** Psicologo, Psicoterapeuta, Psicoanalista S.P.I. e I.P.A. È Responsabile del Centro di Comunicazione Aumentativa di Fondazione Policlinico IRCCS Cà Granda di Milano; Consulente per l'Ospedale Niguarda di Milano ed Esperto Ex-art-80 per il Ministero di Grazia e Giustizia. Docente in numerosi Corsi di Formazione e Consulente per Enti pubblici. È membro della redazione del sito del Centro Milanese di Psicoanalisi. Opera privatamente come libero professionista.

Email: [sergioanastasia@gmail.com](mailto:sergioanastasia@gmail.com)

**Giorgio Bambini:** Specialista in Psichiatria, Membro associato della Società Psicoanalitica Italiana. Vive a Imola (Bo) e lavora come libero professionista tra Imola e Forlì dove è consulente in una Comunità per pazienti psichiatrici. Collabora con il sito della SPI e coordina il sito locale di appartenenza. Cultore di comunicazione e nuove tecnologie, questo è il primo lavoro sull'argomento.

Email: [gbambini@gmail.com](mailto:gbambini@gmail.com)

**Sara Bartolucci:** Psicologa Clinico-Dinamica, Psicoterapeuta Familiare e sistemico-relazionale, Psicoanalista Multifamiliare. Lavora privatamente, specialmente con famiglie con minori e con coppie; è membro del Laboratorio di



Psicoanalisi Multifamiliare con il quale collabora attivamente.

Email: [sara.bartolucci1@gmail.com](mailto:sara.bartolucci1@gmail.com)

**Beatrice Cannella:** psicologa e psicoterapeuta di orientamento psicoanalitico, lavora come libero professionista a Torino. Ha insegnato alla Facoltà di Psicologia dell'Università di Aosta. Insieme con Silvio A. Merciai, si è rivolta all'esplorazione delle *terre di confine* della psicoanalisi: l'utilizzo delle nuove tecnologie della comunicazione via Internet e il dialogo con le neuroscienze.

Email: [cannella80@gmail.com](mailto:cannella80@gmail.com)

**Cristina Carra:** dottore in medicina e chirurgia, specialista in psichiatria, psicoterapeuta. *Practitioner* EMDR. Specialista in omeopatia. Presidente della Associazione Punti di Vista.

Email: [carracri@gmail.com](mailto:carracri@gmail.com)

**Silvia Corbella:** Psicoanalista individuale (S.P.I.) e di gruppo (A.P.G.), Socio fondatore ARGO, Socio onorario AS.VE.GRA. È co-direttrice di *Gruppo: Omogeneità Differenze*, è nella redazione di *Polaris, psicoanalisi e mondo contemporaneo* e nel Comitato scientifico internazionale della RPPG (*Revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe*). Autrice di numerosi articoli su riviste nazionali e internazionali. Fra i libri: *Storie e luoghi del gruppo* – Cortina 2003, *Liberi legami* - Borla 2014.

Email: [silviricor@gmail.com](mailto:silviricor@gmail.com)

**Tiberia de Matteis:** laureata in Psicologia, ha avuto un'esperienza psicoanalitica molto lunga e ha pubblicato il libro *Bion. Istruzioni per mantenersi vivi* presso Armando Editore. Frequenta la scuola di specializzazione in psicoterapia psicoanalitica individuale e di gruppo dell'IIPG. Dottore di ricerca in Italianistica, critico teatrale del quotidiano "Il Tempo", è stata professore a contratto in varie università e ha scritto i volumi *Autori in scena. Sei drammaturgie italiane contemporanee*, *La tragedia contemporanea in Pirandello, Pasolini e Testori*, *La critica teatrale. Come si analizza e si recensisce uno spettacolo*, oltre a numerosi saggi per riviste scientifiche.

Email: [tiberia.dematteis@gmail.com](mailto:tiberia.dematteis@gmail.com)

**Luigi Di Giuseppe:** laureatosi in Psicologia a Roma nel 1978, ha subito lavorato presso la Casa di Cura Villa Pini d'Abruzzo di Chieti fino a divenirne Responsabile dell'Unità Operativa di Riabilitazione Psicologica (1995-2001); attualmente svolge attività libero professionale e come Specialista Ambulatoriale c/o la ASL2 di Chieti. È stato docente a contratto di Psicologia Generale e del Lavoro c/o la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi "G. D'Annunzio" di Chieti. Dal 1995 è membro

ordinario dell'*American Psychological Association*. Nel triennio 1996-99 è stato eletto Consigliere dell'Ordine della Regione Abruzzo; nel 2019 è stato eletto di nuovo e ad oggi è il *Responsabile del Gruppo di Lavoro per la Psicologia Online*. Negli anni 2015/2019 è stato Componente della Commissione Atti Tipici del CNOP ed ha concretamente contribuito alla formulazione e successiva emanazione delle [Linee Guida per la psicologia a distanza e via Internet](#), incarico rinnovato per il 2020/2023. Nel 1999 ha ideato e realizzato [Psiconline](#) e ne è l'attuale Responsabile. È Socio Fondatore della [Società Italiana di Psicologia On Line](#) e attualmente vi ricopre la carica di Presidente.

Email: [ldigiuse@psiconline.it](mailto:ldigiuse@psiconline.it)

**Massimiliano Di Liborio:** Psicoterapeuta e Psicologo dello Sport, Presidente dell'AIPS (Associazione Italiana di Psicologia dello sport e dell'esercizio), Vicepresidente della Società Italiana di Psicologia On Line (SIPSIOL), Membro del Gruppo di Lavoro dell'Ordine degli Psicologi della Regione Abruzzo *Psicologia Online*. Docente per Psicologia dello Sport per il CONI Abruzzo e per diversi Master. Docente di Psicosomatica presso L'A.I.O.T. Vive e lavora a Pescara (PE)

Email: [massimiliano.diliborio@gmail.com](mailto:massimiliano.diliborio@gmail.com)

**Niccolò Gozzi:** psicologo, psicoterapeuta, membro associato della Società Italiana di Psicoterapia Psicoanalitica dell'Infanzia, dell'Adolescenza e della Coppia (SIPsIA). Oltre all'attività clinica privata si occupa anche di clinica e formazione transculturale lavorando con pazienti stranieri in contesti sia pubblici sia privati. Dal 2016 affianca al lavoro clinico il lavoro a scuola come *tutor* presso un ente di formazione professionale per ragazzi fra i 15 e i 19 anni. Dal 2019 collabora come CTU per il Tribunale civile di Bologna. Vive e lavora a Bologna.

Email: [niccolgozzi@gmail.com](mailto:niccolgozzi@gmail.com)

**Valeria Gristina:** psicologa, psicoterapeuta, membro associato della Società Italiana di Psicoterapia dell'Infanzia (SIPsIA), dell'Adolescenza e della Coppia. Vive e lavora a Roma.

Email: [valeriagristina@yahoo.it](mailto:valeriagristina@yahoo.it)

**Yitzi Katz:** psicologo e psicoterapeuta, lavora in studio privato a Gerusalemme, Israele. Prima di trasferirsi in Israele, ha co-fondato il *Chicago Trauma Collective* e ha lavorato a lungo con i sopravvissuti al trauma nel sistema di assistenza all'infanzia a Chicago. È docente della China American Psychoanalytic Alliance (CAPA) e specializzato in psicoterapia psicoanalitica presso il *Chicago Center for Psychoanalysis* (CCP).

Email: [yitzikatz@gmail.com](mailto:yitzikatz@gmail.com)

**Giorgia Lauro:** Psicologa clinica e Sessuologa. Collabora con l'Associazione PsicheHelp Onlus di Francavilla al Mare occupandosi di informazione e prevenzione. In qualità di *Web Content Editor* nel corso degli anni si è dedicata alla scrittura di contenuti in materia di psicologia, psicoterapia e sessuologia per diversi siti web. Ha partecipato alla stesura del capitolo "Covid-19 e Telepsicologia" del libro *Nuovo Coronavirus e Resilienza. Strategia contro un nemico invisibile*, Anthropos. È membro del Gruppo di Lavoro sulla Psicologia Online dell'Ordine degli Psicologi d'Abruzzo con il quale si occupa di formazione ECM nel campo della psicologia online, psicologia del web e psicologia del *marketing*. È Socia ordinaria della Società Italiana della Psicologia Online (SIPSIOL) per la quale si occupa della stesura di articoli in materia di telepsicologia, telepsicoterapia e telepsichiatria.

Email: [giorgialauro.psicologa@gmail.com](mailto:giorgialauro.psicologa@gmail.com)

**Paolo Migone:** psichiatra e psicoterapeuta, si è specializzato in psichiatria sia in Italia sia negli Stati Uniti, dove si è anche diplomato in psicoanalisi. È condirettore della rivista *Psicoterapia e Scienze Umane* e copresidente del *Rapaport-Klein Study Group* (*Austen Riggs Center*, Stockbridge, Massachusetts). Ha fondato la sezione italiana della *Society for Psychotherapy Research* (SPR) e il gruppo italiano della *Society for the Exploration of Psychotherapy Integration* (SEPI), è *Research Associate* dell'*American Psychoanalytic Association* e membro dell'*editorial board* di *Psychological Issues*. È autore di varie pubblicazioni tra cui *Terapia psicoanalitica* (FrancoAngeli, 1995, 2010) e *La terapia psicodinamica è efficace? Il dibattito e le evidenze empiriche* (FrancoAngeli, 2021). Si è occupato della psicoterapia online con contributi scritti già negli anni '90.

Email: [migone@unipr.it](mailto:migone@unipr.it)

**Elena Molinari:** Pediatra, Psicoanalista, Membro ordinario SPI e IPA, esperto in Psicoanalisi dei bambini e degli adolescenti. Attualmente è Segretario Scientifico Nazionale della Società Psicoanalitica Italiana. Ha scritto numerosi contributi su riviste internazionali e nazionali. Ha pubblicato nel 2017 presso Routledge: *Field Theory in Child and Adolescent Psychoanalysis. Understanding and Reacting to Unexpected Developments*.

Email: [eleni.molinari@gmail.com](mailto:eleni.molinari@gmail.com)

**Angelo Antonio Moroni:** Psicologo, psicoterapeuta, psicoanalista SPI e IPA. È Socio Fondatore del Centro Psicoanalitico di Pavia (SPI). Svolge libera professione a Pavia e collabora come supervisore di Comunità psichiatriche del nord Italia e dei Servizi Neuropsichiatrici del Canton Ticino. Oltre ad articoli scientifici su riviste italiane e straniere, ha pubblicato *Giovani a disagio. Psicopatologia dell'individuo e del gruppo nell'adolescente di oggi* (2011), con altri colleghi *Ragazzi non pensati. Esperienze di cura con gli adolescenti. Un contributo psicoanalitico* (2016), e *Sul*

*Perturbante. Attualità e trasformazioni di un'idea freudiana nella società e nella clinica psicoanalitica di oggi* (2019). È Redattore responsabile, insieme ad Elisabetta Marchiori, della sezione "Cinema e Psicoanalisi" di Spiweb, sito ufficiale della Società Psicoanalitica Italiana.

Email: [moroni.angelo03@gmail.com](mailto:moroni.angelo03@gmail.com)

**Ada Moscarella:** Psicologa, psicoterapeuta ad indirizzo sistemico-relazionale, docente a contratto presso l'Università degli studi di Padova per il corso di Progettazione professionale per psicologi, Socio Ordinario e membro della Commissione Ricerca della Società Italiana di Psicologia e Psicoterapia relazionale (SIPPR). Attualmente ricopre la carica di Consigliera presso l'Ordine degli Psicologi della Toscana e di Consigliera di Indirizzo Generale presso l'ENPAP.

Email: [ada.moscarella@libero.it](mailto:ada.moscarella@libero.it)

**Filippo Maria Moscati:** Medico-Psichiatra, Psicoterapeuta, Psicoanalista Multifamiliare. Lavora a Roma nel pubblico, occupandosi di dipendenze presso un SERD della ASL Roma 1, e privatamente come psichiatra e psicoterapeuta, è membro del Laboratorio di Psicoanalisi Multifamiliare con il quale collabora attivamente.

Email: [filippom.moscati@gmail.com](mailto:filippom.moscati@gmail.com)

**Andrea Narracci:** Medico-Psichiatra, Psicoanalista, già Direttore del DSM Asl Roma A e della UOC 3° Distretto, ora in pensione.

Email: [andrea\\_narracci@hotmail.com](mailto:andrea_narracci@hotmail.com)

**Luca Nicoli:** Psicologo, Psicoterapeuta, Psicoanalista Ordinario della Società Psicoanalitica Italiana. Ha svolto docenze in università, scuole di specializzazione e *master*, e ha tenuto corsi e seminari presso enti pubblici e privati. È stato redattore della Rivista di Psicoanalisi. Ha pubblicato 18 articoli su riviste scientifiche italiane e internazionali. Per l'editore Foschi ha pubblicato tre saggi divulgativi: *Amare senza perdersi* (2009), *L'arte di arrabbiarsi* (2012) *Il sogno* (2014). L'ultimo saggio, scritto a quattro mani con Antonino Ferro, *Pensieri di uno psicoanalista irriverente* (Raffaello Cortina, 2017), è stato tradotto in cinque lingue.

Email: [dott.nicoli@gmail.com](mailto:dott.nicoli@gmail.com)

**Giovanni Pendenza:** Psicologo, Psicoterapeuta ad orientamento Psicoanalitico, Segretario Scientifico Società Italiana di Psicologia On Line (SIPSIOL), Membro Gruppo di Lavoro CNOP - Infanzia e Adolescenza, Membro Gruppo di Lavoro Ordine Psicologi Regione Abruzzo - Psicologia On Line. La Psicologia per l'Integrazione e la Coesione Territoriale. Vive e lavora ad Avezzano

(AQ).

Email: [pendenza.giovanni@gmail.com](mailto:pendenza.giovanni@gmail.com)

**Maria Ponsi:** Specialista in Psichiatria, Membro della Società Psicoanalitica Italiana. Vive a Firenze, dove lavora come libero professionista. È autrice di varie pubblicazioni su temi di psicoanalisi clinica (preconscio, interazione, *enactment*, *acting out*, alleanza terapeutica, diagnosi psicodinamica, transfert, controtransfert, narcisismo, ricerca empirica, libere associazioni, neuro-identità).

Email: [mariaponi47@gmail.com](mailto:mariaponi47@gmail.com)

**Fabrizio Rocchetto:** psicologo, psicoterapeuta, membro ordinario della Società Italiana di Psicoterapia Psicoanalitica dell'Infanzia, dell'Adolescenza e della Coppia (SIPsIA) e della Società Psicoanalitica Italiana (SPI/IPA) con la qualifica di esperto nell'analisi del bambino e dell'adolescente. Docente incaricato della Scuola di psicoterapia psicoanalitica dell'età evolutiva ASNE-SIPsIA. Co-coordinatore nazionale del servizio di ascolto psicologico gratuito online fornito dai Soci SPI durante l'emergenza SARS-CoV-2 nel periodo marzo-giugno 2020 (Nicolò, 2021). Vive e lavora a Roma.

Email: <mailto:fabrizio.rocchetto@spiweb.it>

**Maria Elena Testi:** Psicologa – Psicoterapeuta ad orientamento Psicoanalitico. Socio Sostenitore dell'Associazione Psicoanalitica Abruzzese A.P.A. Socio Ordinario della Società Italiana di Psicologia On line – SIPSIOLO Socio Benemerito Fondazione dell'Ordine degli Psicologi d'Abruzzo – FOPSIA. Lavora a Pescara

Email: [mariaelena.testi@alice.it](mailto:mariaelena.testi@alice.it)

**Francesca Tranquilli:** psicologa, psicoterapeuta, membro associato della Società Italiana di Psicoterapia Psicoanalitica dell'Infanzia, dell'Adolescenza e della Coppia (SIPsIA), dove coordina il gruppo di studio e ricerca sul trattamento della dipendenza da marijuana in adolescenza. Lavora a Roma e a Palestrina.

Email: [tranquilli\\_francesca@hotmail.it](mailto:tranquilli_francesca@hotmail.it)

**Valentina Trombacco:** psicologa, psicoterapeuta, membro associato della Società Italiana di Psicoterapia Psicoanalitica dell'Infanzia, dell'Adolescenza e della Coppia (SIPsIA). Vice Presidente dell'Associazione ETNA-Progetto di Etnopsicologia Analitica. Dirigente Psicologo presso il TSMREE D8 Asl RM2. Vive e lavora a Roma.

Email: [valentinatrombacco78@gmail.com](mailto:valentinatrombacco78@gmail.com)

**Sara Versace:** psicologa e psicoterapeuta in formazione presso Area G - Scuola

di Psicoterapia a orientamento Psicoanalitico per Adolescenti e Adulti. Svolge la libera professione a Milano e a Magenta e collabora come Psicodiagnosta con A.R.P. Studio Associato di Psicologia Clinica.

Email: [s.versace91@gmail.com](mailto:s.versace91@gmail.com)

**Parte prima: La Pandemia tra Teoria e Clinica**  
a cura di *Stefania Marinelli*

## Presentazione. Ospiti e amici della Funzione Gamma, al tempo della distanza

[Stefania Marinelli](#)

Come il sogno, come corde di un violino che iniziano a vibrare dal passato fino a un presente ancora in corso, questa edizione costruisce un luogo psicoanalitico e sociale che si misura con la distanza spaziotemporale: la distanza narrativa; ma anche quella dell'*online*, preconizzata, imposta, e poi riparata, dopo le aspre critiche del passato, e ripensata al tempo della pandemia nell'accampamento allestito in fretta e alla meglio. Nasce una riflessione articolata sui vari versanti e significati di un transito epocale. Fino alla cognizione del dolore. Ma anche della ricostruzione dopo la tempesta, per collocarsi in un processo con l'energia che serve. La psicoanalisi affronta l'emergenza, la realtà, il futuro dell'*online*, ne studia la storia, le qualità, le incertezze, l'uso, i significati, le profondità più e meno fluenti, oppure interrotte dalla rete, e poi ritrovate, ricostruite. Una profondità nuova, che ha nidificato nelle distanze della malattia e nelle distanze tecnologiche invocate oggi, paradossalmente, a soccorrere e riavvicinare durante l'isolamento e il bisogno di vicinanza. Nell'accampamento (S. Bolognini, v. [nel testo](#) la sua idea della tenda dopo il terremoto) i gruppi dei sopravvissuti riflettono, e vivono insieme un'esperienza che imprime tracce.

*Funzione Gamma*, nata nel campo della ricerca sui gruppi e del dialogo a distanza, ospita per tradizione i contributi di Autori stranieri e compagni di viaggio.

In questo caso, in una sezione introduttiva dedicata a "La pandemia tra teoria e clinica", gli ospiti sono due: un pioniere americano, Glen Gabbard, che per primo in epoche insospettabili descrisse l'incontro psicoanalitico con l'impatto della rete (1). E un Autore francese, Bernard Duez che per i suoi studi sull'adolescenza ha anzitempo guardato da vicino i grandi cambiamenti, e non, introdotti dalla rete nelle culture giovanili e intergenerazionali (2).

Il pensiero e l'esperienza di Glen Gabbard non potevano mancare: vi ricordate quelle sue prime battute sull'introduzione delle email nel legame con l'analizzando/a? Quando comparvero sembrarono eretiche! E poi via via, gli studi sulla perdita, sulla reazione alla distanza, sulle *Violazioni del setting* (2017) e l'uso dell'eroticismo nella solitudine/socialità delle reti (3). Abbiamo ospitato qui il contributo più recente, "The Analyst and the Virus" (4). L'articolo in apertura evoca nientemeno che "La peste" di Camus. Stabilisce in questo modo un contatto con la storia e la tradizione europea; e riecheggia le parole di Freud, che approdato in America esclamava ai discepoli: "Portiamo la peste e loro non lo sanno ancora" (citato in [Postfazione: Uno sguardo fra le reti](#) di P. R. Goisis e S. A. Merciai). La citazione è usata per ricordare quanto la vulnerabilità del corpo sia inaccettabile per la mente umana, e come questa preferisca attribuire alla malattia le qualità dell'incubo psicologico, pur di negare a tutti i costi il riconoscimento della caduta dell'ultimo baluardo dell'immortalità: il corpo. Attraverso i pensieri che leggerete, il testo riferisce in modo inatteso e suggestivo l'esperienza catastrofica attuale nei termini di una relazione di contenimento fra analista e paziente,



che in tempi eccezionali può addirittura essere invertita:

*[...] sometimes the patient may be containing the analysts anxieties. The Covid era has been a great leveler.” (. talvolta il paziente può contenere le ansie dell’analista. L’era Covid è stata un grande livellatore).*

Condividendo l’osservazione perspicua e perturbante che uno sguardo consistente e esperto ci offre, leggiamo dopo lo spettro del Grande Livellatore i destini evolutivi di gruppi clinici e formativi in supervisione presso Bernard Duez. I gruppi descritti accuratamente dall’Autore, “recitano” le angosce pandemiche all’interno dello psicodramma che è stato allestito durante la clausura. I gruppi lottano per mantenere le proprie tradizioni, le culture note e la permanenza. Ma anche per riuscire a riconoscere l’apporto nuovo che la minaccia di morte impone di elaborare. La specifica condizione adolescenziale da un lato e il setting a rischio di rottura per gli allievi operatori a cui è sottratta la certezza dei punti di riferimento, dialogano in una serie di efficaci descrizioni cliniche, che interrogano la teoria e la sua capacità di cambiamento epocale.

E ora, la lettura di un’edizione che con i suoi contributi clinici, teorici, storici, i Dossier fotografici, i Prontuari, le statistiche, le rendicontazioni, ha allestito una straordinaria tenda da campo per orientarci in un tumulto che è stato possibile riparare, dopo i gravi rischi corsi.

## Note

1. Vedi l’edizione del 2017 di Cortina, sugli studi di Gabbard G.O., Lester E. (1999), *Violazioni del setting*. Raffaello Cortina, Milano.
2. Sull’uso intergenerazionale degli oggetti tecnologici e la sua funzione di trasmissione della elaborazione della crisi edipica, vedi Duez B. (2020), “Dalle tracce enigmatiche dell’altro nell’informatica alla folla virtuale: La funzione emissaria dell’adolescente”. In: *Famiglia, Gruppo e Psicoanalisi*, a cura di S. Piermattei. *Funzione Gamma*, 45 ([www.funzionegamma.it](http://www.funzionegamma.it)).
3. Vedi fra i numerosi studi sul transfert/controtransfert, Gabbard, G.O. (1994), *On love and lust in the erotic transference*. *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 43:513-531.
4. “The Analyst and the Virus” è stato pubblicato nel 2020, da *JAPA*, che qui si ringrazia per la cessione dei diritti di ri-pubblicazione.

## L'analista e il virus

[Glen O. Gabbard](#)

### **Nota** (a cura dalla redazione)

Il testo, ri-pubblicato in inglese e tradotto in italiano per cortese concessione dei diritti da *Japa*, 2020, è stato all'origine presentato al panel "Trasformazioni dell'esperienza e della pratica psicoanalitica nell'era del Covid-19", incontro annuale virtuale dell'American Psychoanalytic Association, 19 giugno 2020. Vi si tratta l'esperienza clinica della pandemia, paragonandola al flagello livellante della *peste* di Camus, e la ricaduta sulla pratica psicoanalitica e le nuove configurazioni dei suoi statuti.

### **Parole chiave**

Flagello, terapia online, cambiamento intrapsichico nel sociale, futuro della psicoanalisi

Il Premio Nobel per la letteratura Albert Camus (1948), nel romanzo "La Peste", fa la seguente osservazione: "Dal momento che il flagello non è a misura d'uomo, pensiamo che sia irreali, soltanto un brutto sogno che passerà. Invece non sempre il flagello passa e, di brutto sogno in brutto sogno, sono gli uomini a passare, e in primo luogo gli umanisti che non hanno preso alcuna precauzione. I nostri concittadini non erano più colpevoli di altri, dimenticavano soltanto di essere umili e pensavano che tutto per loro fosse ancora possibile, il che presumeva che i flagelli fossero impossibili. Continuavano a fare affari, programmavano viaggi e avevano opinioni. Come avrebbero potuto pensare alla peste che sopprime il futuro, gli spostamenti e le discussioni? Si credevano liberi e nessuno sarà mai libero finché ci saranno dei flagelli" (p. 46).

Mentre scrivo queste parole, il mondo è in preda a un'altra piaga — con molte caratteristiche simili alla pestilenza descritta da Camus. La morte è ovunque, ma molti cittadini hanno continuato ad aprire i loro negozi come di consueto, ad andare in vacanza e ad insistere sul fatto di essere liberi di fare ciò che vogliono. Per noi è già accaduta una catastrofe e, mentre aspettiamo la prossima scossa, facciamo del nostro meglio per capire cosa stia accadendo, nella piena consapevolezza che una comprensione parziale potrebbe essere la cosa migliore. Sappiamo di essere tutti vulnerabili — pazienti e analisti. Sappiamo inoltre che è compito dell'analista contenere l'ansia e la vulnerabilità dei propri pazienti. Ma gli analisti sono fallibili e talvolta il paziente potrebbe contenere le angosce dell'analista stesso. L'era del Covid è stata un grande livellatore.

Mentre l'ombra del virus ricade su di noi, è subentrato un qualcosa di surreale nelle nostre vite. All'inizio della pandemia, una collega residente in un altro stato mi

consultò, perché in conflitto con il mandato secondo cui analista e paziente dovessero indossare la mascherina. Descrisse la peculiarità della situazione in questo modo: la paziente sdraiata sul lettino con la mascherina e l'analista seduta a diversi metri di distanza indossando la sua. La paziente disse all'analista che le sue parole non le arrivavano chiare, chiedendole quindi di ripetere ciò che aveva appena detto. Per rispondere alla sua richiesta, l'analista iniziò a togliersi la mascherina per rendere più chiara la comunicazione. Ma si fermò bruscamente, realizzando che la paziente avrebbe potuto divenire terribilmente ansiosa se la sua analista non avesse indossato la mascherina. Divenne persino preoccupata che la stessa paziente potesse lasciare lo studio. Decise così di non togliersela. Trovavo che nell'interazione da lei descritta vi era qualcosa che ricordava il teatro dell'assurdo, forse una commedia scritta da Ionesco. La mia collega rimase in silenzio per un momento e poi commentò: "No. Più come Monty Python." Ridacchiammo entrambi, riconoscendo di essere entrati in un periodo bizzarro della psicoanalisi senza precedenti.

## **Il Passaggio alla Teleanalisi**

Il setting descritto in questa vignetta ha iniziato a perdere la sua qualità surreale nella primavera del 2020, quando è diventato di uso comune richiedere mascherine sia per il paziente che per il clinico. Tuttavia, allo stesso tempo, vi era grande richiesta affinché l'assistenza sanitaria divenisse online. Seguirono questo esempio sia la psicoanalisi che la terapia psicoanalitica. A dire il vero, l'uso del telefono e di Skype esisteva già da qualche tempo. Su questo tema sono stati pubblicati articoli ricchi di riflessioni (Scharff 2010, 2012; Migone 2013; Ehrlich 2019). L'utilizzo delle nuove tecnologie è stato criticato in alcuni ambienti. Di fatto, vi era una notevole controversia, in gran parte espressa in un linguaggio sprezzante, rispetto a qualsiasi cambiamento dal *gold standard* del lettino, dietro cui un analista invisibile prende appunti. Tuttavia, di fronte alla prospettiva di lettini vuoti e a un calo di reddito, gli analisti in tutto il mondo hanno presto abbandonato qualsiasi riserva avessero, tuffandosi a capofitto nel trattamento tramite Zoom e telefono. Più di vent'anni fa, Zalusky (1998) dimostrò che l'interpretazione del transfert, il lavoro sul controtransfert e l'analisi della resistenza potevano essere inclusi nel trattamento psicoanalitico via telefono, ma un certo numero di scettici continuò a mettere in dubbio quel pensiero, fino a quando la necessità non richiese l'innovazione.

Russell (2015), ad esempio, ha affermato che il processo terapeutico in teleanalisi potrebbe non essere del tutto efficace, perché le due parti non sono insieme nella stessa stanza, la comunicazione è esclusivamente verbale e non si può sperimentare il pieno potenziale distruttivo nella relazione analitica, ciò che Russell denominava "kissing or kicking" l'analista. Sosteneva anche che il comportamento dell'analista o del paziente fosse una reazione al setting *attuale* — il telefono o Skype — piuttosto che al vero *significato* del setting.

In risposta alla critica di Russell, Ehrlich (2019) ha sostenuto che quest'ultima potrebbe essere vista come un'argomentazione da "uomo di paglia", che incorporava una

versione idealizzata di ciò che accade effettivamente in un'analisi "in presenza". Ha notato che in ogni forma di analisi vi sia la tendenza a perdersi nei propri pensieri e a lasciarsi distrarre da una varietà di questioni esterne che allontanano dall'immediatezza del momento analitico. Ehrlich ha anche ribadito che i problemi di sopravvivenza — la capacità dell'analista di subire i colpi e le frecce di un transfert oltraggioso — non siano affatto preclusi dalla presenza di uno schermo. Ha affermato che le stesse sfide emergono nelle terapie *online*. Erlich ha criticato ulteriormente la presa di posizione di Russell, rifiutando la sua equazione tra distanza emotiva e distanza fisica. Osserva che in tutte le analisi, indipendentemente dal setting, l'analista può ingaggiare un distanziamento emotivo basato su conflitti interni riguardo a ciò che il paziente sta dicendo o facendo. L'analista autodisciplinato rifletterà su questo distanziamento e cercherà di comprendere quali temi controtransferali possa riflettere.

Un'altra dimensione dell'analisi *online* è che su *Zoom* o su *Skype*, il paziente ha la possibilità di guardare direttamente l'analista negli occhi. Gli analisti si sono abituati ad avere il paziente sul lettino, senza un contatto visivo diretto, l'analista è pertanto libero di associare e crearsi uno spazio personale dove contemplare ciò che accade nel lavoro analitico. L'interazione concentrata da schermo a schermo, via *Zoom* o *Skype*, rende più difficile distogliere lo sguardo. Personalmente, quando lavoro su *Zoom*, ho notato che provo una certa tensione. A volte, sento una pressione, che può divenire estenuante, nel monitorare da vicino le espressioni facciali del paziente. Non ricordo di aver provato nulla di simile lavorando dietro il lettino o sedendomi faccia a faccia con il paziente. Un attento esame delle caratteristiche del paziente, a volte, interferisce con la creazione di un mio spazio per associare e riflettere. Non riesco a raccogliere i miei pensieri allo stesso modo. Inoltre, tutti gli analisti sono solo da poco consapevoli di come vengano visti dai loro pazienti.

Le richieste della nuova tecnologia possono avere varie ramificazioni in base agli obiettivi terapeutici. Talvolta, una cornice più flessibile può essere utile. Una paziente che vedevo da diversi mesi mi chiese se potesse passare da *Zoom* alla terapia via telefono. Esplorando la sua richiesta, diventò evidente quanto per lei fosse molto più facile piangere al telefono, perché non vedeva me, né io lei. Sentiva che quando piangeva su *Zoom*, io la guardavo e la giudicavo. In seguito, la paziente chiarì: "Anche se mi sta giudicando, utilizzando il telefono non riesco a vederlo". Le dissi che per me andava bene utilizzare il telefono, ma volevo che capissimo meglio il motivo per cui si sentisse giudicata.

## **L'era del Covid**

Recentemente, tra noi professionisti, le questioni intrinseche alla tecnologia sono state al centro dell'attenzione in numerosi dibattiti e pubblicazioni dedicati al trattamento *online* nell'era del Covid. Questi timori sono senz'altro pertinenti a ciò che sembra un cambiamento epocale nel modo di lavorare dei clinici. Tuttavia, questo focus potrebbe oscurare l'ansia e il terrore connessi all'impatto del virus stesso. Il fatto che i primi *lockdown* non avessero arrestato la diffusione del virus, soprattutto a causa del

fallimento della *leadership* e della negazione generalizzata che ci fosse una reale minaccia, accrebbe il pessimismo sulla possibilità di poter contenere e infine sradicare il virus. Siamo tutti immersi in una situazione traumatica in cui il manto della morte incombe su di noi come un carnefice capriccioso. I pensieri apocalittici sono onnipresenti.

Questa corrente sotterranea di ansia e pensiero decisamente catastrofico ha alterato la cornice in cui si svolge l'analisi, oltre ai cambiamenti apportati dalla terapia *online* e al telefono. Queste alterazioni tecniche includono, ad esempio, la comparsa di animali domestici sullo sfondo, il pianto di bambini piccoli nelle vicinanze o persino la presenza di una persona che attraversa la stanza. Gli analisti possono sorprendersi della scelta di immagini appese al muro o dei libri presenti sugli scaffali del loro paziente, stimolando spesso un dialogo su tutto ciò. La scelta da parte del paziente di un particolare sfondo simulato, può anche essere incongrua con la rappresentazione interna che ha l'analista del paziente, e può valere la pena di essere ulteriormente esplorata.

La cornice è altrettanto alterata da ciò che fa il paziente. Una collega mi raccontò che su *Zoom* la sua paziente si sdraiava sul letto, perché era la cosa più simile a un lettino. Si chiedeva se la paziente fosse seduttiva nel modo in cui era distesa sul letto, ma sollevare tale questione poteva essere percepito come un'accusa. Notò che quando si sentiva un'ospite in casa della paziente, qualcosa le impediva di essere più diretta.

Mentre queste sfide possono risultare fastidiose, vi è anche un significato latente *positivo* insito nella cornice di questi tempi cupi, che fornisce una forma di garanzia reciproca all'inizio di ogni seduta. Il semplice fatto che i due partecipanti si presentino all'orario concordato serve come prova concreta che siano in qualche modo sfuggiti ad un assassino che può colpire in qualsiasi momento, invisibile e silenzioso, come la creatura di un film dell'orrore. Questa preoccupazione per la sopravvivenza crea condizioni di parità tra analista e paziente. Entrambi si trovano ad affrontare l'incertezza esistenziale e sono preoccupati per il futuro. Qualsiasi sensazione di avere un "vantaggio" sul paziente può scomparire nel contesto della loro ansia condivisa per il futuro.

Osservando il mio controtransfert nell'era del Covid, ho notato di essere incline a discutere con i miei pazienti delle ultime notizie e degli aggiornamenti sulla ricerca virale. Queste discussioni sembrano fornire una forma di controllo condiviso su ciò che sta accadendo, una padronanza progettata per mitigare il terrore esistenziale. All'inizio, ho avvertito di essere forse troppo immerso in queste accese conversazioni sui rischi, i pericoli e la scienza. Temevo di non poter trovare uno spazio per riflettere su ciò che stava accadendo tra me e il paziente. Nel tempo, ho riconosciuto che queste "chiacchiere" sullo stato del virus in determinati stati o paesi, così come gli ultimi risultati della ricerca, fossero una parte essenziale della cornice appena creata. Analista e paziente sono compagni di viaggio in un paesaggio pericoloso e ignoto. Un'interpretazione brusca della necessità di queste discussioni può far sentire i pazienti soli in un mondo nuovo e pericoloso, attraverso un periodo colmo di una crescente

disperazione.

Anche noi analisti siamo alle prese con l'ignoto e l'invisibile. Siamo perseguitati da una continua minaccia presente ventiquattro ore al giorno. Di fatto, anche le ansie paranoiche che scorrono nelle vene dei nostri pazienti ci perseguitano. Un paziente con cui stavo facendo una terapia via telefono chiese se poteva vedermi di persona, come aveva fatto in precedenza. Mi disse che era stato "più o meno" isolato ed era "abbastanza sicuro" di non avere sintomi del virus. La mia personale ansia fu innescata dalla frase "abbastanza sicuro" e gli spiegai che semplicemente, non ero disposto a correre il rischio di farlo tornare a studio per una visita, perché vi erano un gran numero di portatori asintomatici. Inoltre, ho spiegato che alcune ricerche stavano dimostrando che la maggior parte delle nuove infezioni poteva essere causata da individui che non sapevano di essere portatori del virus. Questo fattore rendeva impossibile sapere di essere al sicuro di vedere i pazienti nel proprio studio. Il paziente era scontento e ho avuto il fugace sospetto di essere in qualche modo paranoico. Provavo vergogna per aver respinto velocemente la sua richiesta, ma riconobbi che a un certo livello non mi piaceva l'idea di poter essere infettato da un paziente e non volevo correre rischi.

Ansie depressive sono altrettanto presenti in entrambe le parti. Mentre molti pazienti sono preoccupati per i sentimenti di aggressività che possono avere nei confronti dell'analista, nell'era del Covid possono preoccuparsi di trasmettere in qualche modo il virus mortale all'analista. Negli ultimi mesi, un elemento sorprendente della mia pratica è che molti pazienti iniziano la seduta con varie riformulazioni dell'interrogativo "Come sta?". Da un punto di vista analitico, è molto difficile affrontare questa ansia in relazione ai desideri inconsci di danneggiare l'analista, come si sarebbe potuto fare prima del Covid. Noi analisti, tuttavia, dobbiamo costantemente ricordarci la tendenza ad associare ansie inconsce a preoccupazioni del mondo reale. Vi è certamente un valore significativo nel guardare agli strati inconsci pertinenti all'ansia del paziente, anche quando la realtà della pandemia è soverchiante.

Nell'era Covid, molti pazienti sono alle prese con diverse tipologie di sensi di colpa. Più di un paziente in difficoltà mi ha detto, spesso con un po' di imbarazzo ed esitazione, una versione di quanto segue: "Mi ritrovo a pensare 'Cosa ho fatto per provocare questo?' So che è irrazionale, ma non posso fare a meno di pensare che in qualche modo io sia responsabile". Questa forma di assunzione di responsabilità può essere considerata una difesa contro quello che forse sarebbe un punto di vista più terrificante — vale a dire che la pandemia sia un evento casuale che si verifica in un contesto inspiegabile e su cui non abbiamo alcun controllo.

Uno dei fenomeni più pervasivi in questo momento agghiacciante della nostra storia è la sensazione che la vita sia sospesa. Ogni giorno, il passare del tempo è notevolmente lento. Ci si sente bloccati. Le diete sono dimenticate. L'assunzione di alcol aumenta. Gli abbracci potrebbero essere scomparsi. Nelle menti di coloro che vivono soli possono infiltrarsi pensieri suicidi. Vi è una morte che può sembrare peggiore dell'effettiva prospettiva della morte. Una donna di mezza età in pieno *lockdown* parlò di "impazzire" nella sua casa. Con aria disperata, terminando la sua seduta telefonica,

mi disse: “Beh, niente da fare”. Un’associazione balzò alla mia consapevolezza — la paziente aveva, consapevolmente o inconsapevolmente, pronunciato il verso di apertura di *Aspettando Godot*. Vladimiro ed Estragone, i vagabondi di Beckett, sono per sempre bloccati senza un posto dove andare.

— VLADIMIRO: Che facciamo adesso?

— ESTRAGONE: Aspettiamo.

[Beckett 1948, p. 27]

Effettivamente, la maggior parte di noi cerca di tenersi occupato per evitare la disperazione esistenziale che minaccia sempre di riemergere. Durante un’epidemia, il terrore cresce. Un *lockdown* peggiora le cose. Accendere la televisione non aiuta molto. Si sente dire che il vaccino non sarà disponibile fino al prossimo anno, e addirittura che ci vorrà molto tempo per distribuirlo a tutti coloro che lo desiderano. Come si possono fare progetti? Aspettiamo. Allora aspettiamo ancora un po’. Così tanti pazienti mi dicono semplicemente che non possono essere motivati a fare nulla. Quando guardiamo le notizie, scopriamo che il virus sta superando in astuzia i nostri *leader*. Coloro che sono entrati nella fase della vita in cui sono più i giorni alle proprie spalle che quelli davanti, possono sentire che gli anni d’oro dei propri sogni vengono rubati con il trascorrere dei giorni.

Per molti, il terrore esistenziale che accompagna questo momento della nostra storia è terrificante. Viviamo in un universo senza Dio dove nessuno può venire in nostro soccorso? Perché i nostri *leader* sono così ignari di quello che sta succedendo? Qualcuno sta guardando quello che sta accadendo? Coloro che vanno nei bar, fanno baldoria e rifiutano l’obbligo del distanziamento sociale fanno contribuire alla distruzione del nostro mondo? Molti di noi hanno la convinzione conscia o inconscia che vivendo una vita onorevole, le cose andranno bene. Tale convinzione onnipresente è andata in frantumi. Come riconosce Camus nel suo romanzo *La peste*, non c’è alcun significato razionale o morale dietro a questo flagello. A tutti i livelli, è in corso un profondo processo di lutto, condiviso sia dagli analisti che dai loro pazienti.

In questa pandemia, l’isolamento è stato forse per molti l’aspetto più difficile. Mi sono sentito sempre più limitato e confinato nell’ascoltare i miei pazienti nel mio studio di casa. Ho osservato in me un’accresciuta sensazione di vulnerabilità e solitudine, che mi era finora estranea. Recentemente, una mia paziente quasi coetanea parlò dei propri nipoti e di quanto le avessero portato gioia durante i suoi giorni solitari a casa. Nel volere empatizzare con lei, mi sono ritrovato a provare internamente un misto di invidia e rabbia. A causa del virus, non potevo avere contatti con i miei nipoti e mi mancavano terribilmente. I miei sentimenti sorprendentemente intensi mi aiutarono a riconoscere il risentimento e la solitudine che avevano accompagnato la mia completa trasformazione dall’aver uno studio a dover lavorare *online* da casa. Le giornate mi erano apparse più lunghe e mi sentivo più assonnato ed esausto a fine giornata. Uno dei miei colleghi mi disse, con ironia, di essere arrabbiato per il fatto che quasi tutti i suoi pazienti si erano presentati in orario e non avevano mai disdetto una seduta, il che

gli aveva impedito di fare un riposino pomeridiano tanto agognato.

Il problema della solitudine, tuttavia, è accompagnato dal suo opposto. Una lamentela diffusa è quella dei pazienti che affermano di non avere spazio in casa loro per una propria intimità e calma riflessione. I coniugi e i partner litigano, chiedono maggiore privacy e ricorrono al “trattamento del silenzio” vicendevolmente. Anche gli abusi domestici sono più frequenti in alcuni quartieri. Giovani adulti e adolescenti sono rinchiusi nella stessa casa o appartamento dei genitori senza che nessuno abbia la propria privacy. Pertanto, i pazienti che stiamo vedendo in questo momento hanno a che fare con un misto di noia, di sentirsi in gabbia, assenza di privacy, di ansia per il virus, una sensazione di “quando mai finirà?” e risentimento verso i propri cari. La sensazione di convivenza forzata ha un effetto tossico sulla maggior parte degli esseri umani, abituati a un certo grado di libertà.

Per complicare ulteriormente le cose, siamo stati testimoni di due flagelli: la nuova pandemia del Covid-19 e la vecchia piaga del razzismo. Entrambi intrecciati tra di loro. Le persone di colore e le persone più bisognose e indigenti sono colpite dal virus in misura sproporzionata. Gli afroamericani costituiscono il 13% della popolazione degli Stati Uniti, ma rappresentano il 25% dei decessi per coronavirus. Muoiono a causa del virus a un ritmo due volte e mezzo superiore rispetto ai bianchi americani, malgrado i risultati dei test dimostrino che gli afroamericani non hanno maggiori probabilità di contrarre la malattia rispetto ai membri di qualsiasi altro gruppo razziale (Fite, 2020). La prospettiva analitica e quella sociopolitica sono indissolubilmente legate, sebbene storicamente noi analisti abbiamo avuto difficoltà nell'accettare questo nesso.

Oltre ai problemi già menzionati sopra, vi è una maggiore propensione al pensiero apocalittico quando i *media* ci informano incessantemente che la riapertura di attività commerciali, bar, ristoranti e altri luoghi ha causato un'impennata del virus che porta a riempire i letti degli ospedali di tutto il paese. Siamo quotidianamente esposti a previsioni di disastri. Non sappiamo per quanto tempo la situazione continuerà così com'è. Non sappiamo quando sarà disponibile un vaccino. Non possiamo stabilire se effettivamente torneremo a lavorare nei nostri studi. Potremmo essere costretti indefinitamente a lavorare nelle nostre case via telefono o teleanalisi.

Un'altra preoccupazione che accompagna/questa incertezza è se la psicoanalisi tornerà ad essere mai come prima. Intuitivamente, è improbabile che torneremo indietro nel tempo, ma non sappiamo esattamente cosa ci riservi il futuro. Anche dopo la disponibilità del vaccino, non sarebbe plausibile che alcuni pazienti preferiscano continuare su *Zoom* o via telefono per non doversi preoccupare del traffico o dei mezzi pubblici? Alcuni analisti hanno già deciso di lasciare i loro studi e di lavorare *online* da casa. In realtà, non sappiamo cosa faranno i nostri pazienti arrivati a quel punto, e noi stessi ci chiediamo quali saranno le implicazioni per la nostra vita negli anni avvenire.



## Possibilità

Nonostante le complessità del mondo distopico in cui viviamo, qualcosa di positivo potrebbe emergere da questo caos. Per molto tempo, la rigidità ha caratterizzato la psicoanalisi. Siamo stati criticati per aver implementato il cambiamento ad una velocità che potrebbe essere definita “glaciale”. Ora è tempo di raccogliere la sfida di lavorare con altre modalità in questa nuova era. La flessibilità richiesta può aiutarci ad abbracciare la psicoanalisi con uno impegno più ampio ed esteso.

Tra gli analisti, vi è un *pattern* di lunga data nell’evitare l’attivismo, considerandolo come “non analitico”. Questo *pattern* sta iniziando a cambiare dal momento in cui viene riconosciuta la confluenza dell’intrapsichico nel socioculturale. Attualmente, gli analisti sono più propensi ad affrontare attivamente con i loro pazienti i temi del razzismo, dell’omofobia e del sessismo, ponendo interrogativi per una riflessione. Alcuni analisti si sono attivati a livello comunitario, proponendo consulenze presso scuole e istituzioni religiose.

In ambito clinico, vi è una maggiore flessibilità nell’approccio al paziente e al trattamento. Gli analisti stanno accettando sempre di più il fatto che non esista un modo specifico di condurre l’analisi “correttamente”. La psicoanalisi è una co-costruzione che si evolve sulla base di chi è il paziente, chi è l’analista e la natura del “terzo” creato tra loro (Gabbard e Ogden, 2009). Noi analisti dobbiamo sempre mettere in discussione il nostro pensiero e i nostri interventi e adeguare costantemente ciò che pensiamo e diciamo a tre fattori: la persona del paziente, la persona dell’analista ed ora lo *zeitgeist* dell’epoca. La flessibilità è fondamentale. Il tentativo zelante di sradicare i sintomi può creare una configurazione di transfert-controtransfert che avrebbe una dimensione moralizzante. Può anche portare i pazienti a pensare che la loro “salute mentale” dipenda dalla loro rinuncia ai sintomi (Ogden e Gabbard, 2010).

Uno dei maggiori cambiamenti a cui abbiamo assistito negli ultimi due decenni è la caratterizzazione del processo analitico come una ricerca continua piuttosto che un punto di arrivo. Gli analisti devono sforzarsi di trovare una voce propria che sia su misura per il paziente, sapendo che ogni paziente è unico. I pazienti devono fare l’analisi nel modo a loro più consono. Oggi riconosceremmo che gli analisti che sembrano utilizzare una “tecnica” appresa possono incentivare l’*impasse* e scoraggiare i loro pazienti (Gabbard e Ogden, 2009). Alcuni pazienti migliorano sul divano, mentre altri lavorano meglio da seduti. Alcuni preferiscono *Zoom*, ma si sentono a loro agio solo distogliendo lo sguardo dall’analista. Altri ancora hanno bisogno di rimanere focalizzati sull’analista fissando lo schermo.

La risoluzione interpretativa della nevrosi da transfert può essere centrale con alcuni pazienti, ma può risultare per altri una lingua straniera. Ogden (2019) ha distinto ciò che denomina psicoanalisi epistemologica (che ha a che fare con il conoscere e il comprendere), di cui Freud e Klein sono degli esempi, e la psicoanalisi ontologica (che ha a che fare con l’essere e il divenire), a cui Winnicott e Bion appartengono. Rispetto a quest’ultima, i pazienti scoprono un significato per loro stessi e diventano pienamente

vitali, senza un' enfasi sull'interpretazione del transfert. L'impatto dell'era del Covid sui pazienti che vediamo, potrebbe non prestarsi a strategie interpretative. Alcuni pazienti potrebbero richiedere un approccio ontologico che enfatizzi chi siano e chi stiano diventando. Stanno cercando di dare un senso a un mondo che è loro estraneo e potrebbero aver bisogno della testimonianza e dell'empatia dell'analista più che di un *insight* sul loro passato.

Concludendo, vorrei evidenziare che il paziente “tipico” è un costrutto mitologico, e noi analisti improvvisiamo sempre per necessità. Non esiste un modo “corretto” per fare un'analisi. Il drammaturgo Tom Stoppard una volta osservò che “la domanda ‘cosa significa?’ non ha una risposta corretta. Ogni narrazione ha quantomeno la capacità di suggerire una metanarrativa” (1999, trad. in proprio). La saggezza di Stoppard si applica alla psicoanalisi tanto quanto alla letteratura.

Nonostante questa complessa incertezza in cui ci troviamo noi analisti, continuiamo a offrire qualcosa di raro: una combinazione non giudicante di compassione, validazione, una forma speciale di comprensione in cui possiamo vedere cose che il paziente non può vedere, speranza nell'oscurità e la capacità di testimoniare (Polonia, 2000). Testimoniare implica semplicemente ascoltare attentamente ciò che il paziente sta dicendo e afferrare chi è il paziente senza giudicare.

Il cambiamento epocale travolgente causato dal virus sta avendo un profondo effetto sulla cultura analitica. Stiamo imparando tutti che il lavoro analitico può essere utile e curativo in vari contesti a frequenze diverse. Per anni, molti di noi hanno pensato che ciò fosse vero. Ora non abbiamo scelta. Il virus ha costretto tutti noi a ripensare a chi siamo e cosa facciamo. Dobbiamo tutti tenere a mente il messaggio di Camus che non c'è alcun significato razionale o morale dietro a un flagello. Il significato sta interamente nel modo in cui riflettiamo su ciò che l'esperienza infonde in noi e a coloro che cerchiamo di aiutare. Nelle pagine conclusive del romanzo *La peste*, Camus suggerisce che “[...] ciascuno la porta in sé, la peste, perché nessuno, no, nessun al mondo ne è immune. E che è necessario prestare la massima attenzione per non rischiare, in un attimo di distrazione, di respirare in faccia a un altro e di passargli l'infezione” (p. 268).

## **Bibliografia**

Beckett, S. (1948). *Waiting for Godot: A Tragicomedy in Two Acts*. New York: Grove Press, 1954.

Beckett, S. (1948). *Aspettando Godot*, trad. C. Fruttero. Torino: Giulio Einaudi editore, 1956.

Camus, A. (1948). *The Plague*, transl. S. Gilbert. New York: Vintage Books, 1991.

Camus, A. (1948). *La peste*, trad. Y. Melaouah. Milano: Bompiani, 2021.

Ehrlich, L. T. (2019). Teleanalysis: Slippery slope or rich opportunity? *Journal of the*

*American Psychoanalytic Association* 67:249–279.

Fite, D. L. (2020). Racism: A very important health problem. *Texas Medicine*, July, p. 9.

Gabbard, G.O., & Ogden, T. H. (2009). On becoming a psychoanalyst. *International Journal of Psychoanalysis* 90:311–327.

Migone, P. (2013). Psychoanalysis on the internet: A discussion of its theoretical implications for both online and offline therapeutic technique. *Psychoanalytic Psychology* 30:281–299.

Ogden, T. H. (2019). Ontological psychoanalysis or “what do you want to be when you grow up?” *Psychoanalytic Quarterly* 88:661–684.

Ogden, T. H., & Gabbard, G.O. (2010). The lure of the symptom in psychoanalytic treatment. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 58:533–544.

Poland, W. (2000). The analyst’s witnessing and otherness. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 48:17–34.

Russell, G. I. (2015). *Screen Relations: The Limits of Computer-Mediated Psychoanalysis and Psychotherapy*. London: Karnac Books.

Stoppard, T. (1999), Pragmatic theater. *New York Review of Books*, September 23, pp. 8–10.

Zalusky, S. (1998). Telephone analysis: Out of sight, but not out of mind. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 46:1221–1242.

Tradotto dall’inglese da *Han Lian Leclerc-Quintiliani*

## Potenzialità o virtualità a rischio della minaccia di morte

Bernard Duez

### Abstract

Basandosi su tre diverse situazioni cliniche, l'autore cerca di distinguere gli effetti della pandemia su un gruppo di psicodramma che si è svolto "in presenza": che cosa è cambiato e che cosa è rimasto costante. Mostra poi gli effetti su un gruppo di psicodramma di adolescenti per il quale è supervisore mediante V.O.I.P. da diversi anni. Tratta poi la supervisione tramite V.O.I.P. di una équipe con la quale lavora abitualmente in presenza e descrive gli effetti alla ripresa del lavoro in presenza. A partire da queste tre esperienze, l'autore mostra in particolare come il V.O.I.P. induca risonanze particolarmente intense collegate ai problemi che hanno a che fare con la questione dell'intimità. Lo scarto tra avatar virtuale e soggetto induce la tendenza a intensificare l'espressione della sofferenza ma con espressioni troncate dalla paura di essere ascoltati dagli altri. Questo crea situazioni in cui gli scambi producono effetti oscillanti di una prossimità quasi assoluta in una situazione insolita di lontananza. L'autore mostra come questa situazione insolita convochi in ciascuna delle situazioni esposte un lavoro reciproco (dell'Originario). Infine, risulta che in particolare il V.O.I.P., condensando sia l'effetto della pandemia sia gli effetti del dispositivo virtuale, ci mette ancora più intensamente di fronte ai fondamenti delle relazioni di un soggetto con l'Altro dell'altro e più di un altro (Kaës, 1976; 1993).

### Parole chiave

minaccia letale, *setting psicoanalitico*, dispositivo psicoanalitico, meta-*setting*, potenzialità e virtualità, attualità e attualizzazione

Durante la pandemia, abbiamo dovuto adattare le nostre pratiche per continuare l'attività clinica; le reti hanno acquisito grande rilevanza. Le esperienze che presenterò si svolgono in un momento di poco precedente il primo *lockdown*, quando [l'adattamento delle pratiche cliniche] si era già reso necessario, ma in cui si poteva continuare a lavorare in presenza: si tratta di un programma di formazione allo psicodramma psicoanalitico di gruppo, che accoglie principalmente psicologi e psichiatri, ma anche educatori e infermieri psichiatrici. L'osservazione ha permesso di misurare l'impatto del fattore costituito dal rischio di morte legato alla pandemia, su un corso di formazione triennale iniziato prima del *lockdown* **che ha potuto avvalersi anche dell'esperienza** di un programma di formazione che dura da dodici anni.

Oltre a questa esperienza, anche le supervisioni collettive di *équipe* sono state interrotte o modificate per essere organizzate in videoconferenze (V.O.I.P.); conducevamo già da diversi anni anche una supervisione che accompagnava gli ex-tirocinanti nelle prime fasi della loro pratica di psicodramma.

Prima di studiare gli effetti del passaggio da una pratica in presenza a una pratica in videoconferenza, vorrei presentare l'impatto del rischio di morte su un gruppo che, nonostante la pandemia, siamo stati in grado di continuare in presenza dei partecipanti prendendo le necessarie precauzioni sanitarie.

I nostri partecipanti allo psicodramma hanno un colloquio preliminare prima della formazione, hanno i nostri numeri di telefono e ci informano di qualsiasi situazione che potrebbe compromettere la loro partecipazione. Se è avvenuto che un partecipante di una sessione è stato contattato a nostra insaputa, ci ha informato e noi abbiamo immediatamente avvisato tutti i partecipanti. Nessun partecipante ha avuto il covid dopo una sessione se ci riferiamo al periodo di incubazione riconosciuto dai medici. Non abbiamo registrato alcun caso di partecipanti positivi al Covid-19 in seguito al lavoro di formazione, anche se alcuni di loro lo hanno contratto sul posto di lavoro.

### **La pandemia e lo stato costante di rischio di morte**

Durante quest'anno, nei momenti in cui il *lockdown* era stato parzialmente revocato, abbiamo continuato a lavorare con gruppi di supervisione, gruppi di formazione allo psicodramma psicoanalitico di gruppo e in sedute di supervisione individuale. In questo caso, le poste in gioco psichiche mobilitate erano molto diverse, però il confronto con le situazioni indicate sopra permette di interrogare diversamente certi aspetti impliciti delle nostre pratiche psicoanalitiche.

#### *Gli anni precedenti la pandemia*

Conduciamo da dodici anni gruppi esperienziali di formazione allo psicodramma psicoanalitico di gruppo. I partecipanti sono introdotti alla pratica dello psicodramma e acquisiscono gradualmente le competenze personali necessarie per lavorare nello psicodramma psicoanalitico di gruppo, così come le conoscenze teoriche, attraverso le loro stesse scoperte durante la pratica dello psicodramma psicoanalitico di gruppo. Il gruppo è un gruppo semi-aperto che accoglie persone del primo anno [sensibilizzazione alle manifestazioni dell'inconscio], ma anche persone in Training (secondo anno) e alla fine del Training (terzo anno) per sessioni di gruppo di due giorni.

La prima sessione dell'anno comprende una breve presentazione del dispositivo di psicodramma e della formazione, l'accoglienza dei nuovi partecipanti da parte nostra e dei tirocinanti più avanzati, e le presentazioni reciproche. Le giornate sono organizzate intorno a un'alternanza tra tempi di *recita* e tempi di conversazione intorno alle libere associazioni che sorgono spontaneamente e a quelle generate dai diversi momenti della giornata. Lasciamo sempre una sedia vuota (vedi sotto lo sviluppo su questo argomento). Il sistema comprende:

- Una regola di astinenza: ci asterremo da qualsiasi relazione diversa da quelle necessarie per il nostro lavoro insieme.

*Da notare:* Se per qualsiasi motivo siamo stati portati ad incontrare uno dei tirocinanti in un'altra situazione, durante il colloquio preliminare con il tirocinante (o i tirocinanti)

è concordato di informarne il gruppo.

- Una regola di discrezione: non si dovrebbe discutere di questioni riguardanti i partecipanti e il gruppo con persone che non ne fanno parte. Per contro, siete perfettamente liberi di discutere ciò che riguarda solo voi.

- Una regola di restituzione: se siete portati a parlare tra voi di situazioni di psicodramma al di fuori del tempo di psicodramma, vi chiediamo di restituircelo durante il nostro tempo di lavoro in comune.

Prima di iniziare una *recita* psicodrammatica, lasciamo sempre un tempo di libera parola. Il più delle volte, la recita interviene come continuazione logica o punteggiatura di quel tempo.

La presentazione che dà il via al lavoro specificamente psicodrammatico, è la seguente:

“Partendo dalla prima idea che vi viene in mente, inventate una storia con un inizio, uno svolgimento e una fine. Quando vi sarete messi d'accordo sull'argomento della storia, distribuirete i ruoli in modo da poterla recitare in modi finzionali, come a teatro (evitando di toccarsi). Quando sentirete che la storia è stata recitata, torneremo nello spazio di parola per discutere su quello che ci ha fatto sentire, pensare, qui e ora.”

*Da notare:* Noi lasciamo che resti ambigua la nostra eventuale partecipazione alle recite. Interveniamo su loro richiesta di assumere un ruolo o con un intervento che ci sembra permettere una ripresa della recita in corso. Uno di noi rimane sempre sullo sfondo.

Durante le presentazioni tra i nuovi arrivati e i tirocinanti del secondo e terzo anno, gli uni e gli altri parlano del loro posto di lavoro e, a volte, le motivazioni che li hanno portati a scegliere questa formazione. Un numero (molto) grande di loro diceva che, oltre all'interesse di acquisire una nuova pratica, questa formazione potrebbe permettere loro di liberarsi dagli attacchi a cui i clinici che lavorano con riferimento alla psicoanalisi sono sottoposti da parte delle istituzioni gestite sul modello di impresa commerciale. Gli attacchi persistevano anche se l'evoluzione dei pazienti trattati dimostrava la pertinenza del lavoro e la persistenza della sua efficacia a lungo termine. Essi finivano per vivere questi attacchi come attacchi personali; e questi scambi costituivano una sorta di tessitura di legami che venivano contrapposti a un pericolo comune. Assicuravano uno sfondo discreto di diffrazione della negatività, condivisa tra i partecipanti al di fuori dello spazio-tempo della formazione. Con un rovesciamento quasi immediato, questo apriva alla co-costruzione dell'oggetto gruppo come oggetto psichico comune e condiviso (Pontalis, 1963). Questo lavoro di legame, prima di poggiare su elementi più personali riguardanti il legame soggettivo con la professione, poggiava spesso su allusioni teoriche che essi erano sicuri di condividere. Insomma, l'alleanza, in opposizione agli attacchi subiti da ognuno di loro, serviva da contrattacco e liberava uno spazio scenico per l'investimento dell'“intrapsoichico gruppale”.

Prima che i partecipanti coinvolgessero il proprio “intrapsoichico” per costruire un oggetto comune gruppo, composto da un certo numero di esperienze, preoccupazioni

o interessi condivisi, il gruppo aveva bisogno di assicurare la pacificazione degli effetti della negatività e distruttività. Il gruppo posto come oggetto psichico, faceva sì che ognuno di loro era immaginariamente protetto dalle manifestazioni della distruttività. Il gruppo costituisce così un oggetto condiviso su cui si dispiega il processo psicoanalitico e l'attualizzazione condivisa delle manifestazioni transferali.

Questo frequente funzionamento psichico non è immutabile, ma dipende dalla personalità dei partecipanti. Nei gruppi psicoterapeutici, specie con soggetti *borderline*, adolescenti e anche certi pazienti isterici, l'ingresso nel gruppo è molto diverso. Per loro si tratta di arrivare a porsi come un oggetto comune e alla fine cercare di appropriarsi della scena come oggetto proprio. Questo ci costringe a lavorare precocemente su questo specifico posizionamento che può servire da copertura della problematica gruppale qui e ora, e che assicura un importante guadagno narcisistico ai partecipanti e al gruppo, con il rischio costante di esportare vittimizzazione. Questa appropriazione della scena collettiva da parte di un partecipante o di un gruppo di partecipanti (nelle istituzioni) paralizza l'oscillazione costante delle manifestazioni delle sfide inconsce nei soggetti e nel gruppo. Essa ostruisce la percezione di quelle sfide e ancor più l'elaborazione singolare e collettiva della loro distribuzione reciproca nel collettivo e in ciascuno. Ciò permetteva ai pazienti di non affrontare il paradosso dell'oggetto psichico-gruppo: questo oggetto è sentito da ciascuno non come un oggetto attraente, ma come una scena in cui ciascuno è rimasto coinvolto.

La differenza nell'entrata nel gruppo dei nostri tirocinanti da quella dei pazienti *borderline* permette di sottolineare il paradosso dell'oggetto psichico gruppo. L'oggetto psichico presenta le caratteristiche di una scenalità soggettiva, intersoggettiva e gruppale in cui i soggetti sono costantemente sia interni che esterni. La soluzione di questo paradosso trova soluzioni diverse in funzione dei partecipanti, ma questo lavoro è inevitabile nelle prime fasi della formazione. L'avvento della pandemia ha mostrato come queste modalità di ingresso in gruppo siano state riplasmate.

### **Le osservazioni all'inizio della pandemia**

Le osservazioni iniziali sono state fatte nei due giorni antecedenti il primo *lockdown*, quando le precauzioni sanitarie ci hanno costretto ad occupare una stanza che non era quella a cui noi e gli studenti del secondo e terzo anno eravamo abituati. La situazione era particolarmente delicata: a causa della carenza di mascherine, nessuno di noi le portava, ma tutti sapevamo che quella precauzione sarebbe stata necessaria.

Dopo le presentazioni, è stato sollevato fin dai primi scambi il problema della sicurezza sanitaria della situazione. Il problema era stato sollevato già prima dai tirocinanti del secondo e terzo anno che per tradizione partecipano all'allestimento della disposizione delle sedie: implicitamente, si erano messi d'accordo per una collocazione delle sedie più distanziata del solito, in conformità con le prime raccomandazioni delle autorità sanitarie. Lo spazio di parola si presentava sensibilmente ridotto e poco utilizzabile, cosa che avremo in seguito inteso come una forma di co-rimozione; fecero poi notare

che la disposizione era meno favorevole al tradizionale lavoro collettivo, ma che era necessario rispettare i consigli che cominciavano ad essere emanati.

Una volta finita la presentazione generale del programma di formazione, gli studenti del primo anno avanzarono una domanda: perché c'era una sedia vuota? Mancava qualcuno, forse era malato? Si unirà a noi? Gli studenti del secondo e del terzo anno dissero che non era così, e che la sedia aveva una funzione speciale. Negli anni precedenti occorreva regolarmente che ci si domandasse della sedia vuota, ma i tirocinanti più avanzati, nel rispetto dei nuovi arrivati, davano loro il tempo di riflettere e di scoprire che questa funzione era un momento di condivisione, spesso gioioso, che suggellava l'inizio del lavoro psichico di gruppo.

La scelta di lasciare vuota una sedia è una scelta che abbiamo fatto da una decina di anni: fu in occasione di una situazione in cui una sedia era stata effettivamente lasciata vuota per rappresentare un paziente assente, che avevamo constatato la libertà che ognuno poteva concedersi di occupare quella sedia a turno. Questo ci dimostrava che quella sedia dava un grado interessante di libertà al posizionamento dei partecipanti e porta in primo piano la costrizione che il gruppo opera sul posizionamento dei soggetti: quando un posto è occupato, bisogna prenderne un altro a meno di dover discutere e, se ne rimane solo uno, l'ultimo che si siede si trova obbligato a quel posto. Nei gruppi terapeutici, avevamo notato che questa modalità permetteva di lavorare in modo interessante sugli effetti di assegnazione con cui molti pazienti si confrontano nella loro famiglia o nello spazio psichico sociale. Quella sedia mette in questione il loro problema di appropriazione esclusiva di un oggetto (materiale) o di un oggetto psichico, anche a scapito di questi. Liberati in gran parte dalla questione dell'appropriazione esclusiva del loro posto, diveniva possibile in tal modo in questi gruppi per ogni partecipante e per il gruppo elaborare più profondamente le oscillazioni tra momenti di capovolgimento a volte quasi simbiotici, e momenti di diffrazione della relazione di transfert, aprendo uno spazio più differenziato, uno scenario soggettivo aperto alla relatività dei posti di ciascuno in un gruppo.

Abbiamo mantenuto questa disposizione nel gruppo di formazione, perché permette ai tirocinanti di sperimentare in prima persona e collettivamente la funzione di queste oscillazioni costanti intrinseche ai gruppi psicoanalitici. Questa disposizione, derivata dalla nostra esperienza personale, creava un momento di arresto che li confrontava “in situ” con l'etica di lavoro in cui si iscrive questo programma di formazione: in particolare gli effetti di immobilizzazione nell'elaborazione collettiva e soggettiva che potevano generare alleanze legate alla loro comunità di appartenenza professionale e alla loro comunità di riferimento teorico, la “metapsicologia psicoanalitica”; certi presupposti dati per scontati hanno potuto così essere messi in discussione.

Il disagio che si è verificato quest'anno è stato di natura diversa, perché quello scenario nella situazione pandemica ha provocato l'attualizzazione del rischio di morte per ciascuno. Il rischio di contagio faceva emergere in modo attuale la parte di minaccia intrusiva che è inerente alla vita di gruppo, e ancor più nei preliminari di lavoro dello psicodramma psicoanalitico di gruppo. Questo ha occupato quasi una mattinata intera



di scambi e drammatizzazioni che in un modo o nell'altro evocavano la problematica del rapporto con l'imminenza del rischio di morte – sia con drammatizzazioni di protezione attraverso la fuga verso paesi in cui la semplicità di vita proteggeva gli autoctoni, sia al contrario con il tentativo di mettere in scena l'incontro diretto con il rischio di morte: un incidente, una caduta. In assenza dell'affidabilità del meta-*setting* sociale e culturale circostante minato dalle ansie legate al contagio, il processo serviva da *setting* interno che assicurasse la continuità del gruppo. Il tempo di elaborazione della storia si ridusse notevolmente: in effetti, l'inquietudine dei nuovi arrivati per la possibile scomparsa e morte di uno dei partecipanti aveva assunto un'intensità assolutamente inusuale; quello che veniva normalmente drammatizzato a proposito di quello che i nuovi arrivati percepivano come un enigma o una stranezza veniva appesantito da tutta una serie di ansie portate dal rischio di morte.

Il vissuto di estraneità e anche il rischio di depersonalizzazione spesso sperimentati nelle prime fasi dello psicodramma psicoanalitico di gruppo si sono qui trovati come cancellati dalla pregnanza della minaccia di morte. La sedia vuota era diventata traccia potenziale di una scomparsa e non svolgeva la sua funzione di elemento neutro che permettesse l'elaborazione della problematica tra assegnazione e appropriazione di un posto in un gruppo. Perde la sua funzione di “jolly” a cui alcuni nostri partecipanti amavano riferirsi quando ci chiedevano di assumere un ruolo o quando quella sedia permetteva all'ultimo arrivato di avere ancora una scelta.

Quella sedia fungeva anche da supporto di uno scenario particolare, quello della distanza tra la posizione dei terapeuti e quella dei partecipanti. Il più delle volte, anche se cambiavamo regolarmente posto, la sedia vuota era accanto a uno dei terapeuti. Questo scarto topologico fu percepito molto rapidamente come un indizio dell'appropriazione del principio di astinenza e come messa in scena del divieto dell'incesto, poiché lo scarto della sedia trasponeva nello spazio lo scarto simbolico fra generazioni, e, nel caso presente, reale, tra formatori e tirocinanti. Durante le sedute in epoca Covid-19, quella funzione di elemento neutro e trasformativo suscettibile di ricevere più funzioni si è trasformata. La neutralità sufficiente e necessaria investita dall'angoscia della morte è diventata la testimonianza di una neutralizzazione. Abbiamo così vissuto un momento che incontriamo altre volte nel corso della nostra pratica psicoanalitica, quando la neutralità scivola nella neutralizzazione, e questo indica che la nostra attenzione non è più liberamente *fluttuante*, ma che tende a fissarsi in un *contro-transfert* relativo a ciò che il paziente suscita in noi. La neutralità costituisce il negativo, una sorta di irrigidimento dell'attenzione libera e fluttuante. Per riassumere, il “né ... né” della neutralità è lo sfondo discreto che permette il “e ... e” dell'attenzione liberamente fluttuante. Il rischio di morte fa precipitare l'oscillazione psichica necessaria alla conflittualità psichica nell'attrazione univoca di un destino di morte che tendiamo costantemente a contro-investire in una bugia vitale, per usare la felice espressione di F. Nietzsche. La potenzialità della morte diventa virtualità, poi attualità quotidiana.

Abbiamo così assistito a tutto un processo di presa in carico collettiva di questa

minaccia. Poiché il *meta-setting* del dispositivo psicoanalitico non era più in grado di co-rimuovere e di disimpegnare la relazione di ciascuno con la propria finitudine di essere umano, abbiamo assistito ad un autentico lavoro di creazione di un meta-setting sostitutivo. Tale meta-setting fu messo in discussione sulla base delle domande sollevate da quella sedia vuota, diventata oggetto di rappresentazione comune condivisa. Partendo dal lavoro di elaborazione della sedia vuota, i partecipanti più anziani furono in grado di riconoscere che la disposizione delle sedie che avevano adottato senza dirselo era una precauzione per proteggere tutti dal rischio del contagio: ma rapidamente si resero conto che si trattava anche di proteggere il gruppo come oggetto pulsionale e narcisistico comune e come supporto di appartenenza. Ricordarono come il lavoro degli anni precedenti, oltre ad una funzione di formazione, aveva anche una funzione di sostegno in relazione alle loro difficoltà nel mantenere una pratica psicoanalitica all'interno delle istituzioni in cui lavoravano. Dopo aver superato l'elaborazione della negatività iniziale descritta sopra, ne avevano sviluppato una forte "identità collettiva di appartenenza" di operatori psichici che facevano riferimento alla psicoanalisi, quella su cui stavamo lavorando al momento dell'avvento della crisi sanitaria.

Dopo questo scambio sulla disposizione attuale delle sedie rispetto alla disposizione abituale dello psicodramma, una tirocinante espresse la sua preoccupazione. Era entrata in contatto con un caso di Covid e stava aspettando i risultati del test: aveva paura di dover rinunciare alla prima seduta. A partire da questa dichiarazione, ogni partecipante iniziò a parlare delle proprie preoccupazioni ed esperienze personali relative alla situazione e delle persone intorno a loro che erano già state colpite dal Covid-19. Come nei pazienti *borderline*, la dimensione dell'autoconservazione individuale diventava più importante delle questioni di appartenenza collettiva, e questa lunga elaborazione era stata necessaria per far apparire il modo in cui ognuno era colpito o preoccupato dalla situazione attuale.

### **Lo svolgimento delle sedute**

Spesso, all'inizio del ciclo, abbiamo evocazioni di viaggi in paesi più o meno conosciuti e più o meno selvaggi popolati da strani abitanti e persino da alieni. **Essi** hanno una funzione di autorappresentazione del dispositivo analitico e del gruppo, che permette al gruppo di costituirsi come oggetto comune e, ben al di là di questo, un autentico "intrapsichico gruppale". Al di là delle primissime fasi, la costituzione di un "intrapsichico gruppale" costituito sulla base di alleanze alienanti potrebbe essere temibile, ma è anche fonte di nuove elaborazioni strutturanti per pazienti alle prese con famiglie o comunità alienanti e patogene. Nelle situazioni formative la questione dell'oggetto condiviso tende ad essere evacuata, nella misura in cui l'insieme del gruppo ha l'obiettivo di essere in grado sia di utilizzarlo a fini terapeutici sia di meglio comprendere le diverse manifestazioni dell'inconscio all'interno dei gruppi grazie all'esperienza dello psicodramma psicoanalitico di gruppo. Il lavoro in questi gruppi esperienziali di formazione implica rapidamente l'elaborazione di questa "rappresentazione-scopo" in modo tale che non funzioni da co-rimozione degli

investimenti pulsionali e narcisistici di ciascuno nella costituzione di un tale “intrapichico gruppale”.

Durante l'epidemia di Covid-19, questa situazione si è modificata in maniera singolare. Le evocazioni di viaggi che supportano il funzionamento dell'apparato psichico di gruppo (Kaës, 1976) in tensione verso questo intrapsichico collettivo hanno conosciuto molte più deviazioni e rappresentazioni di guai e si moltiplicarono i viaggiatori fisicamente e psichicamente malati. La dimensione del viaggio veniva discretamente, ma costantemente, impregnata della dimensione della fuga. Da un punto di vista formale, ne risentiva la costruzione della struttura narrativa della storia collettiva: la temporalità della storia (inizio, svolgimento, fine) tendeva a precipitare nell'istante presente. La fine veniva lasciata volentieri nell'incertezza, per dispetto, e non per scelta. Era soprattutto molto più lenta e non cessava mai di tornare in un modo o nell'altro alla situazione pandemica durante tutta la prima mezza giornata o addirittura durante tutta la prima giornata. L'invito a costruire una storia poteva quasi sembrare una costrizione e non avrebbe avuto successo se i tirocinanti del secondo e terzo anno non avessero acquisito l'esperienza del contributo che essa poteva dare. Fortunatamente, le loro convinzioni furono positivamente riconosciute come un invito dai tirocinanti del primo anno.

Abbiamo potuto osservare che l'apparato psichico gruppale intorno alla costruzione dell'oggetto-gruppo, anche se rimaneva presente, era più cauto, finché in un modo o nell'altro un numero sufficiente di partecipanti non aveva presentato a modo suo il modo in cui la situazione pandemica li riguardava o nella costruzione della storia o nella scelta dei personaggi o nella drammatizzazione e nelle sue improvvisazioni o nell'elaborazione collettiva *a posteriori*. Il sostegno reciproco tra i partecipanti e sul gruppo era inconsciamente infiltrato dall'inquietudine legata alla situazione pandemica. La minaccia era una barriera alla drammatizzazione e costruzione della storia e dietro la storia che impediva di autorizzarsi al piacere della drammatizzazione. Questo è stato presente in particolare nella seduta che si è svolta nei giorni in cui tutti sapevano che il *lockdown* era indispensabile e che la decisione era già stata presa dal governo ma non era ancora stata annunciata ufficialmente. L'attualità della potenzialità di morte perturbava la temporalità dello psicodramma psicoanalitico di gruppo.

L'elaborazione gruppale intersoggettiva e soggettiva appariva disseminata di presentazioni di copertura consensuali di argomenti di copertura, per lo più basati su idee teoriche che non sono messe in discussione tra operatori della psiche. Scoprirono che quello era un modo per rafforzare gli uni con gli altri la continuità del gruppo: utilizzavano la dimensione del sapere condiviso per combattere l'espressione del disagio legato all'incertezza della situazione. L'eliminazione di queste presentazioni di copertura è stata spesso iniziata dai partecipanti, specialmente da quelli del primo anno, che non erano psicologi clinici per formazione, ma che erano persone interessate ai contributi che l'esperienza dello psicodramma psicoanalitico di gruppo avrebbe permesso loro di sentire nel lavoro con i gruppi (per esempio nelle aziende). I più anziani e coloro che avevano più familiarità con il lavoro di gruppo hanno subito notato

come le loro preoccupazioni istituzionali condivise, che a volte potevano svolgere le funzioni di presentazione-di copertura, erano quasi assenti da queste sedute di psicodramma durante l'epidemia. Soprattutto, hanno scoperto come, al di là delle difficoltà personali che incontravano nelle loro specifiche condizioni professionali, il legame con i pazienti persisteva nonostante quelle difficoltà. I legami già stabiliti nel lavoro di formazione con i partecipanti e quelli che si stavano costruendo con i nuovi arrivati assumevano una presenza diversa e un significato completamente nuovo. La benevola messa in discussione delle loro convinzioni professionali di psicoanalisti o psicologi li portava a elaborare la comune identificazione di appartenenza condivisa mediante una relazione più originale con l'umanità (una relazione più originale con il vicino (*NebenMensch*)).

La questione dell'appartenenza condivisa con una società umana, addirittura con l'umanità, è sempre implicitamente presente nelle prime fasi del lavoro psicoanalitico (specialmente con i pazienti psicopatici, autori di crimini che mettono in discussione la loro possibilità di appartenere a una società umana). Il legame di identificazione di appartenenza necessaria e sufficiente con il paziente appartiene a questo *meta-setting* silenzioso senza il quale il lavoro non può essere intrapreso. Nella situazione di angoscia vitale condivisa che ho descritto il lavoro sul *meta-setting* si è messo in moto fin dall'inizio del gruppo e non, come sottolinea J. Bleger, come passaggio necessario alla fine del trattamento, ma piuttosto come condizione iniziatrice della cura. Vorrei precisare che non si tratta di un'identificazione primaria o post-edipica con il paziente, ma di un'identificazione di appartenenza all'umanità, e il più delle volte a una cultura condivisa che si acquisisce attraverso l'appropriazione iper-precoce di *incorporati* culturali (Rouchy, 1990). Le identificazioni di appartenenza ai gruppi professionali ne sono una declinazione, che in questo caso si è cancellata sotto l'effetto della pandemia in una comune appartenenza all'umanità.

### **Dallo stupore all'istituzione di uno scenario**

Questa prima osservazione porta alla luce un elemento importante, quello del capovolgimento dell'appoggio e del co-appoggio, condiviso e silenzioso dei partecipanti al *meta-setting* sociale e culturale; e la costrizione dei partecipanti a un appoggio attuale e attivo del processo psichico interno al gruppo. La parte di comune negatività che essi intrattenevano con le istituzioni maltrattanti si ritrova qui sovvertita dall'attualità del rischio di morte che ognuno di loro può importare nel gruppo, anche a sua insaputa. Dovettero assumersi il lavoro solitamente lasciato al *meta-setting*: dare una garanzia sufficiente della sicurezza reale, narcisistica e soggettiva di ognuno nella misura in cui rispetta le regole della rinuncia pulsionale e i contratti narcisistici e le alleanze inconsce (Kaës, 1976; 2009) che tessono il *meta-setting*. Avevamo visto costruirsi un patto narcisistico intorno alla condivisione degli stessi riferimenti teorici quando il *setting* delle loro istituzioni non svolgeva appieno la funzione di pacificazione dei legami istituzionali. Lo spazio-tempo delle sedute riusciva a mitigare per un certo tempo gli attacchi narcisistici di cui erano costantemente oggetto da parte dei responsabili dell'istituzione ostile alle pratiche di ispirazione psicoanalitica.

Nel caso della pandemia, non si trattava di un attacco narcisistico, ma di una minaccia reale che poteva presentarsi in qualsiasi momento senza che si potesse sospettare in nessuno la volontà di ferire o annientare l'altro. L'immobilizzazione che questa minaccia persistente produceva metteva in gioco presentazioni assai significative del processo della pulsione di morte: la tendenza verso lo stato inanimato e l'annientamento dell'altro così come l'immobilizzazione nel terrore e la sua ripetizione. Questo si traduceva in un effetto di siderazione collettiva. Mi sembra che il lavoro molto importante e coinvolgente intrapreso dai partecipanti in questi inizi del gruppo mostri come, quando il *meta-setting* condiviso fallisce, se ne costruisce attivamente un altro che riesce a suscitare identificazioni di appartenenza e rinnovate alleanze.

Di solito il *meta-setting* pacifica le problematiche psichiche più arcaiche, in modo silenzioso e discreto, intrecciandole formalmente negli usi e costumi che istituiscono le forme dello stare insieme in una famiglia, in una società, in una cultura. Quando, in tempi di crisi, l'intreccio formale del *meta-setting* non è più in grado di regolare la realtà attuale di un'economia psichica collettiva, o addirittura sociale, troviamo che, come nello psicodramma, i partecipanti si riprendono il compito di inventare nuove forme di legame poggiando sui processi attuali. Questi legami in diffrazione-capovolgimento SONO legati al transfert topico (Duez, 2000; 2013). Questi legami costruiscono allora una nuova topica collettiva che sarà investita dai *transfert* dei soggetti sui *legami condivisi tra loro*. Si costituisce così un'autentica topica di gruppo, che sarà interiorizzata da ciascuno dei partecipanti a partire dalla sua partecipazione alla creazione di questo essere insieme collettivo.

L'oscillazione dalle identità di appartenenza professionale, alla messa in scena attuale e attiva delle precauzioni che ognuno prendeva per non mettere in pericolo l'altro mette in scena una genesi quasi mitica della proibizione dell'omicidio. Al di là dell'enunciazione istituzionale e sociale della proibizione dell'omicidio, ciascuno si impegna in un'enunciazione soggettiva attuale e attiva e va a collegarsi a un'enunciazione inter-soggettiva collettiva e di gruppo che restituisce alla dimensione istituzionale, civile e formale la sua funzione di traccia, di precipitato legato agli eventi che hanno portato con la civiltà alla rinuncia all'omicidio. Questa azione di enunciazione aveva in queste circostanze la funzione di creare e garantire la perpetuazione del legame tra i tirocinanti, ma anche di prendere le distanze da un certo numero di comportamenti antisociali che presentavano una virtualità assassina e suicida, e che si manifestavano in modo sempre più intenso nello spazio sociale.

---

Alla fine di questo lavoro, troviamo questo fondo di negatività spostato. In questo caso, alcuni dei partecipanti non erano affatto convinti dell'utilità del vincolo di indossare una mascherina, menzionando il fatto che nella loro regione pochissime persone la indossavano, perché dati i grandi spazi in cui si muovevano non si sentivano preoccupati. Hanno scoperto nel profondo di sé come questa convinzione fosse il prodotto di un'identità di appartenenza a un mondo differente. Questa è una delle difficoltà che si incontrano frequentemente quando si lavora con gli adolescenti o con

persone molto legate ad appartenenze comunitarie, che possono dare un'illusione di onnipotenza tale che li metterebbe in condizione di sfuggire alla minaccia generalizzata. Il lavoro sulle comunità di appartenenza teorica e professionale rivela allora la sua funzione di resistenza all'incontro con l'Altro dell'altro. Il transfert sul legame psichico collettivo li ha portati ad adottare sistematicamente l'uso della mascherina. Di fronte al rischio di morte, ciascuno ha ben sentito il lavoro psichico che comporta l'istituzione di un rinnovato *meta-setting*.

Il legame attraverso la negatività porta alla luce un elemento spesso misconosciuto: il lavoro istitutivo della negatività nel *meta-setting*. La negatività svolge la funzione di costituire e mantenere uno sfondo immobile e sufficientemente silenzioso per permettere l'esistenza dei legami collettivi, intersoggettivi e soggettivi attuali, articolando un'appartenenza sullo sfondo di una non-appartenenza che consolida l'appartenenza. Solitamente, la gestione di questo lavoro di negatività è lasciata alla coazione (compulsione) di ripetizione (Bleger, 1966: "il *setting* è la forma più compiuta della coazione (compulsione) di ripetizione"). Questa compulsione alla ripetizione è sostenuta dalla tendenza della pulsione di morte verso l'inanimato, verso l'immobile, che conferisce a questa negatività uno sfondo di costanza che assicura discretamente ed efficacemente la pacificazione dei destini della pulsione di morte, in particolare della forma di distruttività radicale: è così che la pulsione di morte si intreccia alla pulsione di vita partecipando al nostro essere nel mondo e al nostro essere con l'Altro dell'altro. Nello stare insieme non c'è bisogno di ripetere e ripetere la proibizione dell'omicidio e la proibizione dell'incesto.

Alcuni eventi richiedono un intenso lavoro della negatività poggiando su un puro controinvestimento, come nella rimozione originaria. Nei gruppi, questo lavoro conscio o inconscio può assumere il valore di una co-rimozione originaria che può essere fondante. Ma se il lavoro della negatività non riesce a istituire un originario se non sotto forma di un'opposizione costante alla minaccia (pandemia, colonizzazione militare o economica, minaccia dittatoriale) ... può apparire un funzionamento endogamico con un rovesciamento della negatività nella comunità stessa in cui ha origine tale puro contro-investimento. Ne abbiamo un esempio nell'attuale situazione della pandemia, con una tendenza dei paesi e delle comunità a chiudersi in se stessi e la ricerca di una vittima-emissario che possa purificare la comunità dalle esperienze intrusive legate alla potenzialità di morte.

Nel caso del nostro programma di formazione, una volta istituito questo *meta-setting*, i collegamenti con la situazione attuale sono svaniti a favore del lavoro sulle esperienze e i legami in relazione al qui e ora del gruppo. Il vissuto iniziale del gruppo è un vissuto che trae origine da una diffrazione collettiva e silenziosa dello sconcerto di ognuno di fronte alla situazione a potenziale traumatico. Quando le persone sono confrontate con un rischio di morte immediato o potenziale (aggressioni, catastrofi naturali, disastri sociali, ma anche malattie), attuano un doppio movimento di negatività: una fuga dalla situazione minacciosa, ma anche molto spesso una fuga interiore immobile nella situazione di spavento. Spesso inteso come accettazione di un destino fatale, questo

sconcerto è anche e soprattutto un tentativo di aprire una scenalità diffratta che accoglierà una potenzialità molto ampia di legami, comportamenti, pensieri, sentimenti spesso opposti, ma che, almeno per un po', a volte per un istante, possono convivere senza permettere realmente una reazione immediata alla situazione.

Le testimonianze delle persone che hanno attraversato situazioni di questo tipo, una volta liberate dalle figure convenzionali della vittima o dell'eroe, mostrano la dimensione diffratta di questa scena di siderazione, come ha dimostrato l'accumulo di siderazioni nei nostri gruppi. Questa diffrazione di moti pulsionali, di moti di desideri, affetti ed esperienze corrisponde al primo stadio di quello che ho descritto come *transfert* topico, che nelle situazioni che evocano l'originario agisce sulla diade diffrazione/capovolgimento (Duez, 2000; 2013): quando la situazione può essere superata, la molteplicità delle rappresentazioni costituisce la scena originaria sulla quale il romanzo traumatico (Duez, 1999) cercherà di istituire una storia che organizzi un originario post-traumatico. Questo romanzo traumatico organizza da quel momento il prima e il dopo del trauma, nel bene e nel male, a seconda delle possibilità di sostegno che il soggetto avrà incontrato. Quello che è successo nelle sedute successive di psicodramma durante la pandemia scaturisce dalla partecipazione ad un romanzo traumatico condiviso che ha molte delle proprietà necessarie per la costituzione di un mito fondatore nelle società. Le storie di viaggio tendono verso luoghi antichi, verso luoghi depositari dell'eredità, le situazioni mettono in scena trasformazioni dei passaggi che spesso terminano in eventi che evocano una resurrezione, un nuovo incontro, ecc.

*Importante notare:* in un altro ordine di idee, la prima teoria del trauma di Freud è la creazione di un romanzo traumatico di fronte all'emergere del sessuale nella situazione del trattamento. È un tentativo di dare forma all'attualizzazione di un'esperienza intrusiva repressa durante la latenza e che un evento attuale rianima. Il lavoro psicoanalitico agisce come un rito e convoca questo romanzo traumatico per liberare lo psicoanalista e senza dubbio il paziente dall'impatto attuale del risorgere del sessuale nell'attualità del *transfert*.

Fin dai primi scambi, dalle prime storie e anche dalle prime drammatizzazioni, abbiamo potuto notare nei momenti di *après-coup* la condensazione degli sconcerti individuali che costituivano uno scenario di gruppo che attualizzava un evento che sfuggiva costantemente ai nostri tentativi di stabilire un collegamento. Eravamo in presenza della costituzione di uno scenario traumatico che avrebbe potuto ripetersi nella forma del sogno traumatico. Il sogno traumatico è in fin dei conti uno scenario del terrore che si prova nell'attesa di raccogliere gli elementi grezzi che convocano il lavoro dell'originario – pittogramma di legame e pittogramma di rifiuto – fino a quando possa instaurarsi un romanzo traumatico sulla base della violenza dell'interpretazione (Aulagnier, 1975). Questo lavoro è necessario per separare gli elementi che, sotto l'effetto della negatività, non hanno altri legami che quelli di contiguità e simultaneità, proprio come nel sogno.

Il primo di questi sistemi Tmn fisserà in ogni caso l'associazione per simultaneità

mentre nei sistemi più lontani lo stesso materiale di eccitamento verrà ordinato secondo altri tipi di coincidenza, in modo che, attraverso questi successivi sistemi, *siano* rappresentate per esempio relazioni di affinità e altre (Freud, OSF, 3, 492). Ognuna delle prime drammatizzazioni mette in figurazione un rapporto con la fuga, il ritiro, la minaccia. Una volta giocate [recitate e rielaborate NdT] queste scene, il romanzo traumatico collettivo ha cominciato a essere tessuto sotto forma di situazioni in cui i legami collettivi si trasformano: riunioni di direzione di un'impresa per condurre insieme uno sviluppo, discussioni sulla condivisione di terreni agricoli tra contadini, problemi legati alla scoperta in una casa ereditata di elementi del passato, ma anche momenti di gioie condivise che evocano sia la vita del passato che la speranza e la gioia di ritrovarsi. C'era un sufficiente mascheramento di elementi legati alla crisi sanitaria che hanno consentito di appoggiarsi sulla co-rimozione originaria e sufficiente dei primi scambi e delle prime drammatizzazioni in modo da far diventare elaborabile la brutalità della situazione. Su questo sfondo di dissimulazione, hanno potuto esprimersi sentimenti autentici. Questo ricorda ciò che S. Freud sottolineava nel lavoro del sogno:

*Repressione e inversione di stati affettivi servono del resto anche nella vita sociale, che costituisce l'analogia di uso corrente della censura onirica, e servono in primo luogo a dissimulare. (Freud, OSF, 3, 431)*

L'evento e *a fortiori* lo stato traumatico inducono la stessa regressione psichica sotto forma di assentificazione del soggetto come quando, sotto il vincolo della salvaguardia psichica e dell'autoconservazione corporea, la fatica o l'esaurimento fanno precipitare il soggetto nel sonno. L'appropriazione di questa assentificazione da parte del soggetto sarà simbolizzata in una negatività di ritiro (fuga interiore) che è impregnata dei legami di contiguità propri dello scenario onirico. Essa può essere ribaltata in forma di negatività dall'attualizzazione di un contro-investimento che sostiene i meccanismi del negativo (diniego, rifiuto, disconoscimento [*Verleugnung*] della negazione [*Verneinung*]), quando una situazione attuale supera le capacità di legame di un soggetto, lo esaurisce o lo minaccia nella sua autoctonia soggettuale. La potenzialità di morte nella situazione attuale è capace di provocare questi stati di angoscia.

Dopo quei primi giorni, le sedute hanno ripreso il loro corso, punteggiato solo da impossibilità di alcuni o di altri [assistenza ai bambini in caso di chiusura della scuola, per esempio] che ogni volta ricordano la persistenza della pandemia e rimandano al nostro lavoro originario. È convocato il contratto di benevolenza condivisa che era stato concluso sulla base di rinunce sufficienti perché tutti si sentissero al sicuro e che ormai funziona discretamente, permettendo l'elaborazione dei processi inconsci e delle manifestazioni preconsce.

Gli apporti di questa esperienza sono di aver permesso ai partecipanti di sentire più attivamente del solito l'importanza dell'appropriazione e dell'auto-rappresentazione individuale e collettiva di un dispositivo. In particolare, hanno potuto percepire come quello che viene frequentemente chiamato un attacco al *setting* sia un tentativo di incontrare la relazione personale che il o i terapeuti hanno con quel dispositivo e di come permettono ai pazienti una sufficiente co-costruzione in modo che



l'appropriazione condivisa permetta quello che W. R. Bion ha così giustamente chiamato un lavoro di collaborazione, o io direi di cooperazione. Vediamo che la questione del rischio di morte ha portato i tirocinanti e noi stessi a rielaborare il dispositivo, certamente in modo più temperato, ma allo stesso modo di quando lavoriamo con soggetti che presentano comportamenti che suscitano in noi stessi ansie legate alla costante potenzialità di un passaggio all'atto che implichi una minaccia di morte.

### **Le reti: potenzialità, virtualità e attualità**

Ora vorrei avvicinare questa esperienza a quella del lavoro con le reti [V.O.I.P.]. Lavoriamo da diversi anni con ex-allievi del nostro programma di formazione in psicodramma psicoanalitico di gruppo, con i quali, data la distanza di alcuni di loro, i nostri scambi e le nostre supervisioni avvengono in V.O.I.P. Abbiamo constatato che nonostante la distanza e il *setting* particolare del lavoro in rete, i legami di lavoro persistevano. Costituivano anche un autentico sostegno. A differenza di ciò che si vede spesso nelle reti, i tirocinanti mantenevano una presenza attuale e il legame audiovisivo era costantemente basato sulle comuni esperienze del passato. Non eravamo in contatto con degli "avatar".

Quando lo psicodramma fu riaperto, la terapeuta che avevamo formato si trovò a dover lavorare con un *partner* non formato, a causa dell'assenza del *partner* abituale, malato (senza che la causa ne fosse specificata). Abbiamo potuto osservare che il tempo di iniziazione della persona meno formata passava attraverso una serie di messe alla prova quando i pazienti che loro accoglievano percepivano la differenza di familiarità con lo strumento dello psicodramma. Mettevano alla prova il *partner* meno formato essenzialmente durante il tempo della drammatizzazione. Lo invitavano ad assumere ruoli in cui potevano testare la sua affidabilità personale oppure lo invitavano ma alla fine lo mettevano fuori gioco. L'acquisizione dell'auto-rappresentazione del dispositivo si veniva costruendo a spese dell'animatore meno formato. I pazienti non potevano far ricorso come i tirocinanti alla possibilità di allearsi attorno a conoscenze o ideali comuni e costruivano l'oggetto comune gruppo attorno al *partner* che implicitamente ritenevano dovesse anche lui fare lo stesso lavoro. Attraverso l'intensità della prova subita dal tirocinante, abbiamo potuto analizzare che la figurazione della minaccia rappresentata dal partner sostitutivo (tirocinante) mediante l'insufficienza di formazione, era anche la rappresentazione di una minaccia all'interno dello psicodramma, che evacuava largamente il rischio che gli adolescenti che si ritrovavano con piacere potessero essere portatori di co-rimozione del rischio che ognuno potesse essere portatore, anche inconsapevolmente di una minaccia di morte per gli altri.

Il modo di stare insieme degli adolescenti con i quali gli animatori hanno ripreso il lavoro non è granché cambiato, anche se la minaccia di contagio è ancora molto grande. Erano gli uni e gli altri in un rifiuto collettivo del rischio di contagio. L'unica differenza notevole che abbiamo osservato durante il periodo della pandemia, in particolare tra i pazienti adolescenti, riguarda la drammatizzazione, prima nei confronti di quel

tirocinante e poi tra di loro, di scene che evocavano figure di fantasmi *zombie*, il che fa parte di una certa cultura adolescenziale contemporanea (in particolare sui *social network*), ma anche di situazioni molto forti di omicidi, di incidenti e di morti, in modo talvolta estremamente crudo. Il silenzio intorno alla malattia del *partner* abituale non è certo estraneo a queste evocazioni. Possiamo notare fin d'ora che questa "violenza" in presenza non ha niente a che vedere con quella che si può esprimere nelle reti sociali. La presenza degli psicodrammatisti contribuisce certamente a questa mitigazione, ma non è l'unico elemento in gioco.

La seconda situazione che vorrei presentare riguardo al lavoro in modalità virtuale è una supervisione che conduco con una *équipe*. Durante il primo *lockdown* la struttura è stata chiusa e l'*équipe* ha mantenuto il contatto con gli adolescenti e risposto alle nuove richieste di intervento interagendo con i nuovi arrivati attraverso le reti. Anche la supervisione si svolge in rete, con ciascun membro dell'*équipe* a casa propria. La persona che presenta il caso dice quanto sia stato difficile il primo contatto. La madre è una "madre sola" e la questione del padre non viene mai evocata. Il blocco sulla figura paterna è tale che l'*équipe* si interroga sulle condizioni in cui la ragazza sia stata concepita (stupro, incesto o desiderio della madre di concepire un figlio oggetto narcisistico). Era gravemente dipendente dall'alcool e l'adolescente stava sviluppando problemi comportamentali. Da quello che l'educatrice aveva sentito, sembrava che questa giovane adolescente stesse cercando di farsi carico di sua madre. La madre – consapevole delle sue difficoltà, ma anche impotente di fronte ad esse – non poteva lasciar andare sua figlia e continuava a usare gli "sforzi" che faceva per sua figlia al fine di liberarsi dalla sua dipendenza, chiedendo in cambio amore incondizionato. I legami sembravano così intensi che l'*équipe* parlava di un legame che suggeriva un clima incestuoso madre-figlia. Rapidamente si era posto il problema dell'intimità per madre e figlia perché entrambe non erano mai sicure di potersi esprimere senza che l'altra ascoltasse o sentisse.

Dopo la fine del primo *lockdown*, fu possibile riceverle e la persona che le aveva ascoltate la prima volta poté accoglierle secondo il protocollo abituale: incontro con l'adolescente e il/i genitore/i, se lo desiderava, e in seguito con incontri alternati con l'adolescente da solo, con l'adolescente e il/i genitore/i, e con il/i genitore/i da solo/i se necessario. Le altre persone che furono poi coinvolte nel trattamento poterono constatare come il collegamento virtuale, senza distorcere l'osservazione, avesse dato alle loro varie osservazioni un'intensità tale che era stato previsto di fare rapporto al tribunale dei minori. Quando abbiamo elaborato tutto questo, è emerso che la necessità di garantire la *privacy* aveva portato a scambi molto più brevi da parte della madre e della figlia. Quello che era stato comunicato nella prima intervista riportava una sorta di condensazione. Le frasi e i brevissimi scambi di emozioni e di affetti avevano portato la persona e quelli dell'*équipe* con cui si era confrontata a sovra-interpretare una situazione che era certamente difficile, ma che rimaneva elaborabile con entrambe. Nel contesto di altre supervisioni, abbiamo potuto osservare le stesse difficoltà e gli stessi

problemi a tal punto che i membri dell'*équipe* che presentavano volentieri le situazioni esitavano, perché si sentivano sopraffatti, e persino un po' in colpa o vergognosi, dal trovarsi così intensamente coinvolti senza poterne fare nulla.

Durante il secondo *lockdown* la struttura non ha chiuso, ma le riunioni di *équipe* sono state sospese perché la sala riunioni non era conforme alle norme sanitarie. Avevamo quindi concordato di fare una riunione in cui tutti sarebbero stati nel proprio studio davanti al *computer* e che avremmo interagito in V.O.I.P. All'ultimo momento l'*équipe* ha scoperto che questo non era possibile, perché non tutti avevano i *computer* a disposizione. Si trasferirono in una stanza più grande, ma non riuscimmo a stabilire un collegamento adeguato, poiché il *computer* che permetteva loro di condividere uno schermo comune era troppo vecchio. Abbiamo scambiato ben poco in seguito su questa situazione, con il pretesto delle urgenze che volevano affrontare; ma sulla base delle urgenze presentate non era difficile sentire il timore che avevano di dover interagire collettivamente sui colloqui che avevano avuto in rete con i pazienti. La supervisione precedente non aveva potuto aver luogo a causa della fretta con cui avevano agito. Questa fretta era in tutto e per tutto la stessa che tutti avevano sperimentato nell'ascolto dei pazienti attraverso le reti, dove, come nell'esempio precedente, erano stati costantemente confrontati con il problema se fossero troppo lontani o troppo vicini ai pazienti che stavano ascoltando. L'intensità della minaccia di morte non era estranea a queste esperienze, soprattutto per coloro che non avevano molta familiarità con l'uso delle reti e che si trovavano di fronte a un disturbo dei legami dei codici e dei segni discreti creati dagli scambi sulle reti.

Non riprenderò lo studio dei legami nelle reti pubblicato in un recente articolo [Duez, *Funzione Gamma*, 44], tuttavia vorrei sottolineare quanto le persone che si sono trovate costrette a lavorare *online* durante questa crisi si siano trovate di fronte a un profondo disturbo dei legami intimi e di quella che ho chiamato autoctonia soggettale. È un sentimento di appartenenza di un soggetto al suo scenario psichico, al suo ambiente psichico immediato, familiare, culturale e sociale. Egli non si sente esiliato da tale scenario originale e attuale. L'autoctonia soggettale è un'esperienza e un'appercezione legata al lavoro dell'originario; fa sì che, nonostante le variazioni che interferiscono nello scenario del soggetto a causa dell'ambiente e/o della sua evoluzione personale, egli resta capace di ridistribuire le identificazioni di appartenenza, le alleanze inconsce, le demarcazioni originarie nelle relazioni con l'Altro dell'altro e più di un altro senza sentirsi in esilio da sé stesso. Si tratta delle grandi riorganizzazioni ontologiche, la nascita, la prima infanzia, l'adolescenza, l'ingresso nella vecchiaia, che si traducono in mutazioni dei legami di scenalità soggettiva e soggettale da parte del soggetto, ma anche e forse soprattutto dell'ambiente familiare e sociale che modifica le sue aspettative e richieste nei confronti del soggetto, in funzione di questi segni di mutazione che percepisce. Il soggetto correrebbe, diversamente, il rischio di sentirsi esiliato dalla sua scenalità soggettiva (questo è un problema importante per i soggetti *borderline* e le manifestazioni *borderline* durante i periodi di crisi ontologica ma anche sociale e culturale come quella causata dalla pandemia) Anche le catastrofi economiche

e sociali possono costringere il soggetto a una redistribuzione simbolica nei legami con i partecipanti di questo scenario soggettivo. Se la demarcazione è impossibile, allora interviene la rottura: l'esilio è una soluzione che mette in azione il movimento di esilio psichico menzionato dai pazienti vittime di torture o minacce per sopravvivere psichicamente.

Le reti sociali, la molteplicità, e la diffrazione dei legami-mantenuti con degli *avatar* mettono i soggetti nella situazione di potersi esiliare da sé, pur rimanendo nel loro scenario soggettivo. Questa è una delle ragioni principali del successo delle *reti* tra gli adolescenti che usano la *rete* come supporto o supporto condiviso per la redistribuzione del loro scenario soggettivo e soggettale senza per questo sentirsi in un esilio identitario. Questa molteplicità mette in scena il vissuto di rinnovamento delle identità di appartenenza originaria. La conquista della propria autoctonia soggettale passa attraverso l'illusione dell'*avatar* così come il riconoscimento di sé per il bambino allo specchio passa attraverso l'immagine dell'altro o di un oggetto familiare nella misura in cui sappia rinunciare a una stretta identità di percezione di proprietà tra l'altro e il riflesso dell'altro – perdita di volume, perdita del calore del contatto...ma l'altro incontrato nelle reti compare come *avatar* di un soggetto sconosciuto. La rete mette l'adolescente di fronte alla cancellazione dell'individuo nella posizione effimera e strutturale di costituirsi come soggetto iscritto in un Simbolico, una “rete simbolica” sufficientemente condivisa con e da altri soggetti. Questa situazione è stata molto importante durante i primi contatti con i pazienti attraverso il supporto della rete. I pazienti così come i terapeuti, privati dei consueti segni della presenza dell'altro, tendevano a sovra-determinare i segni che testimoniavano il loro impegno soggettivo nel legame. L'intensità dell'affetto suscitato ha provocato rappresentazioni di situazioni particolarmente inquietanti. Questa inquietudine si è poi rivelata essere legata a due fattori:

- 1) la perturbazione delle condizioni del giudizio di attribuzione legato alle reti fra ciò che mi appartiene propriamente, in senso stretto, e ciò che appartiene all'*avatar* percepito nelle reti.
- 2) nella figurazione dell'*avatar* percepito sullo schermo, che cosa effettivamente appartiene all'altra persona con cui sono in contatto e cosa proviene dalla dissimulazione.

Questa inquietudine, che richiama la dinamica attribuzione-appartenenza, ha costretto i pazienti a rivelare il loro disturbo molto più intensamente per essere certi che il loro disturbo sarebbe stato ascoltato. Questo era presente nella giovane donna che temeva sempre che la madre facesse intrusione, perché sentiva che ciò che diceva la sovertona in presenza dell'interlocutore presente sulla rete. Questa sovversione si presentava ugualmente diffratta nello spazio privato della terapeuta. Lei stessa si sentiva in pericolo di sovvertire il suo spazio privato con i *quanta* di affetti con cui si trovava confrontata. Questa doppia sovversione degli spazi privati ha costruito nell'immaginario la scena fantasmatica di un legame incestuale o incestuoso tra la madre e la figlia.

L'inconsistenza dell'*avatar* virtuale porta regolarmente sulle reti ad esposizioni intime di sentimenti, pensieri e talvolta corpi che si suppone diano consistenza e resistenza all'*avatar* del soggetto, perché il soggetto teme sempre di essere tradito da un *avatar* dotato di virtualità, ma di un'attualità insufficiente a dare sufficiente intensità a ciò che vorrebbe comunicare a quell'altro *avatar* che è l'interlocutore. Questa dimensione si è particolarmente rafforzata durante la pandemia nella misura in cui la minaccia di morte portava i partecipanti a sovra-investire tutti i legami derivanti dalla pulsione di vita per combattere contro la siderazione legata alla tendenza del soggetto ad assentarsi, a esiliarsi in presenza di questo stato di minaccia di morte insieme virtuale e attuale.

Questo (sovra)investimento intenso del legame e del processo che abbiamo incontrato nello psicodramma psicoanalitico di gruppo durante il tempo del *lockdown* quando persisteva la minaccia di morte, esiste in maniera costante nelle reti per l'insufficienza di attualità dell'*avatar*. D'altra parte, nelle supervisioni e nelle relazioni terapeutiche iniziate in presenza prima della pandemia e che abbiamo continuato in rete abbiamo osservato, come nell'esempio dello psicodramma, la costruzione di un *meta-setting* provvisorio che veniva elaborato a partire da scambi espliciti, raddoppiati o non da allusioni cosce o inconscie che infiltravano le libere associazioni. Se confrontiamo queste diverse situazioni, potremmo dire che pazienti e terapeuti, sorpresi allo stesso tempo da una minaccia condivisa, hanno costruito un *setting* intermedio che avesse la funzione di *meta-setting* intermedio, mezzo-dispositivo, *mezzo-meta-setting* che si facesse carico del fallimento parziale del *meta-setting* abituale. L'identificazione condivisa in umanità diventa in questo caso anche una minaccia, perché rinvia in parte alla nostra mortalità. Ci siamo librati in una vera critica della ragion pura pratica fondata sul piano dell'esperienza, per parafrasare Kant.

La continuazione del lavoro nel “fuori-*setting*” delle reti è stata spesso vissuta come la capacità dello psicoanalista di testimoniare la capacità di continuare ad occuparsi del suo paziente, da qui la dimensione insolita della situazione. Durante i periodi di intenso contagio, la nuova concettualizzazione chiamata in causa tra paziente e terapeuta poteva essere associata a una nuova concettualizzazione dell'imperativo di “assistere una persona in pericolo”. È così che l'identificazione nell'umanità è riemersa proprio come era riemerso nel contratto implicito tra i membri anziani durante lo psicodramma quando avevano disposto le sedie in modo tale da rispettare (in larga misura) le regole sanitarie, anche se questo implicava il modificare la disposizione abituale della stanza.

Nei trattamenti questo a volte ha portato a discussioni con alcuni pazienti durante il periodo di incertezza appena prima del primo *lockdown*. Cosa significava indossare o meno una mascherina in presenza dei pazienti? In questo caso particolare, qualunque fosse la scelta, lo psicoanalista esponeva chiaramente una scelta singolare che metteva in opera di fronte al paziente la sua “disposizione psicoanalitica interna” (Duez, 2014) verso il paziente. Nel complesso, questo ha potuto essere elaborato in una dinamica di intenso impegno personale da entrambe le parti.

Il problema più critico si è posto nelle consultazioni del gran numero di pazienti con i quali si è dovuto lavorare solo per telefono o in rete. La costante minaccia di morte

indeboliva il sostegno corporeo, e la difficoltà delle famiglie a vivere costantemente insieme ha prodotto condensazioni di affetti tali da far diventare le situazioni rapidamente critiche. Molti terapeuti si sono trovati di fronte a vissuti e esperienze di indecidibilità e quindi di impotenza in quelle situazioni in cui l'appoggio sulla presenza e l'attualità del terapeuta apre una scena nella quale i destini pulsionali trovano un destino e un supporto rappresentazionale. Tra l'intensa condensazione degli affetti nello spazio ristretto della famiglia o delle istituzioni e l'impossibilità di una sufficiente diffrazione dei moti pulsionali legati al processo di *transfert* tipico su terapeuti virtuali insufficientemente attuali, abbiamo potuto osservare nelle istituzioni e nelle famiglie una violenza degli scambi che non mancava di ricordare quella che troviamo nelle reti tra gli adolescenti in particolare, ma non esclusivamente. Poiché la minaccia di morte minacciava la consistenza corporea di ogni soggetto, si è prodotta nelle famiglie la stessa costrizione a intensificare i legami come si verificava nelle reti a causa della virtualità degli interlocutori. Se un interlocutore virtuale non si manifesta in modo sufficientemente "eccessivo" nelle reti, introducendo un legame secondo il modo dell'oscenità [il termine utilizzato e il tema connesso sono stati più volte trattati dall'Autore NdT], può trovarsi dequalificato.

Ricordiamo che l'oscenità si costruisce quando l'altro, oggetto psichico e oggetto pulsionale, non è in grado di fornire una gravitazione ai destini pulsionali che il soggetto angosciato diffrange nel suo ambiente, nel suo scenario psichico. Si verifica allora un'inversione per cui il soggetto tratta lo scenario psichico al quale accede come oggetto proprio, e qualsiasi elemento di questo scenario viene allora trattato secondo le sue capacità di sostenere i carichi pulsionali del soggetto angosciato. La conseguenza è che, in un certo modo, ogni oggetto potenziale deve sostenere la prova della transizionalità "trovare-distruggere-creare" per espellere o annientare "i resti dell'altro nell'oggetto" che non resistono a queste cariche pulsionali. Siamo nei legami di distruttività e di annientamento dell'altro come un potenziale intruso che viene a minacciare lo scenario soggettivo del soggetto.

Ci troviamo spesso di fronte a questi eccessi nelle reti. Ogni partecipante a una rete è potenzialmente in pericolo di diventare uno *zombie* che a sua volta suggerisce la vicinanza della morte.

*Da notare:* Lo zombie, i morti viventi, nei giochi tra adolescenti in Internet hanno avuto a lungo un ruolo di autorappresentazione tra la "morte del bambino" e lo status di "non adulto", traducendo così tutta l'ambiguità condivisa da certi adolescenti tra una forma di onnipotenza degli zombie, la loro vicinanza alla morte, e la sfida di superarla: e paradossalmente le preoccupazioni e la gioia suscitate dal superamento dell'età adulta.

L'epoca che viviamo con la minaccia costante che l'altro sia portatore della minaccia di morte ci ha mostrato nella nostra vita quotidiana che il nostro stare insieme si basa su rinunce e rinunciazioni pulsionali che devono essere rielaborate quando una minaccia indecidibile evoca la fantasia che per sopravvivere in qualche modo dovremo collettivamente auto-generarci. Siamo nella fantasia che intesse il lavoro dell'originario. Le pandemie, le catastrofi economiche, geografiche e politiche

convocano quest'opera di auto-generazione in presenza dell'altro e l'appello a un riconoscimento in umanità condivisa sulla base della proibizione dell'omicidio dell'essere umano a noi prossimo. Queste rinnovate rinunce e rinunzierie soggettive hanno anche un lato oscuro. Quando l'esperienza della minaccia e la potenzialità traumatica sono condivise il vicino che non sia sufficientemente simile non è mai lontano dall'essere considerato un intruso e, alla fine, come uno capro espiatorio.

Questi movimenti attraversano e continueranno ad attraversare regolarmente le reti sociali fino a quando i soggetti sopraffatti dalle nuove potenzialità dei legami non saranno stati in grado di localizzarsi sufficientemente in una relazione con il significativo digitale che incontriamo e che ci interroga nelle reti sociali. Le reti digitali e la minaccia letale che stiamo vivendo durante la pandemia ci mettono di fronte a questo problema costante degli stati di crisi radicali, cioè il ricorso alla fantasia (originaria) (Aulagnier, 1975) dell'autogenerazione in presenza di almeno un altro e solitamente alcuni altri. Il prototipo è il bambino che gioca da solo in presenza di almeno un altro. Gioca, perché è presente e vivo nel pensiero dell'altro nella scenalità che l'altro gli offre. Questa autogenerazione del bambino attraverso il gioco in presenza dell'altro, appartiene alla scenalità originaria che fonda una sufficiente appartenenza del soggetto a sé stesso e all'altro.

La costante potenzialità letale del legame con l'altro ha indotto un'altra modalità di essere all'altro. L'autogenerazione in presenza dell'altro si sposta all'autogenerazione a spese dell'altro, che si trova nei soggetti precocemente deficitari e nei soggetti in stato di illimitatezza, perché durante la pandemia la minaccia costante che l'altro può costituire, anche a sua insaputa, ha convocato una forma inconscia di relazione all'altro come intruso minaccioso. Le manifestazioni a cui stiamo assistendo contro le misure sanitarie fanno parte di questo comportamento. La relazione con l'altro si crea su uno sfondo di sfida alla morte. La morte rischia di regolare ciò che i garanti metasociali (Kaës, 2012) non sembrano più in grado di assicurare.

La costante potenzialità letale del legame con l'altro ha indotto un'altra modalità di essere all'altro. L'autogenerazione in presenza dell'altro si sposta all'autogenerazione a spese dell'altro, che si trova nei soggetti precocemente deficitari e nei soggetti in stato di illimitatezza, perché durante la pandemia la minaccia costante che l'altro può costituire, anche a sua insaputa, ha convocato una forma inconscia di relazione all'altro come intruso minaccioso. Le manifestazioni a cui stiamo assistendo contro le misure sanitarie fanno parte di questo comportamento. La relazione con l'altro si crea su uno sfondo di sfida alla morte. La morte rischia di regolare ciò che i garanti metasociali (Kaës, 2012) non sembrano più in grado di assicurare. La pandemia, minacciando la nostra corporeità umana e la nostra finitudine mortale, ci ha costretto a nuove rinunce per sopravvivere individualmente e collettivamente. Nelle reti siamo confrontati con i nostri stessi limiti, perché le macchine, potenziando le nostre possibilità di comunicazione esponenzialmente, ci confrontano anche con la sovversione del nostro scenario psichico abituale e delle nostre abitudini collettive. Ci mettono in difficoltà di fronte alla diffrazione dei nostri moti pulsionali e dei nostri moti di desiderio a causa

della potenza e dell'estensione di questi nuovi mezzi. Finché non ci approprieremo di questi mezzi in nuove abitudini e nuovi *habitus* e costumi collettivi, questo pericolo persisterà.

## Per concludere

I vari esperimenti su cui ci siamo basati ci permettono di fare progressi nella comprensione della natura e delle modalità dei processi che si rivelano persistenti. In sostanza, quando i meta-*setting* e i dispositivi stessi sono messi in discussione nel contesto di un approccio psicoanalitico preesistente, osserviamo come il supporto discreto del meta-*setting* e del dispositivo vada a far parte dell'attualità del lavoro. Questo costringe i *partner* ad esporre e ad esporsi in un lavoro cooperativo di demarcazione tra ciò che può essere conservato e ciò che muterà. Tutto ciò non avviene senza che il paziente si trovi confrontato con il modo in cui lo psicoanalista lo invita nella sua intima disposizione psicoanalitica. Questa esperienza è stata spesso fonte di progressi abbastanza decisivi nel lavoro psicoanalitico. La costruzione collaborativa dei nuovi dispositivi con i pazienti ci ha ricordato quanto le grandi rinunce fondanti attualizzate nel dispositivo dal principio organizzatore dell'astinenza rivelino il loro legame con una necessaria e sufficiente identificazione con l'altro come prossimo (*NebenMensch*) appartenente a un mondo umano condiviso (umanità). Lo stesso valeva per le disposizioni rese necessarie durante il lavoro tra i periodi di stretta reclusione. Abbiamo visto che questo valeva anche per le disposizioni che si rendevano necessarie durante il lavoro nei periodi di clausura stretta.

Quando il legame non preesisteva e i terapeuti sono stati costretti a fare i primi colloqui attraverso le reti, abbiamo potuto osservare due situazioni. La prima è quella in cui il terapeuta (o i terapeuti) hanno sufficiente familiarità e abitudine con il lavoro in rete, conducono sedute e a volte anche gruppi in rete. Il lavoro poteva iniziare e la convinzione del terapeuta, la sua capacità di essere presente nella scena virtuale hanno permesso che questi trattamenti si svolgessero in una dinamica vicina a quella abituale, con quello che la situazione sanitaria poteva portare di perturbazioni inevitabili. L'associazione argentina Babelpsi, per esempio, utilizza questo mezzo da molto tempo per le sedute multifamiliari.

Se il terapeuta non era sufficientemente abituato agli effetti della virtualità della presenza dell'interlocutore, invece, ci siamo trovati spesso di fronte a sovra-determinazioni della posta psichica mobilizzata che assumevano una dimensione particolarmente inquietante. Come nella situazione descritta sopra.

Questo ci porta a pensare che dobbiamo tener conto in particolare che non siamo in "attenzione liberamente fluttuante" allo stesso modo in tutti i dispositivi, e nemmeno nella stessa neutralità. L'interesse di queste varianze e covarianze tra i diversi dispositivi è stato, per un certo numero di noi, di percepire con maggiore acutezza come, secondo i pazienti, ci eravamo sistemati in una diversa disposizione



psicoanalitica interna. Questa variazione è una testimonianza della nostra disposizione diretta inconsciamente verso il paziente, al di là della differenza necessaria e sufficiente che crea lo scarto favorevole alla manifestazione dei processi di *transfert*: ad accogliere il riconoscimento della sua singolarità soggettiva in una identificazione condivisa con l'umanità necessaria e sufficiente per l'impegno di qualsiasi lavoro psicoanalitico.

## **Bibliografia**

Aulagnier P. *La violence de l'interprétation*, Paris, P.U.F. . Tr.it. *La violenza dell'interpretazione*. Borla, 1975.

Bion W.R., (1961), *Recherches sur les petits groupes*, Paris, P.U.F., 1965. Tr.it. *Esperienze nei gruppi*. Armando, Roma, 1971.

Bleger J. (1966), *La psychanalyse du cadre psychanalytique* in Kaës R. Et al. *Crise rupture et dépassement*, tr. fr., Paris, Dunod, 1979, 253-274.

Bleger J. (1967), *Symbiosis y ambigüidad*, Buenos Aires, Editorial Paidós, tr.fr. 1981, *Symbiose et ambigüité*, Paris, P.U.F. Tr.it. *Simbiosi e ambigüità*. Loreto, Libreria Editrice Lauretana.

Duez B. (1999), *Romanzo migratorio e originario traumatico*, *Quaderni di psicoterapia infantile*, 40, pp 57-81.

Duez B. (2000), *De l'obscénalité du transfert au complexe de l'Autre*, in J.B. Chapelier et al. *Le lien groupal l'adolescence*, Paris, Dunod, p. 59-112. Tr. It. dall'oscenità del transfert al complesso dell'altro in Chapelier J.B. *Il legame grupale nell'adolescenza*, Roma, 2002, p.I 80-134.

Duez B. 2014, *Variances et invariances des dispositions psychanalytiques intérieures en fonction des dispositifs individuels et groupaux et des mutations sociétales*, *Revue Française de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe*, 62, p. 83-98.

Duez B.,2020, *Edipo di gruppo e scena primaria nell'epoca della rete*, *Funzione Gamma*

Freud S. 1900. *L'interprétation des rêves*, tr.fr., Paris, P.U.F., 1970. *L'interpretazione dei sogni*. OSF.3.

Freud S. (1990), *Identification et groupe d'appartenance*, *Connexion*, 55,45-56.

Kaës R. 1976, *L'appareil psychique groupal*, Paris, Dunod. Tr.it. *Le teorie psicoanalitiche del gruppo*. Borla, Roma 1999.

Kaës R. 2009, *Les alliances inconscientes*, Paris, Dunod.

Rouchy J.C., (1990), *Identification et groupe d'appartenance*, *Connexion*, 55,45-56.

Traduzione del testo francese a cura dell'Autore e di Stefania Marinelli. Il lavoro originale (in francese) è disponibile [qui](#).

**PARTE SECONDA: LA QUESTIONE ONLINE. PROBLEMI E OPPORTUNITÀ**  
a cura di *Pietro Roberto Goisis* e *Silvio A. Merciai*

## La preistoria, un'esperienza clinica e l'*Online Therapy Study Group*

[Silvio A. Merciai](#) e [Pietro Roberto Goisis](#)

### Abstract

Le primissime esperienze, a cavallo della fine del secolo scorso, quando online voleva dire solo “testuale”: la nascita di un interesse, il desiderio di approfondirlo, la fantasia che fosse solo l’inizio di una lunga storia...

### Parole chiave

Psicoterapia online; email; chat setting

### La preistoria [*Silvio A. Merciai*]

Negli anni '80 frequentavo a Milano la scuola di psicoterapia di un noto centro studi. In quel momento il supervisore dell'istituzione (che era l'ispiratore della teoria trasmessa ed insegnata) era anche il presidente dell'I.P.A., e viveva ed operava in un Paese lontano: era quindi costoso e difficile raggiungerlo direttamente. Per questo, le supervisioni sui casi clinici venivano svolte per telefono: no, non Zoom o Skype (oggetti assolutamente sconosciuti) e neppure il telefono cellulare (gli *smartphone* non esistevano ancora), ma proprio quel vecchio “dispositivo” (un termine che allora non si usava) nerastro, con un disco rotante per comporre i numeri, che i più giovani dei nostri lettori ricorderanno di aver visto a casa dei nonni (o dei genitori, i meno giovani). Funzionava: erano tutti molto contenti di quell'esperienza, che veniva attesa con grande interesse e partecipata con intensa attenzione. Del resto, mi si diceva, di esperienze di *self-help* (il vero precursore della terapia a distanza) e poi di *counseling* via telefono, e addirittura di *telephone analysis*, si parlava fin dagli anni '50 (la prima *hotline* – un servizio di *counseling* per la prevenzione del suicidio – era stata istituita nel 1959 a Boston da padre Kenneth B. Murphy, un prete cattolico), in particolare negli USA: un Paese non solo meno gravato da tradizioni e conformismi rigidi, ma anche da sempre alle prese con il problema delle grandi distanze, e dove quindi rendere capillare la possibilità di intervento non poteva che passare dall'utilizzo di sistemi a distanza (era, non a caso, il Paese dove anche la spesa, già in quegli anni, si faceva a distanza, su cataloghi, ovviamente, ancora cartacei...).

Funzionava, certo, ed era praticata abitualmente, ma ad una condizione: non se ne doveva parlare – mi si faceva capire – perché la cosa odorava di eresia rivoluzionaria rispetto alle istituzioni formalmente deputate a preservare l'insegnamento freudiano: dopo tutto, la teoria ufficiale sosteneva che la presenza diretta – di persona, diremmo oggi – di supervisore e supervisionato in uno stesso studio costituisse la condizione necessaria a che un processo di supervisione efficace e corretto potesse dispiegarsi.

Erano gli anni della mia prima formazione psicodinamica, per l'appunto, ed anch'io ero alquanto perplesso di questa modalità che cozzava frontalmente con tutti i rigidi dettami di teoria della tecnica allora vigenti: qualche anno dopo, iniziato il *training* della S. P. I., mi avrebbero caldamente raccomandato – per esempio – di intrattenermi al telefono (nel corso del primo contatto: in seguito la cosa era praticamente vietata!) il meno possibile, data l'evidente impossibilità, in quella modalità a distanza, di rendermi conto delle sottili dinamiche che si sarebbero messe in moto e che poi avrebbero pesantemente condizionato tutto il successivo svolgimento del possibile trattamento...

Ripenso ai miei entusiasmi di allora, e recupero il mio interesse appassionato alla nascente rivoluzione informatica: i primi computer, la scoperta della possibilità di programmare lo strumento e creare applicativi personalizzati, poi le prime forme di comunicazione da computer a computer (i BBS, l'antefatto di Internet) e quindi la meraviglia di Internet e delle sue prime possibilità di comunicazione; ne scrivevo con entusiasmo ogni due-tre settimane nella mia colonna su un quotidiano della mia città, cercando di trasmettere ai lettori l'idea che Internet avrebbe cambiato radicalmente il nostro modo di apprendere, di relazionarci, di acquistare o vendere, etc.

Mi sembrava ovvio che tutto questo avrebbe influenzato anche il nostro mondo di psicoterapeuti e psicoanalisti (in realtà, a dire il vero, sembrava la cosa non interessasse che pochi coraggiosi o audaci o anti-sistema, per lo meno qui da noi): fu così che, organizzando con Parthenope Bion, la *Centennial Conference* in onore di Wilfred R. Bion a Torino (1997), richiedemmo che tutti gli Autori presentassero con anticipo una versione preliminare del loro contributo, da pubblicare su un [sito](#) specificamente dedicato al convegno, e demmo a tutti gli interessati la possibilità di discutere quei lavori in una *mailing list* dedicata (la *Bion97 mailing list*): una procedura oggi alquanto scontata, ma allora decisamente innovativa!

Non solo, ma proposi anche (e convinsi Parthenope, che accettò) di inserire nel programma della *conference* una giornata di lavoro su "Internet e Psicoanalisi". Mi giustificai dicendomi che l'insegnamento bioniano alla libertà del pensiero poteva forse autorizzare quella giustapposizione un po' ardita tra lo studio delle sue opere e la novità di Internet (forse, insomma, anche alla "catastrofe" di Internet bisognava accostarsi "senza memoria e senza desiderio"! ). Una studiosa statunitense ([Harriet W. Meek](#)), amante del pensiero bioniano e certo più di me a contatto con la novità, mi aiutò nella stesura del palinsesto della giornata: alla fine parteciparono una cinquantina di colleghi, quasi tutti stranieri (tre italiani, in tutto, se ben ricordo), furono presentati dei lavori e proiettato un servizio televisivo girato dalla *MSNBC-TV* (*Cyber-Shrink*) che proponeva la psicoterapia in rete (intervistando i protagonisti di quelle esperienze) e fu realizzata un'esperienza di chat in collegamento con colleghi attivi in Gran Bretagna ed in Germania.

Fu per me un'esperienza di grande intensità e di grande trepidazione (per qualche mese mi ci ero preparato collegandomi in *NetMeeting* ad ore assurde della notte, per via della differenza di fuso orario, con Marlene Maheu a San Diego [ne faccio cenno nella

[conversazione con la dr.ssa Maheu](#)], e con altri celebri colleghi statunitensi): per alcuni tra i partecipanti, credo, un insieme di stimoli un po' sconcertante (l'*audience* era di provenienza psicoanalitica, ovviamente); per molti una stranezza un po' bizzarra da dimenticare. Del resto, erano gli anni in cui ancora si guardava con grande sufficienza e molta diffidenza al cibernazio e, per esempio, molto si discuteva se, su Internet, potessero davvero essere vissute relazioni interpersonali significative (visto che erano solo "virtuali"!) o trasmessi affetti e percepite emozioni (e lo negavano in particolare i molti, moltissimi, che su Internet, di fatto, non c'erano mai stati o, al massimo, ne erano stati frettolosi e superficiali passanti).

Riflettendo su tutti questi temi, pubblicai l'anno successivo un breve articolo sulla rivista *Psiche*, organica alla Società Psicoanalitica Italiana, non senza discussioni – rammento – e qualche incomprensione e richiesta di "necessarie" correzioni da parte degli editori della rivista (Merciai, 1998), cercando di mettere in luce le possibilità che il nuovo strumento di interconnessione metteva a disposizione per la formazione, la supervisione e per lo svolgersi stesso – potenzialmente – del lavoro psicoterapeutico (pubblicai poi quasi subito la versione originale del lavoro sul mio [sito](#)). L'articolo suscitò la curiosità di qualche giornalista, fui contattato ed intervistato, ma la faccenda si chiuse lì – non senza qualche disappunto e delusione...

Di terapia online scrisse, tra i primi, con la consueta lucidità, Paolo Migone, che nel 1999 pubblicò uno scritto sull'argomento (Migone, 1999 – si veda anche [Migone](#), in questo stesso numero) sostenendo che il problema non poteva porsi discutendo se fosse possibile o no operare a distanza (con lo strumento del telefono o dell'e-mail) all'interno di un *setting* psicoterapeutico: la psicoanalisi o la psicoterapia non potevano essere definiti dalle caratteristiche esterne del *setting*. Tutto il dibattito e tutta la storia della psicoterapia online nascono proprio dalla rigidità di questo assunto – che ciò che contraddistingue e caratterizza la possibilità dell'elaborazione analitica sia condizionato anche, ed in maniera stringente, da un *setting* esterno, dal *layout* della condizione di incontro. Migone fu letto e ascoltato con il rispetto che si doveva ad un professionista molto stimato per la sua preparazione e per la sua libertà di pensiero, ma sostanzialmente le sue tesi non ebbero gran seguito.

Quello che mi pareva sempre più evidente era che il silenzio in Italia fosse essenzialmente un ritardo, imputabile, sì, alla lentezza con cui andava diffondendosi da noi la novità di Internet ma anche (e forse principalmente) ad una certa sclerotizzazione delle istituzioni, preoccupate dal dover mantenere la propria specificità psicoanalitica di fronte alla marea montante dei nuovi laureati in psicologia ed alla loro "pretesa" di aver parte nel mondo della psicoterapia. Nel resto del mondo – ed in particolare negli Stati Uniti – la psicoterapia online e, più in generale, l'opportunità di mettere a frutto le nuove risorse telematiche nell'ambito del mondo della psichiatria e della psicologia, erano all'ordine del giorno del dibattito scientifico: elaborazioni teoriche ed esperienze pratiche venivano comunicate ripetutamente in letteratura (Howard Rheingold, Pierre Levy, Sherry Turkle, John Suler, Norman Holland, Robert Maxwell Young, Azy Barak, John Grohol, Marlene Maheu ed altri: i

maestri della mia formazione di quegli anni – ne parlo [altrove](#), in questo stesso numero). Forse la strada era giusta, insomma, forse si poteva (si doveva, direi *a posteriori*) cercare di colmare il ritardo ascoltando quelle voci...

Fu così che, nel volgere di pochissimi anni, la terapia online divenne una realtà nella pratica clinica, non solo negli Stati Uniti, ma anche in alcuni Paesi europei e, in piccola parte, anche in Italia, ma sempre assolutamente al di fuori delle istituzioni ufficiali; non solo come oggetto di astratte discussioni nell'accademia (pochissime, per la verità), ma anche come esperienza diretta di alcuni (molti?) di noi: e come esperienza ufficialmente discussa e presentata da pochissimi di noi, secondo il vezzo di ipocrisia culturale che continuava a contraddistinguere la peraltro indubbia creatività del nostro pensiero...

Occorreva che qualcuno si trovasse nella necessità di fare un'esperienza di terapia a distanza e trovasse il coraggio di parlarne nelle sedi più ufficiali...

### **Il caso clinico di Paula, ma non solo... [Pietro Roberto Goisis]**

E qui entro in campo io, Roberto. Prendo il testimone da Silvio e inizio proprio da quel vecchio telefono nero con il disco rotante. Non è un problema di hardware, non mi è ostile lo strumento, ma tranne un breve passaggio adolescenziale – con la totale disperazione dei miei familiari che non trovavano mai la linea libera – non ho mai avuto una grande confidenza e passione per le conversazioni telefoniche. Ho sempre preferito quelle dal vivo e in presenza, giorno o notte che fosse. Ciò nonostante, fresco candidato, alle prese con il secondo caso di controllo, mi trovai nel lontano 1989, a decidere come proseguire l'analisi con una paziente alle prese con una gravidanza a rischio, che abitava lontano e non poteva affrontare gli spostamenti in automobile. Però, a maggior ragione, voleva continuare la terapia, sia per bisogno, sia per l'obbligo economico come da contratto (purtroppo succedeva anche questo in quegli anni...). Dopo una breve, ma intensa riflessione decidemmo, in attesa del termine gestazionale, di effettuare le sedute al telefono. Nonostante le mie perplessità e difficoltà fu una esperienza proficua. Dopo qualche mese riprendemmo il *setting* abituale e maggiormente confidente per me. Il mio supervisore era un austero e pacioso esponente della psicoanalisi francofona. Accettò la mia scelta senza grandi commenti, anche se ora non ricordo di aver fatto cenno o meno dell'evento nel lavoro per l'associatura. Acqua passata.

Dopo qualche anno, nel 1996, come molte persone curiose, mi trovai a fare le prime esperienze con Internet e le conseguenti mail. Ricordo uno scambio intenso con una giornalista di un'altra regione lontana a proposito di una vicenda di cronaca. La mia intenzione era quella di commentare un episodio che riguardava gli adolescenti, magari di farne un articolo sui giornali. Lo scambio assunse rapidamente e inaspettatamente un tono troppo intenso, addirittura intimo, che non aveva più nulla a che fare con l'intento originario. Dopo poco preferii interromperlo. La vicenda di cronaca non

interessava più. Me ne rendo conto pienamente solo ora che la conversazione era diventata una relazione con implicazioni emotive, non dico amorose, ma affettive senz'altro. Chi l'avrebbe mai detto?

Queste brevi premesse giusto per collocare l'evento-svolta avvenuto nel 1999, quando al terzo anno di una impegnativa analisi con una giovane donna straniera, a causa di una improvvisa malattia organica, la paziente fu costretta a rimanere nel suo paese di origine per le cure mediche. Ricordo benissimo la telefonata nella quale mi comunicava il problema, l'impossibilità a tornare, il dispiacere per l'interruzione del nostro lavoro

*... un breve silenzio di ambedue ... poi la sua domanda: "Ma non possiamo mantenerci in contatto?". Le dico: "Sì". "Lei ha una e-mail?". "Sì". "Posso scriverle?". "Sì".*

Trovammo un accordo, stabilimmo delle regole, le sistemammo al meglio possibile, le modificammo un poco. Iniziò così un'esperienza totalmente nuova, ricca, sorprendente. Durò quasi sette mesi, dal 1° ottobre al 15 maggio, fino al termine delle cure mediche e al ritorno di Paula in Italia. Poi riprendemmo regolarmente la nostra analisi con sedute trisettimanali. Ero consapevole di aver vissuto qualcosa di speciale e sicuramente innovativo. Ancora non sapevo fosse così anticipatore di un futuro abbastanza prossimo e diffuso. Feci delle riflessioni, cercai di sistematizzarle, ero al contempo eccitato e curioso rispetto a quanto avevo vissuto con la mia paziente. Cercavo di capire cosa fosse successo, quali dinamiche si fossero messe in moto, quali differenze e analogie si fossero attivate rispetto al mio stile abituale di lavoro analitico. Così, nel 2000, nel presentare la domanda per la qualifica di Membro Ordinario della S.P.I., portai il caso di Paula alla commissione di valutazione. "Lei sa usare bene il computer!" fu l'unico commento che ricevetti. Fortunatamente ero stato abbastanza previdente da affiancare a questo un altro caso, più tradizionale. Ricevetti la qualifica ambita.

Così concludevo la mia relazione sull'esperienza con Paula:

- *come dice Silvio Merciai (...) "c'è molto bisogno di psicoanalisti e di psicoanalisi per inquadrare ed evolvere le potenzialità di Internet. (...);*
- *si aprono domande su cosa sia davvero comunicare ed incontrarsi, tra esseri umani e dentro una stanza - reale? o virtuale? - di analisi.";*
- *è chiaro che non ritengo questa esperienza facilmente riproducibile, né standardizzabile. Peraltro, nessuna analisi può esserlo. Chi lo immagina la vede come normalizzabile e non coglie l'aspetto unico dell'esperienza soggettiva. Penso che la nostra sia stata una buona modalità per non interrompere il lavoro analitico in un momento così critico per la paziente (lontana dalla "sua" città, malata, in attesa di un intervento molto delicato, ecc.). Non si tratta neppure di stabilire se è una buona o una cattiva copia di un intervento psicoanalitico; credo che sia qualcosa d'altro, che si può tentare di definire;*
- *ci sono alcuni aspetti della tecnica psicoanalitica che possono essere salvaguardati e mantenuti anche con e-mail. La comunicazione può*



*essere molto libera; l'attenzione fluttuante è applicata alla lettura, invece che all'ascolto; le libere associazioni vengono mantenute e favorite; il setting può strutturarsi adeguatamente; il transfert viene analizzato; le interpretazioni sono possibili; l'attenzione all'inconscio è rispettata;*

- *ci sono certo anche degli elementi che vengono a mancare o possono creare problemi. Tutta la dimensione della comunicazione e dell'incontro non verbale, in primo luogo (i movimenti fisici, lo spazio, i silenzi, i sospiri, i respiri, il tono della voce, ecc.) a cui bisogna rinunciare; l'immediatezza di quanto accade e su cui si può intervenire subito; il tono più aspro e potenzialmente più critico del testo scritto può generare fraintendimenti ed errori nella comprensione; manca il corpo "fisico" sia del paziente, sia dell'analista; gli organi di senso; la stanza, anche come luogo e contenitore. Elementi importanti per chi non considera l'esperienza analitica come neutrale e l'analista come anonimo e a-personale;*
- *esistono però degli elementi quasi favorevoli certi aspetti della relazione. Penso alla dimensione della narrazione autobiografica; alla funzione terapeutica della scrittura, specie se orientata in senso autobiografico; alla possibilità di una costante attenzione alla stretta relazione tra le parole di uno e quelle dell'altro, all'interno della coppia analitica.*

Con Paula mi pare ci siano stati un po' tutti gli elementi sopra descritti. La comunicazione è stata piuttosto libera, forse anche in misura maggiore rispetto ad altri momenti; mi è sembrato davvero di continuare un lavoro analitico.

Tutto ciò venne poi attentamente analizzato alla ripresa delle sedute (in presenza, come si dice ora). Il più significativo e preciso commento fu proprio quello di Paula, espresso dopo qualche mese di mail: "Sì, l'analisi va bene anche così, non è l'ideale, ma va bene".

Un seme era stato gettato. Allora non immaginavamo che ne avremmo raccolto i frutti a distanza di tempo.

In quel momento avevamo bisogno di capire cosa stesse accadendo. Studiando.

## **Il gruppo di studio *Online Therapy Study Group***

Era la fine del 1999, quando ci incontrammo la prima volta, un po' sentendoci pionieri di una nuova strada, risolti a "studiare le condizioni teoriche e tecniche di fattibilità della psicoterapia in rete (*online psychotherapy*) in Italia", e cominciammo a pensare di costituire un gruppo di studio – ovviamente online (non ci incontrammo mai tutti insieme di persona), condotto mediante una mini-lista di utenti della posta elettronica nell'ambito delle attività proposte sulla rivista telematica [Psychomedia](#) diretta da Marco Longo; lo chiamammo *Online Therapy Study Group* (chissà perché un nome in anglo-americano per un insieme di operatori italiani: un'eco forse del celebre *Online Clinical Case Study Group of the International Society for Mental Health Online*,

inauguratosi proprio in quegli stessi anni...).

Ne fecero parte stabilmente – dal marzo del 2000 al luglio 2001 – alcuni autori che tornano a popolare con noi questo numero speciale ([Paolo Migone](#) e [Beatrice Cannella](#); e [Luca Pezzullo](#)), ma presero parte alla discussione in varia forma e con varia frequenza anche [Maria Ponsi](#), [Marcello Turno](#), [Marco Longo](#) e [Tonino Cantelmi](#).

Ci fu un dibattito, non molto dinamico, per la verità: eravamo anche noi agli inizi nella nostra possibilità di scambiare a distanza e certo lo strumento asincrono dell’email non favoriva la vivacità della discussione; forse contava anche il fatto che molti tra di noi non si erano mai incontrati prima di persona. Per chi di noi veniva dall’esperienza dei gruppi di formazione e di terapia “in presenza” fu un apprendimento utile, ma anche frustrante. Silvio ebbe a presentare un corposo contributo teorico e Roberto raccontò della sua esperienza con Paula: ma non si riuscì a condividere più di tanto l’elaborazione di questi contenuti...

Lavorammo così per un anno circa, pervenimmo ad una sorta di lavoro finale sul “vestito su misura” che la psicoterapia online poteva rappresentare per molti pazienti: solo in parte frutto di una stesura comune, ma certo figlio della riflessione che comunque il gruppo aveva suscitato (poi pubblicato da Silvio, come parte di un libro sulla psicoterapia online: Merciai, 2001). Quindi il gruppo si sciolse; ci fu per qualche anno una qualche eco alle nostre asserzioni e venimmo invitati a parlarne in qualche seminario o congresso. Nel 2001, per esempio, Marisa Zipoli della sezione lombarda della Società Italiana di Psicologia Clinica e Psicoterapia ci propose di tenere a Milano un seminario su "La psicoterapia online: tra teoria e pratica". Ricordiamo una bellissima giornata di ascolto e confronto, piena di curiosità e di riflessioni condivise. Le due relazioni e il dibattito sono reperibili tuttora sul [web](#).

Ma, pian piano, la cosa divenne carsica: il *setting* online veniva sicuramente praticato nelle rare occasioni di necessità del momento, ma non se ne parlava. E del resto negli anni immediatamente successivi non ci pare di ricordare nessuna ulteriore pubblicazione sulle riviste ufficiali della comunità psicoanalitica italiana o su quelle internazionali di maggior rilevanza.

Nonostante questo, pensavamo comunque di aver almeno contribuito ad indicare una direzione, un possibile oggetto di studio o riflessione. Non sapevamo, allora, che la terapia online sarebbe stata un giorno “scoperta” dai terapeuti italiani (ma non solo!) come una delle “novità” forzatamente introdotte dalla pandemia...

## **Bibliografia**

Merciai, S. A. (1998). Internet: una sfida. *Psiche*, I:161-166.

Merciai, S. A. (2001). Psicoterapia online: un vestito su misura. In: Cantelmi, T., Putti, S., Talli, M. (a cura di). *@psychotherapy*. Roma: Edizioni Universitarie Romane, pag. 113-186.

Migone, P. (1999a). La psicoterapia in rete: un setting terapeutico come un altro? Riflessioni da un punto di vista psicoanalitico. In: Bollorino, F., a cura di, *Psichiatria on-line. Strumenti di ricerca scientifica, comunità terapeutiche, interazione tra medico e paziente*. Milano: Apogeo, 1999, pag. 255-265.

# **La psicoterapia online prima della pandemia Covid-19 nella letteratura internazionale, con particolare riferimento al mondo nordamericano**

*Silvio A. Merciai*

## **Abstract**

Una breve storia dello sviluppo della psicoterapia online ed in particolare della psicoterapia psicoanalitica fino al momento dello scoppio della pandemia.

## **Parole chiave**

Psicoterapia online; psicoanalisi a distanza; transfert; *setting*

## **Il diffondersi della terapia online**

Nell'ultimo decennio dello scorso secolo Internet, non più mero oggetto di attenzione informatica, esplose sulla scena mondiale: in rapidissima successione compaiono il linguaggio HTML e le specifiche URL, vengono fondate Amazon, Yahoo, eBay e Google, viene sviluppato il linguaggio/ambiente JAVA, comincia la guerra tra i vari browsers, si prospetta la possibilità della pirateria informatica multimediale con la disponibilità di Napster. Le basi sono poste per il travolgente impatto di Internet su tutte le modalità di vita – commercio, divertimento, informazione, comunicazione, e così via – del mondo occidentale.

Ovviamente, anche la psicologia partecipa di questo cambiamento, pur se all'inizio in maniera molto minoritaria e sommessa, attratta dal fascino dell'esplorazione del cosiddetto ciberspazio: la sua fenomenologia e la sua psicodinamica, la possibilità che esso possa ospitare vere e significative relazioni interpersonali (possibilità ancora oggi spesso negata, in nome di una ormai datata e superata distinzione fra 'relazioni reali' e 'relazioni virtuali'), la diffusione dei fenomeni di transfert e di regressione fino all'inevitabile piega verso la psicopatologia, la comparsa (all'inizio segnalata come gioco scherzoso!) dell'*Internet addiction*, le questioni poste dalla comparsa sul web di identità fittizie e, di conseguenza, del proliferare delle frodi identitarie.

Un testo, molto famoso, fa da subito da riferimento e da apri-pista: *Life on the Screen: Identity in the Age of the Internet*, pubblicato nel 1997 da Sherry Turkle: centrato sull'emergere di un nuovo concetto di identità – multipla e decentrata – il libro preconizza in termini in quel momento quasi visionari l'impatto che i nuovi strumenti di comunicazione a distanza, la disponibilità di un ambiente potenzialmente illimitato di connessioni e quindi di scambi, e il crescente sviluppo delle tecniche di intelligenza artificiale avrebbero avuto sul modo di vivere e di pensare nel mondo occidentale.

La trattazione più sistematica del ciberspazio – della psicologia dei mille aspetti del mondo che si andava costruendo su Internet, con le sue specifiche geografie e gerarchie

– è, naturalmente, sul Web e ne è autore [John Suler](#) (allievo, tra gli altri, di Nancy McWilliams), che, a partire dal 1996, pubblica in forma ipertestuale [Psychology of Cyberspace](#): rivisto, modificato e ampliato nel corso di un ventennio, diventa, nel 2015, un libro anche cartaceo: *Psychology of the Digital Age*. Nella sua versione finale l'ipertesto era costituito da sette sezioni: *The Basic Psychological Qualities of Cyberspace* (qui, tra l'altro, troviamo la prima enunciazione e definizione dell'effetto di disinibizione online: *online disinhibition effect*); *The Psychology of the Individual in Cyberspace*; *The Psychology of Cyberspace Relationships*; *Group Dynamics in Cyberspace*; *Research Methods in Cyberpsychology*; *Life at the Palace* (il *Palace* era una comunità multimediale online, i cui membri interagivano sotto sembianza di un avatar: l'antecedente dei *social* contemporanei, in un certo senso); [Psychotherapy and Clinical Work in Cyberspace](#) (potrebbe valer la pena di seguire il *link* anche solo per vedere il fotomontaggio che Suler utilizza per introdurre il tema della fattibilità di una psicoterapia a distanza).

A partire dall'impulso costituito dalla pubblicazione dell'ipertesto di Suler si costituisce nel 1997 l'[International Society for Mental Health Online](#) (ISMHO), che si autodefinisce come una comunità di studiosi e professionisti interessati ad esplorare e promuovere la salute mentale nell'era digitale: ne fu emanazione per molti anni *The Online Clinical Case Study Group of the International Society for Mental Health Online* (fondato, assieme a Suler, da [Michael Fenichel](#) – già animatore di [Cyberpsychology](#) – e composto da 22 membri, tra cui Azy Barak, Robert Hsiung e Gary Stofle: l'ultimo [resoconto](#) ne viene pubblicato nel 2003), specificamente dedicato allo studio della fattibilità, delle problematiche e della psicodinamica della psicoterapia online (che in quel momento è essenzialmente testuale, cioè legata all'email e alle chat). L'attività del gruppo di studio germinò anche i primi tentativi di sistematizzare l'uso della terapia online e di preparare il necessario aggiornamento per i professionisti che fossero interessati ad aprirsi alle potenzialità dell'online. Ci provò per primo, nel 2002, Robert C. Hsiung, curando una raccolta di scritti nel volume *E-Therapy: Case Studies, Guiding Principles, and the Clinical Potential of the Internet*: intento esplicito di questa raccolta di scritti era quello di mettere a frutto le prime esperienze di clinici, legali, pazienti, tele-psichiatri e webmaster per accompagnare il professionista sulla strada della terapia online; nell'insieme, un testo ancora molto prudente e che non andava al di là dell'affermare, piuttosto ovviamente, che l'email potesse essere un utile strumento aggiuntivo alla terapia di persona.

Decisamente più ottimistica sarebbe stata la posizione espressa nel libro curato qualche anno più tardi, nel 2008, da [Azy Barak](#) *Psychological Aspects of Cyberspace: Theory, Research, Applications*: il capitolo sulla terapia online (*Cybertherapeutic Theory and Techniques*) è scritto da John Suler e nel suo contributo si affaccia la possibilità di aggiungere alle tecniche asincrone (come l'email, che nei primi anni del millennio conobbe la sua massima espansione e popolarità) nuove condizioni in sincronia (chat, telefonia in VOIP, videoconferenze: queste ultime ancora molto all'inizio e fortemente limitate dalle piattaforme a disposizione e dalla relativa lentezza delle interconnessioni

allora disponibili). Ma il cammino verso un'accezzazione "ufficiale" delle forme online di intervento terapeutico sarebbe comunque stato molto lento: per esempio la *Psychologists' desk reference*, un classico testo di base molto noto negli Stati Uniti, darà conto e legittimazione ai fenomeni online (con contributi, tra gli altri, di John M. Grohol – il fondatore di [PsychCentral](#) [che ora è diventato *Help & Heal*], in cui sono poi confluiti anche altri siti, come [Metanoia](#) di Martha Ainsworth – e di Marlene M. Maheu e Myron L. Pulier, poi confluiti nel [Telebehavioral Health Institute](#) [ora ribattezzato [Telehealth.org](#)] fondato dalla stessa Maheu) solo nella sua terza edizione (2013; curata da Gerald P. Koocher, John C. Norcross, and Beverly A. Greene); nella seconda (2005; curata da Gerald P. Koocher, John C. Norcross, and Sam S. Hill III), invece, compariva solo un brevissimo contributo di John M. Grohol (*Top Internet Sites for Psychologists and Their Clients*).

Ma il ritmo del cambiamento era davvero impetuoso, in quel periodo: nel 2003 il mondo della telefonia era stato messo a soqquadro dall'implementazione dei nuovi protocolli di Skype, che non solo garantiva la possibilità di comunicazioni gratuite (terapie via telefono erano già utilizzate prima dell'avvento di Internet, ma la questione dei costi costituiva spesso un impedimento e un ostacolo) ma che anche presto avrebbe aggiunto la videotelefonia al novero degli strumenti disponibili, essa pure pressoché gratuita; cominciarono così a diffondersi le webcam (oggi presenti di *default* su praticamente ogni dispositivo, ma allora accessori da acquisire a parte, a costi anche significativi, con qualche complicazione nei collegamenti in quanto periferiche non riconosciute automaticamente...). Di lì a poco nascono e si sviluppano i cosiddetti 'social' (Facebook, fondato nel 2004 ed aperto agli ultra-tredicenni con un valido indirizzo email dal 2006; LinkedIn nel 2003; WhatsApp, nel 2009; etc.) e le persone si scoprono sempre più avvezze ad usare la rete per informarsi, per comunicare, per gestire operazioni economiche; la diffusione e la sempre più avanzata tecnologia degli *smartphone* (a partire dall'iPhone, lanciato da Steve Jobs nel 2007) sono la spinta decisiva ad un mondo sempre più connesso e digitale.

Parallelamente, in quegli anni matura la domestichezza con gli strumenti telematici anche per gli psicoterapeuti...

Comincia tutta una nuova epoca, quella che stiamo vivendo oggi: soprattutto negli Stati Uniti, Paese di grandi distanze con popolosi agglomerati di grandi città e mille piccole realtà di villaggi dispersi, dove raggiungere un paziente e mettergli a disposizione la possibilità di un intervento terapeutico (non solo psico-) era ed è una necessità colmabile solo con l'intervento a distanza, in remoto. Nonostante l'oggettivo ostacolo rappresentato dall'atteggiamento dell'istituzione, restia a concedere rimborsi per le attività a distanza, e minato dall'impianto legislativo, che consente di praticare solo ai professionisti *licensed* per ogni singolo stato (l'autorizzazione alla professione è cioè limitata dai confini dello stato e non è federale: un terapeuta autorizzato in California, per esempio, non può seguire un paziente che abbia residenza in Oregon; limitazioni peraltro temporaneamente riviste e ammorbidite nell'attuale momento pandemico), lo sviluppo della terapia online è stato impetuoso ed è certamente diventato anche

confuso, mal regolato e retto da logiche strettamente commerciali (si veda la [rassegna](#) del New York Magazine della fine di marzo di quest'anno). Inquadrata nel più ampio capitolo della *telehealth* e ormai offerta sia da privati sia da grandi organizzazioni (vedi per esempio [OnlineTherapy](#), ben prima della pandemia) la terapia psicologica a distanza, variamente denominata, è diventata una consolidata realtà del mondo statunitense: ne è una lucida ed ampia testimonianza il bel libro a più voci, curato da Marlene M. Maheu, Kenneth P. Drude e Shawna D. Wright, *Career Paths in Telemental Health*, pubblicato nel 2017, ed anche l'ampia [bibliografia](#), curata dal *Telebehavioral Health Institute*, divenuta una delle più affermate realtà di consulenza e di formazione nel settore (si veda l'intervista a [Marlene Maheu](#) in questo stesso numero).

La citazione di questa ampia ed aggiornata bibliografia mi consente di abbandonare a questo punto l'obiettivo di dar conto della storia del diffondersi della psicoterapia online in generale e mi limiterò quindi, nel resto dell'articolo, ad offrire qualche cenno sullo specifico della storia della "psicoanalisi" online. Vorrei però ancora sottolineare che, nonostante lo sviluppo ormai generalizzato di forme di intervento a distanza, molto rimane comunque da fare soprattutto sul piano della teoria e delle valutazioni di efficacia: e molto anche solo allo scopo di formalizzare una terminologia univoca per i vari interventi realizzati su Internet, requisito indispensabile per razionalizzare la ricerca (si vedano, per esempio, le conclusioni del lavoro *Consensus statement on the problem of terminology in psychological interventions using the Internet or digital components*, 2020; 23 esperti, tra i quali Azy Barak).

### **L'evoluzione della psicoterapia/psicoanalisi online, con particolare riferimento al mondo nordamericano**

L'idea di una psicoanalisi a distanza, che non si svolgesse cioè nel tradizionale *setting* e sul "sacro" lettino, è in realtà anteriore allo sviluppo di Internet. Come tutti gli autori che se ne sono occupati, anch'io comincerò rifacendomi a Leon J. Saul che, già negli anni '50 (Saul, 1951) aveva parlato della possibilità di utilizzare il telefono per condurre il lavoro clinico; notando che della cosa non si parlava e che l'argomento non veniva né studiato né insegnato, Saul aveva auspicato che il suo lavoro

*potesse permettere ai professionisti di sentirsi meno confusi nella loro comprensione delle implicazioni pratiche, teoriche e tecniche del crescente uso del telefono in psicoterapia*

ma la cosa era rimasta, per così dire, sotto traccia. Praticata, sì, certamente, ma in modo come clandestino (troppo "diversa" rispetto alle regole costituite del *setting* psicoanalitico) e quindi non dichiarata e tanto meno esplicitamente oggetto di studio. La storia della *telephone analysis* attende ancora di essere ricostruita adeguatamente (Davies, 2021), coperta come lo è stata in questi ultimi vent'anni dall'emergere prepotente delle nuove tecniche di comunicazione a distanza consentite dalla diffusione di Internet; tra i pochi articoli pubblicati in argomento, ricordo qui, nel 1998, il bel lavoro di Sharon Zalusky, *Telephone Analysis: Out of Sight, But not out of Mind*,

autorevolmente pubblicato sul *Journal of American Psychoanalytic Association*; nota l'Autrice, con un certo stupore, che presentando il suo elaborato al centro psicoanalitico di appartenenza si rese conto che

*più si parla di analisi al telefono, più si sente parlare del suo essere praticata*

Fu solo nel 2000 che si cominciò a fare il punto della situazione, e Joyce Aronson pubblicò (coraggiosamente!) una raccolta di scritti dal titolo esplicito di *Use of the Telephone in Psychotherapy*. Ma presto fioccarono le stroncature: liquidata come incompatibile con il normale svolgersi del processo analitico da Simona Argentieri e Jacqueline Amati Mehler nel loro citatissimo, ma relativamente introvabile lavoro del 2003 (*Telephone 'analysis': 'Hello, who's speaking?'*) e poi ancora da Habib e Brainsky, sempre nel 2003. Al contrario, in un *panel* dell'*American Psychoanalytic Association* del 2005, Charles Hanly, un protagonista nelle discussioni circa l'adozione delle nuove modalità di lavoro a distanza, si era espresso in maniera positiva a proposito della *telephone analysis*, rilevando che essa era del tutto compatibile con il preservarsi delle funzioni fondamentali del processo analitico: ma il suo intervento in quella sede, e consimili affermazioni in altre occasioni ufficiali, non vennero pubblicate...

La comparsa di Internet cambiò significativamente, come era prevedibile, la situazione: ma anche il mondo psicoanalitico, così come abbiamo visto nel capitolo precedente per quello psicologico e psicoterapico in generale, si fece coinvolgere lentamente e con mille cautele. Fuori dai circuiti ufficiali del *mainstream*, provò [Robert Maxwell Young](#), complessa figura di psicoanalista, storico e filosofo della scienza ed attivista (fondò il giornale [Free Associations](#)) a prendere per mano gli psicoterapeuti e ad avviarli all'uso di Internet con un articolo del 1995, [Psychoanalysis and/of the Internet](#), e poi, nel 2002, con la sua [Guide to the Internet for Psychotherapists and Psychoanalysts](#), ma non ebbe gran seguito...

La diffusione dell'email e la comparsa dei primi studi sul ciberspazio stimolarono però l'IPA a prendere in considerazione le nuove prospettive che potevano aprirsi, in particolare in rapporto alle sue procedure di *training* ed alle crescenti difficoltà che esse andavano incontrando. Commentando il simposio *Psychoanalysis at the Crossroads: the Challenge of Developing New Institutes* (White Plains, New York, 1997), dedicato, tra l'altro, alla discussione della cosiddetta *concentrated analysis* (più di una seduta al giorno, in modo da cumulare le classiche quattro sedute in due/tre giorni), il peruviano Alvaro Rey de Castro perorava la possibilità di cominciare a pensare ai nuovi strumenti messi a disposizione dalla tecnologia:

*Mi sembra che molti, forse per inerzia generazionale, abbiano lasciato da parte queste innovazioni, rassicurandosi con la razionalizzazione che "nulla può sostituire il contatto personale" e argomenti consimili. Nessuno suggerisce che la tecnologia possa sostituire in modo soddisfacente un'analisi personale, ma essa è certamente uno strumento prezioso per la trasmissione di conoscenze e informazioni teoriche. È indubbiamente utile per le supervisioni (...) Non dimentichiamo che Freud (...) è stato uno dei primi utenti del telefono a Vienna.*



In questo contesto, nella medesima *newsletter*, si dava conto dell'istituzione di un *Ad hoc Committee on IPA Email Discussion Forum* (presieduto da Dominique Scarfone, e composto da Robert Galatzer-Levy, Romulo Lander, Peter Fonagy, Joseph Sandler e lo scrivente, cui si aggiunse in un secondo momento Eric Karas), il cui mandato era di considerare e formulare la configurazione ottimale di un *panel* di discussione riservato ai soli membri dell'IPA. Il comitato operò con molte difficoltà e scarsa vivacità di scambi tra i suoi membri e finì poi con il rimettere il mandato con qualche suggerimento (il principale dei quali andava nel senso di creare un *e-journal* aperto sul quale i membri delle società potessero pubblicare i loro contributi in vista di un eventuale dibattito preliminare: un po' il ruolo che attualmente svolge l'[International Journal of Psychoanalysis Open](#), *IJP Open*) in vista della prossima riorganizzazione del sito stesso dell'IPA. Molto lontani, quindi, da un qualsiasi possibile impiego nella clinica...

L'impiego dell'email come possibile situazione alternativa o contributo al *setting* fu quindi praticamente ignorato (almeno in modo ufficiale) dalla maggioranza degli psicoanalisti, nonostante che persino Glen O. Gabbard, con tutto il peso della sua autorità, avesse manifestato (nel 2001) il suo interesse alla questione dell'uso che alcuni pazienti potevano farne come elemento aggiuntivo alla normale sequenza delle sedute di persona (*Cyberpassion: E-rotic Transference on the Internet*); raccontando dettagliatamente il caso di Rachel e dei numerosi scambi email intercorsi con la sua paziente, conclude affermando:

*La cibercomunicazione di Rachel ha ampliato i confini dell'esperienza analitica. Mentre lottavo con questioni di riservatezza e di eccitazione sessuale e la sensazione che stavo colludendo con una qualche forma di cibersessualità segreta, ero consapevole delle mie ansie sull'espansione e la ridefinizione dei confini dell'analisi. Incorporando la comunicazione via e-mail nell'analisi, stavo trasgredendo un limite o stavo aprendo nuove strade alle frontiere della psicoanalisi in modo costruttivo e creativo?*

A partire dal secondo decennio del nostro secolo, però, anche la psicoanalisi scopre di non poter più tanto esimersi dal considerare le opportunità offerte dalle ormai diffuse nuove tecnologie, ora che la videochiamata comincia a diventare una realtà: gioca un significativo ruolo la crisi del settore (sempre meno persone disposte ad un trattamento lungo, costoso e ahimè! scarsamente sostenuto da una ricerca scientifica seria e competitiva) che impone di ampliare il raggio dell'utenza potenziale. Così gli psicoanalisti scoprono non solo di poter continuare a seguire i loro pazienti anche quando questi, costretti dalle esigenze di un mondo del lavoro sempre più globalizzato e mobile, dichiarano di non potersi garantire una lunga e continuativa presenza in un dato luogo: ma anche si rendono conto che invece di limitarsi ad attingere alla potenziale clientela dei propri concittadini (o dei propri quartieri, nelle sterminate megalopoli statunitensi) è ora possibile anche cercare di attrarre potenziali pazienti da aree più lontane dalle grandi città, dove la domanda è altrettanto vivace ma la risposta è stata tradizionalmente meno disponibile. Si scopre cioè la possibilità di una

psicoanalisi a distanza (e di un *training* a distanza) essenzialmente come “metodo di sopravvivenza clinica” (*clinical survival method*), secondo l’espressione di Ricardo Carlino (2011).

L’IPA se ne occupa in modo ufficiale una prima volta nel 2009, raccogliendo alcune sparse e rare comunicazioni degli anni precedenti, nell’ambito del suo quarantaseiesimo congresso, tenutosi a Chicago, con il *panel* dedicato alla *telephone analysis* cui si è fatto cenno in precedenza, moderato da Charles Hanly (ne riporta Jill Savege Scharff sull’*International Journal of Psychoanalysis* nel 2010): è arrivato Skype e l’analisi per telefono si sta trasformando nelle prime forme di analisi in videochiamata. L’atteggiamento dei partecipanti, provenienti dagli Stati Uniti, dalla Gran Bretagna, dall’Australia e dall’Argentina, è di apertura alle nuove tecnologie, perché

*la psicoanalisi è essenzialmente l'incontro con una mente in grado di comprendere, qualunque sia l'ambiente in cui questo possa verificarsi*

e di interesse a studiare le nuove possibilità che si aprono, senza preclusioni o pregiudizi:

*Il gruppo si è opposto all'affermazione secondo cui la psicoanalisi stia inseguendo la tecnologia come alternativa al lavoro approfondito di persona e che l'analisi telefonica non sia analisi. I membri hanno sostenuto che gli psicoanalisti continuano a valorizzare lo studio della diade analitica di persona, ma che si stanno adattando ai cambiamenti culturali sperimentando l'uso supplementare del telefono, della videoconferenza e di Skype nella loro pratica e nell'insegnamento della psicoanalisi.*

*La psicoanalisi ha risposto agli sviluppi culturali sin dai tempi di Freud, e allora come oggi questa capacità di risposta ha aperto nuovi percorsi di comprensione.*

*L'uso del telefono e di Skype per la pratica della psicoanalisi (...) è molto più esteso di quanto generalmente ammesso*

Queste affermazioni si rifacevano probabilmente ad una dichiarazione ufficiale da parte dell’*IPA Board* di qualche anno prima, in cui veniva accettato l’uso di sedute di psicoanalisi a scopo di *training* in forma remota solo se in alternanza a sedute di presenza. L’idea al tempo era quella che l’aver stabilito la conoscenza di persona potesse garantire un sufficiente supporto all’efficacia delle eventuali sedute condotte, per necessità, in modalità remota; questo era quanto in effetti accadeva già da anni con l’alternanza di sedute di persona a quelle telefoniche quando i pazienti non fossero in presenza, così come in altre parti del mondo per motivi simili.

Sarà la stessa Savege Scharff, nel 2012, ad inaugurare l’impegno diretto della ricerca in ambito IPA sulla psicoanalisi online con un articolo (*Clinical issues in analyses over the telephone and the Internet*) che fissa con grande chiarezza i termini della questione e gli ambiti della ricerca (differenze rispetto all’analisi tradizionale, questioni di privacy, peculiarità della regressione e specificità del *setting* e della mancanza della dimensione corporea, indicazioni e contro-indicazioni, etc.), espone del materiale

clinico (tratto dalla terapia del sig. M, condotta in parte di persona e in parte via telefono a causa del trasferimento di M per motivi di lavoro in una zona sprovvista di analisti) e di fatto ‘sdogana’ la terapia a distanza a tutti gli effetti:

*(...) l'analisi per telefono o tramite comunicazione vocale su Internet (VOIP) e la tecnologia video sono indicate a livello individuale in circostanze eccezionali per aumentare la continuità analitica. La psicoanalisi sta facendo, per necessità, un uso crescente del telefono, della videoconferenza e del VOIP nella pratica clinica e nell'insegnamento. Da questa necessità la teleanalisi trae l'opportunità di aprire nuovi percorsi di comprensione ed estendere la portata della psicoanalisi a nuove frontiere.*

Quello che ha molto spinto nel frattempo sono state le questioni internazionali del *training*, con l'IPA tesa a soddisfare la richiesta di creare primi nuclei di psicoanalisti regolarmente formati secondo i suoi standard in territori completamente privi di insediamenti psicoanalitici e quindi di possibili analisti di *training*: la Cina, prima fra tutti. Qui, a partire dal 2006 (ed è tuttora in corso), si dispiega il programma [China American Psychoanalytic Alliance](#) (CAPA), che prevede di formare psicoterapeuti di orientamento psicodinamico (non si parla esplicitamente di “psicoanalisti”!) essenzialmente attraverso analisi, supervisioni e seminari di formazione a distanza tenuti da psicoanalisti statunitensi, sud-americani, europei ed israeliani: un programma coraggioso, date anche le difficoltà legate all'uso della lingua (inglese *versus* mandarino) ed alle sostanziali differenze culturali tra il mondo occidentale e quello cinese. Ho chiesto di darcene un breve cenno a Paolo Migone, che ha partecipato a questa esperienza:

*Dal 1982 un gruppo di psicoanalisti tedeschi era solito recarsi per cinque giorni all'anno in Cina, soprattutto a Beijing e Shanghai, per tenere dei corsi in modo molto informale. Nel 2001 Elyse Snyder, un'analista americana, fondò la China American Psychoanalytic Alliance (CAPA), che attualmente conta circa 400 membri appartenenti a varie associazioni psicoanalitiche tra cui soprattutto l'American Psychoanalytic Association, la Contemporary Freudian Society, l'Institute for Psychoanalytic Training and Research (IPTAR) e il William Alanson White Institute, e anche circa 200 membri cinesi. Inizialmente venivano offerte supervisioni e alcuni membri andavano in Cina per alcune settimane all'anno in cui tenevano dei corsi; poi gradualmente la richiesta di training aumentò e nel 2008 fu organizzato il primo programma di training di base di due anni, e nel 2011 il primo programma di training avanzato, sempre di due anni. I corsi prevedono 4 ore di lezioni e un'ora di supervisione alla settimana per 30 settimane all'anno, utilizzando sempre la modalità in videoconferenza, di solito Zoom. Oltre alle supervisioni sono tenute, sempre da terapeuti occidentali, psicoanalisi e psicoterapie on-line a costo ridotto; questo servizio è diretto da Lana P. Fishkin ed è iniziato nel 2005, con attualmente più di 65 studenti in psicoanalisi (3-5 sedute alla settimana) e più di 100 in psicoterapia (1-2 sedute alla settimana). Sono state terminate più di 130 analisi e circa 185 terapie psicodinamiche. Vengono tenuti anche corsi per formare supervisori*

*(l'iscrizione è limitata ai diplomati), per formare docenti, per insegnare la infant observation, e inoltre vengono offerti corsi di formazione permanente su vari argomenti.*

*Recentemente, più di 500 studenti e diplomati hanno formato una associazione chiamata [CAPA in China](#) (CIC), che attualmente ha gruppi locali a Beijing, Chengdu, Wuhan, Shanghai, Shenzhen, Jiangsu, Hubei e Zhejiang, dove vengono offerte supervisioni e corsi introduttivi alla terapia psicodinamica, e che nel 2020 ha tenuto il suo primo congresso nazionale. Il primo congresso nazionale del CAPA invece si terrà a Chengdu nell'ottobre 2021. Il CAPA pubblica anche una Newsletter (CAPA News). Molti libri di teoria e tecnica psicoanalitica sono stati tradotti in cinese, anche se l'inglese viene parlato abbastanza bene dagli studenti e le lezioni, le supervisioni e le terapie vengono tenute in inglese.*

I risultati preliminari (Fishkin & Fishkin, 2011; Rosen, 2010), rilevanti ai fini del nostro discorso, segnalano che si sviluppa regolarmente una relazione di transfert e che i protocolli delle sedute, letti da osservatori indipendenti, non sono distinguibili da quelli di sedute regolarmente avvenute in presenza (questo dato è stato discusso e contestato, per esempio nel libro della Russell citato nel prosieguo, alla luce delle esperienze che si sono verificate quando alcuni degli analisti didatti impegnati nel progetto si sono recati in Cina e resi disponibili ad un incontro di persona con i loro analizzati). Qualche anno più tardi (2014) l'IPA approva un [documento](#) (via via rivisto nel corso degli anni) che consente in determinati casi e con opportune cautele e limitazioni lo svolgersi di parte del *training* psicoanalitico a distanza (opportunamente integrato con sedute in *shuttle analysis* o *in the room analysis*):

*Le sedute in remoto possono essere approvate come parte di un'analisi di training solo in circostanze eccezionali: quando sono essenziali in relazione alla necessità di formare un primo nucleo di analisti in un'area in cui non vi è presenza IPA. Coloro che sono stati formati in questo modo possono poi offrire un'analisi "di persona" (in the room analysis) per formare dei candidati.*

*Per rimanere conformi alla legislazione sull'uguaglianza, questa opzione deve ora essere disponibile anche per le persone con disabilità che altrimenti non sarebbero in grado di accedere al training.*

limiti poi riaffermati anche in seguito nella [Practice Note: on the Use of Telephone and/or VoIP Technologies in Analysis](#), pubblicata nel 2017 e poi rivista nel 2020:

*Sottolineiamo che l'analisi viene condotta nella stessa stanza di persona e che altre forme di analisi dovrebbero essere messe in atto solo in circostanze eccezionali.*

In materia di analisi a distanza esiste, e va segnalata, un'importante differenza tra l'IPA e l'APSaA, l'Associazione Psicoanalitica Americana (che, in quanto *Regional Association*, ha autonomia su molte questioni, incluso il *training*): la riassume così [Lee Jaffe](#), attuale presidente dell'APSaA:

*I nostri standard consentono una maggiore variazione dei requisiti di sedute*

*di persona (rispetto a quelli dell'IPA) per il training a distanza (...) Per l'IPA, l'analisi di training a distanza deve prima essere autorizzata da una serie di colloqui con esponenti dell'IPA; se approvata, è richiesto un minimo di un anno di analisi di persona, con almeno un mese all'anno di sedute di persona in seguito. Di conseguenza, questi requisiti impongono limitazioni sostanziali alla probabilità che sia fattibile un training a distanza.*

Della *remote analysis* parla autorevolmente, nella sua qualità di Presidente, Stefano Bolognini (si veda l'intervista a [Stefano Bolognini](#), in questo stesso numero), nel 2015, nella relazione di apertura del congresso I.P.A. di Boston: è un'apertura ufficiale, al massimo possibile livello istituzionale, anche se ancora cauta e dubitativa. La strada era comunque ormai aperta, ma con essa prendeva altresì spazio il dibattito tra gli psicoanalisti, secondo la vecchia e ricorrente tradizione del "questa non è psicoanalisi".

Inutilmente sul tema era intervenuto Paolo Migone (si veda [Migone](#) in questo stesso numero) che nel 2013 aveva riproposto su *Psychoanalytic Psychology* le sue tesi circa l'incongruità di queste discussioni (già espresse, negli anni '90, ma in articoli in italiano, quindi inevitabilmente poco noti nella letteratura internazionale): il suo articolo, *Psychoanalysis on the Internet*, benché largamente citato (probabilmente a causa del titolo...), non ebbe l'influenza che meritava nella discussione generale (pochi evidentemente furono attratti anche dal sottotitolo: *A Discussion of its Theoretical Implications for both Online and Offline Therapeutic Technique*).

La psicoterapia online diventa così, nel decennio 2010-2020, una pratica diffusa, relativamente "autorizzata", talvolta applicata con leggerezza e improntitudine (le famose sedute in cui l'analista parla dalla camera da letto di un albergo...), ma pregna ancora di una dimensione di eccezionalità, che spesso rasenta il "piuttosto che niente": viene discussa e teorizzata, ma sempre in termini di una pratica da attuarsi quando non sia possibile realizzare il *setting* classico della terapia di persona.

In questo periodo, e quindi prima dell'esordio della pandemia, la letteratura ufficiale non è particolarmente ricca di lavori sulla psicoterapia/psicoanalisi online, ma vengono pubblicati una serie di testi di riferimento cui ora farò cenno nell'intento di costruire una sorta di piccola bibliografia ragionata per il lettore.

### **Ricardo Carlino, la psicoanalisi a distanza**

[Ricardo Carlino](#), noto psicoanalista argentino, pubblica nel 2011 [Distance Psychoanalysis: The Theory and Practice of Using Communication Technology in the Clinic](#), un libro coraggioso in cui analizza ad ampio spettro tutte le forme disponibili in quel momento di terapia a distanza (telefono, Skype, email, chat), affronta tematiche di ordine tecnico e legale (la questione della privacy) ed invita il mondo psicoanalitico ad utilizzare apertamente, e quindi a discutere e teorizzare, queste nuove modalità di vivere il dialogo analitico, dedicandosi in particolare a demolire il mito della pretesa "virtualità" della situazione a distanza e cercando di svincolare il concetto di "presenza" da quello di "prossimità fisica":

*Quando si raggiunge una certa e onesta sensazione di prossimità nel contatto*

*e di vicinanza nell'incontro, questo è il risultato della profondità della psicoanalisi che opera minimizzando o disaccoppiando il significato e l'importanza del possibile effetto della distanza geografica.*

*Nella situazione a distanza, l'idea di presenza è separata dalla necessità di essere di fronte all'altra persona. Acquisisce una concezione astratta e simbolica. La presenza, quando la si separa dalla necessità di un incontro fisico diretto, è legata all'idea di contatto e di incontro tra analista e paziente.*

Grazie anche alla prestigiosa prefazione di Horacio Etchegoyen, viene sdoganata l'idea che sia possibile riprodurre nel lavoro online le caratteristiche che favoriscono l'efficacia della psicoanalisi di persona, come le libere associazioni del paziente e l'attenzione fluttuante dello psicoanalista; si tratta di psicoanalisi vera e propria, anche se il *setting* è modificato in modo sostanziale:

*Carlino ha avuto il coraggio di assimilare i cambiamenti che si sono verificati nel mondo moderno e sostiene che il metodo psicoanalitico di Freud può continuare ad essere applicato in questo nuovo setting. Il sistema analitico, con un paziente che associa liberamente i suoi eventi insieme con un analista che ascolta in silenzio e comunica la sua interpretazione, è rimasto inalterato. Questo è esattamente ciò che Carlino sviluppa così a fondo in questo libro. Anche se il modus operandi è cambiato, lo spirito dell'analisi rimane lo stesso di sempre.*

All'inizio del libro l'Autore si riferisce all'importante tema della resistenza da parte dei colleghi quando ci si trova a discutere la validità o meno della psicoanalisi online, problema che a nostro avviso ha influenzato – e molto! – la possibilità di una genuina valutazione, libera da pregiudizi, sull'efficacia dell'incontro online fino almeno all'avvento della pandemia. Si tratta di un cambiamento importante di *setting* che come tutte le “modifiche” richiede un aggiustamento significativo, un cambiamento rispetto al metodo “classico”, che va elaborato e compreso a partire dalle modalità con cui l'analista stesso si relaziona al ciberspazio, all'online, alla tecnologia, allo schermo tra i due protagonisti. Si introduce inevitabilmente un terzo, che ha un peso innanzitutto nella forma che prende nella mente dell'analista stesso, una specie di transfert da parte dell'analista verso tale mezzo.

### **Alessandra Lemma, la psicoanalisi e i nuovi media**

[Alessandra Lemma](#), che nel 2014 aveva curato con Luigi Caparrotta *Psychoanalysis in the Technoculture Era*, un testo dedicato alla discussione della pratica clinica nel nostro momento di espansione del digitale, pubblica nel 2017 *The Digital Age on the Couch: Psychoanalytic Practice and New Media*, un libro agile, di simpatica lettura, ricco di esemplificazioni cliniche (non sempre autoelogiative!), dedicato all'esplorazione *outside in* e *inside out* dei temi del digitale. Nella prima parte si discute il ruolo della tecnologia nello sviluppo della personalità, con particolare riferimento allo sviluppo sessuale nell'adolescenza: la Lemma si rifà qui a suoi precedenti lavori in tema di corpo e *embodied mind* e fa riferimento al celebre film *Her* (cui si fa riferimento anche in un

[altro articolo](#) di questo stesso numero). Nella seconda parte, dedicata al tema della relazione terapeutica a distanza, l'autrice esprime una posizione di prudente apertura verso la nuova possibilità offerta dallo strumento di telecomunicazione e ne disegna possibili limiti e rischi ma anche potenzialità; sembra, la sua, la posizione di una psicoanalisi aperta e curiosa verso il nuovo, lontana da entusiasmi ingiustificati ma anche da chiusure preconcepite e corporative.

### **Gillian Isaacs Russell e Todd Essig, la psicoanalisi attraverso lo schermo**

[Gillian Isaacs Russell](#) pubblica nel 2015 *Screen Relations. The Limits of Computer-Mediated Psychoanalysis and Psychotherapy*, raccontando la sua esperienza di analista che si trasferisce dalla Gran Bretagna agli Stati Uniti (e che deve quindi di necessità accedere a forme di terapia a distanza) e dando conto delle sue riflessioni, preoccupazioni e perplessità di fronte alla crescente e relativamente acritica assunzione da parte di molti analisti delle nuove forme di *setting*. Darò conto con una certa ampiezza della sua posizione teorica, perché la Russell (con Essig, di cui parlerò tra poco) è attualmente il riferimento principale per quanti, nel mondo della psicoanalisi, si oppongono o sono fortemente critici sull'utilizzo della terapia online.

Il senso del libro, assai documentato, impreziosito dai commenti in prima persona di pazienti e colleghi in terapia a distanza e ricco da molti punti di vista (riferimenti alla letteratura neuroscientifica, al cognitivismo, all'*infant research*, alla scienza della comunicazione ed alla tecnologia), è che il trattamento a distanza non può in nessun caso considerarsi equivalente a quello di persona: che potrà, certo, essere usato in casi di necessità (il famoso “meglio che niente”) ma sapendo – e facendo sapere ai pazienti – che si offre loro qualcosa di diverso e certamente meno efficace: questo, essenzialmente perché la psicoanalisi contemporanea non è più una scienza dello scambio di parole, ma invece la disciplina delle interazioni “corporee” tra paziente e analista (qui è evidente l'influenza del pensiero di Schore) e quindi la mancanza di un corpo in un ambito spazialmente condiviso ne mina inevitabilmente la possibilità stessa di esplicitarsi.

Autore della prefazione al libro è Todd Essig, il fondatore e direttore di *The Psychoanalytic Connection* che, dal 1993 al 2009, ha sviluppato, grazie alle nuove tecnologie digitali, numerose iniziative per gli operatori della salute mentale (e che si definisce, oltre che psicoanalista, anche una specie di *nerd*): e che da un iniziale entusiasmo per le nuove tecnologie della telecomunicazione si è poi trasformato in uno strenuo difensore della psicoanalisi di persona (per esempio: *The Gains and Losses of Screen Relations: A Clinical Approach to Simulation Entrapment and Simulation Avoidance in a Case of Excessive Internet Pornography Use*, nel 2015), anche per la paura che la relazione a distanza possa prima o poi sfociare in una relazione con un’“app” (*robotic psychotherapy*), magari gestita da un'intelligenza artificiale. La *simulation entrapment*, da lui teorizzata, consiste nell'essere così presi dalla vivacità della simulazione – per esempio nella relazione terapeutica a distanza, che simula un incontro reale – da dimenticarne, in una sorta di diniego, il fatto di trovarsi “solo” in

una simulazione. Di qui la necessità di intendere la psicoterapia online come qualcosa di radicalmente diverso dalla terapia di persona: e, all'atto di assumere un paziente in una terapia a distanza, l'obbligo etico di informare il paziente dei vantaggi (pochi!) e degli svantaggi (molti!) della situazione in remoto, da considerarsi ancora come sperimentale e priva di una consolidata base di evidenze scientifiche circa la sua efficacia.

Sono i temi su cui ha scritto anche [Sherry Turkle](#), lei pure convertitasi da un iniziale momento di favore ad un successivo atteggiamento di viva preoccupazione per lo sviluppo della tecnologia. Nel suo libro del 2011, *Alone Together*, e in quello del 2015, *Reclaiming Conversation: The Power of Talk in a Digital Age*, l'Autrice sottolinea con toni allarmati l'avanzata digitale nella cultura occidentale, come qualcosa che mette in discussione la nostra stessa umanità: che ha bisogno di incontri, di conversazioni di persona, e non (o comunque non solo, non in maniera preponderante) di incontri mediati dalla tecnologia (la diffusione dei *social* e il loro uso massivo, in specie da parte degli adolescenti, sono indubbiamente un grosso problema della nostra cultura contemporanea). Il suo ultimo libro, *The Empathy Diaries: A Memoir* (2021), è un'autobiografia personale ed insieme un resoconto della sua attività di ricerca sui temi della tecnologia e dell'empatia, scritto con un tono dolce e intimo, capace di affrontare con lievità anche aspetti dolorosi e drammatici della sua personale vicenda umana:

*Con grande rispetto e un'attenzione premurosa, financo amorevole, per la sua storia emotiva, sociale ed intellettuale, Sherry Turkle mostra cosa vuol dire salvarsi dalla crisi della disconnessione tecnologica. Intimo, compassionevole, e critico, il suo libro è una preziosa risorsa di istruzione, edificazione e cura. [James Carroll, Advance Praise]*

Nel libro la Turkle non affronta direttamente il tema della terapia online, ma dà corpo alle sue preoccupazioni per il diffondersi e lo strapotere della tecnologia:

*Dopo essersi presi cura di un oggetto, anche semplicemente di un animaletto digitale che viveva in un uovo di plastica e voleva essere nutrito e fatto divertire nei tempi previsti, i bambini (e i loro genitori) si sono affezionati ad esso. Questa scoperta non aveva a che fare con l'intelligenza o le qualità empatiche degli oggetti digitali che chiedevano di essere oggetto di cura o di attenzione, ma con la vulnerabilità delle persone. Quando le macchine ci chiedono di prenderci cura di loro, ci affezioniamo a queste macchine e pensiamo che le macchine si prendano cura di noi (...)*

*Questo è il peccato originale dell'intelligenza artificiale. Non c'è niente di sbagliato nella creazione di macchine intelligenti. Possiamo predisporle a svolgere qualunque tipo di compito utile. Il problema si presenta quando creiamo macchine che ci fanno pensare di prendersi cura di noi. "Tu sei il vento sotto le mie ali", dice Siri in risposta a "Siri, ti voglio bene". Queste "macchine per l'empatia" giocano sulla nostra solitudine e, purtroppo, sulla nostra paura di essere vulnerabili ai nostri simili. Dobbiamo affrontare il lato negativo di vivere con i robot dei nostri sogni di fantascienza. Vogliamo davvero provare empatia per le macchine che non provano nulla per noi?*



Una sintesi di tutti questi punti di vista, valida ancora oggi, è rappresentata dal numero speciale dedicato al tema della tecnologia prodotto nel 2017 dalla rivista *Psychoanalytic Perspectives*: Todd Essig e Gillian Isaacs Russell ne sono *guest editors* e un'intervista con Sherry Turkle conclude un corpo di sei contributi raccolti allo scopo

*di cercare autori che si fossero concentrati sulle differenze [tra setting di persona e setting online], che volessero esplorare ciò che realmente accade o potrebbe accadere o non potrebbe accadere e non accade quando si conduce un trattamento tramite relazioni sullo schermo (screen relations)*

E ancora la stessa preoccupata resistenza alla novità del trattamento a distanza è ripetuta ed asseverata nel contributo *Bodies and screen relations. Moving treatment from wishful thinking to informed decision-making* nel volume *Innovations in Psychoanalysis. Originality, Development, Progress* curato nel 2020 da Aner Govrin and Jon Mills per la casa editrice Routledge, dove affermano

*Noi invece crediamo, e discuteremo in questo capitolo, che questi tecnosogni di terapia a distanza non siano innovativi: una promessa vacua, che esprime il futuro di ieri, non quello di oggi. Invece, l'innovazione in psicoanalisi e nella tecnologia è il farsi avanti a sostenere la "terapia locale", sia clinicamente sia culturalmente, tenendo a disposizione la "terapia a distanza" come il compromesso del "meglio che niente". (...) Ciò a cui stiamo lavorando è un futuro in cui comprendere quello che la terapia locale offre e che la terapia a distanza non può offrire sarà sempre più visto come una pratica innovativa, all'avanguardia e culturalmente rilevante a difendere i valori psicoanalitici fondamentali di intimità, relazione e riflessione.*

e, echeggiando la Turkle di *Alone Together*, sostengono:

*L'esperienza di aver abbracciato con entusiasmo le scintillanti promesse della tecnologia solo per finire sorpresi e delusi da realtà che sono ben al di sotto di quelle promesse è sempre più comune tra tutte le fasce d'età. In altre parole, la nostra visione dell'innovazione psicoanalitica fa parte di una tendenza culturale emergente ad aspettarci di più da noi stessi – l'uno dall'altro – e meno dalla tecnologia.*

Questo posizionamento – di esperti della psicoanalisi a distanza e insieme di fautori del suo essere irrimediabilmente di “altra qualità” rispetto al trattamento di persona – valse a Todd Essig, che era già stato il responsabile della *New York Disaster Counseling Coalition* in seguito alla tragedia dell'11 settembre, il ruolo di *chair*, insieme con David Scharff, del *COVID-19 Advisory Team* dell'*American Psychoanalytic Association*, ed alla Russell un importante ruolo di collaboratrice. Il *team* ha lavorato svolgendo opera di consulenza per migliaia di professionisti e producendo materiali di riferimento per assistere il passaggio alla modalità a distanza, imposta dalle norme di protezione dalla pandemia, di colleghi meno esperti o meno familiari con la nuova organizzazione del *setting*, a partire dalla ripubblicazione delle [\*Remote Session Guidelines for Periods of Restricted Travel\*](#) (tratte dal capitolo del 2020

appena citato), riprese anche dall'IPA nella pagina delle [\*Recommendations for Psychoanalysts Regarding the Use of Videoconferencing in their Practice\*](#), cui via via si sono aggiunti una serie di seminari: [\*Emergency Conversion to Tele-Treatment – Making it work\*](#) e [\*Initiating Treatment During the Pandemic: A Roundtable Discussion\*](#) a cura di Essig, e [\*Remote Therapy Webinar\*](#), a cura della Russell e di Essig.

Nel dar conto di questo lavoro di promozione e di assistenza, nonché della loro stessa esperienza di psicoanalisti impegnati al lavoro durante la pandemia (Essig & Russell, 2021), gli autori danno mostra di non aver comunque cambiato il loro punto di vista:

*La nostra speranza è che la vita dopo la pandemia possa davvero essere in grado di offrire ben più che un apprezzamento unilaterale di ciò che la tecnologia può o non può fare per noi, ben più che aumentare le nostre conoscenze sulla terapia e l'analisi a distanza. Il "più" che speriamo è che la vita dopo la pandemia possa fundamentalmente offrire un rinnovato amore e impegno per il valore di ciò che è possibile solo nelle relazioni umane e nell'intimità quando siamo corpi insieme, nello stesso ambiente, nello stesso tempo.*

### **Jill Savege Scharff, la psicoanalisi online**

[\*Jill Savege Scharff\*](#) è indubbiamente il riferimento centrale nella letteratura internazionale contemporanea sul tema della terapia a distanza (ne abbiamo fatto cenno in precedenza). Da lei sono editi i quattro volumi di *Psychoanalysis Online* (2013, 2015, 2017, 2018) che possiamo considerare il punto di partenza per qualunque studio del tema.

Nel primo volume (*Mental Health, Teletherapy, and Training*) si affronta il tema della psicoterapia online (via telefono o videochiamata) e delle ripercussioni delle nuove tecnologie sul *training*, dopo un'introduzione generale sul significato sociale e culturale delle nuove tecnologie. Il secondo volume, *Impact of Technology on Development, Training, and Therapy*, verte sull'impatto della tecnologia su vari aspetti della vita, sia dal punto di vista dello sviluppo della persona sia di casi specifici di lavoro clinico a distanza. Il terzo volume (*The Teleanalytic Setting*) prosegue l'indagine a più voci dedicandosi in particolare alle condizioni nelle quali si realizza il lavoro a distanza, alla strutturazione del *setting* ed al lavoro in condizioni particolari, come nei confronti di pazienti della comunità LGBTIQ+ (*Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Intersex, Questioning*). L'ultimo (per ora...) dei quattro volumi (*Teleanalytic Practice, Teaching, and Clinical Research*) enumera i risultati della ricerca qualitativa sull'efficacia della psicoterapia a distanza, della psicoanalisi a distanza e dell'insegnamento a distanza: gli studi riportati sembrerebbero confortare l'ipotesi che affetto e immaginazione – il transfert, in altre parole – siano assolutamente in grado di compensare la lontananza fisica.

I contributi di questi volumi sono troppi perché qui se ne possa fare alcuna specifica menzione (ma forse questo stimolerà il lettore ad attingere direttamente...): traspare da tutti la positiva fiducia sulle possibilità del mezzo a distanza che qui acquisisce un suo

specifico, in quanto tale, cioè, senza dover ogni volta ribadire che funziona e che si colloca a buon diritto nel novero del lavoro psicodinamico con i nostri pazienti. In quanto tale, ha diritto a studi, ricerche qualitative e quantitative, validazioni di efficacia: riscattandosi dal “meglio che niente” o “terapia di serie B” che ne ha accompagnato, in questi decenni, lo sviluppo.

Questi quattro volumi sono pubblicati nella collana, diretta dalla stessa Savege Scharff, *The Library of Technology and Mental Health* della casa editrice Routledge, che è in questo momento la collezione di riferimento per lo studioso (vi sono pubblicati anche il volume di Carlino e quello della Russell, di cui in precedenza abbiamo fatto cenno, e quello di Marzi, *Psychoanalysis, Identity, and the Internet: Explorations into Cyberspace*, della cui originaria edizione italiana si parla in [altro](#) articolo di questo stesso numero): l'ultimo testo pubblicato in ordine di tempo è *Theory and Practice of Online Therapy: Internet-delivered Interventions for Individuals, Groups, Families, and Organizations*, edito da Haim Weinberg e Arnon Rolnick (2019) che pure segnaliamo perché, pur non essendo specificamente dedicato alla terapia psicodinamica, offre tuttavia importanti suggerimenti a proposito della possibilità di offrire online la terapia di coppia e della famiglia, nonché la terapia di gruppo.

## La pandemia

Siamo così giunti alle soglie della pandemia, quando la nuova realtà del *lock-down* imporrà il passaggio alla terapia online in moltissime parti del mondo: crediamo che questo *excursus* mostri che nel 2020 erano disponibili le basi teoriche per realizzare questo passaggio e che pure disponibile e aggiornata era una letteratura di riferimento, ricca anche di suggerimenti pratici e di spunti clinici di ricerca. Ma la relativa scarsa conoscenza di questi riferimenti teorici, che comunque erano rimasti abbastanza di nicchia nell'ambito del *mainstream*, e soprattutto l'idea che la psicoterapia a distanza fosse una sorta di ripiego e, in quanto tale, poco praticata ed ancor meno discussa e patrimonio condiviso delle comunità psicoanalitiche (basterebbe osservare la relativa assenza, prima della pandemia, di articoli e studi che ne facciano oggetto pubblicati sulle più quotate riviste internazionali del settore) hanno fatto sì che un po' dappertutto si sia arrivati all'appuntamento con la tragedia Covid-19 relativamente impreparati e colti di sorpresa nella necessità di “scoprire e inventare” le nuove tecniche a distanza nel momento stesso di dovervi far ricorso.

Così la pandemia ha costretto la psicoanalisi internazionale ad un indesiderato e massiccio sforzo di sperimentazione e di adattamento, riaprendo questioni non solo rispetto allo specifico delle tecniche di intervento (online *versus* offline) ma anche rispetto alla collocazione stessa della nostra disciplina nei confronti dei problemi sociali e politici delle collettività: un percorso di cambiamento forse irreversibile sul quale si comincia a riflettere (si veda per esempio il numero speciale [Notes From a Pandemic: A Year of COVID-19](#) della rivista *Psychoanalytic Psychology* ed il relativo [video](#) di presentazione) e che sicuramente, al termine della pandemia, non ci farà tornare a come eravamo prima...

## Ringraziamenti

Grazie a [Luisa Marino-Coe](#) per i suoi suggerimenti dopo la lettura di una prima bozza di questo scritto ed in particolare per il suo contributo al paragrafo dedicato a Ricardo Carlino.

## Bibliografia

Argentieri, S. & Mehler, J. A. (2003). Telephone ‘analysis’: ‘Hello, who's speaking?’. *Insight: International Psychoanalytic Association*, 12, 17-19.

Aronson, J. (Editor) (2000). *Use of the Telephone in Psychotherapy*. Northvale, NJ: Jason Aronson.

Barak, A. (Editor) (2008). *Psychological Aspects of Cyberspace. Theory, Research, Applications*. New York: Cambridge.

Brainsky, S. (2003). Adapting to, or idealising technology. *Insight: International Psychoanalytic Association*, 12(1): 22–24.

Carlino, R. (2011). *Distance Psychoanalysis: The Theory and Practice of Using Communication Technology in the Clinic*. London: Karnac Books.

Davies, J. E. (2021). Intimate Solitudes: Unique Qualities of Psychoanalysis by Telephone. *Psychoanalytic Perspectives*, 18: 189–207.

Essig, T. (2015). The gains and losses of ‘screen relations’: a clinical approach to simulation entrapment and simulation avoidance in a case of excessive internet pornography use. *Contemporary Psychoanalysis*, 51:4, 680-703.

Essig, T. & Russell, G. I. (2021). A Report from the Field: Providing Psychoanalytic Care During the Pandemic. *Psychoanalytic Perspectives*, 18: 157–177.

Fishkin, R., & Fishkin, L. (2011). The electronic couch: some observations about Skype treatment. In: S. Akhtar (Ed.). *The Electrified Mind*. Lanham: Jason Aronson.

Gabbard, G. O. (2021). Cyberpassion: E-rotic Transference on the Internet. *Psychoanalytic Quarterly*, LXX:719-737.

Habib, Y. L. E. (2003). ‘Physical presence - a sine qua non of analysis?’. *Insight*, 12, 25-7.

Hanly, C. (2005). ‘Case material from a telephone analysis’. Unpublished panel presentation. Spring Meeting, American Psychoanalytic Association, Seattle, June 2007.

Hsiung, R. C. (2002). *E-Therapy: Case Studies, Guiding Principles, and the Clinical Potential of the Internet*. W.W. Norton.

Koocher, G. P., Norcross, J. C., Hill III, S. (Editors) (2004). *Psychologists' desk reference*, Second Edition. Oxford University Press.

- Koocher, G. P., Norcross, J. C., Greene, B. A. (Editors) (2013). *Psychologists' desk reference*, Third Edition. Oxford University Press.
- Lemma, A. & Caparrotta, L. (Editors) (2013). *Psychoanalysis in the Technoculture Era*. London and New York: Routledge, Taylor and Francis Group.
- Lemma, A. (2017). *The Digital Age on the Couch*. London & New York: Routledge.
- Maheu, M. M., Drude, K. P., Wright, S. D. (Editors) (2017). *Career Paths in Telemental Health*. Springer International Publishing Switzerland.
- Marzi, A. (a cura di) (2013). *Psicoanalisi, Identità e Internet. Esplorazioni nel cyberspace*. Milano: Franco Angeli. Traduzione inglese: *Psychoanalysis, Identity, and the Internet. Explorations into Cyberspace*. London & New York: Routledge, 2016.
- Migone, P. (2013). Psychoanalysis on the Internet: A discussion of its theoretical implications for both on-line and off-line therapeutic technique. *Psychoanalytic Psychology*, 30, 2: 281-299.
- Rey de Castro, A. (1998). Psychoanalysis at the Crossroads: the Challenge of Developing New Institutes. *Newsletter dell'International Psychoanalysis*, 7:1 23-24.
- Rosen, C. (2010). Can you hear me? Can you see me? Conducting a Skype internet analysis in Chinese. *Symposium 2011: Our Practice Today: Treatment and Transformation*, Mount Sinai Medical Center, New York.
- Russell, G. I. (2015). *Screen Relations. The Limits of Computer-Mediated Psychoanalysis and Psychotherapy*. London: Karnac.
- Russell, G. I., & Essig, T. (2020). *Bodies and screen relations. Moving treatment from wishful thinking to informed decision-making*. In: Govrin, A., & Mills, J. (Editors). *Innovations in Psychoanalysis. Originality, Development, Progress*. London and New York: Routledge, Taylor and Francis Group.
- Saul, L. J. (1951). 'A note on the telephone as a technical aid'. *Psychoanalytic Quarterly*, 20, 287-90.
- Scharff, J. S. (2010). Telephone analysis. *International Journal of Psychoanalysis*, 91: 981-992.
- Scharff, J. S. (2012). Clinical issues in analyses over the telephone and the internet. *International Journal of Psychoanalysis*, 93: 81-95.
- Scharff, J. S. (Editor) (2013). *Psychoanalysis Online. Mental Health, Teletherapy and Training*. London & New York: Routledge.
- Scharff, J. S. (Editor) (2015). *Psychoanalysis Online. Impact of Technology on Development, Training, and Therapy*. London & New York: Routledge.
- Scharff, J. S. (Editor) (2017). *Psychoanalysis Online. The Teleanalytic Setting*. London & New York: Routledge.
- Scharff, J. S. (Editor) (2018). *Psychoanalysis Online. Teleanalytic Practice, Teaching,*

*and Clinical Research*. London & New York: Routledge.

Smoktunowicz, E., & al. (2020). Consensus statement on the problem of terminology in psychological interventions using the internet or digital components. *Internet Interventions*, 21:100331.

Suler, J. R. (2016). *Psychology of the Digital Age*. Cambridge: Cambridge University Press.

Turkle, S. (1995). *Life on the Screen*. New York: Simon & Schuster. Trad. It. *La vita sullo schermo*. Apogeo Educazione.

Turkle, S. (2011). *Alone Together*. New York: Basic Books. Trad. It.: *Insieme ma soli. Perché ci aspettiamo sempre più dalla tecnologia e sempre meno dagli altri*. Einaudi.

Turkle, S. (2015). *Reclaiming Conversation*. New York: Penguin. Trad. It.: *La conversazione necessaria. La forza del dialogo nell'era digitale*. Einaudi.

Turkle, S. (2021). *The Empathy Diaries: A Memoir*. New York: Penguin.

Weinberg, H., Rolnick, A. (Editors) (2020). *Theory and Practice of Online Therapy. Internet-delivered Interventions for Individuals, Groups, Families, and Organizations*. New York & London: Routledge.

Zalusky, S. (2003). Dialogue: telephone analysis. *Insight: International Psychoanalytic Association*, 12(1): 13–16.

# **Intanto in Italia - Storia della psicoterapia online prima della pandemia Covid-19**

*[Pietro Roberto Goisis](#) e [Giorgia Lauro](#)*

## **Abstract**

Anche in Italia l'avvento tecnologico ha determinato un cambiamento nelle vite quotidiane di ogni individuo, come pure dei professionisti appartenenti al campo della salute mentale. Trasporre questo discorso nell'area clinica e tentare di rintracciare un decorso di come ci siamo mossi nel secondo millennio è decisamente un'impresa ardua. La carenza di materiale scientifico, studi, riflessioni, pensieri e scritti potrebbe da una parte rivelare una specifica “resistenza” nell'accogliere positivamente i cambiamenti repentini di cui si caratterizza la società tecno-liquida attuale, ma anche invitarci a riflettere su come la cultura italiana sia impregnata di un forte attaccamento al tradizionalismo. L'articolo si muove lungo tre direttrici: Internet, le normative, la clinica.

## **Parole chiave**

Internet, regolamenti, terapia online, cambiamenti, esperienze

## **I primi siti web per la psicologia**

Verso la fine dello scorso secolo appare evidente che Internet può riguardare anche il mondo della psichiatria e della psicologia. Chi si occupa di queste materie del sapere e della cura deve dialogare e utilizzare il mezzo. In quel preciso momento storico inizia a sentirsi l'esigenza di parlare dell'argomento sfruttando il canale testuale, cercando attraverso parole scritte di acquisire uno spazio nuovo che possa raggiungere non solo più persone, ma anche provare a tessere nuovi modi di relazionarsi attraverso il “fare informazione”.

Così, in poco tempo, nascono e si sviluppano tre differenti realtà.

- [POL.it – Psychiatry on line Italia](#), fondata nel 1995 da Francesco Bollorino e tuttora attiva come rivista scientifica registrata dal tribunale di Genova, è stato il primo sito web nel campo della psichiatria, che in un secondo momento si è anche occupato di psicoterapia e psicologia: offre una moltitudine di sezioni su molti argomenti – da Freud e Lacan a *Life on line* alle neuroscienze – e consente ai suoi utenti la possibilità di tenersi aggiornati attraverso le *news*, le rubriche, i video oppure di seguire dibattiti attraverso gruppi di discussione tematici per professionisti.
- Era invece il 1996 quando, ancora solo candidato della SPI, Marco Longo fondava [Psychomedia](#), presentato come il primo portale italiano di Psichiatria, Psicologia, Psicoanalisi e Psicoterapia. Sono passati più di 25 anni e il sito, oltre

ad offrire spunti teorici e racconti di esperienze, è una sorta di biblioteca online in cui sono raccolti articoli, seminari, atti di congressi, tesi di specializzazione, libri, riviste, recensioni e così via. Impossibile non ringraziare lo strumento tecnologico se oggi possiamo consultare questa stanza virtuale la cui capacità è quella di portarci a ritroso nel tempo e valutare attentamente tutti i progressi fatti.

- [Psiconline](#) – *Psicologia e psicologi in rete* (di cui è responsabile Luigi Di Giuseppe) è nata nel 1999 con l'obiettivo specifico di fare educazione, informazione e divulgazione psicologica al pubblico generico. La particolarità di questa realtà, più piccola rispetto alle altre due, è stata di avere al suo interno delle Chat con domande su temi specifici; inoltre era attiva una sezione denominata “Le risposte dell'esperto” in cui, attraverso una mail, gli utenti espongono la loro problematica e ricevevano una risposta da parte di uno psicologo e/o psicoterapeuta. Più di 350 utenti ogni giorno visitavano il sito; oltre a più di 30 e-mail di richieste di supporto. Già allora, quindi, molte persone confidavano di fruire di una risposta online per i loro problemi psicologici.

A queste va aggiunta *OpsOnline*, nata nel 2001 da un'idea di Nicola Piccinini. Inizialmente pensata come un sito per studenti di psicologia, quasi subito è diventata una *community* con discussioni intense tra psicologi, psicoterapeuti, talvolta anche professori universitari.

La Società Psicoanalitica Italiana manifestò rapidamente interesse per i nuovi strumenti della telematica: già verso la fine degli anni '90, Silvio A. Merciai, incaricato di coordinare la progressiva informatizzazione della Società e dei suoi Centri locali, era stato *webmaster* del sito ufficiale della Società (il primo sito europeo di una Società I.P.A.) originariamente ospitandolo nel suo spazio web, ed aveva aperto una *mailing list* riservata ai soci. Negli anni, il sito è diventato un dominio proprio ([SpiWeb](#)), amministrato direttamente dall'Esecutivo della Società, e la *mailing list* – alla quale peraltro a tutt'oggi sono iscritti solo poco più di un terzo degli aventi diritto – è diventata uno degli strumenti di comunicazione della Società, sotto l'attuale gestione tecnica di Marco Longo.

C'erano insomma le premesse per un atteggiamento – prudente, certo, data la novità e la celerità dell'avvento tecnologico – che in qualche modo motivasse la categoria professionale a chiedersi come e in che modo accogliere questo nuovo modo di porre domande, di cercare il contatto, di prendersi cura attraverso parole, anche se a quell'epoca solo scritte, tramite il web.

## **La terapia online nel nuovo millennio**

Abbiamo visto in precedenza (si veda [Merciai-Goisis](#) in questo stesso numero) quali siano state le primissime esperienze e riflessioni in Italia sul tema della psicoterapia online e come ci sia stato un crescente interesse nella letteratura internazionale (particolarmente in quella nordamericana) già prima della pandemia (si veda [Merciai](#) in questo stesso numero): nel nostro Paese, invece, nei primi anni del nuovo millennio si andrà avanti muovendosi poco e in ritardo e con scarsa considerazione dei pochi che



cercano di sottolineare le opportunità offerte dalle nuove tecnologie.

Negli ultimi anni del secolo scorso, 1998, esce quello che possiamo considerare il primo libro italiano sul tema dell'online, *Internet per Psicologi*. Scritto da Luca Pezzullo (attuale Presidente dell'Ordine degli Psicologi del Veneto) è un breve volume, in cui si affrontava il tema della possibilità di psicoterapia online, che pure sembrava di là da venire, aggiungendovi alcune riflessioni (speculative, viste le minime esperienze anche in letteratura, all'epoca) sulle possibili ricadute nel *setting*.

Nel 2001 (ma il libro è pubblicato tardivamente e presso un piccolo editore specializzato, per una complessa serie di vicende) Tonino Cantelmi, Simonetta Putti e Massimo Talli curano *@psychotherapy* (Cantelmi, Putti, Talli, 2001), una raccolta di studi sul fenomeno della terapia a distanza (tra gli autori, Vincenzo Caretti, Massimo Di Giannantonio, Francesco Gazzillo, Daniela La Barbera, Vittorio Lingiardi, Marco Longo e Silvio A. Merciai) che si presenta come 'i risultati preliminari di una ricerca sperimentale italiana': nel libro viene, tra l'altro, illustrata l'esperienza di *Psychoinside*, un sito web che si autoproclama, 'il primo centro psichiatrico italiano ad offrire un servizio di consulenza e psicoterapia on-line', sul quale si praticano *e-mail-therapy*, *chat-therapy* e *web-cam-therapy*, apparentemente con un certo successo (in pochi mesi 3000 persone attivano un contatto e 500 iniziano a frequentare la chat).

Nello stesso anno Castelnuovo, Gaggioli e Riva (2001) intraprendono una prima riflessione sull'utilizzo degli strumenti digitali nel campo della psicologia e della salute mentale e su come possano integrarsi nella relazione psicoterapeutica con il cliente. Queste le loro prime osservazioni e perplessità:

*il problema più critico in questo spazio convergente tra tecnologia e psicologia è fino a che punto gli strumenti iper-mediali innovativi potrebbero influenzare, bloccare, superare o supportare le tecniche ed i protocolli antichi e funzionali della psicoterapia. È possibile un'integrazione? A nostro avviso i principi di base, i metodi, le tecniche e le procedure in campo clinico non devono essere modificate: l'e-therapy non deve modificare teorie, tecniche e metodi tipici di ogni approccio (psicoanalitico, sistemico, cognitivo, comportamentale, interpersonale, strategico, ecc.), ma potrebbe influenzare il livello di comunicazione e quindi la possibile relazione e alleanza tra terapeuta e paziente. L'impostazione tradizionale potrebbe spostarsi in un mondo cyber (o virtuale, sintetico, e così via), senza intaccare i principi e i metodi di base dell'iter terapeutico.*

La precisazione immediata fornita dagli autori potrebbe forse risultare stringente, perché se da una parte si manifestava apertura nel tentativo di comprendere come integrare lo strumento tecnologico nel lavoro clinico, al contempo era molto forte l'esigenza di restare fedeli ai principi di base, ai metodi e alle tecniche possedute. La riflessione è comunque proseguita, tanto che Castelnuovo, Gaggioli e Riva nel 2003, tornando a parlare di *e-therapy* affermano che:

*rappresenta non una sostituzione della psicoterapia tradizionale né un'alternativa al Counseling psicologico: essa fornisce degli strumenti*

*diversi e innovativi che hanno il potere di accrescere l'efficacia della comunicazione all'interno del processo terapeutico.*

Proseguendo su questa scia, qualche anno più tardi Castelnuovo (2008) sposterà l'attenzione sui nuovi progressi tecnologici. Se prima erano l'e-mail ed il telefono gli strumenti più diffusi nell'ambito della telemedicina, adesso iniziavano ad essere presi in considerazione i cosiddetti *Medium Internet-based*, in cui la comunicazione poteva avvalersi anche del canale audio e video.

Iniziava quindi a farsi strada l'idea che la *e-therapy* potesse migliorare la psicoterapia tradizionale, ma solo in alcuni passaggi: lo strumento tecnologico, utilizzato in una fase iniziale, poteva essere considerato il giusto mezzo per condurre le persone verso una psicoterapia tradizionale.

Purtroppo però, dopo questi primi momenti di interesse, nel nostro Paese a lungo è sembrato che la questione online fosse una sorta di interesse informatico di qualche bizzarro psicologo o psicoterapeuta: è piuttosto difficile trovare libri, articoli, siti web che parlino con chiarezza e trasparenza dell'argomento. I pochi disponibili citano ripetutamente i lavori stranieri, fanno la storia dell'online, non si espongono. Le poche esperienze tentate non trovano diffusione, apprezzamento e conoscenza nella comunità professionale. Così, la maggior parte dei primi professionisti che già praticavano la psicoterapia online cessa di dare segni di sé. Perché? Forse perché è difficile esporre un modello o una teoria che si basava in gran parte sull'esperienza e non su dati di ricerca, quando nel campo psicologico erano dominanti pareri (ripetiamo "pareri") contrari.

Paradossalmente, uno dei principali attori nella storia della psicoterapia online in Italia è l'Ordine degli Psicologi (va sottolineato, invece, che nessuna delibera o indicazione arriva ai suoi iscritti dall'Ordine dei Medici, nonostante tra questi ci siano molti psichiatri e numerosi psicoterapeuti, come da ben definito elenco *ad hoc*, con un interesse alle forme di terapia a distanza certo non diverso da quello dei colleghi psicoterapeuti iscritti all'Ordine degli Psicologi).

## **Il CNOP e la posizione degli Ordini professionali**

Gli atteggiamenti spesso ambigui e contraddittori tra ciò a cui si voleva restare fedeli e ciò che invece veniva prodotto oltreoceano, a supporto della posizione che il nuovo strumento tecnologico fosse efficace ed efficiente nella pratica clinica, generano l'assunzione di una posizione estremamente rigida da parte del Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi (CNOP). È infatti datata 23 marzo 2002 una prima delibera da parte del CNOP in cui si stabilisce che l'attività psicoterapeutica e la consulenza psicodiagnostica via Internet non sono conformi ai principi espressi negli articoli 6, 7 e 11 del Codice deontologico degli Psicologi Italiani.

Nello stesso anno, parallelamente all'adozione di quel provvedimento, il CNOP ha richiesto a Catello Parmentola, membro della Commissione Deontologica dell'Ordine Nazionale, una prima riflessione sulle prestazioni psicologiche via Internet e a distanza.

Dalla lettura di questo articolo riemerge l'insieme di interrogativi tipici di quel periodo nei confronti della tecnologia, ambito nel quale viene ad annullarsi la dimensione del corpo e della parola, elementi imprescindibili in una relazione (psico)terapeutica etc. etc. Fine del problema?

Le cose non cambiano negli anni immediatamente successivi. Questo passaggio di un lavoro, molto citato, scritto nel 2005 da Stefano Carta, un analista junghiano, e ripubblicato nel 2009 sul Notiziario dell'Ordine degli Psicologi del Lazio, può in parte spiegarne le ragioni. Nelle sue conclusioni l'autore stronca pesantemente e senza mostrare alcun interesse di approfondimento scientifico le psicoterapie 'testuali'

*Le cosiddette psicoterapie via mail, o comunque affidate alla parola scritta, sono, al meglio, relazioni epistolari che possono, naturalmente, far bene quanto può far bene una lettera di un amico. E diciamo al meglio perché in questo caso l'amico è, in realtà, anonimo, e la parola scritta si presta ad infinite interpretazioni e contestualizzazioni che, in presenza di un conflitto psichico inconscio, verranno senza scampo utilizzate a fini difensivi. Al più, se non si tratta di vero e proprio inganno o di una circonvenzione, chi si offre di dare consigli attraverso il mezzo informatico e la parola scritta opera entro una cornice pedagogica, nella quale le opinioni che si scambiano - qualora vertano attorno ad una psicopatologia ed alla presenza di aree conflittuali inconsce - possono fare anche bene, ma quasi per caso. È nostra opinione che molte delle offerte di "psicoterapia" attraverso la parola scritta assomiglino pericolosamente alla vendita di oroscopi e predizioni che invadono i giornali e le televisioni ad opera di imbonitori senza scrupoli.*

mentre a proposito delle nascenti possibilità di video-sedute, conclude con queste parole che si pongono tra una (minima) apertura di interesse e una reiterata chiusura totale:

*...il discorso intorno ad un supposto setting nel quale paziente e terapeuta si possono vedere via webcam e parlare sincronicamente, è più delicato e richiede qualche riflessione in più per il fatto di assomigliare al setting reale della psicoterapia. Tuttavia, mai come questa volta la verosimiglianza è ingannevole.*

Su questo tema, a lungo le posizioni più o meno ufficiali sono rimaste estremamente critiche. Come avrà modo di dire con molta chiarezza Paolo Migone, la questione sembra assumere le caratteristiche di una disputa ideologica, purtroppo poco basata su un approccio scientifico, sperimentale e di ricerca. Eccone un esempio, preso di nuovo dall'articolo di Stefano Carta:

*cercheremo di dimostrare che non vi è possibilità di fondare una psicoterapia a distanza, neppure avvalendosi di collegamenti video sincroni, poiché un tale contesto rende impossibile la costituzione di una adeguata relazione tra paziente e terapeuta, relazione indispensabile per attuare qualsiasi intervento terapeutico fondato.  
... riteniamo che la "psicoterapia on line" sia impraticabile perché profondamente carente sul piano della relazione terapeutica tra paziente e*

*terapeuta.*

Abbiamo dato rilevanza a questo articolo non solo perché ampiamente citato nelle rassegne sull'argomento, e perché anticipa di circa quindici anni molte delle considerazioni critiche espresse poi durante la pandemia, ma anche e soprattutto per il metodo impiegato, che si basa sul tentativo di dimostrare, a partire dai cosiddetti criteri base di una psicoterapia di persona, che questa non è possibile online. Vengono utilizzate molte teorie psicoanalitiche passate e presenti, tutte finalizzate alla conferma della propria teoria originaria. È un lavoro profondo e argomentato, ma condotto da Carta con questa posizione: “ho un assunto a priori, ora lo vado a dimostrare”. Atteggiamento poco scientifico, ci vien da dire.

Stesso atteggiamento che troviamo nel lavoro del 2005 di Franco Di Maria e Ivan Formica, dal titolo che è già una sentenza “Psicoterapia online: una pericolosa illusione”. Stesso impegno dialettico, studio accurato dei testi citati, analoghe tesi precostituite da confermare. Stesso silenzio e nessuna ricerca sul tema per anni ancora.

Va segnalato che nel 2013 gli psicologi italiani furono convocati per votare una modifica del Codice Deontologico finalizzato a stabilire che "Le stesse regole si applicano anche nei casi in cui le prestazioni, o parti di esse, vengano effettuate a distanza, via Internet o con qualunque altro mezzo elettronico e/o telematico". Di fatto fu un momento in cui ritornò alla ribalta il dibattito sull'utilizzo di internet da parte degli psicologi, anche in questo caso non in una cornice scientifica, ma prettamente ideologica (sì/no), senza spiegare troppo il perché o magari il come. Il cambiamento determinato dal risultato referendario, favorevole, però, non fu banale, perché, stante il fatto che la delibera di divieto del 2002 era ancora in vigore (lo è ancora teoricamente in alcune Regioni italiane...) diede di fatto il via all'emanazione delle prime linee guida sulle prestazioni via internet.

E' nello stesso anno, infatti, che il CNOP sente l'esigenza di “fare il punto” sulla situazione (dall'altra parte, bisognava iniziare ad allargare lo sguardo anche su quanto era già stato prodotto in Europa, ad esempio le “[Indicazioni etiche delle prestazioni psicologiche via Internet e a distanza](#)”, da parte dell'European Federation of Psychologists' Associations – EFPA nel 2006) ed emana una prima [Linea Normativa Ufficiale](#): ne motivava l'urgenza, tra l'altro, una [ricerca](#) commissionata tra il 2012 ed il 2013, dalla quale erano emersi risultati significativi. Molto brevemente, si era assistito ad un fenomeno sempre più diffuso di offerta psicologica online, in linea con le trasformazioni dello strumento tecnologico. Su circa 10.126 link analizzati (CNOP, 2013) circa la metà offrivano servizi psicologici online. Più nel dettaglio, emerse che la tipologia di prestazione maggiormente erogata era quella della consulenza psicologica, offerta tramite canali differenti: dalla mail, alla chat, dalla video o audio-consulenza, a quella via telefono, a pacchetti preconfezionati che mixavano i diversi canali. Skype risultava la piattaforma video più utilizzata.

Elemento centrale del documento è il porre l'attenzione sull'utilizzo di sistemi hardware e *software* che prevedano efficienti sistemi di protezione dei dati, nonché una richiesta

esplicita per gli psicologi di fornire informazioni appropriate sulla propria identità, iscrizione all'Ordine, titoli professionali e così via nei confronti dell'utente. In aggiunta, per una maggiore supervisione dell'attività clinica online, questa prima Raccomandazione rendeva obbligatoria per lo psicologo la comunicazione al proprio Ordine di appartenenza dell'indirizzo web sul quale svolgeva l'attività online, la tipologia di *software* e dispositivo tecnologico utilizzato.

Rimane il dubbio che tale attenzione, più che agli aspetti teorici, tecnici, metodologici, dipendesse dalle inevitabili leggi del mercato e dal timore di concorrenze vissute come più o meno sleali.

Dopo la prima riflessione nel 2013 sulle criticità e l'opportunità degli interventi psicologici a distanza, finalmente, il 2017 è un anno di svolta nel quale, tra relazioni sempre più virtuali e aumento delle richieste sui servizi di telemedicina, teleassistenza e telepsicologia, nascono le prime Linee Guida dal titolo "[Digitalizzazione della Professione e dell'Intervento Psicologico mediato dal Web](#)", ad opera della Commissione Atti Tipici del CNOP (le Linee Guida, divise per sottocapitoli – Etica, Adeguatezza, Competenza, Aspetti Legali, Riservatezza, Consenso, Gestione delle Crisi – si trovano nel Capitolo 6 del documento).

Si avvertiva la necessità di specificare ulteriormente il campo di applicazione della psicologia online:

*...l'analisi dell'intervento psicologico mediato dalle nuove tecnologie riveste un interesse strategico per una serie di motivi e implicazioni: prime fra tutte l'incremento costante di professionisti che ne fanno uso anche a seguito della crescente domanda di psicologia da parte dell'utenza.*

*[...] In secondo luogo perché tale fenomeno (l'intervento psicologico on line) presenta delle caratteristiche di unicità e novità tali da richiedere un'approfondita analisi epistemologica, deontologica ed empirica prima ancora che di metodo.*

Scopo del documento è quindi quello di individuare azioni e strategie volte a sviluppare e promuovere la professione, ma sempre con un particolare riguardo ai processi di sensibilizzazione e tutela dell'utenza. Una significativa novità era l'autorizzazione a condurre una terapia online anche senza aver mai incontrato il potenziale paziente di persona.

Ciò che possiamo dedurre da questo documento è che per poter guardare al futuro era necessario imparare ad abitare le nuove stanze virtuali, perché se anche le nostre identità individuali e professionali andavano modellandosi in un contesto altamente digitalizzato, non si poteva più fare a meno di comprendere come familiarizzare con un progresso tecnologico che non aveva nessuna intenzione di rallentare la sua corsa.

## **Le posizioni nel mondo psicoanalitico**

Tra gli autori italiani che si sono occupati maggiormente di psicoterapia online dal punto di vista psicoanalitico trova un posto specifico Paolo Migone, che inizia a

scriverne fin dal 1999 e tuttora ne è protagonista (si veda [Migone](#) in questo stesso numero). Gli articoli scritti sono numerosi, impossibile citarli tutti. Ci limitiamo al primo, appunto, ripreso più volte in seguito sempre rimanendo fedele alle posizioni iniziali, dove scrive che

*ironicamente, e contrariamente alla comprensibile opinione dei tanti colleghi che guardano con scetticismo alla psicoterapia in rete, ... parrebbe che una psicoterapia come quella in rete, basata essenzialmente sulla comunicazione verbale e per certi versi "impersonale" tra paziente e terapeuta, risponda ai criteri addirittura di una psicoanalisi, da molti ritenuta superiore o più "profonda" delle altre psicoterapie*

*... è possibile che la cautela nei confronti della psicoterapia in rete sia spiegabile col fatto che vi è stata una crescente presa di distanza, più o meno esplicita, nei confronti di un certo modo di intendere il modello classico, basato sulla anonimità del terapeuta e su quella che potremmo chiamare una "personectomia" dell'analista, modello che pare estremizzato in modo quasi caricaturale appunto dalla psicoterapia in rete*

*... anche in rete possa essere condotto un trattamento che risponde ai requisiti della psicoanalisi: attenta analisi delle manifestazioni transferali a partire dal tipo di contesto in cui avviene l'incontro paziente-terapeuta (in questo caso, la rete, nelle sue varie possibili modalità), ben consapevoli che questo contesto avrà sempre una pesante influenza sul transfert stesso, influenza che comunque dovrà essere attentamente analizzata*

*... la psicoterapia in rete possa avere una sua dignità come terapia, proprio allo stesso modo con cui altre tecniche terapeutiche hanno una loro dignità (terapia di gruppo, terapia familiare, ecc.)... potrebbe essere considerata, per certi versi, una "nuova frontiera" così come, nella storia della psicoanalisi, di volta in volta si sono dovuti affrontare nuovi problemi tecnici che hanno costretto ad una salutare messa a punto della teoria: alludo alla terapia degli psicotici (Sullivan), dei bambini (Melanie Klein), del narcisismo (Kohut), di certi disturbi di personalità (Kernberg), e poi degli adolescenti, dei gruppi, delle famiglie, dei tossicodipendenti, delle delinquenze, ecc. Come sappiamo, tutti questi territori di confine hanno prodotto un salutare ripensamento della teoria psicoanalitica, che a volte ha prodotto innovazioni che più tardi sono state generalizzate arricchendo il nostro modo di comprendere il meccanismo della psicoterapia.*

*Il modo con cui veniva affrontata la psicoterapia on-line metteva a nudo, a volte impietosamente, il modo con cui veniva concepita e praticata la psicoterapia non on-line, ad esempio le sue stereotipie, la sua tecnica ritualizzata o ossificata (questa sì "senza teoria", cioè senza vita, in cui il legame tra teoria e tecnica era andato perduto), e quindi una concezione del setting che comportava errori tecnici anche nella psicoterapia non on-line (tanti sono gli esempi in cui viene discussa la psicoterapia on-line in modo stereotipato e a volte autocontraddittorio, in cui si procede per asserzioni non dimostrate o dando per scontate delle regole formali della psicoterapia senza interrogarsi in modo coerente sul loro senso all'interno della teoria della tecnica...).*

Come Paolo Migone ben racconta nel suo articolo (si veda [Migone](#) in questo stesso numero), non è stato facile neppure per lui trovare una buona accoglienza sia nella pubblicazione, sia nella comprensione di quanto andava scrivendo. In Italia, come all'estero. Un atteggiamento di sostanziale disinteresse, ben testimoniato dalla relativa scarsità di contributi pubblicati in materia: il lettore se ne renderà conto facilmente scorrendone l'elenco qui di seguito (esaustivo, secondo la nostra ricerca).

Ci vorranno comunque dodici anni dalle prime riflessioni in ambito SPI (quelle, dimenticate, di [Merciai](#) del 2000 sulla terapia online e di [Goisis](#) del 2001 su una analisi condotta parzialmente per e-mail) prima che un altro psicoanalista SPI, Giuseppe Fiorentini, [pubblichì ufficialmente](#), sulla Rivista di Psicoanalisi (nel 2012) un articolo sulla terapia analitica via Skype. Timidamente lancia l'argomento. È molto cauto, timoroso, perplesso (forse anche delle possibili reazioni ostili da parte del *mainstream* psicoanalitico):

*Le conseguenze della comunicazione globale via Internet e della virtualizzazione della realtà si coniugano, dando luogo, da un lato, ad una pluralità di legami perché si moltiplicano le possibilità di incontro, dall'altro lato alla constatazione che così come è facile iniziare una relazione (anche terapeutica, via Skype) è altrettanto facile terminarla. Tutti elementi che su più piani influenzano lo svolgimento dei nostri trattamenti e forse addirittura mettono a repentaglio il futuro stesso della nostra disciplina: i tempi dell'analisi e le sue mete sembrano infatti francamente antitetici al mondo che ci circonda. Soggetti vittime dell'attuale «disagio della modernità», dopo essersi affacciati ai nostri studi sono spesso propensi, come sappiamo, ad abbandonarli rapidamente, o si dichiarano disponibili solo per terapie brevi e a bassa frequenza di sedute, acuendo un corrispondente nostro disagio.*

L'autore stesso sottolinea un elemento che più avanti in questo numero della Rivista verrà ripreso:

*Inoltre, nell'analisi a distanza manca uno spazio fisico condiviso: siamo soli, in una condizione di pseudo intimità, e privi svantaggiosamente (Allison e Fornari Spoto, 2011) di un reciproco rapporto diretto con la corporeità e con i relativi canali sensoriali (ad esempio olfattivi, attraverso i quali percepire reazioni di rabbia, paura, eccitazione sessuale etc.).*

L'anno dopo, nel 2013, Andrea Marzi cura un libro collettaneo, *Psicoanalisi, identità e Internet. Esplorazioni nel cyberspace*, che sarà seguito da una edizione in lingua inglese nel 2016: si tratta di una ampia rassegna dei concetti citati nel titolo, letti attraverso la lente psicoanalitica. Nella prefazione al volume Antonino Ferro afferma:

*cosa dire di Skype, al quale mi ero sempre sottratto, anche perché pensavo fosse noioso e che invece in un'analisi, che altrimenti avrebbe dovuto interrompersi per sei mesi, ci ha dato la possibilità di poter continuare il lavoro analitico, del quale ha fatto parte anche la riflessione sul nuovo "strumento" "difesa" introdotto?*

Commento che appare come un'apertura al nuovo, mentre ci lascia al contrario

perplessi un'affermazione riportata nella presentazione web dell'edizione inglese:

*Questo libro è completo e profondo, concreto e simbolico, un'integrazione erculea della tecnica e della psicoanalisi. Spiega la tecnologia e le definizioni di cyberspazio, realtà virtuale e social media, e presenta la visione che la tecnologia è una forza distruttiva nella psicoanalisi.*

Nel 2015 Stefano Bolognini, in qualità di Presidente I.P.A., apre il Congresso di Boston. In un passaggio parla anche di *remote analysis* dal punto di vista istituzionale (pur senza riferirsi a nessuna realtà italiana), tema ripreso pochi mesi dopo nel Congresso Nazionale SIPP, [affermando](#) tra l'altro:

*Sappiamo bene come questo strumento tecnologico sia una nuova, innegabile realtà nell'attività clinica di parecchi psicoanalisti, e mentre scrivo queste note ho in mente i molti autorevoli colleghi che sono convinti sostenitori di tesi rispettivamente pro- o contro l'uso della Remote Analysis in psicoanalisi; così come sono bene informato della crescente diffusione di questa pratica. ... quel che è certo, è che l'uso della Remote Analysis si va diffondendo rapidamente... È stato anche ipotizzato che probabilmente l'uso della Remote Analysis svilupperà in modo compensativo e in senso lamarckiano alcune funzioni (come quelle visive e auditive) per sopperire alla mancanza delle sensazioni olfattive e prossemiche della seduta di persona... Si ritiene che nella pratica privata post-associatura ogni analista si regoli come crede, "secondo scienza e coscienza"; ...*

Nel 2016 Paolo Cotrufo pubblica *Mia madre odia le carote. Corrispondenza psicoanalitica tra sconosciuti. Anoressia, corpo, sessualità*, un libro originale nel quale riporta gli scambi avuti tramite mail con una ragazza sofferente di un DCA. Non viene considerata una terapia (la paziente ha in corso un trattamento analitico con un'altra collega), ma di fatto sono mail che attivano momenti terapeutici.

Nel 2017 appare un accenno significativo da parte di Giuseppe Civitarese (si veda [Pendenza](#) in questo stesso numero), ma soprattutto Giuseppe Fiorentini e Andrea Marzi scrivono un capitolo nel terzo dei volumi *Psychoanalysis online* curati da J. S. Scharff. Già dal titolo, *Light and shadow in online psychoanalysis*, si comprende che si tratta di un lavoro che si muove a cavallo tra i pro e i contro, come se nella riflessione psicoanalitica si continuasse a faticare nel trovare nuove forme di lettura e comprensione del fenomeno. Studiare il cosiddetto virtuale con gli strumenti tradizionali è meta-filosofia. L'online, il cosiddetto virtuale, invece è una realtà con le sue specifiche caratteristiche. Continuare a studiarla e parlarne con gli strumenti tradizionali, come se fosse altro, è fuorviante. Eccone un esempio

*...il "posto", la dimensione nella quale via Skype incontriamo i nostri pazienti, pur rimanendo seduti nello studio accanto al monitor. Attraverso lo schermo, lo studio, noi stessi e le nostre parole sono trasportati in quell'altro spazio dove si trova il paziente il quale, a sua volta, quasi in una vorticoso fuga di specchi, sempre grazie allo schermo ha la sensazione di essere lì dove noi siamo. Come se la effettiva stanza di consultazione (se ancora di essa ha*



*un senso parlare) si trasferisse in un cyberspazio, in un non-luogo, nel quale paziente ed analista sono in contatto sincronico e biunivoco e si percepiscono sia lontani che illusoriamente vicini.*

Perché si parla ancora – siamo nel 2017! – di “illusoriamente vicini”? Come è possibile insistere su concetti ormai ampiamente superati da ricerche e verifiche?

E ancora, prendendo in considerazione

*i guai tecnologici che si possono verificare. Non v'è dubbio che i crash della trasmissione (interruzioni, connessioni deboli o intermittenti, etc.) siano aspetti che creano una condizione che deve essere elaborata analiticamente. Forse possono essere equiparati a improvvise inintenzionali rotture del setting, o a disturbi del livello empatico, di cui tuttavia non conosciamo ancora la portata sul prosieguo della terapia.*

Allora dovremmo alla stessa stregua “elaborare analiticamente” il fatto che un martello pneumatico stia lavorando alla ristrutturazione dell'appartamento contiguo. Forse basterebbe dispiacersi reciprocamente per l'accaduto, il disturbo, il *crash tecnologico*, e riprendere o continuare a lavorare, se possibile. Anche analizzandone le modalità con cui ne parla o le eventuali fantasie associate, se utile e necessario.

In realtà, una domanda e un fantasma si rincorrono nella stanza, gli stessi che accompagnano ogni novità o variazione tecnica. Questa è vera analisi?

*La nostra preoccupazione è la seguente. Dal momento che non è difficile presumere che diventerà sempre più “immersivo” il contesto, l'ambiente, nel quale condurre trattamenti psicologici, il rischio è che tali sofisticazioni conducano ad un uso indiscriminato e banalizzante delle terapie in ambiente digitale all'insegna di un pragmatismo dilagante che tende a disconoscere i limiti. Cautela dunque! Sulla base di quanto abbiamo affermato, riteniamo che allo stato attuale delle nostre ricerche la teleanalisi andrebbe collocata nella prospettiva di un percorso parallelo rispetto a quello dell'analisi tradizionale. Le due modalità di cura non sarebbero da contrapporre ma da distinguere, riconoscendo ciò che è specifico del metodo classico pur nella condivisione di una unica matrice e di obiettivi simili.*

Cautela, dunque, affermano Fiorentini e Marzi, e un uso solo temporaneo.

*Condividiamo la posizione di svariati Autori, secondo i quali il trattamento a distanza dovrebbe sostituire solo temporaneamente il trattamento condotto nei nostri studi, ove questo risulti impraticabile, e con il proposito di tornare alle condizioni di partenza (una presenza corporea come elemento di base, e una stanza come luogo reale e riconoscibile) quando queste diventino nuovamente perseguibili, considerando dunque l'analisi di persona quella d'elezione.*

Anche se alla fine mostrano una parziale apertura, seppur con riserva:

*Tenendo conto di queste limitazioni, siamo dell'idea che questa modalità possa considerarsi sufficientemente accettabile, sempre che il paziente sia*

*già conosciuto dall'analista e che la durata di tale esperienza, come si è detto, sia limitata nel tempo. Bisogna infatti riflettere sulle teleanalisi direttamente iniziate col mezzo tecnologico, senza aver mai incontrato nel proprio studio il paziente. Sembra che la presenza fisica della coppia analitica sia comunque opportuna se non necessaria, almeno in qualche momento, per non lasciare spazio, tra l'altro, a inquinamenti difensivi dell'uso della teleanalisi, magari lasciati come blind spot della coppia se la tele analisi non ha alcun ritorno all'analisi in presenza.*

Parziale apertura, peraltro, sempre in ambito S.P.I., smentita poco dopo da Cristiana Cimino, pur nel rispetto delle necessarie differenti posizioni teorico/cliniche, che nell'[articolo](#) pubblicato nel 2018 ([ripreso](#) sul sito della S.P.I.) afferma:

*... dal mio punto di vista, attraverso Skype si possono fare delle buone conversazioni, non certo un'analisi. Questo è un altro (e nuovo) limite a cui gli esseri umani che scelgono di fare gli analisti o di sottoporsi a un'analisi dovrebbero sottomettersi.*

## **Oltre la psicoanalisi**

Psicoterapeuti di formazione non psicoanalitica si sono occupati più ampiamente delle terapie online, in particolare nel decennio immediatamente precedente la pandemia; ne faremo un breve cenno, questa volta senza pretesa di esaustività. Dal numero di citazioni riportate in questo articolo sembra che l'argomento sia stato abbondantemente frequentato dagli autori italiani. È un'impressione fallace, perché abbiamo cercato di prendere in considerazione la maggior parte dei contributi trovati in letteratura. In realtà c'è un altro interessante fenomeno, cioè una differenza significativa tra i lavori fino al 2010 e quelli del decennio successivo, caratterizzato da posizioni progressivamente più aperte e meno critiche. Molto in ritardo, è vero, ma qualcosa sembrava cambiare, impercettibilmente, seppur stabilmente.

Ci sono i lavori di [Caroppo](#) (2001), Vallario (2008), Strumia (2014), Algeri, Gabri e Mazzucchelli (2018). Si parla anche di tariffe e costi.

Nel 2013 Stefano Manzo (Presidente dell'Ente di Ricerca Anima che ha mappato i 389 siti web che offrivano prestazioni psicologiche a distanza nel 2015) pubblica l'articolo "Oltre il mito sulle prestazioni psicologiche online" sul Giornale dell'Ordine degli Psicologi.

Riassumiamo le sue posizioni:

*... la complessità del tema e le questioni che solleva non sono solvibili entro le sole mura di casa, cioè entro la dialettica tra professionisti pro e contro, non essendo la questione riducibile ad un contenzioso tra pareri.*

*... la forma che ha assunto il dibattito in Italia, che si è radicalizzato entro posizioni estreme, ne sta ritardando lo sviluppo.*

*... la modalità online si presta ad essere un ottimo laboratorio per lo studio e l'approfondimento della tecnica e della teoria della tecnica impiegata, poiché costringe ad una esplicitazione delle premesse che organizzano*

*l'intervento, il setting, la teoria della mente di riferimento, il modello di cambiamento che adottiamo.*

*... Se tale confusione è da attribuire alla novità del mezzo va ricordato che il tema dell'online ha una tradizione più che trentennale in altri paesi. La letteratura prodotta nel nostro paese è carente, e spesso prodotta entro un unico vertice teorico di riferimento, con pochi studi empirici, e tanta pregiudiziale chiusura.*

Sabrina Cipolletta, Dipartimento di Psicologia Generale dell'Università di Padova, di orientamento cognitivo-costruttivista, nel 2015 scrive un articolo per aprire uno spazio di riflessione su alcune questioni legate allo svolgimento di sedute di psicoterapia via Skype. A partire dall'analisi di tre situazioni cliniche, si interroga su come cambia la presenza nella relazione terapeutica quando questa è online. Affronta la questione nei termini di come un nuovo mezzo di comunicazione, la videoconferenza, si inserisca nel processo terapeutico piuttosto che nei termini di una contrapposizione tra terapia online e *offline*. Concludendo che ciò che accade nella conversazione dipende più dal tipo di relazione terapeutica instaurata che dal mezzo utilizzato.

Tra i più attivi nell'esplorazione delle frontiere dell'online troviamo Ada Moscarella (si veda [Moscarella](#) in questo stesso numero) che, a partire dal 2016 (poi 2017, 2018, 2019), nei Convegni della Società Italiana di Psicologia e Psicoterapia Relazionale, inaugura una riflessione all'interno dell'ambito sistemico in Italia. In particolare il tema trattato riguarda la necessità di superare, oltre i pregiudizi, anche una sorta di resistenza che si accomodava nel riproporre tecnicismi, senza chiedersi se non fosse il caso di ripensare alla tecnica.

Nell'articolo "[La consulenza psicologica al passo con i tempi](#)", pubblicato nel 2019, Arianna Pallavicino e Carmen Ricciarelli affermano con evidenza che ogni professionista per poter stare al passo con i tempi debba riuscire ad utilizzare anche queste nuove forme di comunicazione. Nonostante i numerosi vantaggi occorre però non sottovalutare le perdite che, a loro avviso, questo tipo di consulenze comportano: il linguaggio non verbale, il contatto visivo e l'empatia si creano solo attraverso un rapporto *face to face*.

Infine, sempre nel 2019, sulla rivista *Cognitivismo Clinico*, Federica Mancuso dell'Università degli Studi dell'Aquila, pubblica il lavoro "La terapia online: innovazione e integrazione tecnologica nella pratica clinica", nel quale afferma che

*l'identità di un individuo, d'altronde, si sviluppa anche grazie all'interazione con il contesto circostante, che è ad oggi per la gran parte digitalizzato. Le nuove generazioni sono già abituate ad instaurare relazioni utilizzando come tramite un device e la connessione ad Internet, ed è quindi importante che i giovani psicologi in questo preciso momento storico imparino a familiarizzare con le tecnologie, per non rischiare di essere travolti dal nuovo che non cessa di avanzare.*

## E improvvisamente tutti online

Arriviamo così al 2020, alla pandemia.

Nei primi mesi esce *La clinica e il web. Risorse tecnologiche e comunicazione psicoterapeutica online*, ad opera di Manfreda, Albertini e Eisenberg, ovviamente scritto l'anno prima. Un volume ricco e completo, con ampia visuale e prospettiva.

Dicono gli autori:

*Ci siamo impegnati nello sforzo di scrivere un libro sulla comunicazione terapeutica online pur sapendo che scriviamo nella sabbia e che tra poco ci saranno altre modalità di comunicare e altre cose da dire.*

Il mondo psicoterapeutico italiano, consciamente o meno, era quindi abbastanza “pronto” per quanto stava per accadere in maniera improvvisa e inaspettata. Forse per questo motivo il rapido passaggio all'online non è stato così brusco e traumatico.

Non così, ci pare, per gli psicoanalisti, forse quelli meno attrezzati e preparati. Infatti gli studi in argomento erano stati guardati con molta sufficienza, e quindi i livelli di approfondimento, che comunque erano stati teorizzati, erano rimasti patrimonio di pochi. Qui il passaggio è stato piuttosto traumatico, fino a produrre delle vere e proprie sacche di resistenza al passaggio all'online. Ciò nonostante anche qui è avvenuto.

Una delle profezie negative espresse solo qualche anno prima (Graziella Magherini nel 1996 avanzava la tesi di un attacco letale contro la psicoanalisi ad opera di due fattori paradigmatici del mondo che ci circonda: Internet e psicofarmaci) è stata smentita.

La ricerca progredisce sui numeri, sui grandi numeri. Con la pandemia li abbiamo a disposizione. Migliaia e migliaia di psicoterapeuti hanno iniziato a tenere le loro sedute online, anche quelli che mai prima ci avrebbero pensato.

A fine marzo 2020 la S.P.I. ha aperto un dibattito [online](#) sul suo sito (si veda [Bambini-Ponsi](#) in questo stesso numero).

Il 6 aprile 2020 l'Ordine degli Psicologi della Lombardia ha organizzato uno dei primi [webinar](#) sulle terapie online, al quale hanno partecipato più di 1600 psicoterapeuti.

A distanza di pochi giorni, il 12 Aprile 2020 è nata la Società Italiana di Psicologia Online (SIPSIOL) presieduta da Luigi di Giuseppe (si veda [Di Liborio](#) in questo stesso numero), con l'obiettivo di promuovere un approccio scientificamente corretto all'utilizzo dello strumento tecnologico da parte dei professionisti, ma sempre con un vigile e attento occhio di riguardo alla tutela di tutti coloro che richiedono prestazioni professionali online.

Pertanto, l'esigenza di essere improvvisamente tutti presenti nell'online ha generato non solo nuove prospettive per la categoria professionale, ma anche importanti riflessioni su come abitare le nuove stanze di analisi.

Lo studio della salute mentale non dovrebbe mai ridursi ad una lettura univoca, filtrata da un modello che spesso viene considerato come “privilegiato” rispetto ad altri, ma dovrebbe muoversi in un'ottica che integri le diverse prospettive e forme che essa

assume in funzione dei cambiamenti scientifici, culturali, sociali e antropologici. Forse più che avere timore della tecnologia che corre instancabilmente nel proporci sempre nuove modalità di utilizzo, dovremmo provare a riflettere sul perché ci sentiamo così in difficoltà nell'accogliere nuove modalità di intervento, perché tentenniamo all'idea di modellare e adattare lo strumento teorico e pratico che ha dato forma alla nostra professione, e quindi a chiederci cosa ci spaventa dell'ignoto.

Ma questa è già diventata un'altra storia che sarà raccontata meglio nelle prossime pagine della Rivista.

## **Bibliografia**

Algeri, D., Gabri, S., Mazzucchelli, L. (2018). *Consulenza psicologica online. Esperienze pratiche, linee guida e ambiti di intervento*. Giunti: Milano.

Allison, L., Fornari Spoto, G. (2011). Analysis and supervision by telephone and skype: valid alternative, a stop-gap measure or best avoided? *Bull. British Psychoanal. Soc.*, 47, 7, 26-32.

Cantelmi, T., del Miglio, C., Talli M., D'Andrea, A. (1999). *La Mente in Internet. Psicopatologia delle condotte online*. Torino: Piccin.

Cantelmi, T., Putti, S., Talli, M., (2001), *@psychotherapy. Risultati preliminari di una ricerca sperimentale italiana*. Edizioni Università Romane.

Carta, S. (2005). Psicoterapie online? *Psicotech*, pp. 1000-1032, Milano: Franco Angeli.

Castelnuovo, G., Gaggioli A., Riva G., (2001). CyberPsychology meets clinical psychology: The emergence of e-therapy in mental health care. In Riva G., Galimberti C., (2001). *Towards Cyberpsychology: Mind, Cognitions and Society in the Internet Age*, Amsterdam, IOS Press.

Castelnuovo G., (2008). New Technological Settings of Communication to Improve the Traditional Techniques in Clinical Psychology and Psychotherapy. *The Open Communication Journal*, 2(1).

Cipolletta, S. (2015). Quando la relazione è online. Riflessioni su sedute terapeutiche via Skype. *Costruttivismi*, 2: 78-87.

Civitaresse, G. (2017). *Glossarietto di psicoanalisi*. Milano: Mimesis.

Cotrufo, P., Zoe (2016) *Mia madre odia le carote. Corrispondenza psicoanalitica tra sconosciuti. Anoressia, corpo, sessualità*. Mimesis Edizioni, Milano.

Di Maria, F., Cannizzaro, S., (2001). *Reti telematiche e trame psicologiche. Nodi, attraversamenti e frontiere di Internet*. Milano: Franco Angeli.

Fiorentini, G. (2012). L'analisi via Internet: variazioni di setting e dinamiche transferali-controtransferali. *Riv.Psicoanal.*, 58(1): 29-45.

- La Barbera, D., (2001). "Dall'Agorà al cyberspazio: modelli di esperienza e relazioni in rete". In Caretti V., La Barbera D. (A cura di), *Psicopatologia delle realtà virtuali*. Milano: Masson.
- Magherini, G. (1996). *Chi ucciderà la psicoanalisi. Psicofarmaci e Internet all'assalto*. Firenze: Ponte alle Grazie.
- Mancuso, F. (2019). La terapia online: innovazione e integrazione tecnologica nella pratica clinica. *Cognitivismo clinico*, 16, 2, 193-207 Firenze: Giovanni Fioriti Editore.
- Manfrida, G., Albertini, V., Eisenberg, E. (2020). *La clinica e il web*. Franco Angeli, Milano.
- Manzo, S. (2013). La consulenza psicologica online. In Felaco, R. et al., *Atti del Convegno Il colloquio Clinico*.
- Marzi, A. (a cura di). (2013). *Psicoanalisi, Identità e Internet. Esplorazioni nel cyberspace*. Milano: F. Angeli.
- Marzi, A. (2017). Identità dell'analista e mondo digitale: una nuova frontiera della psicoanalisi. *Riv. Psicoanal.*, 63(2): 403-426.
- Marzi, A. & Fiorentini, G. (2017). Light and shadow in online psychoanalysis. In Scharff, J. S. (ed.). *Psychoanalysis online*. Vol.3. London: Karnac.
- Migone, P. (1999). La psicoterapia in rete: un setting terapeutico come un altro? Riflessioni da un punto di vista psicoanalitico. In: Bollorino F., a cura di, *Psichiatria on-line. Strumenti di ricerca scientifica, comunità terapeutiche, interazione tra medico e paziente*. Milano: Apogeo, 1999, pp. 255-265.
- Parmentola, C., (2003). Le prestazioni psicologiche via Internet e a Distanza - Una riflessione deontologica non derogabile. *Rivista dell'Ordine Nazionale degli Psicologi*.
- Pezzullo, L. (1998). *Internet per psicologi*. Padova.
- Strumia, F. (2014). Note sulla psicoterapia online. *Psicobiettivo*, 34, 3, pp. 51-65.
- Vallario, L. (2008). *Naufregi nella rete. Adolescenti e abusi mediatici*. Milano: Franco Angeli.

## "Cosa abbiamo imparato": conversazione con Stefano Bolognini

[Stefano Bolognini](#) – Resoconto a cura di [Pietro Roberto Goisis](#) e [Silvio A. Merciai](#)

Probabilmente Stefano Bolognini non ha bisogno di presentazioni.

Medico, psichiatra, dopo aver lavorato nei Servizi Psichiatrici del Veneto, si è dedicato alla professione di psicoanalista. Dal 1985 è membro della Società Psicoanalitica Italiana; dal 1998 ordinario con funzioni di *training*. Ha svolto il ruolo di Segretario Scientifico dal 1997 al 2001, mentre dal 2009 al 2013 ne è stato il Presidente. Membro del comitato editoriale europeo dell'*International Journal of Psychoanalysis*, dal 2002 al 2012 e del *Theoretical Working Party* della Federazione Europea della Psicoanalisi. È autore di centinaia di articoli specialistici, di numerosi libri di settore, ma anche di racconti e storie, sia tratti dalla clinica, sia dalle esperienze di vita. Tra i suoi temi preferiti, le ricerche sull'empatia e la relazione tra gli esseri umani. Ha tenuto seminari e convegni in tutto il mondo.

Nel 2011 Bolognini è stato eletto presidente della *International Psychoanalytical Association* (IPA), primo italiano a ricoprirne la carica, dal 2013 al 2017.

Abbiamo pensato a lui come interlocutore in grado di accompagnarci nell'osservazione dei cambiamenti passati e presenti nel campo delle terapie online: la conversazione con lui è avvenuta sulla piattaforma Zoom il 31 maggio 2021 (cliccate sull'immagine accanto ad ogni domanda per accedere ai video delle sue risposte).

Cogliamo l'occasione per ringraziarlo della consueta disponibilità mostrata, del tempo che ci ha dedicato, del confronto franco e riflessivo avuto.

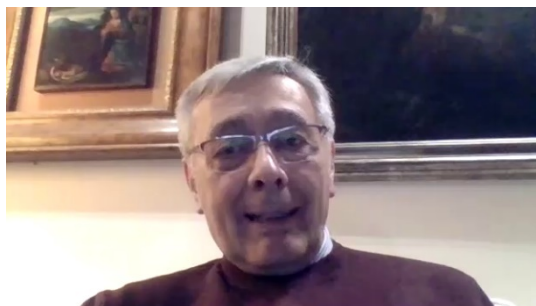
Abbiamo iniziato la nostra conversazione con la prima domanda. "Ci puoi descrivere brevemente come "compare" la tematica delle terapie online nella tua storia professionale, con particolare riferimento al tuo ruolo di Presidente SPI, prima, e IPA poi? E alle tue esperienze in questo campo, se ne hai avute".



Alla comparsa della pandemia Bolognini è stato uno dei primi psicoanalisti a essere interpellato, e il suo pensiero è apparso un'intervista su [POL.it](http://POL.it). "Puoi riassumere quale è stata la tua reazione e il tuo pensiero di allora, con particolare riferimento al contesto nel quale è nata la celeberrima metafora della tenda da campo?"



“Ogni psicoterapeuta ha fatto delle scelte più o meno precise, pensate e stabili rispetto all'incontro con i propri pazienti durante le sedute da remoto. Ci puoi descrivere come hai lavorato nel tuo *setting* online? Quali strumenti hai usato, come hai posizionato il computer o i tuoi *devices*, ogni altra informazione che vuoi darci e ritieni utile?”



“Piano, piano, con la fine del primo *lockdown*, e di quelli successivi, con il ridimensionamento della pandemia, ognuno di noi ha potuto riprendere il lavoro in presenza e iniziare a riflettere sull'esperienza. A distanza di più di un anno, cosa puoi dire di “avere imparato”? Ti ritrovi ancora nella metafora iniziale della tenda da campo?”



“Noi pensiamo che quello che è successo in questo anno rimarrà come patrimonio comune e indissolubile per ogni psicoterapeuta e che le sedute in remoto manterranno e svilupperanno la loro presenza e importanza. Come vedi il futuro delle terapie online, sia nella formazione, sia nella pratica clinica?”





“Pensi possa essere utile un *training ad hoc* per condurre terapie online? Credi ci siano delle specificità, ora trascurate, che andranno studiate e considerate?”



Infine, una domanda quasi "politica". “Fra il campo di chi si divide tra pro e contro e il campo di chi cerca di capire cosa sia successo e succeda nelle terapie online, in quale senti di muoverti con maggiore confidenza e senso di appartenenza?”



Sulle ultime battute, aperte al futuro, attente al presente e radicate nel passato, si è conclusa la nostra conversazione con Stefano Bolognini. Un incontro che, giusto per rimanere nel tema del numero della Rivista, si è svolto online e, chissà quanto casualmente, è durato esattamente 45 minuti, il tempo di una seduta. Un incontro che ha rappresentato per tutti noi anche un momento di riflessione e di scoperta. A conferma del fatto che se le menti sono libere e riflessive ogni evento, anche il più nuovo e sconvolgente, diventa un'opportunità.

Ringraziamo quindi Stefano Bolognini anche qui, dopo averlo fatto in diretta, per la sua disponibilità e i suoi pensieri.

## La pandemia Covid e la ‘scoperta’ della terapia a distanza

[Giorgio Bambini](#) e [Maria Ponsi](#)

### Abstract

Le prime reazioni della Società Psicoanalitica Italiana di fronte all’esplosione della pandemia e la diffusione della terapia online.

### Parole chiave

Pandemia, terapie online, *setting*.

Con la pandemia la comunità psicoanalitica italiana, più specificatamente quella che fa parte della S.P.I. (Società Psicoanalitica Italiana), ha scoperto la terapia a distanza.

È stata una scoperta in un duplice senso: l’hanno scoperta quelli che non la avevano mai praticata e che si sono trovati a inaugurarla in tempi rapidi e senza dedicarvi preliminari riflessioni; ma l’ha “scoperta” anche la comunità psicoanalitica nella sua veste istituzionale, nel senso che ne ha ufficialmente riconosciuto l’esistenza nel momento in cui ha scelto di farvi ricorso per continuare l’attività clinica. Si è scoperto che trattamenti “in remoto” erano già praticati da tempo da vari analisti, che utilizzavano questo strumento per difficoltà contingenti a continuare le sedute nella modalità, come oggi si dice, “in persona”. Di sedute online, o anche di interi trattamenti, se ne facevano, ma non se ne parlava: rimanevano confinati in una sorta di periferica zona grigia. Va notato che, come le terapie online sono rimaste in una zona d’ombra, altrettanto lo è stata la letteratura italiana sull’argomento: i due autori italiani che in epoca più recente se ne sono occupati - G. Fiorentini (2012) e A. Marzi (2013 e 2017) – hanno ignorato i testi, fra l’altro molto approfonditi e documentati, scritti agli inizi del 2000 da due autori italiani (Merciai, 2001 e Migone, 2003 – si veda anche [Merciai-Goisis](#) in questo stesso numero).

Si è così “scoperto” che esisteva, seppure in veste per così dire clandestina, una realtà analoga a quella presente in altri paesi, nei quali i motivi per avvalersi del mezzo telematico (come le grandi distanze e l’alta mobilità sociale) erano comunque più rilevanti di quelli presenti da noi.

Ma perché, ci si potrebbe domandare, c’è stata tanta reticenza a parlare dell’utilizzo di uno strumento che invece poteva configurarsi come una risorsa in situazioni in cui evenienze di vario tipo impedivano di incontrarsi “in presenza”?

*[...] sembra che le analisi a distanza – scriveva G. Fiorentini in uno dei rari (1) studi sulle analisi online usciti in Italia in epoca pre-Covid – siano molto più diffuse - e siano iniziate da molto più tempo - di quanto ufficialmente*

*noto, svolgendosi spesso in una condizione di «clandestinità» per il timore, da parte degli analisti, di incorrere in «scomuniche» da parte delle Società di appartenenza (Fiorentini 2012, p. 31).*

La parola “scomunica” non è impropria; anzi, è del tutto pertinente se si considera che l’esercizio della terapia psicoanalitica è autorizzato non da un canone scientifico ma da un insieme di comportamenti e procedure stabilite da un’istituzione che ne controlla la corretta applicazione. Il *setting*, nelle coordinate spaziali, temporali e relazionali che lo definiscono, è un elemento portante della terapia analitica; e non c’è da sorprendersi se l’istituzione psicoanalitica ha sempre dedicato tanta attenzione alla sua adeguatezza con le finalità della cura.

*È noto osserva ancora Fiorentini (ib.) che la questione delle variazioni di setting attraversa la storia del movimento psicoanalitico e si è incrociata spesso con l'identità della psicoanalisi, creando innumerevoli dispute. Per un lungo periodo si è venuto a stabilire una sorta di isomorfismo tra determinate «regole» del setting, [... ...] e la «vera» psicoanalisi, con il convincimento che l'ortodossia del primo garantisce l'autenticità della seconda.*

Al di là delle “innumerevoli dispute” sulle regole del *setting*, le modalità in cui di fatto si sono svolti negli ultimi decenni i trattamenti analitici sono state spesso diverse da quelle stabilite in via di principio: non solo è cambiato il parametro temporale, ovvero la frequenza delle sedute, ma è anche cambiato il parametro spaziale, e cioè la possibilità di cambiare il contesto spaziale dell’incontro terapeutico: non più solo lo spazio fisico, materiale, ma anche lo spazio virtuale, immateriale.

Dunque la possibilità di instaurare una terapia online, che prima dell’epidemia si era configurata come un’opzione possibile, e comunque praticata con circospezione e prudenza, con l’epidemia è diventata una scelta quasi obbligatoria.

Che il ricorso alle sedute online fosse diventato generalizzato nella comunità psicoanalitica lo si è percepito fin dai primi giorni del *lockdown*, quando si sono riversati nella *Mailing List*, la lista privata degli analisti della S.P.I., commenti e reazioni sulla diffusione e la letalità del virus, interrogativi sulle scelte operative da adottare con i pazienti, stati d’animo di angoscia, di perplessità, talora anche di incredulità sulla realtà in cui si era improvvisamente precipitati. Si è assistito a una germinazione spontanea di impressioni, preoccupazioni, idee, associazioni, difficoltà, proposte, interrogativi su come condursi nelle varie situazioni cliniche: continuare o interrompere le sedute? Con quali criteri? Con quali precauzioni? Quali accordi stabilire?

Gli interventi nella *Mailing List*, tanto sulla situazione pandemica che sullo spostamento delle sedute nella modalità “a distanza”, provenivano soprattutto dalle regioni del Nord, dove la diffusione del virus provocava conseguenze assai più drammatiche che al Sud; da dove invece, in questa prima fase, sono venute voci quasi incredule sulla gravità della pandemia nonché critiche sull’opportunità di instaurare un *setting* online, che qualcuno definiva come antitetico ad una “vera” psicoanalisi.

Nell'insieme è probabilmente avvenuto che in molti casi si sia strutturato una sorta di doppio binario: con alcuni pazienti sono state mantenute le sedute "in presenza", mentre con altri è stato allestito un *setting* online, concordando insieme tempi, luoghi e modalità della connessione.

Alla fine di marzo, a fronte degli scambi sparsi e estemporanei che scorrevano nella *Mailing List*, gli organi dirigenti della Società Psicoanalitica Italiana hanno preso la decisione di aprire un dibattito, strutturato e pubblico, sul sito web della Società, sul quale nel frattempo cominciavano a comparire articoli e interventi sia sulle implicazioni psicologiche della situazione pandemica che sui cambiamenti a cui stavano andando incontro gli assetti terapeutici. Fra questi segnaliamo un testo di C. Schinaia ([Le parole che toccano](#)) nel quale l'Autore mostrava il valore della voce nella comunicazione terapeutica e una vivace nota di S. Anastasia e P. R. Goisis ([Allarme. C'è un Virus nella stanza!](#)) sui "primi movimenti, le prime battute, le incertezze, i dubbi e le domande che hanno poi contribuito alla riorganizzazione collettiva del dispositivo analitico".

Nei mesi successivi a quelli di cui si parla in questa nota la produzione di testi sul tema della terapia online – dall'intervento estemporaneo al saggio approfondito e documentato – è stata molto ampia, come è testimoniato dagli articoli pubblicati di seguito in questo numero monografico della rivista

Aprire un dibattito sul [sito web della Società](#) obbediva all'intento di sollecitare quanti avevano fino a quel momento comunicato in modo spontaneo e estemporaneo sulla *Mailing List* privata affinché si potesse dare espressione — in una modalità più strutturata e in uno spazio pubblico — a pensieri, esperienze, dubbi e interrogativi sul tema dei nuovi setting che la tecnologia informatica rendeva possibili.

Come [introduzione](#) al dibattito su SpiWeb ([Analisi e psicoterapie in internet o per telefono al tempo del coronavirus](#)) la Presidente della S.P.I. Anna Nicolò metteva in evidenza il fatto che nell'[Associazione Psicoanalitica Internazionale](#) nel corso degli anni si era svolto sulle terapie "in remoto"

*un dibattito intenso che [...] ha messo in luce posizioni contrastanti e moltissime sono le domande che ognuno di noi si sta ponendo in questi giorni, sia che decida di usare la teleanalisi o le sedute per telefono sia che prenda opzioni contrarie.*

Come strumenti di ulteriore riflessione al dibattito su SpiWeb venivano proposti due testi: una breve serie di [domande](#) rivolte a Jill S. Scharff, una psicoanalista statunitense, autrice di molto saggi, fra cui quattro [testi](#) collettanei pubblicati fra il 2013 e il 2018 sulla psicoanalisi online. (su J.S. Scharff v. anche in [Funzione Gamma](#)); e la versione ridotta di un lungo saggio di A. Marzi e G. Fiorentini pubblicato nel 2017 nel terzo dei quattro volumi sopraccitati curati da J.S. Scharff.

In questo testo, [Luci e ombre nella psicoanalisi online](#), Marzi e Fiorentini, dopo una estesa disamina della realtà del cyber-spazio e della relazione analista/paziente nel "campo telematico", illustravano le opposte posizioni presenti nella comunità

psicoanalitica sulle terapie online: da un lato coloro che le condannavano in modo “*senza dubbio ipocritico*” e dall’altro coloro che invece le accoglievano con un’*“accettazione fin troppo entusiastica”* (p. 3). I due autori al riguardo assumevano una posizione intermedia:

*Dal momento che non è difficile presumere che diventerà sempre più “immersivo” il contesto, l’ambiente, nel quale condurre trattamenti psicologici, il rischio è che tali sofisticazioni conducano ad un uso indiscriminato e banalizzante delle terapie in ambiente digitale all’insegna di un pragmatismo dilagante che tende a disconoscere i limiti. Cautela dunque! (ib. p.7).*

Va sottolineato che questo testo è stato scritto nel 2017, e dunque in un contesto ancora pre-pandemico. È stato probabilmente per questo motivo che ben pochi interventi nel dibattito su SpiWeb hanno fatto riferimento ai testi introduttivi sopra menzionati. Nel momento in cui, in seguito al dilagare del virus, le terapie online dilagavano, veniva a cadere qualsiasi invito alla cautela e alla sorveglianza sul “pragmatismo dilagante”.

Nei due mesi (aprile e maggio) in cui si sono succeduti gli interventi (circa 50, prevalentemente membri della S.P.I.), coordinati di uno di noi (G. B.), si è assistito ad una germinazione spontanea di impressioni, idee, associazioni, preoccupazioni, difficoltà che, in modo ricorrente, mettevano in primo piano la necessità urgente di proteggere la salute e l’incolumità, sia propria che dei pazienti. Sono state essenzialmente le dinamiche psichiche mobilitate dalla straordinaria novità della situazione pandemica a attirare l’attenzione, più che gli interrogativi sulla pratica terapeutica online; la quale, peraltro, era probabilmente non del tutto “nuova”, avendola molti già praticata, magari solo occasionalmente e “silenziosamente”, negli anni precedenti. La pratica della terapia online, in altre parole, non è sembrata essere in quel momento tanto estranea e sconvolgente quanto lo era l’invasione del virus nelle vite di tutti.

La pandemia si è configurata come un elemento catastrofico (paragonata a un improvviso nubifragio che sorprende il pigro incedere di un convegno di studiosi) che ha indotto ognuno a confrontarsi in modo improvviso, e quasi traumatico, con una situazione del tutto nuova, a cui si è cercato di far fronte senza poter disporre di un tempo per elaborare una riflessione preliminare.

Vari elementi hanno concorso a determinare il rapido e diffuso ricorso alla terapia online. Ne è stata innanzi tutto colta l’oggettiva necessità non solo per motivi terapeutico-assistenziali ma anche per la personale sussistenza economica: alla luce di una durata non prevedibile, ma certamente prolungata, dell’emergenza, non è apparso possibile prospettare una sospensione della terapia come una sorta di interruzione estiva anticipata. Indubbiamente questa risposta è stata più rapida e diffusa nelle aree in cui il virus ha colpito più duramente e da parte di chi, soprattutto per l’età, avvertiva con più prontezza e urgenza la necessità di proteggersi. Al contempo il senso di incombente e reale minaccia della vita ha sollecitato molti, in modo reattivo e vitale, a cercare di mantenere attivi e funzionanti i riferimenti della realtà, sia interna che

esterna; a cercare di mantenere una continuità come reazione alla devastante frattura indotta dalla nuova esperienza, così come ci si attrezza con delle tende da campo quando si è sorpresi da un terremoto (il paragone della terapia online come tenda da campo nell'emergenza è stato portato da S. Bolognini); a cercare, in altre parole, di attrezzare un *setting* inedito come garante di una continuità apparentemente perduta.

Molti interventi hanno portato l'attenzione al tema del *setting*, con riflessioni che oscillavano tra il mettere l'accento ora su ciò che appariva irrimediabilmente perduto e ora su ciò che si poteva creativamente trovare nella nuova modalità, talora integrando queste osservazioni anche con consigli pratici. Il tema centrale di ciò che sembrava irrimediabilmente perduto riguardava ovviamente il corpo: la valenza comunicativa dei movimenti, dei rumori, degli odori, dei gesti, del respiro era perduta, configurando un'assenza capace di svuotare la relazione della carica libidica ed intersoggettiva necessaria nel lavoro analitico.

Al contempo, su un altro versante, si metteva in evidenza quanto si potesse conservare, e anche potenziare, nel nuovo *setting*: in una relazione fondata sull'uso esclusivo della comunicazione verbale si era quasi costretti a prestare una maggiore attenzione al suono, alla melodia, alle sfumature del linguaggio, e si osservava che potevano anche emergere contenuti nuovi, che nella terapia "in presenza" non venivano notati, o che la precedente, abituale, vicinanza corporea avrebbe potuto inibire.

Mentre del corpo si notava l'assenza, le immagini dei luoghi diventavano una presenza nuova: nel campo visivo dell'analista, ma talora anche del paziente, irrompevano inquadrati dalla telecamera scorci dei luoghi della vita, diversi da quelli consueti della stanza d'analisi. Questa peraltro da alcuni veniva riproposta per così dire "in effigie", orientando la telecamera nello spazio visivo consueto, cercando in tal modo di ricostruire le reciproche posizioni della seduta "in presenza"; altri invece optavano per un contatto solo vocale (telefonata o oscuramento del video).

A questo proposito molte osservazioni hanno riguardato i vari aspetti del mezzo tecnico (Come si stabilisce il contatto? Chi chiama? Come ci si presenta? Come si gestiscono le difficoltà nel traffico dati? Che fare se cade la linea o se il flusso video si interrompe in modo intermittente?) ma anche i significati che via via questi aspetti implicavano nella relazione (ad esempio: come si distingue un silenzio in analisi da un *freezing* telematico? Lo si interpreta?).

L'interposizione del mezzo tecnico è stata in vari interventi assunta come un "terzo" che ha delle implicazioni nella relazione analitica, ma anche come una dimensione su cui riflettere in prospettive più ampie, dalle neuroscienze alla filosofia della mente.

Ubiquitaria nel dibattito è stata l'idea che il cyber-spazio, con tutte le sue declinazioni ed implicazioni, era una deviazione dal normale e appropriato spazio in cui si svolge l'analisi; e che comunque questa esperienza era provvisoria, dettata dall'emergenza e non dalla curiosità epistemologica di esplorare le opportunità della modernità.

Nessuno sembra essersi soffermato a riflettere sulla possibilità che forse non si sarebbe

tornati indietro del tutto e che un utilizzo così esteso e intensivo del cyber-spazio avrebbe potuto lasciare delle tracce di irreversibilità.

## **Bibliografia**

Fiorentini, G. (2012). L'analisi via Internet: variazioni di setting e dinamiche transferali-controtransferali. *Riv. Psicoanal.*, 58(1): 29-45.

Marzi, A. (a cura di). (2013). *Psicoanalisi, Identità e Internet. Esplorazioni nel cyberspace*. Milano: F. Angeli.

Marzi, A. (2017). Identità dell'analista e mondo digitale: una nuova frontiera della psicoanalisi. *Riv. Psicoanal.*, 63(2): 403-426.

Marzi, A. & Fiorentini, G. (2017). Light and shadow in online psychoanalysis. In Scharff, J. S. (ed.). *Psychoanalysis online*. Vol.3. London: Karnac.

Merciai, S. A. (2001). Psicoterapia online: un vestito su misura. In: Cantelmi, T., Putti, S., Talli, M. (a cura di). *@psychotherapy*. Roma: Edizioni Universitarie Romane, pp. 113-186; anche su [Psychomedia Telematic Review](#).

Migone P. (2003). La psicoterapia con Internet. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XXXVII, 4: 57-63.

## La carta stampata (dell') online. I libri vaccino per la pandemia?

[Giovanni Pendenza](#)

### Abstract

L'articolo vuole portare alla luce come la pandemia è stata vissuta all'interno della cornice psicoanalitica. Quali accomodamenti e trasformazioni si sono resi necessari nel passaggio dalla pratica clinica tradizionale a quella "moderna". Le riflessioni nascono dal mezzo più antico costruito dall'uomo per la trasmissione dei saperi, la carta stampata, i libri. La carta stampata è stata un'innovazione, proprio come l'online, che possiamo pensare come la moderna carta virtuale. Siamo pronti? Ci guidano le riflessioni di tre libri sulla psicoanalisi online usciti in Italia nel 2020.

### Parole chiave

Psicoanalisi online e Covid, libri di psicoanalisi online nel 2020, Craparo, Lombardi, Iossa Fasano e Mandolillo

Pochi anni fa, giovane specializzando, mi son trovato a svolgere il tirocinio formativo in un centro ASL dedicato alla cura degli adolescenti. Impostare percorsi analitici di lungo termine spesso comportava il doversi confrontare con il tempo degli adolescenti, un tempo caratterizzato da grandi cambiamenti, non per ultimo il passaggio nel percorso di studi dalla scuola superiore all'università, con annesso trasferimento di città. Per tali ragioni, quando a rivolgersi al centro clinico era un diciottenne, si forniva uno spazio di ascolto, ma già orientato all'invio verso un trattamento nel luogo dove l'adolescente si sarebbe trasferito di lì a poco.

La "fame" di un giovane specializzando che voleva il paziente tutto per sé, reclamando una ormai stabilita relazione terapeutica, e il desiderio di proseguire con colloqui in videochiamata venivano contenuti dai supervisori dell'istituto analitico di appartenenza, che proibivano modalità di lavoro a distanza. Provavo a cercare nei libri soluzioni diverse, ma mancavano riferimenti scritti a cui potermi appellare. Nei testi studiati erano rarissimi i riferimenti a terapie a distanza, e quando c'erano, sembravano possibili solo a quei grandi nomi definiti "pionieri" (in Italia Ferro, Bolognini, Civitarese; all'estero Gabbard, Ogden ed altri), per intenderci una giocata che solo il fuoriclasse può fare, gli altri possono solo ammirarla, a maggior ragione se sei un giovane, che magari ha, sì, maggiore capacità con lo strumento tecnologico, ma l'altra competenza, quella terapeutica è ancora da costruire. Mi capitò di leggere da un testo di Civitarese (2017)

*Analisi via Skype: vedersi addosso. Vedere pazienti su Skype ci trasforma in involontari registi. Iniziamo a fare attenzione alla nostra immagine e insieme*



*a come ci arriva l'immagine dell'altro. Ogni paziente e ogni analista ha il suo stile registico. Scelta degli effetti sonori, dello sfondo, della luce, dell'inquadratura, se ferma oppure continuamente in movimento. Siamo obbligati a fare un corso accelerato di semiotica dell'immagine in video. Niente è mai pura registrazione meccanica. Intrinseco all'analisi diventa un certo lavoro di editing.*

e ancora

*nelle terapie via Skype a volte eventi inattesi producono effetti speciali come una connessione che si interrompe che diventa mimesi di altre antiche ipotetiche disconnessioni nella relazione primaria con l'oggetto.*

Studio il libro, mi affascino, mastico dentro di me tali riflessioni. Anche in altri testi (*La clinica psicoanalitica oggi, Vitalità e gioco in psicoanalisi*) mi è capitato di leggere qualche accenno all'universo Internet, ma per lo più l'attenzione era rivolta alle patologie da Internet del paziente, quindi dipendenze varie (*social* e relazioni tossiche, pornografia, gioco, *hikikomori* ecc.), ma mai un accenno a come poter utilizzare lo strumento al fine terapeutico.

Torno a me. Giovane specializzando dovevo ancora completare il corso da regista in presenza, costruirmi la mia stanza d'analisi, interna ma anche esterna, per cui quando, dopo vari mesi di scelta accurata dell'arredamento, il mio studio era pronto, non mi sono minimamente preoccupato di attivare la rete Internet, tanto la connessione l'avevo nella mia abitazione domestica a solo un chilometro dal mio studio. Per fare il lavoro da psicoterapeuta avevo compreso che la cassetta degli attrezzi non prevedeva la connessione Internet. I pazienti si vedono in stanza e dal vivo, le supervisioni si svolgono nella stanza del supervisore, le giornate di studio si svolgono nella sede dell'istituto, i libri si acquistano e si leggono dove si vuole.

Eh sì, passano tre anni e arriva la pandemia e quel solo chilometro che mi separava dalla connessione domestica diventa infinito da percorrere. E non solo per me, ma per tutti, anche i miei maestri. Inizia il *tam tam* di telefonate, e già qui si scopre un mezzo tecnologico, il telefono, che fino ad allora era servito per prendere il primo appuntamento, per iniziare qualsiasi tipo di attività analitica, dall'analisi alla supervisione, ma che poi era come se non ci fosse più: si dava per scontata la presenza dell'altro in stanza nell'ora concordata. Si riorganizzano tutte le attività, le prime ad essere conservate sono quelle cliniche, evitando di esporre il paziente a un'interruzione prolungata che potesse sabotare il lavoro analitico e integrativo già svolto. Strada facendo si inizia a registrare la necessità di un confronto tra colleghi per dare un nome e un pensiero a ciò che ognuno più o meno traumaticamente stava vivendo individualmente. Nasce così il ricco dibattito nella SPI [Analisi e psicoterapie in internet o per telefono al tempo del coronavirus](#) dove sono presenti confronti a volte anche accesi tra fautori del passaggio alle terapie online e conservatori delle tradizionali terapie in presenza. Quindi iniziano i primi webinar promossi dai vari istituti formativi, gratuiti e aperti anche a professionisti esterni all'istituto promotore. Tali spazi diventano un *humus* di scambi e di crescita ma soprattutto un appuntamento che

permette, anche a chi non si riconosce specificatamente in un istituto, di iniziare a trovare mappe di orientamento nei pensieri selvaggi che affollano la mente in un momento di grande impatto emotivo come questo appena vissuto. Il passaggio successivo è stato quello di ripristinare le giornate formative chiuse agli iscritti degli istituti. Forse per ultima arriva la carta, vengono pubblicati dei libri. Per mia conoscenza in Italia sono stati pubblicati nel 2020 i seguenti tre:

- *Dal divano di Freud al monitor del Pc* di Augusto Iossa Fasano e Paolo Mandolillo
- *La psicoanalisi al tempo del Covid 19* a cura di Riccardo Lombardi
- *Psicoanalisi online* di Giuseppe Craparo

Il mio contributo sarà orientato a offrire una traccia sintetica e riflessiva di questi tre libri.

### **Dal divano di Freud al monitor del pc**

Gli autori del libro sono Augusto Iossa Fasano, psichiatra e psicoanalista, e Paolo Mandolillo, psicoterapeuta a orientamento analitico e gruppo-analista, che si sono già occupati della tematica anche con altre pubblicazioni, tra cui *Fuori di sé. Da Freud all'analisi del cyborg* (2013). Gli autori hanno l'intenzione di proporre una cornice metapsicologica utile a comprendere il funzionamento della terapia online. Già a partire dagli scambi epistolari di Freud, nel tempo, si sono succedute varie forme di comunicazione da remoto tra paziente e analista. All'inizio si usava chiamare sul telefono fisso, poi sul cellulare, a seguire i primi messaggi di testo, SMS, mail, WhatsApp, ecc. Iossa Fasano e Mandolillo segnalano come ciò può rappresentare una sempre maggiore esposizione sia del paziente sia del terapeuta, fino ad arrivare a violazioni della *privacy* con l'esposizione di dati sensibili e opinioni in atto fin dalla fase iniziale dell'aggancio terapeutico. Ciò mi spinge a pensare al modo in cui l'analista abita l'universo di Internet e dei *social network*. Quale dato è lecito esporre e quale no? Torno alla mia formazione. Durante il primo anno di *training* nel percorso formativo era prevista la *infant observation*. Quasi al termine dell'esperienza, mi capitò in una festa di incontrare casualmente la famiglia presso la quale svolgevo l'osservazione. Nel successivo incontro di *infant observation* i famigliari mi fecero delle domande personali. Seguì la raccomandazione del supervisore che suonava come un divieto, "l'analista si fa vedere poco per le piazze". Ma Internet è pensabile come una grande piazza? È ancora così utile non farsi vedere? È utile negare alle persone la possibilità di scegliersi il proprio psicoterapeuta consultando prima su Internet il suo profilo professionale? Potrebbe essere questo un passaggio iniziale di un "uso dell'oggetto"? Proprio in un contesto culturale permeato da una cultura voyeurista in cui il vedere placa delle angosce?

Chiusa la parentesi personale "dubitativa", e tornando a ciò che hanno scritto gli autori, essi sottolineano la necessità di proporre un impianto metapsicologico per le terapie online interrogandosi sui meccanismi della pratica tradizionale, visto che ormai le due modalità tendono a mescolarsi (i.e. un paziente che chiede di mantenere un'alternanza

tra le due pratiche quando non può recarsi a studio). Si analizzano quindi le caratteristiche del luogo della cura citando Winnicott e Bleger per l'importanza che hanno conferito allo studio del *setting*. Iossa Fasano e Mandolillo (in un modo per me poco chiaro) nel testo sostengono che

*il paziente conferisce al setting il proprio punto di vista influenzato dalle sue fantasie inconsce che dovranno essere trattate con l'analista. Lo spazio diviene l'asse sul quale è possibile la manovra di separazione-distanziamento dall'oggetto dell'amore primario. La cura non può prescindere dall'ambiente. Perché vedersi in studio? Perché a quella data ora? Perché solo terapeuta e paziente? Eppure, la seduta di analisi può ospitare la rappresentazione di qualsiasi cosa. Diversamente dal setting classico la terapia online fissa l'ora della seduta ma non lo spazio esatto dove ci si vede, ci si incontra. A quale scopo riflettere sullo spazio? Per essere sicuri che sia uno spazio diverso da quello di casa, dall'origine, del vincolo primario. Il setting deve essere necessariamente un altrove: o ti sei già spostato da lì, dal tuo qui, oppure l'analisi deve porre le condizioni a renderle operative. Secondo gli autori andare in analisi online, stando a casa, stringe il nodo del vincolo e rischia di impedirne lo scioglimento e la possibilità di annodare veri e nuovi legami.*

Affermazioni queste che andrebbero meglio esplorate. Mi torna in mente il filtro magico che Antonino Ferro suggerisce quando c'è il rischio di leggere le comunicazioni con troppa concretezza: “*Ho sognato che...*”. Fare l'analisi da casa impedisce la deconcretizzazione, lo scioglimento dei vissuti? Oppure dobbiamo applicare il filtro magico e comprendere quale nodo la coppia non riesce a sciogliere? O non riesce ad annodare?

Il volume continua con ulteriori riflessioni. Si segnala che il colloquio virtuale sembra creare per il paziente uno spazio di libertà e allo stesso tempo dargli maggiore controllo sul processo di interazione col terapeuta rispetto al colloquio in presenza. L'interazione virtuale rappresenta una complessa miscela di prossimità e distanza, di presenza e assenza, di realtà e fantasia. Proprio come lo spazio transizionale di Winnicott. Per gli autori il terapeuta è maggiormente esposto alla *self-disclosure*, così come a fenomeni illusionali, il cosiddetto effetto di intensificazione, conseguenza dei processi immaginativi, ossia se una persona riceve solo informazioni limitate da parte dell'altro, cerca di completare la propria rappresentazione mentale attraverso la fantasia, compresi processi di proiezione e di transfert. Secondo gli autori, ciò può determinare agiti verbali e comportamentali. E qui però nasce spontaneo l'interrogativo: “in un colloquio in presenza si è esonerati da ciò? Davvero questi processi si attivano maggiormente quando alcuni sensi non possono percepire l'altro nella sua completezza? Eppure, anche in stanza per dirla alla Bion siamo due naufraghi spaventati in un'isola deserta”.

Secondo gli autori le caratteristiche sopra delineate contribuiscono al vissuto di stanchezza che i terapeuti hanno sperimentato e che

*trova parziale giustificazione nel supplemento di lavoro psichico necessario a correggerne i parametri di orientamento soggettivo che si rivelano ben diversi da quello necessario nel setting ordinario.*

Per gli autori abbiamo una grande occasione per comprendere meglio la natura del *setting*, la forma del transfert:

*che difese/resistenze si serviranno degli ambienti virtuali per far sì che il soggetto continui a sfuggire alla responsabilità relativa alla convivenza con l'altro? Alla sofferenza?*

Le nuove tecnologie potenzialmente possono ridurre gli ostacoli al trattamento migliorando l'accesso ai servizi sanitari, così come lo spazio virtuale del web può facilitare la condivisione di contenuti psichici, ricordi, fantasie, pensieri, solitamente lasciati fuori dalla stanza della terapia.

Nelle conclusioni del breve volumetto, si segnala che

*nella fase post-acuta della pandemia da COVID-19 sembra esserci il solo compito operativo ed esecutivo della cura, al momento è precluso un passaggio alla teoria, alla costruzione di una metapsicologia.*

Ma gli autori si interrogano: quali competenze bisognerà sviluppare per garantire un'appropriata formazione alle future generazioni di psicoterapeuti? Non si arriva però a dare risposte a mio parere adeguate a tali interrogativi. La lettura del libro ha generato in me alcuni spunti riflessivi molto utili che andranno meglio esplorati e teorizzati, ma restano molte le perplessità sull'impianto metapsicologico proposto. Le intenzioni degli autori erano ambiziose ed è più che comprensibile la difficoltà di argomentare adeguatamente e con chiarezza quella che è un'impalcatura ancora *in fieri* e che solo da poco più di un anno risulta al centro della ricerca psicoanalitica.

### **La psicoanalisi al tempo del COVID-19. Un gruppo di terapeuti al lavoro**

Nelle parole del curatore Riccardo Lombardi il libro propone alcuni lavori clinici scritti insieme a dei colleghi che partecipano a un gruppo di supervisione da lui tenuto. Tale gruppo, composto da psicoanalisti, si è interfacciato con problemi e possibilità apertisi nel corso dell'attuale pandemia da coronavirus: una riflessione collettiva sui forti cambiamenti che la pandemia ha generato nei pazienti ma anche nei terapeuti. Tema caro al gruppo è la dissociazione mente-corpo, di cui Lombardi ha già scritto nel 2016 in *Metà alato e metà prigioniero*, e subito la prima riflessione è sui tanti pazienti che non hanno voluto proseguire il percorso analitico in videochiamata, come se ci fosse una fragilità nel sentirsi in relazione ad una casa-corpo, con il rischio di considerare l'analisi online una specie di aria di trasloco confusivo d'identità fuori dai propri confini corporei. Nel libro non viene preso in considerazione anche "l'altro *partner* della relazione", i molti terapeuti che hanno sospeso/interrotto le terapie. Sarebbe interessante comprendere se le riflessioni proposte dai curatori del volume sono condivise anche per questi terapeuti che non si sono concessi lo spostamento delle terapie in remoto.

*La pandemia ha messo in primo piano il corpo, un corpo sano funzionante, un corpo contagioso, un corpo recluso e temuto: la mente si spaventa del corpo e se ne dissocia, annullandone invece gli aspetti propulsivi e vitali. Ma entrare in relazione col proprio corpo permette alla nostra mente di crescere.*

Lo scritto di Cristiana Cioffi segnala come nella videoterapia l'attuale minaccia del virus diviene amplificatore di angosce passate profonde, angosce di ciò che è altro da noi. È quindi più che mai necessario nelle terapie online un forte aggancio alla propria realtà interna, quale bussola potente capace di traghettare verso scenari meno minacciosi, affinché la minaccia al corpo reale divenga una occasione trasformativa.

Lo scritto di Alessio Testani è incentrato sulla rilevazione di vissuti claustrofobici angoscienti scatenati dal *lockdown* nei pazienti con estrema difficoltà a contattare le emozioni. L'autore ha riscontrato che tali pazienti svolgevano le sedute online fuori dalle proprie abitazioni proprio per tollerare gli stati emotivi angosciosi che vivevano dentro casa. A tale vissuto del paziente ha fatto da specchio quello dei terapeuti che hanno avuto difficoltà ad accettare le sedute a distanza per non modificare elementi sacri come il *setting*, adducendo che il transfert, avendo una matrice affettiva e non virtuale, potesse svilupparsi solo dentro luoghi concreti e fisici come i propri studi. Eppure, è risaputo che il transfert può essere già attivo nel momento in cui il paziente ci contatta telefonicamente per la prima volta, senza in realtà neanche averci visto. È quindi utile mantenere la nostra mente aperta e curiosa verso le novità senza farci influenzare da sterili dogmatismi. D'altronde anche la mascherina rappresenta un nuovo elemento nel *setting* dello studio che può destabilizzare i pazienti e noi, da metabolizzare al pari di altro.

Lo scritto di Gabriella Vaccher prende spunto dalla constatazione che molti pazienti hanno rifiutato di continuare la terapia a distanza probabilmente per una difficoltà a sostenere un impoverimento dei mezzi di controllo, a vedere solo ciò che mostra la telecamera, eppure il grande silenzio esterno può essere stato la molla per una maggiore attenzione al proprio mondo interno. Come si può notare dal proliferare di sogni anche in persone che sognavano poco. La Vaccher analizza il lamentarsi degli analisti, ma anche dei pazienti, sul vissuto di stanchezza che accompagna il nostro tempo. Segnala come si stia sottovalutando quanto la mente sia continuamente sotto pressione per valutare se quello che facciamo sia pericoloso o no.

La Lodovichi nel suo scritto analizza con leggerezza questioni di grande importanza. A partire da quella domanda del paziente "chiamo io o mi chiama lei?" alla quale risponde "chi suona alla porta?" L'inizio della seduta con i pazienti mostra subito il cambio del *setting* con un "come va?" convenzionale, ma neanche troppo, visto le tragiche notizie che circolano nei canali di comunicazione. Serve una rassicurazione reciproca nelle terapie online per supplire alle mancanze: nessuna porta che si apre, né corridoio da percorrere, nessuno sguardo, né odore, solo la voce con i suoi toni da decifrare, e i fruscii di linea al posto dei corpi e della stanza d'analisi, ora solo fantasticata. La Lodovichi nota una puntualità quasi maniacale come per non lasciare

spazi mentre il silenzio in seduta sembra evitato: potrebbero emergere altri vuoti e angosce al momento inavvicinabili? L'ascolto analitico nella nuova forma di *setting* online ha significato accoglienza, condivisione e trasformazione. Ciò che stiamo osservando e vivendo è la stabilità del nostro *setting* interiore che abbiamo cercato di mantenere costante nell'ascolto e nelle risonanze interne nonostante tutte le trasformazioni imposte all'esterno.

Zengarini riflette su come ognuno ha rimodellato la sua vita, le sue relazioni, il suo lavoro, rivedendo i criteri con i quali si orienta nel mondo. Le persone amiche sono diventate potenzialmente pericolose, i luoghi sicuri, come gli ospedali, si sono trasformati in potenziali luoghi di contagio, l'amichevole stretta di mano è diventata minacciosa, e così via. Anche nelle relazioni terapeutiche sono avvenute molte trasformazioni, ma uno dei valori più importanti che le psicoterapie online hanno prodotto è stato quello di aver mantenuto viva una funzione pensante della mente. Tutti abbiamo corso il rischio di rimanere travolti dalla potente onda delle angosce sollevate dal virus, di fermare l'attività mentale come ci siamo dovuti fermare in casa durante il *lockdown*. Mi torna in mente lo scorso autunno: il virus si stava nuovamente diffondendo velocemente, il governo italiano aveva già diramato le limitazioni negli spostamenti fuori dal comune di residenza, eppure i miei pazienti preferivano muoversi con l'autocertificazione e venire a studio. Proprio da quei pazienti che avevano rifiutato completamente l'online capitava la chiamata "dottore mi è arrivata la notizia della positività di X che faccio? Io l'ho visto solo cinque giorni fa, non ho febbre ma sono un po' raffreddato. Possiamo fare su Skype il prossimo appuntamento così siamo sicuri?" Come rispondere a questa comunicazione? Come conservare un pensiero analitico davanti a quell'angoscia comune, a quel "così stiamo (io e lei) sicuri"? La concretezza della situazione rischiava di bloccare il funzionamento mentale, sbrigare la faccenda solo con la raccomandazione governativa di fare la quarantena in caso di contatti con positivi. Ci basta? Quanto noi analisti abbiamo evitato contagi mentali? Per conto mio ho sempre accettato lo spostamento quando mi arrivava la richiesta. Mi chiedo: quanto ha rappresentato un *escamotage* per evitarsi emozioni/angosce incandescenti e quanto invece ha rappresentato una forma di tutela fisica verso gli altri pazienti e verso la società in generale?

Giovanna A. Pinto nel suo scritto ripensa a quel momento in cui ogni terapeuta si è trovato a pensare se sospendere le sedute con i pazienti o trovare un altro modo per lavorare. L'autrice distinguendo tra *setting* esterno e *setting* interno segnala come per approdare alle terapie da remoto sia stato necessario riformulare il *setting* esterno confidando che funzionasse il *setting* interno. Penso ai tanti dubbi avuti, "*cogito ergo sum*", e a quanto solo attraverso la percezione del nostro dubitare il paziente si è potuto affidare, sentendoci forse davvero "come lui", alle prese con "dubbi, incertezze".

Riccardo Lombardi, il curatore del libro, nell'ultimo denso capitolo pone il *focus* delle terapie online sul corpo, del paziente come dell'analista, che diventa punto di reperi per rintracciare le identità dei nostri analizzandi e punto di partenza di nuovi e imprevisi itinerari pensanti. L'online ha permesso di raggiungere i nostri analizzandi

in luoghi estranei al contesto analitico, le loro case, le loro auto, ciò ha permesso l'accesso alle loro angosce più intime, entrando in situazioni di vita dense di emozioni che se avessimo sospeso l'analisi a data da definirsi avremmo perso. In tale contesto favorire una capacità di preoccupazione per il proprio corpo è stata una priorità utile per aiutare le persone in analisi a prendersi cura di sé, e ciò in un momento in cui il prendersi cura di sé può fare la differenza tra la vita e la morte, propria e dell'altro. D'altronde *"l'Io è prima di tutto un Io corporeo come ci insegna Freud"* (1921). Propone Lombardi che l'analista, soprattutto nei casi connotati da una tendenza alla dissociazione dal corpo, sia chiamato ad operare nella pratica online un continuo transfert sul proprio corpo in parallelo al transfert dell'analizzando sul suo corpo, in modo da accompagnare l'integrazione corpo-mente dell'analizzando. In pandemia il transfert sul corpo dell'analista è inevitabilmente connotato dalla consapevolezza di essere esposto agli stessi rischi di malattia e di morte del suo analizzando. Davanti alle notizie tragiche il lavoro psicoanalitico ha promosso distinzioni per stimolare la discriminazione, il pensiero ed il contenimento emozionale. È richiesto uno specifico impegno dell'analista ad elaborare continuamente un denso carico emotivo, che però non sempre può risultare metabolizzabile in elementi rappresentativi autocoscienti. Da ciò nasce la *pandemic fatigue* ma anche il panico pandemico, l'analista che si sente "contagiato". Ciò ha implicato la necessità di un maggiore investimento da parte del terapeuta su momenti di ritorno a sé stesso: momenti di silenzio interno e di autoanalisi per poter ricalibrare il proprio assetto interno di fronte ad un lavoro analitico particolarmente richiedente.

Lombardi in conclusione del libro ribadisce

*che le condizioni del setting nella pratica online non scompaiono, che i corpi concreti dei partecipanti siano assenti non deve ingenerare l'equivoco che la cornice che caratterizza il lavoro analitico scompaia. [...] Tempo e onorario offrono una specifica connessione con la realtà, e proprio quando il legame con la realtà può risultare indebolito per l'assenza di condivisione della presenza corporea nel contesto delle sedute, e quindi nel momento in cui tutto appare instabile e imprevedibile, la stabilità e continuità della cornice temporale risulta una condizione determinante per accompagnare lo sviluppo analitico.*

Il breve volume ricco di sintetiche esemplificazioni cliniche a corredo di riflessioni teoriche risulta agevole nella lettura. Risulta quindi raggiunto l'obiettivo di portare una narrazione del nostro tempo caratterizzato da crisi, catastrofi, dolori ma anche da nuovi scenari piacevoli che possono aprirsi dinanzi a noi terapeuti e all'umanità.

## **Psicoanalisi online**

Il libro *Psicoanalisi online* dello psicoanalista e docente universitario Giuseppe Craparo è stato pubblicato nel 2020, l'anno della pandemia, ma pensato e scritto fin dal 2018. L'autore da anni svolge terapie a distanza e quindi il breve volume contiene delle interessanti esemplificazioni cliniche.

Nella prima parte del testo vengono delineate brevemente le caratteristiche e le differenze tra i vari approcci terapeutici, da quelli più supportivi a quelli più espressivi. Dopo questa breve sezione teorica si allarga lo sguardo a quella che è la pratica delle terapie mediate dalla tecnologia. Si discutono quindi aspetti legati ai fattori specifici e aspecifici del trattamento online attraverso varie esemplificazioni cliniche e una seduta completa. Si riflette sulle questioni legate al *setting*, all'alleanza terapeutica e alla dinamica transfert/controtransfert. Viene posta attenzione alle collusioni emotive, ma anche alla questione del corpo nella dicotomia presente/assente. Nella parte finale dello scritto troviamo alcuni suggerimenti pratici per il trattamento online, nonché una rassegna di ricerche sull'efficacia delle terapie.

Craparo, citando Russell (2015), descrive due atteggiamenti precostituiti nei confronti del virtuale: l'evitamento della simulazione e la trappola della simulazione. Nel primo caso, il clinico è portato a non riconoscere cambiamenti tecnologici in atto nella nostra cultura, denunciando una distanza ansiogena nei confronti del virtuale che andrebbe a minare le certezze acquisite nella pratica analitica. La trappola della simulazione invece riguarda i terapeuti che accolgono con entusiasmo acritico le innovazioni tecnologiche, aspettandosi che le azioni terapeutiche siano esattamente identiche a quelle eseguite in stanza. Ma l'avvento di Internet sta rivoluzionando l'umanità e gli psicoanalisti non possono rimanere indifferenti pensando che la cosa non li riguardi. Anche alle origini la psicoanalisi ha avuto numerose riformulazioni teoriche e cliniche che ne hanno garantito una maggiore efficacia nel trattamento dei pazienti sia nevrotici sia psicotici, e allora perché oggi non può andare incontro a riformulazioni? Da giovane terapeuta spesso riscontro maggiore diffidenza verso queste riformulazioni proprio nei miei colleghi coetanei, come se per il timore di cadere nella trappola della simulazione si aderisse dogmaticamente a una psicoanalisi che non tiene il passo con i tempi. Eppure, proprio il cambiamento è ciò che si cerca di apportare in noi e nei nostri pazienti.

Nel libro si citano più autori per argomentare varie riflessioni che l'online porta in luce. Le riporto in ordine sparso perché mi sembrano utili. Winnicott, a proposito di spazio potenziale tra l'oggetto soggettivo e l'oggetto percepito oggettivamente, offre lo spunto per considerare il cyberspazio un luogo di gioco e di crescita o uno spazio evacuativo. Per Scharff (2013) la terapia online è a tutti gli effetti una relazione incarnata; quando arriva in cuffia, la voce dell'analizzando entra nella mente dell'analista in maniera più diretta che nello studio dove fra i due c'è più spazio. I problemi tecnici sono di conseguenza equivalenti a fallimenti empatici e quindi possono innescare reazioni transferali e dare avvio a un processo trasformativo. Dettabarn (2013) ha definito Skype il terzo perturbante (i.e. problemi di connessione che possono indurre a confrontarsi con la riattivazione di memorie traumatiche associate a disconnessioni nella costanza delle cure primarie). È importante non sottovalutare le paure e i sentimenti aggressivi che ne possono derivare i quali, oltre ad investire il mezzo tecnologico, possono coinvolgere l'analista vissuto come oggetto cattivo. Interruzioni di linea durante le videochiamate Skype possono essere interpretati dal paziente come



una conferma dell'aggressione dell'analista nei suoi confronti.

L'aspetto fisico, e il modo in cui l'analista abita lo spazio della stanza, costituiscono importanti caratteristiche sensoriali del *setting* che contribuiscono al mantenimento psichico offerto dall'analista; Civitarese (2008) suggerisce come il *setting* sia una pelle che funge da contenitore alle proiezioni del paziente. Tra i più importanti disagi accusati da molti analisti nelle terapie online c'è proprio quello di non poter condividere con il paziente uno spazio fisico comune, quindi l'assenza di una prospettiva condivisa, con la possibilità di concentrare l'attenzione sugli stessi oggetti. È vero che l'analista deve confrontarsi con i limiti del *setting* online, in cui vengono meno le informazioni sensoriali olfattive e tattili, mentre quelle visive e uditive sono filtrate dai sistemi audio-video del computer, ma tutto ciò non preclude alla diade l'accesso a un *setting* incarnato, all'emergere di un processo psicoanalitico, a patto che il clinico sia consapevole delle caratteristiche proprie della realtà online, e che non pensi di riprodurre, simulandole, le dinamiche tipiche di un trattamento *offline*.

È opportuno dotarsi di una cornice terapeutica stabile, non certo rigida. Quali sono queste condizioni di base utili per il *setting* online? Craparo considera essenziale che la stanza da cui ci si connette rimanga sempre la stessa per entrambi ma ancor di più tale regola vale per il terapeuta. Sarebbe utile incontrare i pazienti nello stesso luogo sia che la seduta si svolga online sia *offline*, assicurando tutte le condizioni necessarie per lo svolgimento della stessa, silenzio, *privacy*, e così via. Ciò vale anche per il paziente che deve scegliere un luogo silenzioso, protetto, per far sì che possa sentirsi libero di dire tutto quello che gli passa per la mente.

Craparo non è d'accordo con chi ritiene che nell'assetto online il corpo sia silente, e pone come esempio il corpo che si fa sentire con la voce. D'altronde il neonato fa esperienza del proprio corpo attraverso la mediazione della voce materna. È importante quindi che il terapeuta che svolge il trattamento da remoto, al pari di quello che sarebbe avvenuto in una terapia in presenza, interpellì il paziente invitandolo a comunicare le sensazioni e le emozioni che vive nel momento presente o che ha vissuto in passato. Il "*come si sente, cosa sente?*" è un invito a porre attenzione alle proprie sensazioni ed emozioni, cominciando così a dar loro forma, a incrementare l'esperienza di abitare il proprio corpo. L'analista online deve avere un buon orecchio, riuscendo a cogliere dai suoni vocali emessi del suo analizzando vari scenari psichici, così come fa un genitore sensibile ai suoni emessi dal proprio infante, i cui vocalizzi rappresentano le prime forme di comunicazione con l'ambiente di accudimento. La qualità di questo scambio e il modo in cui l'ambiente reagisce ai suoni emessi dal neonato sono importanti per la costituzione del sé corporeo.

Craparo si interroga anche sulla funzione dello sguardo nelle terapie online:

*Una delle motivazioni principali che indussero all'uso del lettino fu la necessità di sottrarre il paziente alla tirannia dello sguardo così da limitare il gioco delle identificazioni per offrire maggiore spazio al manifestarsi dei contenuti inconsci. L'ampliamento delle patologie trattate (i.e. dalle prime forme di trattamento di patologie nevrotiche si è allargato l'ambito*

*applicativo a forme di patologia psicotica; così come grazie alla Klein si è iniziati a trattare terapeuticamente bambini) ha comportato che sempre più spesso si sono svolte terapie vis à vis. Il trattamento online pone ulteriori ampliamenti. Terapeuta e paziente vedono ognuno l'immagine dell'altro nei reciproci schermi, ma anche la propria immagine, di modo che ognuno dei due sa come appare nello schermo dell'altro. È facile intuire il rischio che lo schermo/specchio possa fungere da attrattore immergendo entrambi in una dimensione immaginario-narcisistica.*

Sarebbe anacronistico pensare che la psicoanalisi non debba fare i conti col virtuale e con Internet, in un tempo in cui si parla di *smart-working*. D'altronde sono molti gli psicoanalisti che lavorano via Skype. Ritengo quindi utile aprire una riflessione su un altro aspetto, non legato direttamente al trattamento terapeutico. Ossia la pubblicazione nei *social* e siti Internet di articoli, foto e video di contenuti professionali propri o degli istituti formativi di appartenenza. Non si può fare a meno di rilevare che ciò contribuisce a creare una rete professionale tra colleghi e quindi come tale è anche fonte di pubblicizzazione del nostro lavoro. Ritengo utile il monitoraggio di ciò che circola in rete affinché non si cada in semplici banalizzazioni commerciali per “accaparrarsi clienti”. Forse suonerà troppo provocatorio al lettore, ma siamo davanti a una nuova finestra lavorativa che come tale può permettere di aprire nuovi scenari, ma anche essere violata dall'esterno. Pensiamo al rischio di indurre un mercato al ribasso.

Tornando al paziente, resta necessario riflettere su cosa spinge una persona a chiedere una terapia online: lo fa per una scelta difensiva che lo porta a preferire relazioni a distanza in modo da mantenere un certo controllo sulle relazioni umane, compresa quella terapeutica? Ci sono alternative al trattamento online nel luogo in cui abita il paziente? È la soluzione migliore in rapporto alla sua condizione psicologica e alla sua struttura di personalità?

Dopo alcuni consigli pratici per condurre una terapia online, il testo si conclude con uno scambio immaginario con Freud al quale viene chiesto cosa ne pensa delle terapie online. Ne riporto una piccola frase.

*La psicoanalisi non può certo rimanere estranea ai progressi della tecnologia ma non per questo deve esserne assoggettata in maniera acritica. Non nascondo la mia curiosità, ma le ricordo che, nonostante i progressi della tecnologia, l'uomo contemporaneo rimane sempre un primitivo, per quanto attiene le sue funzioni neuronali di base. Gli analisti selvaggi recano più danno alla causa della psicanalisi che non ai singoli pazienti, vanno evitati anche online.*

Il testo, anche se breve, è un'utile guida iniziale. Dalla strutturazione degli argomenti si rileva che è stato pensato e scritto già negli anni precedenti e che ha un taglio didattico.

## Conclusioni

Chiudo questa rassegna dei tre testi con delle riflessioni personali. Ho potuto notare nelle mie attività cliniche (pazienti, supervisioni cliniche, analisi personale) che gli incontri online hanno permesso l'incontro con aree arcaiche della mente che stavano lì in attesa di un buio per essere svelate davvero nella loro oscurità. È così che, solo affidandosi alla capacità negativa interiorizzata negli anni formativi, si è potuto procedere ad illuminare parte di quel buio. Una crisi che ha portato crescita. E come un allievo che mai finisce di imparare, ho potuto far tesoro di ciò che avveniva dentro di me per portare l'esplorazione fuori di me. Così sono riuscito a mettermi in gioco, a terminare la scrittura del mio diploma, fondare la SIPSIOL (Società Italiana di Psicologia On Line) insieme ad un gruppo di colleghi (Luigi Di Giuseppe, Tancredi Di Iullo, Massimiliano Di Liborio e Stefano Paolillo) scrivere, video-intervistare (Bambini, Craparo, Goisis, Nicoli ecc) e tanto altro. Mi sembra di avere osservato questo proliferare in tutti i colleghi a me vicini. Allora con la consapevolezza che nella nostra società è sempre più facile trovare persone con la valigia pronta per trasferirsi, è ora che anche la nostra professione prepari la propria valigia per viaggiare senza trovarsi impreparata al mondo che evolve. Antonino Ferro (cit. in Caroppo, Coliberti, 2016) suggerisce di provare a capovolgere il punto di vista dei colleghi che rifiutano il passaggio della professione nell'online, che rifiutano di prepararsi la valigia,

*immaginiamo un mondo in cui l'analisi si fa soltanto via Skype, se arriva qualcuno a dirci di provare a farla con le due persone reali che si incontrano in una stanza e hanno un rapporto così intimo e ravvicinato che diremo? Forse saremo tutti inorriditi ad assicurare che questa cosa è impensabile?*

Questi e altri interrogativi ci confortano con la consapevolezza che la conoscenza scientifica dovrebbe educarci e sostenerci a saper ben tollerare le nostre incertezze e mettere in discussione le certezze, se si rivelano sterili dogmatismi.

Piccolo aneddoto personale: studente universitario, durante un convegno di psicologia dello sport, nel quale la relattrice ci provocava parlando della possibilità di utilizzare il *doping* per migliorare i risultati sportivi raggiungibili dall'uomo, intervenni per provocare a mia volta sull'eticità di tale pratica che ritenevo sleale nonché dannosa sulla salute. La risposta fu immediata, "Si tolga gli occhiali, lei è miope deve accettare la sua miopia anche se avrebbe potuto utilizzare gli occhiali per essere pari con i suoi colleghi nello studio e per seguire le *slide*". Mi fece riflettere, e accettai la vera provocazione. E oggi scrivendo sulle terapie online mi spingo a credere che probabilmente, come le prime lenti da vista inventate secoli fa per curare ciò che era deficitario e permettere una migliore aspettativa di vita, anche le terapie online saranno utili alla clinica, anche se al momento ancora rischiano di essere vissute come un corpo estraneo utile solo nell'attuale emergenza. Ma la pandemia segnerà la crisi capace di rivoluzionare tutto il mondo, non possiamo che esserne rivoluzionati affinché possiamo migliorare l'aspettativa di vita della psicoanalisi e di tutte le persone che la utilizzano, terapeuti, pazienti e società.

Chiudo il mio articolo con un'ultima riflessione sul tempo da darsi per la comprensione più profonda di ciò che abbiamo vissuto. Tempo necessario prima di poter riflettere, masticare, assimilare e scriverne del nostro tempo, e della nostra rivoluzione. Citando Flaiano “*vista dall'alto, la battaglia sembrava una scampagnata. Le tragedie, come i quadri, vogliono la giusta distanza*”. E questo numero di Funzione Gamma, con la partecipazione di tanti psicoterapeuti, sembra una grande orchestra dove più strumenti cercano di realizzare una nuova armonia da iniziare a far suonare nei vari teatri senza esser tacciata come musica *pop* del momento presto destinata a sparire. E già da un anno invece resiste.

## **Bibliografia**

- Civitarese, G., (2008). *L'intima stanza. Teoria e tecnica del campo analitico*. Borla, Roma.
- Civitarese, G., (2017). *Glossarietto di psicoanalisi*, Mimesis.
- Civitarese, G., Ferro, A., (2020). *Vitalità e gioco in psicoanalisi*. Milano: Raffaello Cortina.
- Craparo, G. (2020). *Psicoanalisi online*. Roma: Carocci Editore.
- Dettabarn, I. (2013). Skype as the Uncanny Third. In Scharff J. S. (Ed.). *Psychoanalysis online: Mental Health, Teletherapy, and Training*. Karnac, London.
- Ferro, A. et al. (2016). *La clinica psicoanalitica oggi*. Roma: Carocci Editore.
- Freud, S. (1923). *L'Io e l'Es e altri scritti*. In *OSF*, 9.
- Iossa Fasano, A., Mandolillo, P. (2020). *Dal divano di Freud al monitor del pc*. Milano: FrancoAngeli.
- Lombardi, R., Cioffi, C., Lodovichi, R., Pinto, G.A., Testani, A., Vaccher, G., Zengarini, S., (2020). *La psicoanalisi al tempo del Covid-19*. Modena: Palombi editore.
- Scharff, J.S. (2013). *Psychoanalysis online: Mental Health, Teletherapy, and Training*. Karnac, London.
- Winnicott, D.W. (1956). *Sulla Traslazione*, tr.it. in *Setting e processo psicoanalitico*. Milano: Raffaello Cortina, 1988.

## “*Cogito ergo ... Zoom*”: dibattiti e riflessioni, nel web, sulla terapia online

[Massimiliano Di Liborio](#)

### Abstract

In questo articolo si cerca di porre l'attenzione sul materiale prodotto dalla nostra comunità sul web, rispetto al tema delle sedute in modalità online. Un tema, che in Italia è stato, da sempre, poco preso in considerazione. Ora, in emergenza, e quindi in una posizione scomoda, ci troviamo a ragionare attorno al mondo online. Nel presente articolo verrà approfondito il materiale che siamo riusciti a reperire sul tema.

### Parole chiave

Psicoanalisi online, S.I.P.S.I.O.L., *setting* online, tecnica e tecnologia

Negli ultimi due anni, il Covid-19 è entrato senza bussare alla porta nel nostro quotidiano, nei nostri pensieri e di conseguenza nelle stanze di analisi. Molto si è scritto, attorno all'incertezza nella quale tutti, nessuno escluso, siamo stati costretti a navigare. A dir poco “a vista”.

A livello mediatico sembrava essersi innescata una gara a chi sparasse il titolo più pesante e traumatico (a volte come in un gioco perverso e di dubbio gusto), gli opinionisti hanno avuto molto da fare. In ambito psicoanalitico, in un modo più lento ma in costante accelerazione, sono nate riflessioni e dibattiti attorno al Covid-19 e sull'opportunità di continuare le terapie, anche online.

Un dato di fatto è che ci siamo trovati a ragionare sul tema delle sedute online, in un clima di urgenza, imposto dal Covid e dal relativo *lockdown*. Paghiamo lo scotto di non averne discusso prima. Ora ci troviamo a ragionare dentro un'urgenza, una posizione scomoda, che toglie spazio alla lucidità e in cui manca il tempo. Mentre in ambito internazionale, il discorso online da diversi anni è al centro di molti dibattiti e di molte attenzioni (si veda [Merciai](#), in questo stesso numero), in Italia, (si veda [Goisis-Lauro](#), in questo stesso numero), come scrivono Goisis e Lauro, sembrava che “*il discorso online non interessasse che a pochi coraggiosi o audaci o antisistema*”. Possiamo tranquillamente dire che la comunità psicoanalitica, almeno fino a qualche tempo fa, in gran parte rifiutava la possibilità di condurre un'analisi online.

Mentre, quindi, la psicoanalisi ufficiale prendeva le distanze dall'online, in una dimensione quasi parallela, questa modalità iniziava a conquistare terreno sempre più velocemente, attraverso tutta una serie di attività (FAD, formazione e supervisioni online), per poi veder approvata anche la psicoterapia online). In altre parole, per diversi psicologi e agenzie formative, il mondo dell'online sembra essere stato letto,

da subito, come una possibilità.

Nel clima di urgenza del 2020 ci siamo trovati a scegliere se interrompere o meno le sedute. Sappiamo bene che una brusca interruzione delle sedute può produrre delle conseguenze; alcuni pazienti probabilmente non riuscirebbero a tollerare una lunga pausa, specialmente in certi momenti. Un reale che si manifesta con una potenza di queste proporzioni è duro da pensare e fronteggiare, lo è ancor di più per chi è in una posizione di fragilità. Dall'altro canto la psicoanalisi, che da sempre si occupa della sofferenza umana, si sarebbe potuta mettere "in ferie" proprio ora? Proprio in un momento dove poteva e forse doveva essere in prima linea? Non sarebbe stato un trauma nel trauma?

È la cura che deve adattarsi al paziente, non il contrario.

Certo, dicevano in molti, il *setting* nella nostra stanza di analisi garantisce più sicurezza; in remoto siamo in balia di tutta una serie di elementi molto meno gestibili. La dimensione fisica del *setting* che protegge e accudisce l'incontro, rischia online di trasformarsi addirittura in un'esperienza disturbante per noi, e per i nostri pazienti. Questo in una condizione di normalità, forse. Con quali effetti il Covid stava entrando nelle stanze di analisi?

Ricordo perfettamente la sensazione di gelo dopo qualche colpo di tosse mio o dei pazienti, i miei pensieri quando quelle persone sul divano, fuori dalla stanza, erano in prima linea contro il Covid. I pazienti a "rischio". Ricordo la paura, di provare anche soltanto ad immaginare cosa sarebbe successo, se uno dei pazienti che avevo ricevuto nella stanza fosse risultato positivo, se altri si fossero contagiati nel mio studio. Il rischio che il mio studio, la mia stanza, diventasse "un focolaio", parola che tuonava in TV, ma a tratti anche nella mia testa. Non ultima la paura di rimanere senza pazienti, senza il mio lavoro.

Anche sulla base di questi cambiamenti si è venuta a creare una urgente necessità di riflettere attorno al piano teorico e tecnico del binomio analisi-online; un terreno fertile, in questa direzione, è stato il [dibattito](#) tra i soci S.P.I., cresciuto online, sul sito della Società, che ha visto oltre 60 colleghi inviare contributi, e discutere, rispetto al tema del Covid e delle sedute online. Forse troppo semplice il "vabbè, passo online". Per questo dibattito rimando all'articolo su questo stesso numero di Funzione Gamma ad opera di Bambini e Ponsi (si veda [Bambini-Ponsi](#), in questo stesso numero).

Abbiamo il dovere di interrogarci, ragionare e provare a comprendere. Roberto Goisis afferma:

*considero la terapia online una delle forme di terapie psicologiche che noi abbiamo a disposizione. Una in più. Da studiare, da organizzare, da sperimentare, da validare, da capire e vivere dal di dentro, insieme ai nostri pazienti.*

Vivere dal di dentro. Negli anni, molte delle critiche sull'utilizzo dell'online sono venute dal di fuori. In alcuni commenti ci si riferisce alla possibilità che degli *hackers*

possano introdursi nelle conversazioni e rubare le informazioni dei pazienti. Nonostante questa sia un'ipotesi possibile, rimane davvero un'ipotesi remota, ma soprattutto abbiamo piattaforme più sicure di Skype e tutta una serie di accorgimenti che possono ridurre davvero al minimo questo ipotetico rischio. Naturalmente è necessario sviluppare nuove competenze, sporcarsi le mani, provare a capire.

Siamo nel pieno di una dose supplementare e imprevista di *training*, scrive Daniela Scotto in chiusura ad un suo contributo. Come evidenzia Bolognini, non abbiamo avuto tempo di prepararci a questo passaggio:

*Ci siamo regolati cioè in base al buonsenso e alla cura per la sorte dell'oggetto (il paziente, e il suo trattamento) e di noi stessi, tenendo conto che un "Io di Lavoro" ben temperato non nega né la realtà interna né quella esterna, e le combina nel modo più armonico e utile possibile.*

In emergenza è tutto troppo immediato; in fondo il perturbante è sempre improvviso, ruba il fiato ad ogni forma di pensiero. Il respiro è da ricostruire a posteriori.

## **Il setting**

Dobbiamo considerare come, per qualità e quantità, la variazione del *setting* possa avere ricadute dirette e indirette sulle fantasie, nei ricordi, nei sogni e sul transfert.

Diverse riflessioni sono state poste all'interno del dibattito anche sul silenzio.

È nell'esperienza di tutti che online la percezione di alcuni aspetti è diversa rispetto alla presenza: la velocità dello scorrere del tempo, la percezione della stanchezza, ma anche quella dei silenzi.

Prendendo in prestito una metafora sportiva, una specie di tempo per rompere il fiato. Un tempo che, per certi versi, è troppo scomodo da sostenere? Certo qui entrano in gioco le soggettività degli analisti, la loro storia, il loro rapporto con il Covid e con la tecnologia, ad esempio.

Un tempo, che si dispiega portandoci velocemente in una nuova dimensione. Diversi pazienti mi hanno chiamato dall'auto, che durante il *lockdown*, si era trasformata in uno spazio intimo e protetto. Ecco che in seduta entra anche l'abbaiare di un cane, il suono di un *clacson*, una radio che si accende per sbaglio, la sirena di un'ambulanza o il passaggio di un treno, che impone prepotentemente silenzio e attesa. Sempre più spesso una domanda si presentava nelle sedute telefoniche: "dottore mi sente?", una domanda che non mi era mai stata posta nella stanza e che evidenzia la complessa gestione del silenzio: difficile capire da entrambi i lati, quando i silenzi erano naturali e quando i silenzi erano legati invece ad una mancanza di segnale telefonico.

Così come dimenticare la rabbia e lo sgomento di una paziente che aveva parlato per circa un minuto, mentre la telefonata si era interrotta, ed io provavo a richiamarla?

Il mio intervento, forse in calcio d'angolo, "quando è già successo? Le è già capitato di sentirsi così?", aveva avuto la fortuna di riuscire ad aprire uno spazio rispetto la questione di una madre troppo presa dal lavoro, che non aveva tempo e voglia di

ascoltarla. Alla paziente sembrava di parlare da sola.

Per molti pazienti è diventata complessa la possibilità di trovare uno spazio intimo e protetto da altri familiari. In funzione di questo dobbiamo sicuramente essere disponibili a riorganizzare gli orari, ad esempio. Sempre sul piano *privacy*, dovremmo evitare, come d'altronde è già buona prassi fare, di chiamare il paziente qualora non si presenti al suo appuntamento. In questi casi un *SMS* potrebbe essere meno invadente rispetto ad una telefonata. Non è detto che gli altri familiari sappiano che il paziente ha deciso di rivolgersi ad uno psicoterapeuta.

## **Tecnologia e tecnica**

Il mio passaggio all'online è stato abbastanza naturale, se così si può dire. Ormai da molti anni, lavorando nella Psicologia dello Sport, mi trovo nella condizione di seguire atleti che sono sempre in movimento. Mi è capitato di fare sedute con atleti che erano sul bordo di un campo o che riuscivano, con fatica, a creare uno spazio per poter parlare nel bagno di un palazzetto dello Sport. Ho sempre trovato e visto l'online come una possibilità, spesso anche come una necessità. Certo, la clinica prevede un assetto diverso, così come è diversa la mia postura in questo tipo di lavoro, ma posso dire che mi "sentivo in grado", "sufficientemente in grado" per parafrasare Winnicott, al passaggio. Non sono un nativo digitale, ma con la tecnologia ho sempre avuto un ottimo rapporto, a tratti è stata anche una mia passione. Questo mi ha aiutato molto. Può sembrare un piano secondario, quello della tecnologia, ma in realtà non lo è. Aspetti molto concreti si legano indissolubilmente ad aspetti che, almeno apparentemente, lo sono meno.

Scendendo nel dettaglio possiamo dire che una prima differenza è quella che passa tra chiamate e videochiamate (Skype, WhatsApp, Zoom ecc.).

Stefano Bolognini, *past president* IPA, suggerisce di costruire insieme al paziente la modalità più adatta: ad esempio si può decidere di mimare una dinamica il più fedele possibile alla presenza, optando per il saluto a video acceso da ambo le parti, per poi passare al solo audio, riaccendendo il video per il saluto del congedo.

Alcuni colleghi hanno optato per tenere la videocamera accesa, collocandosi di spalle, sdraiati su un divano, come nella stanza di analisi; altri ancora preferiscono il telefono. In tutti i casi la modalità andrà scelta e concordata, in funzione della coppia analitica, in modo da poter favorire il passaggio a livelli più riflessivi e liberi di associazione.

Un'altra differenza tra le chiamate e le videochiamate è legata al modo di sentire la telefonata come una forma di comunicazione generica, buona per tutte le occasioni. In questa direzione la videochiamata può essere percepita come uno strumento più nuovo, meno quotidiano, e può essere sentita come esperienza in diretta continuazione col pregresso rapporto.

## **La S.I.P.S.I.O.L.**

Oltre al dibattito S.P.I., in rete, è possibile trovare molto materiale sulla questione



terapia e online, nel sito della [S.I.P.S.I.O.L.](#) (Società Italiana di Psicologia online). Nata nel 2020, in piena pandemia, la Società Scientifica si propone di studiare il fenomeno online e cerca di unire i tanti professionisti che, singolarmente, si sono impegnati in una costante e continua ricerca di miglioramento e di scoperta del nuovo. Il sito, che tratta il tema della Psicologia online a trecentosessanta gradi, è ricco di articoli, indagini, webinar e spazi di formazione e riflessione.

È possibile trovare, ad esempio, delle stimolanti interviste video: Giorgio Bambini, Roberto Goisis, Emilio Masina e [Luca Nicoli](#), che paragona l'impellente necessità di dover mimare fedelmente online la seduta in studio, come a voler restituire al paziente qualcosa di nostalgico, una cartolina antica. Una nostra difficoltà a staccarci dalle "regole antiche"? Forse le stesse regole che hanno ritardato, anzi scoraggiato, un fisiologico discorso verso l'online? Una psicoanalisi viva è una psicoanalisi che si mette in gioco e che costruisce spazi in cui esserci. Mi tornano in mente le parole di C. Bollas: "lo scopo fondamentale della psicoanalisi è quello di restituire al paziente il desiderio di indagare il mistero delle cose". Queste parole potrebbero valere per la psicoanalisi stessa? A mio avviso per una psicoanalisi viva, assolutamente sì!

Intervistato da Giovanni Pendenza, [Giorgio Bambini](#) ragiona sulla necessità di concordare e calibrare sulle singole persone e sulle singole disponibilità la modalità che il paziente avverte come più corrispondente alla propria disponibilità emotiva. Questo è un grosso cambiamento, perché in genere siamo abituati a che nella stanza di analisi in qualche modo le regole siano stabilite in maniera abbastanza unilaterale. Questa situazione ha costretto sia l'analista sia il paziente a rinegoziare le modalità dell'incontro. Si co-costruisce, insomma. Nell'intervista Bambini affronta anche il tema di come la psicoanalisi debba fare necessariamente i conti con i cambiamenti culturali e comunicativi che caratterizzano ogni epoca. Difficile immaginare di poter fare delle analisi come accadeva ai tempi di Freud; oggi nessuno potrebbe permettersi dei soggiorni di mesi o anni a Vienna, per potersi sottoporre a terapia. Il computer e la rete non possono non essere inglobati nelle nuove modalità di relazione interpersonali.

Da segnalare, sempre sul sito SIPSIOLO, anche la video-intervista di Catello Parmentola sui delicati temi della Deontologia e del Consenso Informato nella Psicologia Online e il suo interessante [articolo](#). Parmentola ci ricorda come le prestazioni professionali online non diano alcuna licenza di deroga riguardo a nessun articolo del Codice Deontologico. In rete, non si smette di essere psicologo, non evaporano tutti i vincoli di una professione giuridicamente ordinata.

Nell'intervista alla psicoanalista infantile [Patrizia Gatti](#), il tema trattato è quello dell'*Infant Observation*. La psicoanalista spiega come dopo un primo periodo di incertezza, sostenuta dai colleghi della Tavistock, ha proposto agli studenti le video-osservazioni. Presentata questa possibilità alle famiglie, le reazioni sono state diverse; alcune sono state felicissime e hanno accolto subito, altre hanno rifiutato la possibilità, dichiarando di viverla come una modalità intrusiva. L'online ha garantito comunque la continuità dell'esperienza di apprendimento per gli studenti, ma anche la continuità della relazione per le famiglie e per i bambini.

Attorno al tema più generale della tecnologia, sempre in un'ottica psicoanalitica, Giorgia Lauro, nel suo articolo [Il mondo psichico dietro e dentro lo smartphone](#) evidenzia come lo *smartphone* porti con sé non solo una nuova tecnologia di comunicazione, ma anche una nuova modalità di percepire e studiare le relazioni umane. Il cellulare, secondo una visione psicoanalitica, è quindi una potente rappresentazione inconscia di connessione e disconnessione, che evoca il pensiero, l'analisi, il commento e trasmette sentimenti. Sulla scia di quanto sostenuto da Christopher Bollas (2009) il cellulare è divenuto un particolare tipo di “oggetto evocativo”, costringendoci a “pensare e ripensare” l'esperienza psicosociale.

Concludendo, prendo in prestito le parole di Roberto Goisis quando nella sua [video-intervista](#), sempre sul sito della SIPSIOL, dice che il virus poteva uccidere la psicoanalisi, ma che la psicoanalisi ha continuato a vivere: finito il virus, tutto sarà diverso; le persone e probabilmente anche la psicoanalisi.

Continueremo ad usare l'online dopo il Covid-19? La questione, a mio avviso, non è tanto incentrata sul se, ma sul come ... e in questo “come” siamo tutti profondamente implicati.

## **Bibliografia**

Bollas, C. (1999), *Il mistero delle cose*. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 2001.

## La Telepsicologia e la tecnologia che la sottende

[Luigi Di Giuseppe](#)

### Abstract

La pandemia dovuta al Covid-19 ha contribuito fortemente in Italia all'emersione della telepsicologia, non tanto nelle sue diramazioni teoriche quanto nelle sue peculiarità pratico/professionali. In pochi mesi una pluralità di professionisti si è interessata del problema e si è attivata per fornire un servizio agli utenti/pazienti che sostituisse l'intervento in presenza. Questo articolo analizza l'accaduto e come la risposta tecnologica ha supportato la richiesta di strumenti adeguati da parte del mondo professionale *psy*, con uno sguardo attento anche al futuro prossimo.

### Parole chiave

Telepsicologia, Linee Guida, piattaforme web, tecnologia

### Dal semivuoto al pieno obbligatorio. Introduzione al tema

Parlare nell'anno 2021 di Psicologia e Psicoterapia online, quando ormai la pandemia legata al Covid-19 ci ha reso tutti immediatamente esperti nel campo (promossi per meriti pandemici, oserei dire), diventa quasi banale ma al contempo stupefacente per chi, come me, se ne occupa del lontano 1995.

Eppure il Covid-19, fra i tanti e noti demeriti, ha anche questo incredibile ed impensabile merito: aver spinto gli operatori della salute mentale italiana a compiere, di colpo, un balzo in avanti impensabile fino ai mesi finali del 2019.

Se ne parlava in giro, qualche pioniere si impegnava a diffondere "il verbo" (mentre il mondo internazionale *psy* già da tempo ne parlava, dibatteva, regolamentava) ma, nella sostanza, si era fermi a poco e nulla più, così come ampiamente spiegato nell'articolo a firma di Roberto Goisis e Giorgia Lauro, presente su questo stesso numero (si veda [Goisis-Lauro](#) in questo stesso numero) alla cui lettura rimando onde poter avere un quadro completo della situazione italiana dell'epoca, sia online sia *offline*.

È bastata la paura della "chiusura" ad aprire di colpo tutto quello che era possibile aprire, ed anche di più.

Al grido di "*non possiamo abbandonare i nostri pazienti in un momento così difficile*" centinaia, anzi migliaia di colleghi in tutta Italia sono diventati esperti di "psicologia e psicoterapia a distanza" e si sono attivati per "aprire" i loro studi, ambulatori, istituti all'online spinto.

Pur in assenza assoluta di risorse e di conoscenza del minimo sindacale, rappresentato dalle Linee Guida approvate dal CNOP nel maggio 2017, abbiamo assistito al fiorire

di un mondo che, bene o male, ha scelto di operare a distanza e di fornire agli utenti/pazienti una pluralità di servizi assolutamente impensabili in precedenza.

Ma, come sempre c'è un ma ... tutti, indistintamente si sono trovati a fare i conti con una sostanziale indisponibilità delle risorse tecnologiche minime indispensabili per un efficace lavoro attraverso la rete web. Non mi riferisco, come è ovvio, a quanto ciascuno di noi possa disporre in totale autonomia, da computer super-performanti a linee di collegamento altrettanto efficaci o *smartphone* di ultimissima generazione, ma alla disponibilità (o per meglio dire all'assenza) in Italia di strumenti hardware e software che nel mondo internazionale della telemedicina e della telepsicologia sono ormai più che presenti e utilizzati da anni.

Penso, ad esempio, all'assenza (o quasi) di disponibilità in Italia di piattaforme che utilizzino lo standard stabilito dall'*HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act)*: è una legge federale del 1996 degli Stati Uniti che stabilisce i requisiti di *privacy* e sicurezza dei dati per le organizzazioni incaricate di salvaguardare i dati sanitari protetti dei privati) o che siano *compliant* con le [Linee guida per le prestazioni psicologiche via Internet e a distanza](#) emanate dal CNOP nel 2017, dove fra le altre cose si parla di conoscenza e competenza da parte del professionista dei sistemi tecnologici disponibili e più avanzati:

*lo sviluppo delle tecnologie di comunicazione a distanza consente interventi di e-health di carattere psicologico. Tali contesti applicativi, per la complessità e la specificità che li caratterizza, richiedono al professionista la disponibilità di tecnologie adeguate e il possesso di particolari competenze nel loro uso.*

Eppure, nonostante tutto ciò, il sistema si è messo in moto e seppur fra sobbalzi, urti e marce indietro, oggi sembra inarrestabile e siamo tutti costretti, chi più volentieri e chi con minore entusiasmo, a fare i conti con una realtà che non ha nessuna possibilità, ma probabilmente anche nessuna voglia, di tornare indietro ai tempi pre-Covid.

Penso, ad esempio, a quello che accadrà all'intero sistema congressuale e di Educazione Continua in Medicina (ECM) che, in piena pandemia, ha trovato non solo nuovi spunti per sopravvivere ma, addirittura, ha individuato e percorso con successo strade che in passato non erano neppure lontanamente immaginabili. Tutto ciò con profitto per i discenti e per la qualità complessiva dell'offerta formativa disponibile.

Discorso lungo e complesso che ci porterebbe lontano e che merita un concreto approfondimento, pur non essendo questa la sede preposta. Per cui lo lascio come accenno e proseguo nella trattazione dell'argomento principe legato alla disponibilità e utilità della tecnologia applicabile alla concreta operatività professionale nel campo della telepsicologia.

## **Teoria e prassi tecnologica della Telepsicologia**

Proviamo ad andare con ordine e partiamo dalla definizione di *telemedicina* che ci forniscono gli Organismi competenti (termine che, dal nostro punto di vista, è

ovviamente traslabile in *telepsicologia*): per l'[Organizzazione Mondiale della Sanità](#) (OMS), con *telemedicina* si indica

*l'erogazione di servizi di cura e assistenza, in situazioni in cui la distanza è un fattore critico, da parte di qualsiasi operatore sanitario attraverso l'impiego delle tecnologie informatiche e della comunicazione per lo scambio di informazioni utili alla diagnosi, al trattamento e alla prevenzione di malattie e traumi, alla ricerca e alla valutazione e per la formazione continua del personale sanitario, nell'interesse della salute dell'individuo e della comunità.*

Secondo il [Ministero della Salute](#), per *telemedicina* si intende una

*modalità di erogazione di servizi di assistenza sanitaria, tramite il ricorso a tecnologie innovative, in particolare alle Information and Communication Technologies (ICT), in situazioni in cui il professionista della salute e il paziente (o due professionisti) non si trovano nella stessa località. La Telemedicina comporta la trasmissione sicura di informazioni e dati di carattere medico nella forma di testi, suoni, immagini o altre forme necessarie per la prevenzione, la diagnosi, il trattamento e il successivo controllo dei pazienti.*

L'*American Psychological Association* (APA) già nel 2013 rilasciava le sue [Linee Guida sulla Telepsicologia](#) adottando la seguente definizione:

*La telepsicologia è definita, ai fini delle presenti linee guida, come la fornitura di servizi psicologici utilizzando tecnologie di telecomunicazione. Le telecomunicazioni sono la preparazione, trasmissione, comunicazione o elaborazione correlata di informazioni mediante mezzi elettrici, elettromagnetici, elettromeccanici, elettro-ottici o elettronici (Committee on National Security Systems, 2010). Le tecnologie di telecomunicazione includono ma non sono limitate a telefono, dispositivi mobili, videoconferenze interattive, e-mail, chat, messaggi di testo e Internet (ad esempio, siti Web di auto-aiuto, blog e social media). Le informazioni trasmesse possono essere scritte o includere immagini, suoni o altri dati. Queste comunicazioni possono essere sincrone con più parti che comunicano in tempo reale (ad es. Videoconferenza interattiva, telefono) o asincrone (ad es. E-mail, bacheche online, archiviazione e inoltro di informazioni). Le tecnologie possono aumentare i tradizionali servizi di persona (ad esempio, materiali psicoeducativi online dopo una sessione di terapia di persona) o essere utilizzate come servizi autonomi (ad esempio, terapia o sviluppo della leadership forniti tramite videoconferenza). Diverse tecnologie possono essere utilizzate in varie combinazioni e per scopi diversi durante la fornitura di servizi di telepsicologia. Ad esempio, la videoconferenza e il telefono possono anche essere utilizzati per il servizio diretto mentre la posta elettronica e il testo vengono utilizzati per i servizi non diretti (ad esempio la pianificazione). Indipendentemente dallo scopo, gli psicologi si sforzano di essere consapevoli dei potenziali benefici e dei limiti nelle loro scelte di tecnologie per particolari clienti in particolari situazioni.*

Da queste definizioni è facilmente comprensibile come la telepsicologia possa e debba essere usata sia nella gestione del rapporto con il paziente/utente sia nella relazione che può essere stabilita con i colleghi e con tutti coloro che operano in ambito sanitario nei confronti del soggetto con il quale ci stiamo relazionando in quello specifico momento.

Ciò assume una particolare rilevanza per gli operatori che svolgono la loro attività quotidiana all'interno di strutture complesse, come ad esempio un Ospedale, dove lo stesso soggetto può essere seguito ed esaminato da più professionisti che hanno necessità di scambiarsi informazioni e dati sanitari.

Questa possibilità, concreta, pone già una serie di ipotesi da verificare e solleva domande a cui è necessario trovare risposte efficaci. Mi riferisco, in particolare, alla tutela della *privacy* dei soggetti interessati non tanto nel momento in cui i professionisti incaricati ne studiano dati e risultanze specifiche ma proprio in relazione alla trasmissione telematica dei dati ed al loro accesso da parte di soggetti non autorizzati.

In questo senso interviene in Europa la normativa [GDPR](#) (Regolamento generale per la protezione dei dati), pur se non specificatamente studiata per il settore sanitario, e nel nord-America la già citata normativa *HIPAA*, dedicata espressamente alla trasmissione di dati e di informazioni fra operatori sanitari e strutture che li ospitano o ne utilizzano i servizi professionali.

Ne deriva che il problema della tecnologia usata e/o usabile all'interno di un servizio di telepsicologia è fondamentale per le complesse implicazioni che comporta, sia da un punto di vista deontologico e legale nei confronti del paziente/utente sia da un punto di vista della relazione professionale con i colleghi o con il mondo della professionalità sanitaria in genere.

Date queste premesse, proviamo a comprendere quale sia la situazione tecnologica attuale e quali potrebbero essere (ed in parte già sono) gli sviluppi futuri della telepsicologia in Italia. Con uno sguardo inevitabile anche a quello che proviene dal mondo *psy* anglosassone.

La quasi totalità di coloro che operano professionalmente online nel campo della salute mentale, anche coloro che lo facevano già prima della pandemia legata al Covid-19, hanno sempre utilizzato ed ancora utilizzano quello che il “mercato” della tecnologia informatica mette a disposizione, senza preoccuparsi di verificarne la reale compatibilità con gli specifici bisogni e le necessità legate ad un uso professionale e “sanitario”.

In questo contesto non si può dimenticare che il grado di informatizzazione della popolazione generale in Italia è particolarmente basso, che esiste un problema di “alfabetizzazione informatica” di quei soggetti che possono/desiderano essere trattati in una psicoterapia a distanza ma che esiste anche un fortissimo problema di alfabetizzazione degli stessi professionisti che molto spesso non vanno oltre una conoscenza “basica” di quello che la tecnologia mette a loro disposizione.

Infatti, gli strumenti oggi più utilizzati sono WhatsApp, Skype e FaceTime, con poche

incursioni su altri sistemi di messaggistica o di *videochat* quali Zoom e Google Meet, per citare solo i più diffusi. Strumenti che l'[\*American Psychological Association\*](#) considera utili solo se

*i professionisti utilizzano un fornitore di piattaforme di telemedicina che abbia firmato un accordo con società che dichiarino di essere conformi a HIPAA.*

Non voglio, in questa sede, affrontare nello specifico i vari sistemi utilizzati da chi opera online e citati in precedenza poiché sarebbe un discorso eccessivamente lungo per questo specifico contesto. Mi preme solo sottolineare come gli stessi siano sistemi indirizzati ad un vastissimo pubblico generalista e che, sostanzialmente, siano collettori di *big data* per le Società che li mettono a disposizione (non bisogna mai dimenticare il famoso aforisma per cui “Se non paghi un prodotto, allora il prodotto sei tu”).

L'attuale quadro complessivo, quindi, non si pone come uno dei più favorevoli ad una pratica corretta della telepsicologia, sia da un punto di vista tecnologico sia deontologico, ma a peggiorarlo ulteriormente vi è la pressoché totale assenza sul mercato italiano, come già detto prima, di sistemi “adatti”. Strumenti, cioè, che siano specifici per l'utilizzo da parte dei professionisti della psicologia e che garantiscano la totale affidabilità sia in termini di *privacy* sia di conservazione ed eventuale condivisione dei dati raccolti. Oltre a ciò dovrebbero essere semplici da utilizzare, sia per il professionista sia per il paziente/utente e quindi garantire una immediata fruizione senza richiedere “curve di apprendimento” particolarmente complesse.

Fortunatamente in questi mesi molto si è attivato e si sta attivando in tal senso e sono emerse delle proposte che, con molta probabilità, renderanno più semplice operare a distanza. Non tutte mostrano le caratteristiche che finora abbiamo provato ad elencare ma il futuro sembra essere roseo poiché si è avviata una salutare rincorsa fra società *software* e hardware ad occupare questo spazio sostanzialmente vuoto.

## **Le piattaforme disponibili e il futuro della telepsicologia**

Con il progredire della richiesta e con l'aumento della professionalizzazione degli operatori, anche le Società che offrono servizi specificatamente dedicati alla telemedicina si sono trovate di fronte all'obbligo di migliorare offerte e proposte e di renderle conformi agli standard minimi richiesti dalle regole e dal mercato. Immediatamente dopo il *lockdown* e in contemporanea all'esplosione della necessità di operare a distanza in tutti i campi sanitari, incluso quello della psicologia/psicoterapia, la società *Kry International AB* ha messo a disposizione esclusiva di tutti gli operatori sanitari (psicologi compresi) la piattaforma [\*LiviConnect\*](#), multilingue, utilizzabile in tutta Europa e totalmente gratuita. La piattaforma garantisce esclusivamente un collegamento video sicuro (crittografato e con autenticazione a due fattori) senza peraltro offrire ulteriori servizi, sia agli utenti/pazienti sia ai professionisti che la utilizzano. Il sistema ha un utilizzo decisamente semplice poiché il professionista può registrarsi (fornendo dati che lo identificano come sanitario iscritto ad Albo) e poi indicare numero di telefono e/o email del soggetto da contattare.

Il sistema provvede ad inviare un *link* all'utente/paziente e la videochiamata, su *server* sicuro, può iniziare.

La Società dichiara che nessun video viene registrato e nessun dato viene conservato e la gestione della relazione, anche dal punto di vista deontologico/legale/economico, viene totalmente demandata al professionista:

*Come per gli altri servizi, sta ai singoli operatori sanitari decidere se vogliono utilizzare il servizio in base alle loro esigenze, ai rischi che individuano e ai requisiti di legge che devono rispettare.*

*Ti preghiamo di notare che Livi non ha alcun rapporto con i pazienti e che gli operatori sanitari rispondono direttamente per i loro pazienti ai sensi delle leggi in materia di dati personali. Non registriamo video/audio e non salviamo i dati dei pazienti. Sono i singoli operatori sanitari ad essere responsabili dell'identificazione dei pazienti, Livi Connect è soltanto una soluzione video.*

Anche il CNOP (Consiglio Nazionale Ordine Psicologi) appena dopo il lockdown ha dato indicazione di indirizzarsi, ove possibile, al lavoro a distanza indicando, nel contempo, anche una piattaforma da eventualmente utilizzare, [psicologiaitelefono.it](http://psicologiaitelefono.it):

*Gli Psicologi, una volta iscritti gratuitamente alla piattaforma, avranno la possibilità di creare e inviare la Fattura Sanitaria direttamente dal Sito e, allo stesso modo, di creare, inviare e certificare il modulo GDPR per la privacy. L'accesso alla piattaforma sarà gratuito per 12 mesi. Verrà fornito gratuitamente anche un "Manuale" di circa 60 pagine, di nome "La Psicologia al Telefono e Online", già pubblicato sul Web, nel quale vengono spiegate tutte le metodologie di lavoro al telefono.*

Il portale, però, è esclusivamente un elenco di professionisti che forniscono un servizio online ma non offre la possibilità di effettuare chiamate o videochiamate rimandando, per l'effettivo svolgimento della prestazione, all'utilizzo di strumenti quali Skype e/o WhatsApp.

Al contrario, [Psikera](http://Psikera) offre una piattaforma sostanzialmente completa di telemedicina (anche se non è *HIPAA-compliant*) dove è possibile effettuare *videochat* su di un sistema "proprietario", ottemperare alle necessità burocratiche previste (consenso informato, pagamento, fatturazione, invio al Sistema Tessera Sanitaria, etc.) e mantenere un rapporto costante con l'utente/paziente.

Altra importante piattaforma è quella di [Psicologionline](http://Psicologionline) che si presenta essenzialmente come un elenco di professionisti che offrono servizi *offline* e online, con una divisione sia per aree tematiche sia per residenza. Attraverso la piattaforma è possibile effettuare videoconsulenza (*HIPAA-compliant*), raccogliere i dati del paziente/utente, comunicare con lui in modo testuale ed infine inviargli le ricevute fiscali relative alla prestazione effettuata.

In pieno sviluppo ma, a mio giudizio personale, la più promettente fra le proposte che stanno emergendo è quella di [Psycare](http://Psycare), piattaforma web specificatamente dedicata a psicologi e psicoterapeuti che consente videochiamate sicure *GDPR* e *HIPAA-*



*compliant*, registrazione delle sedute, firma digitale integrata per il consenso informato, pagamenti online, etc. ed è in continua evoluzione avvalendosi di una costante collaborazione con la Società Italiana di Psicologia On Line (SIPSIOL).

Ovviamente, con un mercato in così forte espansione, non poteva mancare l'offerta internazionale proposta da [Psicologo4U](#), sito proposto e gestito da una società inglese, ma interamente in italiano e rivolto al mercato interno, che ambisce a “*diventare l'Amazon della Psicologia Online e aiutare quante più persone possibili a risolvere i loro problemi e sbloccare il loro potenziale*”.

Il sito si propone come un collettore di professionisti e di utenti/pazienti: non offre strumenti propri (*videochat*, etc.) al professionista che decida di utilizzarlo ma si limita a consigliare l'utilizzo di quanto attualmente disponibile (Skype, WhatsApp, etc.).

### **Oltre la Videoconsulenza. App, Realtà Aumentata, device innovativi**

Il mondo complesso della telepsicologia non può non essere completato con quanto si sta sviluppando in quest'ultimo periodo e che appare fecondo di prospettive future davvero interessanti. Mi riferisco in particolare a quei settori che si proiettano oltre il limite della “seduta”, per quanto online, e guardano a competenze molte più ampie che possono, in prospettiva, anche arrivare a modificare radicalmente il nostro abituale modo di affrontare le difficoltà ed i bisogni manifestati dal paziente/utente.

Mi riferisco in particolare al settore delle “psicotecnologie”, strumenti e tecniche innovative o che riprendono, ampliandole, esperienze già in essere, applicabili in particolare nel campo delle terapie cognitive, e che possono essere raggruppate, per comodità, in alcune macrocategorie che provo ad elencare di seguito:

- *psicodiagnostiche*, utili a individuare e diagnosticare precocemente psicopatologie in essere, utilizzando sistemi raffinati di intelligenza artificiale in grado di identificarle utilizzando, ad esempio, l'analisi del linguaggio o l'*eye tracking* (monitoraggio oculare) come nel caso della schizofrenia;
- *di monitoraggio e autoregolazione fisiologica*, attraverso *biofeedback* o *neurofeedback* e biosensori indossabili sempre più sofisticati che sono in grado di rilevare i picchi emotivi negativi e, grazie ad apposite sessioni di addestramento, aiutarci a gestirli;
- *di rilassamento*, che permettono di alleggerire lo *stress* e le tensioni e che possono essere integrate nelle strategie terapeutiche indicate come *homework* al paziente;
- *simulative*, che all'interno di una realtà virtuale protetta possono esporre il soggetto a situazioni fobiche o stressanti per poi lavorare alla desensibilizzazione delle condizioni negative attraverso appositi protocolli;
- *trasformative*, che attraverso esperienze metaforiche e/o simboliche virtuali e inedite, cercano di favorire il cambiamento positivo immergendo il paziente/utente in nuove narrazioni;
- *ludiche*, che mirano a favorire un apprendimento esperienziale, sollecitare impegno e stimolare emozioni positive.

Come è facile comprendere, il presente ed il futuro ci riservano continue sorprese (alcune positive, altre meno) che potrebbero diventare realtà oppure sparire repentinamente dopo essere durate lo spazio di un mattino, come spesso accade in campo informatico/tecnologico (un esempio per tutti: *Second Life*, un mondo virtuale elettronico digitale online lanciato il 23 giugno 2003 dalla società americana *Linden Lab* a seguito di un'idea del fondatore di quest'ultima, il fisico Philip Rosedale; si trattava di una [piattaforma informatica nel settore dei nuovi media](#) che integrava strumenti di comunicazione sincroni e asincroni e trovava applicazione in molteplici campi della creatività, come l'intrattenimento, l'arte, la formazione, la musica, il cinema, i giochi di ruolo, l'architettura, la programmazione e l'impresa, solo per citarne alcuni).

Un cenno veloce, per concludere, alla tecnologia relativa ai *device* che, pensati per l'*entertainment* o le sue derivazioni (*edutainment & co.*), possono essere utilizzati in funzione del *benessere psicologico*.

Penso, ad esempio, a *smartphone* e *tablet* che rappresentano solo la punta dell'*iceberg* e che tendono ad offrire, giorno dopo giorno, servizi e funzioni sempre più articolate e sofisticate, senza però dimenticare le vere innovazioni rappresentate da *visori di realtà virtuale* (per simulare contesti reali o immaginari), *occhiali per la realtà aumentata* e *proiettori olografici* (per arricchire la realtà di informazioni e animazioni originali aggiuntive), *biosensori* (dagli orologi ai cappellini) per monitorare le risposte fisiologiche in tempo reale, *assistenti "affettivi" intelligenti* (avatar realistici o robot umanoidi in grado di affiancare al sostegno umano un supporto continuativo h24), *guanti tattili* (per toccare oggetti che non esistono nella realtà), *abiti* che ti abbracciano a distanza guidati da una *App* sul telefono, e così via.

Tutto ciò ci obbliga ad immaginare quello che potrebbe essere il futuro (prossimo, non remoto) e come potrebbe trasformarsi la relazione terapeutica e ci porta a confrontarci con una accelerazione che si rovescia, specularmente, dal digitale al quotidiano e rischia di travolgerci con i suoi ritmi costringendoci, in ipotesi, a dover scegliere se stare con il "vecchio" o con il "nuovo che avanza".

E solleva un problema di non poco conto che ci costringe ad una immediata riflessione e ci porta verso una formazione continua ed inarrestabile per riuscire ad affiancare alla pratica quotidiana i metodi, le tecniche e gli strumenti digitali che maggiormente possano essere utili e/o funzionali per i nostri pazienti/utenti. Sarà obbligatorio aggiornarsi ed aggiornare il proprio quotidiano operare non solo dal punto di vista della teoria professionale, ma anche dal punto di vista della pratica tecnologica, se desideriamo mantenere un fecondo rapporto con quanto ci circonda e sempre di più ci pervade.

## Conclusioni

Affrontare in uno spazio apparentemente angusto come le pagine di un articolo, un tema così vasto e in costante divenire come quello della tecnologia informatica è

davvero improbo perché si rischia di essere superati dopo appena qualche giorno dalla pubblicazione. Ma, ovviamente, non ci si può esimere dal farlo.

La pandemia legata al Covid-19, come tutti i traumi, ha rotto argini, obbligato a riflessioni, costretto ad agiti che tendono a mantenersi nel tempo assumendo un carattere di continuità sostitutivo della precedente quotidianità e obbliga noi professionisti del mondo *psy* ad una rivisitazione dei parametri abituali e ad una ricostruzione di schemi professionali e personali, che lo si voglia oppure no.

In Italia, per anni, si è cercato di nascondere la testa sotto la sabbia davanti al nuovo che prepotentemente avanzava e solo alcuni pionieri hanno avuto tempo e voglia di guardare avanti e sfidare il futuro. Oggi a quei pochi devono obbligatoriamente affiancarsi le istituzioni e gli Ordini che hanno il compito di raccogliere, promuovere ed indirizzare la professione verso un domani ricco di grandi opportunità, ma anche di concreti pericoli e derive oggi difficili da prevedere e combattere.

La formazione diventa perciò snodo fondamentale per consentire che le innovazioni, attivate attraverso una costante e feconda collaborazione fra professionisti e mondo delle imprese, vengano comprese ed utilizzate nel modo migliore e nell'esclusivo interesse del paziente/utente.

A fronte di questa necessità il CNOP, attraverso la [\*Commissione Atti tipici – Tutela dei Cittadini e della Professione\*](#), è attualmente impegnato nella verifica e nella eventuale definizione di nuovi contesti che siano in grado di consentire, migliorare, potenziare l'offerta di telepsicologia e possano garantire agli utenti, destinatari ultimi dei servizi professionali della categoria, un efficace servizio da parte di coloro che decidono di impegnarsi in questo specifico settore.

Con lo stesso obiettivo nel 2020 è stata fondata la [\*Società Italiana di Psicologia On Line\*](#) (SIPSIOL), che mi onoro di presiedere, così da raggruppare in un unico contenitore scientifico i professionisti che in Italia si occupano di telepsicologia o che sono interessati a farlo.

Riuscire, pur nella molteplicità delle idee, degli indirizzi, delle individualità professionali, ad avere un punto di riferimento unico nel panorama della psicologia italiana online permetterà finalmente di attivare le enormi potenzialità che il settore offre, sia a livello umano che teorico-scientifico, consentendo finalmente alla realtà italiana di poter rivestire un ruolo nel consesso internazionale.

## **‘Una grande opportunità e una grande sfida’: conversazione con Marlene M. Maheu**

*[Marlene M. Maheu](#) – resoconto a cura di [Silvio A. Merciai](#) e [Pietro R. Goisis](#)*

La dr.ssa Marlene M. Maheu (si veda anche [Merciai](#), in questo stesso numero) è direttore esecutivo del [Telebehavioral Health Institute](#), recentemente ribattezzato [Telehealth.org](#) (che ha acquisito rilevanza internazionale: 97 Paesi nel mondo usufruiscono dei servizi dell’istituto) ed è stata la fondatrice del [Journal for Technology in Behavioral Science](#); è anche fondatrice e amministratore delegato (C.E.O.) della relativa organizzazione di supporto, la [Coalition for Technology in Behavioral Science](#). Da quasi trent’anni si è dedicata all’approfondimento ed alla formazione nei problemi etici e legali della cosiddetta *telehealth*, tanto da meritarsi l’appellativo di “*visionaria della telesalute in psicologia*” da parte di Patrick DeLeon, ex-presidente dell’*American Psychological Association* (nel 1994 sviluppò il primo portale internazionale sul tema della salute mentale, *Self Help Magazine*); ha fatto parte di una dozzina di comitati di associazioni professionali, *task force* e gruppi di lavoro relativi alla definizione di standard e linee guida per la gestione a distanza della salute. Ha scritto oltre quaranta capitoli di libri e articoli *peer-reviewed* su giornali scientifici ed è l’autrice principale di cinque libri considerati come riferimenti essenziali nel settore della *telehealth* (tra questi ricordiamo *Career Paths in Telemental Health* nel 2017, curato insieme con Kenneth P. Drude e Shawna D. Wright; *A Practitioner's Guide to Telemental Health: How to Conduct Legal, Ethical, and Evidence-Based Telepractice* – scritto insieme con David D. Luxton e Eve-Lynn Nelson – l’anno precedente; e *Foundations in Theory and Practice for Graduate Learners*, pubblicato nel 2020 in collaborazione con Kenneth P. Drude, Crystal A. Merrill, Joanne E. Callan – analista didatta al *San Diego Psychoanalytic Center* – e Donald M. Hilty); è inoltre molto attiva sul [blog](#) dell’istituto. Attualmente si occupa di ricerca, formazione e consulenza.

Queste brevi note introduttive non rendono ragione dell’enorme rilevanza che la dr.ssa Maheu ha acquisito nel panorama scientifico nordamericano, ormai da molti anni: uno di noi due (S. A. M.: vedi [Merciai-Goisis](#), in questo numero) era già entrato in contatto (online) con la dr.ssa Maheu circa venticinque anni fa, conservandone l’immagine di persona brillante, generosa ed entusiasta del suo lavoro. Così, ci siamo messi in contatto con lei e le abbiamo chiesto di concederci un’intervista, che si è svolta il 12 aprile di quest’anno, sulla piattaforma Zoom; la dr.ssa Maheu ce ne ha messo a disposizione la registrazione e ci ha poi aiutato nella predisposizione della sottotitolazione in italiano: il testo e i *clips* video (cui si accede cliccando sull’immagine a lato di ogni domanda) che seguono sono il resoconto di quell’incontro. La ringraziamo per questo, oltre che per la sua amichevole accoglienza nella sua stanza virtuale; e ringraziamo anche Kathleen McLean (del *TBHI Engagement Team*) per la sua assistenza in tutte le fasi di realizzazione del nostro progetto.

Abbiamo cominciato ricordando alla dr.ssa Maheu del nostro precedente incontro e chiedendole di presentarsi ai nostri lettori raccontandoci la sua storia professionale – che è anche un po' la storia della terapia a distanza negli Stati Uniti – ed illustrandoci le attività e le finalità del suo *Telebehavioral Health Institute*.



Abbiamo poi chiesto alla dr.ssa Maheu di parlarci della situazione attuale della terapia online negli Stati Uniti, precisando in particolare il nostro interesse per la terapia psicodinamica. Non ci aspettavamo una risposta specifica nell'argomento, perché sapevamo la teoria psicodinamica non essere il suo indirizzo di riferimento (lo aveva del resto lei stessa chiarito nella precedente parte dell'intervista). Ma la nostra interlocutrice ci ha stupito: conosceva in anticipo il nostro indirizzo teorico e si era preparata alla domanda...



Si è anzi dimostrata molto coinvolta quando le abbiamo riferito delle resistenze di parte del mondo psicoanalitico che ritiene che l'online sia un mezzo impervio o snaturante l'intervento psicodinamico...



Tornando sullo stesso argomento, ci ha poi raccontato del suo intervento, più di una decina di anni fa, al Centro psicoanalitico di San Diego...



Procedendo nella nostra conversazione, abbiamo chiesto alla dr.ssa Maheu se avesse indicazioni particolari circa piattaforme o *software/apps* da consigliarci per il nostro lavoro di psicoterapeuti online: un po' sorprendendoci, la risposta non si è concentrata su valutazioni di Skype o WhatsApp o simili, ma invece sulla necessità di garantire la sicurezza dei nostri pazienti e di utilizzare applicazioni semplici e locali (certamente era sottesa la preoccupazione per la vasta diffusione, specialmente sul mercato statunitense, di quelle piattaforme dedicate, di dubbia serietà e professionalità, di cui ci aveva parlato all'inizio):

*Penso che se avete un'associazione, fareste bene a cercarvi una piattaforma, farvela scegliere da un comitato di persone, perché queste piattaforme devono lavorare bene con il vostro ambiente: sulle vostre montagne e sulle vostre coste, con la gente del posto. Non credo ci sia nessun vantaggio a sostenere piattaforme a diffusione mondiale. (...) Non mi fido delle grandi aziende internazionali perché raccolgono dati che i nostri cittadini non hanno nessun bisogno siano raccolti. Vengono raccolti così tanti dati in questo momento su Internet che penso che noi dobbiamo essere garanzia di protezione delle informazioni sanitarie dei nostri pazienti. Vi incoraggerei a scegliere un provider locale, in Italia, che segua le leggi italiane: perché se opera in Italia, deve seguire le leggi italiane. (...) Abbiamo persone molto vulnerabili che si rivolgono a noi. Non vogliamo che tutta la loro attività su Internet sia monitorata e resa accessibile attraverso una qualsiasi banca-dati. Per questo sceglierei un provider locale e inizierei molto semplicemente con una piattaforma video, come quella che stiamo usando qui.*

E alla fine è sembrata tornare a spronarci a cogliere e governare l'ondata delle nuove tecnologie, nell'interesse stesso della psicoanalisi e dei nostri pazienti ...

*Non riuscirete mai ad impedire alle persone di andare su Internet quando pensano di aver bisogno di aiuto nella vita e cercare lì un professionista. Per quanti anni pensate che continueranno a rivolgersi solo a chi offre la psicoanalisi "classica"? o non si rivolgeranno invece a professionisti che offrono terapia su Internet, una qualsivoglia "psicoanalisi digitale"? Perché se ci pensate bene, la psicoanalisi classica finisce con l'essere escludente: esclude le persone, i clinici così come i pazienti. Quanti anni pensate che la psicoanalisi classica sopravviverà se continuerà ad escludere le persone? (...) Ormai facciamo tutto online (...) Andando avanti, ci saranno sempre più professionisti che faranno psicoanalisi via Internet. E allora, voi e il vostro gruppo volete mettervi nella posizione di difendere e infondere i vostri valori o semplicemente volete dire "no, non ci interessa, non ci sta bene"? (...) Quello che sto facendo io è di cercare di infondere i miei valori – etici e legali – nelle persone che utilizzano le nuove tecnologie e continuare a riflettere su come adattare ciò che facciamo di persona in modo che possa funzionare online.*

Il tempo a nostra disposizione era ormai quasi trascorso per intero: nel ringraziare la dr.ssa Maheu per la sua generosa disponibilità, le abbiamo chiesto un pensiero conclusivo per i nostri lettori.



## Il dibattito sulla terapia online: un fenomeno essenzialmente sociologico

*Paolo Migone*

### Abstract

Il dibattito sulla terapia online che si è acceso dal 2020 a causa della pandemia di COVID-19 mostra in modo chiaro quanto sono diffusi certi fraintendimenti sulla teoria della tecnica che possono portare a errori *anche nella terapia senza Internet*. Molti terapeuti infatti hanno guardato alla terapia online con diffidenza, senza capire che è una delle possibili applicazioni di una teoria generale della terapia. Questo dibattito ha quindi un interesse sociologico, non teorico, anche perché le problematiche teorico-cliniche della terapia a distanza erano già state affrontate negli anni '50 a proposito della *telephone analysis*, che era addirittura più innovativa mancando il video. Le posizioni espresse in questo articolo furono esposte per la prima volta negli anni '90, in tempi quindi non sospetti, quando chi praticava la terapia online era guardato con diffidenza e il *Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi (CNOP)*, con una delibera del 23 marzo 2002, aveva addirittura vietato la psicoterapia con Internet.

### Parole-chiave

Psicoanalisi online; Psicoterapia online; Teoria della tecnica psicoanalitica; “Presenza” del terapeuta; Sociologia della psicoterapia.

Ritengo che il vivo dibattito sulla terapia online cui abbiamo assistito a séguito della pandemia da COVID-19 sia di interesse prettamente sociologico, non teorico. E a livello sociologico è di estremo interesse perché è servito come una cartina di tornasole che ha fatto emergere il modo con cui sembra che tanti terapeuti – la stragrande maggioranza, soprattutto all'interno della comunità psicoanalitica – non possiedano le adeguate categorie concettuali per comprendere un dato clinico se appena si discosta da quello “normale” cui sono abituati. In sostanza, ha rivelato che vi è un diffuso fraintendimento della teoria della tecnica, un dato questo di interesse sociologico perché ci impone di interrogarci sul modo con cui l'insegnamento della psicoanalisi è stato trasmesso di generazione in generazione negli istituti psicoanalitici: un modo che si potrebbe definire stereotipato, “concreto”, basato su una serie di regole, senza chiedersi a fondo il motivo per cui sono state istituite, come se queste regole si ergessero mostruosamente al rango di una Tecnica con la T maiuscola che prende il posto della teoria (cfr. Galli, 1985, 1992, 2006). Sembra addirittura che non sia chiaro cosa significhi “comunicare”. Per fare un esempio tra i tanti, vi è chi ha argomentato che la psicoanalisi si fa “in presenza”, non online, altrimenti non è psicoanalisi, scordando che il concetto di presenza dell'analista non ha niente a che fare con la sua presenza fisica nella stanza, un modo di ragionare, questo, che è squisitamente anti-psicoanalitico (un analista può essere *presente* quando è online e del tutto assente



quando è nella stanza, a meno che ovviamente non ci si riferisca a una psicologia che potremmo chiamare “comportamentistica”, cioè che prescinde dalla interpretazione del comportamento). E sembra che, assieme alla teoria, scompaia anche il pensiero astratto (la teoria è astrazione), nel senso che rimane soltanto una tecnica senza la capacità di collegarla alla teoria.

Il modo con cui spesso viene discussa la terapia online mette insomma a nudo un modo di procedere per asserzioni non dimostrate, a volte anche con autocontraddizioni. Certe autocontraddizioni, certe modalità – a mio modo di vedere, errate – di concepire il lavoro con i pazienti a prima vista possono non emergere chiaramente se ci si appoggia a un modo tradizionale di lavorare, ma saltano subito agli occhi appena si è messi di fronte a una situazione nuova, dove chi non ha gli strumenti concettuali adeguati non può più mascherarlo, e può non riuscire ad avere la elasticità tecnica che è sempre necessaria nel lavoro terapeutico. Se ad esempio un terapeuta aveva imparato una tecnica senza conoscerne bene le basi teoriche, questa tecnica si rivela presto un “vicolo cieco”, nel senso che sa adottare un solo comportamento terapeutico ma non altri perché non sa applicare ad altri *setting* certi principi teorici (questo, del resto, è il problema delle tante “tecniche” che oggi nel campo della psicoterapia vengono insegnate in innumerevoli corsi di formazione, come se si reggessero da sole, e a volte sono anche svincolate da una precisa teoria di riferimento).

Quello che è importante sottolineare è che qui non stiamo parlando della terapia online in quanto tale, ma di qualcosa di molto più importante, potremmo dire della identità stessa della psicoanalisi (cfr. Migone, 1995a cap. 4, 2011a, 2020c), e che il discorso non cambierebbe se al posto della terapia online mettessimo qualunque altro elemento del *setting*, ad esempio il lettino o la frequenza settimanale. Il rapporto che lega un determinato *setting* e quella cosa che noi chiamiamo psicoanalisi è una annosa questione che è stata affrontata a più riprese dal movimento psicoanalitico; un altro dato sociologico interessante, quindi, è che sembra che tanti colleghi non si siano resi conto che questo tipo di discussione non è nuova, ma è stata affrontata da diversi autori, e in modo approfondito, almeno già dalla metà del Novecento.

Osservando il florilegio di articoli apparsi nella letteratura psicoanalitica sulla terapia online, anche a livello internazionale e nelle riviste considerate più autorevoli, si nota innanzitutto che si tratta quasi sempre di articoli clinici, non teorici: ci si chiede cosa provano il terapeuta o il paziente nel *setting* online, quali fantasie vengono fatte, che tipi di transfert e controtransfert si attivano, come ci si deve organizzare a livello pratico (riguardo ad esempio al pagamento, agli orari, all’arredamento della stanza in cui c’è il computer, o alla possibilità di usare anche il cellulare), e così via. Tutte riflessioni cliniche che certamente servono a tanti terapeuti, e questo è un altro dato sociologico perché sembra che questi colleghi non si siano mai accorti, o non vi abbiamo mai riflettuto, del fatto che certe terapie non online possono essere ben più complicate da gestire, e presentare problemi teorici e tecnici maggiori, soprattutto con pazienti difficili che spesso mettono in scacco qualunque terapeuta esperto. In altre parole, le difficoltà o novità della terapia online vengono viste come appartenenti a una categoria logica diversa dalle difficoltà che si incontrano con qualunque paziente o

*setting* (di gruppo, di coppia, familiare, istituzionale, o con pazienti gravi come i borderline, gli psicotici, etc.), e questo è un grosso errore.

Il fenomeno della terapia online attirò la mia attenzione negli anni '90, quando si cominciava a sperimentarla inizialmente addirittura tramite e-mail, non essendovi ancora i programmi di videoconferenza come Skype o Zoom. Erano tempi quindi non sospetti perché, mentre oggi molti ne parlano essendo costretti a praticarla dal 2020 a causa del *lockdown* per la pandemia di COVID-19, allora erano pochi i colleghi che se ne interessavano o che la praticavano, e in genere venivano guardati con diffidenza. Io subito scrissi alcune riflessioni su questo fenomeno (Migone, 1999a) avendo ben chiaro che la terapia online non mi interessava assolutamente in quanto tale, cioè dal punto di vista clinico, pur avendola praticata (ad esempio negli anni '90 avevo cominciato a seguire pazienti persino tramite e-mail, poi per tanto tempo ho fatto terapie online e mi è stato anche chiesto di fare supervisioni e terapie in videoconferenza a colleghi cinesi per conto della *China American Psychoanalytic Alliance* [CAPA]); come ho detto, la terapia online mi interessava per le domande che solleva riguardo alla teoria della tecnica e alla identità stessa della psicoanalisi. Inizialmente quello che mi colpì molto fu il modo di ragionare di tanti colleghi di fronte a questo “nuovo oggetto”, un modo di ragionare che poteva portarli a fare errori tecnici *anche nella terapia senza Internet*, “normale”, tradizionale, che potremmo chiamare *off-line*; ho messo appositamente il termine “normale” tra virgolette perché, come vedremo meglio dopo, ritengo che sia un errore pensare che possa esservi qualcosa di *normale* in psicoanalisi, e a questo proposito non può non venire in mente la famosa esclamazione di Sullivan “Dio mi guardi da una terapia che va bene” e parafrasarla in “Dio mi guardi da una psicoanalisi normale”, perché sono proprio queste situazioni “normali” quelle che possono nascondere ad esempio le note collusioni o le *mésalliances* di cui si è tanto parlato nella letteratura psicoanalitica.

In questa mia discussione quindi devo necessariamente riprendere le considerazioni fatte da me negli anni '90, che non sono cambiate, e riprenderò brani di altri miei scritti (Migone, 1999a, 2003, 2005b, 2013a, 2015, 2020a, 2020b, 2021a, 2021b), soprattutto di un articolo che pubblicai nel n. 4/2003 di *Psicoterapia e Scienze Umane*.

Ho ancora molto vivo il ricordo della frustrazione che provai quando negli anni '90 mi confrontavo con colleghi i quali, pur essendo di orientamento psicoanalitico, sembravano incapaci di seguire le mie argomentazioni. Pareva che volessero sapere solamente se io ero pro o contro la terapia online, cioè rimanere sul livello pratico, bypassando le ragioni per cui potevo avere una determinata posizione. Avevo la forte impressione che commettessero lo stesso errore che, ad esempio, era stato commesso da generazioni di psicoanalisti ai quali, come ho detto, era stata insegnata la tecnica della psicoanalisi in modo stereotipato sotto forma di “regole” concrete da applicare, col risultato che è stata tramandata, di generazione in generazione, una tecnica per così dire “ossificata”, morta, che si reggeva da sola, “senza teoria”. Tutto questo, come è noto, è il contrario non solo di quello che vorrebbe essere la psicoanalisi, ma anche di qualunque disciplina scientifica, in cui ovviamente la teoria e la pratica sono sempre intrecciate nel senso che l'una dipende dall'altra.

Questi colleghi non riuscivano a capirmi nonostante le mie argomentazioni fossero esposte in modo molto chiaro. Ricordo che una collega, la quale in un dibattito per e-mail si era espressa contro le mie posizioni in quanto pensava che io fossi favorevole alla terapia online mentre lei era decisamente contraria, rimase sorpresa quando, incontrandola una volta di persona, le ripetei quello che avevo già detto più volte nel nostro dibattito, e cioè che a me non interessava assolutamente la terapia online in quanto tale, ma solo il modo di ragionare attorno a essa. Mi sembrò che lei non riuscisse proprio a capirmi ma che volesse solo sapere se mi schieravo in favore della terapia online oppure no, e, avendo saputo che cercavo di fare un altro discorso, questo le bastò per rassicurarsi dal timore che aveva. Ricordo che ebbi una sensazione sgradevolissima perché non vi era modo di capirci. Negli anni ho dovuto abituarli a questo tipo di incomprensioni, perché mi è capitato spesso di incontrare colleghi che ragionano prevalentemente sulla base di esempi clinici o su cose da fare o da non fare, come se nel loro percorso di formazione non fossero stati esposti al ragionamento teorico. La stessa impressione la ebbi leggendo le valutazioni anonime dei *reviewers* di un articolo sulla psicoanalisi online (in cui esponevo la stessa mia posizione che espongo adesso) che avevo inviato a varie riviste internazionali (prima all'*International Journal of Psychoanalysis*, poi al *Journal of the American Psychoanalytic Association* e al *Psychoanalytic Quarterly*), che lo avevano tutte respinto: i *reviewers* ammettevano candidamente di non riuscire a capirlo, e chiedevano esempi clinici per capire quello che volevo dire, nonostante io avessi esplicitato chiaramente che il mio non era un articolo clinico ma teorico, e che riguardava non tanto la psicoanalisi online, che utilizzavo come pretesto, quanto la psicoanalisi in quanto tale, anche *senza* Internet. Stavo per rinunciare a pubblicarlo, quando mi decisi a tentare con una quarta rivista (*Psychoanalytic Psychology*) che finalmente me lo pubblicò (Migone, 2013). Questo mio articolo passò abbastanza inosservato, ma nel 2020, con l'esplosione della pandemia di COVID-19 e della diffusione della psicoanalisi online, divenne molto citato (cfr. ad esempio Gabbard, 2020, p. 1090) e ricevette parecchi *downloads*; devo dire che ho guardato con sospetto a questo interesse per quel mio articolo, perché ho il timore che dimostri, ancora una volta, che il mio discorso non viene capito, cioè è molto probabile che l'interesse di tanti colleghi sia legato alla terapia online in quanto tale perché sentono l'esigenza di praticarla, e non agli aspetti teorici sottostanti che riguardano anche – e direi soprattutto – la terapia *non online*, e la identità stessa della psicoanalisi.

In questo senso si può affermare che il mio contributo è più ambizioso, e voglio sottolineare che l'esercizio che faccio è identico a quello che ho fatto riguardo ad altri "oggetti", ad esempio le terapie brevi (Migone, 1982, 1985, 1986, 1988, 1989, 1995a cap. 3, 1995c, 1997, 1999c, 2005a, 2011b, 2012, 2014) o l'utilizzo dei farmaci durante una psicoanalisi (Migone, 1999d, 2000b, 2001a, 2001b, 2006, 2013b, 2013c); anche in questi casi ho usato questi oggetti come pretesti, come scuse, per fare un discorso più ampio sulla identità della psicoanalisi.

## È possibile la psicoanalisi online?

Va detto innanzitutto che la psicoanalisi a distanza non costituisce una novità. Tra l'altro, il primo esempio storico *ante litteram* di psicoanalisi a distanza fu quello tra Freud e Fliess che avvenne per via epistolare, come vari storici della psicoanalisi hanno fatto notare; e a proposito di modificazioni del *setting*, così temute da tanti analisti come se ne venisse minacciata la loro identità, si può menzionare che Max Eitingon – proprio colui che stabilirà le regole del *training* classico, definito appunto “modello Eitingon” – fece l'analisi con Freud durante lunghe passeggiate. Il motivo per cui la psicoanalisi a distanza non costituisce una novità è soprattutto perché già veniva praticata col telefono, e non a caso negli Stati Uniti si incominciò a discutere della *telephone analysis* fin dai primi anni '50. E la *telephone analysis* era ben più innovativa della terapia online di cui si parla tanto oggi, perché non vi era la possibilità del video.

Scrisse più di mezzo secolo fa su *Psychoanalytic Quarterly* Leon Saul (1951), un analista che si chiedeva perché mai non potesse essere utilizzato il telefono in analisi:

*Tutto il pensiero è limitato dall'inerzia. Noi pensiamo nel modo con cui ci hanno insegnato a pensare. Nuove idee, nuovi atteggiamenti o approcci incontrano sempre resistenze. (...) Alla luce di queste considerazioni, ci si chiede se l'idea di usare la moderna tecnologia del telefono, come una aggiunta alla tecnica psicoanalitica, incontrerà una scandalizzata resistenza, o se la maggior parte degli analisti sono già molto avanti nel loro pensiero e anticiperanno la sperimentazione della comunicazione televisiva se e quando essa diventerà possibile (p. 287).*

Queste parole suonano profetiche. Saul in quel lavoro parlava, tra le altre cose, dell'utilità di usare il telefono con una paziente che faticava a reggere le sedute in presenza, e con la quale si era accorto che al telefono riusciva invece a elaborare determinate problematiche transferali rendendo così possibile il loro superamento e la ripresa delle sedute. L'uso del telefono, in questo caso, rientrava perfettamente nei criteri che due anni dopo, nel 1953, Kurt Eissler proporrà per sistematizzare in una teoria coerente l'introduzione di modificazioni tecniche (da lui chiamate “parametri”) alla “tecnica psicoanalitica di base”. Ed è proprio con la teorizzazione di Eissler, che diventerà un inevitabile punto di riferimento nel dibattito sulla teoria della tecnica, che voglio iniziare queste mie riflessioni teoriche sulla psicoanalisi online, e precisamente raccontando un episodio che mi è riaffiorato alla memoria.

Una volta Eissler, a un convegno tenuto alla *Cornell University* di New York nel 1983 in occasione del trentesimo anniversario del suo classico articolo del 1953 sul “parametro” (non ricordo bene chi fossero gli altri relatori, mi sembra Arlow e Brenner), disse che qualcosa di vero poteva esserci nelle critiche che alcuni gli avevano mosso, nella misura in cui, ad esempio, “nessuno era ancora riuscito a condurre una psicoanalisi col computer o passando al paziente dei bigliettini contenenti solamente le interpretazioni”.

Per comprendere appieno questa affermazione, può essere utile accennare brevemente a quell'articolo. Com'è noto, il classico contributo di Eissler del 1953 era stato scritto

a metà del XX secolo, in un periodo storico di grande fulgore della psicoanalisi negli Stati Uniti, in cui si assisteva a un rapido aumento del numero di pazienti, anche con patologie gravi, che si rivolgevano al trattamento psicoanalitico. Presto gli analisti si resero conto che la tecnica standard non poteva essere applicata a tutti, e che erano necessarie delle modifiche a seconda della gravità della patologia. La tecnica classica prevedeva infatti l'uso privilegiato dell'interpretazione verbale, cercando di minimizzare tutti gli altri fattori per così dire "spuri" o "inquinanti" il *setting*, quali rassicurazioni, consigli, variazione della durata e del numero delle sedute, utilizzo temporaneo della sedia al posto del lettino etc. L'analista doveva restare il più neutrale possibile, seduto dietro al lettino in modo tale da ridurre al minimo la sua influenza sul paziente (allo scopo di osservare l'emergere di un transfert "puro e incontaminato", per così dire), e limitarsi a trasmettere verbalmente le interpretazioni, ritenute il fattore curativo *par excellence* della psicoanalisi. È in questo contesto che si inserisce l'articolo di Eissler, un analista molto autorevole, noto anche come strenuo difensore di Freud di fronte alle critiche che di volta in volta gli venivano mosse, e che più tardi verrà anche nominato Direttore dei prestigiosi *Freud Archives* (vedi Migone, 1984, 1995a cap. 14, 1999b). In quell'articolo, Eissler sistematizzò a livello teorico il problema delle indispensabili modificazioni del *setting* per determinati pazienti alla luce delle acquisizioni teoriche della Psicologia dell'Io (che proprio in quegli anni vedeva la sua massima espansione), cioè dell'esigenza sempre più sentita di una maggiore considerazione del punto di vista adattivo e delle difese. Egli definì "parametro" ogni cambiamento della tecnica standard (la quale ad esempio era definita a "parametro zero", cioè senza modificazioni), che lui chiamava "tecnica del modello di base" (*basic model technique*), e propose che fosse legittimo definire una terapia ancora "psicoanalisi" quando l'introduzione di un parametro si basa sui seguenti quattro criteri: 1) deve essere introdotto solamente quando sia provato che la tecnica di base non è sufficiente (in presenza ad esempio di un "deficit dell'Io" che non permetterebbe al paziente di reggere la tecnica di base); 2) non deve mai oltrepassare il minimo inevitabile; 3) deve condurre alla sua autoeliminazione; 4) le sue ripercussioni sul transfert non devono mai essere tali che non possa essere in séguito reso non più necessario grazie all'interpretazione. Eissler dunque, ribadendo per la psicoanalisi il valore ideale della tecnica "classica" (praticamente mai raggiungibile nella realtà, e di questo era ben consapevole, ma tuttavia utile come obiettivo euristico), ammise l'utilizzo di parametri ma a patto che fossero ridotti al minimo e che in qualche modo potessero in séguito rientrare all'interno del processo interpretativo (prova questa di una modificazione strutturale, dato che era stato riparato quel "deficit dell'Io" che prima aveva reso indispensabile l'introduzione del parametro). Va precisato che la teoria del parametro di Eissler regge anche se la tecnica di base non è quella classica ma una tecnica con altre regole, ad esempio una diversa frequenza settimanale o l'assenza del lettino. Per rendere più chiara la teoria del parametro di Eissler, una volta descrissi il caso di una paziente in psicoanalisi *vis-à-vis*; lavorando con lei, si presentò la possibilità di superare un momento difficile dell'analisi utilizzando il lettino per poi tornare al precedente *setting vis-à-vis*, dopo aver elaborato quella difficoltà (non riusciva a reggere lo sguardo per determinate emozioni che emergevano). Presentai, in

un modo che può sembrare paradossale, “una psicoanalisi con la sedia e una psicoterapia con il lettino” (Migone, 1991 pp. 53-57, 1995a cap. 4, 2000a pp. 221-223). Quello che è importante è che vi sia una cornice (*frame*) di riferimento per la terapia, un *setting* con una serie di regole che servono da sfondo, come argomenta bene Codignola (1977) il quale lega la struttura logica dell’interpretazione al *setting*.

A proposito di Eissler, va ricordato che è stato spesso frainteso e criticato per la sua “ortodossia” o “rigidità” tecnica, quando invece – come ha mostrato molto bene anche Garcia (2007), che in un articolo pubblicato nel n. 4/2007 di *Psicoterapia e Scienze Umane* ha descritto in dettaglio la sua tecnica – era estremamente flessibile con i suoi pazienti, al punto da sembrare, paradossalmente, un moderno terapeuta relazionale, e poteva permetterselo appunto perché era capace di mantenere stretto il legame tra teoria e tecnica (cfr. Migone, 2007 pp. 440-442, 2014 p. 637, 2020c pp. 6-7). Il parametro, in sostanza, può essere concepito come un “agito”, una “esperienza correttiva” che per il momento non è interpretata; dietro a questo concetto «non vi è altro che la problematica – estremamente importante per chi è interessato a fare terapia, cioè a operare cambiamenti psicologici “strutturali” nei pazienti – del rapporto tra azione e parola, tra comportamento e mentalizzazione, o, se vogliamo, tra corpo e mente, cioè la possibilità di trasformare un sintomo, un comportamento, e portarlo sotto controllo del soggetto attribuendogli un significato» (Migone, 2005a, p. 354).

Ci si può chiedere a questo punto come mai ho iniziato queste mie riflessioni sulla terapia online accennando alla concezione del parametro di Eissler (1953). Il motivo è che, ironicamente, e contrariamente allo scetticismo dei tanti psicoanalisti nei confronti della terapia online, seguendo la teoria classica di Eissler parrebbe che una terapia come quella online, basata essenzialmente sulla comunicazione per certi versi “impersonale” tra paziente e terapeuta, risponda ai criteri addirittura di una psicoanalisi. Come risolvere questa apparente contraddizione?

Affrontare adeguatamente questa problematica implicherebbe addentrarsi nelle vicissitudini della storia della teoria della tecnica psicoanalitica nel corso del XX secolo, per cui in questa sede sarà possibile fare solo alcuni brevi cenni (per i necessari approfondimenti rimando ad altri lavori: Migone, 1991, 1995a capitoli 1 e 4, 1995b, 1998a, 2000a, 2001c, 2011a, 2020c).

Ritengo che la cautela nei confronti della terapia online possa essere spiegata col fatto che negli ultimi tempi vi è stata una crescente presa di distanza, più o meno esplicita, nei confronti di un certo modo di intendere il modello classico, basato sulla anonimata del terapeuta, su quella che una volta chiamai “personectomia” dell’analista (Migone, 1994 p. 130, 1995a cap. 6, 2004 p. 151), modello che pare estremizzato in modo quasi caricaturale appunto dalla terapia online. Il fenomeno diffuso della terapia online, insomma, tra le altre cose ripropone questa problematica interna al dibattito psicoanalitico e ci dà qui l’occasione di riprenderla brevemente in esame.

Seguendo la logica di Eissler, se una terapia con parametri – cioè con variazioni del *setting* a seconda dei bisogni del paziente, con interventi legati alla “persona” del terapeuta che in modo complesso “modula” l’aspetto tecnologico del trattamento – è

indicata per quei pazienti che, a causa della struttura deficitaria del loro Io, non reggono un tipo di *setting* limitato solo alla comunicazione delle interpretazioni, dovremmo forse dedurre che la terapia online può essere indicata per quei pazienti che hanno un Io intatto (peraltro molto rari), o che si collocano al livello alto della psicopatologia (ad esempio solo per i nevrotici lievi)? Ritengo che non sia questo il modo di impostare il problema (si noti comunque qui un apparente paradosso: la terapia online, “tecnologica” per eccellenza, da una parte sarebbe indicata per i pazienti “più sani”, e dall’altra proprio per quei pazienti “più gravi” che hanno un particolare bisogno di non entrare in contatto con la persona del terapeuta, perché ad esempio possono temere un certo coinvolgimento). E non ritengo neppure che oggi, grazie alle possibilità offerte da Internet, la psicoterapia “virtuale” sia legittima nella misura in cui può emulare la psicoterapia “reale”. Non ricordo nei dettagli l’argomentazione di Eissler in quel convegno del 1983 a proposito della “psicoanalisi col computer”, ma non penso che sia corretto affermare che se una volta era comprensibile essere scettici verso di essa, oggi, grazie alla vasta gamma di canali comunicativi di cui è dotata, si può essere meno scettici e ritenere che la psicoanalisi online potrebbe essere utilizzata anche per pazienti più gravi.

Nemmeno questo dunque, a mio parere, è il modo di impostare il problema, cioè, come ho detto prima, ritengo che la questione non sia la possibilità o meno di emulare con la realtà “virtuale”, oggi permessa da Internet, la realtà “reale” dell’incontro terapeuta/paziente, laddove quest’ultima servirebbe da pietra di paragone o modello a cui avvicinarsi il più possibile. Il problema va posto in termini diversi, e precisamente occorre una riflessione sulle premesse teoriche che facevano da sfondo alla concettualizzazione di Eissler (cioè alla concezione che per brevità ho chiamato “classica”), premesse che, come si è detto, nel dibattito psicoanalitico successivo da più parti sono state discusse in modo critico. Il ragionamento di Eissler era estremamente coerente al suo interno, e tuttora il suo articolo è molto valido per quanto riguarda il ruolo del *setting* nella struttura logica dell’interpretazione (rimando, a questo riguardo, al fondamentale contributo, prima citato, di Enzo Codignola [1977] sulla – come recita il sottotitolo del suo libro – “struttura logica dell’interpretazione psicoanalitica”). Soprattutto Eissler in quel lavoro ha voluto toccare, come dicevo prima, l’importante questione teorico-clinica del rapporto tra parola e azione in analisi, e il problema di quella che oggi potremmo chiamare “mentalizzazione” come garanzia dell’autonomia del paziente dall’ambiente, cioè dal parametro introdotto per ristabilire il suo equilibrio psicologico. L’aspetto della concezione sottostante alla teorizzazione di Eissler che invece ora può essere messo in discussione riguarda quella che lui chiama “tecnica del modello di base”, cioè da una parte l’idea che solo un tipo di *setting* (quello “classico”) sia adatto a evocare nel paziente quello che noi chiamiamo transfert (e per di più in modo uguale in ogni cultura, Paese ed epoca storica), e dall’altra l’idea, strettamente connessa, che questo tipo di *setting* possa garantire all’analista una neutralità rispetto all’emergere del transfert, il quale appunto sarebbe tendenzialmente “puro” e “incontaminato” dalle influenze dell’analista. Come è stato discusso in seguito da molti autori (*in primis* Gill, 1982, 1983, 1984, 1993, 1994; vedi Migone,

1991, 1995a cap. 4, 2000a; Green, Kernberg & Migone, 2008), i quali hanno un po' ripreso le intuizioni di Sullivan e della scuola interpersonalista americana esposte fin dagli anni 1920-30, non è sostenibile una fede ingenua nella neutralità da parte dell'analista, anzi, credere nella neutralità può solo portare a una nostra maggiore influenza sul paziente perché appunto non analizzata in quanto ritenuta inesistente (in realtà la questione della neutralità è più complessa e non facilmente liquidabile, ma non è possibile affrontarla in questa sede).

Si veda ad esempio la critica che Gill muove alla concezione di Ida Macalpine (1950), che è esemplare a questo riguardo. La Macalpine aveva parlato di un “*setting* infantile” (sedute frequenti, lettino, costanza dell'ambiente, etc., la tecnica di base insomma di cui parla anche Eissler) che servirebbe a evocare quel tipo di transfert che noi vogliamo analizzare. Gill fa notare una possibile contraddizione in questa concezione: se il transfert deve essere spontaneo e incontaminato dalla influenza del presente, perché allora abbiamo bisogno di apposite misure per farlo emergere? Perché, in altre parole, dobbiamo “manipolarlo” con un “*setting* infantile”? Il transfert che emerge grazie al *setting* “classico” non sarebbe quindi una pura ripetizione del passato di fronte a un analista che funge da specchio (*blank screen*) o da osservatore neutrale, ma una reazione a quel “*setting* infantile”, sarebbe cioè un “transfert infantile” (o, se vogliamo, un “transfert classico” provocato dal “*setting* classico”), una reazione per così dire *iatrogena*, concettualmente simile all'ipnosi: niente di più lontano da quello che comunemente intendiamo per psicoanalisi (molto belle sono le pagine di Gill in cui mostra – con buona pace dell'analista “ortodosso” – come una psicoanalisi classica possa di fatto consistere in una “psicoterapia manipolatoria”, mentre una terapia monosettimanale e senza lettino nella quale si analizza attentamente il transfert possa essere definita a tutti gli effetti una “psicoanalisi”). Beninteso, qui non vengono criticate tanto le regole del *setting* classico (che è un *setting* come un altro, né migliore né peggiore), quanto la implicita idea che quel *setting* garantisca una neutralità dell'analista e che solo quel tipo di *setting*, e non altri, debba essere utilizzato per tutti i pazienti e trasversalmente alle varie culture e ai periodi storici (perché è questa l'implicazione sottostante, altrimenti non sussisterebbero le regole standard, ad esempio il lettino e un determinato numero di sedute settimanali, tuttora prescritte dall'*International Psychoanalytic Association*, anche se queste regole sono più spesso sulla carta che nella realtà, e inoltre vi sono state delle deroghe all'alta frequenza settimanale, si pensi alla Francia, all'Uruguay o più recentemente anche al *William Alanson White Institute* di New York, ma si pensi anche alla *shuttle analysis* o alla *condensed analysis*). Ecco perché, venendo a questo punto a mancare le giustificazioni teoriche del *setting* classico, Gill in modo radicale si sbarazza dei criteri “estrinseci” (lettino, frequenza settimanale, etc.), ridefinisce quelli “intrinseci” (l'analisi del transfert), e sposa una concezione molto allargata di psicoanalisi, attuabile nei *setting* più diversi (sedute a frequenza monosettimanale o addirittura variabile, *setting* di gruppo, emergenze, terapie brevi, servizio pubblico, pazienti più gravi e/o con terapia farmacologica, e così via – oggi potremmo aggiungere il *setting* online). L'importante è che l'analista di volta in volta faccia del suo meglio per fare l'“analisi del transfert” (che sarebbe meglio



definire a questo punto come “analisi della relazione” – è questo l’unico fattore “intrinseco” che Gill conserva, e per di più ridefinendolo in termini “relativistici” o “prospettici”), cioè la relazione terapeuta/paziente la quale è sempre influenzata dalle condizioni del *setting*, qualunque esse siano (per un approfondimento, rimando a Migone, 1991, 1995a cap. 4, 2000a, 2020c). A scanso di equivoci, occorre ribadire che qui non si sta affatto dicendo che il *setting* classico non va bene e che va preferito un altro *setting* (ad esempio senza lettino o a bassa frequenza settimanale – o, per restare nel tema di queste riflessioni, online). Si sta dicendo semplicemente che il *setting* cosiddetto classico è un *setting* come un altro, e va benissimo, solo che evocherà il suo tipo di transfert. Ogni paziente infatti reagirà a un determinato *setting* non secondo un modello ideale che noi riteniamo valido indiscriminatamente per tutti i pazienti, perché è il transfert stesso (cioè le precedenti esperienze fatte dal paziente) che determina il modo con cui verrà vissuto il *setting*. Per fare un esempio volutamente schematico, se un paziente ha avuto genitori molto riservati e silenziosi forse sarà a suo agio con un analista “ortodosso” (cioè riservato, relativamente silenzioso), mentre se i suoi genitori erano espansivi e calorosi potrebbe vivere questo analista come freddo, distaccato, o forse punitivo: è ovvio che sarebbe un errore interpretare come transfert solo quest’ultimo comportamento, e considerare “normale” (cioè come “non transfert”) lo stato di non conflittualità che prova il paziente di fronte a un analista riservato e silenzioso (“ortodosso”). Potrebbe anche essere che questa apparente normalità ci impedisca di illuminare un’importante area problematica di funzionamento del paziente che invece comparirebbe se fosse esposto a un diverso *setting*, e che in questo modo potrebbe essere analizzata.

Risulterà più chiaro a questo punto perché ho voluto far precedere queste mie riflessioni sulla terapia online da questa lunga premessa sulla concezione di Eissler (1953) sul parametro e sulla revisione teorica di Gill (1982, 1984). Se accettiamo che non vi sia più, per così dire, un *gold standard* per la psicoanalisi (inteso in termini di criteri estrinseci, cioè legato a un tipo specifico di *setting*), a rigor di logica ne consegue che anche online possa essere condotto un trattamento che risponde ai requisiti della psicoanalisi: attenta analisi delle manifestazioni transferali e controtransferali a partire dal tipo di contesto in cui avviene l’incontro terapeuta/paziente (in questo caso Internet, nelle sue varie possibili modalità), ben consapevoli che questo contesto, come qualunque altro contesto, avrà sempre una influenza sul transfert stesso (nonché sul controtransfert, naturalmente), influenza che comunque dovrà essere attentamente analizzata. Con questo ragionamento, dunque, sembrerebbe giustificato l’utilizzo di Internet per una terapia psicoanalitica.

## **Ulteriori riflessioni**

Occorre fare alcune ulteriori riflessioni per chiarire meglio i passaggi fatti, perché è possibile che si creino fraintendimenti. Quelle che vanno analizzate meglio sono le implicazioni sottostanti al ragionamento che abbiamo fatto finora per arrivare a una posizione che non esclude aprioristicamente l’utilizzo di Internet per la psicoanalisi o la psicoterapia. Prima ho detto che molti terapeuti hanno un atteggiamento critico verso

la terapia online, e ciò potrebbe essere comprensibile se si pensa agli abusi che se ne possono fare o a un suo uso indiscriminato e magari *in sostituzione* della terapia tradizionale (anche se, per la verità, non è chiara la motivazione all'abuso della terapia online da parte dei terapeuti – a meno che essa non possa esserlo in una prima fase pionieristica dove alcuni sfruttavano questo terreno di caccia per nuovi pazienti non altrimenti reperibili, ma anche questo territorio è diventato molto popolato e non vale più la regola del “chi prima arriva meglio alloggia”). Ritengo corretto essere critici verso la terapia online, ma solo a patto di muovere la stessa critica verso la terapia tradizionale, altrettanto abusata e praticata in modo “selvaggio” (qualunque cosa ciò significhi). Quello che ritengo importante sottolineare non è solo il fatto che un atteggiamento critico *a priori* verso la terapia online possa nascondere un tacito lassismo verso la terapia *off-line*, ma anche che questo presuppone l'errato ragionamento secondo cui il fattore determinante è la forma esteriore che assume la terapia (i criteri “estrinseci”), dimenticando che è il significato dell'esperienza nel suo complesso il fattore caratterizzante la terapia, incluso il rapporto tra fattori estrinseci e intrinseci. Privilegiare i criteri estrinseci non può che condurre – come non mi stanco di ripetere – a errori tecnici *anche nella terapia non online*. Gli esempi a questo proposito sono innumerevoli, basti pensare all'uso del lettino: coloro che storcono il naso di fronte all'uso terapeutico di Internet possono essere gli stessi (anzi, spesso *sono* gli stessi) che, in modo stereotipato, ritengono che il lettino (come qualunque altro elemento estrinseco del *setting*, dato che qui il lettino vale come esempio prototipico) sia essenziale per la psicoanalisi, quando quello che è essenziale è il modo con cui vengono analizzate le reazioni del paziente al lettino, così come alla sedia e a qualunque altro elemento del *setting* o nostro intervento (Migone, 1998a).

La terapia online può essere utile non solo per ridurre i costi e i disagi nei casi di grande distanza geografica tra paziente e terapeuta, o nel caso di *handicap* che riducono la locomozione, o quando il paziente o l'analista si trasferiscono in una città lontana e si vuole continuare un processo analitico già avviato, ma anche, proprio secondo la teoria del parametro di Eissler (1953), può essere indicata per superare certe resistenze o *impasse* dell'analisi nei casi in cui un determinato paziente (esempi tipici sono certe problematiche schizoidi, o anche agorafobiche e di fobia sociale) non riesca ad affrontare il contatto diretto col terapeuta, e invece riesca ad aprirsi meglio mantenendo una certa distanza *emotiva* che per lui è simbolizzata dalla distanza *fisica* di Internet (cioè, usando i termini di Eissler, nel caso di determinati “deficit dell'Io”). In una fase iniziale della terapia un paziente potrebbe venire “agganciato” in questo modo (ad esempio nel caso chieda aiuto per la prima volta tramite Internet, come per e-mail, in una *ListServe* o in una chat), per fare un determinato lavoro allo scopo di superare certe resistenze che gli permettano poi di continuare la terapia in modo tradizionale, se è questa la modalità che per qualche motivo viene scelta (motivo che dovrebbe essere sempre analizzato e auto-analizzato).

## Conclusioni

Riassumendo, ritengo che la psicoanalisi online possa avere una sua dignità proprio

come altre tecniche quali la terapia di gruppo, la terapia familiare, nelle istituzioni, etc. Anche in questi casi, infatti, rimane aperta la domanda di quale tecnica preferire e perché (se ad esempio si deve scegliere se fare una terapia individuale o di coppia), nel senso che una determinata scelta potrebbe avere una origine difensiva; non solo, ma non è tanto importante quale è poi la nostra scelta finale, quanto il fatto che venga tenuta aperta la domanda e vengano continuamente analizzate le implicazioni transferali e controtransferali di tali preferenze (in questo senso, la scelta fatta interessa meno di quanto possa essere interessante chiedersi “perché non ne è stata fatta un'altra”, cioè è più importante – come si suol dire – il viaggio della meta). I problemi teorici e tecnici della psicoanalisi online sono simili a quelli della psicoanalisi “al telefono”, che è praticata da decenni in tutto il mondo, solo che in genere si tende a non parlarne o a riferire, durante la discussione di casi clinici, solo delle telefonate coi pazienti come “incidenti” che vanno presto normalizzati per tornare al tradizionale rituale della terapia (oggi molti terapeuti scambiano SMS o messaggi WhatsApp con i pazienti, ed è abbastanza comico constatare che alcuni preferiscano non dirlo pubblicamente come se fosse una cosa “da non fare”, oppure che alcuni ne vogliano discutere come se fosse un “problema”, a riprova che questi colleghi fraintendono la teoria della tecnica). Raramente oggi si discute ad esempio della terapia attraverso il telefono, e sono convinto che questo problema non è stato affrontato a fondo perché una sua coerente disamina non potrebbe non avere ripercussioni sull'intero impianto teorico della psicoanalisi e sul rapporto tra teoria e tecnica (del tipo di quello fatto dall'ultimo Gill [1984], per intenderci). Il mito che possa esistere una “tecnica classica” della psicoanalisi, con le sue regole, il suo *setting* ben definito, etc., rassicura molti analisti, soprattutto in un momento in cui, dopo la crisi di precedenti certezze e l'accavallarsi di teorie diverse sul mercato della psicoanalisi, il polo teorico è vissuto come fragile per cui viene naturale aggrapparsi al polo tecnico per assicurarsi di aver conservato l'identità perduta. In altre parole, come ha sottolineato più volte Galli (1985, 1992, 2006, 2012), una volta entrata in crisi l'interpretazione come concetto forte della psicoanalisi, il movimento psicoanalitico ha cercato di aggrapparsi al concetto di *setting* come nuovo concetto forte, dimenticando che in passato il *setting* aveva avuto un ruolo marginale nella teoria della tecnica.

Non è tanto importante il fatto che una terapia sia condotta *on-line* (o, se è per questo, *off-line*), quanto la teoria che utilizziamo per giustificarla, la nostra capacità di analizzare le motivazioni transferali e controtransferali che stanno dietro a questa scelta: ad esempio, forse che il paziente, oppure il terapeuta, nella loro preferenza della terapia online esprimono una resistenza, cioè una difesa dalla terapia *off-line*? E nel caso, perché? O forse che, viceversa, la scelta della terapia tradizionale da parte di uno o di entrambi esprime una resistenza a un aspetto della terapia online che eventualmente sarebbe stata possibile? E così via. Questi ragionamenti non sono specifici alla questione della terapia online, ma sono gli stessi che vengono fatti nei confronti di qualunque intervento e a proposito di qualunque modalità terapeutica (ad esempio nella scelta della terapia di gruppo, della terapia di coppia, etc., prima citate). Anche queste scelte, così come il loro opposto, possono fungere da ricettacoli difensivi,

ed è l'attenta analisi di queste dinamiche quella che costituisce il fulcro del nostro lavoro. Non vi è mai un luogo sicuro su cui si possa, per così dire, riposare analiticamente (per una discussione di questa problematica, con anche esempi clinici, riferita però alla psicoterapia breve, che presenta le stesse identiche questioni teoriche, vedi Migone, 1988, 1993, 1995a pp. 51-62, 1995c, 2005a, 2014). Quello che mi preme sottolineare nuovamente è che qui non si sta parlando della terapia online in quanto tale, ma della terapia *tout court*, cioè della logica utilizzata dal terapeuta per qualunque sua scelta tecnica. Come ho detto, è solo affrontando la teoria della tecnica che sta a monte che è possibile non arenarsi nei vicoli ciechi delle "tecniche", e affrontare adeguatamente la questione della terapia con o senza Internet.

Vorrei fare un'ultima riflessione ancora a proposito della teorizzazione classica del *setting* analitico come di una condizione tutta particolare atta a evocare determinati reazioni transferali "regressive" da sottoporre poi ad analisi, in quanto si può fare qui un interessante parallelismo con la terapia online. Da più parti infatti viene sottolineato come Internet possa rappresentare un *setting* che, in modo specifico, evoca in molti soggetti una serie di emozioni intense o stati regressivi (si pensi alle chat erotiche, agli innamoramenti online, alle parafilie, e così via). In altre parole, Internet potrebbe stimolare maggiormente la fantasia e liberare emozioni profonde e regressive, addirittura maggiori di quelle evocate da situazioni "normali", cioè senza Internet (Migone, 2005c; Scharff, 2012). Vorrei far notare che questo tipo di logica è la stessa utilizzata nella tecnica analitica classica, dove si teorizza l'utilizzo di un *setting* particolare, ritualizzato, dotato di lettino, etc., volto a stimolare un determinato comportamento (chiamato transfert) che si vuole far emergere e analizzare (mi riferisco anche alla teorizzazione del "*setting* infantile" della Macalpine, 1950). Secondo questo ragionamento, la "psicoanalisi classica" e la "psicoanalisi online" sarebbero omologhe (anzi, come si accennava prima, la psicoanalisi sarebbe una *caricatura* della terapia online): il transfert in un caso, e le reazioni emotive a volte intense suscitate da Internet dall'altro, potrebbero essere i comportamenti che di proposito si vogliono far emergere, sarebbero cioè forme di "regressione" (analitica). Come penso risulti chiaro dalle mie precedenti argomentazioni, non sono d'accordo con l'utilizzo di questa logica. Infatti, in entrambi i casi l'errore è quello di generalizzare a tutti i soggetti l'effetto che un determinato stimolo ha su un campione più o meno grande di individui, e che comunque, anche nel caso questa reazione fosse generalizzabile, non è chiaro perché si debba desiderare di evocare questo tipo di transfert e non un altro (anche qui, rimando alla lucida critica di Gill [1984] al concetto di regressione in analisi). Intendo dire: perché mai non dovrebbe essere altrettanto interessante evocare un transfert diverso da quello che si manifesta nella psicoanalisi classica (o, se è per questo, con Internet)?

Per finire, va ricordato che vi è un aspetto indubbiamente assente nella terapia online rispetto a quella non online: il corpo "fisico" del paziente. Questa assenza può essere un fattore fondamentale per le terapie corporee nella misura in cui nel loro armamentario appunto utilizzano il corpo *in quanto tale* all'interno della terapia, e non soltanto le fantasie o le emozioni su di esso (va ricordato però che tanti terapeuti

corporei lavorano bene anche online, perché ad esempio possono chiedere al paziente di fare determinati movimenti o esercizi). In ogni caso, se le terapie corporee intendono utilizzare il corpo *in quanto tale* (ad esempio tramite la nota tecnica della mano sull'addome), la terapia online è sicuramente "inferiore" a quella tradizionale. Ma, se sono state ben comprese le riflessioni fatte finora, non possiamo non ammettere che anche la terapia tradizionale, a rigor di logica, è inferiore a quella online, in quanto è privata di una serie di dati importanti, quelli della sola presenza del corpo "virtuale". La realtà "virtuale" e quella "reale" (ammesso che quest'ultima possa mai essere conosciuta in quanto tale, essendo sempre filtrata dai nostri sensi e dalla nostra soggettività – non è possibile in questa sede entrare nella questione filosofica della natura della realtà) non sono l'una superiore o inferiore all'altra, ma due diversi tipi di esperienza, due "realtà", ciascuna rispettabile e meritevole di essere indagata, e ciascuna capace di fornirci preziose informazioni sulla natura umana.

## Bibliografia

Codignola, E. (1977). *Il vero e il falso. Saggio sulla struttura logica dell'interpretazione psicoanalitica*. Torino: Boringhieri (trad. inglese dei capitoli 1, 4 e 5, con una introduzione di Paolo Migone, in: Langs R., editor, *The Yearbook of Psychoanalysis and Psychotherapy*, Vol. 2. New York: Gardner Press, 1987, pp. 326-377. Trad. it. delle pp. 332-339: Riassunto del libro di Enzo Codignola [1977] *Il vero e il falso. Saggio sulla struttura logica dell'interpretazione psicoanalitica*. In: Alessandro Ancona, Marianna Bolko & Paolo Migone, *Interpretazione e setting nel contributo di Enzo Codignola. Psicoterapia e Scienze Umane*, 2009, 43, 2: 236-240).

Eissler, K.R. (1953). The effect of the structure of the ego on psychoanalytic technique. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 1, 1: 104-143 (trad. it.: Effetto della struttura dell'Io sulla tecnica psicoanalitica. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 1981, 15, 2: 50-79; anche in: Genovese C., a cura di, *Setting e processo psicoanalitico*. Milano: Cortina, 1988, pp. 3-35). Edizione su Internet: [www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/eiss53-1.htm](http://www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/eiss53-1.htm).

Gabbard, G.O. (2020). The analyst and the virus. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 68, 6: 1089-1099. DOI: 10.1177/0003065120979158.

Galli, P.F. (1985). Le ragioni della clinica. In: Trentini, G.C., Vigna C., a cura di (con la collaborazione di Massimo Bellotto e Lucio Cortella), *La qualità dell'uomo. Psicologi e filosofi a confronto* (Atti del Convegno tenuto a Venezia il 24-26 maggio 1985). Milano: FrancoAngeli, 1988, pp. 143-149. Una versione modificata è apparsa in: *Psicoterapia e Scienze Umane*, 1988, 22, 3: 3-8 (trad. inglese: The rationale of the clinical process. *Trauma and Memory*, 2017, 5, 2: 55-59. DOI: 10.12869/TM2017-2-02. Edizione su Internet: [www.eupsycho.com/index.php/TM/article/view/140](http://www.eupsycho.com/index.php/TM/article/view/140)).

Galli, P.F. (1992). *La persona e la tecnica. Appunti sulla pratica clinica e la costruzione della teoria psicoanalitica* (Trascrizione di un seminario tenuto il 30 maggio 1992 alla scuola *Il Ruolo Terapeutico* di Milano). Milano: Il Ruolo

Terapeutico, 1996 (nuova edizione ampliata: Milano: FrancoAngeli, 2002). Una diversa versione delle pp. 57-75 dell'edizione del 1996 (pp. 53-67 dell'edizione del 2002) è stata presentata in inglese col titolo "Psychoanalysis as the story of a crisis" al 28° incontro annuale del *Rapaport-Klein Study Group* (*Austen Riggs Center*, Stockbridge, Massachusetts, 10 giugno 1990; edizione su Internet: [www.psychomedia.it/rapaport-klein/galli90.htm](http://www.psychomedia.it/rapaport-klein/galli90.htm)). Versioni italiane: *Le psicoanalisi e la crisi della psicoanalisi. Ricerche di Psicologia*, 1990, XIV, 4: 39-58; anche in: Canestrari, R., Ricci Bitti, P.E., a cura di, *Freud e la ricerca psicologica*. Bologna: Il Mulino, 1993, pp. 173-188. Versione tedesca: *Die Psychoanalysen und die Krise der Psychoanalyse*. In: Kuster, M., a cura di, *Entfernte Wahrheit. Von der Endlichkeit der Psychoanalyse*. Tübingen: Diskord, 1992, pp. 146-165. Versione inglese: *Crisis of psychoanalysis? From the scientific solution to the semantic perspective. Italian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 1994, IV, 1: 23-28. Le pp. 50-53 della ediz. del 1996 (pp. 47-50 della ediz. del 2002) anche in: *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2021, 55, 1: 144-145.

Galli, P.F. (2006). *Tecnica e teoria della tecnica in psicoanalisi tra arcaico e postmoderno. Psicoterapia e Scienze Umane*, 40, 2: 153-164.

Galli, P.F. (2012). *Racconti di guerra. Psicoanalisi, salute mentale e pratiche istituzionali, ieri e oggi, in Italia*. In: Cuniberti, P., Caparrotta L., a cura di, *Psicoanalisi in trincea. Esperienze, pratica clinica e nuove frontiere in Italia e nel Regno Unito*. Prefazione di Augusto Romano. Milano: FrancoAngeli, 2012, pp. 35-57. Anche, con una Premessa (pp. 80-81), in: *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2020, 54, 1: 79-106. DOI: 10.3280/PU2020-001008.

Garcia, E.E. (2007). *Bleibende Relevanz. Eine Einführung in die klinischen Beiträge von K.R. Eissler. Luzifer-Amor. Zeitschrift zur Geschichte der Psychoanalyse*, 20, 40, 91-107 (trad. it.: *Una introduzione ai contributi clinici di Kurt R. Eissler. Psicoterapia e Scienze Umane*, 2007, 41, 4: 465-480; trad. inglese: *Enduring Relevance: An Introduction to the clinical contributions of K.R. Eissler. Psychoanalytic Quarterly*, 2009, 78, 4: 1109-1126).

Gill, M.M. (1982). *Teoria e tecnica dell'analisi del transfert*. Roma: Astrolabio, 1985.

Gill, M.M. (1983). *Il paradigma interpersonale e la misura del coinvolgimento del terapeuta. Psicoterapia e Scienze Umane*, 1995, 29, 3: 5-44.

Gill, M.M. (1984). *Psicoanalisi e psicoterapia: una revisione*. In Del Corno F. & Lang M., a cura di, *Psicologia Clinica. Vol. 4: Trattamenti in setting individuale*. Milano: FrancoAngeli, 1989, pp. 128-157; II edizione: 1999, pp. 206-236). Edizione su Internet con una introduzione di Paolo Migone: [www.priory.com/ital/10a-Gill.htm](http://www.priory.com/ital/10a-Gill.htm) (dibattito: <http://www.psychomedia.it/pm-lists/debates/gill-dib-1.htm>).

Gill, M.M. (1993). *Tendenze attuali in psicoanalisi. Psicoterapia e Scienze Umane*, 27, 3: 5-26.

Gill, M.M. (1994). *Psicoanalisi in transizione*. Milano: Raffaello Cortina, 1996.

- Green, A., Kernberg, O.F., Migone, P. (2008). Un dialogo sulla differenza tra psicoanalisi e psicoterapia psicoanalitica. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2009, 43, 2: 215-234.
- Macalpine, I. (1950). Lo sviluppo della traslazione. In: Genovese, C., a cura di, *Setting e processo psicoanalitico*. Milano: Raffaello Cortina, 1988, pp. 73-104.
- Migone, P. (1982). Sulla psicoterapia dinamica breve. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 41, 4: 59-82 (Conferenza alla *Society of Medical Psychoanalysts* di New York, 10 novembre 1982).
- Migone, P. (1984). Cronache psicoanalitiche: il caso Masson. Con una nota di Jeffrey M. Masson. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 18, 4: 32-62 (una versione ampliata del 2002 su Internet: [www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/ruoloter/rt2002.htm](http://www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/ruoloter/rt2002.htm)).
- Migone, P. (1985). Short-term dynamic psychotherapy from a psychoanalytic viewpoint. *The Psychoanalytic Review*, 72, 4: 615-634.
- Migone, P. (1986). Short-Term Dynamic Psychotherapy versus Psychoanalysis (Relazione al 139° congresso dell'*American Psychiatric Association*). In: *American Psychiatric Association, CME Syllabus, 139th Annual Meeting* (Washington, D.C., May 10-16, 1986). Washington, DC: APA, 1986, pp. 221-222.
- Migone, P. (1988). Le psicoterapie brevi a orientamento psicoanalitico: origini storiche, principali tecniche attuali, discussione teorico-critica, ricerche sull'efficacia, formazione. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 22, 3: 41-67.
- Migone, P. (1989). Le psicoterapie brevi a orientamento psicoanalitico. In: Del Corno, F., Lang M., a cura di, *Psicologia clinica. Vol. 4: Psicoterapie in setting individuale*. Milano: FrancoAngeli, 1989, pp. 161-185 (Seconda Edizione: 1999, pp. 237-273). Una versione anche in: Migone, 1995a, cap. 4.
- Migone, P. (1991). La differenza tra psicoanalisi e psicoterapia: panorama storico del dibattito e recente posizione di Merton M. Gill. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 25, 4: 35-65. Una versione successiva in: Migone, 1995a, cap. 4, e anche alla pagina web [www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/ruoloter/rt59pip.htm](http://www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/ruoloter/rt59pip.htm)).
- Migone, P. (1993). Riflessioni cliniche sul lavoro del *Psychotherapy Research Group* di San Francisco guidato da Weiss & Sampson. *Il Ruolo Terapeutico*, 62: 55-58. Edizione su Internet: [www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/ruoloter/rt62-93.htm](http://www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/ruoloter/rt62-93.htm).
- Migone, P. (1994). Intervento sul caso di disturbo ossessivo-compulsivo. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 28, 3: 129-131.
- Migone, P. (1995a). *Terapia psicoanalitica. Seminari*. Milano: FrancoAngeli (Nuova Edizione: 2010). Una scheda su Internet: [www.psychomedia.it/pm-revs/books/migone1a.htm](http://www.psychomedia.it/pm-revs/books/migone1a.htm).
- Migone, P. (1995b). Terapia o ricerca della verità? Ancora sulla differenza tra psicoanalisi e psicoterapia. *Il Ruolo Terapeutico*, 69: 28-33. Edizione su Internet:

[www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/ruoloter/rt69-95.htm](http://www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/ruoloter/rt69-95.htm).

Migone, P. (1995c). L'elaborazione della fine della terapia come intervento terapeutico. *Il Ruolo Terapeutico*, 68: 41-44. Edizione su Internet: [www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/ruoloter/rt68-95.htm](http://www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/ruoloter/rt68-95.htm).

Migone, P. (1997). Le terapie brevi non esistono. In: Giovannoli Vercellino, C., a cura di, *Le psicoterapie "brevi" ad indirizzo psicodinamico: storia e attualità*. Padova: Imprimerie, 1997, pp. 19-45.

Migone, P. (1998a). Chi ritiene indissolubile il binomio divano/psicoanalisi si pone fuori dalla logica psicoanalitica. *Il Ruolo Terapeutico*, 78: 16-21. Edizione su Internet: [www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/ruoloter/rt78le98.htm](http://www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/ruoloter/rt78le98.htm).

Migone, P. (1998b). L'esperienza con la *discussion list* "Psicoterapia" di *Psychomedia* (Intervento al *panel* "Mailing lists" al Convegno "Internet & Mental Health, The 1<sup>st</sup> International Congress on Psychiatry and the Net", Genova, 7-8 febbraio 1998). Internet: [www.priory.com/ital/congress/migo.htm](http://www.priory.com/ital/congress/migo.htm).

Migone, P. (1999a). La psicoterapia in rete: un setting terapeutico come un altro? Riflessioni da un punto di vista psicoanalitico. In: Bollorino, F., a cura di, *Psichiatria online. Strumenti di ricerca scientifica, comunità terapeutiche, interazione tra medico e paziente*. Milano: Apogeo, 1999, pp. 255-265.

Migone, P. (1999b). Introduzione all'articolo di Kurt R. Eissler del 1953 "Effetto della struttura dell'Io sulla tecnica psicoanalitica": [www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/eiss53-1.htm](http://www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/eiss53-1.htm).

Migone, P., a cura di (1999c). Dibattito sulle "Psicoterapie brevi" avvenuto nella lista di discussione "Psicoterapia" di *Psychomedia* (PM-PT) dall'aprile all'ottobre 1999, pubblicato su Internet (Interventi: Andrea Angelozzi, Daniele Cacchioni, Tullio Carere, Gaetano Dell'Anna, Wilfredo Galliano, Gaetano Giordano, Paolo Migone, Emilio Mordini, Fausto Radaelli, Antonio Augusto Rizzoli, Sandro Rosseti, Gian Paolo Scano, Bruno Spinetoli): [www.psychomedia.it/pm-lists/debates/ter-brev.htm](http://www.psychomedia.it/pm-lists/debates/ter-brev.htm).

Migone, P., a cura di (1999d). Dibattito su "Farmaci e psicoterapia" avvenuto nella lista di discussione "Psicoterapia" di *Psychomedia* (PM-PT) nel marzo-aprile 1999 (Interventi di Fabio Canegalli, Tullio Carere, Gaetano Dell'Anna, Gennaro Esposito, Gaetano Giordano, Giobatta Guasto, Paolo Migone, Luca Panseri, Carlo Pasino, Piero Porcelli, Paolo Roccato, Emilio Vercillo): [www.psychomedia.it/pm-lists/debates/farm+psi.htm](http://www.psychomedia.it/pm-lists/debates/farm+psi.htm).

Migone, P. (2000a). A psychoanalysis on the chair and a psychotherapy on the couch. Implications of Gill's redefinition of the differences between psychoanalysis and psychotherapy. In: Silverman, D.K., Wolitzky, D.L., editors, *Changing Conceptions of Psychoanalysis: The Legacy of Merton M. Gill*. Hillsdale, NJ: Analytic Press, 2000, pp. 219-235 (trad. spagnola: El psicoanálisis en el sillón y la psicoterapia en el diván. Implicaciones de la redefinición de Gill sobre las diferencias entre psicoanálisis y psicoterapia. *Intersubjetivo. Revista de Psicoterapia Psicoanalítica y Salud*, 2000, 2,



1: 23-40).

Migone, P. (2000b). Le patologie mentali e le terapie semantiche e non semantiche: riflessioni sulla cosiddetta “integrazione” tra farmaci e psicoterapia. *Edizione* (Rivista della Sezione Friuli-Venezia Giulia della Società Filosofica Italiana), XI, 21: 75-81 (Relazione al convegno “Sfera mentale e sfera cerebrale: quale connessione? Convegno: fisica, psichiatria e filosofia a confronto”, Pordenone, 17 dicembre 1999).

Migone, P. (2001a). L’associazione tra psicoterapia e farmaci: perché discuterne ancora? *Il Ruolo Terapeutico*, 86: 80-86. Edizione su Internet: [www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/ruoloter/rt86-01.htm](http://www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/ruoloter/rt86-01.htm).

Migone, P. (2001b). L’associazione tra psicoterapia e farmaci: una inutile *querelle*. *Giornale Italiano di Psicopatologia*, 7 (Suppl.): 74-75. Vedi anche: *Psichiatri Oggi*, 2001, III, 1: 58-59.

Migone, P. (2001c). La differenza tra psicoanalisi e psicoterapia psicoanalitica è solo una questione politica. *Il Ruolo Terapeutico*, 86: 17-20. Edizione su Internet: [www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/ruoloter/rt86pp01.htm](http://www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/ruoloter/rt86pp01.htm).

Migone, P. (2003). La psicoterapia con Internet. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 37, 4: 57-73. Internet: [www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/pst-rete.htm](http://www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/pst-rete.htm) (trad. spagnola: La psicoterapia con Internet. *Clínica e Investigación Relacional*, 2009, 3, 1: 135-149. Internet:

[www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V3N1\\_2009/13\\_PMigone\\_Psicoterapia-con-Internet\\_CeIR\\_V3N1.pdf](http://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V3N1_2009/13_PMigone_Psicoterapia-con-Internet_CeIR_V3N1.pdf)). Una versione anche in *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2021, 55, 2: 275-292. DOI: 10.3280/PU2021-002007.

Migone, P. (2004). Editoriale. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 38, 2: 149-152. Edizione su Internet: [www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/ruoloter/rt97-04.htm](http://www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/ruoloter/rt97-04.htm).

Migone, P. (2005a). Terapeuti “brevi” o terapeuti “bravi”? Una critica al concetto di terapia breve. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 39, 3: 347-370.

Migone, P. (2005b). La psicoterapia online. *Berggasse 19. Cultura e cura psicoanalitica*, I, 0: 27-40 (Conferenza all’Istituto di Psicoterapia Psicoanalitica [IPP] di Torino, 8 febbraio 2003).

Migone, P. (2005c). Dipendenza dalle chat, amore su Internet, e altri strani fenomeni. *Il Ruolo Terapeutico*, 100: 85-91. Edizione su Internet: [www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/ruoloter/rt100-05.htm](http://www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/ruoloter/rt100-05.htm).

Migone, P. (2006). Il trattamento farmacologico all’interno della relazione psicoterapeutica. In: AA.VV., *Interazioni ed integrazioni tra trattamenti farmacologici e non farmacologici delle psicosi* (Atti del Convegno organizzato dal Dipartimento di Neuroscienze dell’Università degli Studi di Napoli Federico II, 27 ottobre 2006). Milano: Devital Service, 2006, pp. 101-106.

Migone, P. (2007). Editoriale. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 41, 4: 439-442.

Migone, P. (2011a). On the definition of psychoanalysis. *International Journal of*

*Psychoanalysis*, 92, 5: 1315-1317. DOI: 10.1111/j.1745-8315.2011.00431.x.

Migone, P. (2011b). Sulla "Terapia Breve Strategica" della scuola di Arezzo. *Il Ruolo Terapeutico*, 2011, 116: 59-73. Edizione su Internet: [www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/ruoloter/rt116-11.htm](http://www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/ruoloter/rt116-11.htm).

Migone, P. (2012). Terapeuti "brevi" o "bravi"? Una riflessione sulla teoria della terapia psicodinamica breve. In: Di Giannantonio, M., Alessandrini, M., a cura di, *Manuale di psicoterapia psicoanalitica breve*. Roma: Il Pensiero Scientifico, 2012, cap. 3, pp. 75-113.

Migone, P. (2013a). Psychoanalysis on the Internet: A discussion of its theoretical implications for both online and off-line therapeutic technique. *Psychoanalytic Psychology*, 30, 2: 281-299. DOI: 10.1037/a0031507.

Migone, P. (2013b). Equivoci epistemologici e clinici a proposito della cosiddetta "integrazione" tra farmaci e psicoterapia. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 47, 1: 55-62. DOI: 10.3280/PU2013-001004.

Migone, P. (2013c). Mente e cervello: equivoci epistemologici e clinici a proposito della cosiddetta "integrazione" tra farmaci e psicoterapia". *Rivista Internazionale di Filosofia e Psicologia*, 4, 3: 370-376. DOI: 10.4453/rifp.2013.0036. Edizione su Internet: [www.rifp.it/ojs/index.php/rifp/article/view/rifp.2013.0036](http://www.rifp.it/ojs/index.php/rifp/article/view/rifp.2013.0036).

Migone, P. (2014). What does "brief" mean? A theoretical critique of the concept of brief therapy from a psychoanalytic viewpoint. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 64, 4: 631-656. DOI: 10.1177/0003065114544319.

Migone, P. (2015). Riflessioni sulla psicoterapia con Internet. *Quaderni di Psicoterapia Comparata*, 4: 11-24 ([www.psicoterapiacomparata.it/images/quaderni/04/Focus1.pdf](http://www.psicoterapiacomparata.it/images/quaderni/04/Focus1.pdf)).

Migone, P. (2020a). La psicoanalisi online ai tempi della quarantena: intervista a Paolo Migone. *Psicologia Fenomenologica*, 6 aprile 2020: [www.psicologiafenomenologica.it/articolo/la-psicoanalisi-online-ai-tempi-della-quarantena-intervista-a-paolo-migone](http://www.psicologiafenomenologica.it/articolo/la-psicoanalisi-online-ai-tempi-della-quarantena-intervista-a-paolo-migone).

Migone, P. (2020b). Commento sul caso di Anna. In: Spagnuolo Lobb, M., Migone, P., Manca M.L., a cura di, Dialogo clinico tra riviste di psicoterapia italiane. Una psicoterapia online con una adolescente. In: *Federazione Italiana delle Associazioni di Psicoterapia* (FIAP), 2020, pp. 39-41: [www.fiap.info/download/FIAP-Riviste\\_CasoAnna-2020.pdf](http://www.fiap.info/download/FIAP-Riviste_CasoAnna-2020.pdf) (trad. inglese: Commentary on the case of Anna. In: Spagnuolo Lobb, M., Migone, P., Manca, M.L., editors, Working online with an adolescent from twelve different perspectives. *International Journal of Psychotherapy*, 2021, 25, in stampa),

Migone, P. (2020c). On the identity of psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis (IJP) Open*, 7: 92 ([www.pep-web.org/document.php?id=ijpopen.007.0092a](http://www.pep-web.org/document.php?id=ijpopen.007.0092a)).

Migone, P. (2021a). La psicoterapia con Internet. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 55,

2: 275-292. DOI: 10.3280/PU2021-002007.

Migone, P. (2021b). La psicoterapia online: il dibattito teorico. In: Croce, M., Mazzoli, P., Migone P., a cura di, *Patologie da dipendenza digitali*. Cuneo: Publiedit, in stampa.

Saul L.J. (1951). A note on the telephone as a technical aid. *Psychoanalytic Quarterly*, 20, 2: 287-290. DOI: 10.1080/21674086.1951.11925845.

Scharff, J.S. (2012). Clinical issues in analysis over the telephone and the Internet. *International Journal of Psychoanalysis*, 93, 1: 81-95. DOI: 10.1111/j.1745-8315.2011.00548.x.

## 2021: Psicologia nello spazio

[Ada Moscarella](#)

### Abstract

L'evoluzione tecnologica è progredita ad una velocità tale che ormai utilizziamo quotidianamente strumenti di cui ignoriamo strutture e meccanismi di funzionamento. Nonostante ciò, abbiamo delegato a questi strumenti molte delle nostre esigenze, appaltando all'automazione la soluzione dei nostri problemi. Dopo anni di dibattiti anche accesi all'interno della comunità scientifica, la pandemia sembra aver definitivamente sdoganato la psicoterapia online.

I terapeuti nell'era dell'automazione sapranno evitare l'allettante strada dei rassicuranti tecnicismi per svelare gli orizzonti che si intrecciano tra progresso tecnologico ed evoluzione umana?

### Parole chiave

Psicoterapia online, *setting* online.

Il 12 Aprile 1961, nel pieno della Guerra Fredda, i russi avevano ottenuto una grande vittoria davanti all'opinione pubblica mondiale grazie al cosmonauta Jurij Gagarin, il primo uomo al mondo ad effettuare un volo orbitale intorno alla Terra.

Lo smacco subito dagli Stati Uniti fu enorme e la *NASA* dovette faticare molto per recuperare il terreno perduto: occorreva quanto prima lanciare in orbita una missione che potesse eguagliare i risultati dei comunisti al di là della Cortina di ferro.

È alle ore 14.47 e 39 secondi del 20 Febbraio 1962 che viene lanciata in orbita la capsula *Friendship-7* della missione *Mercury-Atlas 6* della *NASA*, con a bordo il pilota John Herschel Glenn.

Fu una missione piena di imprevisti, vessata da problemi atmosferici alla partenza – originariamente prevista il 27 Gennaio – e all'arrivo, con lo scudo termico che si danneggiò nel bel mezzo del viaggio, costringendo l'astronauta ad atterrare dopo aver compiuto poco meno della metà delle orbite previste, finendo per ammarare a 60 chilometri dal punto stabilito. Glenn ne uscì solo con una lieve ferita alla mano, provocata dall'apertura del portello della capsula all'atterraggio.

Questi non furono però gli unici fatti degni di rilievo in questa avventura: per il lancio della missione *Mercury-Atlas 6* le traiettorie di volo furono per la prima volta calcolate con un computer. Fino all'avvento dei vari IBM, PC, IPAD, Mac, la parola computer non indicava oggetti, ma persone (Grier, 2007). Persone con una particolare abilità nel conteggio e nel calcolo. Si trattava di individui che svolgevano compiti complessi e delicati, impensabili al giorno d'oggi, se consideriamo che ad esempio potevano

trovarsi a calcolare le traiettorie dei venti per le rotte degli aeromobili o quelle dei vari razzi che nel pieno della Guerra Fredda venivano sparati nello spazio.

Quando nel 1962 la *NASA* presentò a John Glenn i calcoli per la sua traiettoria di rientro, computati per la prima volta con un calcolatore elettronico, l'astronauta chiese che i conteggi venissero confermati da Katherine Johnson, uno dei “computer umani” impiegati dalla *NASA* nella *West Area Computer* (Shetterley, 2016).

I computer dell'epoca di Glenn erano ben lontani da quelli che siamo abituati a maneggiare oggi: si trattava di enormi macchine, che occupavano intere stanze e che richiedevano l'intervento di team di persone – anche più di una decina – di altissima specializzazione per poter essere programmate. Si trattava perciò di qualcosa di difficile comprensione per chiunque non fosse uno specialista, un oggetto dall'apparenza tanto misteriosa che il coraggioso John Glenn era dispostissimo a farsi sparare nello spazio solo a patto che i calcoli del computer fossero verificati da una persona in carne ed ossa.

Da allora l'evoluzione dei computer è stata rapidissima, modificando radicalmente tanto l'hardware quanto il software, cambiando in poche decine di anni in modo radicale il rapporto tra l'uomo e il computer: l'utilizzo di questa macchina tecnologica estremamente complessa non richiede più di pensare, conoscere, ragionare e capire cosa sta succedendo. È sufficiente eseguire determinate istruzioni in modo meccanico per raggiungere il risultato desiderato.

In un saggio del 2001 intitolato “La legge dei ritorni acceleranti”, l'informatico Raymond Kurzweil teorizza che il tasso di progresso tecnologico aumenti seguendo una funzione esponenziale e non lineare. Secondo il pensiero di Kurzweil l'accelerazione del progresso tecnologico potrebbe generare una cosiddetta “singolarità tecnologica”, ossia raggiungere un punto tale da superare la capacità di comprensione degli esseri umani (Kurzweil, 2001). Sebbene ad oggi la possibilità di una prossima “singolarità tecnologica” sia un argomento dibattuto, quello che possiamo certamente constatare è che attualmente il progresso accelera ad una velocità tale che oggetti ritenuti di uso comune e persino indispensabili hanno già concluso il loro ciclo di esistenza, da invenzione innovativa a prodotto passato quasi in disuso nel giro anche solo di 10 anni.

Lo sviluppo tecnologico ha quindi consentito l'automazione di numerose operazioni anche quotidiane, impattando così sul comportamento in modo da ridurre al minimo la necessità dell'intervento umano – nella maggior parte dei casi più in termini di pensiero che di comportamento.

La domanda allora diventa: quanto della nostra esistenza è stato da noi inconsapevolmente appaltato all'automazione?

Siamo in grado di distinguere il punto in cui siamo noi a guidare la macchina tecnologica e non la macchina a guidare noi?

## La questione sulla tecnica (e sulla psicoterapia)

Già negli anni '50, ben prima dei voli spaziali, delle funzioni di Kurzweil e degli *smartphone*, Martin Heidegger aveva intuito che il progresso tecnologico poteva trascinare qualcosa di sinistro. A Monaco di Baviera nel 1953 tenne una lezione dal titolo "La questione sulla tecnica" in cui si interrogava sul ruolo che la tecnologia giocava nel plasmare il modo dell'uomo di stare al mondo. In particolare Heidegger si chiedeva cosa accade all'essere umano quando ogni cosa è così immediatamente "pronta all'uso" e ha valore finto tanto che può svolgere una funzione e se non si rischiasse così di perdere di vista la cosa in sé, in merito alla quale non è necessario spendere alcun pensiero, perché "basta che funzioni" (Heidegger, 1953).

Humberto Maturana – recentemente scomparso – ci ricorda che tutto ciò che viene detto, arriva da un osservatore che è in relazione e co-costruisce la realtà che osserva, mentre è immerso nei suoi costrutti mentali, nei suoi assunti filosofici, nei suoi aspetti di personalità (Maturana, Varela, 1980a; Maturana, Varela 1980b).

Quanto allora gli psicoterapeuti sono immersi nella questione della tecnica della psicoterapia mentre il progresso tecnologico scorre sotto le loro poltrone negli studi? Riusciamo a resistere alla tentazione dell'automazione, a individuare i punti ciechi e le ridondanze?

Bateson, Haley, Jackson e tutti gli altri teorici dei sistemi hanno evidenziato che, se da un lato è vero che il cambiamento di un elemento del sistema influenza tutto il sistema, rendere questi cambiamenti radicali e duraturi non è semplice, perché i sistemi tendono innanzitutto all'autoconservazione e al mantenimento della propria omeostasi (Bateson, Jackson, Haley, 1956; Bateson, 1972).

La storia della psicoterapia è ricca di contributi ed evoluzioni, è fatta di confronti aspri, separazioni, scissioni, innovazioni incredibili. Una sola cosa per moltissimo tempo ha accomunato tutti: che si stesse sulla poltrona, distesi sul lettino, dietro ad una scrivania, che si fosse psicanalisti, freudiani, junghiani, sistemici, cognitivi, gestaltisti, ecc, in ogni caso paziente e terapeuta erano nella stessa stanza.

La possibilità di poter fare terapia online ha attaccato questo assunto dato per assodato da tutti i terapeuti, di ogni approccio teorico, e ha attivato resistenze ad ogni livello: istituzionale (con i divieti imposti dagli Ordini agli psicologi), formativo (nelle offerte delle principali facoltà di psicologia in Italia non ci sono corsi dedicati alla psicoterapia online, lo stesso dicasi per i corsi di specializzazione in psicoterapia), comunitario (con i pochi colleghi che si interessavano e si azzardavano a scrivere o a preparare interventi su questo tipo di *setting*, guardati con sospetto o talvolta tacciati di arroganza).

Una resistenza – quella alle relazioni online – che appare caratteristica del mondo della psicoterapia, perché in tutto il resto della società civile, invece, le cose sono andate rapidamente nel verso opposto.

Dal momento in cui *PC* e *smartphone* sono stati connessi ad Internet, il loro principale utilizzo è stato proprio quello di "mettersi in relazione" con altre persone. Basti considerare che le *app* più utilizzate sugli *smartphone* sono Youtube, Facebook,

WhatsApp, Tik Tok, Instagram: tutte *app* che permettono alle persone di parlare e parlarsi, in pubblico o in privato. Un'esigenza così pressante che anche chi, come Youtube o Instagram, non era nato con questo obiettivo, ben presto ha compreso quanto fosse necessario integrare all'interno delle proprie funzionalità la possibilità di lasciare commenti e inviare messaggi, pubblici e privati.

A fronte di questi cambiamenti – massicci per il volume e massicci per l'inconsapevolezza con cui vengono agiti – molto a lungo i terapeuti, giovani e meno giovani, hanno affrontato tutte le questioni attinenti l'online cercando di conservare, in maniera più o meno *naïf*, l'omeostasi su cui avevano costruito la propria carriera, la propria identità professionale e, più banalmente, le proprie sicurezze.

Rispecchiati da un atteggiamento istituzionale e culturale particolarmente severo all'interno della comunità degli psicologi, preoccupati dalle sanzioni deontologiche, dalla disapprovazione dei supervisori, dalla diffidenza dei colleghi, si è fatto ogni sforzo per tenere fuori dalla porta della stanza di terapia le questioni attinenti l'online, salvo poi vederselo rientrare dalla finestra, sotto forma di pazienti che inviano messaggi per spostare gli appuntamenti, lasciano richieste di amicizia su Facebook o chiedono di leggere la conversazione con il *partner* o il figlio via WhatsApp per poter “spiegare bene che è successo dottoressa!”.

La piccola truppa di terapeuti che invece provava comunque ad avventurarsi nell'utilizzo del *setting* online sentiva immediatamente di essere su un terreno minato, tra divieti, vincoli, occhiate, franche critiche e talvolta accuse.

In un clima del genere non stupisce che la strada più battuta all'inizio sia stata orientata a mantenere una qualche sicurezza che non rendesse l'equilibrio troppo instabile o rischioso per sé stessi e per i pazienti.

Così spesso ci si trovava a considerare la terapia online come

- a. Una terapia dalla relazione “diminuita” rispetto alla terapia *vis-à-vis*, da utilizzare in funzione residuale, solo in particolari occasioni, quando ce n'è proprio bisogno (emblematico al riguardo che molti colleghi ritengano di far pagare meno gli incontri svolti online)
- b. La stessa terapia che faccio nello studio, solo che la faccio al computer

Evitando di interrogare la natura di questi presupposti, quello cui si è assistito all'inizio della diffusione delle terapie online è stato un approccio tecnicistico, orientato a cercare di trasporre quella che è la tecnica del colloquio nel *setting* “classico”, appresa durante gli studi accademici e/o di specializzazione, al *setting* online, senza considerare la complessità dei significati impliciti che tutto questo comportava. (AA.VV., 2018).

### **Domande non trascurabili sul *setting* online**

Tra gli elementi alla base di una buona alleanza terapeutica, Carl Whitaker individua la cosiddetta “battaglia per la struttura” ossia le condizioni minime necessarie a svolgere il lavoro. Una battaglia che riguarda aspetti pratici e aspetti più profondi, in un'interconnessione di “elementi esterni” che articolano lo spazio fisico e relazionale

dell'incontro terapeutico con "elementi interni", connessi con l'atteggiamento mentale del paziente e del terapeuta e che definiscono la dimensione psicologica dell'incontro (Whitaker, Bumberry, 1988)

Ma per quale struttura deve combattere uno psicologo che lavora online? Quali sono le condizioni minime necessarie per lavorare?

Si può immaginare il setting di una terapia online – di qualsiasi approccio teorico – come un tavolo che poggia su tre gambe, che quindi necessita di solidità in tutte per stare in piedi (Anthony, 2003): tutela della salute, tecnologia, teoria della tecnica.

## **Tutela della salute**

Ahimè, solo negli ultimi anni – e comunque con una diffusione assolutamente disomogenea – si è iniziato ad inserire nei corsi di laurea lezioni e seminari dedicati alla deontologia della professione.

Anche gli Ordini professionali si occupano dei temi attinenti alla deontologia professionale in maniera saltuaria e assolutamente poco adeguata allo scopo per cui la deontologia stessa esiste: ossia la tutela del diritto alla salute delle persone, attraverso una corretta pratica professionale.

Questo ha sedimentato una cultura per cui i professionisti considerano gli aspetti deontologici della pratica professionale in ottica meramente difensiva, per evitare di essere richiamati in commissione, e non come elemento fondante del proprio agire. Si è così molto spesso portati ad applicare in modo meccanico alcune prassi e obblighi, senza considerare le loro ricadute implicite all'interno della relazione, sin dai suoi primissimi momenti.

La deontologia ci obbliga, ad esempio, a garantire al paziente il segreto professionale, a informarlo dei limiti del nostro intervento, a concordare in modo trasparente tutti gli aspetti riguardanti le modalità di contatto e pagamento, ad agire solo laddove siamo sufficientemente preparati.

Fiumi di inchiostro sono stati versati in riflessioni intorno a questi aspetti all'interno del setting *vis-à-vis*, arrivando a costruire delle prassi sufficientemente comuni e condivise all'interno della comunità professionale, al punto da considerare la gestione di molti di questi aspetti come "assodati".

È invece particolarmente rischioso, sia in termini di tutela dei diritti del paziente, sia in termini di strutturazione della relazione terapeutica, applicare meramente la prassi utilizzata in studio nelle terapie online, perché - ancor più che nel *setting* consueto - alcune scelte che occorre inevitabilmente fare hanno ricadute significative e nemmeno tanto sottili nella relazione col paziente.

Si pensi ad esempio al tema della segretezza. Siamo obbligati a garantire ai nostri pazienti il segreto professionale, quindi ad utilizzare strumenti di videochiamata adeguati allo scopo e a trattare i nostri *device* informatici utilizzati per questo tipo di lavoro con particolare accortezza (con *password*, chiavi di accesso, impronte digitali, criptazione, ecc), oltre che a non lavorare con altre persone presenti nella stanza. Ma



come è messo il terapeuta rispetto al “suo” di segreto, ossia con la possibilità che sia il paziente a registrare la videocchiamata o che altri, al di là dello schermo, possano essere presenti nella stanza? È un aspetto di sé che il terapeuta deve esaminare prima di proporsi di lavorare online; in caso contrario può ad esempio essere inconsapevolmente portato a lavorare “col freno a mano tirato”, spaventato della possibilità che momenti della terapia finiscano online o vengano utilizzati - magari decontestualizzati - per altri fini ben poco terapeutici (attaccare il *partner*, il genitore, a scopi legali, ecc.). Altri aspetti da non sottovalutare riguardano tutte le scelte che obbligatoriamente in un *setting* online sono differite, la prima di tutte il pagamento. Anticipato o posticipato? Al momento non saprei dare una indicazione univoca al riguardo; quello che invece ho sempre riscontrato è che ogni volta che ho chiesto ad un collega perché avesse optato per una modalità o l'altra, la domanda o lo ha colto di sorpresa oppure la risposta presupponeva una ovvietà che invece è tutt'altro che scontata.

Scegliere un pagamento anticipato, magari anche di più sedute, crea, di fatto, una sorta di credito, certamente economico, ma con quale impatto sulla relazione? Quanto il paziente si dirà “ormai ho pagato, vado” per il semplice fatto che gli sembra più complicato recuperare i soldi? La richiesta del terapeuta di essere pagato in anticipo poi, quali effetti ha sulla fiducia? Quanto si rischia di passare un messaggio di controllo e diffidenza nei confronti del paziente, che prima deve mostrare il soldo e poi può accedere alla terapia? Quanto non gli stiamo dicendo “ho paura che mi freggi?” Quanto questo mette il terapeuta in una posizione di debolezza? Quanto alimenta fantasie del paziente verso un terapeuta sentito come avido e controllante? E optare per un pagamento differito quanto invece mette il paziente in una posizione di debito? Quanto rischia di apparire una sorta di investitura seduttiva del terapeuta nei confronti del paziente?

Credo sia difficile dire quale tra le due posizioni sia la migliore o per lo meno raccomandabile. Quello che di certo è necessario è che i terapeuti che lavorano online non sottovalutino le ridondanze con cui gestiscono questi aspetti, che non sono mai prassi, ma sono la base di una buona relazione terapeutica e quindi tutela del diritto alla salute dei pazienti. (AA.VV., 2018, Migone 2003).

## **La tecnologia**

Anche gli aspetti riguardanti la tecnologia vanno considerati sia nei risvolti pratici sia negli aspetti impliciti che queste scelte trascinano inevitabilmente con sé.

Innanzitutto i terapeuti devono avere adeguata conoscenza dell'hardware e soprattutto del software che propongono ai pazienti di utilizzare. È una conoscenza necessaria sia per la mera gestione delle sedute, con gli inevitabili incidenti che possono capitare (disconnessioni, *freezing* dello schermo, perdita dell'audio, ecc.) sia perché non basta scegliere un qualunque servizio di videocchiamata per fare una seduta.

Pensiamo alla scelta di utilizzare WhatsApp. La crittografia *end-to-end* garantisce la corretta gestione dei dati trasmessi e quindi in termini di sicurezza è certamente una piattaforma adatta, ma che effetto ha per il paziente incontrare il suo terapeuta nello stesso contesto - seppure virtuale - in cui parla con la propria famiglia, la fidanzata,

l'amante, col gruppo del calcetto o degli amici di vecchia data? Senza contare il fatto che durante la chiamata potranno esserci diversi elementi di disturbo (notifiche, chiamate, anteprime, ecc.). Skype, invece, è la piattaforma tipicamente associata a colloqui più formali, di lavoro, di selezione, difficilmente utilizzata dal paziente per le altre attività di socializzazione; è pensata unicamente per le videochiamate, quindi ha minori elementi di disturbo rispetto a WhatsApp o Facebook: quanto può pesare questa connotazione nella scelta di una piattaforma invece di un'altra?

Nell'ultimo anno, poi, hanno trovato diffusione altre piattaforme come Zoom. A differenza di Skype, dove occorre avere un proprio *account* con cui accedere all'*app* o al sito per poter partecipare alla videochiamata, Zoom non richiede al paziente di registrarsi, ma solo di cliccare su un *link* inviato dal terapeuta, che quindi deve gestire questo ulteriore aspetto non banale. Quando, per esempio, inviare il *link*? Giorni prima? In prossimità dell'orario della seduta? Entrambi? È opportuno che nel messaggio di invio venga ricordato l'appuntamento o si rischia di essere terapeuti "troppo accudenti" e sottrarre al paziente la quota di responsabilità di tutela autonoma del proprio spazio?

Zoom poi implementa un'altra modalità interessante che è la "sala d'attesa", ossia la possibilità da parte del terapeuta di avere un controllo su quando far accedere effettivamente il paziente alla videochiamata nel momento in cui questa viene avviata.

Anche la scelta dell'hardware non è banale e non va sottovalutata. Innanzitutto lavorare online affatica la vista, un effetto ancora più aggravato se scegliamo di utilizzare il telefonino: lo schermo troppo piccolo, gli occhi che si stringono su un punto focale molto stretto, possono portare, alla lunga, problemi alla vista.

Lo stesso vale per l'audio: l'utilizzo prolungato di cuffie, soprattutto in condizioni di suono non ottimale, rendono il carico cognitivo particolarmente pesante, e utilizzate per un tempo prolungato possono portare problemi non trascurabili all'udito. Questi effetti vanno tenuti di conto da parte del terapeuta, che deve cercare di lavorare sempre in condizioni per sé funzionali, acquistando quindi un'attrezzatura adeguata e organizzando gli appuntamenti in modo da non arrivare alle ultime sedute della giornata eccessivamente affaticato e deconcentrato (Il *Virtual Human Interaction Lab* dell'Università di Stanford ha individuato quattro cause principali della cosiddetta [Fatica da Zoom](#)).

## **Teoria della tecnica**

Ogni psicologo o psicoterapeuta arriverà alla consulenza o alla psicoterapia online portando con sé le proprie esperienze cliniche e la propria formazione specialistica. Un bagaglio che spesso – per non dire sempre – non comprende una specifica preparazione nell'ambito dell'online.

Non si tratta di fare alcuna rivoluzione e nemmeno di scartare pezzi: è invece necessario partire proprio dalle nostre conoscenze, dalla teoria della tecnica del terapeuta per poter pensare il *setting* online all'interno di una visione complessa, consapevoli che i mutamenti degli elementi all'interno della relazione terapeutica, una volta che ci troviamo online, sono molteplici. All'abilità del clinico fare in modo che i

cambiamenti siano funzionali per il percorso terapeutico.

A partire innanzitutto dalla valutazione autentica delle proprie istanze, convinzioni, pregiudizi, in merito all'utilizzo del *setting* online, se e come sentirsi a proprio agio con alcuni elementi oggettivamente fuori dal controllo (ad esempio con la possibilità di essere videoregistrato o che ci siano terzi non visibili presenti nella stanza). E non temendo la fatica di dover ripensare delle acquisizioni date per assodate, formandosi e aggiornandosi ulteriormente.

## **Effetto Covid-19**

Il 9 marzo 2020 il Presidente del Consiglio Giuseppe Conte annuncia il *lockdown* nazionale. Tutti chiusi in casa, a meno di specifiche necessità: tra queste quelle riguardanti la salute.

L'attività clinica degli psicologi non viene mai sospesa e resta la possibilità per i professionisti sanitari di valutare caso per caso l'eventualità di lavorare online o continuare a ricevere in studio. Una valutazione non semplice, che incrociava traiettorie etiche (qual è il mio dovere?), cliniche (qual è la cosa migliore per il paziente?), sanitarie (qual è la cosa più sicura per me, chi mi è vicino e per il paziente e per chi è vicino a lui?).

Inevitabilmente molti psicologi hanno scoperto all'improvviso che lavorare online era necessario:

1. Per il proseguimento del lavoro con i pazienti già in carico che, in un momento di così grave incertezza e paura, necessitavano più che mai di un aiuto
2. Per l'accoglimento di nuovi pazienti, presi dalla paura dell'ignoto, dalla solitudine, dall'incertezza, dalle costrizioni personali e relazionali
3. Per il sostegno al personale sanitario, in particolar modo nelle zone più gravate dai lutti e dalle situazioni critiche
4. Per sé stessi, in quanto persone, per mantenere una sorta di continuità esistenziale nello sconquasso generale, e in quanto professionisti e lavoratori, per mantenere la propria economia.

Nell'arco di tempo compreso tra la metà di marzo e la fine di giugno 2020 ho tenuto almeno 40 ore di formazione dedicata al lavoro online, cui hanno partecipato più di 14mila colleghi e colleghe nei diversi webinar e corsi. In quasi 500 si sono iscritti nei vari gruppi WhatsApp che ho aperto in quei mesi per rispondere e confrontarci sulle questioni che emergevano in quei mesi. E questi sono solo i numeri che riguardano la mia personale – e certamente limitata – attività. A questi vanno aggiunti gli altri colleghi e colleghe che in quei mesi hanno messo a disposizione le proprie competenze, anche in contesti particolarmente delicati come la terapia di gruppo e la terapia con i bambini.

A distanza di un anno si può affermare che, come comunità professionale, abbiamo fatto davvero del nostro meglio per cercare di rispondere al nostro mandato sociale di sostenere e promuovere il benessere psicologico dell'individuo, dei gruppi e della

comunità.

Ma cosa ci resta di questa esperienza?

L'esplosione della pandemia, le diverse ondate di contagi e il susseguente alternarsi di zone rosse, arancioni e gialle sono l'evento deflagrante dentro il "sistema psicoterapia" la cui portata sarà in grado di rimettere in gioco tutto il sistema?

Forse.

Un rapporto pubblicato dall'ONU dal titolo *COVID-19 and the need for action on mental health*, pubblicato a Maggio 2020, tratteggia uno scenario di forte aumento di disagi emotivi e relazionali nella popolazione, legati all'aumento dell'incertezza (sociale ed economica, con radicali impatti sulla propria progettualità esistenziale), allo stress, alle conseguenze dell'isolamento sociale, alla gestione delle dinamiche familiari (si pensi all'impatto dello *smart working* e della DaD), alla paura della malattia, del contagio, della morte e naturalmente all'elaborazione del lutto.

Occorrerà non avere il timore di affrontare di nuovo vecchie questioni che davamo per scontate e non avere paura dell'impegno che ci richiederà interrogarci su *setting* sempre più fluidi, in cui aspetti di personalità, improvvisi mutamenti sociali, progresso tecnologico sono in continua interazione, e già oggi generano un grande numero di questioni emergenti che i nostri pazienti portano nei nostri incontri.

Ne riporto alcuni, tra quelli che solo negli ultimi mesi sono emersi nel lavoro clinico con i pazienti e nei diversi contesti di supervisione e intervizione con i colleghi.

1. È opportuno concordare preventivamente con i nuovi pazienti che incontriamo in studio, modalità di incontro online? E per quali evenienze? Conviene stabilire dei criteri a priori o discutere la possibilità di un incontro online di volta in volta che la richiesta si presenti?
2. Pazienti che abitualmente vedevamo in studio prima della pandemia, che abbiamo seguito online durante il *lockdown* e che ora saltuariamente ci chiedono – ora per ragioni di lavoro, ora per ragioni logistiche – di fare la seduta online. Quanto questo tipo di richieste sono agite da resistenze del paziente (magari - casualmente - la richiesta arriva dopo una seduta particolarmente scottante)? Quanto invece sono indicatori di una buona motivazione e aderenza alla terapia? Quanto invece indizio di una dipendenza preoccupante dal terapeuta, dal quale non si riesce a tollerare la separazione nemmeno per una settimana? Quanto la concessione della possibilità di questo tipo di alternanza può alimentare la sensazione di una sorta di terapia *prêt-à-porter*?
3. Fare terapia online mentre tutto il resto della famiglia è dietro la porta (magari in quarantena o in un momento di *lockdown*), quanto deve indurci – ad esempio – a trattare con prudenza eventuali contenuti aggressivi e distruttivi del paziente, considerando che una volta chiusa la seduta gli oggetti investiti di contenuti aggressivi possono venire incontrati (e scontrati) nel tempo di pochissimi attimi?
4. Come trattare, in termini di "regole del *setting*" - al di là delle inevitabili letture e interpretazioni - alcuni comportamenti che il paziente ha quotidianamente in

casa propria (ad esempio fumare una sigaretta) e che vengono riproposti durante la seduta?

5. E come considerare invece altri comportamenti che sembrano assumere per il paziente una sorta di funzione ritualistica che segna il passaggio dal momento della quotidianità al momento “speciale” della terapia, mentre è all’interno della sua casa (poggiare i gomiti sempre su quel determinato cuscino, stare sempre sotto quello specifico *plaid*, avere sempre la stessa tazza da cui sorseggiare una tisana)?
6. E per quanto riguarda noi terapeuti: se, come e in che condizioni proporre al paziente di fare una seduta online invece di incontrarsi in studio? Se siamo in attesa dell’esito del tampone perché contatto di una persona positiva al COVID-19, chiediamo al paziente di spostare la seduta? Gli proponiamo di farla online? Gli lasciamo la possibilità di scegliere? E quali informazioni dobbiamo condividere col paziente in merito alle nostre condizioni di salute? Dobbiamo dirgli se siamo in attesa dell’esito di un tampone? Se siamo in quarantena a casa perché positivi al virus ma asintomatici? Al riguardo è interessante la [lettera](#) che Nancy MacWilliams inviò ai colleghi siciliani che l’avevano invitata per un evento di formazione, saltato per via della pandemia, dove in conclusione scrive:

*Penso che, a prescindere da come i rispettivi paesi stiano affrontando il COVID-19 tutto ciò che possiamo fare come terapeuti, è di essere onesti rispetto a quanto le cose siano emotivamente difficili in questo momento. La principale consolazione che possiamo offrire ai nostri pazienti, persino in tempo di quarantena, è un’intima connessione con qualcuno che rinunci alle distorsioni difensive di una terrificante, dolorosa realtà. Tale prestazione non si avvicina minimamente alle nostre fantasie sull’essere salvatori onnipotenti, ma è di certo una cosa preziosa.*

Svolgiamo una professione ad alto valore sociale e dalle delicate dinamiche che intrecciano etica e pratica.

Non rispondiamo, infatti, unicamente a mere leggi di mercato: il nostro lavoro risponde innanzitutto a bisogni sociali e si occupa di un bene universale – la salute – protetto ai massimi livelli legislativi.

La storia della psicologia è piena di frizioni, scossoni, talvolta veri e propri agiti, da parte di terapeuti che si sono trovati a dover far fronte all’emergenza (in senso di urgenza e in senso di emersione) di bisogni di salute all’interno dei contesti in cui si trovavano, dovendo trovare equilibrio tra quanto conosciuto e praticato fino a quel momento e le necessità portate da eventi improvvisi, ingestibili, altre scoperte scientifiche, mutamenti socio-economici, ecc. Basti pensare a Wilfred Bion, praticamente “costretto” a “inventare” la gruppo-analisi per escogitare un modo per aiutare il grande numero di soldati traumatizzati dal conflitto bellico a fronte dei pochi terapeuti a disposizione. Ed anche le prime teorizzazioni, o forse sarebbe meglio dire sperimentazioni, sistemico-relazionali, affondano le radici ancor di più in esigenze pragmatiche: iniziarono quando negli ospedali psichiatrici americani arrivarono i primi neurolettici, come la clorpromazina, che aveva dato l’illusione di risolvere il problema

dei pazienti con psicosi, salvo poi vedere quegli stessi pazienti tornare in reparto poco dopo le dimissioni e il rientro nel sistema familiare, evidentemente disfunzionale (Brown, 1959).

La pandemia di Covid-19, le quarantene, i *lockdown*, scenari che fino a un anno fa pensavamo relegati ai film post-apocalittici, hanno generato, da un lato, nuovi e urgenti bisogni di salute e contemporaneamente ci hanno lasciato pochissimo spazio per pensare.

Per dare una misura di cosa intendo, basti pensare che quando Giuseppe Conte andò in tv ad annunciare il *lockdown* nazionale chi aveva gli appuntamenti fissati per il mattino dopo, ha avuto letteralmente solo un paio di ore per decidere se e come:

1. continuare a tenere aperto lo studio oppure chiuderlo
2. valutare se fosse in possesso del minimo di conoscenze necessarie per poter lavorare online
3. valutare quali pazienti potessero passare a un *setting* online e chi invece non avrebbe potuto
4. capire se lo studio, eventualmente, avesse le caratteristiche adatte per ricevere i pazienti con tutte le precauzioni sanitarie necessarie (per non parlare del ginepraio di norme che ad un certo punto hanno intrecciato indicazioni nazionali e indicazioni regionali)
5. comunicare ai pazienti con quali precauzioni presentarsi in studio oppure comunicare il passaggio al *setting* online, oppure ancora comunicare la possibilità di scelta.

Tutte queste urgenze, insieme alle altre: ossia la propria riorganizzazione familiare, le proprie paure e preoccupazioni, le proprie fantasie, le proprie angosce.

Ad un'onesta autoanalisi di come ci siamo comportati in qualità di terapeuti in quei giorni, credo che ciascuno di noi rintraccerà nel proprio comportamento e nelle proprie scelte tracce più o meno consistenti di salti nel buio e di agiti veri e propri.

Chi non aveva mai lavorato online, per esempio, si è dovuto affrettare a farsi una formazione base che gli consentisse di avere almeno un orientamento. Chi non solo non aveva mai lavorato online, ma aveva anche esplicitamente manifestato la propria contrarietà, ha dovuto fare i conti con pesanti dissonanze cognitive. E non credo sia andata meglio a chi online ci lavorava abitualmente già da prima.

Personalmente mi è stato sufficiente andare a sfogliare l'agenda del 2020 e rileggere quei giorni di marzo per provare un vago senso di inquietudine e dissociazione. In quelle settimane le chiamate di chi mi chiedeva ore di formazione per gli Ordini, per le associazioni, per i centri di formazione, erano quotidiane. Sono andata incontro a tutti, chiedendo come unica clausola che la formazione fosse gratuita per i partecipanti, a costo di non ricevere un compenso io stessa (come è stato nella maggior parte dei casi).

Il primo webinar si è tenuto il tardo pomeriggio del 17 marzo 2020 ed erano collegati

in 7 mila. Nei giorni precedenti avevo continuato a ricevere telefonate e messaggi dagli organizzatori che mi avvisavano del numero sempre più grande di richieste, al punto che fu necessario effettuare alcune modifiche alla piattaforma che di solito utilizzavano per assicurare una connessione stabile a tutti i partecipanti.

Tutti gli eventi di quel periodo che avessero come tema il *setting* online vedevano partecipanti a centinaia se non a migliaia (un evento sul *setting* online e la terapia con i bambini tenuto da una collega fu partecipato da migliaia di psicologi). I flussi di messaggi, domande, richieste di supervisione nelle varie chat tematiche o di colleghi erano inarrestabili, scorrevano a centinaia al giorno.

Con la fine del *lockdown*, con l'arrivo dell'estate, dei vaccini, con la sensazione di avere più consapevolezza su come gestire il rischio del contagio, le richieste di eventi sono finite, come sono andate scemando le richieste di supervisione e le domande nelle chat. Parallelamente sono aumentati i servizi che offrono terapie online e in generale sono aumentati i colleghi che offrono questo tipo di servizio.

È un fenomeno comprensibile in ottica di dinamica socio-economica: la pandemia ha generato una nuova potenziale nicchia di mercato e quindi aumenta anche l'offerta di servizi inerenti. Resta però una preoccupazione che riguarda il modo in cui, come comunità scientifica e professionale, intendiamo dare un senso – che non sia quello dell'improvvisazione e dell'agito fine a sé stesso – a quanto ci siamo trovati ad affrontare. Le domande non stanno facendo altro che aumentare, sembrano seguire un andamento esponenziale simile all'evoluzione del progresso prospettata dalla funzione di Kurzweil: ogni nuova scoperta apre a ulteriori strade da indagare, dubbi da coltivare, punti di domande. E non possiamo permetterci il rischio di tornare a un'omeostasi dove la psicoterapia si accomoda sui tecnicismi rassicuranti.

### **Che fine ha fatto John Glenn?**

John Glenn ci mise molto tempo prima di tornare nello spazio dopo quel rocambolesco viaggio sulla Mercury. Per la precisione 36 anni. Ci è tornato nel 1998, a 77 anni, stabilendo un nuovo primato.

Glenn era anche un pastore presbiteriano. Lo era da prima di diventare astronauta e ha sempre affermato che le sue missioni spaziali non hanno mai messo in dubbio la sua fede, anzi l'hanno rafforzata. Disse di non potersi considerare meno religioso per il solo fatto di apprezzare che la scienza dimostrasse come noi cambiamo con l'evoluzione e il tempo.

Allo stesso modo non dobbiamo avere timore di veder messa in dubbio la nostra identità e le nostre conoscenze di terapeuti di fronte ai rapidi mutamenti tecnologici, economici e sociali dentro cui ci troviamo, perché sono proprio queste conoscenze che innanzitutto ci permettono di dare un senso alla realtà, costruire il presente e immaginare il futuro. E, al contrario di Glenn, non solo non possiamo sperare in un atterraggio rocambolesco, non possiamo nemmeno aspettare 36 anni prima di pensare di tornare nello spazio.

Nello spazio, che ci piaccia o meno, ci siamo già.

## **Bibliografia**

Anthony, K., (2003). *The use and the role of technology in counseling and psychotherapy*, in Goss S., Anthony K. *Technology in counseling and psychotherapy: a practitioner's guide*, Hound Mills: Palgrave Macmillan, p. 13-35.

Bateson, G., Jackson, D., Haley, J., & Weakland, J.H. (1956). *Toward a theory of schizophrenia*. Behavioral Science, 1(4): 251-264.

Bateson, G., (1972). *Steps to an Ecology of Mind*, Chandler, S. Francisco. Tr. It. «Verso un'ecologia della mente», Milano: Adelphi, 2000.

Brown, G.W., (1959). *Experience of discharged chronic schizophrenic mental hospital patients in various types of living group*, in Millbank Memorial Fund Quarterly, 37, pp. 101-131.

Grier, D. A., (2007). *When Computers Were Human*, NJ: Princeton University Press.

Heidegger, M. (1953). *La questione della tecnica*, Firenze: GoWare, 2017.

Maturana, H. R., Varela, F. J. (1980a). *Autopoiesis and cognition*, Dordrecht, D. Reidel.

Maturana H. R., Varela F. J. (1980b), *Autopoiesis: reproduction, heredity and evolution*, in Zeleny (ed.) *Autopoiesis, dissipative structures and spontaneous social order*, Washington AAAS.

Migone, P. (2003). *La psicoterapia con Internet*, in Psicoterapia e Scienze Umane, XXXVII, 4:57-73.

Shetterley, M. L. (2016). *Hidden Figures: The American Dream and the Untold Story of the Black Women who Helped Win the Space Race*, William Morrow Paperbacks.

Whitaker C. A., Bumberry W. M. (1988), *Dancing with the family – A symboli-experiential approach*, Brunner/Mazel, New York. Trad. it: *Danzando con la famiglia – Un approccio simbolico esperienziale*, Roma: Astrolabio, 1989.



## **(Di)stanza di analisi. Costruire un processo teleanalitico**

[Luca Nicoli](#)

### **Abstract**

La teleanalisi, una pratica necessariamente diffusa in diversi Paesi del mondo per via dell'emergenza Covid, ci pone dei problemi per il venire meno della compresenza in studio e per la difficoltà di analizzare elementi concreti che sembrano appartenere al mondo esterno o alla connessione tecnica.

Ritengo opportuno non soffermarsi soltanto sui limiti della teleanalisi: vale la pena di cogliere e valorizzare le opportunità che la tecnologia ci offre, per superare la distanza fisica e costruire una "stanza relazionale" per le sedute di teleanalisi.

Il presente lavoro evidenzia alcuni accorgimenti tecnici e riflessioni, volti a favorire la strutturazione di un tale luogo di incontro. Compito dell'analista è di regolare e monitorare la distanza con il proprio paziente, al fine di sviluppare e mantenere il processo psicoanalitico.

### **Parole chiave**

Teleanalisi, stanza, processo psicoanalitico, *setting*, de-concretizzare

### **Qui dove?**

La prima volta che ho presentato un estratto di questo lavoro, durante un seminario online, cominciai il mio discorso con queste parole: "Ringrazio l'Ordine degli Psicologi per avermi invitato a questo evento, e ringrazio tutti voi per essere qui".

I presenti risposero al saluto, inquadrati dalle telecamere di Zoom, o tramite la chat interna al software, senza che nessuno facesse alcun riferimento all'avverbio "qui".

### **Qui dove?**

La sensazione di compresenza era tale da non fornire alcuna esperienza perturbante. Soltanto in un secondo momento, con l'intervento della riflessione razionale, ci si è posti il problema dell'ubicazione dell'esperienza dell'incontro, che costituisce il cuore della presente trattazione.

La teoria psicoanalitica è da sempre una disciplina che integra psiche e soma: il corpo dell'analista e del paziente sono componenti ineludibili dell'incontro analitico.

Questo stato dell'arte si è complicato negli ultimi decenni, e in modo massiccio oggi, con l'introduzione dei *setting* a distanza. Ai lavori pionieristici degli anni Cinquanta sulla terapia telefonica si sono aggiunti i contributi degli ultimi trent'anni sui trattamenti online, grazie alla diffusione dei sistemi di videochiamata.

Come teorizzare un rapporto nel quale la mente sembra separarsi dal corpo?

Nel terzo libro sulla psicoanalisi online curato da Scharff (2017), Marzi e Fiorentini (2017) denunciano il rischio della teleanalisi, che sarebbe quello di accentuare la dicotomia mente/corpo, a scapito del secondo.

In quegli anni si stavano aprendo anche in Italia accese discussioni sull'argomento. Poi il cataclisma del COVID-19 si è abbattuto sul nostro modo di vivere. In breve tempo, i Paesi in cui le terapie a distanza non erano diffuse hanno dovuto confrontarsi con un nuovo modo di lavorare, spesso senza possedere strumenti adatti, esperienze consolidate, né formazione specifica (si veda [Bambini-Ponsi](#), in questo stesso numero).

Molti di noi si sono abituati a parlare di analisi a distanza, o da remoto, in contrapposizione agli incontri in presenza. Questi termini mettono in risalto l'aspetto spaziale e geografico della questione, la distanza concreta tra i corpi che si interfacciano. Non dicono nulla, invece, dell'incontro tra le due menti: sono implicitamente considerate come lontane anch'esse?

Qui sta il nocciolo del problema: tali definizioni rischiamo di assumere il punto di vista del corpo inteso come massa, il *Körper* della fenomenologia. Nel suo articolo Ponsi (si veda [Migone](#), in questo stesso numero), Migone (2021) afferma che il concetto di presenza dell'analista non va confuso con la sua presenza fisica nella stanza. È anche la mia idea. Secondo il suo punto di vista, questa visione è anti-psicoanalitica, perché confonde la realtà psichica con il comportamento.

Si rischia di mettere in primo piano il concetto cartesiano di *res-extensa*, inteso come realtà fisica estesa nello spazio e inconsapevole, e trascurare l'aspetto emotivo dell'incontro.

D'altra parte, "Che cosa c'è di più intimo di qualcuno che ti sussurra all'orecchio?" ha suggerito recentemente Gabbard (2020), parlando degli incontri al telefono.

Distanza e presenza sono concetti semplici, se si misurano con il metro, ma sono più scivolosi da maneggiare, se si assume il vertice dell'intimità psichica.

Quando parliamo di distanza, di assenza della corporeità, dell'impossibilità di portare avanti il processo analitico al telefono o via Skype, chi sta parlando dentro di noi? E se fossimo impauriti davanti alla crisi della nostra formazione tecnica, dei processi imitativi e introiettivi rispetto ai nostri maestri, delle abitudini metodologiche? Sé stessimo vivendo pregiudizi non dissimili da quelli di tutte le persone alle prese con rivoluzioni tecnologiche, cui non sono preparate?

Ho trovato argute e stimolante, nella loro provocatorietà, le riflessioni di Migone (2003; si veda [Migone](#), in questo stesso numero), che si chiede se le critiche sull'uso degli strumenti audiovisivi non testimonino un prevalere della ortodossia tecnica degli analisti rispetto all'approfondimento teorico:

*Certe autocontraddizioni, certe modalità – a mio modo di vedere, errate – di concepire il lavoro con i pazienti a prima vista possono non emergere chiaramente se ci si appoggia a un modo tradizionale di lavorare, ma saltano*

*subito agli occhi appena si è messi di fronte a una situazione nuova, dove chi non ha gli strumenti concettuali adeguati non può più mascherarlo, e può non riuscire ad avere la elasticità tecnica che è sempre necessaria nel lavoro terapeutico.*

Queste considerazioni riportano il dibattito all'essenza stessa della psicoanalisi, al modo in cui le invarianti di *setting* contribuiscono allo svolgimento di un certo processo psicoanalitico.

Le opzioni tecniche di cui stiamo parlando, come tutte le altre che quotidianamente mettiamo in pratica, hanno un significato psicoanalitico se non derivano da un'imitazione stereotipata di quanto abbiamo appreso durante la formazione, ma se dialogano con la teoria, per la costruzione di una stanza d'analisi opportuna per il nostro lavoro.

### **Due persone che parlano in una (di)stanza**

Giochiamo con il titolo del famoso saggio di Nissim Momigliano, "Due persone che parlano in una stanza" (1984): quali caratteristiche rendono speciale l'incontro analitico? Quali aspetti favoriscono l'intimità, o al contrario creano una distanza nella coppia?

Nell'incontro mediato tramite la tecnologia, manca sicuramente qualcosa. "Non c'è densità" sosteneva un collega, "quanti dei tuoi pazienti hanno pianto, via Skype?" Con le sue parole, voleva testimoniare il venire meno degli elementi essenziali dell'incontro.

Proviamo a occuparci di alcune delle principali rinunce con cui la coppia analitica deve confrontarsi.

Cominciamo dallo studio. Il luogo dell'analisi è un porto franco, fuori dalla quotidianità del paziente, dalle sue esperienze altre. Esiste solo per l'analisi.

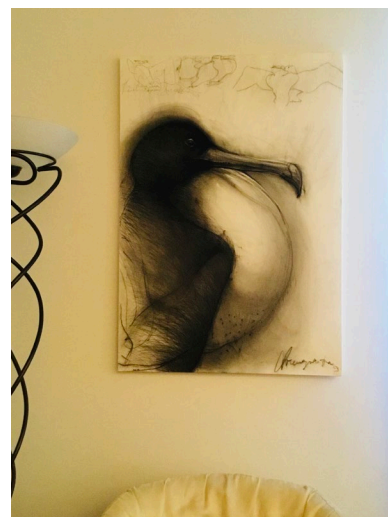
Nella teleanalisi, la sede di questo incontro svanisce, almeno sul piano concreto ed esperienziale, e il paziente si ritrova nei propri luoghi. La neutralità ambientale si dissolve nella catena interminabile di associazioni, fantasmi, percezioni domestiche e familiari.

L'analista incontra il paziente nell'abitazione di quest'ultimo, ma in questo periodo, sulla scia dell'emergenza dovuta alla coabitazione coatta con i familiari, che non sempre garantisce la riservatezza necessaria all'incontro, anche sul posto di lavoro, in auto, in giardino, chiuso nel bagno. Ci troviamo davanti ai suoi luoghi, o assistiamo all'assenza di uno spazio privato, "una stanza tutta per sé", come quella caldeggiata da Virginia Woolf (1929)?

In questi ultimi mesi, anch'io sono dovuto restare spesso in casa, e in seduta si avvertivano i 'miei' rumori: il cane che abbaiva, il corriere che suonava al campanello, qualche richiamo di bambini.

Visivamente, c'era uno sfondo diverso: nel mio studio domestico, un grande ritratto a carboncino di un uccello marino sovrasta la poltrona.

*Aleena, una paziente con una storia traumatica alle spalle, è stata scossa dal cambiamento di setting: era imbarazzata nel mostrarmi la sua cucina, ha dovuto acquistare un tablet per vedermi su uno schermo che non fosse troppo piccolo, si è trovata impacciata nell'uso della tecnologia; non aveva mai utilizzato Skype. Non appena ha scorto quell'animale alle mie spalle, ha voluto subito affibbiargli un nome, per renderlo familiare e non sentirlo troppo estraneo.*



*Dunque, come prima aveva attribuito un nome alle parti di sé e agli oggetti interni - Minnie, Megan, Nosferatu, Madame, e così via - nei racconti di Aleena compare Ernesto, sulle cui ali può volare lontano dai drammi presenti e dall'angoscia della pandemia. Nel corso delle sedute, Ernesto assume certe caratteristiche di oggetto transizionale, una rappresentazione simbolica in grado di accompagnare la donna nei sogni e nelle fantasie durante l'assenza dallo studio e dall'incontro concreto con l'analista.*

Un secondo aspetto da non sottovalutare è l'assenza del tempo per gli spostamenti. Il paziente non ci raggiunge, non sperimenta il passaggio, fisico e psichico: può collegarsi in un istante, senza una transizione pensata e pensabile.

Mi è capitato che una paziente si trovasse nella comunità in cui lavora, nella stanza sbagliata, e fossimo interrotti dagli utenti; è accaduto che i telefoni fossero scarichi, o che comparissero altri segnali che non c'era stata adeguata preparazione alla seduta.

Il termine della seduta, a sua volta, è immediato: un pulsante rosso che cancella l'immagine e la voce dell'altro.

Ho avvertito in modo molto violento l'immediatezza della scomparsa dell'interlocutore, un'espulsione istantanea che non dà modo di salutarsi con calma e prepararsi al fuori.

Per rendere meno disumanizzante questo taglio alla relazione, ho modificato il mio rituale di saluto abituale. Al mio laconico arrivederci, aggiungo il nome del paziente. Arrivederci Luisa. Arrivederci Francesco. Mi sembra un omaggio alla loro individualità: prometto di tenere a mente ciascuno, prima di "scaricarli" bruscamente alla loro quotidianità.

Più di una paziente, che per via delle difficoltà organizzative domestiche si era ritrovata a fare la seduta in bagno, o chiusa in camera, al termine dell'incontro finiva in balia di figli e coniugi bisognosi di attenzioni e cure, senza soluzione di continuità. Mancava il momento digestivo del viaggio di ritorno: era venuta meno una parte fondamentale di seduta, invisibile ma tangibilissima.

Come si possono compensare queste perdite?

Gli analisti che si sono occupati di teleanalisi hanno stabilito che il *setting* dovrebbe essere stabile nel tempo, con due luoghi adibiti all'incontro, connessioni stabili, cuffie e rituali ripetuti (Scharff, 2012, 2013). Ad esempio, la telecamera di Skype — o degli altri programmi di videochiamata — può essere accesa per il saluto e poi spenta, oppure rimanere attiva solo per mostrare il paziente, secondo un rituale stabilito. Alcuni colleghi, approdati con la pandemia alla teleanalisi, hanno tentato di ridurre il distacco dallo studio disponendo il computer sul lettino, per lasciare al paziente il punto di vista abituale.

Qui si apre un punto di discussione importante, che riguarda la radicalità del cambiamento di *setting* che stiamo trattando.

È innegabile il carattere di provvisorietà emergenziale del nostro passaggio massiccio alla teleanalisi: non si possono garantire standard di qualità laddove molti pazienti e anche alcuni analisti non sono dotati di connessioni stabili, non hanno dimestichezza informatica, sono privi di ambienti protetti dalle intrusioni e interruzioni.

Ritengo sia necessario che ogni coppia analitica elabori il lutto per la perdita del proprio *setting* di lavoro usuale, ma anche che si consenta di sperimentare nuove vie per favorire lo sviluppo del processo psicoanalitico. Penso che mimare il “paradiso perduto” della seduta in presenza rischi di alimentare una dimensione luttuosa e malinconica. Mi trovo in sintonia con Cabrè (2021), quando sostiene che non è l'applicazione di una serie di regole esterne a definire il processo analitico, ma il mantenimento della disposizione mentale dell'analista, che garantisce la costituzione di uno spazio interno in cui il paziente si senta accolto e in cui possa sviluppare un nuovo modo di pensare.

### **Ricreare la stanza**

La stanza della teleanalisi, per essere tale, deve favorire lo sviluppo di un'area di illusione condivisa, creata e sostenuta dall'interazione delle capacità simboliche della coppia analitica. Se la terapia, come sostiene Winnicott, è il luogo di incontro delle aree di gioco e di sogno del terapeuta e del paziente, la nuova stanza è un posto da ripensare, mettendo tra parentesi l'adesione a un *setting* già noto e sperimentato. C'è bisogno di trasformare un "non-luogo", come il filosofo Augé definisce Internet, “un ambiente di scambi e transizioni impersonali” (1992), in un "luogo" che diventi sede di esperienze condivise e trasformative.

In questo contesto, trovo più che mai opportuno l'invito di Ogden (2004) a reinventare la psicoanalisi con ogni paziente. Fin dal passaggio alla teleanalisi, ho interpretato questo processo contrattando con ciascuno di loro le modalità di incontro che fossero adatte a noi: ho lasciato che ognuno adoperasse le tecnologie con cui aveva più familiarità e scegliesse la collocazione a lui più comoda.

*Fiammetta, una donna che vedo da sette anni, alterna critiche a sé stessa, lamentele per l'assenza di una famiglia con dei figli e sfiducia verso il futuro. È*

*una “brava paziente”, fin troppo ligia alle regole. È curiosa dei miei libri, ma non osa chiedermi di alzarsi dal lettino per osservarli e leggere i titoli che stanno lì davanti a lei.*

*Al primo lockdown non accetta le sedute telefoniche e sospendiamo per un paio di mesi.*

*Dopo l'estate, alla chiusura autunnale, accetta di sentirmi al telefono. Durante la prima telefonata mi confessa che il suo abbonamento telefonico non comprende i minuti illimitati, e quindi, imbarazzata, mi pone una richiesta: “Se lei ha un abbonamento con i minuti illimitati, posso farle uno squillo, e poi lei mi richiama?”*

*Entrambi riconosciamo che è riuscita a chiedermi qualcosa che poteva squalificarla ai miei occhi e renderla la paziente “poveretta”, unica tra tutti gli altri. È uno stigma che non sarebbe mai riuscita a sopportare, in passato.*

*In seguito, affrontiamo la “poveretta”, una paziente-ragazzina che non può permettersi un abbonamento da adulta. Sarà l'occasione per parlare dell'auto-squalifica e per riconoscere le qualità e le risorse su cui, a differenza degli altri, teme di non poter contare.*

*Dopo quattro mesi, una sera, compio un lapsus: non rifiuto la sua chiamata, per richiamarla a mia volta; invece rispondo. Con mia sorpresa, la donna mi racconta emozionata che due giorni prima ha cambiato il suo abbonamento: ora spende di meno, e ha i minuti illimitati.*

*In retrospettiva, mi rendo conto che nelle ultime sedute, la paziente era apparsa più fiera di sé, in grado di realizzare a lavori di bricolage e di sistemare per bene la sua casa di single, anche senza un uomo da cui dipendere: stava crescendo.*

Non c'è dubbio che, secondo letture differenti, il gesto di telefonare io alla paziente possa essere considerato una forma di agito controtransferale o una collusione con la dipendenza di Fiammetta. È altrettanto vero che anche il “non agire”, la frustrazione in sé, non è scevra di significati, anzi veicola l'immagine di un analista insensibile.

Questa situazione non si risolve con un'interpretazione, che credo sarebbe prematura, ma sintonizzandosi con la situazione relazionale inconscia che la coppia analitica sta vivendo in quel momento. Il gesto dell'analista, consapevole della difficoltà ad accedere a una nuova modalità comunicativa, equivale a dire: “Se lei ‘bussa’ con uno squillo, poi ci penso io a ospitarla nella mia stanza”. Crea una stanza relazionale, con un dentro e un fuori, all'interno della quale poter sperimentare una buona comunicazione mentale.

## **Dove comincia la mente dell'altro?**

*Per descrivere il modello della mente estesa proposto da Andy Clark e David Chalmers si potrebbe partire da una domanda: dove finisce la mente e comincia il resto del mondo? ([Serio](#), 2020)*

Dopo le prime esperienze di teleanalisi, mi sono trovato spontaneamente a considerare

la mente del paziente come tutto ciò che sta oltre lo schermo, o il filo del telefono. Ciò che vedo, le inquadrature, gli angoli di casa, lo scricchiolio della ghiaia di una camminata in campagna, spesso anche i disturbi di linea. Mi pare che questo assetto di ricezione ad ampio raggio sopperisca, per quanto possibile, alle tante mancanze sensoriali dell'incontro in persona.

Ho sviluppato l'attitudine ad attribuire valore simbolico e comunicativo agli aspetti concreti nello schermo o lungo il filo, e tutto ciò contribuisce all'allargamento dell'inquadratura analitica.

*Un diciottenne, Cash, ha intrapreso la terapia dopo lunghe riflessioni, e ora cerca di dare un significato al suo essere in seduta. Lo incontro alcune volte in studio, prima di cominciare a vederci online.*

*Alla prima seduta si mostra a metà volto, solo la parte bassa del viso. Alle sue spalle, una lampada alogena è accesa alla massima potenza, e punta verso di me. Cash spiega che è la sua postazione per la didattica a distanza.*

In un'ottica che privilegi l'adattamento del paziente al *setting*, la vignetta parla delle carenze di questo nuovo assetto di lavoro e dell'inesperienza del ragazzo, che non sa usare la telecamera e regolare l'illuminazione.

Possiamo invece considerare l'intera scena come una rappresentazione intersoggettiva di quanto accade nella mente del protagonista, alle prese con l'incontro analitico. Vale la pena di citare il filtro magico di cui parla Ferro (Ferro, Nicoli, 2017), che consiste nel premettere alle parole del paziente la formula: "Ho fatto un sogno in cui..."

Nel caso delle teleanalisi, ho esteso questo filtro all'intera percezione dello schermo o del telefono. Incontrando Cash, ho fatto un sogno in cui un ragazzo mi spiava senza essere visto, mentre mi sparava una luce accecante negli occhi. Sembra la scena di un interrogatorio dell'FBI.

Qui sta il fulcro della mia trattazione: l'analista, grazie alle capacità oniriche e simbolopietiche, può sintonizzarsi con le risonanze emotive, metaforiche e narrative che la *Gestalt* visuo-sonora crea durante l'incontro. Se sottopone alla lente analitica e alle proprie capacità oniriche gli elementi che sembrano appartenere al mondo esterno o alle reti di connessione, si agevola nella comprensione delle dinamiche inconsce, dei funzionamenti scissi e di alcune aree scarsamente rappresentabili.

Come restituire, almeno in parte, quanto cogliamo della mente dell'altro, per favorire lo sviluppo di pensieri su sé stessi?

L'interpretazione del comportamento è quanto di più difficile da gestire, poiché evoca acuti sentimenti di vergogna e colpa. Non di rado, la si vive come un rimprovero (Nicoli, 2020).

È importante pre-digerirla con cura e proporla in modo accettabile per il paziente: quanto è in grado di tollerare e accogliere, nei propri pensieri, una quota di intromissione altrui?

Nei casi di maggior vulnerabilità, l'analista può limitarsi ad accettare la stranezza della

situazione, senza segnalarla. In questo caso, potrebbe sopportare la sensazione disturbante di uno pseudo-interrogatorio, senza contatto visivo, e registrarla dentro di sé.

Può dire al paziente che trova la sua posizione inadatta a uno scambio efficace, direttamente, oppure aggiungendo una sfumatura metaforica: “Cash, oggi sei senza occhi!”

Salendo lungo il gradiente di *personazione*, mostrandosi cioè come un’entità individuale, differenziata, integrata e reale (Racamier, 1963), l’analista può proporre una immagine controtransferale, facendo riferimento alla sala degli interrogatori polizieschi, fino alla scelta di formulare un’interpretazione delle difese del ragazzo contro le intrusioni esterne.

Il *continuum* dell’alterità con cui presentarsi al paziente, dagli stati di unisono e di convivenza intersichica al dialogo marcatamente interpersonale, è uno degli argomenti più discussi e a mio avviso interessanti della relazione psicoanalitica (Ferro, 2010, Civitarese, 2019, Bolognini, 2019).

Per un paziente che in quel momento abbia un buon funzionamento simbolico e non tema l’altro, l’immedesimazione con la mente dell’altro è un’esperienza di arricchimento (Goisis, 2014), ma per qualcuno che tema la rottura dei confini di sé, o che sia terrorizzato dalla dipendenza come invasione, sarebbe una minaccia angosciante. È essenziale saper dosare, e all’occorrenza diluire, la propria soggettività, perché il paziente possa sentire la stanza come sicura e accogliente.

### **Interruzioni di linea**

La caduta di una conversazione telefonica a causa del sovraccarico delle linee, il *freezing* ormai noto delle videochiamate, voci esterne che irrompono nella scena, sono fenomeni che rallentano, ostruiscono, o tranciano di netto il discorso, e disilludono rispetto alla presunta vicinanza di analista e paziente. Questi eventi ci gettano lontano l’un dall’altro, in compagnia dei vissuti di solitudine, abbandono, crollo evocati dalla brusca interruzione.

La tele-stanza rivela tutta la sua fragilità: a tal proposito, Curtis (2007) obietta che la teleanalisi non può offrire un contenimento sufficiente, per via dei problemi tecnologici, Argentieri e Mehler (2003) sostengono che l’impossibilità per l’analista di controllare il *setting* renda l’uso del telefono incompatibile con il processo analitico.

Tuttavia, siamo sicuri di non poter fare nostro l’atteggiamento di Freud, che più di una volta ha trasformato gli ostacoli in strumenti analitici?

Esistono delle evidenze in letteratura che mostrano come interruzioni e malfunzionamenti tecnologici possono essere gestiti in modo da recuperare il contenimento (Dettbarn, 2013, Kudiyarova, 2013). Penso che, se ci esercitiamo a de-concretizzare il quadro percettivo e sensoriale, potremo servirci di questi episodi di rottura come di esperienze analitiche fruttuose, in grado di lasciare emergere parti scisse o di farci sperimentare funzionamenti inattesi. Ciò che voglio testimoniare, in



questo lavoro, è che il nuovo *setting*, con la sua precarietà e le rotture, costituisce certamente un limite allo svolgimento regolare del processo analitico, ma anche una fonte di esperienze fruttuose.

*Morfeo è un uomo di quasi trent'anni, che vedo da tanto tempo, bloccato in uno stato di apatia dal terrore di diventare adulto. Nel suo mondo interno, crescere significa perdere la vitalità del suo Sé, consumare la propria anima in un'esistenza vuota di lavoro e monotonia. Lungi dall'essere un eterno adolescente scanzonato, Morfeo si sente un bambinone anestetizzato, la cui esistenza noiosa è rattivata quasi soltanto dalle sedute della nostra analisi.*

*Con il lockdown, Morfeo ha accettato di sostituire il lettino con il telefono, e le sedute, che negli anni si sono movimentate rispetto alla rigidità iniziale, sono sciolte e ricche di confidenze. Tuttavia, le sedute rimangono una parentesi piacevole separata dal resto, e da questa situazione fatichiamo a schiodarci.*

*Un mese e mezzo prima, Morfeo aveva avuto dei problemi con il software del telefono, per cui una seduta era stata amputata della fine. Due settimane dopo c'erano stati altri contrattempi, apparentemente risolti.*

*Quel giorno ci troviamo a parlare dei protagonisti dei video su YouTube che segue, ragazzi trentenni che viaggiano il mondo senza paura. D'un tratto, cade la linea. Fatichiamo a recuperarla, poi la seduta riprende come se niente fosse.*

*Penso che anch'io ho qualche noia al telefono, lo farò riparare a breve. Se avessi problemi maggiori, data la necessità di lavoro, non ci penserei un attimo a sistemarlo o a sostituirlo.*

*Intanto Morfeo continua a parlare dei viaggi dei suoi idoli, con quella sorta di ammirazione apatica con cui riempie le ultime sedute, e io mi perdo a pensare al suo telefono, che ci infastidisce con questo continuo malfunzionamento. Perché Morfeo accetta di avere uno smartphone malfunzionante?*

*Gli faccio notare che non si è preoccupato molto del telefono, in questi mesi. Aggiungo che i suoi amici li sente su Discord, un canale Internet per amanti dei videogiochi, mentre il telefono serve a contattare un mondo che a lui non interessa. Penso al mondo dei grandi.*

*Morfeo mi sorprende con una risposta transferale diretta: "L'unica cosa che faccio con il telefono è l'analisi. Allora forse non mi interessa così tanto. Già. Forse sono un partner disamorato, che deve confessare che non ha più alcun sentimento, ma che non vuole ferire l'altro. Eppure sono qui da sette anni, orgoglioso, e non voglio smettere".*

*"Sembra che stia parlando di una serie di video su YouTube cui è affezionato", commento asciutto.*

*Morfeo si fa molto cupo: "Come un passatempo, più che qualcosa di attivo. Guardare, assistere, sedare. Una specie di limbo eterno, come la mia storia con Loredana. Forse mi fa comodo e basta".*

Aver evocato alla coscienza il transfert negativo verso un analista con cui conversare in modo condiscendente, mentre lo si tiene a distanza, sarà essenziale per il processo analitico. Nei mesi successivi, Morfeo riconosce la propria identificazione massiccia con il proprio padre, depresso e paranoide, e riesce a prenderne le distanze, offrendo una *chance* al mondo. Comincia a frequentarsi con una ragazza, come non faceva da anni, apre un proprio conto corrente personale, prenota delle visite mediche che aveva accantonato molto tempo prima.

Da un punto di vista tecnico, credo che la chiave per giungere a questo esito inatteso sia stata quella di non considerare il telefono malfunzionante solo come un limite del *setting*. Invece di sopportare a malincuore i limiti della teleanalisi e concentrare l'attenzione sul contenuto del discorso, abdicando, di fatto, all'attenzione liberamente fluttuante, ho destrutturato l'intera scena che si stava svolgendo, nell'attualità della seduta, trasformandola in sogno. In questo modo, è stato possibile coglierne i sottesi relazionali.

Nel dibattito organizzato dal sito Spiweb sulla teleanalisi, [Richard](#) (2020) sostiene l'adeguatezza del telefono e dei sistemi di videochiamata, se si riconosce l'importanza di analizzare "l'irruzione di fenomeni di impronta trasgressiva, favoriti dalla distorsione del *setting*, ma in fondo rivelatori di funzionamenti psichici di solito scissi".

C'è poco da fare: per sfruttare a pieno le potenzialità che la nuova tecnologia ci offre, non si può utilizzarla a imitazione della seduta tradizionale. È inevitabile sopportare il lutto, temporaneo o duraturo, di tante abitudini e sicurezze perdute, per condurre il processo analitico secondo nuove modalità esperienziali e comunicative.

### **Conclusioni: la continua manutenzione dell'attività simbolica**

*Il volto assonnato di Manola, a una spanna dal monitor, copre tutto lo schermo. La voce impastata di farmaci esclama: "Tra un po' arriva mia nonna".*

*La porta che intravedo alle sue spalle si spalanca, lasciando intravedere una signora anziana con la mascherina.*

*"Nonna, sono in riunione!"*

*La porta si richiude precipitosamente.*

*"Dico così perché non le piacciono gli psicologi".*

*"Non si può chiudere a chiave la porta?" indago.*

*"L'ho persa alcuni anni fa. Adesso la nonna chiude la finestra di là, e intanto si fa i fatti miei. Scusi se parlo piano, ma mia madre mi ascolta, da fuori. La settimana scorsa mi ha chiesto di renderle conto del fatto che ho detto qui in terapia che lei non mi capisce".*

Manola è una giovane schizofrenica, curiosa e sofferente, che conserva buone risorse di adattamento alla realtà.

"Non vedo l'ora che torni in studio, così almeno ha un posto tranquillo dove incontrarmi!" pensavo a inizio pandemia. Poi, piano piano, ho accettato la situazione.

Ho accettato i frequenti quanto antipatici spostamenti di sede mia e di Manola, a seconda delle nuove routine familiari che il *lockdown* imponeva; ho accettato che Manola stesse a dieci centimetri dalla telecamera, una distanza che minacciava il mio senso di tranquillità e del pudore, e mi sono spostato con la sedia mezzo metro più lontano dallo schermo; ho accettato i frequenti blocchi della sua connessione ballerina come lentezze comunicative antipatiche ma inevitabili.

Ho accettato, mi sento di dire, di condividere una parte infinitesimale della sua condizione psicotica. La nonna, la mamma, non sono deliri, sono vere, ma al tempo stesso offrono una rappresentazione visiva dell'invasione continua del mondo interno di Manola, che non ha protezioni.

“Caro Dottore - sembra confidarmi la ragazza - adesso ci crede che la mia mente è assediata da persone che ci si vogliono intrufolare dentro, per condizionarla? E pensi che io ho perso la chiave”.

Ho messo in atto un processo di inferenza che pare folle, attribuendo significati interni alle figure che entravano sullo schermo. Certo, si obietterà, un analista lo fa ogni giorno: non c'è niente di nuovo.

Penso che la novità sia la rapida transizione tra questo nuovo assetto di lavoro e il *setting* tradizionale, che abbiamo ormai interiorizzato e fa parte del nostro modo naturale di vivere la clinica. La maniera in cui il paziente si stende il lettino, le posture sulla poltrona, la gestualità, fanno parte del meta-*setting* usuale, generalmente ben installato nel nostro funzionamento implicito.

Invece, come nel film “Essere John Malkovich”, Manola mi ha fatto entrare nella sua testa. Una testa che assume le sembianze di una camera, priva di confini sicuri e di aperture protette. Una testa esposta alle effrazioni trans-psichiche (Bolognini, 2010), visibili in diretta.

La parte psicotica della personalità (Bion, 1957) minaccia ogni giorno la capacità di simbolizzazione di Manola, e il lavoro dell'analisi consiste in una continua manutenzione del contenitore psichico e delle sue funzioni metaforiche e simbolico-poietiche.

Tenere viva e in buona efficienza la funzione psicoanalitica della personalità, ossia la capacità di oscillazione creativa tra coscienza e inconscio (Bion, 1962, Civitarese, 2011) è quanto mai necessario anche in una dimensione nuova e perturbante come quella attuale (si veda [Moroni](#), in questo stesso numero).

Oggi, dentro e fuori dalle sedute di teleanalisi, il trauma della pandemia, il distanziamento sociale, e più in generale l'abuso della dimensione digitale (Nicoli, 2013) e il funzionamento mentale “oggettivo” promosso dalla cultura contemporanea (Britton, 1998) minacciano continuamente il processo di soggettivazione individuale e la tridimensionalità del pensiero.

La manutenzione della funzione onirica (Ogden, 2003, Bezoari, Ferro, 1994), la capacità di costruire e mantenere stanze transizionali, in cui si possa rimanere in

contatto con le aree vitali di sé e dell'altro, è il compito incessante deputato agli analisti. Sono trascorsi alcuni mesi, e Manola ha ritrovato, chissà dove, la chiave di camera sua.

## Nota

Le brevi vignette cliniche riportate nel testo sono state mascherate in modo così pesante da renderle irriconoscibili a chiunque, compresi gli interessati.

## Bibliografia

Argentieri, S., Amati Mehler, J. (2003). Telephone 'analysis': "Hallo, who is speaking?" *International Psychoanalysis, The News Magazine of the International Psychoanalytic Association*:17-19.

Augé M. (1992). *Non luoghi*. Milano: Eleuthera, 1993.

Bezoari, M. Ferro, A. (1994). Il posto del sogno all'interno di una teoria del campo analitico. *Rivista Psicoanal.*, 40(2):251-272.

Bion, W.R. (1957). *The differentiation of the psychotic from the non-psychotic personalities*. In *Second thoughts*. London: Heinemann, 1967.

Bolognini, S. (2010). Passaggi segreti verso l'inconscio: stili e tecniche di esplorazione. *Rivista Psicoanal.*, 56(3):599-613.

Bolognini, S. (2019). *Flussi vitali tra Sé e Non-Sé*. Cortina: Milano.

Britton, R. (1998). *Credenza ed immaginazione*. Borla: Roma, 2006.

Cabrè, L.J. (2021). *La sfida del coronavirus, la questione della temporalità e la sua gestione clinica*. Lavoro letto al Centro Psicoanalitico di Bologna, il 28.01.21

Civitarese, G. (2011). L'in/conscio come una funzione psicoanalitica della personalità. *Rivista Psicoanal.*, 57(2):401-405.

Civitarese, G. (2019). I nomi di O: Bion è un mistico? *Rivista Psicoanal.*, 65(2):281-302.

Curtis, A.E. (2007). The claustrum: Sequestration of cyberspace. *The Psychoanalytic Review*, 94, 99-139.

Dettbarn, I. (2013). *Skype as the uncanny third*. In J. Scharff *Psychoanalysis Online: Mental Health, Teletherapy, and Training*. London: Karnac Books.

Ferro, A. (2010). Navette per l'Inconscio: rêveries, trasformazioni in sogno, sogni. *Rivista Psicoanal.*, 56(3):615-634.

Ferro, A., Nicoli L. (2017). *The New Analyst's Guide to the Galaxy*. London: Karnac.

Gabbard, G. (2020). *The Notion of "Change" Re-Visited*. Lavoro letto al Centro Psicoanalitico di Bologna il 18.10.2020.

- Goisis, P.R. (2014). *Costruire l'adolescenza. Tra immedesimazioni e bisogni*. Mimesis, Milano.
- Kudiyarova, A. (2013). 'Psychoanalysis using Skype'. In J. Scharff. *Psychoanalysis Online: Mental Health, Teletherapy, and Training*. London: Karnac.
- Marzi A., Fiorentini, G. (2017). Light and shadow in online analysis. In Scharff J. *Psychoanalysis Online 3*. London: Karnac.
- Migone, P. (2003). La Psicoterapia con Internet. *Psicoter. Sci. Um.*, 37(4):57-73.
- Momigliano, L.N. (1984). "... Due persone che parlano in una stanza ..." (Una ricerca sul dialogo analitico). *Rivista Psicoanal.*, 30(1):1-17.
- Nicoli, L. (2013). La seduzione della magia digitale. *Rivista Psicoanal.*, 59(4):1041-1052.
- Nicoli, L. (2020). Agire, reagire e riflettere. Contaminazioni tecniche con l'analisi infantile per affrontare il trauma precoce nell'adulto. *Rivista Psicoanal.*, 66(4):853-876.
- Ogden, T.H. (2003). On not being able to dream. *Int. J. Psycho-Anal.*, 84(1):17-30.
- Ogden, T.H. (2004). This art of psychoanalysis: Dreaming undreamt dreams and interrupted cries. *Int. J. Psycho-Anal.*, 85(4):857-877.
- Racamier, P.C. (1963). Le moi, le soi, la personne et la psychose (essai sur la personation). *Evol. Psychiatr.*, 28:525-553.
- Scharff, J.S. (2012). Clinical Issues in Analyses over the Telephone and the Internet. *Int. J. Psycho-Anal.*, 93(1):81-95.
- Scharff, J.S. (2013). Technology-Assisted Psychoanalysis. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 61(3):491-509.
- Scharff, J.S. (2017). *Psychoanalysis Online 3*. London, Karnac Books.
- Woolf, V. (1929). *Una stanza tutta per sé*. Milano: Feltrinelli, 2013.

## La terapia online: *setting* e corporeità

[\*Beatrice Cannella\*](#) e [\*Silvio A. Merciai\*](#)

### Abstract

“Non è paragonabile alla terapia di persona, perché manca il corpo” è l’affermazione che ricorre nei riguardi della terapia online e che spesso ne determina un’accezione svalutativa. Partendo dalla nostra esperienza, che data da ben prima della pandemia, confutiamo questa teoria, anche alla luce delle ricerche neuroscientifiche sulla sincronizzazione, e sottolineiamo che la diversità e la specificità della terapia a distanza implicano invece il *setting* e la sua ritualità. In questo senso, la psicoterapia online resterà come risorsa preziosa e come importante oggetto di studio anche terminata l’emergenza pandemica.

### Parole chiave

Psicoterapia online; corpo; presenza; *setting*; rito

[L’analista] deve disporsi rispetto all’analizzato  
come il ricevitore del telefono rispetto al microfono trasmittente  
(Freud, 1912)

### Durante la pandemia

Come abbiamo scritto altrove e in questo stesso [numero](#) della rivista, non abbiamo “scoperto” la psicoterapia online in occasione della pandemia: la praticavamo ormai da una ventina d’anni – senza aver mai incontrato particolari difficoltà o problemi gravi – anche se quasi sempre solo in casi particolari e di necessità (tipicamente giovani che partivano per l’*Erasmus* o pazienti in lunghe trasferte lavorative che ci chiedevano – loro – di poter proseguire a distanza il rapporto terapeutico), e per lo più solo per periodi, più o meno lunghi, nell’arco della totalità di un trattamento iniziato in persona.

Il fatto che lavorare a distanza non fosse per noi una pratica particolarmente innovativa ci ha consentito di esimerci, al momento della pandemia, dai porci interrogativi riguardanti la percorribilità stessa del lavoro online, della cui validità siamo persuasi da tempo sia per questa nostra precedente esperienza diretta sia per le motivazioni teoriche proposte da Paolo Migone a partire dal 1999 (riprese in questo stesso [numero](#)) e fin d’allora con lui condivise. Pensiamo che la psicoterapia online non sia la “stessa cosa” che la psicoterapia di persona, ma non intendiamo assolutamente con questa affermazione implicarne una sorta di condizione di serie B: una modalità *diversa*, con una sua specificità, ma non per questo *inferiore*.

Non ci troviamo quindi del tutto d’accordo con la metafora della “tenda da campo” avanzata da Stefano Bolognini (o, meglio: la accettiamo se riferita all’urgenza della situazione pandemica; altrimenti, in generale, noi diremmo: “un’altra abitazione” – ma

si veda [Bolognini](#) in questo stesso numero) né con il “meglio che niente” con cui numerosi colleghi hanno giustificato il passaggio alla modalità a distanza; e ancor meno ci possiamo riconoscere nella definizione di “simulazione” della psicoterapia, spregiativamente utilizzata dalla Isaacs Russell (2015), delle cui posizioni teoriche abbiamo discusso altrove ([in questo stesso numero](#)).

Riteniamo che la precedente dimestichezza con lo strumento online ci abbia molto favorito, consentendoci di vivere come meno "perturbante" (per usare un termine ripetutamente utilizzato dagli autori dei saggi di questa rivista – si veda per esempio [Anastasia e Moroni](#)) il passaggio alla terapia a distanza imposto dal *lockdown* dei primi mesi dell'anno passato: a distanza di un anno e più, il consuntivo della nostra piccola esperienza è che tutti i nostri pazienti hanno potuto continuare il loro percorso grazie al *setting* a distanza, e con esito generalmente positivo. Nonostante tutto questo, abbiamo comunque avvertito il contraccolpo nel dover transitare tutta la nostra attività clinica sull'online, per giunta in modo alquanto subitaneo e senza aver potuto programmare il trasloco con la calma e i tempi necessari ad elaborarne ansie e perplessità (nostre e dei nostri pazienti) e per di più in un momento sociale così angosciante per noi tutti.

Le varie modalità e le diverse reazioni del passaggio alle sedute a distanza – che sono dipese ovviamente da molte variabili soggettive, intrinsecamente legate alla specificità di ogni singolo rapporto terapeutico – hanno innescato in noi un percorso di domande e di riflessioni che qui proviamo a ripercorrere...

### **Dal lettino all'online**

Sono stati alcuni pazienti in analisi, abituati alla loro posizione sul lettino, a vivere con una certa difficoltà il passaggio, peraltro condiviso, alla terapia a distanza.

*A, una giovane psicoterapeuta, dice subito di essere molto preoccupata, pensando alla videochiamata, dalla presenza sullo schermo del viso del terapeuta. Molto la solleva la proposta di chiudere la telecamera durante la seduta, lasciandola accesa solo nei momenti iniziale e finale della seduta, quasi ad imitare la scansione della visibilità negli incontri di persona. Ma ben presto A dirà di quanto si senta a disagio nella nuova situazione, come se quel parlare nel buio del telefono la facesse sentire perduta: e la soluzione che troveremo sarà di posizionare il mio cellulare, durante la seduta, in modo tale da inquadrare le litografie che ritraggono il lettino di Freud, appese alla parete, e la finestra: gli oggetti che abitualmente popolano il suo campo visivo durante le sedute di persona sul lettino. Nonostante questo, la situazione resta molto difficile, “sento che lei fa il possibile per essermi vicino, ma è come se non ci fosse, come se non riuscissi a sentirla”, mi dice dopo qualche settimana. Passati alcuni mesi, e quando la pandemia sembra in fase remittente, A coglie immediatamente la possibilità di tornare in studio, nonostante le limitazioni necessarie (distanziamento, uso della mascherina per entrambi anche durante la seduta, lenzuolino di carta mono-uso sul lettino, etc.): io ho la sensazione di qualcosa di*

*molto artefatto e forzato, in questa condizione, ma A, invece, manifesta grande sollievo...*

*B, un'altra giovane psicoterapeuta, in analisi da alcuni anni, rifiuta di passare al trattamento online, adducendo come motivo il fatto di non poter garantire la necessaria privacy (due bambini piccoli ed un marito che, anche lui costretto a casa, lavora in remoto): pur senza sottovalutare la fondatezza delle sue motivazioni, resto abbastanza sconcertato dalla tranquillità con cui B accede alla sospensione (ha fortemente investito sul percorso analitico che segue con assoluta assiduità e che ha dovuto interrompere una prima volta per una maternità: ma, in quell'occasione, è venuta in seduta fino alla metà dell'ottavo mese ed ha poi ripreso una ventina di giorni dopo il parto). Riprendiamo a vederci in studio appena possibile, ma quando, verso la fine di ottobre, si profila nuovamente la possibilità di una chiusura (andremo in effetti ben presto in zona rossa), provo a discutere con B la possibilità di fare un tentativo di seduta online, onde evitare una seconda sospensione, potenzialmente di nuovo assai lunga. Accetta, ma la seduta si rivela rapidamente traumatica: di fronte allo schermo del telefono (che pure B utilizza talvolta nella sua attività di psicoterapeuta), B si sente perduta, annaspa, rimane lungamente in silenzio, dice di avere mal di testa e di sentirsi oltremodo confusa. Mi preoccupa, non avevo messo in conto una risposta così traumatica. “Non mi sarei mai aspettata da lei una simile proposta. – mi dirà. “Dovrebbe ben sapere, dopo tutti questi mesi di lavoro insieme, quanto è per me importante la vicinanza, la percezione della sua presenza fisica dietro il lettino”. Mi sembra di poter capire che la situazione in remoto abbia di fatto attualizzato per B una specifica condizione di insicurezza già vissuta in passato e, dopo che ne abbiamo un po' parlato in una successiva seduta, decidiamo di continuare. Ma la situazione rimane difficile: B sente moltissimo la mia assenza e patisce pesantemente il suo essere in un altro luogo rispetto al mio studio. “Non è la stessa cosa, non è neppure qualcosa di analogo” – mi dirà più tardi, quando sarà diventato un po' più facile parlare della situazione e dei suoi possibili significati: in questo setting online, B si sente sola, abbandonata (anche se, sul piano intellettuale, mi ha più volte confermato che considera la mia decisione assolutamente condivisibile: “non verrei in studio, in questo momento, neanche se Lei decidesse di riaprire”) e non fa che rifugiarsi – mi dice – nel fissare la sua stessa immagine riprodotta in un angolo dello schermo.*

Ascoltavamo queste risposte e pensavamo “la pandemia, lo stato di angoscia che ci pervade tutti, le ansie di un adattamento subitaneo ad una nuova condizione...”: certo, ma restava l'impressione che ci fosse anche qualcosa di più nelle difficoltà palesate da A e da B nel passare dal lettino all'online; qualcosa che un po' non ci aspettavamo, forse perché le nostre precedenti esperienze si riferivano tutte a pazienti passati all'online dal *vis-à-vis*... Forse, insomma, era il caso di rimettersi a studiare, approfittando del fatto che la letteratura sulla psicoterapia psicoanalitica online era ormai diventata, dopo molti anni di pressoché totale silenzio, ricca e polifonica.



## La questione del corpo; la telepresenza

Fin dall'inizio (si vedano in proposito i lavori della prima parte di questo numero e in particolare i contributi di [Merciai](#) e [Goisis-Lauro](#)) ci siamo imbattuti in una serie di lavori che questionavano la percorribilità della terapia online e la consideravano come un'esperienza diminuita e svilita del lavoro psicoanalitico rifacendosi in particolare alla questione della "telepresenza": l'assenza del corpo, il *disembodiment* della situazione a distanza, comprometterebbe inesorabilmente l'efficacia e la possibilità stessa per il processo terapeutico di esistere e dipanarsi, venendo a mancare l'indispensabile co-presenza (fisica) dei due attori. Scorrendo la letteratura, trovavamo ripetutamente riferimenti teorici al pensiero di Winnicott, di Bion, di Ogden e di Schore (tutti autori che ci pareva avessero da tempo acquisito un posto stabile nel nostro assetto teorico) che venivano convocati allo scopo di "certificare" (che non è la stessa cosa che "dimostrare") che la psicoterapia psicoanalitica è "solo" in presenza. Varie, ma congruenti ad uno scopo univoco, le citazioni che trovavamo estrapolate del loro pensiero: la *rêverie* presuppone di necessità la prossimità fisica; l'attaccamento e l'*holding* implicano di per sé la possibilità di raggiungerli e toccarsi; le dimensioni dello spazio transizionale devono essere preservate intatte; l'amore non può esistere senza una co-presenza fisica; la cognizione è *embodied*; la situazione in remoto rende impossibile la dimensione fondamentale del *kissing or kicking* ed altrettanto cogliere gli *enactments* in seduta; sulla rete l'*epistemic vigilance* domina sull'*epistemic trust*; e così via. Nel *setting* a distanza, scrive la Russell nel 2015 (e ripete nel 2020 – vedi [altrove](#) in questo stesso numero), si possono incontrare solo due menti; il che sarebbe potuto bastare ai tempi di Freud, quando la psicoanalisi era essenzialmente linguaggio e interpretazione, ma non oggi che il corpo (il corpo? una "scoperta" recente nei lavori di psicoanalisi, che per molto tempo hanno ostracizzato il discorso sul corpo come una sorta di tabù...) e le sue sensazioni controtransferali (perché? online non si svilupperebbe controtransfer?) sono diventati il punto di partenza dell'elaborazione terapeutica:

*Due menti insieme sono, come abbiamo visto, solo metà della storia. È una verità particolarmente scomoda che il corpo non possa essere lasciato fuori dall'equazione. [Russell 2015, pag. 178]*

*Pur essendo grati per la capacità di mantenere un filo di continuità attraverso la tecnologia nel momento dell'emergenza pandemica, riconosciamo anche che siamo cablati per relazionarci in una co-presenza incarnata [embodied]. Si tratta di un dono da custodire e conservare con cura, qualcosa da non gettar via con leggerezza in nome della comodità dei nostri dispositivi. La vera presenza, per quanto imprevedibile, spontanea e disordinata, è insostituibile. [Russell 2020, pag. 372]*

Dichiarazioni che, in prima istanza, certo assonavano molto con il disagio manifestato da A e B: e tuttavia non riuscivamo a liberarci dall'impressione che la tesi di una non-presenza nella situazione online dovuta alla mancanza del corpo fosse un assunto *a priori*, reiterato in modo relativamente acritico e pregiudiziale e largamente dovuto

all'applicazione di categorie tradizionali di pensiero a contesti radicalmente innovativi: non si può valutare l'*online* come se fosse un *offline*, utilizzando gli stessi parametri e riferimenti concettuali, pensavamo.

Di quale corpo assente – ci chiedevamo – di quale mancanza si stava davvero parlando? Ma non ha il corpo uno statuto assai particolare all'interno della condizione psicoanalitica stessa quando fa riferimento all'uso del lettino? Il corpo dei due attori del dialogo è presente, ovviamente, all'interno della stanza d'analisi, ma altrettanto è vero che esso scompare per quasi tutta la durata dell'incontro dalla vista dell'analizzando (ma allora il *disembodiment* riguarda la necessità per l'*analista* di mantenere una possibile visione della *presenza somatica* del suo paziente? – si veda, per esempio, il contributo di [Testi](#), in questo stesso numero), una questione importante perché quella della vista è la modalità sensoriale che più si è affinata nella nostra storia evuzionistica ed è in generale la base di tutte le nostre interazioni; in fondo il corpo è percepito, nella stanza d'analisi, quasi solo attraverso l'udito (che, ovviamente, permane nella condizione online) e forse – ma non sappiamo quanto e fino a che punto – dall'odorato (non ci riferiamo qui ai casi in cui un insopportabile olezzo o un'invasione di profumo contraddistinguono l'arrivo del nostro paziente o la nostra stessa presenza: ma invece al ruolo che la percezione del tutto inconscia dell'odore dell'altro gioca nella relazione interpersonale, un terreno ancora sconosciuto e confinante con la vecchia polemica sulla possibile esistenza di feromoni anche nella specie umana; ne faremo cenno più [avanti](#)).

Così ci trovavamo – ingenuamente? – d'accordo, per esempio, con le ormai classiche affermazioni di Carlino (2011 – vedi [altrove](#) in questo stesso numero), che aveva sostenuto l'idea che “presenza” nella realtà del dialogo analitico non implicasse di necessità una mutua presenza fisica di prossimità:

*Nel contesto della situazione a distanza, l'idea di presenza è qualcosa di diverso dalla necessità di essere di fronte all'altra persona. Acquisisce una concezione astratta e simbolica. La presenza, quando la si separa dalla necessità di un incontro fisico diretto, è legata all'idea di contatto e incontro tra analista e paziente. (pag. 64)*

o con quelle, più recenti, della Moshtagh (2020), non a caso in aperta polemica con Essig (vedi [altrove](#), in questo stesso numero):

*Molti autori intendono concetti come "presenza", "assenza", "spazio analitico", "intimità" e "oggetto" nelle "relazioni con gli oggetti" senza porsi particolari problemi e, a volte, anche concretamente. Ci sono anche bizzarre interpretazioni di "contenimento" in cui si presume che esso si materializzi solo quando due corpi fisici sono nelle immediate vicinanze. (...) assegnare alla presenza del corpo in senso stretto un tale ruolo vitale è molto discutibile e certamente non si basa su prove scientifiche. (pag. 244)*

o con le affermazioni molto chiare in proposito di [Paolo Migone](#).

Hannah Zeavin, nella sua stimolante e riccamente documentata monografia *The*

*Distance Cure* (2021), ci ricorda che “distanza” non è il contrario di “presenza” ma invece lo è di “assenza”, e sostiene che

*le tecnologie dei media hanno sempre svolto un ruolo centrale nelle relazioni terapeutiche, anzi nell’ambito di tutte le interazioni, producendo forme specifiche per ogni medium di quella che chiamo "intimità lontana" [distanced intimacy].*

*La terapia è sempre condotta a distanza. (...) Definisco come intimità lontana la relazionalità umana in generale, incoraggiata, creata e mantenuta da persone in tele-contatto tra loro. L'intimità lontana è (...) diversa dalla telepresenza, che può essere definita come la sensazione di essere presenti in un altro luogo tramite le reti di telecomunicazione (...) la maggior parte dei setting di terapia a distanza consentono un'autoprotezione attraverso il riconoscimento della distanza nel generare una sensazione di intimità nel lavoro di aiuto e di essere aiutati. (...) Il processo di entrare in intimità avviene su questa distanza e su entrambi i lati di essa, indipendentemente dal fatto che le due (o più) persone intime si siano mai incontrate faccia a faccia.*

*Come sostengo, anche il tradizionale scenario vis-à-vis può fornire momenti di intimità lontana, inclusa la regolazione dell'attaccamento clinico tramite i confini del setting. Questi momenti sono anche agiti [enacted] con il corpo: non comparire per le sedute, il silenzio e così via. Quel tipo di allontanamento, o di confinamento di un soggetto nell'intimità condivisa con un altro, o di agito, a seconda dei casi, regola anche la vicinanza emotiva nell'intimità lontana. L'intimità lontana può favorire una maggiore intimità, perché le persone sono più disposte a "parlare" sia a causa di una sorta di protezione [privacy] attribuita al mezzo di comunicazione, sia perché si può arrestare lo scambio e l'intimità terminando il telecontatto più rapidamente e più facilmente che non dovendo uscire fisicamente da una stanza; specialmente se quel contatto è asincrono. Come le terapie di persona, l'intimità lontana coinvolge sia la presenza sia l'assenza [Introduction – Distanced Intimacy]*

Ecco perché sentiamo ancora valide (un segno di rigidità narcisistica?) le domande e le implicite risposte che uno di noi si pose parecchi anni fa (Merciai, 1998):

*Tra qualche minuto arriva il mio paziente delle 19.30. (...) Vivo con molta partecipazione la sua complessa vicenda umana, le altalene di speranze e timori che la sua mente cavalca quotidianamente e che la seduta ospita, alla meno peggio. È una persona [che, ovviamente,] non ho mai toccato (non ci stringiamo neppure la mano al momento dell’arrivo o del congedo), che non ha per me, altrettanto ovviamente, nessun sapore gustativo e nessun odore (sono costituzionalmente iposmico, del resto): e che ascolto abitualmente socchiudendo gli occhi, perché così mi pare di concentrarmi meglio sulle mie personali risposte emotive. (...) In che cosa – ci si può chiedere – la relazione con questa persona necessita inevitabilmente di una corporea fisicità, di un setting materiale che una stanza virtuale non possa evocare o sostituire? (pag. 163)*

In realtà, la questione del corpo in analisi/terapia, e, di conseguenza, quella del diverso *setting* lettino/*vis-à-vis*, si era già affacciata in modo critico alla nostra riflessione quando, seguendo il filo dell'impostazione metodologica che abbiamo molto praticato in questi ultimi anni – quella del dialogo tra psicoanalisi e neuroscienze – avevamo dovuto confrontarci con la scoperta del fenomeno del *mirroring*, le cui implicazioni dirette per il lavoro psicoterapeutico erano state ben presto indicate chiaramente (Gallese, Migone & Eagle, 2006; un lavoro poi ripreso e ampiamente discusso sulle pagine del *Journal of the American Psychoanalytic Association*: Gallese, Eagle & Migone, 2007; Vivona, 2009; Olds, 2009; Eagle, Gallese & Migone, 2009) e con la reiterata asseverazione di molti studiosi (a partire da Vittorio Gallese) che la relazione intersoggettiva nasca e si sviluppi a partire dalla condizione di “intercorporeità”. La perdita di contatto visivo che l'uso del lettino implica suona dunque come una mutilazione importante delle nostre possibilità di relazione con l'altro, in particolare alla luce di tutto lo sviluppo dell'opera di Allan N. Schore, centrata sulla comunicazione tra il cervello di destra dell'analista ed il cervello di destra dell'analizzando (si veda Schore, 2020).

Di tutto questo aveva parlato, già molti anni fa, David D. Olds (2004):

*Alcuni autori hanno sottolineato che la "comunicazione tra cervelli di destra" è importante per la terapia, e che rinunciare ad essa è perdere una risorsa importante (...) Ma nella psicoanalisi potrebbe essere proprio questo quello che vogliamo: una certa libertà da quel tipo di controllo (...) può essere difficile o impossibile associare liberamente quando si è impegnati nel tipo di controllo reciproco interattivo che influenza le interazioni faccia a faccia. (pag. 863)*

L'ovvia deduzione di queste riflessioni ci pareva dunque che il lavoro con il lettino implica la scelta di prescindere dalla dimensione diretta della risonanza/presenza corporea, mentre un'interazione somatica è più direttamente convocata dalla scelta di un rapporto terapeutico *vis-à-vis*. Del resto, è del tutto evidente che i neuroni specchio non hanno certo bisogno di con-presenza fisica per svolgere la loro funzione...

Supporto a questa prospettiva ci era poi venuto dagli studi comparati – nell'ambito della neurobiologia dell'esperienza relazionale, la cosiddetta *Interpersonal Neurobiology* – a proposito della "sincronizzazione", la funzione cruciale che entra in gioco in modo automatico ed inconscio tra i due *partners* di una relazione e che si manifesta con un allineamento significativo dell'attività elettrica del cervello, dell'innalzamento di ormoni, della frequenza del battito cardiaco, della circolazione – in particolare – di ossitocina (per una rassegna recente si veda Schirmer, Fairhurst & Hoehl, 2021). Ci avevano colpito in particolare le sintesi di Ruth Feldman, che qui non esponiamo in dettaglio per ovvie ragioni di brevità (vedasi per esempio Feldman, 2020), ma di cui vorremmo riportare un breve frammento (a partire dal minuto 67) di un suo intervento ([\*The Biology of Love: Synchrony and the Human Affiliative Brain in Health and Psychopathology\*](#)) tenutosi all'università di Washington nel 2020 (per comodità del lettore italiano abbiamo aggiunto al filmato una nostra sottotitolazione in italiano),

dove si parla in modo specifico del tipo di sincronizzazione che si sviluppa anche nelle interazioni in videochiamata su Skype e non invece negli scambi puramente testuali veicolati dalle chat di WhatsApp (cliccate sull'immagine qui sotto):



Le osservazioni della Feldman se da una parte lasciano aperta la questione circa la centralità della presenza fisica di prossimità (l'ipotesi dell'ossitocina nel sudore, peraltro molto contestata), dall'altra parte ci autorizzerebbero a ritenere che la videochiamata Skype (o analogo), che usiamo nelle nostre sedute online, dovrebbe consentire un grado sufficiente di sincronizzazione – e quindi di *presenza*, di significativa relazione interpersonale – tra i due attori della relazione terapeutica quando possono vedersi, sia pure attraverso lo strumento telematico (riaprendo così a tutti gli effetti la questione dell'opportunità e dei limiti dell'uso del lettino nel *setting* classico).

### **Dal *vis-à-vis* all'online; la questione del *setting***

In congruenza con queste osservazioni era infatti la reazione – meno problematica – di altri pazienti, passati all'online dopo essere stati per un certo periodo di tempo in psicoterapia *vis-à-vis*:

*C è stato in terapia, al ritmo di una seduta settimanale, per circa un anno: è un giovane ingegnere esperto di problemi gestionali che lavora per un'importante organizzazione internazionale. Ad un certo punto gli viene offerto di trasferirsi, in una posizione prestigiosa, in un'altra filiale della medesima organizzazione, in un Paese lontano, per un periodo di tempo non determinabile: lavorerà online, all'inizio, ma con la prospettiva di dover al più presto intervenire di persona e di conseguenza con la richiesta non negoziabile di trasferirsi nella nuova città. Un'offerta molto sacrificale sul piano personale, ma per molti aspetti irrinunciabile. C decide di accettare l'offerta e parte, con un certo smarrimento (non è la prima volta che trascorre periodi all'estero, ma questa volta è un Paese molto lontano e sconosciuto, in cui lingua ed abitudini saranno molto diversi) e solo dopo aver concordato di tentare di portare avanti la sua terapia in modalità*

*telematica, via Skype. La prima volta che ci colleghiamo, C è molto contratto, in evidente difficoltà nella nuova condizione, ma sembra sciogliersi (e si commuove) non appena lo schermo gli restituisce, sullo sfondo del viso della terapeuta, la grande libreria e i contorni dello studio in cui è venuto tante volte: un brandello, cui aggrapparsi, di continuità e sicurezza...*

Tornano a mente le parole di B: “Non è la stessa cosa, non è neppure qualcosa di analogo”; ma allora, forse, rinunciando alle sofisticazioni della teoria, si tratta semplicemente di ascoltare i nostri pazienti quando affermano – e lamentano – che la differenza sostanziale tra la terapia di persona e quella online è la questione del luogo in cui la seduta si svolge, il *setting* esterno, cioè il fatto che nella terapia a distanza non siamo noi terapisti ad “ospitare” i nostri pazienti in un nostro spazio, la stanza d’analisi (Goisis, 2021; si vedano anche i contributi di [Goisis](#), di [Nicoli](#) e di [Versace](#) in questo stesso numero), da noi predisposto ed organizzato, che “sappia” di noi (altro che neutralità od opacità del terapeuta!) e possa configurarsi come un luogo sicuro, un laboratorio protetto in cui fare esperienza di sé: la nostra corporeità è solo una parte, non essenziale, di questo. Il luogo della terapia online è infatti un altrove virtuale, creato e gestito da una responsabilità condivisa, e quasi nulla di noi stessi nella condizione della seduta al telefono e ben poco in quella che utilizza la videochiamata viene veicolato ai nostri pazienti (che anche dal lettino, invece, e a maggior ragione nel *vis-à-vis*, vedono e si affezionano ad una parte della stanza d’analisi). Ecco perché la possibilità di intravedere squarci abituali dello studio (litografia e finestra dal lettino, la grande libreria nel *vis-à-vis*) costituiva un qualche tipo di ancoraggio rassicurante per C come lo era stato per A (e lo fu anche per B, con cui ben presto fu concordato di fare – si veda anche il contributo di [Versace](#) in questo stesso numero)! Del resto, la pala di ventilazione al soffitto (che, non a caso, c’è anche in studio...), il profumo di sigaro (allora si fumava ancora in studio...), l’enciclopedia alle spalle della sua poltrona, la copertura rinfrescante sul lettino durante l’estate, qualche ricordo dei viaggi in Africa nella vetrinetta che ben si intravedeva a lato del lettino sono ancora oggi, dopo molti decenni, tra i ricordi più affettivi dell’analisi personale di uno di noi...

La perdita – il lutto – di un luogo, organizzato e gestito dal terapeuta, in cui accogliere il suo paziente, diventa così il discrimine che distingue la terapia in persona da quella online, nella nostra lettura. Una perdita grave e significativa, in condizioni – per così dire – di normalità: meno, invece, in condizioni eccezionali, come durante la pandemia. Dove la possibilità di ritrovarsi, in un luogo “protetto” dal rischio del contagio e rimasto “lecito” anche alla luce delle varie disposizioni di *lockdown*, sembra invece rappresentare comunque un elemento di rassicurazione e di contenimento, perseguito quindi con molta minore ansia e senso di perdita.

## **Il “rito” della seduta**

Ma forse, ancora una volta, eravamo prigionieri di una visione troppo teorica e scolastica della situazione ...

*D è un economista, abituato a lavorare sul suo computer: ha richiesto un secondo*

*intervento psicoterapeutico, vis-à-vis, al ritmo di una seduta settimanale, dopo un precedente percorso conclusosi anche in relazione al suo trasferimento nella nostra città da un'altra città italiana, troppo lontana per pensare di poter riprendere con il suo precedente terapeuta. Attentissimo alle precauzioni per il Covid-19, accetta immediatamente di passare online ai tempi del primo lockdown, apparentemente senza patire particolari difficoltà nella nuova condizione del setting: la terapia prosegue via WhatsApp, rivelatosi più affidabile in termine di stabilità della connessione di Skype, inizialmente assunto come tramite per comunicare. Per migliorare la qualità audio, D chiede, dopo qualche seduta, che anche il terapeuta utilizzi cuffie e microfono dedicato, privandosi così quasi totalmente della percezione dei rumori indiretti provenienti dallo studio: del setting originale rimangono insomma solo l'immagine del viso del terapeuta e la sua voce. Ma dopo qualche seduta D manifesta l'insorgere di una difficoltà nella nuova situazione: era abituato, nella precedente modalità di persona (in entrambi i percorsi), a uno spostamento relativamente lungo in città per arrivare allo studio, tempo che utilizzava – dice – per prepararsi alla seduta (ed all'inverso, andando via, per ripensare alla seduta e ri-adattarsi alla realtà del quotidiano); quel tempo, ora, gli manca e non serve che si riproponga di interrompere le sue attività un quarto d'ora prima dell'orario. La nuova situazione è irrimediabilmente diversa da quella abituale.*

Non avevamo certo nessuna difficoltà a sentirci in empatia con D e con la sua descrizione del "rito" della terapia: anche qui riaffiora facilmente il ricordo di “allora”, il complesso e faticoso itinerario delle nostre analisi personali: macchina, treno, metropolitana, bus, caffè al bar all'angolo per aspettare l'ora dell'appuntamento, seduta, bus, metropolitana, treno, macchina...

Come ci ha scritto un po' ironicamente Paolo Migone, leggendo una prima versione del presente lavoro, dovrebbero essere fatte delle ricerche per studiare l'impatto del viaggio, del *commuting*, per fare l'analisi:

*magari si potrebbe scoprire che il viaggio, che permette una elaborazione ecc., è importantissimo, un po' come (e questa è un'altra osservazione che fece Eissler, sempre lui) si sa che l'effetto terapeutico dei pellegrinaggi era nel viaggio, non nella meta (nel viaggio si fanno nuovi incontri, nuove esperienze ecc.). Viene in mente anche, ridendoci su, che nessuno ha mai studiato se l'efficacia delle analisi che faceva Freud non fosse legata anche al soggiorno a Vienna che lui proponeva a queste ragazze agiate, a volte nobildonne, che venivano da tutto il mondo, anche dagli USA: e lui richiedeva nel contratto una permanenza di almeno sei mesi, con soggiorno in begli alberghi di Vienna e corredo di incontri sentimentali, storie d'amore, pomeriggi passati nei caffè a flirtare, nuove esperienze correttive ecc., insomma, un po' come, cosa anche qui risaputa da sempre, l'effetto delle Terme era dovuto al periodo passato alle Terme (incontri, amanti, vacanza ecc.) e non alle acque termali in quanto tali che sono in genere dei placebo. E viene in mente anche che vi fu chi interpretò la specificità della training*

*analysis come analisi fatta andandoci in treno (by train), e magari aveva anche ragione...*

La stanza d'analisi, insomma, è solo un momento – nodale, ma non l'unico – di una sequenza comportamentale più complessa che nella sua ripetizione assume i connotati del "rito", abituale e quindi rassicurante, dell'*andare in terapia*: è questo rito che viene radicalmente cambiato o comunque snaturato dal passaggio all'online (si pensi per analogia al disorientamento che segue anche solo all'eventuale trasferimento pur se nella stessa città dello studio del terapeuta).

Ora, sappiamo bene, da molti esempi della quotidianità, come le nostre abitudini siano essenzialmente un fatto di apprendimento e come, una volta acquisite, esse permangano tenacemente, anche quando eventualmente siano diventate disfunzionali. Senza scomodare concetti complessi, come la “coazione a ripetere”, ed anche solo rifacendoci alle nozioni di base della scienza cognitiva e della teoria dell'evoluzione, la persistenza delle abitudini ci spiega, per esempio, perché chi di noi (come gli scriventi) ha appreso ad utilizzare un oggetto nerastro appeso al muro di casa chiamato “telefono” faccia così fatica ad imparare ad usare correttamente e compiutamente un moderno *smartphone*, che integra quelle antiche funzioni con molte altre assai utili e importanti. Per i nostri figli (e ancor più per i nostri nipoti), invece, il telefono “è” lo *smartphone*: cioè la modalità di utilizzo che hanno assimilato è fin dall'inizio quella più appropriata alle funzionalità del dispositivo... E quante volte ci siamo sentiti dire da nostri coetanei qualcosa tipo “no, il libro elettronico, no, grazie, ma assolutamente no, a me i libri piacciono che si senta il fruscio e il profumo della carta”: scelta del tutto rispettabile, s'intende, ma che ovviamente trascura il fatto banale che la lettura del testo è altrettanto valida (anzi, più facile) su uno schermo, che è anche molto più leggero, retro-illuminato, capace di portarsi appresso un gran numero di volumi, etc. Per i nostri figli (e ancor più per i nostri nipoti), invece, il testo cartaceo – di un giornale o di un libro – non sembra veicolare alcun fascino e certamente preferiscono una consultazione digitale: l'abitudine "rituale" a leggere documenti cartacei, tipica della nostra generazione, si è persa ed è stata sostituita da un'altra, tecnologicamente più moderna e funzionale.

### **Un'altra abitazione?**

*E è un'avvocatessa cinquantenne che mi contatta via e-mail chiedendomi la disponibilità a seguirla per i problemi che sta incontrando. Ci vediamo in studio per un paio di volte e decidiamo di intraprendere un percorso di terapia. Ma al momento di cominciare le sedute scatta il lockdown. Le propongo di dar corso comunque al nostro progetto, ma a distanza. E si dichiara d'accordo, anche se teme per la sua non espertissima gestione degli strumenti informatici. Nonostante queste incertezze, ben presto cominciamo con le nostre sedute settimanali in videochiamata WhatsApp. A distanza di un anno ci sembra di poter constatare che le cose stanno procedendo in modo soddisfacente; E commenta sul fatto che sta cominciando una stagione di riaperture e si domanda se 'dovrà' tornare in*



*studio. Le farebbe molto piacere, mi dice: ma d'altra parte si è ormai anche molto affezionata a queste nostre sedute al telefono, lei in casa (per ragioni di protezione anche lei ha trasferito in remoto da casa gran parte della sua attività di consulenza legale), con la possibilità di presentarsi in maniera amichevole e quindi più autentica, senza dover utilizzare la divisa d'ordinanza degli incontri di persona...*

*F è una giovane avvocatessa e lavora nella sede europea (sita fuori dall'Italia) di un prestigioso studio internazionale. Sarà di passaggio nella nostra città tra qualche settimana e mi contatta: vorrebbe intraprendere un percorso con uno psicoanalista italiano disposto a seguirla in remoto e gli è stato fatto il mio nome. Fissiamo un possibile appuntamento, ma dobbiamo disdirlo perché in quel momento scatta il lockdown. All'inizio non ci rendiamo conto che sarà un periodo lungo di chiusure, e decidiamo di provare a temporeggiare. Ma poi F deve rientrare nella sua sede prima che il lockdown si attenui e così, dopo alcune incertezze, iniziamo un percorso fin dall'inizio online. Ora è passato poco meno di un anno e la terapia sembra funzionare positivamente: F è soddisfatta dei suoi progressi, che in realtà mi sembra proprio stiano avvenendo. Si trova abbastanza bene nel suo setting virtuale, che, fin dall'inizio, è il mio mezzo-busto con lo sfondo di una parte dello studio. Sembra a suo agio. Dice, qualche volta, che se tornerà nella mia città le farà probabilmente piacere venire a trovarmi in studio, ma per molti aspetti a me sembra sia per lei del tutto abituale incontrarmi sugli schermi dei nostri cellulari.*

E ed F hanno appreso fin dall'inizio ad utilizzare una stanza d'analisi virtuale, in remoto, non hanno cioè alcuna "stanza" reale di cui fare lutto nel momento di passare all'online: il loro "andare in seduta" è un rituale ben preciso che si compone di una sequenza del tutto originale e specifica di comportamenti (connettersi ad Internet, assicurarsi che il telefono sia ben posizionato, attivare cuffie e microfono dedicato, etc.) e che "va bene così".

### **Quando la pandemia sarà finita...**

Siamo attualmente tutti tornati a lavorare nei nostri ambienti abituali, e ne siamo naturalmente molto felici: per la gran parte di noi, per la nostra generazione, la stanza d'analisi è sempre stata quella, nel nostro studio; ci siamo affezionati, non vedevamo l'ora di tornarci ...

E la terapia online? Per molti rimane solo la "tenda da campo" in cui ci siamo riparati a seguito del terremoto della pandemia; la smonteremo, man mano che sarà possibile tornare alla "normalità", e la conserveremo da qualche parte, nella cantina della mente, per eventuali nuove condizioni di emergenza. Scrive, per esempio, Kristin White:

*La lezione da imparare dal COVID 19 non è che in futuro potremo fare a meno del contatto personale con i nostri pazienti nella stanza d'analisi e continuare con l'analisi a distanza. Sicuramente l'analisi in remoto non è un'alternativa valida alla presenza reale, dal vivo, di due persone nella*

*stanza d'analisi. L'analisi in remoto può essere una necessità temporanea in tempi di coronavirus, ma dobbiamo essere consapevoli delle insidie che comporta, comprendere ciò che manca nella relazione terapeutica e ricordarci di non abusare del nostro potere pensando che il contatto video possa sostituire il vero contatto personale tra due persone nella stanza d'analisi. (pagg. 583-584)*

Non siamo di quest'avviso, come le premesse e tutto lo sviluppo di questo articolo facevano sicuramente presagire...

In prospettiva, pensiamo che il diffondersi dell'alfabetizzazione informatica nella popolazione – e quindi, sperabilmente, anche tra gli psicoanalisti e gli psicoterapeuti! – in assenza di condizioni emergenziali drammatiche ed improvvise che rendano difficoltoso il reperimento di spazi privati ed idonei all'incontro terapeutico sia da parte dell'analista sia da parte del paziente porterà – in particolare i più giovani dei nostri pazienti (la generazione dei figli e dei nipoti!), sempre più avvezzi all'uso degli strumenti di telecomunicazione – ad un crescente interesse per la possibilità di svolgere a distanza un percorso psicoanalitico: la terapia a distanza, quindi, potrà e dovrà restare uno strumento comunque a disposizione nel nostro “normale” armamentario terapeutico. Un cambiamento significativo, certo, ma non è stata la pandemia la prima situazione nella quale la psicoanalisi ha dovuto confrontarsi con variazioni nel *setting* esterno: dal lettino alla poltrona in *vis-à-vis*, o dalle canoniche cinque sedute settimanali a cadenze meno frequenti di appuntamenti, per citarne i più ovvi, man mano che si ampliavano le nostre competenze e le nostre ambizioni cliniche e che mutava il quadro economico e ideologico delle società in cui operiamo. Spesso, in queste occorrenze la voce dell'ortodossia si è levata proclamando “questa non è psicoanalisi!”, ma pian piano si è fatta strada l'idea – che condividiamo appieno – che ciò che qualifica di “psicoanalisi” un intervento terapeutico siano le particolarità del *setting* interno, la specificità dell'ascolto, qualunque ne sia il quadro esterno di riferimento purché definito, concordato e rispettato (il *moveable frame*, secondo la definizione di Tylim e Harris, 2017). Michael Eigen (2020) nella sua conversazione con Aner Govrin [Attacks on psychotherapy - working with patients under the threat of the Corona virus](#) ha chiaramente affermato ancora una volta l'irrelevanza del *setting* esterno. Dopo aver parlato delle sue esperienze di lavoro *online* e richiamandosi al contributo fondamentale della Scuola psicoanalitica inglese (Melanie Klein, Winnicott, Bion, Marion Milner) nel concentrarsi sulle difficoltà dei “pazienti che non sono in grado di sentire (*feel*) i loro sentimenti (*feelings*)”, Eigen sostiene che terapia vuol dire stare lì, con queste difficoltà, contenerle (*holding*):

*meno interpretazione e più qualità della tua presenza, qualità del tuo essere: i pazienti sentono la qualità del tuo essere e questo è più importante delle (...) condizioni in cui stai lavorando.*

*Puoi fare terapia praticamente in qualsiasi setting: se fossimo in un campo di concentramento faremmo terapia lì, se fossi in un monastero buddista puoi fare terapia lì, puoi fare terapia in qualunque setting, anche camminando*

*per strada – Freud era abituato a passeggiare con i pazienti...*

Diventerà quindi più rilevante assumere la scelta di un particolare *setting* – sul lettino o in *vis-à-vis*, online con o senza video, etc. – come il primo “atto” da analizzare interrogandoci sulle fantasie e sui pensieri indotti (in entrambi i membri della coppia al lavoro! – si veda anche [Migone](#) in questo stesso numero) dalle caratteristiche della scelta operativa che abbiamo deciso di assumere: e varrà la pena, nel caso di un *setting* online, di saper affinare le nostre capacità di comprendere ed analizzare il tipo di piattaforma usato (al di là della banale constatazione che spesso non si può che scegliere quella che ci garantisce una migliore fluidità); noi pensiamo, per esempio, che così come la stanza d’analisi è un luogo particolare altrettanto la piattaforma lo dovrebbe essere, cioè che non andrebbe usata la stessa che si usa tutti i giorni per comunicare con gli amici o i parenti (ma purtroppo un nostro tentativo, per esempio, di utilizzare [doxy.me](#), raccomandato dall’IPA, non ha avuto successo...). Coerentemente a queste posizioni, se un tempo pensavamo (e molti ancora sostengono e teorizzano) che il passaggio all’online debba essere preceduto da un congruo periodo di lavoro di persona, oggi pensiamo invece che l’incontro preliminare di persona possa essere utile solo – e in certi casi – nella fase di *intake*, essenzialmente per valutare l’opportunità di un percorso terapeutico e decidere quale tipo di *setting* si ritenga più utile attivare.

Non ci sentiamo troppo soli, in queste posizioni (vari contributi pubblicati su questo numero della rivista ci sembrano andare nella stessa direzione); d’altra parte, come ci ricorda Marlene M. Maheu nella sua [videointervista](#), il progresso tecnologico e le conseguenti modificazioni culturali sono rapidissimi e nostro compito non è quello di denegarne la potenza ma invece di cercare di governarne la direzione. In questo senso Lewis Aron (2020) invita la psicoanalisi a considerare i progressi tecnologici essendo insieme, e dialetticamente, “parte” e “a parte” della cultura...

Una posizione di ancor maggiore apertura è quella di Sergio Benvenuto, che preconizza che la gran parte delle attività che attualmente conduciamo in pubblico saranno in futuro svolte a partire da un nostro ambiente domestico e sottolinea l’inevitabilità di questo passaggio di abitudini che, come tutte le innovazioni tecnologiche, suscita critiche e rigetto nella parte conservatrice della nostra cultura (era così già nel paleolitico ai tempi dell’invenzione del fuoco, ricorda scherzosamente...):

*Molti importanti analisti sostengono che le sedute in video non potranno mai essere vera psicoanalisi, sostenendo le loro affermazioni con eccellenti argomenti teorici, alcuni presi da teorie psicoanalitiche sofisticate, come quella di Lacan. Con argomenti puramente teorici, questo è il punto. Ma la rivoluzione telematica andrà comunque avanti e sempre più analisti terranno sedute via video, Skype, Zoom o Webex. E se il video non funziona con tutte le analisi, la mobilità della vita moderna finirà per imporlo e la teoria si adatterà. (pag. 126)*

Sono i temi che, prima della pandemia (2018), erano stati affrontati nell’interessante volume a più voci *Psychoanalytic Perspectives on Virtual Intimacy and*

*Communication in Film*, ispirato dal film *Her* di Spike Jonze che narra la “storia d’amore” (ma anche i risvolti “terapeutici” della relazione) fra Theodore e Samantha, un personaggio “virtuale” creato da un’intelligenza artificiale di cui è solo disponibile la voce; ennesima variazione sul tema della possibile omologia o siderale distanza tra relazioni “vere” e relazioni “virtuali”. Un film futuristico, per alcuni aspetti, ma certo non lontanissimo sia dalle nostre esperienze con Siri o Cortana o Alexa o Google Assistant sia, a ben vedere, da certi aspetti dell’esperienza analitica classica. Introducendo il libro, Andrea Sabbadini scriveva che

*Dopo tutto, che incontriamo i nostri pazienti in una stanza d’analisi o nel cyberspazio, siamo comunque sempre psicoanalisti impegnati nel processo psicoanalitico; siamo sempre impegnati a rendere disponibile un ambiente sicuro ai nostri pazienti, dove ascoltare empaticamente, in uno stato di attenzione sospesa, le loro libere associazioni. Gli analisti che vedono i loro pazienti su Skype si relazionano con loro in modo simile e con un atteggiamento simile a quello che avrebbero se fossero fisicamente presenti nei loro studi. I rituali che circondano gli incontri analitici possono essere diversi (ad esempio entrare in sala d’attesa e suonare il campanello o connettersi a Internet e fare una videochiamata), ma non la sostanza stessa del processo psicoanalitico. (pagg. 4-5)*

e Rossella Valdré, nel capitolo finale, manifesta curiosità e interesse per il meraviglioso viaggio nell’evoluzione delle nuove tecnologie: “*the future is open*” – scrive – e si respira aria di libertà e fascino di esplorazione...

L’eredità della pandemia potrebbe allora essere per la psicoanalisi il compito di attrezzarci alla possibilità di ampliare l’offerta ai nostri pazienti delle tipologie di *setting* disponibili, includendo anche quelli a distanza – in certi casi (quali?), con certi tipi di pazienti (quali?), in certe specifiche condizioni (quali?), con certe ben chiare controindicazioni (quali?): e, per essi, il compito di saper teorizzare e costruire la possibilità di una *stanza* che sia capace di trasmettere la rassicurazione di una costanza e il calore di un’accoglienza, punto di partenza per una nuova alleanza di lavoro e per nuovi percorsi di cura; l’antico e sempre nuovo lavoro di ascoltare noi stessi e i nostri pazienti, sostituendo all’illusione comoda di disporre di un pre confezionato *prêt-à-porter* valido per tutti il continuo tentativo di fabbricare, volta per volta, quel *vestito su misura* che costituisce la cifra specifica del nostro approccio.

## **Ringraziamenti**

Grazie a Paolo Migone per la sua generosa lettura di una prima bozza di questo lavoro e per i suoi preziosi suggerimenti.

## **Nota**

I frammenti clinici esposti nell’articolo sono stati sottoposti a preventiva lettura da

parte dei pazienti interessati, che ne hanno esplicitamente autorizzato la pubblicazione.

## Bibliografia

Aron, L. (2020). Interview with Lewis Aron and Galit Atlas. In Weinberg, H. & Rolnick, A. (Eds.). *Theory and Practice of Online Therapy. Internet-delivered Interventions for Individuals, Groups, Families, and Organizations*. London and New York, Routledge.

Benvenuto, S. (2021). Hestiation. Our life after coronavirus. In Castrillón, F. & Marchevsky, T. (Eds.). *Coronavirus, Psychoanalysis, and Philosophy. Conversations on Pandemics, Politics, and Society*. London and New York, Routledge.

Carlino, R. (2011). *Distance Psychoanalysis: The Theory and Practice of Using Communication Technology in the Clinic*. London: Karnac Books.

Eagle, M. N., Gallese, V. & Migone, P. (2009). Mirror Neurons and Mind: Commentary on Vivona. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 57 3:559-568.

Feldman, R. (2020). What is resilience: an affiliative neuroscience approach. *World Psychiatry*, 19:132–150.

Freud, S. (1912). *Consigli al medico nel trattamento psicoanalitico*. In OSF, 6:532-541.

Gallese, V., Migone, P. & Eagle, M. N. (2006). La simulazione incarnata: i neuroni specchio, le basi neurofisiologiche dell'intersoggettività e alcune implicazioni per la psicoanalisi. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XL, 3: 543-580.

Gallese, V., Eagle, M. N. & Migone, P. (2007). Intentional Attunement: Mirror Neurons and the Neural Underpinnings of Interpersonal Relations. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 55 1:131-175.

Goisis, P. R. (2021), *Nella stanza dei sogni. Un analista e i suoi pazienti*. Brescia, Enrico Damiani.

Merciai, S. (1998). Internet, una sfida. *Psiche*, I:161-166.

Migone P. (1999). La psicoterapia in rete: un setting terapeutico come un altro? Riflessioni da un punto di vista psicoanalitico. In: Bollorino, F., a cura di, *Psichiatria on-line. Strumenti di ricerca scientifica, comunità terapeutiche, interazione tra medico e paziente*. Milano: Apogeo, 1999, pp. 255-265. Nuova versione: La psicoterapia con Internet. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 37, 4: 57-73.

Moshtagh N. (2020). Spatially Distant but Emotionally Close: A Personal Reflection on Psychoanalytic Distance Training. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 68 2:241-244.

Olds, D. D. (2004). Interdisciplinary Studies and Our Practice. *Journal of the American*

*Psychoanalytic Association*, 54 3: 857-876.

Olds, D. D. (2009). Leap Carefully from Brain to Mind — But It Can Be Done: Commentary on Vivona. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 57 3: 551-558.

Russell, I. G. (2015). *Screen Relations*. London, Karnac Books. Trad. It. *Psicoanalisi attraverso lo schermo*, Casa Editrice Astrolabio, 2017.

Russell, I. G. (2020). Remote Working During the Pandemic: A Q&A with Gillian Isaacs Russell. Questions from the Editor and Editorial Board of the BJP. *British Journal of Psychotherapy* 36, 3:364–374.

Sabbadini, A., Kogan, I. & Golinelli, P. (Eds.) (2018). *Psychoanalytic Perspectives on Virtual Intimacy and Communication in Film*. London and New York, Routledge.

Schirmer, A., Fairhurst, M. & Hoehl S. (Eds.) (2021). Interpersonal Synchrony Special Issue. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 16 1-2.

Schore, A. N. (2020). Moving forward. New findings on the right brain and their implications for psychoanalysis. In Govrin, A. & Mills, J. (Eds.) *Innovations in Psychoanalysis*. London and New York, Routledge.

Tylim, I. & Harris, A. (Eds.) (2017). *Reconsidering the Moveable Frame in Psychoanalysis. Its Function and Structure in Contemporary Psychoanalytic Theory*. London and New York, Routledge.

Vivona, J. M. (2009). Leaping from Brain to Mind: A Critique of Mirror Neuron Explanations of Countertransference. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 57 3:525-550.

White, K. (2020). Letter to the Editor: Practising as an Analyst in Berlin in Times of the Coronavirus: The Core Components of Psychoanalytic Work and the Problem of Virtual Reality. *International Journal of Psychoanalysis*, 101 3:580–584.

Zeavin, H. (2021). *The Distance Cure*. Cambridge and London: The MIT Press.

## Nella stanza online

[Pietro Roberto Goisis](#)

### Abstract

Nella letteratura psicoanalitica, più o meno recente, nei resoconti clinici e anche nei confronti informali tra colleghi, è unanime la sottolineatura relativa alle mancanze fisiche e corporee nell'esperienza delle terapie online. In questo articolo viene invece presa in considerazione un'altra assenza. Quella del luogo dell'incontro, con tutte le sue connessioni fisiche, sensoriali e emotive.

### Parole chiave

Terapia online, assenza del corpo, mancanza della stanza, *setting*.

*“Ecco, mi ricordavo bene! La finestra è qui alla mia destra. Esatto.”*

*Carola ritorna in studio esattamente un anno dopo l'ultima seduta in presenza. Studentessa fuori sede, al primo lockdown è tornata nella sua lontana città d'origine. Dal mese di marzo del 2020 ci siamo incontrati solo online. Abbiamo mantenuto il nostro appuntamento settimanale, altro giorno, quasi stesso orario. Non ha mai saltato una seduta, mai un ritardo. Da parte sua una sola richiesta di spostamento, per un esame universitario. Al contrario ha dovuto fare i conti con qualche – numerosa – mia necessità o emergenza. Alle quali ha sempre aderito con pazienza, gentilezza e precisione come da par suo. La nostra terapia si è svolta con buona efficacia, fatica e piacere a seconda dei momenti, affrontando le varie problematiche relazionali e personali che l'avevano portata a chiedere un aiuto. Come se non ci fosse differenza o cambiamento rispetto al periodo antecedente l'online. Ho visto le sue stanze, lei le mie. Mai un commento reciproco, presi da altre questioni. Con mia, parziale, sorpresa il suo temporaneo ritorno in studio è stato segnato da questo precoce commento appena entrata nella stanza, dopo essersi seduta sulla sua sedia abituale. Aveva ripreso il suo posto. Pronta a lasciarlo di nuovo, ma suo.*

### Fra la preistoria e la pandemia

Come raccontato in altri lavori pubblicati su questo numero di Funzione Gamma (si veda [Merciai-Goisis](#) in questo stesso numero), mi considero sufficientemente esperto e abituato a condurre terapie anche in assenza, la cosiddetta teleanalisi o psicoterapia online o a distanza. Dopo le prime e pioneristiche esperienze con telefono e mail, ho praticato con buona disponibilità terapie video e sincrone. Adolescenti durante un anno scolastico all'estero, universitari in *Erasmus*, dottorandi o frequentatori di *Master*, professionisti in viaggio di lavoro o trasferiti in città o nazioni lontane. Occasioni, in genere, temporanee e eccezionali, seppur, ripensandoci, non così rare. Come molti altri colleghi ho fatto queste esperienze secondo il vecchio principio del “si fa, ma non si

dice". Qualche confidenza e confronto con qualche collega, nessuna pubblicizzazione, nessuna riflessione condivisa o scritta. Funzionava. Tanto bastava. Mi collegavo sempre dal mio studio, dalla mia abituale postazione di lavoro, nella quale è previsto un computer portatile alla mia sinistra. I miei interlocutori erano ovunque, io ero lì/qui. Non cambiava molto. Veniva facile fare confronti tra il prima e il dopo e considerare che "non era poi così diverso". La mia/nostra attenzione e sforzo era spesso polarizzata proprio sul cercare le comunanze con le sedute in presenza, piuttosto che stressare le differenze. La psicoanalisi si è sempre preoccupata di mantenere il *golden standard*, invece che cercare la fattibilità del metodo. Poi, a volte c'erano delle sorprese, come la sensazione di maggiori vicinanza e intimità, un viso che diventava più vicino, una bellezza che esplodeva sullo schermo, la percezione di esseri più o meno fotogenici. Non avvertivo mancanze o rammarichi. Non cercavo soluzioni particolari. Sembrava già un privilegio e un'opportunità poter continuare il lavoro terapeutico. Nuovamente mi bastava. Poi è arrivata la pandemia Sars-Cov-2.

### **La creazione della stanza online**

Il mio ultimo libro – "Nella stanza dei sogni" – fin dal titolo e dalla copertina, indica come il luogo dell'incontro tra terapeuta e paziente sia uno dei fattori determinanti, addirittura specifici, della cura. Così ne ho scritto, anche per cercare di delineare il lento e progressivo, forse mai terminato, processo di creazione di quello spazio:

*...le stanze, come gli umani, invecchiano, si definiscono, vengono affidate, attribuite con tanto di targhetta, nome e cognome. Finalmente personalizzate tra quadri, affiches, foto e ricordi. ...*

*Come è la stanza, la mia stanza ora? È il luogo dove sicuramente passo e ho passato la maggior parte della mia vita. Anche per questo, per cura e rispetto verso me stesso e verso chi ci entra, mi piace tenerla in ordine e pulita. Idealmente vorrei che ci fosse sempre un buon odore, è importante, per cui ho posizionato un purificatore d'aria. Prima c'era un tappeto persiano dai toni caldi, ora un pavimento più pratico, ma dal colore morbido. Appesi ai muri immagini differenti. Diplomi, ricordi, una affiche di Freud disegnata da un pittore molto amato, foto di paesaggi e di persone. Un acquarello trovato sotto il letto dei miei genitori – Incontro – colora due figure poco definite che si avvicinano l'una all'altra. In un angolo, è un peccato che sia un po' nascosto, un dipinto che adoro. Mostra il confine tra un fuori e un dentro, uno spazio, forse una stanza, in cui si entra o da cui si esce. È di un artista che ammiro, Davide Pizzigoni, un caro amico. In un altro angolo una pianta verde, nuova. La prima era cresciuta senza tregua fino al soffitto per trentacinque anni. È stato un orgoglio, il mio legame con la natura dentro la stanza. Nina Coltart – la grande psicoanalista che ci ha aiutato a pensare l'impensabile – ci ricordava sempre che ogni terapeuta dovrebbe possedere e coltivare un giardino. Dietro la pianta, quasi nascosto, un bassorilievo in gesso, La Gradiva, riproduzione della copia acquistata da Freud nel 1906 ai Musei Vaticani. Donata da Cesare Musatti agli psicoanalisti milanesi negli anni Sessanta, ora replicata per tutti, è un simbolo di appartenenza. Ci sono*



*poi libri e riviste, poche, in ordine nella libreria, le sedie sono avvolgenti, le tende contengono e aprono alla città, i colori alle pareti cercano di trasmettere armonia e pacatezza. E infine molti piccoli oggetti, regali e pensieri ognuno con una storia, mi osservano dai ripiani metallici e dal legno scuro della scrivania. Di quelli, io soltanto conosco il valore. Tutti, i tanti dettagli, sono il mio modo di accogliere. Anche da lì inizia la cura.*

Quando l'emergenza pandemica ci ha obbligato – tra decreti ministeriali, precauzione personale e buon senso – a interrompere la normale attività professionale in studio e in presenza, senza sapere quando saremmo tornati alla “normalità”, ho quasi subito avvertito la necessità di definire e costruire la mia nuova stanza online. Un processo.

Ragioni di salute e di quarantena mi hanno dapprima costretto a improvvisare un *set* casalingo. Quando si parla di *setting* va ricordato che interessa almeno due persone, il paziente e il terapeuta. Quindi il primo passaggio, in questa fase così nuova, è stato pensare a me. Un tavolino posizionato di fronte ad una finestra luminosa, il mio computer portatile, il telefono per le chiamate con WhatsApp, le cuffie auricolari per un miglior ascolto reciproco, una seggiola comoda, ma tale da garantire una seduta dignitosa, una luce artificiale per illuminare il viso quando si fa sera.

E dietro e oltre al mio viso, mi sono subito chiesto, cosa apparirà? Quanto possiamo mostrare di personale? Quanto possono tollerare i nostri interlocutori? Finora le sedute online dallo studio mostravano, seppur con diversi gradienti e angolature, un fondale conosciuto e familiare ai pazienti. Già la condizione pandemica era un momento delicato, per me, per loro, per tutti. Come dosare e organizzare questo aspetto era centrale. Nella stanza reale tutto è scelto, pensato, valutato. Se anche questa è cura, impossibile trascurarla

In seguito, piano piano, ho scoperto che la tecnologia può venirci in aiuto. Sfondi *blur* – sfocati, foto realistiche o reali, grafiche, colori. Di tutto e di più. Per ogni gusto. Già, ma di chi? So di pazienti che non tollerano gli sfondi *fake*. Li fanno sentire di fronte ad un terapeuta che sembra nascondersi o celare qualcosa.

Ho scelto fin da subito l'autenticità. Mostrare quello che c'era, là dove stavo. Curando, appunto, il dove stare. Come sfondo, quindi, la parete anonima di un armadio.

E, poi, come vestirmi? Non ero in studio, nel mio luogo abituale da giacca e cravatta. Potevo permettermi un diverso *dress-code*? E quanto diverso?

Tralascio dettagli più intimi relativi a quanto non veniva inquadrato sullo schermo – quindi dalla vita in giù – tra pantofole e pantaloni della tuta. Giuro (🙏) di non averne mai fatto uso. L'abito fa o non fa il monaco? La risposta è ancora sospesa. Ma la cura dell'altro passa anche dalla cura per me stesso e dal rispetto che un abbigliamento decoroso garantisce.

Mi è sembrato, ricordando ora questi pensieri e scrupoli, di riattraversare le varie fasi della mia definizione come persona e come terapeuta. Anche i passaggi identitari della stanza, i suoi cambiamenti.

Ma tutto ciò non bastava. Erano necessari altri dettagli, pure fondamentali.

A partire dalla tecnologia.

Seppure non più giovanissimo – certamente NON sono nato digitale – ho la fortuna di avere una sufficiente confidenza con l'informatica. Di conseguenza ho potuto muovermi tra le differenti piattaforme digitali utilizzabili per le videochiamate – per lo più sconosciute prima della pandemia – e trovare una posizione di naturalezza.

Su questo punto sono stato intollerante e esigente. Se vogliamo – o dobbiamo – se scegliamo di lavorare online è indispensabile disporre di una connessione Internet buona e stabile, oltre che di computer o *devices* affidabili. E saper usare il tutto con buona competenza.

Niente di strano. Chi lavorerebbe e incontrerebbe i suoi pazienti in uno studio disadorno, non riscaldato, senza porte e finestre, privo di isolamento acustico? Senza il campanello per suonare alla porta di ingresso o con un citofono malfunzionante?

Nei mesi la mia stanza online è andata cambiando e modificandosi progressivamente.

Appena mi è stato possibile tornare in studio mi sono collegato sedendomi alla mia consueta postazione di lavoro. Ha fatto piacere a me, forse, soprattutto, ai miei pazienti. Era sempre me che incontravano seppure da altre stanze, ma “farlo” nel luogo abituale – anche se ero solo io ad abitarlo – li ha resi felici e contenti. Non è stato solo un tema di nostalgia o di abitudine, quanto davvero di “presenza” rassicurante e sicura. La stanza c'era ancora, qualcuno la abitava, non era stata abbandonata a sé stessa, desertificata. In quel momento ho capito, forse per la prima volta e davvero, che una delle mancanze più forti che stavamo sperimentando era quella del posto del nostro incontro. Ci mancava l'incontro, ma anche o soprattutto il luogo, la stanza. Con tutti gli annessi e connessi come vedremo in seguito.

Poi sono arrivate altre stanze. Difficile sentirsi e far sentire gli altri in “una” stanza, se variano e continuano a variare. Purtroppo necessario quest'anno per vari motivi.

Così, progressivamente e continuamente, ho cercato di migliorare e rendere la mia stanza sempre più adatta all'online, almeno nelle condizioni logistiche per la connessione e la posizione da assumere. Ho imparato a verificare la qualità della rete disponibile (*speed test*), capito che la telecamera è posta nel margine superiore dello schermo del computer e su quello laterale del *tablet* – elemento responsabile di inquietanti fenomeni di strabismo – tenuto a bada la carica di *AirPods* e cellulari. Mi sono procurato un supporto sul quale posizionare il computer portatile, inclinato e regolabile, in grado così di orientare lo schermo nel pieno rispetto dei miei occhi e della mia colonna cervicale. Infine, ultima (?) acquisizione, una luce (*ring light*) a sua volta regolabile di intensità, in grado di tenere il mio viso sempre ben illuminato, seppur con discrezione.

Dopo l'estate ho pure ricominciato a mettermi la cravatta.

Come considerare questi elementi, il minuzioso processo di costruzione della mia

“stanza online”? Tutti dettagli finalizzati allo stare meglio, io in primo luogo, di conseguenza, insieme ai miei pazienti. Ricreare, per quanto possibile, ma senza nessuna rinuncia *a priori*, un luogo adatto all’incontro e alla permanenza con l’altro.

Mentre scrivo queste righe mi rendo pienamente conto di un dato assolutamente palese. Le mie connessioni online sono sempre avvenute solo con piattaforme video. Non ho mai usato il telefono, ho - abbiamo - sempre tenuta accesa la *webcam*, tranne momentanei episodi di problematiche di rete. Inoltre, e questa è stata una scelta consapevolmente voluta, ho sempre offerto ai miei pazienti la possibilità di guardarci in viso, anche a quelli - pochi - che sono soliti usare il lettino. Nessuno ha espresso difficoltà o problemi, nessuno ha fatto richieste differenti. Ho pensato che in un momento così particolare e unico (chi può dirlo ormai...) fosse necessario “metterci la faccia”, la mia in primo luogo. Anche se è una faccia, o meglio degli occhi, che faticano a guardare davvero in faccia la persona che incontro in video, dato che la *webcam* è posizionata sempre in un punto diverso rispetto allo schermo. I nostri occhi, così, vagano un po’ a vuoto. Chissà se dopo la pandemia, lo *smart working*, le sedute online, i produttori di computer troveranno il modo di posizionare le telecamerine al centro degli schermi.

In altri articoli di questo numero della Rivista alcuni autori raccontano e mostrano differenti utilizzi sia degli strumenti, sia del *setting*, altri ne hanno scritto negli ultimi anni. Massima libertà, sia ben chiaro, ognuno di noi è in grado di valutare e scegliere in quale assetto lavorare, sempre nel pieno rispetto delle necessità proprie e dei propri pazienti. Io ho dei dubbi sulla scelta di posizionare il PC in modo da non mettere in contatto visivo analista e paziente. Apparentemente per “riprodurre” il *setting* reale (cosa di per sé impossibile, scelta di per sé discutibile, nel tentativo di rendere la terapia in presenza e quella online “uguali”), nelle diverse variabili - schermo dell’analista che inquadra il muro, schermo del paziente che riprende sé stesso da dietro, come se fosse la visuale abituale del terapeuta. Personalmente mi è venuta un po’ di melanconia nel vedere immagini di *laptop* abbandonati su lettini analitici vuoti per garantire ai pazienti la stessa visuale di quando sono presenti in studio. Scelta personale, ripeto, da rispettare. Non posso fare a meno però di visualizzare e percepire una inquietante sensazione di deprivazione relazionale. Se il *laptop* dell’analista inquadra il muro che normalmente vede il paziente ... cosa guarda l’analista? Pur nel rispetto, per chi lo usa ancora e prevalentemente, del *setting* classico (uno sul lettino, l’altro seduto dietro), il terapeuta comunque “guarda” il proprio paziente, anche se sdraiato dandogli le spalle. Senza questi “sguardi”, in qualche modo reciproci, è difficile avere e mantenere una relazione. Almeno lo è per me. Forse per chiunque.

Molti analisti, tra questi Paolo Migone (si veda [Migone](#) in questo stesso numero), ritengono che il tentativo di riprodurre il *setting* classico nell’online rappresenti un aspetto di rigidità e non riconoscimento dei bisogni e caratteristiche del paziente che incontriamo. Per apparente paradosso, quell’assetto appena descritto sembra più la realizzazione metaforica di una psicoanalisi “a-relazionale”.

Un altro elemento di riflessione è stato lo scambio verbale e l’uso della voce.

Nell'incontro in presenza, oltre alla voce vera e propria, abbiamo a disposizione respiri, sospiri, mugugni, vocalizzi monotoni. Possono esistere anche online, ovviamente. Qui però ho provato un disagio personale, una certa difficoltà nell'interrompere qualche paziente per inserire nel discorso le mie parole, che sembravano non avere spazio, non riuscire a prenderselo. In presenza, generalmente, un interlocutore si accorge se vogliamo dire qualcosa, se vogliamo di dire la nostra. Così si ferma, prova a mettersi in una posizione di ascolto. Al contrario, durante le sedute online ho dovuto spesso "imporre" la mia voce, sovrappormi a quella dei miei pazienti. solo così mi è stato possibile conquistare il microfono e parlare. Mi è sembrato di fare il prepotente, diventare antipatico e poco rispettoso. Ma era l'unico modo per poter dire la mia, per esistere nella seduta, per essere un terapeuta.

Infine, tra le tante novità, quella dell'inizio di ogni seduta. Privo di una stanza d'attesa, reale o virtuale, è stato necessario trovare un diverso modo di iniziare le sedute, per incontrarci. Così, in genere, ho concordato con i miei pazienti di avvisarmi quando loro sono pronti per il collegamento video ("Ci sono!"), in modo che li possa chiamare io, così come quando vado loro incontro in sala d'attesa. E non c'è seduta online che inizi senza un saluto sorridente, la verifica del buon funzionamento della connessione Internet, la domanda partecipata e sincera rispetto alle nostre reciproche condizioni di salute. Modalità che sarebbe una buona idea mantenere anche nelle sedute in presenza. Si può imparare anche dall'online, vero?

### **L'altra metà dello schermo**

Cosa possiamo chiedere ai nostri interlocutori al di là dello schermo?

Cosa ho chiesto io?

Dopo aver costruito la "nostra" stanza online, siamo pronti per accogliere l'altro.

Già, noi l'accogliamo, ma, come detto, nella stanza che abbiamo accuratamente preparato ci siamo solo noi. E in realtà saremo noi ad entrare nelle stanze altrui.

Ma quali stanze?

Qualcuno sostiene che si debbano chiedere ai pazienti una serie di condizioni. Ambiente *ad hoc* – evitando ad esempio lo stare a letto; riservatezza – nessuno presente, nessuno che origli; adeguati comportamenti – non mangiare e bere; abbigliamento congruo e così via. Non mancano certo i decaloghi o le raccomandazioni più o meno dettagliate. Basta navigare nel web.

Personalmente ho un tale rispetto delle necessità e condizioni individuali da avere ridotto le mie richieste, se possibile, solo a una buona connessione, una buona illuminazione del viso, e un'unica attività, quella di fare solo la seduta senza distrazioni o impegni concomitanti. Mi sono sempre informato, specie con gli adolescenti, rispetto alla collocazione spaziale di genitori, fratelli, nonni. Non sono convinto che sia una condizione indiscutibile da porre. A me non è mai successo di avere altri personaggi nella stanza online dei miei pazienti, ma so di giovani colleghi ai quali è capitato, più

e più volte, di avere “spettatori” nelle stanze online dei loro pazienti. In supervisione abbiamo cercato di considerare queste situazioni come condizioni da trattare, comprendere, interpretare se necessario. Un campo analitico direbbe qualcuno. Un ambiente. Una mente. Due o più in qualche caso. Personaggi reali del mondo interno.

In questa accettazione dello spazio così come ognuno lo predispone e/o utilizza, di conseguenza ho visto stanze altrui di ogni tipo e genere. Panchine del parco, automobili parcheggiate nei garage, sotto casa o nei centri commerciali, camere da letto, ripostigli, cabine armadio, bagni, cucine, salotti, alberghi, case di vacanza, marciapiedi. E ovviamente non sempre la stessa per ogni paziente.

Cosa ha rappresentato per i terapeuti questa irruzione nella stanza altrui? Quanto ci ha costretto a “guardare” nelle vite degli altri? Noi, in genere, così rispettosi e perfino timorosi di intrudere nel mondo altrui (familiari, lavori, interessi). Proprio noi che per professione e condizione relazionale arriviamo a sapere i dettagli più intimi e riservati dei nostri interlocutori. Come abbiamo gestito tale novità? Come l’ho fatto io?

Un esempio, tra i tanti.

*Camilla è una giovane donna, poco oltre i 30 anni, arrivata in terapia qualche mese prima della pandemia per una sofferenza acuta, la riaccensione di malesseri antichi, grandi fatiche relazionali e affettive, una insoddisfazione generalizzata, lo spavento per un insidioso pensiero con progetti suicidari. Vivace, simpatica, bella e intelligente, con un grande spirito di indipendenza, era quasi difficile realizzare quante cose, e quanto importanti, avesse fatto nella sua vita precedente. Innamorata della sua casa milanese, orgogliosa di possederla e averla sistemata secondo i propri gusti e necessità, con il lockdown, oltre ad interrompere le sedute in studio, entra in smart working e deve tornare nella casa familiare nella città di origine. Per motivi di privacy le sedute online si svolgono, ogni volta, da una diversa stanza, casa, luogo. Non posso fare a meno di notare questi cambiamenti, i diversi sfondi, i diversi – spesso bellissimi – oggetti che popolano gli ambienti. Realizzo rapidamente che fanno parte non solo della nostra relazione, ma soprattutto della sua mente, del suo mondo interno, in stretta connessione con quello esterno. Questo ci permette di far entrare nella stanza della terapia le complesse vicende di una sorta di romanzo familiare. Basta guardare dove è, notare, fare domande, stimolare racconti e riflessioni, per entrare nelle storie, conoscerle, approfondire. Passando quindi dalla nobile e benestante famiglia materna, ora decaduta, al lavoro paterno, che si impone nei luoghi delle sedute online, alle relazioni familiari che si esprimono attraverso le stanze più o meno abitate della casa. Fino ad abitare insieme la collocazione temporanea in un’altra città, altro passaggio esistenziale e affettivo fondamentale.*

*Un altro giorno ancora la sua stanza sembra molto diversa, ancora più diversa. Glielo dico. Sorride. “E’ la mia cameretta, quella della mia infanzia e adolescenza” - mi dice – “Ora possiamo dire che ha visto tutto della mia storia!”.*

*Ovviamente così non è stato e non sarà. Altri luoghi, altre stanze, altri dolori, hanno continuato ad accompagnarci in questo lungo anno online (con tre o quattro sedute in presenza a dir tanto). Ognuno, con diversi significati, osservati e pensati insieme. E so che altri ne verranno. Che avremmo perso, trascurato o non conosciuto se fossimo rimasti solo nella “stanza”, la mia, la nostra, quella dello studio, per quanto bella, pensata e curata.*

## **Il corpo assente?**

In questo lungo anno online gli psicoanalisti hanno scritto tantissimo, tenuto webinar, fatto interventi su *mailing list*, partecipato a dibattiti. Disquisito su presenze e assenze, riflettuto su distanze e mancanze. Sono sicuro che il tema più battuto è stato quello del rammarico per l'assenza del corpo. Confesso che mi ha stupito.

Mi sono spesso chiesto: ma fino a un anno fa quanti psicoanalisti parlavano o davano importanza alla corporeità, alla dimensione e presenza fisica dei loro pazienti, quanto ne parlavano con loro, quanto occupava davvero degli scambi verbali in seduta?

Ho l'impressione che l'argomento sia diventato uno stereotipo, uno dei tanti che siamo abilmente capaci di produrre.

Non voglio esagerare con i paradossi. Sono consapevole di quanto ci sia mancato lo sguardo sull'altro, specialmente l'interezza del corpo altrui, come si muove tra la sala d'attesa e lo studio, come occupa la stanza, e così via. Alla stessa stregua, se siamo pronti a cogliere le opportunità, davvero attenti alla corporeità dei nostri interlocutori, disposti a confrontarci con loro anche su questo piano, possono accadere sorprese.

*Giulia, nelle sedute in studio, ha sempre mostrato un suo lato gentile e riguardoso, formalmente ineccepibile. Elegante, composta, ben vestita, curata nella persona. Quando passiamo online noto dopo un po' qualcosa di strano, una sorta di mancato allineamento spaziale. Non so se imputarlo al computer, alla telecamera, alle diverse posizioni che assume. Un giorno, improvvisamente, trovo o capisco da un suo accenno una sorta di spiegazione. Lei è seduta per terra. Io mi sento altissimo. Mi sembra di vedere i film di Fantozzi, la poltrona di Fracchia, lui di fronte al “super mega illustrissimo direttore”. Giulia mi appare in soggezione, sottomessa, in uno stato di inferiorità. Provo ad accennare alle mie sensazioni. “Io sto benissimo così” ribatte, rivendicando una naturalezza posturale. Ci lavoriamo insieme. Praticante yoga, alla continua ricerca di libertà interiore, può finalmente sedersi così come le pare anche quando parla con me. Non c'è dubbio in proposito. Le rimando un apprezzamento in tal senso. Tuttavia non posso trascurare che questa posizione la pone facilmente in uno stato di inferiorità, cosa che corrisponde ad un sentimento di inadeguatezza che l'accompagna sia nel lavoro, sia nelle relazioni. È un passaggio e una consapevolezza importante nel nostro percorso. Così penso che se non fosse stata a “casa sua” non l'avrei mai vista così, seduta per terra. Mi chiedo cosa mi sarei perso e quando mai l'avrei saputo. Cogliere attimi e opportunità. Altra buona*

*idea.*

### **Annessi e connessi della stanza**

Non mi piace pensare all'esperienza online solo come confronto tra mancanze e opportunità. Torno però per un attimo al tema, controverso, della distanza e dell'assenza della corporeità. Come già detto in precedenza mi interessa maggiormente parlare della diversa stanza che abbiamo abitato e stiamo abitando.

Ogni seduta, in genere, è preceduta, e seguita, da un viaggio e un tempo più o meno lungo per farla. Sullo spostamento, una volta scelto il terapeuta e quanto distante sia lo studio, nessuno ha molti margini di manovra. Sul tempo – quanto arrivare prima e quanto concedersi poi – ognuno può decidere. Lo stesso vale per la sala d'attesa, vero luogo di decompressione o di permanenza per alcuni. Opportunità senza scelta.

Così come tutto ciò che sta intorno all'indirizzo fisico dello studio. Il bar che diventa abituale, il negozio dove acquistare qualche oggetto o vestito, l'eventuale portiere dello stabile con il quale scambiare due chiacchiere, il posteggiatore, l'edicolante, le panchine del parchetto, l'amico o amica da passare a salutare. Piccoli o grandi rituali, consuetudini e procedure. Rassicuranti o routinari. Comunque presenti.

Il tutto così simile a non-luoghi o meglio pre-luoghi.

Tutto cancellato, rinviato, cambiato.

Mentre stavo scrivendo questo articolo – riconosco la mia pregressa ignoranza sul tema – mi sono imbattuto nei cosiddetti “neuroni GPS”, la cui scoperta ha portato al Premio Nobel 2014 l'inglese-americano John O'Keefe e i coniugi norvegesi May-Britt ed Edvard Moser. Di quei neuroni, quelli posti nella corteccia entorinale permettono la comprensione della direzione che si prende. Mentre quelli collocati nell'ippocampo, ecco la grande scoperta, sono cellule localizzatrici, attive in modo unico per ogni ambiente e in grado di attivarsi quando gli animali da esperimento, ma anche gli esseri umani, si trovano in un certo luogo di una certa stanza. Quella stanza. Anche quella della terapia, quindi. Quella conosciuta.

### **Fatiche e distrazioni**

Inutile far finta di niente. La fatica è una delle sensazioni provate da un terapeuta. Meglio saperlo e riconoscerla, non solo per evitarla, ma per farci i conti con serenità e adeguatezza. Fa parte del gioco e del ruolo. Pochi ne parlano con franchezza.

Appena passati online, è diventata uno dei più comuni argomenti di conversazione e confronto tra colleghi. Quasi un mantra. Personalmente mi sentivo una mosca bianca, una voce fuori dal coro. Quasi imbarazzato nel dirlo. Lo confesso ora apertamente.

Forse in quei momenti il sentirmi fortunato per la salute ritrovata e per poter lavorare ha prevalso su fatiche e difficoltà. Forse le ho trasformate ancora in opportunità.

Chissà.

Invece riconosco che quando sono online faccio più fatica a mantenermi attento.

Da tempo, piuttosto che di attenzione, parlo di “distrazione liberamente fluttuante”. Mi sembra più onesto e corrispondente a ciò che ci accade.

Senza il paziente in studio, la mia stanza online ogni tanto vacilla. Non è solo una questione di finestrelle che ci restituiscono con un effetto specchio disarmante la nostra immagine affiancata in piccolo a quella dei nostri interlocutori. I nostri schermi si popolano di immagini, avvisi vari, suoni, telefonate, messaggi. In più nella stanza reale siamo soli. Nella solitudine è facile perdersi. Un grosso rischio per tutti.

Nella cura della mia stanza online ho così deciso di ridurre il più possibile ogni fonte di distrazione (già ci sono le consegne di *Amazon* o dei vari corrieri), cercando di ridimensionare ogni fattore di distrazione. Così le cose per me, e i miei pazienti, vanno decisamente meglio.

### **Viva il lockdown/abbasso il lockdown**

*Ruben è un uomo particolare, con una sua originalità nelle relazioni. Capace di farsi amare, come detestare. Un vero “bastian contrario”. La sua storia familiare lo giustifica, anche se non attenua le fatiche sue e di chi lo frequenta. Ma forse serve a spiegare perché nel primo lockdown fosse sereno, così tanto da provare, con molto imbarazzo, quasi piacere nel vedere che i dati della pandemia andavano peggiorando. Svolgeva con piacere le sedute online, contento di starsene chiuso nel suo piccolo regno inaccessibile ai più. Ha poi ripreso volentieri le sedute in studio.*

*Nel nuovo e ultimo – si spera – lockdown ha dichiarato con franchezza una palese difficoltà nel riprendere l’online, richiedendomi così un nuovo e ulteriore adattamento ai suoi pur legittimi bisogni, questa volta di orari e contesti.*

*Alla fine del lockdown, al ritorno in studio, si siede ed esclama: “Che bello essere qua, di nuovo!”.*

So che anche in futuro l’alternanza di sedute nei due diversi assetti e nelle due diverse stanze sarà una delle caratteristiche delle nostre terapie, forse l’unica condizione per poterle proseguire con efficacia.

Uno degli insegnamenti della pandemia è quello di farci essere ancora più in contatto con i complessi e oscillanti bisogni dei nostri pazienti e con la nostra capacità di tradurli nei modi possibili e adeguati di saperli cogliere e rispettare.

### **Solo online.**

*Daniele, è un italiano che vive in Giappone per ragioni professionali e familiari. Ha 41 anni, e ha deciso, complice anche il lockdown, di iniziare una terapia per affrontare alcune difficoltà personali. Vuole farlo nella sua lingua madre. Il 27 luglio 2020, dietro sua richiesta, abbiamo il nostro primo appuntamento su Skype. Da allora ci siamo incontrati regolarmente con cadenza settimanale, io dalle mie*



*stanze (principalmente lo studio), lui sempre dalla sua. Che è stata frequentemente oggetto di osservazioni, considerazioni, cambiamenti, spostamenti, modifiche, riparazioni, aggiunte. Come se davvero rappresentasse un luogo al quale dovevamo prestare una grande e sofisticata attenzione. Una stanza che, soprattutto, ha trovato un nuovo ordine e una nuova armonia. La stessa che progressivamente e abbastanza rapidamente si è fatta strada nella mente di Daniele. Con una soddisfazione reciproca che ci ha portato a considerare concluso il nostro percorso il 15 aprile 2021. “Mi raccomando, può sempre chiamarmi”, ho detto io. “Certamente - ha risposto lui – ma soprattutto le prometto che appena potrò venire in Italia, la verrò a trovare nella sua Stanza”. Potenza dell’online?*

### **Raggiungere i pazienti là dove stanno**

Non tutti i miei pazienti pre-pandemia hanno accettato di continuare le sedute online. Alcuni non sono più tornati. Altri, nuovi e solo online, ci sono arrivati. Dovremo riflettere su questo fenomeno, già lo stiamo facendo. Continueremo a farlo, per forza.

La nostra stanza online è solo un'opportunità in più, come le stanze per incontrare in terapia i bambini o quelle, spesso fantasticate, per i pre-adolescenti. L'importante, più che altro, è essere capaci di avere nella nostra mente la stanza per noi e i nostri pazienti.

Nel 1996 G. C. Zapparoli, uno dei miei maestri con Tommaso Senise, scriveva queste parole per ricordarlo dopo la sua scomparsa:

*Chiunque abbia avuto un'esperienza di insegnamento conosce bene le difficoltà di rispondere in modo equilibrato a due esigenze ugualmente essenziali, quella di garantire una formazione professionale fondata sull'esistenza di un corpus teorico e tecnico di provato valore e quella di incoraggiare la libertà necessaria per una produzione creativa. Ma spesso questo non è possibile, in quanto i processi di cambiamento sono temuti come minaccia al potere costituito e ciò porta a non saper discriminare tra sterili processi di ribellione e processi dinamici di effettivo progresso di indipendenza.*

Poi a voce ricordava che i due, amici di vecchia data, avevano fatto spesso la fantasia di mascherarsi da “ragazzi” per poter incontrare gli adolescenti, età di interesse per entrambi, là dove stavano. Scuola, discoteca, piazza, parchetto o cameretta che fosse.

In fin dei conti una seduta online è molto più facile da organizzare e ha realizzato questo vecchio sogno. Non solo con gli adolescenti. Molti altri ci sono entrati.

La nostra stanza online è andata un po' dovunque. Noi con lei e dentro di lei.

### **Nota**

I pazienti citati sono stati resi anonimi e, dopo averlo letto, hanno acconsentito all'uso del materiale clinico che li riguarda.

## **Bibliografia**

Goisis, P. R. (2021). *Nella stanza dei sogni. Un analista e i suoi pazienti*. Brescia: Enrico Damiani.

Zapparoli G. C. (1996). Necrologio. *Rivista di Psicoanalisi*, anno XLII, n. 3, luglio-settembre 1996; pagg. 533/536.

## **Psichiatria a distanza. Aspetti clinici e deontologici**

[Cristina Carra](#)

### **Abstract**

Nell'articolo si racconta il cambiamento generale avvenuto in Medicina nell'ultimo anno, a seguito della Pandemia da Sars-Cov-2.

In particolare lo svolgimento della cura psichiatrica ambulatoriale, pubblica e privata, ha visto l'avvio sistematizzato delle visite online. Vantaggi e svantaggi sono aspetti da considerare per il futuro, quando incontrare un paziente a distanza sarà una scelta e non più una necessità imposta dal preservare la sicurezza del paziente e del terapeuta.

### **Parole chiave**

Cambiamento, elasticità, vantaggi, svantaggi, futuro.

### **Marzo-Aprile 2020: inizia la inattesa pandemia**

*“Buongiorno dottoressa, sono la figlia del signor XY, se lo ricorda?”*

*“Buongiorno, sì certo, come sta il papà?”*

*“Grazie, sta molto bene...infatti non la chiamo per lui, ma per mio marito. Non riesce a dormire da giorni e vorrei portarlo da lei”.*

Questa conversazione telefonica si svolgeva a metà marzo del 2020. Due settimane prima mi ero ammalata di Covid-19, per fortuna non in maniera grave, ma la confusione del momento nell'Azienda Territoriale Sanitaria Milanese e l'impreparazione generale a fare diagnosi sicure e tamponi a chi non era stato ospedalizzato, non mi permettevano di reputarmi infetta e/o guarita e soprattutto non contagiosa. I sintomi che avevo avuto erano inequivocabili, ma senza un tampone negativo o un esame sierologico che attestasse la presenza di IgG e non più di IgM, mi trovavo in quel limbo caratterizzato da molte incertezze. Non mi azzardavo ancora ad uscire di casa, figuriamoci a vedere dei pazienti.

In quel momento i malati di Covid erano pochi, la malattia ancora ampiamente sconosciuta e le cure ancora più incerte, ci si sentiva tra i pochi ad avere contratto il virus. Leggere i numeri oggi, soprattutto considerando quante persone conosciute hanno avuto questa infezione, fa effetto. A marzo 2020, essere infetto era ancora un evento raro, ci si trovava nel primo *lockdown* totale. Non dovetti giustificare alla Signora il mio rifiuto a una visita di persona, né dirle che ero stata ammalata o che forse lo ero ancora. Ho proposto di vedere il compagno con un video-incontro, ma probabilmente la mia scarsa decisione nella proposta ha fatto percepire alla mia interlocutrice che non fosse il caso. Di fronte al suo rifiuto, le ho detto di richiamare

più avanti, cosa che poi ha fatto.

In quelle due/tre settimane a cavallo tra febbraio e marzo 2020 il telefono di lavoro era stranamente più silenzioso del solito, ricalcando il silenzio della città. Tutto fermo, tutto ovattato. Questa e altre richieste, trascorso il primo periodo di annichilimento generale, cominciavano ad arrivare e mi hanno spinto a sottopormi a tutti i costi a un esame sierologico. Volevo riprendere a vedere i pazienti, se ce ne fosse stato bisogno. Sabato mattina, vigilia di Pasqua, con l'auto, da sola, sono andata in un paesino al confine con il Piemonte, Robbio: in una palestra era stato allestito un presidio medico per testare il siero con metodo quantitativo di chi si fosse presentato. Erano presenti televisioni e *reporter*, perché l'evento era su tutti i giornali, in quanto il Sindaco di Robbio aveva disatteso i diktat della Regione Lombardia.

La mia urgenza di sapere con certezza se avevo avuto il Covid-19, se avevo azzerato le IgM e se avevo anticorpi IgG per poter riprendere la mia vita, anche quella professionale, mi ha fatto passare numerosi posti di blocco e multipli controlli lungo il tragitto in auto. Sulla autocertificazione avevo scritto "Necessità di eseguire esame clinico a Robbio, utile per motivi personali e professionali". Soste ai posti di blocco, Carabinieri sempre gentili, magari un po' lenti nel controllo dei documenti, ma alla fine nessuna contravvenzione.

Il risultato del *test* è arrivato dopo quasi tre settimane: la mia provetta era stata mandata a Napoli in un rinomato centro di analisi cliniche, perché la Lombardia non dava assenso alla esecuzione dei test sierologici e i laboratori delle Regioni limitrofe erano intasati.

In quelle tre settimane, quindi, gioco forza ho lavorato in video-incontri con pazienti in psicoterapia, quei pazienti fissi della mia agenda con i quali ho un appuntamento mono- o bi-settimanale e coi quali la farmacoterapia al massimo si affianca o rimane da sfondo per un certo periodo del trattamento. Ho lavorato anche per nuove consultazioni psicologiche, rendendomi conto che il lavoro funzionava bene, anzi benissimo, anche con i nuovi pazienti.

Condivido due brevi vignette di primo "soccorso" psicologico di quel primo periodo.

*Un giovane uomo divorziato, lasciato sui due piedi dalla compagna proprio all'inizio del lockdown, quando lui si illudeva di consolidare quel rapporto. Si ritrovava inaspettatamente, solo e lontano dalla figlia (fuori città con la madre), a svolgere a casa il lavoro, senza prospettive per il futuro: qualche colloquio gli ha chiarito che quello che era successo era anche dovuto alle sue ambivalenze verso lo sbilanciarsi in una relazione piena e senza "se e ma", a fargli accettare con più realismo la situazione, portandolo a sentirsi parte attiva di quello che lui aveva percepito solo come un abbandono.*

*Una donna, madre di tre figli e con un matrimonio apparentemente solido, ha chiesto dei colloqui perché innamorata da pochi mesi di un altro uomo, relazione senza futuro viste le prerogative di questa nuova persona (molto più giovane,*

*disoccupata, con dei trascorsi a lei non chiari), ma che la stava portando alla decisione di abbandonare la famiglia. Aveva bisogno di condividere quello che le stava succedendo, confusa e frastornata, e ripercorrere ad alta voce alcuni episodi del passato familiare, da ricollegare a quanto le stava capitando oggi.*

Con i miei pazienti farmacologici temporeggiavo, facevamo qualche telefonata di supporto e qualche scambio di e-mail, ma nel complesso ero stupita dalle scarse richieste rispetto al solito. Stare obbligatoriamente chiusi in casa aveva abbassato il livello di ansia dei pazienti, oppure la paura del coronavirus, condivisa con tutti gli altri, si anteponeva ad altri disturbi o malattie. Riflettevo tra me e me, stupita dalle poche chiamate sul telefono professionale, al punto da formulare ipotesi differenti: quando il nemico è esterno, quello interno diventa meno minaccioso? Oppure mi chiedevo: se tutti abbiamo un nemico comune, chi generalmente si sente diverso dagli altri sta meglio?

A quei pochi che mi chiamavano durante il primo *lockdown* in marzo e aprile 2020 e chiedevano una visita psichiatrica, rispondevo: “Ora non posso vederla in presenza, ma richiamerò appena sarà possibile farlo”. Avevo iniziato a stilare un elenco di nomi, numero di telefono e generica motivazione.

Quando ho ricevuto l’esito del test sierologico a metà aprile (IgM assenti e IgG molto, molto elevate) ha tirato un sospiro di sollievo e mi sono detta: ora posso uscire di casa e posso lavorare in sicurezza.

Sicurezza? Ma di che sicurezza si parlava?

Di fronte alla evidenza di non essere più contagiosa per gli altri, erano iniziati i dubbi sulla effettiva immunità, sulla durata della stessa, sul fatto che il virus potesse mantenersi negli ambienti a lungo, sul fatto che le suole delle scarpe potessero essere motivo di infezione. Così, se da un lato mi sentivo tranquilla per la certezza di avere superato la malattia, dall’altro non potevo garantire ai miei pazienti la sicurezza se nello studio fossero venute più persone.

Sono diventata più decisa con chi mi chiedeva una visita di controllo psichiatrica o anche con nuovi pazienti che volevano essere ricevuti: quasi tutti hanno accettato la visita con videochiamata.

Non l’ha accettata il compagno della signora di cui ho riferito sopra, ha richiesto di venire di persona, la sua richiesta è stata accolta: ho fatto bene, perché stava davvero molto male. Un rischio suicidario era aleggiante.

Nel frattempo la mia testa e le mie azioni lavoravano nel trovare soluzioni a garanzia dello svolgimento del mio lavoro.

Da un lato soluzioni di tipo meramente pratico e organizzativo: avere più piattaforme con le quali collegarmi coi pazienti per le visite on-line perché non tutti sono allo stesso modo capaci tecnologicamente (quindi WhatsApp video, Skype, Zoom, Google Meet). Ho immaginato di preparare lo studio ad accogliere di persona i pazienti, quelli a cui dovevo fare anche ricette, prescrizioni di esami, certificati e via dicendo. Tutte cose

che non mi prefiguravo di poter fare con video-incontri.

Quindi ho ordinato un para-fiato in *plexiglass* da mettere sulla scrivania, poi sostituito dopo qualche giorno di utilizzo con uno di maggiori dimensioni. Ho preparato un distributore automatico di copri-scarpe monouso, ho ordinato una colonnina con il gel per le mani da mettere sul pianerottolo, il misuratore della temperatura, antivirus *spray* e colonna *Dyson* per la purificazione dell'aria, prodotti disinfettanti per superfici, visiere trasparenti, guanti monouso sterili, mascherine chirurgiche e anche FFP2: un lungo elenco, a testimoniare quanto grande fosse la preoccupazione.

Pensare poi a quali domande fosse opportuno e giusto fare prima di ricevere le persone. Ero stata da un dermatologo proprio in quel periodo e mi aveva fatto compilare un modulo con decine di domande, prima di essere ammessa nel suo studio. Era giusto e utile farle? Mi chiedevo se non fosse troppo invadente per la *privacy* dei pazienti e se fosse davvero utile o meno avere la dichiarazione dei loro contatti con persone infette. Chi poteva davvero garantire di non essere infetto? Se ci pensiamo oggi, era proprio inutile, nessuno poteva garantire nulla.

Il mio elenco delle persone da vedere per visite psichiatriche si allungava ed io ero molto attenta nell'osservare quello che facevano colleghi di altre specialità. Per lo più gli studi medici privati erano chiusi, qualcuno invece lavorava come se nulla fosse. Tra i dentisti molti studi erano chiusi, in attesa di apparecchiature che disinfettassero l'ambiente per renderlo sterile. Qualcuno lavorava solo per urgenze. Molti colleghi si sono ammalati.

I Medici di Base, reperibili solo per telefono, mandavano le prescrizioni di farmaci per via telematica con *password*. È stata l'unica soluzione per facilitare lo svolgimento del servizio di Medicina Generale durante la pandemia. Questa soluzione è stata poi migliorata con la trasmissione diretta al farmacista della prescrizione tramite il Fascicolo Sanitario: bastava la presentazione della Tessera Sanitaria per ottenere i farmaci. Abolito il cartaceo, che si pensava pericoloso per la trasmissione del virus.

Fino a pochi mesi prima, era permesso ai medici di rilasciare prescrizioni e certificati solo per i pazienti visti in presenza; non potevamo rilasciare ricette mediche e certificati via mail per motivi di *privacy* (la posta elettronica tuttora non è considerata sicura). Tutto andava consegnato a mano al diretto interessato.

Nel periodo marzo-aprile 2020 il Medico di Base ha fatto prescrizioni telematiche a un mio familiare, senza averlo mai visto prima di persona. Impensabile che succedesse prima.

Mi rendevo conto che stavano cambiando velocemente molte cose, dunque bisognava stare al passo per poter svolgere il servizio di assistenza ai pazienti e non si poteva indugiare.

Nel passato non avevo sentito la necessità di effettuare stabilmente visite a distanza nella mia pratica psichiatrica, in quanto, come ho detto sopra, se necessario gestivo con telefonate i contatti necessari, purché di pazienti a me già noti. Mi era capitato di

seguire negli anni scorsi alcuni pazienti residenti all'estero, i quali facilmente venivano poi in Italia durante le vacanze e chiedevano un incontro dal vivo in quel periodo. Ma si potevano contare sulle dita di una mano. Ad esempio fui contattata nel 2015 da un *manager* di alto livello, italiano residente in Svizzera, dipendente di una grande multinazionale americana: soffriva di attacchi di panico da quando aveva intravisto la possibilità di essere estromesso dal suo gruppo. Viaggiava per tutto il mondo per circa 25 giorni al mese. Con lui negli anni ho fatto delle visite online e ricordo che erano avvenute quasi tutte mentre lui si trovava nelle *lounges* dei più disparati aeroporti. Rimasi stupita quando la sua compagnia di assicurazione americana mi contattò (ricevevo chiamate con prefisso 001 ogni notte e non capivo chi potesse essere) per chiedere che specificassi sulle fatture rilasciate se le visite erano avvenute in presenza o online. Ho dunque capito che negli USA il rimborso assicurativo poteva variare e che la prassi online aveva dei rimborsi diversi, e che dunque oltreoceano la telemedicina fosse consolidata.

### **Precedenti ed attuali *setting* di connettività**

Alcuni di noi mantengono contatti di svariato genere con i pazienti. SMS, mail, WhatsApp e via dicendo sono gradualmente diventati dei *setting* di connettività che ciascuno gestisce come meglio può. Li utilizziamo per dare appuntamenti, per ricevere aggiornamenti sulla terapia e per altre richieste di vario tipo, sia da parte dei pazienti, sia da parte dei curanti.

Ho iniziato a lavorare ben prima dell'avvento dei cellulari: i pazienti mi telefonavano in orari prestabiliti (la mattina presto) ad un numero fisso e questo era l'unico modo per tenersi in contatto. Poi è arrivata la segreteria telefonica esterna al telefono. Quindi la sera si sentivano le telefonate giunte durante la giornata e si selezionavano quelle urgenti da richiamare.

Con l'arrivo del cellulare, tutto il sistema si è gradualmente modificato, con lentezza iniziale e con una accelerazione massima negli ultimi dieci/venti anni.

Si è modificato il modo di percepire i nuovi strumenti di comunicazione che si sono avvicinati. All'inizio era poco cortese farsi chiamare sul cellulare (per i costi elevati), ora è poco cortese chiamare sul numero fisso, per chi ancora ne dispone ("magari disturbo, almeno sul cellulare sa chi chiama e se non può non risponde"). In questi ultimi anni abbiamo operato un cambiamento assai imponente in termini di comunicazione e di conseguenza anche il *setting* terapeutico si è adeguato. Possiamo dire che il *setting* con i pazienti va ricostruito ogni volta che lo strumento di comunicazione cambia.

In campo psichiatrico, le mail sono da anni utili ai pazienti per inviare la loro anamnesi, per presentarsi mandando informazioni preliminari e spesso anche per aggiornamenti o esami clinici. Personalmente, ho sempre e solo utilizzato le mail per comunicazioni attinenti ad appuntamenti o al ricevimento di esami diagnostici come litiemia, esami ematochimici e elettrocardiogramma, ma ho sempre evitato gli aggiornamenti clinici,

ritenendo preferibile sentire la persona al telefono. Se mi scrivevano, rispondevo: “Ricevuto, grazie. Ne parliamo a voce”. Posso cogliere dalla voce segnali clinici che con lo scritto non mi giungono. Soprattutto con i pazienti a me noti, spesso basta sentire la loro voce al telefono per capire se sono euforici, depressi, in un blocco ossessivo o in preda ad ansia panica. Attraverso il telefono posso capire se è necessario suggerire una visita, oppure fare un piccolo aggiustamento farmacologico a distanza o anche solo dare una rassicurazione. Sarebbe difficile chiedere via mail a una persona se ha “brutti” pensieri (cioè pensieri suicidari), mentre nel corso di una telefonata si può anche fare questa domanda, se vi è la certezza che il paziente si sia sentito accolto e capito e che quindi possa rispondere in maniera diretta e sincera.

### **Clinica e specificità del lavoro farmacologico con incontri video**

La differenza tra il lavoro di psichiatra e quello di psicoterapeuta spesso consiste nel vedere le persone alcune volte, anche un'unica volta se non vi è indicazione alla prescrizione di farmaci o se non si fanno più sentire dopo la prima visita. In pratica, è quello che succede quando andiamo dal dermatologo, dal cardiologo, dall'oculista o da un altro specialista: possiamo tornarci quando ne abbiamo bisogno, possiamo decidere di accettare il consiglio di visite annuali o semestrali, oppure possiamo decidere che da questo o quel professionista non andremo mai più. In alcuni casi si stabilisce una relazione abbastanza lunga, ma comunque discontinua. Quando la persona ha bisogno di una terapia farmacologica per tempi lunghi, ogni tanto si sottopone a un controllo. In questi casi, si stabilisce con il paziente una relazione vera e propria, diversa da caso a caso. Ad esempio, seguo una paziente con diagnosi di schizofrenia paranoidea dal 1981, incontrandola circa tre o quattro volte ogni anno. Ex insegnante, ha ora 75 anni, con problemi fisici, oltre che psichici. “Lei mi ha salvato la vita” mi dice ogni tanto, facendomi capire che non potrà mai lasciarmi come suo psichiatra di riferimento.

L'avvio delle visite psichiatriche con video-incontri durante il *lockdown* è stato un momento emozionante e molto vivo. Avevamo tutti bisogno di vicinanza, di scambi, di semplice comunicazione umana e dunque l'intensità degli incontri era massima, maggiore di quanto non fosse stata in precedenza, neppure dal vivo.

*Un mio giovane e intelligente paziente con un disturbo di personalità e una depressione ricorrente che si manifesta quando gli aspetti lavorativi non lo soddisfano, mi ha cercata perché sentiva di entrare in depressione. Il lavoro a distanza non gli permetteva di capire subito se il suo capo era soddisfatto del suo operato e questo lo faceva sentire in bilico. È un giovane adulto che vedo da qualche anno saltuariamente per i farmaci e che è seguito in psicoterapia da uno stimato collega. Quasi al termine dell'incontro, si è fermato un attimo e mi ha chiesto se stavo bene (fatto assolutamente non usuale) e se per caso mi fossi ammalata io o qualcuno dei miei famigliari. Dopo una brevissima frazione di tempo, durante la quale dovevo decidere cosa fare, ho colto l'occasione di questa sua inaspettata presenza e autenticità per rispondergli sinceramente e*



*raccontargli gli accaduti, seppur con un accenno, riguardo le mie traversie legate al Coronavirus. È stato uno scambio di ruolo, utilissimo, terapeutico per entrambi. Questo evento, riferito dal paziente allo psicoterapeuta dopo pochi giorni, gli ha permesso di umanizzare la mia figura di psichiatra, da lui sempre sentita in modo ambivalente, e di migliorare la fiducia nella mia funzione di supporto e la compliance verso la terapia farmacologica.*

La diversità tra uno psichiatra e un internista è che mentre quest'ultimo valuta esami clinici, radiologici e altro al computer e poi comunica al paziente la diagnosi e l'eventuale terapia, per lo psichiatra la dimensione relazionale è indispensabile per la diagnosi. La telemedicina è utilizzata da molti anni sia per la clinica, sia per la formazione degli operatori, sia per coordinamento tra diversi specialisti.

Il problema dei video-incontri in campo psichiatrico si pone con alcune categorie diagnostiche. I pazienti psicotici non compensati possono sentire la situazione come troppo distante e talvolta non sicura, oppure percepire troppo lungo il tempo di connessione causa il loro fugace e intermittente contatto con la realtà. In questi casi, si può fare il monitoraggio farmacologico solo a pazienti già in cura e con terapia avviata, altrimenti è necessaria la visita in presenza. La patologia psicotica, oggi come oggi, è presa in carico quasi solo nei Servizi Territoriali: gli ambulatori dei CPS si sono già organizzati per controlli a distanza con videochiamate.

Nei depressi gravi al primo esordio è altrettanto difficile avviare una relazione terapeutica a distanza, anche solo per la farmacoterapia: talvolta hanno bisogno della presenza di un familiare al loro fianco, quasi un accompagnamento alla cura o di qualcuno che li costringa a curarsi e che fisicamente li porti dal medico, altrimenti si lascerebbero andare alla chiusura su tutti i fronti. In video è difficile utilizzare arti comunicative idonee a stabilire una relazione con persone che si trovano in uno stato di malattia depressiva grave, arroccati nel delirio di perdita o di miseria.

Le dipendenze spesso sono mascherate da altri sintomi: l'insonnia, i disturbi di alimentazione, il disturbo dell'umore, l'ansia. Il paziente dipendente è spesso reticente e racconta del vero problema solo dopo del tempo, spesso anche dopo diversi incontri. Il fatto di vederlo in video funziona se egli è deciso ad affrontare il suo problema, ma se è incerto o pauroso di affrontarlo diventa arduo metterlo davanti a segnali fisici inequivocabili che manda, portandolo a dover dire quale ne sia la vera causa. La videochiamata può permettere a queste persone di sentirsi meno giudicati che non dal vivo e di essere più diretti nell'espone il problema, ma può anche essere meno efficace nel focalizzare una diagnosi attraverso la collaborazione e la fiducia del paziente.

La visita online è praticabile con buoni risultati per i disturbi d'ansia, le patologie fobiche e ossessive, i disturbi del sonno, le depressioni senza sintomi psicotici e i disturbi somatoformi (che rappresentano la stragrande maggioranza di patologie alla base di visite da un medico psichiatra privato).

Mi sono resa conto che i tempi di lavoro nei video-incontri non si accorciano, anzi si allungano. Per tenere un maggiore contatto col paziente, cerco di appuntarmi a penna

solo l'indispensabile, quindi terminato l'incontro devo compilare la scheda nei dettagli sul computer. Dopo l'incontro mi trovo anche con un altro lavoro da svolgere: compilare la ricetta medica, fotografarla e inviarla con WhatsApp al paziente. Raccomando di mostrarla al farmacista, il/la quale nella maggior parte dei casi la accetta come fosse cartacea. Aggiungo: "Se non la accettano, vada nella farmacia successiva". I pazienti sorridono e poi mi informano che è tutto a posto, hanno ricevuto i farmaci, magari dopo essere stati in un paio di farmacie. In molti casi, preparo anche la spedizione tramite posta o il ritiro a mano presso il mio studio in orario predefinito e senza necessariamente incontrarci di persona.

Spesso sono richiesti certificati di astensione dal lavoro, per assicurazioni e rimborsi, per diagnosi utili a livello lavorativo o scolastico: solo dopo un video-incontro, propongo il ritiro a mano del certificato nel mio studio su appuntamento, senza incontrarci (porta con apertura a distanza e ritiro della busta sulla mensola all'ingresso).

### **Vantaggi e svantaggi della visita tramite videochiamata**

Per l'Organizzazione Mondiale della Sanità, con Telemedicina si indica

*l'erogazione di servizi di cura e assistenza, in situazioni in cui la distanza è un fattore critico, da parte di qualsiasi operatore sanitario attraverso l'impiego delle tecnologie informatiche e della comunicazione per lo scambio di informazioni utili alla diagnosi, al trattamento e alla prevenzione di malattie e traumi, alla ricerca e alla valutazione e per la formazione continua del personale sanitario, nell'interesse della salute dell'individuo e della comunità.*

Nell'ultimo anno, per i noti problemi legati al Covid, la pratica della videochiamata in medicina è diventata più usuale e strutturata. Si è avuta una sorta di accelerazione di un processo che comunque, come visto poco sopra, era già avviato e che, con più lentezza, avrebbe preso piede.

Oggi, visitando i siti di alcuni ospedali milanesi pubblici o convenzionati, si legge che hanno aggiunto l'opzione della visita online tra le offerte al pubblico, ad esempio l'Istituto Neurologico Besta a Milano e l'Istituto dei Tumori, strutture che grazie alla piattaforma di produttività Microsoft 365 e Teams, hanno attivato un nuovo sistema di visite virtuali che consente l'interazione audio-video e lo scambio di documenti clinici in tempo reale e in sicurezza.

Molti centri ambulatoriali privati offrono visite online di alcune specialità tra le possibili scelte. Per non parlare dei siti dei medici privati, che hanno aggiunto la dizione videochiamata nelle varie possibilità di visita. Pur tenendo presente che alcuni medici devono visitare il paziente (l'oculista, per esempio), in molte specialità la visita online si è sostituita all'esame clinico grazie a esami strumentali molto raffinati a disposizione (lo pneumologo fa una diagnosi di polmonite grazie a una ecografia e/o una Tac, anche senza auscultare il paziente): queste esemplificazioni potrebbero essere molto numerose.

Per riassumere elenco i vantaggi della visita online che ho riscontrato nella pratica psichiatrica:

- protegge noi e i nostri interlocutori dal rischio di esposizione al virus: tante persone si preoccupano per sé stessi, altre persone assolutamente non lo fanno o non hanno una giusta percezione del rischio e della giusta prudenza (fobici, persone con stile evitante, personalità onnipotenti);
- permette la continuità terapeutica quando ci sono distanze fisiche o necessità di mantenerle forzatamente come ora a causa della pandemia da coronavirus;
- fa risparmiare il tempo dello spostamento ai pazienti e non li espone alla necessità di utilizzare i mezzi pubblici quando necessario (nei fobici gravi è un vantaggio iniziale non da poco, negli ossessivi controllanti talvolta sortisce un sollievo per minore esposizione ai contatti non graditi nell'ambiente, alle volte gli attacchi di panico sono maggiormente sotto controllo stando in casa);
- permette al terapeuta/medico di entrare nell'ambiente di famiglia e spesso nella casa o ufficio del paziente. Molti pazienti mi hanno presentato con piacere i figli, la moglie ("Dottoressa questa è Carola, mia moglie", ha esclamato orgoglioso un mio paziente) o il marito. Mi hanno descritto dove si trovavano ("Sono nello studio che era di mio nonno", mi ha detto un giovane ragazzo, e così mi ha raccontato della azienda di famiglia). Ho notato che alcuni pazienti hanno condiviso con me fatti o vissuti molto intimi, mai detti prima, proprio vedendoli a distanza. E mi sono chiesta il perché, concludendo che talvolta la mancanza di presenza fisica del medico/terapeuta li fa sentire più liberi da giudizio e da condizionamenti. (pazienti caratterizzati da timidezza/inibizione e insicurezza);
- il paziente supera più facilmente lo stigma di dover ricorrere allo psichiatra, non si vergogna di trovarsi nella sua sala d'attesa, non teme di incontrare qualcuno che conosce (persone con le dipendenze o persone che hanno una socialità molto ampia per lavoro o per appartenenza familiare temono molto di essere "visti" mentre sono dallo psichiatra);
- la prescrizione farmacologica inviata dopo l'incontro, quando il collegamento video è finito, lascia al curante il tempo per ripensare alla terapia, rivedere talvolta il dosaggio dei farmaci a mente più lucida o trovare le modalità e orari di assunzione più idonee.
- meno disdette e meno richieste di cambiamento di appuntamento da parte dei pazienti, in quanto si hanno meno imprevisti e è più facile organizzare il tempo senza lo spostamento, altra ipotesi è che le ambivalenze siano meno intense a distanza.

Qui di seguito elenco gli svantaggi della videochiamata:

- la inabilità tecnica di alcune persone impedisce che l'incontro avvenga a distanza, ma talvolta è utilizzata come scusa per forzare il medico a riceverli di persona (personalità diffidenti/coté paranoideo).
- spesso i pazienti non hanno un luogo sufficientemente riservato a casa per parlare con

scioltezza con il curante. Ancora più delicata la modalità video se si parla di farmaci: non è infrequente che i familiari non siano informati della assunzione di farmaci. In questi mesi ho visto pazienti seduti nella loro auto, chiusi nel bagno di casa, oppure seduti sulle panchine del giardinetto davanti a casa per poter avere la loro *privacy* durante l'incontro. Ho risolto alcune situazioni di impossibilità di colloquio a distanza mettendo a disposizione la mia sala d'attesa, dalla quale il/la paziente mi parlano tramite il telefono in videochiamata, mentre io sono nella stanza accanto, connessa con il mio computer;

- la sala d'attesa, ma anche il tragitto per raggiungere lo studio medico/psicologico sono degli spazi di decantazione, permettono il salutare distacco temporaneo dalla realtà pratica e migliorano il benessere del paziente durante l'incontro. Alcune persone si lamentano di chiudere una *call* di lavoro e subito dopo doversi connettere con me, sentendo una mancanza di intervallo mentale e fisico tra situazioni così diverse. In certi casi è troppo forte lo stacco tra la condizione di "dover essere normali" e il potersi manifestare per quello che si è e si prova, come davanti a uno psichiatra;

- vi è la mancanza di sensorialità e la perdita della visione della persona fisica nel suo insieme, probabilmente da entrambe le parti. Quando ho potuto vedere alcuni nuovi pazienti almeno una volta dal vivo, ho scoperto che erano molto diversi da come li percepivo solamente in video. Una donna, affetta da una malattia autoimmune grave e cronica, con un disturbo dell'adattamento per la patologia cronica e depressa per la perdita inaspettata del lavoro, mi era sembrata in video con una fisicità raggomitolata su sé e poco definita, mentre di persona si è presentata una donna alta e slanciata, quasi un granatiere. Una giovane donna molto problematica per vissuti familiari di trascuratezza, mi ha parlato del suo sintomo di alopecia solo dopo più visite, in video non me ne potevo accorgere. Sono abituata ad abbinare mentalmente la forma fisica dei pazienti ai loro tratti di personalità, vedendo come camminano, come danno la mano, alcuni cenni dello sguardo (che il video non sempre mostra), come si atteggiano sulla sedia (quelli ansiosi, mai si appoggiano allo schienale, e quando lo fanno è un ottimo segno). Immagino che anche per i pazienti siano importanti le nostre caratteristiche fisiche e soprattutto cogliere il nostro sguardo dal vivo, sebbene online non si tenga la mascherina ed il volto sia nel complesso più fruibile;

- le limitazioni tecniche date dalla distanza sono numerose. Accenno ai disturbi di rete, alla perdita di connessione, alle interferenze di suoni dei computer o dei cellulari, ma soprattutto al fatto che a distanza alcune tecniche non possono essere utilizzate (EMDR, e altre tecniche di rilassamento e respirazione, che possono dare un sollievo immediato al paziente);

- dal lato del curante, maggiore tempo da dedicare alla singola visita;

- infine, tema spinoso, chiunque può registrare gli incontri online all'insaputa dell'altro e farne un uso non adeguato.

## Considerazioni generali conclusive

Vorrei trasmettere ancora qualche pensiero riguardo gli ultimi dieci mesi di lavoro, fase che ovviamente si intreccia anche con il periodo di vita. Infatti mai come in questo periodo i due piani si sono interfacciati.

Cosa significa fare il medico psichiatra farmacologo? Non certo dispensare solo farmaci, ma piuttosto avere uno strumento terapeutico in più in un campo relazionale molto attivo e imprescindibile di tipo psicoterapeutico. Che si tratti di una visita *una tantum* o di un paziente che si vede spesso o con regolarità, ciò non modifica il fatto che la relazione di quel momento con quella singola persona deve dare un risultato terapeutico e il farmaco può inserirsi in questo campo relazionale, se necessario.

Lavorare è stato per me un grande aiuto da marzo 2020 ad oggi. Mi ha permesso di sentirmi viva e utile, mi ha tenuta occupata anche senza muovermi da casa per lunghi periodi. La mia specifica attività mi ha permesso di conoscere come stessero gli altri, anche a distanza, che tipo di percezione avessero della situazione legata al virus, che tipo di ripercussioni le diverse persone potessero avere. Mi sono sentita fortunata di poter svolgere questo specifico lavoro di assistenza e cura, ma nello stesso tempo il lavoro ha permesso a me di curarmi e di equilibrarmi. Avere dei video-incontri ha imposto orari, cura della persona e tenuta emotiva. Avere lavoro e mantenerlo mi ha aiutato a relativizzare la situazione, a dimenticarmi della paura per alcune ore al giorno e ritrovarmi a sera senza avere troppo sofferto per la reclusione in casa.

Da un lato sono grata ai miei pazienti che mi hanno fatta sentire viva e utile a loro, e loro sono stati grati a me per aver garantito una presenza e una continuità anche in momenti di isolamento quasi totale. Abbiamo aggiunto una esperienza comune che ci lega, esperienza loro ma anche mia.

Il rapporto terapeutico ha risentito positivamente di ciò, umanizzando e intensificando la relazione medico/paziente. Sono stata più disponibile? Penso di sì. Sono stata più elastica? Sì, di sicuro. Sono stata più accogliente? Credo di sì. Comunque non posso dire di aver lavorato meglio, ma in modo diverso.

E proprio su questa diversità dovremo interrogarci quando, in un futuro si spera prossimo, l'emergenza pandemica sarà terminata. Cosa ne faremo a quel punto della pratica online? In questo lungo periodo l'incontro, seppur a distanza, è stato anche occasione di vicinanza, quasi di calore, tra individui – noi e i nostri pazienti – che stavano sperimentando una condizione di isolamento relazionale, di paura condivisa della malattia e di multipli riflessi di ciò nel senso di sicurezza generale. Le visite in remoto hanno permesso la continuità terapeutica, ma anche quella umana. In futuro dovremo prestare attenzione per evitare che tale pratica assuma i caratteri di "comodità", che diventi una apparente semplificazione delle tante fatiche del rapporto psichiatra/paziente, che inaridisca la nostra pratica clinica, ricreando quella condizione di distanza e distacco che un certo tipo di psichiatria in passato ha imposto come unico modello di riferimento. Sarebbe il peggior lascito che la pandemia, già di per sé tragica, ci potrebbe portare.

Perché apertura ed elasticità sono sempre da ricercarsi e da perseguire, anche e soprattutto se si prescrive una terapia farmacologica, ma nel pieno rispetto delle prerogative basilari di una buona e proficua relazione umana.

### **Nota**

I pazienti citati sono stati resi anonimi e le vignette cliniche non contengono dati sensibili.

# Attraversando il male oscuro: l'online nel trattamento di blocchi somato-psichici

[Sergio Anastasia](#)

## Abstract

Nel presente articolo si vuole mostrare l'evoluzione di pensiero dell'autore, rispetto alla terapia a distanza: da un'iniziale approccio di diffidenza e critica, sino a un utilizzo sistematico e puntuale, rispetto a difficoltà e problematiche specifiche dei pazienti. Vengono presentati due casi clinici per i quali la terapia online ha consentito di interrompere *pattern* relazionali di mancata accettazione e comprensione di sé, che avevano condotto sino alla formazione di nuclei di patologia psico-somatica piuttosto profondi. L'analista mostra come abbia dovuto incontrare resistenze personali nei confronti del trattamento online, anche attraversando perturbazioni emotive piuttosto intense, per poter proseguire percorsi di cura, altrimenti impossibili. In questi casi, l'online ha permesso un'elaborazione della separatezza e della distanza, come modalità per permettere l'espressione di parti di sé del paziente, altrimenti inespresse e inesprimibili.

## Parole chiave

Perturbante, psicosomatico, endometriosi, abuso, *setting*.

## Introduzione

Ci sono pazienti che presentano uno stesso problema più e più volte in varie forme durante l'analisi. Questo sembra testimoniare la presenza di aspetti che mai prima hanno trovato adeguata accoglienza e che sono ora all'affannosa ricerca di un significato.

La questione pone sotto la lente di osservazione il tema della mente materna, quando questa è invasa di desideri proiettivi, o caratterizzata, al contrario, dall'assenza parziale/totale di desiderio. La mente e finanche il corpo del bambino possono essere intrusi, se non addirittura "abusati", riferendoci con questo termine alla totale arbitrarietà dei gesti da parte di chi dovrebbe essere responsabile dell'accudimento. In queste situazioni, la soggettività e la separatezza vengono negate, impedendo ogni tipo di reale evoluzione individuale (Winnicott, 1941; Lemma, 2011). Una sorta di "appropriazione indebita" finalizzata all'evitamento di angosce di morte e di separazione materne molto profonde. Ciò, inevitabilmente, si ripete anche nell'attualità della relazione analitica, con l'analista che rischia di rimanere intrappolato nel desiderio di cambiare il destino del paziente. In tal senso, Meltzer (1964), parla dei rischi potenzialmente connessi a un atteggiamento terapeutico eccessivamente zelante, anche quando questo si manifesta nei confronti del *setting* e del metodo, a discapito

dell'*interesse* versi i pazienti.

Così come i contenuti non elaborati del paziente possono agglomerarsi sino a formare un sintomo psichico e somatico a livello degli organi (Meltzer, ibidem; Feldman, 2012), così, allo stesso modo, quando le specificità della coppia analitica non può essere esplorata, a causa di resistenze dell'analista, si rischia di generare stallo e impossibilità, anziché trasformazione.

Presenterò qui le storie di due pazienti che hanno fatto richiesta, diverso tempo prima della pandemia, di essere seguite online. Una perché in procinto di trasferirsi all'estero; l'altra perché impossibilitata dalla persistenza di una pregressa sintomatologia somato-psichica di paralisi a poter continuare a venire in studio per le sedute.

Nel primo caso, un eventuale rifiuto al trattamento online avrebbe accentuato la naturale tendenza della paziente a voler proseguire la sua vita negando ogni possibile collegamento tra mondo interno e quello esterno. Nel secondo caso, avrebbe colluso con la tendenza della paziente a voler interrompere il processo, per sancire la paralisi e testimoniare così, in modo assoluto e incontrovertibile, la mancata comprensione e accoglienza di suoi contenuti traumatici molto difficili da elaborare.

Nella descrizione dei due casi, mi soffermerò su quanto il superamento di determinate resistenze mie personali al trattamento online, a seguito della pandemia e del massiccio e improvviso ricorso alla tecnologia come unica possibile forma di prosecuzione della cura, possa aver permesso con queste due pazienti l'attraversamento perturbante di quelle aree-limite, favorito addirittura da alcuni fattori del *setting* online, mediante il quale si sono disciolti nuclei psicopatologici piuttosto profondi.

### ***Like a Virgin***

*Buongiorno Dott. Anastasia,*

*Sono Amanda dall'India, per un po' userò questo numero.*

*Le scrivo da Dehli, dove sto sperimentando cosa voglia dire vivere alla giornata.*

*Ogni giorno, ogni minuto, per la verità è un nuovo capitolo, fatto di pianti di dolore e paura, ma anche di emozioni e coraggio.*

*"Like a Virgin" voglio aprire il mio cuore alla "scoperta" e all'"Amore". Qualunque cosa voglia dire.*

*Le confesso che mi sento una teenager nel dire queste cose, ma sento di voler comunque cavalcare quest'onda, consapevole finalmente di non essere sola.*

*Per questo, cercherò di mantenere con Lei la stessa spontaneità che ho avuto sin dal primo giorno in cui ho deciso di prendere in mano la mia vita, mettermi in gioco e raccontarle, pur non conoscendola, parte di me e dei miei pensieri.*

*Alla settimana prossima!*

*Amanda*



Comincia con questa mail il mio primo percorso online di psicoterapia.

Due anni prima di incontrare Amanda, mi era stata inviata una studentessa in procinto di partire per l'*Erasmus* e le mie resistenze a iniziare un percorso a distanza avevano a quel tempo impedito che si potesse portare avanti la terapia. Ho appreso poi, per altre vie, che questa prima giovane paziente si era rivolta ad una collega, con cui aveva iniziato le sedute dal Sud America, dove si era trasferita sei mesi per studiare.

In quel caso, probabilmente la mia resistenza era stata la conseguenza di una questione transferale: la paziente aveva sofferto di un'infanzia caratterizzata da vuoto assoluto e assenza di legami, cosa che mi poneva in conflitto rispetto alla possibilità di avviare il percorso con lei. Sentivo che il *setting* online avrebbe potuto acuire la sensazione di un legame troppo labile per poter resistere alle intemperie, alle distanze e alle disconnessioni. Col senno di poi, molto probabilmente la mia incertezza potrebbe aver interferito sulla possibilità di costruire un legame con la paziente, ancor di più di quanto sarebbe avvenuto avviando una terapia vera e propria in un *setting* virtuale, tenendo conto – a maggior ragione – delle sue tematiche personali.

Nella situazione di Amanda, si riproponeva un po' la medesima questione. Sin dal primo contatto, aveva infatti tenuto a precisare che di lì a poco sarebbe partita per l'India. Chiedeva di poter capire assieme se, una volta raggiunta la sua nuova destinazione, avrebbe potuto considerare possibile mantenere un legame con l'Italia. Mi sentivo investito dal suo quesito inconscio: “il legame persiste all'assenza?”.

Amanda, da poco compiuti i 25 anni, si apprestava a “mollare tutto” e trasferirsi. Ancora non sa se per un mese, un anno, o per sempre. Un allontanamento da una vita che non desidera più. È dirigente di un'azienda di consulenza, un ruolo raggiunto troppo precocemente. Si è resa conto di essere in realtà povera, priva di energie per poter andare avanti e soprattutto assolutamente persa rispetto alla dimensione del “sentire”. Facciamo alcuni colloqui, dai quali emerge che proviene da un paesino del sud Italia. Figlia unica di una famiglia fortemente patriarcale, ha appreso a sentirsi sbagliata nel suo corpo di donna formosa. Il padre dirige un'impresa edile, la madre è casalinga. Da sempre i suoi studi sono stati investiti di grandi “sacrifici”, cui conseguivano altrettante aspettative. La scelta di mollare tutto e partire è stata la sua prima decisione indipendente, basata sulla comprensione che il desiderio di “diventare qualcuno” nel mondo della finanza non era il suo, ma dei suoi genitori e, in particolar modo, di sua madre, una donna spesso insoddisfatta di sé stessa. Riscontrai, parlandone con Amanda, che, in effetti, l'idea per la quale “partire è davvero un po' come morire” era sicuramente un cavallo di battaglia della madre, che spesso si era mostrata assai spaventata da ogni suo spostamento, temporaneo o definitivo che fosse.

Sin dai primi colloqui, la sensazione che Amanda trasmette è che la sua scelta di andarsene sia la cosa giusta. Amanda, continua a ripetere che non credeva un contatto umano potesse essere così coinvolgente, come quello instaurato con me, durante le consultazioni. Ai primi colloqui arriva in tailleur scuro e con il trucco marcato. L'ultima seduta, il giorno prima di partire per l'India, arriva invece con i capelli sciolti

e un vestito colorato a tinte verdi e beige, ben intonato con la sua carnagione scura. Durante la consultazione, leggermente più lunga del consueto – cinque colloqui, anziché i tre che abitualmente conduco – mi sembrava di aver assistito a una vera e propria rivitalizzazione di aspetti di sé sopiti, che mostravano un'Amanda che chiedeva di poter venir fuori alla luce del sole. Benjamin (1990), definisce *internazionalizzazione delle relazioni oggettuali* il fenomeno attraverso il quale l'individuo può sviluppare la capacità di riconoscere sé stesso, soltanto attraverso l'incontro con un altro capace di ascolto e reciprocità.

Prima di partire, rimaniamo d'accordo che una volta stabilitasi in India mi ricontatterà per fissare degli incontri online, nell'idea di poterci rivedere di persona, ogni volta che sarebbe rientrata in Italia. Nei suoi progetti iniziali, prevede che sarebbe comunque ritornata, almeno una volta ogni mese, o due. Mai prima d'ora era stata così tanto tempo lontana dalla terra natia.

La mail sopra riportata, risale a circa due settimane dopo esserci visti per l'ultima volta a Milano. Il richiamo alla canzone di Madonna, *Like a Virgin*, ha un sentore di erotizzazione (*Mi hai fatto sentire ... Non ho niente da nascondere ... Come una vergine, mi hai toccata per la prima volta ... Con il tuo battito cardiaco, vicino al mio*), ma sento come se questo aspetto, pur presente *in nuce* sin dagli inizi, possa non gravare eccessivamente sulla possibile relazione terapeutica. Si trattava ai miei occhi di un messaggio un po' adolescenziale, che sembrava rivelare la possibilità di dismettere una corazza: quella di "automa androgino" e autosufficiente. Dal canto mio, mi domando: "la corazza che sento di dover dismettere è anche un po' quella di colui che, idealizzando forse un po' troppo il conosciuto del *setting* tradizionale, non lascia sufficiente spazio al "non ancora pensato" di un possibile contatto virtuale?".

Nel mio sentire, il garante principale è dato dalla presenza qui a Milano di un corpo fisico e per questo inevitabilmente radicato nella realtà del *setting* e delle sue limitazioni. Un qualcosa al quale poterci aggrappare insieme per sostenere le perturbazioni legate a una terapia così condotta. L'importanza di riconoscere ai bisogni di Amanda un ruolo così centrale è anche motivata dal fatto che il suo corpo è stato eccessivamente caricato di investimenti, desideri e bisogni altrui. A lei è stata affidata ogni possibilità di riscatto, di fatto negandole la possibilità di esplorare il mondo, attraverso il proprio "orecchio interno". Mi lascio per questo guidare dalla sua richiesta e dalla mia capacità di restare radicato nel reale, pur consapevole che non sarà affatto semplice.

Avviati i primi contatti via Skype (a quei tempi Zoom ancora non esisteva), procediamo al ritmo di due sedute la settimana. Il fuso orario e le connessioni a volte precarie impediscono di pensare a un *setting* più intensivo. Non mancano, soprattutto all'inizio, le difficoltà, sia nell'arrangiare le sedute sia a volte nel portarle avanti sino alla fine dell'orario, ma tutto sommato il risultato è soddisfacente e il contatto riesce a essere costante. Se non attraverso la videochiamata, comunque tramite messaggi o mail con cui avvisa ritardi, difficoltà, o dis-connessioni che insieme interpretiamo come reazioni anche riconducibili alla sua storia.

Il giorno del suo compleanno, svolge la seduta sulle rive del Gange, il grande fiume sacro.

All'inizio e per lungo tempo ho non poche difficoltà nel mantenere vivo il mio *setting* interno: non riesco a comprendere bene cosa stia accadendo, ma sono anche consapevole come questo possa essere un elemento di origine controtransferale; fatico molto ad accettare di essere pagato tramite bonifico bancario, dal momento che mi sembra che si perda così tutta la naturalezza del contatto umano. Comprendo che a volte mi sento come un padre surrogato, che assiste da lontano al viaggio dentro di sé della figlia adolescente. Altre volte, mi sento, invece, come la madre felice di avere notizie della propria figlia, ingaggiata in sfide importanti per sé stessa. Seppure impersonale, il pagamento elettronico, così come le mail, i cambi di orario e tutto il resto, svolgono quindi la funzione di delimitare il campo, in modo un po' bizzarro ai miei occhi, ma comunque "efficace".

Dopo alcuni mesi si trasferisce a Calcutta, operando per una ONG con sede in Europa che si occupa di profilassi ginecologica. Amanda assiste con un'equipe di medici le donne abitanti nelle province più remote nella cura delle malattie causate dalle precarie condizioni igieniche. Distribuisce assorbenti, igienizzanti e promuove campagne informative e di prevenzione. È in questa occasione che mi parla per la prima volta della sua endometriosi. Ne soffre da un paio d'anni. Mi spiega, per la prima volta, che è anche quella una delle ragioni che l'avevano a suo tempo spinta a cambiare vita e a chiedere aiuto. La sua ginecologa le aveva parlato della possibile concomitanza di fattori psichici e somatici e immediatamente dentro di lei si era attivata la connessione con tematiche relative al suo femminile. Un mondo tutto da scoprire. Il più possibile da lontano. Parliamo di un femminile che per poter diventare fertile necessita di buone esperienze e del come la separatezza possa permettere di "igienizzare" gli effetti mortiferi della lontananza.

È curioso che ci sia così poca letteratura psicoanalitica in merito alla endometriosi. In particolare, però, sono rimasto colpito da un articolo di Ian Buckingham, del 1994, in cui viene raccontata la storia della signora K, figlia maggiore di una famiglia cattolica della classe media europea. La madre della signora K era una donna passiva e inefficace, delusa dalla propria femminilità e vittima di un uomo, il marito, un piccolo tiranno senza successo dalla rabbia furente e imprevedibile. La signora K più volte riferiva che per i genitori avrebbe dovuto essere un ragazzo. Così come la paziente di Buckingham, anche Amanda è sopravvissuta alla repressione della sua femminilità, assumendo la posizione di "*mite sopportatrice dei capricci dei suoi genitori*" (ibidem), immedesimandosi nell'androgino di successo. Sino a che non è dovuta scappare per potersi ritrovare.

Secondo Brenman (1982), attraverso l'analisi, il paziente vede che fine fanno i suoi elementi distruttivi che non ha potuto esplorare, a causa di un'esperienza di mancata separatezza.

Siccome Amanda non torna in Italia per diversi mesi, proviamo a ipotizzare come la

distanza imposta rispetto alla terapia, così come le difficoltà che caratterizzano i primi mesi nel lasciarsi andare a rapporti intimi e profondi con altri esseri umani, possano essere una forma di crudele vendetta contro tutti e contro l'analista, rei di averla abbandonata sola in un territorio sconosciuto. Un modo attraverso il quale impedire ogni possibile perdono. Emergono ricordi di totale mancanza di ascolto e comprensione da parte di una madre chiusa e repressa e di un padre arido e insensibile. Nonostante paia accogliere le mie interpretazioni, alla seduta successiva tutto sembrava annullato. Per mesi la relazione terapeutica è caratterizzata da richieste di "riscontro" rivendicativo, attraverso le quali Amanda chiede venga riconosciuto il danno subito. Una lamentela, espressione di un malessere sin lì nascosto nelle ovaie, penso, che testimonia insistentemente quali danni possa generare una mente materna ingombra di preoccupazioni. Mi sento schiacciato da un'identificazione proiettiva che mi vede rappresentare la medesima incapacità ricettiva, trasformativa ed espressiva che ha caratterizzato i precedenti investimenti con cui il suo corpo è stato manipolato, sentito e percepito: mi domando costantemente come poter accompagnare Amanda verso un funzionamento mentale più vicino a quello di un sogno rivelatore, piuttosto che a quello della fantasia riparatoria irrealizzabile e deludente, cui spesso ricorreva.

Poco prima della pandemia, in una seduta mi dice:

*Vorrei ricominciare ... anche se non so da dove partire ... sarebbe bello ricevere un suo parere... un suo consiglio a riguardo ... ogni tanto, sì, lo vorrei ... comunque non riesco ad aprire il mio cuore alla "scoperta" ... vorrei vedere le bellezze degli uomini ... ci sono bellezze, vero? ... faccio fatica ad avvicinarmi ... a credere che possano arricchirmi e darmi "amore". Qualunque sia la forma, sia chiaro ... non importa! ... Magari è triste come pensiero, però è ciò che vivo. Mi avvicino alla conoscenza di un ragazzo con un diagramma di flusso in testa: rispetta il mio canone = no = ciao, è stato un piacere. Rispetta il mio canone = sì = parliamone ... ma qui, lo sa, iniziano i castelli, finti ... quelli che non portano a nulla ... Pretese che mi impediscono di capire, comprendere ... vorrei tanto non avere paletti e riscoprire la bellezza degli uomini che incontro nel mio cammino*

....

La distanza e l'assenza del corpo mi fanno dubitare non poco su cosa in realtà il processo terapeutico stia mettendo in atto. Mi domando se le mie intuizioni e interpretazioni siano delle fantasiose elucubrazioni – analoghe alle fantasie riparatorie di Amanda – o se i processi che si vanno via via rappresentando nella mia mente siano davvero reali.

A un certo punto del percorso arriva la pandemia globale.

Amanda viene costretta a fermare il suo girovagare senza sosta da un luogo a un altro e ritrova nella sua stanzetta di Calcutta il piacere di dipingere e di creare, in compagnia della sua coinquilina. Quella è per lei l'occasione di riparare un primario senso del femminile. Comincia, come molti, dal cucinare le ricette della sua tradizione e di sua nonna: cannelloni, stufati e minestre, che comincia anche a mostrarmi attraverso lo

schermo. Questo la avvicina a conoscere la cultura di Maya, la sua coinquilina spagnola. La pressante e incessante ricerca di conferme e la rincorsa di uomini chiusi e imperscrutabili inevitabilmente si arrestano. Amanda riscopre gli abbracci, le coccole, le risate e la totale assenza di tensioni. Seppure la paura di rimanere contagiata a migliaia e migliaia di chilometri è tanta, viste anche le precarie condizioni sanitarie del paese in cui è ospitata, il fatto però di avere attorno a sé una rete di medici e un'organizzazione di soccorso, la pone in una condizione di relativa tranquillità.

La ricerca costante di sensazioni superficiali, piuttosto che interiori e profonde, improvvisamente mi appare come il tentativo di riparare al bisogno di ricostruire il proprio Io-pelle, contenitore capace di elaborare contenuti psichici. Un contenitore che non ha potuto realizzare prima.

I primi dipinti di Amanda, in risposta alle mie interpretazioni sono lineari e semplici. Uno di questi raffigura figure a-sessuate che si intrecciano in un abbraccio molto profondo. Sono tutti in bianco e nero.

Appaiono solo poi i colori.

In una seduta di marzo 2020, via Zoom mi mostra un dipinto, attraverso il quale Amanda sembrava voler finalmente attingere ai frutti della sua attività mentale: l'abbandono del nido materno, si trasforma in un'immagine di forza, di presenza, radicamento, ma anche di grande movimento. Dentro e fuori che finalmente dialogano tra loro, in una logica di stretto simbolismo.

Questo il commento che Amanda fa del suo dipinto:

*La bellezza è fatta per gli altri, così come la parola ... non riesco a essere capita, anche se mi sforzo di parlare bene ... ma ho compreso che ciò non accade per un limite dell'altro, per la sua capacità ... sì, per carità, nel caso di mia madre e mio padre non ne parliamo ... è chiaro ... ma anziché incaponirmi nel sentire questo come un rifiuto potrei semplicemente accettare che è il limite del linguaggio ... la parola è un contenitore di per sé vuoto ... una gabbia, soprattutto se non è "pensata" ... è forse la prima volta che faccio qualcosa per me ... la prima volta che FINALMENTE l'ascolto di ciò che ho dentro è più acuto, forte, chiaro di ciò che arriva da fuori ... non perché sia bello, ma perché ho finalmente accettato l'attrito, il conflitto ... il pieno si scontra con l'altro e da questo si genera il nuovo ....*

## **La bella e la bestia**

Ci sono dei casi che riflettono nell'analista un senso di impotenza: l'immodificabilità di una condizione che sembra riportare la pedina sempre nella stessa casella di una mappa. In un gioco dell'oca perpetuo e intollerabile.

È questo il caso di Celeste, una giovane paziente inviata dai colleghi ortopedici dell'ospedale, che avevano registrato al colloquio con lei degli intensi sentimenti depressivi, conseguenza di una grave patologia neuromuscolare.

Al momento di giungere da me in consultazione Celeste ha 19 anni. È una studentessa di magistero. Ha recentemente chiesto aiuto ai medici dal momento che studiando si sono riacutizzati i suoi vecchi dolori.

La madre di Celeste è Azzurra. Scopro l'assonanza tra i nomi, già al primo colloquio, dal momento che è lei ad accompagnarla in seduta. Celeste dice di essere contenta di farsi accompagnare in studio, perché venendo assieme può appoggiarsi alla mamma e sentire meno il dolore. È divenuto invalidante. Celeste non riesce quasi più a deambulare da sola, non può sollevare pesi, fare le commissioni e occuparsi della sua casa. Questo fa sì che sua madre pensi a tutto, anche se lei ha in realtà preso casa con altri studenti, nei pressi dell'Università. Si paga l'affitto e le rate con una borsa di studio, in cui eccelle. Tutto ciò che fa deve essere perfetto, mi dice.

Celeste racconta che a 13 anni cominciano i problemi. Tutto in coincidenza dell'arrivo del "flusso". Improvvisamente il suo corpo cambia e viene costretta dentro un bustino che le provoca delle fitte ancor più intense di quelle che dovrebbe in qualche modo correggere, causate dall'insorgere precoce della sua patologia muscolare. In quel periodo, il padre, che di mestiere fa l'autotrasportatore, viene assunto da una ditta di Milano, per cui smette di viaggiare in lungo e in largo per l'Europa. La sua presenza in casa non viene vissuta bene da Celeste, perché corrisponde all'aumento di litigi e tensioni con la madre, al limite del sopportabile. Per sfuggire a quella situazione e ai suoi dolori che non trovano spazio in casa, Celeste fugge in una relazione con un uomo di 10 anni più grande di lei. Spesso Celeste è a casa del ragazzo, ma la sera torna a dormire dai genitori che non accettano lei possa rimanere fuori anche la notte. Il ragazzo che frequenta non comprende questa cosa e si arrabbia con lei. A volte diventa minaccioso. A volte la picchia. A volte la umilia, obbligandola a pratiche sessuali a lei sgradite. Raccontandomi questi momenti drammatici, le tornano a mente episodi delle scuole medie in cui è presa di mira da un gruppo di compagni, che la aspettano la mattina, all'ingresso di scuola per rubarle la merenda e magari buttarla a terra. Spesso torna a casa con i vestiti di marca, appena usciti dal negozio o dalla lavanderia, sporchi di terra e altro. Quando la madre le chiede cosa sia accaduto, lei prova a spiegarsi, ma finisce per sentirsi rimproverata. Una volta chiede esplicitamente alla madre di intervenire. La donna va all'assemblea di classe per parlare con gli insegnanti, ma non riesce a dir nulla, presa dalla vergogna: teme che lo sguardo di un altro possa testimoniare una sua presunta o possibile inadeguatezza. Un'onta troppo difficile da tollerare.

Da allora Celeste apprende a subire, come unica forma per "sopravvivere" alle relazioni. Piano piano si spegne. Si chiude sempre più in sé stessa e non esce più di casa, non ha amiche. Finalmente, però, chiude la relazione con quel ragazzo violento. Ha 17 anni, quando interrompe la frequentazione. Lui cerca di impedirlo, ma lei si chiude in casa per giorni e smette di rispondergli al telefono. La madre la "copre", quando lui si presenta sotto casa. Piano piano, col passare dei giorni, i tentativi del ragazzo si fanno sempre meno insistenti. Alla fine dell'estate, c'è un nuovo tentativo e poi niente più. Celeste riprende a uscire, timidamente, il pomeriggio, ma nulla è più

come prima. Gli anni passati intrappolata in quella relazione, la clausura auto-imposta che ne è seguita, il corsetto che è da poco obbligata a indossare per la schiena, gli abiti da bambina che sente di indossare rispetto a quelli delle coetanee fanno sì che non si riconosca più in ciò che le è intorno. Gli ultimi anni di liceo sono per lei un tormento.

Il tempo è spesso passato in casa da sola. Pochi interessi, tra cui la musica. Un pomeriggio Celeste è a casa del suo maestro. Lui, un giorno, con una scusa, mentre lei si sta togliendo la giacca, la abbraccia. Lei sente il suo respiro cambiare, diventare pesante e il corpo abbandonarsi sulla sua schiena. Un'altra volta, accade che lui la abbracci di nuovo da dietro, mentre lei è intenta a suonare il pianoforte. Celeste prova a parlarne alla madre, ma non viene creduta. Anche lei non crede più a sé stessa: il suo corpo inizia a diventare sempre più trasparente, freddo e insensibile.

La medesima sensazione di quando i compagni la aggredivano alle medie. La stessa sensazione anche di quando Riccardo, il suo fidanzato, la obbligava a fare ciò che non voleva. La stessa sensazione, ricorda per la prima volta in seduta, di quando da bambina la mamma la lasciava a casa della vicina. C'era Angela, una ragazza più grande di lei di una quindicina d'anni. Quando si chiudevano in stanza, le si spogliava davanti e la invitava a guardarla e a toccarla. Lei non voleva e allora Angela insisteva. Anche quella volta Celeste aveva provato a parlarne con la madre, ma come sempre non le aveva creduto, liquidando la questione con il fatto che "era esagerata".

I racconti di Celeste sono per me come delle pugnalate allo stomaco. Le pareti della stanza di analisi sono, in quei momenti, come le mura che separano l'occidente dall'oriente, il progresso dalla povertà. I baluardi della protezione e quelli dell'invasione si fondono nel corpo, attraverso sensazioni terrorizzanti di perdita di contatto con la realtà. Un corpo che appare disinvestito dal desiderio e colmo di odio per effetto di traumi e "mancanze".

Scrivo nei miei appunti: "L'eloquio è piatto, alternato da sorrisi inappropriati che svelano un atteggiamento inespressivo, distaccato e assolutamente impersonale. Dov'è la paziente? Dove siamo noi ora? Mi sembra, tra vuoti e pieni che si alternano in me, di volare nel pieno di una perturbazione transoceanica".

Sin da subito, lo sfondo sul quale intendo muovermi è quello di garantire l'incolumità mia e della paziente, con preoccupazioni piuttosto vivide per la sua sopravvivenza immediata, ma anche futura. Cosa accadrà, andremo a toccare, seppure con tutto il tatto possibile, le questioni della colpa, del bisogno e del desiderio? Mi domando anche: come sarà possibile gestire le tematiche relative a una sessualità vissuta traumaticamente? L'integrità del sé della paziente sarebbe stata messa in pericolo da un contatto intimo e profondo con una persona di sesso maschile?

È chiaro dentro di me come per effetto dei traumi Celeste abbia sviluppato una sensazione di assoluta deprivazione, dalla quale sembra essere scaturita una difficoltà piuttosto marcata nel separarsi da desideri altrui e dalle "appropriazioni" invasive.

La risultante pare un'identificazione con il proprio cadavere interiore (Bleger, 1974).

D'altra parte, lo sento dentro di me: non c'è alternativa al controllare ogni singolo movimento e ogni singolo respiro, perché le pareti di cristallo non collassino giù.

L'analisi con Celeste comincia con gradualità, passando da una seduta (pochi mesi) a due settimanali. L'aumento viene giustificato da un aggravamento del quadro somatico: sono sempre più frequenti i momenti di paralisi di un arto, o della mano (entrambi destri). Il passaggio a tre sedute, avviene dopo la prima separazione estiva. Celeste ha un attacco di panico mentre è in vacanza con i genitori a fine agosto e mi chiede di poterci sentire telefonicamente. Trae beneficio dalla conversazione e concorda con me di abbandonare pregiudizi e di concedersi la terza seduta al ritorno dalle vacanze.

L'avvio dell'analisi vera e propria si caratterizza con la paura che l'intensificazione delle sedute corrisponda all'aumento della possibilità che si ripeta anche in terapia una condizione di possibile violenza, l'ennesima. Dopo una lite furiosa con la madre che la invita con forza a spiegare perché mai debba venire per ben tre volte la settimana in analisi, vedendola "diversa", più chiusa e meno disponibile a parlar con loro da quando è iniziato il percorso, Celeste racconta ai suoi genitori dei temi che assieme stiamo trattando. Segue un periodo fortemente turbolento, caratterizzato dalle minacce della madre di interrompere ogni rapporto e conseguentemente l'angoscia di Celeste di poter perdere ogni riferimento e ogni forma di legame, a esclusione di quello con me, che allo stesso tempo sente come estraneo e pericoloso, dal momento che risveglia ricordi di traumi subiti. I blocchi somatici si presentano più intensi e frequenti. Sempre più prossimi al giorno e all'orario delle nostre sedute. Nei sogni notturni appare la figura di un poliziotto che si tramuta in delinquente. Qualcuno che la rincorre. Sangue. Sangue ovunque. Un mare di sangue e io che mi intrattengo con altre pazienti. Al punto di dimenticarmi di lei e di non rispondere alle sue richieste di aiuto. Celeste è sempre più spaventata. Il recente aggravamento, così come l'emersione dei ricordi che secondo i genitori non hanno alcuna credibilità sono a loro avviso la chiara dimostrazione che il nostro percorso vada interrotto. Provare a intensificare con la quarta seduta, mi pare controproducente, rischiando di alimentare un inutile braccio di ferro. La mia presenza viva e reale le consente di sentire vicinanza, ma la mia figura è sempre più investita da una trama che mi vede rappresentare il tanto temuto persecutore: colui che invade lo spazio vuoto, lasciato da una mente materna in grande difficoltà rispetto ai contenuti emotivi della paziente. Siamo in primavera. Il caldo improvviso e gli esami che incombono agitano il sonno di Celeste. Il rapporto con i genitori è ai minimi termini e come conseguenza di ciò che è recentemente accaduto né lei né la mamma ritengono sia un bene proseguire le sedute. Dissenso che la madre manifesta rifiutandosi di accompagnarla da me. Sola, angosciata e stanca, Celeste mi dice che non ce la fa più ad andare avanti. Vuole interrompere, ma i mostri che le si palesano davanti sono troppi e tutti insieme. Mi dice che sempre più, quando sa che deve venire da me, deve prendere uno Xanax, perché altrimenti le si paralizzava la gamba. Si rende conto che è psicosomatico, anche la fisioterapista glielo dice e sa che il percorso le fa del bene, perché può finalmente cercare di essere sé stessa, ma non ce la fa. Si domanda se una



pausa possa servire, o se sia possibile sentirci telefonicamente, o vederci per qualche volta online.

Di certo, la mia prima reazione è di percepire la questione come una resistenza al trattamento: una sorta di fuga. Mi domando tuttavia se il bisogno di Celeste non sia anche “reale”. Sento infatti che Celeste è davvero sfinita per i conflitti innescati con la madre e il padre e che, forse, il terrorizzante ritorno del rimosso traumatico potrebbe, a distanza, attenuarsi e conseguentemente anche il transfert modificarsi. Se da una parte acconsentire alla possibilità di vederci per un po’ online avrebbe potuto alimentare la fantasia che la mia disponibilità potesse essere totalizzante e, quindi, anche paradossalmente “al di fuori” del *setting*, dall’altra la mancanza dell’incarnato avrebbe potuto forse proteggere lei, ipotizzo, dal terrore che si potesse ripetere nella realtà la tanto temuta condizione di sopraffazione e violenza subite ...

Sono passati alcuni mesi e ho iniziato a seguire online Amanda; nel frattempo ho anche accompagnato virtualmente altri pazienti. Sono quindi consapevole dei pro e contro della questione. E mi sembra che una scelta di questo tipo possa addirittura agevolare un processo di individuazione, qualora non colluda con l’evitamento di determinate aree problematiche, ma sia piuttosto un possibile compromesso tra esigenze di dipendenza, da una parte, ed emancipazione, dall’altra. Soprattutto per questioni relative all’identificazione di giovani pazienti donne, con un femminile altrimenti depresso e represso, o traumatizzato.

Alla luce di questo, mi accordo con Celeste, per vederci online ai nostri consueti orari.

Decido di non esplicitare chiaramente tutte le questioni in ballo, ma di rimanere su un generico “potrebbe in questo momento aiutare a riconoscere e definire i suoi bisogni e i suoi sentimenti, rispetto a quelli degli altri”. Decidiamo che avremmo poi, a distanza di tempo, ridiscusso la possibilità di ritornare in presenza.

I risultati di questa decisione sono abbastanza immediati. Celeste comincia a frequentare una palestra di *pilates* e a fare amicizie. Conosce un ragazzo, Marco. In realtà, una persona che conosceva già da tempo e che le “andava dietro”, ma che lei non si era mai sentita di far entrare prima nella sua vita, spaventata com’era dal rivivere le esperienze traumatiche del suo passato. Gradualmente anche i suoi sogni assumono una connotazione meno persecutoria. In uno di questi ci siamo Marco, lei e io che cerchiamo invano un gatto che le è scappato via. Un gatto norvegese, poco addomesticato. Consideriamo che stia aparendo sulla scena la possibilità di poter lasciar andare qualcosa, esplorare aspetti nuovi e meno “addomesticati” e che in questo si possa un po’ essere alleati, anche se non del tutto ancora capaci e forse privi di alcuni riferimenti più “tradizionali”. In un altro ancora, Celeste racconta di dover di nuovo venire da me e di essere angosciata dalla paura di perdere il tram. Che sia la paura di uscire dai binari di ciò che ha già sperimentato, le domando? Il riferimento è al fatto che la presenza di Marco, un ome alto due metri, morbido e rassicurante, rasserena lei e i suoi genitori. Anche lei sta piano piano riuscendo ad avere un’intimità meno inibita e angosciata. Sono sempre di più le sere che Celeste resta anche a dormire da

Marco.

È marzo 2020, arriva la pandemia.

Temo un aggravamento, il ricomparire di scenari mortiferi, di assenza e di vuoto. Invece no. Celeste è come aggrappata al nutrimento dell'effettività, dell'essenzialità. Abituata com'è a convivere con l'insidia interna, Celeste percepisce il virus come una presenza che, di fatto, la autorizza a prendere un distanziamento, anche reale dal suo passato. Sceglie, infatti, di trasferirsi per il *lockdown* dal suo compagno. Non è più la stessa persona di quando ha iniziato il percorso. Non sembra più ingombra di preconcetti su di sé, sulla sessualità e sull'affettività. O forse, molto probabilmente si è spostata anche la mia linea di ascolto e interpretazione e sono io, soprattutto, a perdere quei preconcetti che possono ostacolare gli sviluppi originali e creativi del campo (Ferro, 2012). Celeste era già disposta, forse, ad aprirsi maggiormente. Io no, ancorato com'ero all'idea che senza un ritorno in presenza non sarebbe stato possibile sciogliere davvero i nodi traumatici e raggiungere dei veri obiettivi terapeutici.

Lo spostamento online sembra aver invece favorito il processo di separazione inibito e aver consentito a Celeste di aprire un dialogo maggiormente vivo e creativo con sé stessa. È stato possibile riconoscere la perdita dell'oggetto come solo temporanea e anche come fonte di nuove possibilità e nuovi desideri. Celeste ha potuto integrare all'interno del proprio sé esperienze percettivo-corporee sin qui caratterizzate da totale rifiuto, o violenza. La separatezza con un non-seno che ora può essere pensabile, perché è possibile ritorni in altre forme e con maggiore soddisfazione per lei.

Agli albori della pandemia, mi racconta che l'analista entra nel sogno in punta di piedi, affacciandosi nella stanza e avvicinandosi al letto, senza disturbare. Non è invadente, mi dice:

*Anzi... Cerca di vegliare su me e Marco che dormiamo abbracciati, come dopo essere sfuggiti a una tempesta.*

## **Conclusioni**

Essere analisti non dovrebbe rendere assai complesso poter abbandonare – anche solo sommariamente, o temporaneamente – il proprio tradizionale assetto mentale e reale.

Tuttavia, come è avvenuto con la recente pandemia, ci sono situazioni in cui si è privati necessariamente di una parte dei propri tradizionali riferimenti teorici e reali. È il caso di quando si lavora in determinati contesti istituzionali, come l'ospedale, o il carcere, ma anche quando si affrontano abusi, "situazioni limite", o come nel caso di Amanda e di Celeste, di richieste che pongono dinanzi ad azioni primariamente etiche, di scelta di cosa sia più opportuno "fare" per aiutare il paziente. Spesso queste decisioni pongono l'analista dinanzi a profonde trasformazioni emotive, che transitano attraverso stati di perturbante angoscia di perdita, se non addirittura di pericolo e di morte. Anche della propria identità analitica.

Il passaggio temporaneo dal *setting* tradizionale a quello online può comportare nella mente di analista e paziente una perdita di contatto con la realtà; può accendere la

fantasia che lo spazio lasciato vuoto dalla presenza possa essere invaso da chissà cos'altro. Tuttavia, una buona consapevolezza dei limiti e delle potenzialità dello strumento, nonché il mantenimento dei garanti interni, dell'etica e della capacità di rimanere sintonizzati anche su frequenze precarie e disturbate possono consentire trasformazioni significative. Soprattutto quando l'accettazione dei limiti di lavorare temporaneamente in ambito virtuale va nella direzione di un riconoscimento della separatezza psichica del paziente, che verrebbe altrimenti negata, come già accaduto nella sua esperienza. In alcuni casi, essere pensati e sentiti, ma non "toccati", può sbloccare situazioni compromesse da storie di mancanza, o di intrusività.

Recentemente Amanda è stata nominata Consulente per una ONG con sede a Milano. Fa, da diversi mesi, la spola tra la sua abitazione, l'Oriente e una casa vista mare, a pochi chilometri da quella dei propri genitori in sud Italia. Le nostre sedute avvengono con costanza e flessibilità, sia in presenza che online. Questa è una sua recente mail, prima di ripartire per l'estero.

*Last minute ci tenevo a dirle che grazie alla cura di psiche e soma, e all'alimentazione è sparita ogni traccia di polipetto ed endometriosi. Io sono felice, tantissimo! Una buona giornata!*

Celeste ora vive con Marco. Hanno da poco comprato casa. Il loro rapporto affettivo è solido, nonostante le burrascose insidie legate a bisogni profondi, molto difficili da elaborare. Recentemente le è venuta l'idea che quando sarà vaccinata, potremmo tornare a vederci in presenza:

*Magari qualche volta, che se poi non ce la faccio, si può sempre tornare così; che mi pare funzioni ... no? Che ne pensa?*

## **Nota**

Le situazioni descritte in questo articolo sono frutto di un'elaborazione tale da renderle in nessun modo riconducibili a persone reali e hanno la funzione di affermare principi teorici e metodologici condivisi ed esplicitamente approvati durante il trattamento, da parte di tutte le persone coinvolte.

## **Bibliografia**

- Benjamin, J. 1990 An Outline of Intersubjectivity, *Psychoanal. Psychol.*, (7) (Supplement):33-46.
- Bleger, J. (1974) Schizophrenia, Autism, and Symbiosis. *Contemporary Psychoanalysis* 10:19-25.
- Buckingham, I. D. (1994) The Effect of Hysterectomy on the Subjective Experience of Orgasm. *Journal of Clinical Psychoanalysis* 3:607-612.

- Brenman, E. 1982 Separation: A Clinical Problem, *Int. J. Psychoanal.*, (63):303-310.
- Feldman, M. (2012). La dimensione di rivendicazione rancorosa e la configurazione edipica sottesa. *L'Annata Psicoanal. Int.*, 6:33-49.
- Ferro, A. (2012) Creativity in the Consulting Room: Factors of Fertility and Infertility. *Psychoanalytic Inquiry* 32:257-274.
- Lemma A. 2011 *Sotto la pelle - Psicoanalisi delle modificazioni corporee*. Raffaello Cortina, Milano.
- Meltzer, D. 1964 The Differentiation of Somatic Delusions from Hypochondria, *International Journal of Psychoanalysis* ,45:246-250.
- Winnicott, D. W. (1941) The Observation of Infants in a Set Situation. *International Journal of Psychoanalysis* 22:229-249.

## **Il ‘Perturbante’ contatto col virtuale: dall’emergenza Sars-Covid-19, alla pratica di tutti i giorni**

[Sergio Anastasia](#) e [Angelo Moroni](#)

### **Abstract**

Gli psicoanalisti si sono formati utilizzando un *setting* tradizionale. Di conseguenza è molto complesso, ogni volta, abbandonare - anche solo sommariamente, o temporaneamente - una formazione così feconda e, per certi versi indispensabile, acquisita nel tempo. L’assetto mentale dell’*analista-virtuale*, qui descritto è quello di chi evita la tentazione di mantenersi rigidamente ancorato alle proprie conoscenze, cercando di operare costanti ricostruzioni e ri-narrazioni riparative, in un assetto di *rêverie*. La “responsabilità del rappresentare”, in una situazione in cui si è privati dei tradizionali riferimenti teorici e reali della relazione analitica, è un’azione primariamente etica. Gli autori cercano di spiegare il proprio punto di vista, attraverso il racconto clinico di profonde trasformazioni emotive necessarie per attraversare gli stati di perturbante angoscia di perdita, se non addirittura di morte, che il passaggio dal *setting* tradizionale a quello online, può comportare nella mente di analista e paziente.

### **Parole chiave**

Perturbante, pandemia, virtuale, *rêverie*, *setting*.

### **Introduzione**

L’identità di analista può costituire un illusorio e rassicurante “Velo di Maya”, indossato come protezione, quando l’analista viene sollecitato da situazioni estranee, dalle quali si sente minacciato. Il rischio che in lui nasca un sentimento crescente di frammentazione, come accade nel lavoro con le cosiddette aree limite, richiede la capacità di abbandonare, almeno parzialmente e temporaneamente, la “ragione” e la teoria, per ricorrere all’istinto, all’intuito e al sesto senso. Durante la pandemia, l’idea nietzschiana di “relatività” sembra essere andata ben oltre ogni ipotesi pensabile, catapultando nel *setting* digitale una moltitudine di analisti abituati a lavorare soltanto in un assetto tradizionale. Analisti che, per raggiungere pazienti che ne hanno avuto necessità, o che erano impossibilitati al consueto, hanno dovuto cedere di fronte a richieste che in precedenza, avrebbero interpretato, se non addirittura ostacolato.

Il *setting* digitale sembra favorire, in alcuni casi e in determinate circostanze, l’*agire* reale, rispetto a un approccio invece distaccato e neutrale: per creare il *setting*, occorre inviare comunicazioni via *SMS*, o via mail; contrattare, anche di volta in volta, diverse condizioni di lavoro; condividere informazioni e, a volte, persino pareri su cosa sia più o meno indicato fare, valori personali che giustificano una scelta piuttosto che un’altra,

soprattutto quando l'organizzazione del *setting* avviene in condizioni di particolare emergenza.

Agire in questo senso, a nostro avviso, non significa perdere la neutralità e l'ascolto psicoanalitico, soprattutto per il valore etico che gli riconosciamo, ovvero sia orecchio capace di accogliere e trasformare ciò che la parola dell'altro testimonia in modo difficile, profondo e intimo. Ciò non è accaduto, persino di fronte alle testimonianze di infermieri, medici, politici e giornalisti, coinvolti in prima linea, già dalle iniziali fasi della pandemia. Situazioni caratterizzate da un vero e proprio crollo dello "schermo anti-stimolo" di protezione, che ha riacutizzato storie di deprivazione e mancanza.

Abbandonato il *setting* tradizionale, vi è la paura che le interpretazioni possano perdere valore e vita, ma come dimostrato durante la pandemia, ciò non accade se l'analista continua a farsi carico della propria "responsabilità di *rêverie*", anche quando l'assenza reale dell'altro sembra favorire l'interruzione della capacità di sognare dei pazienti. Lo vedremo bene nel successivo caso clinico, dove è descritto quanto il dolore che invade le dimore psichiche di tutti noi generi tensioni interne, palpitazioni, riacutizzazioni somatiche e persino nuovi sintomi, di fronte ai quali ci si trova vicino al particolare fenomeno psichico descritto da Freud nel 1919 come "Perturbante". Un qualcosa che, per sua natura, capovolge e converte il senso di familiarità e continuità spazio/temporale cui siamo abituati.

L'opera freudiana, *Das Unheimlich* nasce da un'interruzione. Nasce da un dolore mentalmente disintegrante e traumatico vissuto da Freud, durante la Prima Guerra Mondiale: il dolore per le sorti di suo figlio Martin, che all'epoca era al fronte.

Freud, per dedicarsi alla scrittura del testo del 1919 deve *interrompere* la stesura di *Al di là del Principio di Piacere*, per concedersi uno spazio di elaborazione attraverso il quale cercare un'integrazione dei sentimenti luttuosi e di quelle intense angosce di morte che stava provando in quegli anni. Abbandonare un processo psichico di tipo secondario-razionale, per affacciarsi a un'altra dimensione più "primitiva", attinente al "fantastico", decisamente più ispirata da un processo di tipo primario – il cosiddetto "pensiero onirico della veglia" – è un compito assai difficile, quando il pericolo, o delle condizioni ambientali di emergenza sembrano *interrompere* il naturale fluire degli aspetti coscienti e inconsci del proprio Sé.

A nostro avviso, quando è scoppiata la pandemia, molti analisti poco avvezzi all'utilizzo di *setting* digitali si sono visti proiettati senza paracadute in una dimensione che ipotizziamo sia stata proprio quella vissuta da Freud, quando attraverso la concettualizzazione di *Unheimlich*, ha attraversato un pericolo che rendeva impossibile l'elaborazione di nuove storie e il sognare nuovi sogni. Quanto accaduto insegna che la costruzione di un *setting* esterno e interno, fatto di nuovi oggetti tecnologici e teorici, può portare, esattamente come durante la pandemia, a sentirsi genitori che, mentre raccontano le fiabe ai loro figli, condividono con loro l'angoscia di essere tutti indistintamente vulnerabili; genitori non-onnipotenti, bensì fragili e invasi da angosce di morte difficilmente elaborabili. Sensazioni talmente forti che sembrano tutt'oggi

spingere alcuni colleghi a rifiutare di immaginare i *setting* virtuali come un'opportunità per permettere ai pazienti - non solo in epoca di pandemia - di essere raggiunti anche nei luoghi più terribili che, come esseri umani, ci troviamo tutti ad attraversare.

## Un esempio clinico

*Alessandra, medico in formazione specialistica, ha trent'anni ed è in analisi da circa due. Poco prima del lockdown si trasferisce nella sua città natale, che diverrà di lì a poco epicentro del terremoto epidemico. Le restrizioni e i turni massacranti impediscono ad Alessandra di spostarsi e quindi di raggiungere lo studio dell'analista. La casa, da luogo di protezione, diviene rappresentazione dell'assenza di una barriera di contatto, rispetto ai traumi del passato che ritornano. Fin dal primo incontro virtuale, il "sito analitico" appare deformato, con la paziente che svolge le chiamate WhatsApp in macchina. Sorgono nell'analista quesiti sulla tenuta del setting interno, che sembra cessare ai suoi occhi quella funzione di "abbraccio paterno", che egli abitualmente sente di poter trasmettere per il tramite del suo corpo presente nella stanza, insieme a quello della paziente. L'analista sembra domandarsi quanto la sua presenza affettiva, promotrice di transfert, sia ora garantita, anche all'interno di un setting in absentia. Alessandra, dal canto suo, si mostra molto contenta di continuare la sua analisi, mostrando all'analista quanto le sue preoccupazioni siano eccessive. Fin dalla prima chiamata, Alessandra dice infatti che ha bisogno di parlare perché il lockdown ha fatto risuonare in lei un senso di oppressione che aveva sentito durante l'infanzia. Come la luce del comodino, rimasta così a lungo accesa per proteggersi dai mostri della notte, che improvvisamente si spegne, fulminata. Durante l'infanzia Alessandra aveva subito maltrattamenti fisici pesanti da parte del padre. Quando lei aveva diciassette anni, il padre se ne era andato di casa, dopo furibondi litigi con la madre. Un'esperienza che Alessandra sentiva riproporsi nell'analisi, con la complicità che l'oggetto analista aveva per lei, fino a quel momento, una funzione riparativa molto importante. Il temuto allontanamento del padre-buono-analista e il pericolo imminente legato alla pandemia fanno tornare ossessivamente alla mente i ricordi degli schiaffi e delle cinghiate del padre-padrone. La traumatica, sebbene momentanea, separazione dei genitori, durante la sua adolescenza, le aveva provocato attacchi di panico frequenti, legati molto probabilmente a un sentimento di colpa inconscio che successivamente cessa al ritorno del padre in casa. Gli studi di medicina in altra città, dopo il rientro del padre nella casa di famiglia, avevano fatto provare ad Alessandra un senso di libertà, che però coincideva col ritorno del rimosso. Alessandra comincia ad avere rapporti sessuali con uomini violenti e scarsamente affettuosi. Passa da una relazione all'altra, vivendo un senso di insoddisfazione crescente. L'uso del corpo e della sessualità appaiono come il tentativo di ritrovare una relazione col padre nel quale il corpo veicola tenerezza e contatto affettivo, uniti alla colpa e al conseguente dolore delle cinghiate. È lì che Alessandra comprende di aver bisogno di iniziare un'analisi. Durante il*

*lockdown e il rientro presso la casa dei genitori si sente sola, i suoi amici sono lontani, e ora anche l'”abbraccio paterno” del setting viene meno. Le videochiamate su WhatsApp sono una medicina contro l'interruzione traumatica di un processo aurorale, grazie al quale poter tenere le fila del suo disegno emotivo-affettivo interno e della propria progettualità identitaria. È come si fosse riattualizzata la fragilità del contatto senza filtri che Alessandra stava avendo con il dolore, la paura e la morte: la giovane vede, infatti, ogni giorno morire in reparto, sotto i suoi occhi, decine di persone. Alessandra sembra essere mossa da una inquietante corrente affettiva che alterna in modo oscillatorio Eros a Thanatos. Qualcosa che l'analista può capire, solo attraverso l'ascolto del proprio contro-transfert. Un vissuto incarnato, difficilmente elaborabile. Una condizione quasi impossibile da comprendere e soprattutto da comunicare. L'analista percepisce una sensazione di intollerabile caos e di perdita di sé. Per poter accompagnare Alessandra-bambina nella stanza buia, è dovuto scendere a patti col “diavolo”, tutti i tradizionali riferimenti interiori sono saltati. L'eccesso di elementi beta rende l'analista da padre-gentile-e-accogliente a padre-nuovamente-padrone, al quale Alessandra si sente costretta a sottostare in una condizione inumana, pericolosa e non trasformativa. Il perturbante contatto con la morte e la violenza con cui questa si affermava nei reparti lasciava apparire sulla scena analitica, messa a dura prova dal repentino cambiamento di setting interno ed esterno, antichi personaggi cristallizzati, come fossero “gemelli immaginari”, costruttori di scenari patologici e mortiferi di un passato che tornava prepotentemente ad affermarsi. Il lavoro psichico dell'analisi era messo a dura prova, così come la sopravvivenza psichica di Alessandra e conseguentemente della coppia analitica. L'analista si sente spinto dall'impossibile bisogno di contenere Alessandra (reso tale anche dalla distanza fisica), per impedirle di proseguire il suo tentativo inconscio di auto-distruzione, messo in atto attraverso un atteggiamento decisamente incosciente e sfrontato. La ripetizione del trauma e la conseguente regressione della paziente, spinge l'analista a sentirsi come invaso al suo interno, minacciato dal suo stesso desiderio di aggrapparsi a qualcosa di noto: modelli e teorie narcisisticamente investiti, che anziché essere di aiuto, rischiano di essere forieri di immobilismo e di pericolo. Non è possibile mantenere una totale assenza di giudizio, né un'assoluta neutralità. È necessario “occuparsi di politica interna, oltre che della politica estera della sua famiglia” dirà l'analista, “è giunto il momento di occuparsi di sé stessa, come farebbe un buon padre di famiglia”. L'analista è come se avesse consegnato alla bambina Alessandra le chiavi della sua casa. È come se le avesse detto che, a un certo punto, i fantasmi della notte non si possono continuare a combattere facendosi piccoli piccoli nel proprio letto. L'analista pensa tra sé e sé che questo intervento abbia permesso alla paziente – come un “link inviato dall'estero” delle sedute a distanza – di percepire l'importanza di abbandonare l'illusione e comprendere che non è possibile avere un controllo su ciò che è fuori dal nostro dominio. Un qualcosa che può, invece, essere investito*



*libidicamente ricorrendo a nuove conoscenze e ri-organizzando i pensieri.*

### **Bidimensionalità e confini del Sé**

La distanza fisica e l'essere *in absentia* dinanzi al ripetersi di un trauma, nella situazione sopra descritta hanno creato un vero e proprio "perturbante", che, senza l'intervento dell'analista, avrebbe portato a un probabile crollo delle barriere contro l'irruzione del pressante ritorno del rimosso. Attraverso la sua presenza a distanza, l'analista ha permesso che il terzo analitico potesse esitare in una relazione capace di sopravvivere al trauma e all'assenza. La "virtuale" vicinanza consentita dal transfert e l'elaborazione di identificazioni proiettive molto potenti, hanno trasformato e integrato parti del Sé, che non trovavano una loro peculiare sonorità nello spartito interiore della soggettivazione di Alessandra. Ciò che ha reso davvero straordinario il percorso della giovane è stato quel particolare transito tra una dimensione del reale e quella del virtuale, che ha gettato la coppia analitica in un mondo di proiezioni, abitato da fantasmi, idee onnipotenti e fantastiche. Un universo regolato da un sistema di giudizio completamente differente da quello cui siamo abituati, che ha permesso alla coppia analitica di abbandonare l'investimento su oggetti persecutori, per investire lo spazio di desiderio e possibilità. L'efficacia di un percorso analitico e terapeutico, come questa situazione dimostra, è legata alla responsività dell'analista, alla sua capacità di *resistere* dinanzi al contatto con ciò che il paziente non ha ancora integrato di sé e del suo funzionamento più primitivo. Aspetti del paziente che vogliono spazio, bussano alla porta insistentemente, chiedendo contenimento e spingendo l'analista verso vissuti di profonda con-fusione e angoscia.

In generale, il cambiamento radicale provoca stravolgimenti e nuove priorità nella relazione che, quando minacciata nella sua stessa possibile sopravvivenza, produce rappresentazioni mentali catastrofiche, sentimenti di abbandono, di malattia, morte, a volte di claustrofobia. Rappresentazioni che, spesso, accompagnano gli stati di funzionamento più primitivi e psicotici.

Chi lavora con la psicosi e anche con gli adolescenti – quelle aree che Pellizzari (comunicazione personale, 2019) definisce la "*periferia dell'analizzabile*" – sa come il lavoro su queste aree della mente comporti una capacità di pensabilità, che per poter essere effettiva (non solo manieristica) necessita di abbandonare più o meno temporalmente ogni giudizio teorico. Un'esperienza che permetta di far percepire al paziente un avvicinamento "reale" ai suoi stati di funzionamento più arcaici. Questa vicinanza, simile a quella della madre col proprio bambino, è riparativa rispetto a precedenti esperienze di mancanza: attraverso essa, il paziente, come un neonato, può vedere rappresentate le proprie parti scisse proiettate sull'analista che si offre per mostrarle così come sono, ancor prima che vengano trasformate, passo a passo, durante il processo analitico.

La pandemia ha portato alla luce quanto la funzione analitica possa essere messa in scacco dalla presenza di un pericolo, o dalla difficoltà degli analisti di lasciar andare certezze acquisite nel tempo, rimanendo aggrappati alle proprie identità.

Le videochiamate possono diventare luoghi abitati da vissuti di depersonalizzazione, quando la distanza fisica e la mancanza di riferimenti interiori, producono un eccesso di elementi non-comprensibili e non-elaborabili. In questi casi, l'analista - più intensamente rispetto ai *setting* tradizionali, dove la presenza fisica è garante di una funzione di contenimento - deve saper scendere a patti col "diavolo" dell'indifferenziato: una condizione primordiale simil-psicotica, in cui lo specchio della videocamera, impietosa, accende i riflettori su aree di funzionamento che nella distanza sembrano prendere il sopravvento, rischiando di paralizzare ogni possibile trasformazione. Un'esperienza che ri-apre problematiche teoriche e metodologiche, sinora irrisolte: come poter risolvere identificazioni proiettive così potenti da dare luogo a dei "doppi", o esperienze di sosia immaginari, compagni di sventura di un percorso troppo pericoloso, legato all'impossibilità per l'analista di sentire di avere un controllo su eventuali agiti che, *in absentia*, sembrano sfuggire a ogni possibile controllo. Una difficoltà che ci sembra correlata all'angosciosa perdita dei confini del sé, garantita invece da un setting tri-dimensionale.

## Conclusioni

Come illustra il caso di Alessandra, l'online costituisce la via di accesso a una '*dimensione altra della conoscenza*'. Una dimensione cui è possibile giungere quando si incontrano, affrontandole, le paure piuttosto ancestrali dei pazienti di rivivere la medesima incuria e violenza già sperimentata durante la propria vita. Ossia la paura che l'analista, anziché proteggere, possa esporre al lato *dark* del web, come è accaduto anche in altri casi da noi incontrati: il paziente giornalista, che temeva potesse comparire la propria madre in mezzo alla stanza, quando era impegnato nelle dirette televisive da casa; oppure l'imprenditore, abituato a non fidarsi di nessuno, che si domandava se la terapia in realtà non si potesse trasformare in uno di quei *snuff movie*, dove i protagonisti muoiono, anche in diretta, e lo spettatore è condannato ad assistere impotente allo spettacolo.

Saper lavorare online, a nostro avviso, richiede accettazione e presa di contatto con l'ombra di un possibile oggetto perturbante. Il mantenimento di un'opacità, in cui il pensiero, scevro di giudizio, è capace di vivere le esperienze tra le più angosciose e terribili che si possano vivere. Come ad esempio i vissuti claustrofobici, scatenati dalla possibile perdita di tutto ciò che è noto: sensazioni e paure relative alla possibilità di rimanere chiusi tra le quattro mura "invisibili" della sofferenza. Saper gestire il *setting* online significa sapere giocare con l'*ob-jeu* nella definizione di Roussillon: l'oggetto-gioco che definisce lo "spazio potenziale", costituito - come abbiamo visto con il Covid - dal costante mutare dei contesti storico-sociali in cui l'analista lavora e attraverso i quali si manifesta la sofferenza umana. Un *setting* "malleabile", che offra accoglienza e contenimento rispetto all'incontro con le angosce collegate alla possibilità di andare quasi "al fronte" della sofferenza legata alla mancanza, all'assenza e alla perdita. Tutti aspetti che la non-presenza dell'incarnato all'interno di un luogo fisico rischia di scatenare nella mente del paziente e dell'analista, entrambi alle prese con il bisogno di ri-organizzare pensieri e modelli interiori.

Intendiamo chiudere queste nostre osservazioni, con una pagina di diario clinico, scritta sempre durante la pandemia. Una pagina che ci sembra parli molto più di qualsiasi teoria.

*Il paziente è un medico. Seppure sia ultraquarantenne, a volte l'analista si trova a pensarlo come fosse un bambino che chiede di essere accompagnato in una stanza buia. Anche l'analista si sente così, senza riferimenti. L'analista, come un pipistrello, vola nel buio, potendosi avvalere solo del suo "sonar" naturale: un intuito primordiale e biologico che lo guida. Null'altro. Il paziente appare dinanzi allo schermo del computer, decisamente diverso, più stanco: ha la barba lunga, le occhiaie, sempre più, ogni giorno che passa. Ha fatto una media di 15 ricoveri al giorno, tutti per patologie da Covid-19. "Sarà lunga, la curva non è logaritmica, ma esponenziale. I tre piani sono stati tutti adibiti a positivi", dice dalla sua stanza ospedaliera. Per l'analista sono sedute pesanti, difficili, in cui non comprende bene come recare conforto. Tuttavia, per il paziente l'analisi continua a essere uno spazio molto importante e non vuole perderlo. Durante le sedute, sembra di parlare con un astronauta in orbita intorno a un altro pianeta, inospitale e pericoloso. Il paziente sembra legato all'astronave-madre-analisi con uno di quei tubi/cordone ombelicale che si vedono in molti film di fantascienza: "Houston, abbiamo un problema", associa l'analista, ricordando il film Apollo 13, con tutti i suoi richiami alla lontananza, all'irraggiungibilità di dislocazioni corpo-mente che queste associazioni comportano. Il paziente riprende a raccontare che per ogni paziente ricoverato si deve svestire dalla bardatura anti-contagio, deve togliere visiera, occhiali, guanti, lavarsi, gettare via tutto e rivestirsi per il successivo ricovero. "Mancano i ventilatori", dice, improvvisamente severo. "Un mio collega oggi si è attrezzato alla meno peggio e ne ha costruito uno assemblando pezzi di altri dispositivi che niente hanno a che fare con un ventilatore. Ha preso persino il pezzo di un ecografo. Però è riuscito a far respirare un malato, per poi tentare di mandarlo in rianimazione". Poi prosegue: "Ha presente quando i bambini mettono insieme i mattoncini del Lego? Mia figlia, sì, mi è venuta in mente mia figlia che gioca coi Lego, e mi è venuto da piangere oggi in ospedale, ma sono riuscito a trattenere le lacrime. Ecco, una cosa simile ha fatto il mio collega. Ma alla fine quell'aggeggio funzionava. Oggi abbiamo avuto molta paura. L'ossigeno ha cominciato a scarseggiare". Paziente e analista si trovano l'uno accanto all'altro con la netta impressione di non curare, di non avere più mezzi e semplicemente di assistere i malati, accompagnandoli all'inevitabile morte. Qualcuno, o qualcosa, ha sottratto a entrambi, ogni possibile arma, ma il semplice rispecchiamento, privo di idee onnipotenti, o illusorie, permette il riemergere improvviso della speranza: "Una mia collega rianimatrice, dopo venti giorni di sole intubazioni di pazienti in condizioni disperate, oggi riesce finalmente a togliere il respiratore a una donna che stava per morire e che ora respira da sola. Tutta l'équipe ha applaudito mentre io passavo di lì e non potevo credere ai miei occhi". Commozione e gratitudine riempiono il vuoto lasciato dal gelo dell'assenza. Ma ecco che,*

*all'improvviso, come le vecchie radio dei radioamatori, cominciano delle interferenze di linea e si perde il segnale wifi. Il risultato è che la conversazione assomiglia alle voci di una vecchia radio cui ci si pone in ascolto, come si fosse in tempi di guerra, stando attenti a non perdere una parola del discorso di cui si è spettatori pieni di fiducia e di speranza. Analista e paziente sono come eroi alle prese con il difficile compito di tenersi vivi per curare gli altri, in un altrove che non è più lo spazio fisico, ma i suoni ruvidi, altrettanto rassicuranti di una nuova Radio Londra e di un inedito Philip Dick, che annuncia: "Sarà solo questione di tempo".*

## **Nota**

I nostri esempi clinici non contengono dati sensibili o altre note di testo che consentano un riconoscimento dei pazienti.

## **Analisti disconnessi. Online con i bambini**

*Elena Molinari*

### **Abstract**

Essere costretti a cambiare punto di vista è spesso un'opportunità evolutiva anche se implica l'attraversamento di un'area di difficoltà in cui si fa sentire il desiderio di tornare indietro.

Se ciò è vero nel processo di qualsiasi percorso analitico, lo è stato ancor di più per il cambio di *setting* della terapia online. Mentre per gli adulti essa è stata una novità relativa, essendo praticata da tempo da molti analisti, lo è stata invece più radicalmente nella terapia con i bambini. Le difficoltà sono state sostenute dalla vitalità insita nel giocare che, con il progressivo adattamento della coppia analitica al nuovo *setting*, consente di esplorare maggiormente sia l'ambito teorico sia quello clinico. La terapia online sollecita l'approfondimento della differenza tra giocare concretamente e il processo di trasformazione in gioco; quest'ultimo svincola la trasformazione dall'età del paziente e dall'uso concreto dei giochi e del corpo. Nelle sedute è stato possibile osservare come il movimento e la concretezza dei giocattoli abbiano potuto efficacemente essere sostituiti da fattori estetici di diversa natura quali l'inquadratura, i suoni o l'uso delle chat, che hanno aperto nuove prospettive e anche nuove tracce di ricerca.

Essere disconnessi dal *setting* classico ha consentito alla scrivente di sperimentare, in una nuova forma, la paradossalità di cui il gioco è intessuto: un analista disconnesso dal *setting* classico e nello stesso tempo emotivamente connesso in nuove forme. Talvolta più efficaci.

### **Parole chiave**

Terapia online, gioco virtuale, analisi infantile, trasformazione in gioco

L'incremento – ed in parte l'obbligo – della terapia online ha forzatamente “disconnesso” tutti gli psicoanalisti dalla forma più rigorosa e classica del *setting*.

Pur nella difficoltà di adattarsi a ciò che scardina la sicurezza del noto, l'essere costretti a cambiare punto di vista ha rappresentato per me un'opportunità per esplorare nuove ipotesi sulla teoria della tecnica.

Due assi hanno sostenuto la curiosità e la fiducia necessarie per andare in questa direzione: la memoria di un cambio di sedia ed un concetto teorico.

Il cambio di sedia non è da intendersi come un fatto metaforico, ma la sostituzione reale della poltrona usata per molti anni per lavorare come analista; una poltrona con lo schienale relativamente basso sul quale era impossibile appoggiare la testa. Per anni

mi era sembrato che ciò potesse contribuire a mantenermi attenta e mi ero così motivata a non sostituirla; proprio quando decisi che la concretezza non poteva influire sulla mia condizione mentale, comperai una nuova poltrona destinando la mia ai pazienti in terapia *vis-à-vis*. La nuova poltrona che era più bassa modificava la prospettiva da cui guardavo la persona che mi stava davanti e l'oscillazione tra fastidio fisico e spaesamento avevano di fatto già cancellato, dal primo giorno, l'atteso incremento di *comfort*. Inoltre la mia vecchia poltrona mi era stata regalata da una persona molto amata, il prolungamento di braccia affettuose che mi avevano contenuta. Così mi sentivo arrabbiata con me stessa per aver pensato di poterne fare a meno e su quella nuova mi sentivo più sola e risucchiata da intime sensazioni di perdita. Ora erano loro, i pazienti, a sedersi sulla "mia" poltrona, anche se nessuno faceva caso a cosa potesse significare essere improvvisamente seduto al mio posto. Non potendo certo tornare indietro, mi ero aggrappata allora all'idea che il nuovo assetto potesse rappresentare concretamente la cooperazione della funzione esplorativa, il fatto che il paziente sia di fatto e sempre il miglior collega del terapeuta. Con il tempo questo pensiero non solo ha arginato la difficoltà emotiva, ma anche prodotto inattese trasformazioni nella relazione analitica.

Se l'aver perso il *setting* consolidato aveva aperto nuove prospettive nella terapia con gli adulti perché non sarebbe potuto accadere di nuovo con i bambini nella terapia online? Di fatto il punto di partenza era molto simile perché il vedersi a distanza produceva vissuti assai simili a quelli della perdita della mia vecchia poltrona. Giocando nella stessa stanza gli elementi non mentalizzati che si esprimono attraverso l'agire non costituiscono solo un ostacolo, ma anche una sollecitazione per il terapeuta a collocarsi sullo stesso livello comunicativo e ad affrontare insieme al bambino la trasformazione. Nella terapia dei bambini il fare racchiude un livello di finzione (*to pretend*) che avvicina il gioco al sogno. "*Facciamo che questa scatola sia un astronave*" non è solo un invito ad immaginare, ma rappresenta la sollecitazione ad entrare insieme al bambino in una dimensione in cui corpo e mente lavorano insieme alla trasformazione delle emozioni. Per molti anni la teoria psicoanalitica ha svalutato il fare, valorizzando invece l'interpretazione verbale. Solo dopo Winnicott la partecipazione attiva dell'analista al gioco e la possibilità di trasformare le interpretazioni da comunicazioni verbali a comunicazioni in azione sono state considerate non solo possibili ma più efficaci nel lavoro analitico con i bambini.

Ora che il muoversi insieme e l'interagire in tempo reale era impossibile, cosa poteva essere conservato dell'essenza del giocare insieme? Cosa avrebbe potuto sostituire il livello sorgivo in cui l'azione condivisa contribuisce a generare il senso e il significato?

Un primo abbozzo di pensiero per riscattare la terapia online dall'essere solo un surrogato della terapia in presenza, si è coagulato intorno al fatto che l'area di gioco è per definizione un'area in cui è possibile il paradosso. Questo descrive una situazione in apparente contraddizione con l'esperienza comune, o con i principi elementari della logica, secondo la quale l'uso condiviso dei giocattoli o esiste o è impossibile da realizzare attraverso lo schermo. Eppure, per non cancellare il gioco con i bambini,

risolvere il dilemma ha costituito la sfida per mantenere viva la fiducia di continuare a relazionarsi in modo terapeutico senza rinunciare completamente alla peculiarità che la contraddistingue.

Inizialmente solo dopo la seduta, durante la stesura degli appunti, sono emerse alla coscienza alcune osservazioni sulle inquadrature, la composizione degli oggetti nel riquadro dello schermo, notazioni sullo spazio o i colori. Osservazioni apparentemente marginali, estranee al contenuto che però cambiando il punto di vista avevano il potere di attivare la sensorialità e la curiosità. Elementi estetici quindi capaci di avviare non un gioco concreto, ma un processo di trasformazione-in-gioco.

Elementi estetici insomma come giocattoli virtuali, aspetti irrilevanti che possono sostituire il movimento e la sensibilità del corpo nel guidare la trasformazione.

### **Zoom in, Zoom out**

*Giovanni (otto anni): lo vedi questo?*

*Terapeuta: un supereroe dei Rainbow*

*Giovanni: guarda l'arma che ha. Devi vedere bene!*

*Terapeuta: vedo. È molto vicino però e faccio un po' fatica a vedere bene.*

*Giovanni (per nulla interessato alla mia segnalazione): ti faccio vedere che lo stesso personaggio ce l'ho anche nel lego.*

*E di nuovo avvicina e allontana il personaggio dalla telecamera producendo immagini a fuoco e sfuocate in rapida sequenza.*

*Nessuna avventura, nessuna narrazione in risposta alle mie sollecitazioni in questo senso.*

*Da vicino vedo sfuocato, ma non appena mi adatto Giovanni allontana il personaggio per mostrarmi un altro dettaglio. Non c'è un vero dialogo e ciò che mi si impone è sostanzialmente un esercizio di messa fuoco che mi procura una sensazione di nausea e di confusione mentale.*

*Giovanni è invece quasi eccitato e molto contento dell'interesse che suscita in me; i suoi compagni di scuola – mi spiega – amano altri supereroi e lui non può farli partecipi di tutte le sue scoperte.*

Dopo la seduta rifletto: penso ai possibili rimandi dell'essere a fuoco e fuori fuoco sotto gli occhi e nella mente dell'altro, penso al senso della ciclicità fra essere vicini e lontani e mi domando se quanto accaduto ha un legame con la nuova modalità della seduta online. Rifletto sui supereroi e sul loro doppio equipaggiamento di offesa e difesa. Nulla di tutto questo però mi sembra compatibile con il clima emozionale della seduta impregnata dalla gioia di condividere.

Giovanni ha un talento speciale nel disegno, ma quando abbiamo provato ad utilizzarlo a distanza lo abbiamo sentito entrambi come una modalità poco praticabile: io non lo

vedo mentre disegna e lui si sente lasciato solo per troppo tempo se rimango in silenzio, o viceversa lo infastidisco se parlo mentre disegna. Mi ritorna però alla mente come i suoi disegni risultino particolarmente artistici per l'uso libero delle proporzioni in senso espressivo. Ad esempio se deve mostrare la forza di un guerriero lo disegna con un braccio enorme e decisamente sproporzionato; se si rappresenta nella classe si disegna piccolissimo per via della sua timidezza e del rimando negativo che la scuola gli dà rispetto alla sua lentezza esecutiva.

Penso allora come possa essere che questo aspetto della sua creatività si sia adattato velocemente all'online e abbia trovato un modo di continuare ad esistere.

### **Chattare è parlare, agire o giocare?**

*Filippo (10 anni) spegne la videocamera di Skype e inizia a scrivere: ho visto Peppa Pig for adults. Vuoi che ti faccia vedere un episodio?*

*Analista: dai! volentieri*

*Filippo: però è un po' splatter SEI SICURAAA???*

*Analista: ok ce la posso fare se vediamo insieme. Cosa faccio vado sul link? ma come faccio a vedere insieme a te?*

*Filippo: VAI SUL LINK E BASTA*

*Vediamo l'episodio insieme*

*Analista: un cartone un po' cinico che cerca di scherzare su cose che sono anche molto difficili. Tu cosa ne pensi?*

*Filippo: Con cinico cosa intendi dire?*

*Analista: Cinico è un modo di far diventare divertente una cosa che all'inizio era triste. Un modo di rovesciare le cose per non esserne spaventati.*

*Visto che parlo in modo strano Filippo pensa che non ho capito nulla e con pazienza mi riassume e mi rispiega quanto abbiamo appena visto.*

*Filippo: Il senso era che un giorno un tizio ha offerto a Peppa del Bacon. Poi le è venuta la rabbia perché le piaceva tanto, ma la sua famiglia non glielo dava. Allora lei si è arrabbiata e ha ucciso suo padre.*

*Analista: Forse voleva da suo papà qualcosa di buono. Non è detto proprio un pezzo di suo papà. Volere in quel modo lì poi fa sì che non hai più il papà, è un modo che alla fine ti frega.*

*Troppo moraleggiante e la reazione non si fa attendere.*

*Filippo: FUCK YOU MOLINARI. QUERTY TARANTINO*

*Analista: come un film di Tarantino?*

*Filippo: YAAAA CACCA CACCA CACCA CACCA CACCA CACCA CACCA CACCA CACCA HSGIODNWEFR, GRTHBNYTNJ UYKUIK 7IKCIU*



*KCRCKIUC V KI, UCV KUI*

*Analista: OK, capito. Conosco l'alfabeto segreto di Tarantino.*

*Silenzio per qualche minuto.*

*Filippo: C'è una possibilità per salvare Peppa Pig, te le elenco. Aspetta però. Scriverò un po'. Tu non scrivere niente. Intesi?*

*Analista: ok*

*Filippo: BENE PUOI SCEGLIERE:*

*1) Lasciare il finale così e basta. (Scegli A se vuoi questa)*

*2) Dalle un gelato (Scegli B se vuoi questa)*

*3) Dalle 47576868 gelati (scegli C se vuoi questa)*

*Analista: Tarantino sceglierebbe A*

*Filippo: Ciao! ALLA PROSSIMA*

*Chiude la linea e non risponde più alle mie chat né alle mie chiamate.*

Finita l'ora con lui, continuo a lavorare online con altri pazienti, ma continuamente mi si infila il pensiero di aver fatto con Filippo la cosa sbagliata e forse anche qualcosa di dannoso. Filippo mi aveva proposto di salvare *Peppa Pig* dalla colpa di essere diventata un *killer*, forse di consolarla con un gelato, una montagna di gelati. Io invece scelgo l'opzione di lasciare il finale così. Com'è che mi era venuta l'idea di scegliere la risposta A?

Mi ero semplicemente sentita di seguire Tarantino, di non addomesticarlo troppo e di lasciare fino alla fine la possibilità di guardare insieme la scena *splatter*? Oppure avevo agito la mia difficoltà di tollerare un bambino così tirannico, vendicandomi?

Certamente, dopo la chiusura anticipata di una decina di minuti, mi sentivo come descrive Bion (1984, 201) quando abbiamo a che fare con un pensiero selvaggio che circola nel campo intersoggettivo:

*succede la stessa cosa con il pensiero senza pensatore, il pensiero che si sta guardando attorno, alla ricerca di qualcuno in cui "possa venire pensato"; [...] il pensiero selvaggio che è nell'aria, ma che nessuno ha avuto il coraggio di pensare perché abbiamo paura che ci venga chiesto: "Perché stai giocando con quell'idea sporca?"*

Dopo due ore, mentre sono online con un altro paziente, vedo arrivare questo messaggio:

*NON HO PAURA QUANDO GIOCHIAMO AI KILLER*

*CIAO MOLINARI*

Filippo aveva acchiappato il pensiero senza pensatore.

## **Orientarsi con i suoni nel buio della perdita**

Con Paolo (sette anni) iniziamo a giocare (ognuno nella sua stanza) immaginando di partecipare ad una gara motociclistica; lui è Valentino Rossi, il pilota che non ha paura di niente e di nessuno. Con il suo modellino di moto mi mostra le peripezie che è in grado di fare fino a che la moto cade dal tavolo e Paolo mi dice che è accaduto un incidente.

*Paolo: Ha perso una gamba*

*T: inizio a preparare l'anestesia per riattaccarla*

*Paolo: quella forte*

*Mentre mescolo due soluzioni da mettere nella siringa per cercare di diminuire la distanza mi trovo inconsapevolmente a riprodurre i suoni che producono l'apertura della fiala, l'aspirazione, il mescolamento, come in un cartone animato. Paolo, mi chiede di ripetere il rumore con cui accompagno le operazioni immaginate e mimate. Vuole che ripeta più volte questi suoni per cui gli chiedo:*

*T: Ti piace questo suono?*

*Paolo: Sì, è come quando si mescola lo zabaglione che mi piace tantissimo.*

*Mentre opero per riattaccare la gamba, commento che sta succedendo proprio come se io fossi dentro la sala operatoria e lui là fuori ad aspettare.*

*Analista: Non sapere cosa stia succedendo è difficile per cui almeno sentire i suoni è stato come aprire un po' la porta. Penso alla distanza fra noi, ma in effetti il commento è un po' distopico perché lui non è là fuori, ma tra le mie mani di chirurgo.*

*Paolo me lo segnala: Dai vai avanti, continuiamo a giocare.*

*Continuo a prendermi cura del guidatore della moto che faccio esistere con i miei gesti di cura. Più che un dottore mi sento una mamma. Paolo si stende e rimane immobile a lungo, tanto che mi sembra si sia addormentato. Poi si rialza e dice: Lo zabaglione lo fa Andrea il cugino di mio papà...sì perché adesso mi chiamo Bianchi.*

Paolo ha alle spalle un'intricata e dolorosa vicenda giudiziaria di cui conoscevo i precedenti, ma non l'arrivo del decreto per il cambio di cognome. Oltre alla sua famiglia di origine ora ha anche perso il suo cognome e ripensando al gioco appena condiviso, l'incidente, l'amputazione, il desiderio di una forte anestesia mi risultano più comprensibili.

Ciò che mi sorprende però è la sua capacità di annullare la distanza usando il suono che io ho associato ai gesti di cura immaginandoli suoni simili a quelli per preparare un cibo che gli piace molto. Un ricordo che salva quel poco di buono che c'è nell'esperienza con il suo papà.

Facendo io fatica ad accogliere l'amputazione del cognome e sentendo tutto il dolore

di questo incidente gli chiedo

*T: Bianchi-Rossi?*

*Paolo: No solo Bianchi. Rossi non c'è più; è andato da mia nonna in carriola con le mutande viola.*

Non sento questa risposta come un tentativo di far sparire il dolore dentro una rima o una reazione un po' maniacale.

Paolo inventa una frase ironica, ma lo fa al termine di un gioco in cui ha sentito di potermi guidare ad un uso del corpo, di piegare la mia voce verso una sonorità materna simile a quella che si usa con i bambini piccoli. Penso che la sua trovata sia la trasformazione in un gioco linguistico della nostra congiunta capacità trasformativa emersa nel gioco sotto forma di incidenti e di operazioni chirurgiche finalizzate a riattaccare pezzi. Penso che la vitalità di questo bambino di creare ciò che non c'è, di colmare le distanze con la fantasia, si renda evidente nella sua straordinaria capacità di continuare a giocare come se non fossimo in due stanze diverse. La terapia online mi fa toccare con mano la sua resilienza.

### **Troppo vicino, troppo lontano**

Giuditta, una ragazza di 12 anni fortemente traumatizzata, per diverse sedute non trova altro da dirmi che le sono antipatica, cogliendo l'opportunità di condensare tutta la rabbia per ciò di cui si sente depredata.

Appoggiando il telefono sul tavolo mi fa contemplare il soffitto poi dopo un po' mi appoggia da qualche altra parte che mi consente di vedere solo uno scorcio della sua camera. Non dice quasi nulla, risponde a monosillabi e continua a fare qualcosa che io non vedo.

Un pomeriggio mi rendo conto che mentre io vedo come attraverso una lente di grand'angolo, lei mi confina ad essere una piccola immagine, una figurina da appoggiare qui e là e da dimenticare. Questo cambio di dimensioni (io piccola e lei grande) ribalta il nostro rispettivo punto di vista e oltre a ridurre la mia immagine, le dà l'opportunità di oltrepassare la limitazione che chiude la prospettiva su ciò che la circonda. Mi viene in mente un'immagine che avevo fatto riprodurre su una maglietta per regalarla ad un mio amico fotografo: un piccolo bambino che guarda dentro una macchina fotografica provvista di un voluminoso tele-obiettivo, ma dalla parte opposta a quella corretta.

Le parlo non dell'immagine, ma del mio amico fotografo e di come mi insegni i trucchi dell'inquadratura. Le mando alcune foto.

Giuditta si incuriosisce e parlando delle inquadrature iniziamo a parlare del disperato compito di mettere a fuoco una realtà troppo dolorosa. L'unica possibilità è di guardarla attraverso una lente, lavorare sulle inquadrature, manipolarla un po' e soprattutto guardare insieme queste foto.

## **Il bambino velato**

All'ora della seduta, dopo avermi comunicato di essere molto stanco, Alberto, 5 anni, si sdraia sul letto e si addormenta. Vedo solo in penombra la sua sagoma coperta dal lenzuolo.

L'immagine si associa nella mia mente all'opera dello scultore IAGO (Jacopo Carrillo): "il figlio velato". Quest'ultima è un'opera contemporanea che si ispira al famoso Cristo velato del 1753 di Giuseppe Sanmartino, conservato a Napoli. Nella scultura di IAGO, il Cristo è sostituito dall'immagine di un bambino morto, simbolo dei tanti bambini migranti annegati durante la traversata del Mediterraneo per arrivare in Europa.

Penso che anche Alberto faccia una gran fatica ad attraversare il mare che lo separa dall'essere accolto e dall'esperienza di essere quel bambino che i suoi genitori e gli insegnanti si aspettano.

Ritirarsi è la modalità con cui nella vita argina il dolore di un adattamento faticoso. Mi rendo conto però che attribuire all'immagine di lui addormentano il significato di un corpo privo di vita, contiene oltre alla sua, la mia mortificazione di sentirmi completamente esclusa. Non proiettare su di lui la mia esperienza emotiva, come fa la sua mamma, apre alla possibilità di vedere da un punto di vista diametralmente opposto. Alberto ha potuto fare nella relazione terapeutica, e solo perché è online, qualcosa di impossibile in presenza: decidere in autonomia senza lasciarsi condizionare dal peso di ciò che si deve fare. In presenza sicuramente avremmo giocato e lo avrei sollecitato in qualche modo per cui sarebbe stato davvero difficile addormentarsi e dormire per tutta l'ora.

Rimango quindi vicino a lui, in un silenzio colmo di sogni.

## **Personaggi o persone?**

*Franco usa un personaggio per giocare con me (un coniglio). Ciò che gli accade nel videogioco viene sentito come riferito a sé stesso; ciò che accade a me, nei panni del coniglio, viene riferito al personaggio.*

*Franco: Ecco adesso vedrai che mi cade in testa quella grossa pietra, ma io riesco ad evitarla. Invece il coniglio è imbranato e si lascia ipnotizzare dalla luce così non è capace di scappar via in tempo.*

*Analista: ... e se io riuscissi ad attraversare lo schermo? Mi rifugerei in una tana molto speciale (la nostra stanza)*

*Franco: (rimane per un attimo spiazzato, con gli occhi sbarrati come un coniglio di fronte ai fari di una macchina perché in effetti io ho introdotto qualcosa che rompe l'immersione nel gioco):... io ti raggiungerei e ti lancerei la pietra ... no la pietra non può attraversare il vetro. Lo attraverso solo io.*

È noto che nel gioco i bambini facciano uso di aspetti proiettivi. Non mi è difficile intuire che le sue difficoltà scolastiche e sociali ricadano su di me.

Ciò che mi sorprende invece è constatare come lo schermo diventi per questo bambino un'area transizionale tra sé e non sé, una membrana permeabile e come lui riesca ad utilizzarla meglio di quando abbiamo avuto la possibilità di giocare concretamente insieme.

Franco mi coinvolge in un videogioco in cui lui è un personaggio (un bambino), io un altro.

### **La distanza fa miracoli**

Alessio ha 10 anni ed è un bambino molto chiuso che vive la relazione con i compagni in modo persecutorio. Ogni minima interazione negativa viene sentita come una insostenibile derisione.

Dopo una seduta, mentre sono su Skype con un altro paziente, sento continuamente il piccolo squillo di arrivo di una chat.

È Alessio che per la prima volta varca i confini della sua ora inviandomi una serie di immagini. Anche durante la seduta lo aveva fatto sparendo dal video e osando dirmi che ciò che gli stavo dicendo era noioso (più che noioso difficile da ascoltare). Anche questo costituiva una prima volta di un dialogo sincero e più aperto alle emozioni.

Nel cambio ora gli rispondo con una breve chat varcando anch'io i confini dell'ora.

Un po' dopo arrivano ancora due immagini in movimento: una con un gatto che muove le orecchie ed una seconda in cui un coniglietto dichiara il suo amore ad una coniglietta. Le immagini sono accompagnate da un suo commento: *queste immagini vedile come un segno di amicizia.*

Poi un'altra chat: *non avevo visto la scritta "I love you" sotto la vignetta dei gatti. Ho fatto un balzo nel punto sbagliato.* Segue l'immagine di una piccola volpe che fa un tuffo nella neve.

La sequenza mi intenerisce molto e questo disgelo degli affetti, che gli scappa un po' di mano, mi sembra una trasformazione che per ora ha potuto esistere così esplicitamente proprio perché protetta dalla distanza.

### **Osservazioni conclusive**

Con una tecnica di *databending* (un processo di manipolazione di un file multimediale che si ottiene utilizzando un *software* che apre e modifica file di formati diversi, per es. aprire un file audio con un programma che legge i testi) due artisti, hanno messo a punto una tecnica per ottenere l'immagine di un *selfie* modificato in base alle emozioni che quella persona prova in una situazione emotivamente difficile. L'algoritmo manipola la fotografia, elaborando il codice alfanumerico che la compone e inserisce all'interno di questo codice sorgente il disturbo emotivo dell'utente. Ne consegue un disturbo digitale che altera l'immagine creando un ritratto personale che include il proprio stato emotivo.

In una certa misura l'esperienza della terapia online sollecita i terapeuti ad un'analogia

operazione creativa, che consente di continuare a cogliere, oltre che nelle parole, le molte sfaccettature della comunicazione emotiva. Ciò che può apparire come un'anomalia tecnica, un'inquadratura insolita, un dis-allineamento audio-video costituiscono perturbazioni potenzialmente utili al processo terapeutico se possono essere colte anche come riflessi di processi psichici. Winnicott, ben prima che un'esperienza lo mettesse nelle condizioni di sperimentare un dis-allineamento audio-video, poté dire al paziente: “*Vedo un uomo sdraiato sul lettino, ma sento parlare una donna*”.

L'essere disconnessi dal *setting* abituale ha prodotto un passaggio simile a quello che si sperimenta tra il vedere ad occhio nudo e guardare dentro un obiettivo. In questo passaggio si perde la vividezza che caratterizza la percezione visiva naturale, ma si viene spinti a osservare di più i dettagli, le inquadrature, le luci e le ombre, la prospettiva. La visione si modifica, realizzando, in una modalità concreta, ciò che gli psicoanalisti hanno faticosamente appreso nella loro formazione: osservare ed ascoltare senza aderire a ciò che appare con più evidenza o per usare un'espressione di Robert Capa, ciò che è *slightly out of focus* (*Slightly out of focus* è il titolo di un suo libro e il motto che riassume la sua genialità di fotografo: *Slightly out of focus. The Legendary Photojournalist's Illustrated Memoir of World War II*. Modern Library War. Paperback, 2001).

È stato possibile sperimentare nuove modalità che i bambini hanno inventato e trovato per esprimere le loro emozioni. Talvolta cambiando semplicemente forma, altre approfittando del mezzo per creare nuove aree di paradosso, o nuove aree transizionali. La chat ad esempio, che sarebbero idealmente scambi di parole, si sono rivelate aree di un sogno ad occhi aperti dove parola, immagine e azioni si sono mescolate in modi imprevedibili.

Inoltre, il nuovo *setting* ha reso possibile anche ai bambini boicottare una seduta, ad esempio addormentandosi o andandosene prima della fine dell'ora spegnendo il video, cosa che nel *setting* classico è possibile solo per gli adulti e gli adolescenti. Ciò che può essere interessante è la possibilità che essa possa aver cambiato la prospettiva negativa entro cui i terapeuti solitamente la collocano.

Infine una breve riflessione su ciò che accade di diverso rispetto al movimento che è intimamente connesso al giocare.

Quando si lavora con i bambini in remoto accade che si muovano con il loro *tablet* in giro per la camera, o, giocando, urtino il dispositivo spostando per tutta la seduta la visuale sul soffitto. Se un bambino non è troppo inibito, è normale che si muova e non abbia né la padronanza del dispositivo, né l'intenzionalità di mantenersi in contatto con l'altro attraverso la telecamera.

Quando accade che l'immagine non sia stabile, ci si sente immersi nella turbolenza del processo creativo che il bambino mette in atto dentro di sé quando gioca. Giocare mescola molti fattori: i processi intrapsichici, quelli onirici inconsci, quelli relazionali come in qualsiasi relazione terapeutica. In più tuttavia offre la possibilità di coniugare

processi mentali al fare concreto, sottoponendo il terapeuta ad uno sforzo maggiore per tenere in equilibrio il movimento ed il pensiero. Nelle riprese cinematografiche un dispositivo inventato nei primi anni '70, la *steadycam*, ha consentito a chi riprende di muoversi liberamente e persino correre senza che vibrazioni o fluttuazioni eccessive vengano trasmesse alla macchina da presa.

Nel passato la terapia dei bambini ha contribuito alla teoria della tecnica e consentito anche ai terapeuti degli adulti di mediare da essa una sorta di *steadycam* psichica, per governare il processo con i pazienti più gravi che fanno dell'agito un modo frequente di comunicare.

L'esperienza online delle terapie dei bambini e degli adolescenti sta consentendo di evidenziare e nominare altri strumenti utili in questa direzione.

### **Nota**

I dati clinici contenuti nel mio contributo non contengono dati sensibili o riferimenti che possano rendere il paziente riconoscibile.

### **Bibliografia**

Bion, W. R. (1983). *Seminari italiani*, Borla, Roma.

Bion, W. R. (1984). *Conversazioni con Bion. Los Angeles – New York – São Paulo*, a cura di Francesca Bion, Loescher, Torino.

Capa, R. (1947). *Leggermente fuori fuoco*. Contrasto 2001.

Molinari, E. (2010). Dagli accartocciamenti agli origami: un analista impara a giocare. *Quaderni di Psicoterapia Infantile*; p. 144-163.

Winnicott, D. W. (1966). Sugli elementi maschili e femminili scissi. In *Esplorazioni Psicoanalitiche*, Cortina, Milano.

## **“La richiesta di un futuro”: l’adolescente e la psicoanalisi a distanza. La psicoterapia degli adolescenti e le restrizioni da SARS-CoV-2**

[Niccolò Gozzi](#), [Valeria Gristina](#), [Fabrizio Rocchetto](#), [Francesca Tranquilli](#), [Valentina Trombacco](#) (Gruppo di studio SIPsIA sul trattamento degli adolescenti con dipendenza da *cannabis*)

### **Abstract**

L'emergenza legata alla pandemia da SARS-CoV-2 ha comportato limitazioni che hanno imposto l'utilizzo della tecnologia online per mantenere contatti sociali. Gli adolescenti, tra i principali utilizzatori dei *social* di cui i genitori spesso lamentano l'abuso, si sono trovati a vivere una nemesi. Anche il trattamento psicoanalitico per necessità è stato temporaneamente spostato online. Come hanno reagito i nostri pazienti a questo cambiamento di setting? Nell'articolo gli autori descrivono gli effetti del *lockdown* del 2020 attraverso gli occhi dei propri pazienti adolescenti. Utilizzando l'esemplificazione di una particolare categoria – i consumatori di marijuana – ipotizzano che il trattamento online possa configurarsi come uno strumento terapeutico per tutti gli adolescenti in particolari situazioni cliniche.

### **Parole chiave**

Psicoanalisi, online, adolescenti, SARS-CoV-2, *lockdown*.

Non leggo un libro da tre anni

[On. Lucia Borgonzoni, sottosegretaria alla Cultura]

Ho confuso Topolino con Dante

[On. Rossano Sasso, sottosegretario all'Istruzione del Governo Draghi, febbraio 2021]

In passato, in ambito psicoanalitico, si è discusso sull'efficacia della psicoanalisi online (De Intinis, 2015; [Goisis-Lauro](#) in questo stesso numero; Marzi, 2013, 2017; [Merciai-Goisis](#) e [Cannella-Merciai](#) in questo stesso numero; Webinar/IPA 2016; [Webinar/IPA](#) 2019), una condizione possibile adeguatamente solo da pochi anni grazie alla disponibilità di strumenti tecnologici adeguati: qualità della connessione, programmi e caratteristiche dell'apparecchio digitale. Inoltre deve essere tenuto presente che la generazione degli immigrati nel digitale, oltre ad avere minore dimestichezza con la tecnologia dei nativi, ha vissuto nel cosiddetto occidente per alcuni decenni – successivamente al dopoguerra, lontano da epidemie o minacce per la salute se si esclude in Europa la catastrofe di Chernobyl del 1986 – “cullandosi” nell'illusione che la scienza riuscisse rapidamente a gestire in modo efficace qualsiasi emergenza. L'epidemia da SARS-CoV-2 ci ha riportato con i piedi per terra. Bolognini, per



descrivere la situazione che stiamo affrontando, ha utilizzato l'efficace metafora dei terremotati che devono vivere per un periodo di tempo nelle tende da campo ([Bolognini, 2020](#)).

L'utilizzo dei trattamenti psicoanalitici online è stato poco considerato finché la spinta impressa dalla pandemia ha aperto importanti spazi di riflessione ([Anastasia, Goisis, 2020](#); [Ungar, 2020](#), con [sottotitoli in italiano](#); [SPIweb, 2020](#); [Webinar IPA post-Covid 2020](#)). Gli adolescenti sono fisiologicamente un passo avanti nell'area delle novità e dell'innovazione anche se il problema dell'*addiction* da tecnologia digitale è stato spesso all'origine della richiesta di consulenza psicoterapeutica. È forse necessario operare una distinzione tra la terapia online in generale e la terapia online imposta dalle restrizioni per l'epidemia da SARS-CoV-2. Il trattamento online in passato ha avuto timidi spazi di riflessione, legati principalmente alla necessità (per esempio il paziente impossibilitato a raggiungere la stanza di analisi per un trasferimento) e alle condizioni cliniche (pazienti ricoverati) forse mai come scelta preferenziale di trattamento. Il *setting* in presenza è insostituibile per la ricchezza di stimoli che può offrire, ma le limitazioni legate al contenimento dell'epidemia hanno costretto tutti gli analisti – anche quelli non disponibili al trattamento online – ad accedere e familiarizzare con la tecnologia anche solo per non rimanere esclusi dalla vita societaria e dalle attività scientifiche.

### **Internet e l'epidemia da SARS-CoV-2 per gli adolescenti**

Giorno dopo giorno l'epidemia si configura come un evento che sta cambiando la storia e i costumi dell'umanità nel rispetto delle coordinate geografiche: il luogo dove si vive (città o piccolo centro), la cultura e le caratteristiche socio economiche. Il Covid non sta imponendo solo temporanee modifiche ai comportamenti sociali ma sta incidendo nella carne di una generazione, con modalità che non si sono mai presentate in passato sia per la dimensione globale sia per la forza della virulenza che fino a pochi anni fa si considerava limitata ai virus informatici o ad alcuni focolai (es. Ebola). Inoltre non siamo in grado di prevedere, insieme allo sviluppo delle fantomatiche “varianti del virus”, quali ripercussioni l'epidemia avrà sulla psicologia delle singole persone. A fronte di un'ampia disponibilità di strumenti di conoscenza e comunicazione, mai registrata in passato, la banale affermazione “sono positivo” – un paradosso semantico – segnala la vulnerabilità e l'angoscia per un'infezione che può risultare mortale. Una condizione che rende estremamente attuale il perturbante (Freud, 1919) e il fatto che il familiare (il piacere della socializzazione) può diventare veicolo del “pericoloso estraneo” (il virus) anche con esiti fatali. I principali strumenti per combattere la pandemia sono le vaccinazioni, le cure mediche e le limitazioni nella socializzazione (distanziamento, mascherine e confinamento), fattori che hanno portato oltre che una violenta esperienza di deprivazione sociale ad un necessario maggior uso della tecnologia digitale. Ma come hanno reagito e stanno reagendo gli adolescenti ai trattamenti online imposti dall'epidemia?

Come già detto, prima della pandemia non era raro ricevere richieste di consultazione

per *addiction* da video – cellulare e *PC* – da parte di genitori per i propri figli adolescenti immersi nei *social* anche se forse, a volte, avrebbero avuto bisogno della consultazione i genitori invece dei figli. Con l’arrivo dell’epidemia e le restrizioni sociali, il *video* – cellulare e *PC* – è diventato una risorsa e gli adolescenti sono divenuti spesso “consulenti” nell’uso dei social e dei programmi per le *call* degli adulti. Inoltre, l’utilizzo dello strumento digitale è divenuto indispensabile sia per superare l’isolamento sia per lo studio (DAD) e lo svago.

Una premessa: nella psicoterapia online vengono spesso utilizzati due termini: *remoto* e *virtuale*. Il termine *remoto* viene messo in opposizione a *in presenza* e di fatto descrive nell’etimo, l’essere lontano nello spazio. Per quanto riguarda il termine *virtuale*, dal latino *virtualis*, *in potenza*, viene utilizzato in relazione ai trattamenti online come se fossero in opposizione al trattamento *reale*, *effettivo* (voce Treccani, sinonimi e contrari). Il trattamento online ha caratteristiche diverse da quelle in presenza – in particolare per il *setting* – ma non può essere a nostro parere considerato un trattamento virtuale nel senso di “meno reale”, né privo di una minore azione clinica anzi, in alcuni casi, può offrire valide occasioni terapeutiche pur rimanendo da privilegiare il trattamento di persona che offre una qualità sensoriale – come la condivisione della stanza, l’organizzazione del *setting* – utili ai fini terapeutici.

La potenzialità del remoto può essere esemplificata da una vignetta circolata sui social nella quale paziente e analista dialogano utilizzando il telefonino, pur essendo presenti nello stesso luogo uno di fronte all’altro, come se fosse un differente modo di comunicare.

Si può quindi ipotizzare che le sedute online permettano un accesso ad una differente modalità di relazione/conoscenza rispetto a quelle in presenza, con implicazioni transferali e controtransferali – che devono essere studiate – specifiche per ogni singolo caso, ma che portano ad ipotizzare che la modalità online manterrà la sua efficacia per alcune situazioni cliniche specifiche anche nella post-epidemia. Un esempio sono i trattamenti difficili per motivi di distanza geografica ovvero situazioni con pazienti per esempio con dismorfofobie che nel trattamento online ottengono un sollievo rispetto all’angoscia dell’incontro “fisico” del trattamento di persona. Alice, 18 anni, in epoca *pre-Covid*, ha potuto usufruire dell’analisi a distanza che non era possibile condurre in presenza a causa di una seria anoressia, così come Roberto, 13 anni, in trattamento per un grave lutto, ha potuto proseguire le sedute anche quando per ragioni familiari ha dovuto trasferirsi in un’altra città. Alberto, un paziente di 24 anni, in analisi da sei per problemi di *addiction* da alcol, riguardo alle limitazioni imposte dal Covid per la terapia e l’utilizzo delle sedute online, commenta “certo, le sedute online non sono come quelle a studio ma se si fa un buon uso funzionano”.

### **Il *setting* online. Uno sguardo indietro: la “cornice” nel trattamento dell’adolescente**

Winnicott ha evidenziato (1964) come nella terapia di un paziente che non ha ricevuto cure iniziali sufficientemente buone, vengano portate “richieste imponenti” senza

sapere di cosa si tratti, richieste che possono essere analizzate esclusivamente nella cornice del *setting*. Il *setting*, come segnala Pellizzari (2006), garantisce le condizioni per osservare l'inconscio e permettere la sua interpretazione. La possibilità di avviare il trattamento può richiedere allo psicoanalista, in particolare con gli adolescenti, la capacità di adattamento alle richieste del paziente che irrompe fisicamente nella stanza di analisi – una differenza radicale rispetto al trattamento online – con modalità che possono variare dal rimanere silenziosi quasi immobili, all'essere rumorosi e irruenti attraverso movimenti bruschi, odori e profumi, rumori (tono della voce, sbattere gli oggetti). Tali modalità possono essere veicolate anche da un uso quasi protesico (Preta, 2007) degli strumenti tecnologici, che sollecitano l'analista ad un lavoro di significazione simbolica del materiale che il paziente porta in seduta a cui si aggiunge, in particolare, il lavoro sul controtransfert per le risonanze che può sollecitare rispetto alla propria adolescenza (Maltese, 2006). Il trattamento degli adolescenti, come nel caso di pazienti molto disturbati, può impegnare l'analista a vivere la tenuta del *setting*, in alcuni momenti, come elemento principale del processo di cura, mantenendo la fiducia che il paziente saprà appropriarsi del beneficio del contenimento e delle interpretazioni. Nel trattamento online dell'adolescente, l'analista è convocato ad una differente funzione di "contenitore" e "garante" del *setting* anche se non è raro che sia il paziente ad intervenire come nel caso di problemi di "connessione", un termine che è anche metafora della relazione analitica online. Luca, 15 anni, un giorno in cui la seduta era difficile perché immagine e audio si bloccavano, dice all'analista "*non ti preoccupare, ci penso io, proviamo con Google Meet, ti insegno*".

L'adesione alle regole del *setting* significa per l'adolescente compiere un adattamento analogo a quanto saprà fare l'analista nei confronti del paziente, mettendo in conto – al di là delle competenze tecniche – che possa fallire l'*intake* perché "non ci si prende", una questione delicata che riguarda il processo di scelta dello psicoterapeuta a cui inviare "quel" paziente. È molto difficile avviare una terapia online senza che sia stata preceduta almeno da un incontro in presenza, anche se non impossibile. Sappiamo come l'*intake* con l'adolescente si caratterizzi anche per un "esame" a cui siamo sottoposti dal paziente e che riguarda ciò che siamo – fisicamente ed emotivamente –, le nostre competenze sul suo mondo (gioco, sport, musica, rapporti, linguaggio ecc.), la "*location*" (luogo e stanza di analisi) e per quanto tempo lo riceviamo: la stanza di analisi come "corpo" dell'analista e come tale, nel transfert, possibile oggetto di attacchi. Nel trattamento online l'analista può essere messo alla prova dal paziente sul versante "tecnologico". Giulia, 17 anni, chiede che le venga mostrata l'immagine di un personaggio di un *film* avviando la "condivisione dello schermo". La richiesta riguarda l'area del condividere nel quale l'analista deve saper mostrare esclusivamente l'immagine richiesta proteggendo gli altri contenuti presenti sullo schermo ma anche una messa alla prova della capacità dell'analista di destreggiarsi con il programma. Sarà in grado di connettersi con il mondo interno della paziente e con i suoi bisogni? Con il trattamento online il *setting* non è più esclusivamente nella stanza dell'analista ed è mediato dalle immagini negli schermi che sono riprese dalle videocamere. Inoltre, nel *setting* online, l'analista non è più garante della *privacy* del paziente –

indipendentemente dall'età – come avviene nelle sedute in presenza ma sarà anche il paziente che dovrà attivarsi – e se questo non accade è oggetto di interpretazione – per tutelare il *setting*. Il *setting* online richiede pertanto una collaborazione tra analista e paziente differente dal *setting* in presenza.

### **Lo tsunami**

L'arrivo del Covid ha avuto alcune caratteristiche simili all'arrivo dello *tsunami* (termine utilizzato anche da Sarno, 2020). Il termine giapponese *tsunami* è composto dalla parola *tsu* = porto e *nami* = grande onda. È entrato nel nostro vocabolario grazie alla tecnologia che ha mostrato scene con dettagli inediti e permesso di assistere agli eventi in diretta in occasione dei tragici eventi accaduti il 26 dicembre del 2004 nel Mar del Giappone. La caratteristica è la comparsa di un'onda distruttiva in una condizione climatica spesso serena che nulla fa presagire. Una realtà che introduce il tema del *perturbante*, del familiare che diviene alieno e persecutorio. Paolo, sedici anni, in terapia per difficoltà scolastiche, in seguito ad una violenta conflittualità tra i genitori per rappresentare l'esperienza vissuta, dice “*Aoh, te devo di 'na cosa! È successo un casino! No tsunami!*”.

Nel gennaio del 2020 il clima sociale in Italia tutto sommato era sereno – a parte i problemi economici e politici – e si accennava ad un'epidemia influenzale scoppiata a Wuhan, in Cina, che sembrava troppo lontana per essere vicina. Le ipotesi che circolavano erano che i cinesi avessero creato un virus in laboratorio e che fosse “scappato” o che si fosse sviluppato attraverso il contatto con i pipistrelli. Il clima comunque era “disteso” e gli adolescenti in difficoltà proseguivano le loro psicoterapie in presenza senza che ci fosse la minima ombra rispetto a quello che stava per scatenarsi improvvisamente, anche perché una parte del mondo adulto – che, come canta Paolo Conte in *Boogie*, a volte è un mondo dove “si sbaglia da professionisti” – sembrava minimizzare quanto stava accadendo. E gli adolescenti? Anche loro proseguivano con le richieste di terapia per difficoltà nello studio, nella socializzazione, disturbi del comportamento e delle “condotte”, il consumo di “canne” (marijuana) e soprattutto la “famigerata” *addiction* da telefonini ecc. Le reazioni all'inizio dell'epidemia con molti pazienti adolescenti sono state di indifferenza ma anche di negazione, purtroppo veicolata dalle deprecabili esternazioni di personaggi pubblici che hanno minimizzato la realtà prima di doversi ricredere.

Poi il virus si è diffuso rapidamente e drammaticamente e l'intera collettività si è resa conto che la situazione era molto seria. Nella diagnosi dell'adolescente una variabile rilevante è la presenza della capacità di preoccuparsi in modo responsabile (Winnicott, 1963) che si coniuga con una adeguata capacità, compatibile con l'età, di esaminare la realtà. Lo spettacolo sociale legato all'esplosione violenta della pandemia è stato di grande smarrimento. Lo *tsunami*. Ma gli adolescenti? Hanno affrontato il primo improvviso duro *lockdown* (confinamento) senza che parte del “mondo adulto” prendesse in considerazione quanto fosse difficile la situazione anche per loro: non è stata considerata una priorità il bisogno di socializzare, fare *sport* e frequentare la

scuola, la possibilità di vaccinarli. Mentre si discuteva se la distanza di un metro tra i banchi nelle classi andasse misurata partendo dalla rima labiale degli studenti, questi restavano in casa nel trionfo della disponibilità di telefonini e PC che in parte compensava la grave perdita di socializzazione.

### **Il *setting* nel trattamento online dell'adolescente**

È complicato avviare una terapia a distanza, con gli adolescenti ancora di più per il bisogno che hanno di incontrare l'analista, vederlo e sentire, prima di capire, se si possono fidare. Un'iniziale distinzione va fatta in relazione all'età del paziente, al livello di autonomia nell'uso dello strumento tecnologico, alla qualità della connessione e alla disponibilità di uno spazio e un tempo nel quale poter partecipare con tranquillità alla seduta. In qualche caso i pazienti adolescenti, durante il *lockdown* più rigido, hanno scelto di andare sul terrazzo condominiale o per la strada per avere uno spazio protetto dalla presenza intrusiva dei familiari. Lo svolgimento del trattamento online richiede infatti che l'adolescente si senta sufficientemente tutelato, di non essere ascoltato da altri e possa disporre di un apparecchio che dia garanzie di tenuta nel corso della seduta. Nella prima fase di *confinamento* alcuni adolescenti hanno rifiutato le sedute online perché non si "trovavano": si sono mostrati disorientati portando quindi in terapia la difficoltà a realizzare quando stava loro accadendo. Si può ipotizzare che le pesanti e necessarie limitazioni imposte dal contenimento dell'epidemia abbiano risuonato per alcuni adolescenti – e non solo – come una deprivazione (Winnicott, 1984) e siano emerse nel transfert attraverso una ribellione, un rifiuto "rabbioso" della seduta: una possibile protesta rispetto alla perdita della sensorialità/socialità nella vita quotidiana senza prospettive certe di recupero. È stato possibile mantenere comunque un aggiornamento sulla loro situazione attraverso la "messaggistica". Altri pazienti invece, dopo un disorientamento iniziale, hanno proseguito con naturalezza il trattamento online portando le loro angosce e i sentimenti depressivi legati ad una condizione assolutamente inedita. Un capitolo a parte riguarda il ruolo dei genitori nel trattamento online. Dalla loro collaborazione dipende la possibilità che i figli possano fruire di un *setting* che garantisca il lavoro analitico.

### **Un tipo particolare di trattamento analitico in remoto: il paziente adolescente "cannarolo" [Niccolò Gozzi, Valeria Gristina, Francesca Tranquilli, Valentina Trombacco]**

Le esemplificazioni cliniche che seguono riguardano una tipologia particolare di pazienti, i consumatori di marijuana, i "cannaroli". Nella nostra esperienza, questi pazienti hanno mostrato durante la psicoterapia di utilizzare la modalità online per portare contenuti che non erano emersi nel corso delle sedute in presenza. Inoltre non abbiamo registrato il rifiuto a proseguire il trattamento in remoto. La nostra ipotesi è che la seduta online – indipendentemente dalle restrizioni imposte dal *lockdown* – possa rappresentare un'opportunità per tutti gli adolescenti, in alcuni casi specifici e in alcuni momenti particolari del trattamento, per esempio quando il paziente rifiuta di venire in seduta adducendo motivi di stanchezza o eccesso di compiti. La relazione

madre-bambino non può essere virtuale e la stanza di analisi propone una sensorialità che si sovrascrive sulle tracce delle esperienze precoci e sostiene/caratterizza la relazione transfert-controtransfert. Questa sensorialità è limitata e differente nelle sedute online. Le sedute in presenza possono in alcuni casi risultare eccessive per il paziente – in particolare per l'adolescente che sta facendo i conti anche con le proprie trasformazioni corporee/psichiche (Nicolò, Ruggiero, 2016) – perché sollecitano a livello inconscio il recupero e l'amplificazione di sensazioni e vissuti legati ad esperienze di *impingement* genitoriale. Pertanto la gestione da parte dell'analista del trattamento online con caratteristiche simili al gioco – per esempio sostenendo la creatività nella condivisione dello schermo –, può permettere l'emergere di vissuti profondi con qualità meno persecutorie.

Lo psicoterapeuta deve però contemporaneamente saper valutare se e quando il paziente utilizza l'online al servizio delle proprie difese mantenendo costantemente attivo l'assetto analitico.

Un consistente numero di adolescenti consuma marijuana: sebbene sulla base della nostra esperienza clinica riteniamo che le percentuali siano maggiori, il 33,5% degli studenti 15-19enni, 850.00 ragazzi, ha utilizzato *cannabis* almeno una volta nella vita e il 25,8% l'ha usata nel corso del 2019, secondo la [relazione annuale](#) (2020) al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia. Alcuni di loro hanno una dipendenza che li costringe ad assumere una dose giornaliera. Le “canne” in circolazione sono differenti da quelle del secolo scorso perché gli spacciatori hanno messo in commercio *erba* e *fumo* con percentuali di *THC*, il principio attivo, particolarmente elevate. Questo induce un maggiore “sballo” che si traduce in effetti specifici per ogni consumatore. Di fatto per alcuni nostri pazienti il “fumo” ha una funzione analoga ad un psicofarmaco, senza esserlo, perché diviene occasione di socializzazione, influisce silenziosamente sul tono dell'umore con un apparente effetto ansiolitico. La clinica evidenzia invece la comparsa di vissuti paranoidei, stati d'ansia, distorsione del pensiero e una tendenza a “ovattare” l'esame di realtà. Non sempre i pazienti adolescenti intraprendono un trattamento per motivi legati alla dipendenza da *THC* di cui spesso i genitori sono all'oscuro.

Dal nostro punto di vista, gli adolescenti che fanno abitualmente uso di *cannabis* potevano apparire come una categoria di pazienti potenzialmente più fragili di fronte all'impatto dell'emergenza sanitaria e per le conseguenze dell'isolamento sociale a essa connesse.

Come avrebbero retto alle limitazioni e al rischio di non poter più riuscire ad utilizzare la loro *auto-cura* prescelta? Il rischio era forse rappresentato dalla maggiore possibilità di frammentazione, laddove un equilibrio psichico pressoché instabile si era assestato sullo (pseudo)appoggio concreto ad una sostanza. Inoltre, venendo a mancare il concreto contenimento del *setting* nella stanza di analisi, cosa sarebbe accaduto? Come avrebbero affrontato il lavoro psicoterapeutico?

Il venir meno del qui ed ora nella stanza di analisi all'inizio della pandemia ha richiesto

una soluzione di *soccorso* – il collegamento online – la possibilità di raggiungersi in un *altrove* rispetto alla stanza di analisi, diverso ma reale, che ha dato la possibilità di ritrovarsi. Il collegamento online ha sostenuto il mantenimento del legame e dell'alleanza già costruite e ha potuto rappresentare una garanzia di fronte al rischio della dispersione, dell'interruzione del processo terapeutico imposto dall'isolamento. Inoltre ha rappresentato un elemento di continuità proprio nel momento in cui ai nostri pazienti sono venute meno le occasioni "normali" di socializzazione: scuola, amici, *sport*, ecc.

La realtà legata alla pandemia è divenuta luogo perturbante, abitata da oggetti persecutori, proiettati continuamente dal contesto sociale adulto confuso nell'affrontare l'emergenza, con la conseguenza che gli adolescenti non potevano più vivere la realtà esterna come luogo dove fuggire e ripararsi dai tumulti interni, dalle tensioni ambientali/familiari. Per sottrarsi al proprio malessere rimaneva la camera da letto, la canna e il *mondo virtuale* dove anche la mente è bloccata nel qui ed ora. Silvia di 15 anni: *come faccio a pensare al futuro se tutti parlano sempre e solo del presente?*

La stanza dell'adolescente e l'uso costante di canne creano una sorta di rifugio, inteso come lo descrive Steiner (1996), un luogo protetto dove ritirarsi dalle tensioni, dalle angosce e dalle ansie. È un rifugio che si caratterizza per un possente uso di difese e nel quale il paziente può diventare irraggiungibile. Se ciò è transitorio questo non rappresenta necessariamente un problema, ma se diventa una struttura psichica permanente si manifesta un'alterazione nella percezione della realtà che permette di eludere le frustrazioni e sviluppare uno pseudo-adattamento al mondo reale. Nel corso del *lockdown* i pazienti hanno permesso all'analista, attraverso il setting online, di accedere a questi luoghi *rifugi delle mente* consentendo il lavoro di simbolizzazione. Potremmo immaginare la psicoanalisi online come la costruzione di un ponte che offre al paziente la prospettiva di un collegamento con il mondo esterno, il contatto con una realtà ancora viva ed esistente. Talvolta può capitare nelle sedute *in presenza* che il paziente non sia contattabile, *connesso*, e l'analisi non progredisca, si incagli in una formale vicinanza. Il veicolo tecnologico può rendere più sfumata la distanza, e attenua la paura del contatto analista/paziente. Inoltre la canna, fumata inaspettatamente in seduta, ha forzato l'analista a prendere in carico una dimensione concreta, corporea, differente e limitata nel trattamento online rispetto alle sedute in presenza, una dimensione che però richiede un intenso lavoro di rappresentazione e simbolizzazione.

### **Salvatore** [Niccolò Gozzi]

Salvatore, 23 anni, consumatore di marijuana dall'adolescenza, in analisi per un blocco negli studi, non ha mai nascosto di fumarsi le canne, ma l'analisi rimaneva su un piano superficiale, non progrediva, durante una seduta via Skype esordisce così:

*P.: dottore ho fatto un sogno, ma non glielo racconto, se no si spaventa.*

*A.: Se si guardano insieme certi sogni o pensieri possono fare meno paura.*

*Salvatore rimane in silenzio e piano piano comincia a rollarsi una canna. Il tema*

*del fumo non era mai stato un tabù, ma mai lui era arrivato a questo, cioè a mostrarmi, seppure dietro il medium dello schermo, la fisicità della canna. Neanche in studio era mai arrivato con l'odore della canna sui vestiti, era qualcosa che rimaneva sullo sfondo, nel fantasmatico, non scendeva mai nel concreto. Ed ora invece eccolo lì, davanti a noi, tutta la ritualità della canna, tutti gesti consumati ed esperti, l'analista spettatore silenzioso. La canna viene rollata, accesa e fumata e dopo qualche tiro Salvatore si rilassa, lo vedo che si adagia sullo schienale, la testa reclinata all'indietro e poi riprende a narrare.*

*P.: Ho sognato che la mia ragazza mi entrava nella testa, mi comandava i pensieri ed io allora le rompevo un piatto in testa.*

*A.: Forse la paura di cui mi parlava non era per me, ma era una sua paura, aveva avuto paura di quel sogno.*

*P.: Non so più se è un sogno oppure è successo per davvero.*

*Intanto continua a fumare. L'analista aspetta in silenzio.*

*A.: Mi sembra che la canna la abbia protetto dai pensieri, come lei voleva proteggere l'analista non dicendomi il sogno, così la canna ha protetto lei dal pensare a quello che stava vivendo. Il fumo allontana l'obbligo di guardare ciò che fa paura. Lei teme molto le sue fantasie, teme che si avverino come il desiderio di spaccare in testa il piatto alla sua fidanzata (o all'analista) e quando in seduta andiamo a vedere da vicino questi pensieri nella seduta successiva Lei arriva in ritardo o la salta.*

*Salvatore rimane in silenzio e poi: sì, ogni tanto fumo via i pensieri...*

### **Emma [Valeria Gristina]**

All'irrompere del lockdown, con Emma ci siamo interrogate: dove troviamo un *setting* se un *setting* non ce l'abbiamo più?

Emma vive in una piccola casa, con la sorellina di un anno e mezzo, la mamma e il suo compagno. Fa le videolezioni sul suo cellulare, non ha un computer, e la sua stanza ha le pareti sottili. Dove mi metto? Mi chiede quando prendiamo accordi sui nuovi orari delle sedute online. Abbiamo pensato subito di trovarci alla fine delle sue lezioni, e di non fare la seduta in camera sua ma nella macchina di famiglia o, con l'arrivo delle belle giornate, sul suo terrazzo condominiale.

Una volta ricreato un *setting* vero e proprio, un orario e un luogo, l'atmosfera rarefatta del suo pensiero che si diradava nella mia stanza durante le nostre sedute in presenza, si sprigiona allo stesso modo attraverso la connessione Internet delle nostre video/sedute su Facetime.

Si può dire che la qualità delle sedute online sia rimasta invariata da quelle in presenza?

Sul piano transfert-controtransfert le dinamiche di scambio sembravano alquanto familiari; la sua scarsa possibilità associativa si tramutava in un necessario impiego



vicario della mia mente per pensare al posto suo e costruire i fili, i legami associativi tra le nuvole rarefatte del suo pensiero.

Così dopo un primo momento di smarrimento, di mia riflessa rarefazione, ritrovavo la possibilità di non soccombere a quella distanza emotiva così ben ottenuta attraverso l'assunzione di *cannabis* (in quarantena non più possibile per lei), una distanza riproposta dalle sedute online. Sono stata sollecitata a mantenere viva la mia capacità di pensare, a funzionare come una mente ausiliaria, in cerca di parole che potessero significare e soprattutto legare i suoi smarriti vissuti emotivi.

*Emma sogna di curare questo suo 'non sentire niente e capire niente di quello che ha dentro' con un altro strato impermeabile al dolore, una quarantena dalle emozioni che solo fumando riesce a trovare. Emma mi racconta che sogna una canna lì, su quella terrazza, con la sua amica, vicina di casa, non vede l'ora perché ora non ne può più. Già chiusa nelle sue grandi fragilità, sogna di isolarsi ancor di più dall'esterno tanto minaccioso ed intercedente, come in una matrioska. Ecco vorrebbe diventare così, una matrioska a tanti strati, così che non senta più niente.*

Nelle sessioni online è in effetti il corpo che rimane fuori (si veda [Cannella-Merciai](#) e [Goisis](#) in questo stesso numero), tutto il corollario non verbale che le sedute veicolano e che imprimono ulteriori significati al materiale verbale. Il corpo inebetito di sensazioni legate alla sostanza, si distanzia però da sé stesso, e forse rimane un punto critico, un angolo cieco proprio nella terapia online, dove il corpo è isolato da quello scambio naturale e sociale, e si appiattisce nello schermo delle videosedute.

### **Riccardo** [Francesca Tranquilli]

*Un insolito dare del lei "...aspetti...mi sente?" è l'incipit del primo incontro virtuale con Riccardo. Ci eravamo salutati dal vivo in coincidenza del decreto #iorestoacasa emanato il 9 marzo 2020. Il collegamento soffre la fatica della connessione Internet, della applicazione Skype di adulta connotazione, e del doversi servire dell'account della madre. Riccardo nel 2020 dovrà compiere 18 anni, piazza il tablet su una mensola in alto, la prospettiva si allontana, mi sento collocata distante, e mi balena nella testa il fatto che farà di tutto per farmi percepire l'arbitraria possibilità che ora ha di collocarmi ovunque lui voglia, di fare di me ciò che vuole, ora che il setting è un bel po' smontato. Anche io mi sento smontata, vedo il mio volto nello schermo che provoca in me una sensazione straniante: estranea è la scenografia che posso proporgli (casa mia), la mia voce che passa attraverso un altro canale ancora, e non va al ritmo dei movimenti visibili, ogni cosa è separata. Ed è così che spesso finisco con lo sguardo rivolto verso il soffitto, oppure ad assistere al vagare di Riccardo nella stanza, rendendosi visivamente irraggiungibile, come giocasse a nascondino. Faccio uno sforzo, quello di pensare di dovergli essere grata per aver accettato quanto gli sto offrendo. Penso che Riccardo stia tentando di rendere ruvido e manipolabile uno scambio che potrebbe essere vissuto come piatto e surreale.*

Seguo Riccardo dall'età di 14 anni e si può dire che abbia "imparato" a farsi le canne durante il trattamento. Perché vivere un'adolescenza può voler dire passare attraverso l'esperienza del fumare nel gruppo dei pari, come tentativo di ritrovarsi come gli altri e con gli altri alle prese con uno smarrimento di Sé. L'aggancio terapeutico con Riccardo è certo, sin dagli inizi (anche grazie alla buona tenuta dei genitori) con la frequenza di due sedute settimanali, rari ritardi o assenze, ma feroci gli attacchi, l'ironia beffarda con annessa svalutazione. Entrando nella sua stanza in una condizione di necessità, che rende la questione "intrusiva", mi sento lanciata indietro, nei tempi in cui il *setting* e l'analista venivano messi continuamente alla prova. Penso che giocare e manipolare la mia presenza ridotta a immagine nello schermo, sfiorando onnipotenza ed impotenza nello stesso tempo, sia il modo in cui Riccardo tenti di collocarmi come oggetto vivo, reale, che può utilizzare creativamente, confermando la mia identità di analista come quando eravamo nella stanza. Winnicott nell'espone la sua tesi sui fenomeni transizionali e l'uso di un oggetto, asserisce "[...] se l'oggetto si deve usare, esso deve necessariamente essere reale, nel senso di essere parte di una realtà condivisa, e non un fascio di proiezioni" (Winnicott, 1969 p.142). Nonostante lo smottamento delle condizioni ambientali, è possibile che il paziente riesca a conservare la capacità di collocarmi, come oggetto, al di fuori del controllo onnipotente o come realtà proiettiva. Nel controtransfert ho sentito di esistere per il paziente.

Nel corso delle sedute in videochiamata i riferimenti al mondo reale proposti da Riccardo sono frequenti, mostrando lo scenario multidimensionale, la presenza di oggetti, suoni ed odori, dei cenni che fanno parlare la sensorialità, nel tentativo di lanciare dei "segnali di vita" (citando Franco Battiato) che possano bucare lo schermo, a dimostrare che il tempo non si sia arrestato anche se tutto si è fermato. È capitato che spruzzasse del profumo e lo lasciasse evaporare di fronte a me, sostenendo ci fosse della puzza, comunicandomi così che la continua e solitaria presenza nella stanza stia diventando maleodorante, che gestire il corpo adolescente da soli può essere spiacevole o spaventoso.

Freud nel descrivere la trasformazione della libido in angoscia espone un chiarimento sull'origine dell'angoscia nei bambini, portando l'esempio di una scena alla quale assistette, riferibile al nipotino di tre anni, che trovandosi in una stanza al buio disse: "*Zia parla con me; ho paura del buio.*" La zia allora gli rispose: "*Ma a che serve? Così non mi vedi lo stesso.*" "*Non fa nulla – ribatte' il bambino – se qualcuno parla c'è la luce.*" (Freud, 1905, p. 529). La risposta ad uno stato di angoscia e smarrimento può passare attraverso una richiesta di contatto e di offerta di un contatto. Mi ha sempre colpito l'espressione inglese *keep in touch* solitamente espressa in prossimità di un saluto, perché rende bene l'idea del potersi dichiarare la volontà di mantenere il contatto, (fisico, visivo, uditivo) molto più evocativo dell'italiano *ci sentiamo*.

L'intervento di un agente esterno ha aperto un divario tra il possibile ed il desiderato, l'effetto di "congelamento" delle possibilità determinato dalle restrizioni ha consentito di aprire una riflessione su quali fossero gli impedimenti psichici al raggiungimento delle mete fino ad ora non raggiunte. Come se l'effetto blindante della pandemia avesse

messo in sospensione le difese o le paure, lasciando intravedere meglio cosa si cela dietro di esse, rendendo più accessibili al pensiero i desideri inconsci, ed avere l'occasione di osservare insieme (paziente ed analista) aspetti diversi del funzionamento psichico. Una riflessione emersa nel corso delle sedute a distanza con Riccardo è stata *"mi sento uno sciocco se penso a tutte le cose che non ho fatto, per pigrizia, perché perdo tempo facendo cose inutili, perché mi ammazzavo di canne"*. A distanza di un anno e mezzo dal fermo da parte delle forze dell'ordine per detenzione di sostanze stupefacenti, giunto come un importante richiamo superegoico, cresceva in Riccardo la consapevolezza che il sentimento di trasgressione, l'eccitazione da condivisione con il branco lasciassero sullo sfondo il suo bisogno di *"gestire"* i turbamenti emotivi. Nel tempo in cui le piccole scorte di *hashish* si riducono, le possibilità di incontrare gli amici sono bandite e la reperibilità è in *tilt*, come si fa a conservare la sensazione espressa nella frase *"con le canne se il cielo è grigio esce il sole, non pensi più a niente; cioè non è che non pensi, pensi anche di più però sei rilassato ... scialla ... però non è sempre così"*? Insieme ragioniamo sul fatto che l'uso prolungato di questo potente sedativo avesse inciso sulle capacità del pensiero e dell'azione. Le canne avevano preso il posto di altro consumando progressivamente le sue energie psichiche.

*La pressione dell'angoscia relativa alle notizie quotidiane dei numeri delle persone ricoverate e morte viene portata da Riccardo in una delle sedute online. Tenta di celare la preoccupazione con le sue solite riflessioni scientifiche. Riccardo ha la porta-finestra della camera aperta su un balconcino, si allontana ed esce a fumare. Inizia a raccontarmi cosa vede, mi parla di un monte, penso stia lanciando lì i suoi desideri di libertà, mi elenca i vari paesini circostanti soffermandosi sul colore rosa quasi eccitante del tramonto. La sigaretta accesa in questo scenario semi-onirico sembrerebbe veicolare una intensificazione delle sensazioni positive, come se cercasse di attenuare l'angoscia legata ai continui aggiornamenti sull'epidemia "con un tramonto così mi drogherei". Mi sento trasportata da Riccardo nell'intensità piena di ciò che sta sperimentando, quel tramonto così fluo è una momentanea illusione, è la porta d'ingresso ad una realtà dissociativa, al pari del livello semi allucinatorio delle nuvole emanate dal fumo della marijuana. Che però ora non c'è.*

### **Carlotta** [Valentina Trombacco]

*Carlotta ha 20 anni ed è in terapia da 4 anni per attacchi di panico ed agorafobia. Quando aveva 14 anni le canne la facevano "sentire grande", rispetto alle compagne della sua età, aveva molta libertà ed era molto popolare anche tra i ragazzi più grandi. In prossimità dei 16 anni, inizia a soffrire di ansia e l'uso delle canne diviene più frequente ed assume una qualità diversa, una sorta di auto-cura nel tentativo di tenere a bada le ansie legate alla "paura di crescere". Il passaggio dalla terapia in presenza a quella online non è stato immediato, dietro l'iniziale titubanza si celava il timore della violazione dell'intimità della sua stanza dentro la quale si era sentita reclusa ma anche protetta quando il panico*

*la bloccava in casa. Attraverso i racconti di Carlotta avevo costruito nel tempo dentro di me l'immagine di quella stanza, dei suoi disegni appesi alle pareti, dei suoi vestiti accatastati sulla sedia quando cercava inutilmente di prepararsi per uscire. La sua stanza era spesso scenario del suo malessere ma anche di fantasie e desideri rispetto a quello che avrebbe voluto "fare da grande". Entrare concretamente in quel luogo, mi faceva sentire nel controtransfert di irrompere in uno spazio top secret: mi ritrovavo nella posizione in cui ero all'inizio del lavoro terapeutico con lei, quando sentivo di dover procedere con molta delicatezza per evitare fughe – le sedute saltate - e le sue chiusure. Dopo alcuni messaggi e un colloquio telefonico, ci sentiamo finalmente pronte a sperimentare gli incontri online. All'inizio siamo rimaste sorprese di quanto fosse naturale incontrarci attraverso lo schermo e parlare con un senso di liberazione delle angosce legate alla pandemia: ora le ansie si ancoravano ad una persecuzione reale, la pandemia. Carlotta continuava a farsi le canne, anche se meno del solito, con il consenso tacito dei genitori che a volte le fumavano con lei. All'inizio di una seduta commenta: "che strano vederti apparire nella mia stanza!" Nel corso dell'analisi era riuscita a vincere la paura di uscire e venire in seduta quando gli attacchi di panico erano diventati meno frequenti. La strada percorsa per raggiungere lo studio era divenuto un modo per "prepararsi all'incontro", ma ora che questo non era possibile, la presenza della terapeuta nella sua stanza veniva vissuta da Carlotta con una qualità perturbante. Con il procedere delle sedute online recupera un ricordo infantile, il "gioco del nascondino" che aveva fatto insieme alla figlia adolescente di un amico del padre durante una vacanza estiva. C'era qualcosa in quel gioco che ora coglie come malizioso, era molto attratta da quella ragazza più grande che giocava con lei. Questo ricordo contiene anche una comunicazione di transfert: dalla memoria raggiunge il lavoro terapeutico connotato dal suo "nascondersi e lasciarsi ritrovare". Durante gli anni di terapia è la prima volta che racconta un ricordo simile, Carlotta stessa si stupisce di aver pensato a quella ragazza che non ha più rivisto da allora. Come mai il ricordo compare proprio in questo momento? Credo che questa dimensione dell'"essere e non-essere" in un assetto terapeutico per certi versi più onirico, possa aver facilitato l'emersione di contenuti allentando una forma di controllo di sé e dell'altro. Carlotta infatti racconta ancora una volta di quanto la vicinanza sia per lei eccitante ma anche seduttiva. Nelle ultime sedute prima della ripresa degli incontri a studio, comunica la difficoltà di "rivedersi in presenza", la paura di riaffacciarsi al mondo fuori reso persecutorio dalla pandemia ma anche la paura di rivedersi e di rimettere insieme e rimaneggiare aspetti di sé che erano emersi durante le sedute online.*

## **Conclusioni**

Il trattamento psicoanalitico online avviato per necessità durante l'emergenza da SARS-CoV-2, è divenuto un'opportunità disponibile per gli adolescenti in relazione a particolari esigenze terapeutiche. Non costituisce la scelta privilegiata avendo la

possibilità di scegliere la seduta in presenza ed è responsabilità dello psicoterapeuta utilizzarlo. Già in epoca pre-epidemia è stato possibile condurre dei trattamenti con risultati clinici significativi, trattamenti che hanno ricevuto un'accelerazione con le limitazioni imposte dal contenimento della diffusione del virus. Un tema centrale è la garanzia e la qualità del *setting* che, rispetto ai trattamenti in presenza, non è più gestito esclusivamente dallo psicoanalista che viene così convocato ad una maggiore attenzione e lavoro nell'area del transfert/controllotransfert. Un aspetto che vogliamo evidenziare è la fatica: lavorare in *remoto* è per noi più pesante – dalla luminosità dello schermo, all'attenzione – e privato di quell'elemento *libidico* che appartiene alla passione per il lavoro psicoanalitico *in presenza*. L'analisi online con i pazienti consumatori di marijuana ha introdotto degli "agiti" – come il paziente che con aria di sfida si è "rollato" la canna davanti allo schermo – e ha costituito nel transfert, un'importante occasione terapeutica su aspetti inconsci come quelli relativi al rapporto con il Super-Io, a cavallo tra disinibizione/provocazione. Il riferimento clinico a pazienti con *addiction* da *cannabis* ci fa ipotizzare che nella psicoterapia online i pazienti anche con altre patologie possano portare contenuti che rimanevano volontariamente omessi o inconsciamente rimossi, che possono essere recuperati e rielaborati nelle sedute in presenza.

## Un epilogo

Quasi tutti i nostri pazienti adolescenti hanno tollerato il passaggio alla terapia online. Solo pochissimi hanno preferito sospendere, in attesa delle sedute in presenza. L'impressione è che la terapia *in remoto* sia stata utilizzata come pretesto per interrompere il trattamento: alcuni pazienti non sono tornati anche quando è stato possibile riprendere. Nei periodi in cui si è allentato il *lockdown*, quasi tutti hanno espresso il desiderio di tornare a studio, a volte alternando col *remoto* perché preferivano fare terapia online senza mascherina piuttosto che in presenza, distanziati e con la mascherina. Oppure perché era difficile recuperare la vicinanza con l'analista. La categoria degli adolescenti non rientra, al momento della scrittura di questo articolo, tra le priorità nelle vaccinazioni anche se sono naturalmente tra i più esposti ad una minore osservanza delle regole – non tutti – che significa distanziamento, mascherina e igienizzazione delle mani. Gli insegnanti delle classi del liceo possono raccontare quale osservanza delle regole mostrano gli alunni fuori e dentro la scuola. Gli adolescenti quando tornano a casa facilmente possono diffondere il virus in famiglia. Non possiamo prevedere quale futuro avrà il trattamento psicoterapeutico online. Ha lasciato però una traccia indelebile e confermato la possibilità di disporre di uno strumento clinico efficace che può raggiungere pazienti altrimenti non trattabili, per esempio per motivi di distanza da un terapeuta.

Abbiamo però rilevato nei nostri pazienti adolescenti una condizione preoccupante. Il tono dell'umore risente di intensi momenti depressivi che li attanagliano perché vedono desertificate gran parte delle loro possibilità di vivere la socializzazione e il proprio corpo, a cominciare dalla sessualità. L'anedonia e la mancanza di piacere sono il prezzo che stanno pagando. Dopo lo *tsunami*, quello che rimane ora è un grande vuoto. C'è

molto da fare per curare e sostenere psicologicamente gli adolescenti – emotivamente feriti dal distanziamento – ai quali è stata data, durante l’epidemia, meno attenzione rispetto a quella di cui hanno bisogno e diritto.

## **Bibliografia**

De Intinis G. (2015). Crescere nel tempo di Internet: le nuove forme comunicative e i giochi virtuali cambiano l’analisi? *Rivista di Psicoanalisi*, LXI, 3, 725-735.

Freud S. (1905). *Tre saggi sulla teoria sessuale e altri scritti*. In *Opere, IV*. Torino: Boringhieri, 1970.

Freud S. (1919): *Il perturbante*. In *Opere, IX*. Torino: Boringhieri, 1997.

Maltese A. (2006). Controtransfert e setting. *AeP Adolescenza e psicoanalisi. Il setting*. 1, 1, 2006, 37-50.

Marzi A. (2017). Identità dell’analista e mondo digitale: una nuova frontiera della psicoanalisi. *Rivista di Psicoanalisi*, 2017,2, 403-426.

Merciai, S. A. (2002). Psicoterapia online: un vestito su misura. In: Cantelmi, T., Putti, S., Talli, M. (a cura di) (2000). *@psychotherapy*. Roma: Edizioni Universitarie Romane, pp. 113-186.

Nicolò A.M., Ruggiero I. (2016): *La mente adolescente e il corpo ripudiato*. Milano: FrancoAngeli.

Nicolò A.M. (2021) a cura di: *L’ascolto psicoanalitico in emergenza*. Milano: FrancoAngeli, 2021.

Pellizzari G. (2006). Il concetto psicoanalitico di «setting». *AeP Adolescenza e psicoanalisi. Il setting*. 1, 1, 2006, 21-35.

Sarno L. (2020). Elogio della Caducità: Vicissitudini del metodo psicoanalitico al tempo del Coronavirus. Lavoro letto al Centro Milanese di Psicoanalisi il 22 ottobre 2020.

Steiner J. (1996). *I rifugi della mente*. Torino: Boringhieri, 1993.

Winnicott D.W. (1963). Lo sviluppo della capacità di preoccupazione responsabile In: D.W. Winnicott (1984). *Il bambino deprivato*. Milano: Raffaello Cortina, 1986.

Winnicott D.W. (1964). L’importanza del setting nelle situazioni regressive in psicoanalisi. In: D.W. Winnicott (1989) *Esplorazioni psicoanalitiche*. Milano: Raffaello Cortina, 1995.

Winnicott D.W. (1969). L’uso di un oggetto ed entrare in rapporto attraverso identificazioni. *Gioco e Realtà*. Roma: Armando, 1974.

Winnicott D.W. (1984). *Il bambino deprivato*. Milano: Raffaello Cortina, 1986.

## Cosa è accaduto al lavoro di gruppo?

[Silvia Corbella](#)

### Abstract

L'articolo inizia con le riflessioni dell'autrice sui *lockdown* e sulle conseguenze della pandemia nella nostra vita quotidiana, caratterizzate dall'attacco alla relazione. Differenzia i suoi pensieri dopo il primo e il secondo *lockdown* e fa riferimento anche ai cambiamenti indotti dal fare analisi individuali e di gruppo online. Sottolinea quanto il lavoro di gruppo psicoanaliticamente orientato sia stato più penalizzato dal lavoro online rispetto alla terapia individuale, e in particolare la difficoltà a creare nei gruppi sia di terapia sia di formazione momenti di "buona socialità". Ma con stupore narra di esperienze che l'hanno portata con piacere a ricredersi e a scoprire che anche nei gruppi su Zoom si possono ricreare momenti di "buona socialità".

### Parole chiave

Soggetto osservante, pandemia, incertezza, terapie online, gruppo.

### Il soggetto osservante

La dottoressa Elisabetta Dozio (*Université de Paris*) mi ha contattato per l'intervista "Impatto della realtà esterna (Covid19) sulla relazione terapeuta/paziente" e mi ha chiesto che immagini mi evocavano il pensiero della pandemia e del *lockdown*. Dopo qualche istante ho risposto: una selva di punti interrogativi, l'urlo di Munch e le ninfee di Monet. Perché il mio preconcio mi ha evocato l'urlo di Munch? Da quali antiche e attuali paure era inaspettatamente e violentemente emerso? Quel quadro di Munch una volta visto non si può dimenticare, ma la mia risposta mi ha stupito. Non me l'aspettavo, e soprattutto non durante un incontro positivo e stimolante.

Scrivo ciò perché sappiamo quanto il soggetto osservante influisca sull'oggetto osservato e quindi su quanto andrò a dire sul lavoro di gruppo. Inoltre le immagini evocate dimostrano anche quanto, in questa situazione, il mondo esterno sia entrato a "gamba tesa" nel nostro mondo interno.

La selva dei punti interrogativi mi è invece da tempo familiare: ho imparato a stare nell'incertezza, a volte con senso di impotenza e timore, altre volte anche con curiosità e piacere. In particolare quando l'incertezza mi evoca estati in barca a vela insieme al mio consorte, con la curiosità e il piacere che il vento decida per noi se poter o meno seguire la rotta ipotizzata o fare percorsi diversi o restare in rada o in porto. Le ninfee di Monet sintetizzano, nella loro sempre dolce malinconica armonia, un senso di bellezza, di serenità e il divenire con il tempo e le stagioni. Mi evocano lo stupore del piacere inaspettato, provato durante il primo *lockdown*, nel riordinare la mia biblioteca

e insieme risignificare ricordi e risvegliare antiche memorie.

Ho poi compreso cosa significasse per me l'urlo di Munch: la paura della morte in solitudine, senza la presenza degli affetti più cari, cui condanna il morire per Covid, in una situazione che, come scrive Kaës (2020): "è il legame che uccide". La solitudine totale di queste morti non era mai accaduta, e neppure la soppressione dei riti che permetteva ai congiunti momenti di consolante condivisione; perfino durante le pestilenze, nei lazzaretti, gli appestati si potevano dare reciproco conforto. Questo negli ospedali oggi non è possibile. Si sono inventati "nuovi riti", a distanza, che a volte invece di essere consolatori aumentano il senso di solitudine e di abbandono.

Considero le conseguenze del Covid il più violento attacco che sia mai stato sferrato alla relazione con l'altro e anche alla costituzione sociale dell'individuo e alla sua sensorialità. Attacco particolarmente grave in un momento in cui i nostri pazienti portano spesso un malessere derivante da un difetto di soggettivazione.

Kaës nel 2012, in un tempo pre-Covid, nel suo libro *Il malessere*, già sottolineava nel mondo contemporaneo l'ineludibilità del confronto con le mutazioni epocali che intaccano i processi di soggettivazione del singolo, con ricadute negative anche nei rapporti interpersonali. A suo parere il malessere contemporaneo si situa "all'incrocio dell'inconscio e della cultura" ed occupa sia lo spazio intrapsichico sia quello intersoggettivo in una situazione di reciproca dipendenza, e oggi, a causa delle conseguenze del Covid, come non mai.

Si è spesso parlato della guerra contro il Covid, termine già usato nelle grandi pestilenze di cui ha riattivato paure e angosce ancestrali, ma quando c'è una guerra la popolazione è coesa contro il nemico, come ci insegna Bion con l'assunto di base di attacco e fuga.

Faccio parte della generazione delle persone nate nel dopoguerra, prima generazione nella storia dell'Europa ad aver trascorso la vita senza aver mai attraversato un periodo bellico.

Dai racconti dei miei nonni e dei miei genitori sono emerse storie di grande solidarietà e di valorizzazione e rafforzamento dei legami sociali. Questa pandemia invece non solo ha attaccato le relazioni ma anche le abitudini della nostra quotidianità, privandoci delle naturali libertà e riattivando arcaiche angosce di stampo paranoideo. Ha riattualizzato l'*Homo homini lupus* di hobbesiana memoria e ci ha costretto al distanziamento l'uno dall'altro, una sorta di *vade retro*, chiamato "distanziamento sociale".

E nel frattempo che cosa è successo al lavoro del gruppo analiticamente orientato?

Molte cose rispetto alle origini, a cominciare dalla frequenza delle sedute e dalla durata della permanenza del singolo partecipante nel gruppo. Ovviamente non intendo sintetizzare il percorso del *setting* gruppo-analitico in Italia dagli inizi degli anni '70 a oggi. Ritengo però importante evidenziare due cose che ho condiviso con molti colleghi. Per non pochi di noi, dopo la crisi economica del primo decennio del nuovo



millennio, si è ritenuto necessario ridurre i due incontri settimanali della durata di un'ora a un unico incontro della durata di un'ora e mezza. Non tanto per ragioni economiche, ma per l'impossibilità dei pazienti di assentarsi dal lavoro due volte alla settimana, in quanto spesso caricati da impegni conseguenti alla riduzione del personale nel proprio ambito lavorativo.

La cosa che mi ha più stupito è che, se alle origini il lavoro psicoanalitico del gruppo era considerato un acceleratore rispetto all'analisi individuale, dal 2000 in poi ho notato una difficoltà da parte di molti partecipanti ad abbandonare il gruppo, non perché non avessero raggiunto miglioramenti importanti nella loro qualità di vita, ma perché il *setting* gruppale viene spesso considerato l'unico luogo "sociale" dove poter essere autenticamente sé stessi senza maschere, mostrare le proprie fragilità senza il timore del giudizio e dove il legame non è più solo un mezzo ma un fine.

Con l'avvento del Covid e delle regole di distanziamento mi sono posta molti interrogativi su come continuare il lavoro individuale e soprattutto quello nel *setting* gruppale analiticamente orientato.

Di fronte a queste domande ho sentito il bisogno di scambiare pensieri con colleghi e ho molto apprezzato l'iniziativa di Maurizio Salis, direttore della scuola Coirag di Padova, che ha invitato i docenti a esprimere le proprie riflessioni su una piattaforma comune chiamata *CO-COSTRUIAMO BUSSOLE ... Dai docenti della Scuola, contributi per "pensare i pensieri*.

### **Riflessioni dopo il primo Lockdown - 18 Aprile 2020**

Mi sento immersa in un immenso e complesso campo gruppale che parte da casa mia e si estende a Milano, all'Italia all'Europa e al mondo tutto. Effetti della globalizzazione. Un campo in cui dominano sentimenti sofferti di angoscia della malattia e della morte, paura della solitudine e della esclusione, situazioni di povertà disperata e disperante, l'ansia del non sapere e un pervasivo senso di impotenza. In questa nebbia emergono qua e là luci soffuse di speranza che illuminano il desiderio che alla fine si sarà capaci di un onesto esame di realtà, esame che possa arrivare ad una consapevolezza dei nostri errori e che permetta di cambiare in meglio, uscendo dal primato esercitato dai modelli economici dominanti. Coltivo, forse ingenuamente, la speranza che questa distanza obbligata fra l'io e il noi, fra me e l'altro, stimoli la valorizzazione dei rapporti profondi fra le persone, riporti alla solidarietà e al piacere di scambiare pensieri, e realizzi un tempo e uno spazio per riflessioni su ciò che conta nella vita degli esseri umani, su tutto ciò che è vivo, a cominciare dall'attenzione al pianeta in cui viviamo e dal dovere di prendercene cura.

Come psicoanalista individuale e di gruppo mi rendo conto che la mia speranza nasce in gran parte dalla frequentazione e immersione che faccio cinque volte alla settimana nei miei gruppi analiticamente orientati dove si apprende il piacere di tessere "liberi legami" fra i partecipanti, una volta superate la paura del giudizio e la diffidenza verso il diverso da sé, e aver compreso il valore del conflitto che, come diceva Eraclito, è il

generatore di tutte le cose. Conflitto che mantiene sempre il rispetto dell'altro, il valore creativo della differenza, il desiderio di costruire ponti fra sé e l'alterità e non a pensare che si possa solo vincere o soccombere, quindi oltre la logica spesso urlata di *mors tua, vita mea*.

La possibilità spesso faticosa di sostare nel "non sapere", deriva dalla lunga frequentazione della pratica psicoanalitica dove dobbiamo per forza imparare quella che Bion ha chiamato "capacità negativa", cioè la capacità di accettare l'incertezza e di sapere aspettare tutto il tempo necessario perché il paziente o i membri del gruppo ci donino quei tasselli che ci permettano di comprendere il senso del mosaico che andiamo a costruire, consentendo ai nostri interlocutori di comprendere che il lavoro analitico è una co-costruzione e che l'analista idealizzato non è onnipotente, può essere un modello della capacità di saper tollerare i propri limiti e i momenti in cui non sa in che direzione muoversi.

La situazione che stiamo attraversando può cominciare a essere il tempo della cura di ciò che è fuori e dentro di noi.

Nell'ordinare la libreria del mio studio sono stata sommersa da polvere e scartoffie, ma anche da ricordi che mi hanno riportato con dolcezza all'infanzia, agli inizi del mio lavoro, alle persone che mi hanno voluto bene e a cui ho voluto bene e non ci sono più, e a quelle che per fortuna ci sono. Per la prima volta nella mia vita ho capito che l'ordine può coniugarsi con una piacevole sensazione di fresca eleganza.

Ma quando i pazienti potranno godere nel mio studio di questi rinnovamenti?

Cosa è cambiato lavorando da remoto?

Lavoro solo con adulti. Ho chiesto a ogni singola/o paziente quale potesse essere il miglior modo di continuare la terapia a distanza. Ho permesso di scegliere fra il telefono (mezzo che ho usato spesso dagli anni '80 con le pazienti negli ultimi mesi di gravidanza e con chi per ragioni di lavoro o famigliari in alcune situazioni non poteva recarsi nel mio studio), WhatsApp *video* (mezzo che uso da quando esiste, per parlare con pazienti abituati al rapporto *vis-à-vis*, quando, per lavoro, non sono a Milano), Skype (usato da qualche anno per terapie di coppia all'estero) o Zoom (mezzo mai usato prima e che non mi ha creato particolari difficoltà). I pazienti abituati al lettino, hanno scelto il telefono e il lavoro non ha subito grossi cambiamenti anche perché era una modalità che in qualche occasione avevamo già usato. Qualche paziente mi ha chiesto di fare il saluto iniziale e finale con WhatsApp *video*; ho trovato questa proposta accettabile e piacevole, più simile all'incontro nello studio. Tutte le persone che vedo *vis-à-vis* hanno optato per WhatsApp che ha permesso loro di continuare il lavoro con me, magari andando nella loro macchina parcheggiata sotto casa, per poter mantenere la *privacy*.

Anche questa modalità, qualche volta già sperimentata, non ha portato specifici problemi, salvo la consapevole mancanza di importanti stimoli sensoriali, in particolare lo scambio di sguardi diretti e il non potersi vedere nella nostra intera corporeità ma

potendo osservare solo il volto, a volte un po' deformato dall' eccessivo avvicinamento del cellulare.

Nel lavoro nel piccolo gruppo, l'uso di Zoom ha invece fatto emergere differenze e complessità maggiori che nella terapia individuale. Seduti in circolo, nella stessa stanza, gli stimoli sensoriali sono ancora più presenti e creano quel campo speciale che induce ad abbassare le difese dell'io e a stimolare un sentire simile a quello del Sé sognante capace di attivare l'area preconsocia e permettere di "sognare e pensare di gruppo e nel gruppo" (in "Storie e luoghi del gruppo" – Corbella, 2003). Un simile campo non si può creare virtualmente, e durante le prime sedute "in remoto" inevitabilmente hanno prevalso dinamiche di individuazione a scapito della circolarità; il mio ruolo ha dovuto essere decisamente più attivo che in presenza. Sembrava di essere in un gruppo nuovo ai suoi primi incontri. Nelle sedute successive la situazione man mano è un po' migliorata anche se continua a mancare il calore della vicinanza e della buona socialità.

Il gruppo che co-conduco con il collega Paolo Leoni è stato da lui definito *Gruppo Diesel*, per la lentezza necessaria a creare, nell'incontro online, una circolarità stimolante. C'è bisogno di più tempo per far circolare emozioni, si resta più a lungo su di un piano concreto e di razionalizzazione. Quando finalmente il discorso si scalda mi accorgo di "sforare" di 10-15 minuti e, malgrado ciò, faccio comunque fatica a terminare il gruppo, in attesa e nella speranza che a volte si realizzi quella affettuosa circolarità che nell'incontro reale non era rara".

## **Buona socialità**

Condivido il pensiero di Claudio Neri (2014) che ritiene

*le fasi di scambio affettivo e felicitazioni fra i partecipanti un sostanziale apporto al lavoro analitico.*

Questo è l'aspetto propriamente specifico della cura relazionale nel gruppo, modello di rapporti sani ed evolutivi per tutti i partecipanti:

*Se queste fasi non esistessero, il campo del gruppo sarebbe diverso ed anche tutto ciò che viene detto in seduta apparirebbe e sarebbe differente. Queste fasi, inoltre, aiutano a rimettere in moto il pensiero di gruppo, dopo che ha subito l'impatto di resoconti, immagini e sentimenti molto forti. La loro influenza si fa sentire anche sulle funzioni che sono all'opera nelle fasi di intenso e profondo silenzio. Il calore e l'amichevolezza che promuovono, infatti, facilitano i processi di introiezione degli elementi presenti nel campo del gruppo. Le fasi di "scambio affettivo e felicitazioni" dunque hanno una sottile ma essenziale influenza sul funzionamento complessivo del gruppo e costituiscono un ingrediente importante di quella che ho definito Buona socialità del gruppo.*

A proposito di "buona socialità" mi sembra possa essere interessante narrare l'esperienza che segue. Ho aderito con piacere e interesse al progetto "CONdiVIDI - Incontrarci a distanza", avviato dal Gruppo Sviluppo Coirag di Milano. Il gruppo è stato condotto dalle dottoresse Mascaro e Tonelli: i partecipanti erano nove persone

(tra cui me stessa) sconosciute tra di loro che si incontravano per la prima volta e che si sarebbero viste da remoto per tre incontri di una ora e mezza ciascuno. Mi ha stupito come sia stato naturale e immediato parlare fra noi e mostrare una parte del nostro mondo esterno, un pezzo della nostra stanza, ma soprattutto condividere in un modo che direi caldo, accogliente e affettuoso stanze del nostro mondo interno, tanto che nella penultima seduta una delle partecipanti aveva pensato che avremmo potuto continuare a vederci da remoto fra noi, anche senza le conduttrici, perché ormai “ci appartenevamo”. Pensiero che mi ha fatto ricordare il rapporto poetico fra la volpe e *le petit prince* e il termine “familiarizzata” usato dalla volpe. È stata per me una esperienza di grande interesse. Alla fine di ogni seduta mi sentivo particolarmente serena e rilassata. Era dal tempo in cui facevo l’osservatrice partecipante che non mi capitava di essere in un gruppo senza avere la responsabilità della sua conduzione. Inoltre mi ha stupito come ad ogni incontro fosse facile condividere pensieri con persone sconosciute ma disponibili, bisognose e fiduciose della positività di scambiare con ignoti i propri vissuti dolorosi o sereni, positivi o negativi. Non c’erano termini di paragone con sedute in presenza, come nei miei gruppi: era la prima volta che un incontro su Zoom era possibile e ricercato da tutti i partecipanti.

Così ho vissuto il paradosso di come fosse più semplice e immediato costruire da remoto una circolarità affettuosa, una buona socialità fra sconosciuti disponibili, che fra i partecipanti di un gruppo che si conoscono intimamente da anni ma a cui è venuta a mancare l’abitudine accogliente del ritrovarsi in presenza.

## **7 Aprile 2021**

A quasi un anno di distanza condivido in parte quanto precedentemente scritto, con minori speranze rispetto a ciò che potrà accadere alla fine di questa emergenza, fine che mi sembra meno prossima di quanto allora si ipotizzasse. Il clima sociale a mio parere ora è più teso, deluso, arrabbiato, dominato dall’impotenza e dalla incertezza, dalla sfiducia, dal timore e dall’angoscia economica. In particolare la crisi da tempo in corso, di quelli che Kaës ha definito “garanti metasociali”, si è ulteriormente aggravata; la fiducia nella protezione che dovrebbe essere fornita ai cittadini a livello politico e sociale appare in costante diminuzione anche a causa del bombardamento di informazioni che abbiamo subito quotidianamente durante questo anno, che hanno impedito momenti positivi di pensiero e di scambio. Informazioni che la Puget (2015), quando ancora non c’era stata la pandemia, aveva definito “aleatorie o radioattive con effetto a farfalla” non si capisce da dove giungano, ti colpiscono inaspettatamente, rischiano di condizionarti e spaventarti, possono avere conseguenze imprevedibili e pericolose, così come le notizie bomba, in grado di far esplodere emozioni disordinate senza consapevolezza di ciò che è davvero accaduto.

Tutto questo ha facilitato una pericolosa creazione di opinioni con l’illusorio intento di rendere accessibile e meno perturbante un evento di massa come la pandemia, spesso enunciate con un “mi hanno detto”. Opinioni a volte contrastanti, incomplete prive di elementi che le possano trasformare in riflessioni condivise, capaci solo di suscitare

stanchezza, timore, fastidio, confusione.

Ci troviamo a confrontarci con persone depresse, spaventate, alla ricerca di presunte verità rassicuranti che poi inducono a rigidi schieramenti, nell'illusione di possedere l'unica "Verità".

L'umano bisogno di controllare l'ignoto omologandolo al già noto, non fa che aumentare la confusione e rendere ancora più difficile la comprensione degli accadimenti.

Pazienti che non vedevo né sentivo da molti anni, in questa situazione deprivata e complessa mi hanno richiamato per un incontro. La pandemia ha tagliato i loro legami sociali e impedito gli abituali momenti di scambio, ora isolati e particolarmente penalizzati, senza congiunti e senza animali domestici, hanno dato il megafono a antiche fragilità e paure. Pazienti portavoce di un gruppo sociale che, anche se in situazioni di minor solitudine, in questo tempo in cui il senso di impotenza, di fragilità, di depressione e di paura del futuro si respira nell'aria, sentono il bisogno di dare un senso a quanto sta accadendo, evidenziando, nella costante dialettica fra mondo interno e mondo esterno che, come non mai, il secondo invade ed entra in una pericolosa sommatoria con le fragilità del primo i cui spazi intrapsichici e inter- trans soggettivi sono diventati porosi come i muri della stanza di analisi e si condizionano vicendevolmente.

Ritengo indispensabile, sia nel lavoro individuale sia in quello di gruppo, aiutare i pazienti a comprendere che il loro attuale malessere è la risultante di una pericolosa sommatoria con le emozioni, rabbie e angosce che circolano nel sociale, nell'aria che si respira nei pochi minuti di libera uscita. Grazie alla condivisione e allo scambio anche nei gruppi su Zoom, si riesce a comprendere quanto, nei vissuti di ciascun partecipante, dipenda dal proprio specifico contesto e anche dal momento che il gruppo sta attraversando. Ciò permette di evitare una pericolosa sommatoria con il mondo esterno, e uscire dal senso di impotenza che spesso induce a cercare presunti colpevoli. Nel lavoro di gruppo si è arrivati a comprendere che i non detti e la costituzione del capro espiatorio sono gli elementi potenzialmente distruttivi presenti in ogni gruppo, e quanto sia illusoria la fantasia che, trovato un presunto colpevole, si possano recuperare certezze rassicuranti. Lo scambio di pensieri ed emozioni permette a ciascuno di riappropriarsi della propria potenza reale che, per quanto limitata, ci può far sentire di nuovo "attori e testimoni del nostro tempo e del nostro divenire" (Puget, 2012), capaci di salvaguardare le relazioni e di aprirci a nuovi incontri, come vedremo negli esempi che seguono.

### **Quale spazio all'epoca del Covid per il piccolo gruppo analiticamente orientato?**

La stanza del mio studio ha dimensioni tali da permettere, oltre alla mia, la presenza di altre tre persone, in modo da garantire la distanza di sicurezza prevista dalla normativa vigente. Ciò mi ha consentito di poter fare decidere ai membri dei miei gruppi se venire in studio o connettersi su Zoom. Non ci sono stati problemi, perché in nessun gruppo i

pazienti che hanno scelto di essere presenti non sono mai stati più di tre, anche se non sono stati sempre gli stessi. Può accadere a volte che tutti i partecipanti di un gruppo decidano di connettersi da remoto oppure che qualcuno preferisca venire in studio, cosa di cui si avverte, per tempo e su WhatsApp, tutto il gruppo.

Ho fatto questa scelta dopo essermi confrontata con colleghi, alcuni dei quali avevano deciso, come me, di fare gruppi “misti” mentre altri, per diverse ragioni, avevano ritenuto fosse meglio che tutti i partecipanti si connettessero online.

Ho pensato che fosse corretto, quando possibile, rispettare i differenti bisogni di ciascuno, senza fare subire ai pazienti ulteriori imposizioni da aggiungere a quelle che le norme anti-Covid già prescrivono. Ho compreso, nel divenire del lavoro, quanto le scelte dei singoli membri mi comunicassero il loro stato d’animo e la fase che il gruppo tutto stava attraversando, e in alcune situazioni ho sperimentato con stupore e interesse come la presenza nello studio di qualche membro, fosse in grado di evocare stimoli sensoriali che potevano avere una funzione trainante anche per chi era connesso in immagini rettangolari, dimezzanti e dimezzate.

Sono consapevole che la mia scelta aumenta la complessità della situazione per il terapeuta, ma a mio parere ne vale la pena. A questo proposito penso sia utile ricordare la definizione di “complessità” fornitami di recente dall’amico epistemologo Silvano Tagliagambe confrontando fra loro il termine “semplice” e “complesso”.

*«Semplice» viene da «semel plectere», piegare una sola volta. Questo termine indica dunque un processo la cui evoluzione, a un certo punto, prende una piega, e diventa quindi prevedibile e banale. Se infatti si prende un foglio di carta, lo si piega una sola volta e si fa scorrere all’interno di esso una pallina qualunque si constaterà facilmente che quest’ultima, nel suo percorso, non potrà che seguire l’unica piega del foglio: la sua traiettoria, di conseguenza, non potrà mai deviare rispetto a questo solco e proprio per questo potrà facilmente essere prevista in ogni sua fase e sviluppo. L’idea del «semplice», pertanto, è nella sua piega: esso, proprio per questo, può essere «s-piegato» individuando la piega che lo caratterizza.*

*«Complesso», composto da “cum” e “plectere”, significa “piegare insieme”, “con-torcere”, e quindi evoca più pieghe, più facce: ha il significato di ripiegato più volte, e quindi intrecciato, ingarbugliato, contorto.*

*La pallina di prima, fatta scorrere all’interno di un foglio piegato più volte, segue traiettorie imprevedibili. Tipico esempio della complessità intesa in questo senso è l’arte della «piegatura della carta» che produce gli origami, dal giapponese ori, piegare, e kami, carta. Quest’arte nacque in Cina, ma fu conosciuta anche dagli Arabi prima di giungere in occidente in epoca relativamente recente. La tecnica moderna usa pochi tipi di piegature combinate in una infinita varietà di modi per creare modelli anche estremamente complicati. L’origami, per i tratti peculiari che lo caratterizzano, rappresenta ed esprime nel modo più efficace l’idea della complessità come molteplicità di pieghe e di aspetti coesistenti in un insieme*

*armonico.*

## **All'inaspettato un dio apre la strada**

Così recita un frammento di Eraclito, offertomi dalla memoria, alla fine di una seduta la cui intensità emotiva non è stata certo da meno di quella che a volte è possibile condividere negli incontri in presenza.

Il gruppo cui farò riferimento è composto da sette pazienti, cinque uomini e due donne, e da una osservatrice partecipante (presente in ogni gruppo da me condotto).

*Siamo all'inizio di marzo, nella mia stanza su Zoom compare per primo Livio, dispiaciuto di non riuscire a esserci in presenza, e mi dice che ha passato un weekend particolare e che ha molte cose che desidera condividere con gli altri. Le sue parole mi stupiscono; qualche seduta prima aveva espresso la sensazione di non sentirsi ancora ben inserito nel gruppo.*

*Livio, ora trentenne, ha fatto con me poco più di un anno di incontri individuali e poi tre anni in un gruppo che ho chiuso dopo l'estate. Per la prima volta ho dovuto chiudere un gruppo, non ho ritenuto corretto inserire persone nuove non in presenza. Delle cinque persone rimaste nel gruppo, tre avevano concluso con successo il percorso terapeutico, una aveva bisogno di intraprendere un percorso analitico individuale e Livio aveva desiderio e bisogno di continuare il lavoro di gruppo. Gli ho proposto di partecipare ad un gruppo che a mio parere poteva andare bene per lui.*

*Il paziente è una persona molto chiusa, non abituato a nominare le sue emozioni che in famiglia non avevano mai avuto dignità di ascolto; il padre, a volte inadeguato, l'aveva definito una palla di vetro e lui non si è ancora del tutto staccato da questa immagine di sé. Nell'anno precedenti alla chiusura del gruppo Livio aveva deciso con la fidanzata, dopo anni di convivenza, di comprare una casa, ma pochi mesi dopo essersi stabiliti nella nuova casa era stato lasciato dalla ragazza in un modo imprevedibile e molto violento, a detta dei compagni del primo gruppo: inqualificabile.*

*Dopo l'abbandono Livio, stimolato dai partecipanti a esprimere il proprio dolore e la propria legittima rabbia, si chiudeva a riccio, cercando di fornire giustificazioni al comportamento della ex-compagna, malgrado a causa di questo fosse caduto in depressione. Il tema dell'abbandono era stato ripreso nel gruppo fino alla chiusura del medesimo, ma l'atteggiamento di Livio rispetto al suo dolore è sempre stato evitante.*

*Ora è da poco più di cinque mesi nel suo nuovo gruppo, dove è stato ben accolto e in cui partecipa più attivamente. La sua autostima che abbiamo costruito nel corso del nostro lavoro comincia a dare i suoi frutti, sia a livello personale sia lavorativo e relazionale.*

*Nel gruppo, da qualche seduta, serpeggia il bisogno di accogliere, nominare e*

*significare le proprie emozioni, anche quelle difficili e dolorose. Inaspettatamente in questa seduta Livio assume il ruolo di Genius loci (Neri, 1995).*

*Neri usa questa sintetica ed elegante espressione per indicare quel nume che per i Romani aveva un particolare rapporto con l'armonia del luogo, presiedendo alla buona relazione tra i diversi elementi; acqua, venti, vegetazione. Il Genius loci è rappresentato nel gruppo terapeutico da quel paziente che, in una particolare situazione, è in grado di animare o rianimare l'identità del gruppo, attivandone il sentire, e di collegare il progresso del gruppo con la sua base affettiva evitando lacerazioni e ferite nell'identità sincretica dei membri e nello stesso tempo, consentire che il gruppo evolva. Livio in questa seduta diviene un riferimento affettivo capace di dare parole alle emozioni emergenti e di farsene affettuosamente portavoce. Per la prima volta prende per primo la parola, racconta di sé senza interruzione per più di un'ora, ascoltato con emozionato silenzio da tutto il gruppo, me compresa.*

*Il nostro Genius Loci, appassionato e forse futuro creatore di videogiochi (questo da anni è il suo sogno nel cassetto), racconta di aver trascorso tutto il weekend con tre videogiochi particolari, interattivi, in cui il suo ruolo è stato diventare soggetto narrante e attivo all'interno della storia.*

*Il primo gioco di cui ci parla tratta di un padre che su un'isola ritrova tracce di diverso tipo, giochi, indumenti, disegni, del figlio caduto in mare, fino ad accettarne la morte ineludibile e quindi a lasciarlo, simbolicamente, serenamente andare. Questa storia per lui è durata 5 ore con un coinvolgimento che ci ha comunicato e che in qualche modo abbiamo tutti condiviso. La seconda storia ha ancora a che fare con la morte: la protagonista è una ragazza che in una casa antica molto bella, vede i quadri dei suoi antenati che le raccontano la loro storia e la causa della loro morte. Le storie degli avi sono un modo per ricordare la propria formazione e in parte la propria identità; il diario che scrive durante tutto il racconto viene dedicato al proprio futuro figlio, per permettere anche a lui di conoscere il proprio passato. Se ho capito bene, il tutto termina con una luce oltre la nebbia, una sorta di risveglio alla vita.*

*La terza storia narra di due medici che permettono alle persone in fin da vita di realizzare il loro desiderio più profondo, ma a patto di cancellare loro tutti i ricordi. Il protagonista, prima di morire, esprime il desiderio di andare sulla luna, ma non vorrebbe perdere il ricordo della moglie da lui molto amata; alla fine però sceglie di realizzare il desiderio. La narrazione finisce nel momento in cui sulla navetta che lo sta portando sulla luna, compare la figura della moglie, la donna amata, e il protagonista può chiudere gli occhi e consegnarsi in pace alla morte.*

*Certamente il mio racconto non può far sentire l'emozione provata da tutti i partecipanti, incantati dalle storie e impressionati dal coinvolgimento emotivo in cui Livio ci ha saputo trasportare. Il paziente ha trovato un suo modo, radicato*



*nei suoi aspetti più creativi, di coinvolgerci con profonda emozione nelle narrazioni. Al termine dei racconti e del racconto di sé attraverso essi, ci dice di aver compreso che poteva condividere solo con noi il suo particolarissimo weekend.*

*La morte, intesa come trasformazione e rinascita, è il tema emergente nel gruppo e Livio ne è stato il portavoce, con una capacità narrativa, coinvolgente e delicata, di affrontare il tema del cambiamento. La scelta preconsa di affrontare quei temi è arrivata in un momento in cui Livio ha sentito di aver trovato il contesto per poterlo fare con coraggio e rispetto di sé, sicuro di poter essere finalmente ascoltato e di potersi ascoltare. Uscito dalle sue sabbie mobili ha trascinato il gruppo con sé, facendo circolare emozioni intense che hanno infuso la speranza che il cambiamento sia possibile per i partecipanti, anche se il gruppo non è più in presenza.*

*Io ho valorizzato il significato di quanto accaduto sia per Livio sia per il gruppo tutto.*

*La morte, tema predominante nei giochi narrati da Livio, considerata nel suo significato simbolico di trasformazione per eccellenza, ha permesso un processo trasformativo rispetto alla sua storia e in particolare alla drammatica fine della sua relazione amorosa. Livio ha finalmente potuto pensarsi attore degli accadimenti, rispetto ad altri momenti in cui li ha subiti passivamente; ha sentito di poter essere protagonista, cercando di modificare i significati dei ricordi impressi nella propria memoria. Il paziente è stato capace di evocare pensieri lasciati per troppo tempo in sospeso ed esclamare, da bravo surfista quale è: ho cavalcato l'onda!*

*Marco riconosce e valorizza quanto compiuto da Livio facendo un paragone con il suo modo di giocare e il significato da lui attribuito ai videogiochi: io gioco per non pensare. Mara commenta: Livio è uscito da una quarantena emotiva sentendosi di poter esprimere parti di sé che fino ad oggi non si era permesso di riconoscere. Si è esposto molto, e a lungo come non mai, si è permesso di affrontare in modo nuovo tematiche complesse e dolorose senza sfuggirle ma affrontandole in modo coraggioso. Dico a Livio che in questo modo ha modificato il significato dei suoi ricordi permettendosi, grazie ai videogiochi, di fare una sorta di autoterapia e di condividerla con noi, facendosi portavoce del bisogno di tutto il gruppo di entrare più in contatto con le proprie emozioni senza più paura ma in modo trasformativo.*

*Ivan in seguito all'ascolto della coinvolgente narrazione di Livio, dice che sente un grande desiderio di parlare della relazione con suo padre, dopo che, con grande emozione, ha visto l'ultima ecografia del proprio nascituro che ormai è riconoscibile nelle sue fattezze, e che lo farà essere padre per la prima volta, cosa da lui sempre profondamente desiderata. Il discorso di Livio ha evidenziato il desiderio e il valore di entrare in contatto con le proprie intense emozioni e il*

*gruppo si saluta con il progetto di ripartire la prossima settimana da quanto detto da Ivan.*

*La seduta successiva sono presenti nel mio studio Livio e Ivan a dare una pregnante continuità al precedente incontro. Livio sottolinea l'importanza di quanto è avvenuto la scorsa seduta, quasi stupito di aver potuto significare e dare voce a emozioni non comunicabili nel suo contesto familiare e valorizza la condivisione con il gruppo che gli ha permesso di sentirsi riconosciuto, di poter godere di quel riconoscimento sempre mancato in famiglia, così fondamentale per l'autostima e la consapevolezza di sé. Anche Ivan non si è mai sentito visto da suo padre e dice: neppure mio padre ha potuto avere un rapporto con suo padre: mio nonno è morto poco dopo la guerra quando mio papà aveva quattro anni. Capire ciò lo ha pacificato: alla fine mio papà ha fatto quello che ha potuto. Lui grazie al lavoro fatto con noi spera di essere un buon padre. Si parla dei figli, della capacità materna di Mara di accogliere i figli del compagno, e Luisa insieme alla condivisione festosa delle emozioni di Ivan, fa trapelare il dolore rispetto al pensiero di non poter avere figli a causa della sua malattia neurodegenerativa.*

*Nella seduta successiva, l'ultima prima della sospensione pasquale, Luisa ha un aspetto particolarmente "luminoso" che i partecipanti notano e sottolineano. Luisa svela al gruppo di aver conosciuto un uomo in chat e dice che, per la prima volta, si è trovata dall'altra parte «anche lui come me ha la mia stessa malattia e me l'ha detto prima che io lo dicessi a lui». Questa notizia e il venire anticipata rispetto ad una questione che Luisa è solita mettere in parole agli inizi di ogni relazione, l'ha confusa e anche un po' spaventata: «ho paura delle evoluzioni che questa conoscenza potrebbe portare con sé. Abbiamo molte cose in comune. Forse troppe. E per la prima volta Luisa ci parla a lungo della sua malattia e dei suoi timori dopo aver premesso: da quando ho scoperto di essere malata non ho coinvolto nessuno. Sono sempre andata alle visite da sola e solo in alcuni momenti di grande difficoltà mi sono rivolta a mio padre anche perché mia madre è andata in depressione quando è venuta a conoscenza della mia malattia. Ivan le domanda che rapporto abbia con questa patologia e Luisa sinceramente, riconosce di non averla mai metabolizzata. Livio sottolinea il valore della condivisione, tutti intervengono con solidarietà e comprensione. Ivan conclude valorizzando l'importanza di potersi fidare ed esclama: «tu dai fiducia e ottiene mille!».*

*Con emozione sento che ciò che è accaduto in questo gruppo, nelle ultime sedute, ha inaspettatamente saputo attivare una buona socialità, malgrado le deprivazioni sensoriali. La complessità del gruppo, grazie alla molteplicità di pieghe e di aspetti coesistenti, ha costruito un insieme armonico, un origami.*

*Un gruppo è dotato di buona socialità quando è in grado di soddisfare almeno in parte il bisogno di riconoscimento delle persone che lo formano (...) sviluppare fra i membri un discorso comune (...) e dare un contributo*

*alla metabolizzazione degli effetti dannosi di eventi traumatici subiti in passato dalle persone che formano il gruppo (Neri, 2021, pag. 100).*

## **E cosa è successo al piccolo gruppo degli specializzandi con le lezioni online?**

Concludo guardando al presente e al futuro che, grazie al commento alle mie lezioni di una allieva del terzo anno della scuola Coirag di Milano, Eleonora Casati, ci apre alla speranza. Nella mia prima lezione con gli allievi del terzo anno che provenivano già da un anno di lezioni a distanza, ho ritenuto corretto e doveroso evidenziare le differenze tra una lezione, e anche una terapia, in presenza e quella da remoto, vista la totale deprivazione sensoriale che il remoto impone. Ci si può illudere che la vista e l'udito mantengano le loro funzioni, ma in realtà anche udito e vista vengono penalizzati. Non ci vediamo e non ci ascoltiamo come nell'incontro in presenza, osserviamo mezzi busti vaganti in uno spazio non condiviso, spesso spezzettati in rettangolini che formano un disarmonico mosaico, e la parola giunge in ritardo rispetto a quando viene pronunciata, creando una sgradevole discordanza fra dizione e espressione. Situazioni, queste, significativamente diverse dalla lezione in presenza che occupa uno spazio circolare, dove il modo di stare seduti, il posto occupato, la vicinanza o la lontananza fra una sedia e l'altra ci offrono importanti informazioni sul singolo e sul gruppo tutto, che si tratti di un gruppo formato da allievi o da pazienti. Ricordo anche il concetto utilizzato da Bleger (1967) di "socialità sincretica" che sottolinea il valore dei vissuti sensoriali, propriocettivi e cinestesici nel gruppo, della condivisione dello spazio e dei ritmi fisiologici, aspetti fondamentali che stimolano il senso di rassicurante appartenenza e permettono di sperimentare il gruppo come stabile e affidabile. L'analisi di gruppo, rispetto all'analisi individuale, recupera il valore dello sguardo e stimola aspetti di arcaica eccitazione che, se riconosciuti e compresi dal terapeuta, possono diventare una fonte di energia specifica del gruppo, dal momento che *"l'eccitazione non ha una specifica attribuzione identitaria ma entra in risonanza con i singoli partecipanti divenendo così anonima e, se ben canalizzata, permette all'individuo di non cronicizzarsi e stimola nuovi legami"* (RPPG n° 76-2021).

Questo argomento verrà trattato nel prossimo numero della rivista francese di psicoterapia psicoanalitica di gruppo (RPPG) del cui comitato scientifico faccio parte. Ho riferito e riferirò pensieri di autori anonimi, di un interessante e ben argomentato articolo che dovevo giudicare se fosse pubblicabile o meno. Ipotizzano che l'eccitazione sia all'origine di ogni rappresentazione. L'aumento di eccitazione che il gruppo stimola riattiva una energia che all'origine non era stato possibile incanalare. Nell'opera di Freud, secondo gli autori "l'eccitazione è il diavolo". Ma è un

*buon diavolo "quando obbliga l'io a strutturarsi come avviene in un gruppo analiticamente condotto. Viceversa, senza un adeguato contenitore, l'eccitazione può divenire pericolosa. La presenza del terapeuta nel gruppo, possibile fonte di eccitazione ma anche capace di un lavoro di integrazione, stimola il passaggio dalla eccitazione alla pulsionalità e alla ripresa della pensabilità e della significazione simbolica.*

Questo mi è servito a far comprendere agli allievi perché il lavoro di gruppo è stato particolarmente penalizzato dall'incontrarsi da remoto, e la difficoltà per i partecipanti a passare dal concreto al simbolico, difficoltà non riscontrata negli incontri in presenza. Nel rivedere quanto detto da me a lezione, l'allieva Eleonora Casati ha scritto:

*Ho compreso che la frammentazione, la fatica ad accedere al piano simbolico che spesso ci siamo rimproverati nello scorso anno, non è solo legata a quello che a volte abbiamo vissuto come un "difetto" del gruppo, ed è utile ricordarselo di tanto in tanto. È un modo per prendersi cura del gruppo. Forse non ora, ma in tempi più maturi, tutto ciò avrà acquisito un suo senso nella storia del nostro gruppo e in quella formativa di ciascuno di noi e, così come il Visconte dimezzato, potremo dire: questo è il bene dell'essere dimezzato: capire d'ogni persona e cosa al mondo, la pena che ognuno ha per la propria incompletezza. Io ero intero e non capivo, e mi muovevo sordo e incomunicabile tra i dolori e le ferite seminati ovunque, là dove, meno da intero, uno osa credere. Non io solo ... sono un essere spaccato e divelto, ma pure tutti. Ecco ora io ho una fraternità che prima, da intero, non conoscevo: quella con tutte le mutilazioni e mancanze del mondo.*

## **Nota**

I pazienti citati sono stati resi anonimi e, dopo averlo letto, hanno acconsentito all'uso del materiale clinico che li riguarda.

## **Bibliografia.**

Corbella S. (2003). *Storie e luoghi del gruppo*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Corbella S. (2014). *Liberi Legami*. Roma: Edizioni Borla.

Kaës R. (2013). *Il malessere*. Roma: Borla.

Kaës R. (2020). Notes sur les espaces de la réalité psychique et le malêtre en temps de pandémie, *Revue Belge de Psychanalyse*, 77, pp. 187-218.

Neri C. (1995). *Gruppo*. Roma: Borla.

Neri C. (2014). Il punto di vista dei pazienti su come cura il piccolo gruppo. Intervista a Claudio Neri di Veronica Palmieri. In C. Neri, R. Patalano & P. Salemme (a cura di), *Fare Gruppo nelle istituzioni* (pp. 262-268). Milano: Franco Angeli.

Neri C. (2021). *Il gruppo come cura*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Puget, J. (2015). Come pensare la soggettività sociale oggi? In *Interazioni* 2/2015.

*RPPG* n° 76 (2021/1). *De l'excitation dans les groups*. Coordination: Jean-Bernard Chapelier et Aurélie Maurin Souvignet.

## Uno Zoom sui gruppi di Psicoanalisi Multifamiliare: il passaggio dalla presenza all'online.

[Andrea Narracci](#), [Sara Bartolucci](#) e [Filippo Maria Moscati](#)

### Abstract

Come le altre terapie durante la pandemia, anche i gruppi hanno dovuto adattarsi creativamente e spostarsi online. Questo necessario cambiamento ha permesso nuove sorprendenti esperienze e l'osservazione di dinamiche gruppali inaspettate che, per i terapeuti, è stato possibile integrare grazie alle fondamenta teoriche e alle esperienze cliniche su cui poggiano i GPMF.

### Parole chiave

Psicoanalisi Multifamiliare Online, Gruppi, Psicosi, Famiglie, Psichiatria

I gruppi di Psicoanalisi Multifamiliare (GPMF) nascono a Buenos Aires negli anni '50, quando Jorge Garcia Badaracco cercò di iniziare a dimettere i pazienti psicotici ricoverati nel reparto dell'ospedale psichiatrico in cui lavorava. Badaracco capì che non si poteva curare solo il paziente, ma che era necessario coinvolgere attivamente anche la sua famiglia.

L'ipotesi fondamentale su cui si basano i Gruppi Multifamiliari è costituita dall'idea che la follia non appartenga ad una sola persona ma a due e che tra di loro ci sia un legame di tipo simbiotico, di "interdipendenza patologica e patogena". Attenuando la pregnanza di questo legame, diviene possibile, per entrambi, accedere alla propria "virtualità sana".

Fino ad un anno fa i GPMF (Gruppi di Psicoanalisi Multifamiliare) si tenevano in varie situazioni istituzionali e in due del cosiddetto privato-sociale a Roma. Con l'avvento della pandemia i primi gruppi si sono fermati mentre i secondi, uno a cadenza settimanale e uno quindicinale, hanno continuato a svolgersi online. Le nostre riflessioni faranno riferimento a quest'ultima esperienza che ci ha permesso il mantenimento in vita dei gruppi e, oseremmo dire, anche un loro sviluppo.

Jorge Garcia Badaracco teorizzava la possibilità che il gruppo, crescendo, fosse in grado di iniziare a funzionare a *mente ampliada*, ovvero che nelle menti dei partecipanti al funzionamento secondo il processo secondario si aggiungesse il funzionamento secondo il processo primario, attraverso le libere associazioni. E che da questo processo il gruppo acquisisse una capacità auto-eco-organizzante, funzione della sinergia dei suoi membri. Ebbene, la modalità online dimostra che, superata una fase iniziale di rodaggio in cui forse nessuno sapeva esattamente come comportarsi, il gruppo si è palesato come un'unicità in movimento, in maniera ancora più chiara di quanto fosse

stato possibile sperimentarlo in precedenza, dal vivo.

L'incontro virtuale dimostra che il gruppo è, sì, composto da entità diverse che gli danno vita, ma che è anche e, forse, soprattutto, un'entità unica, tanto che i pensieri che ogni persona presente esprime nel corso dello svolgimento della seduta di gruppo iniziano a formare un unico pensiero, di cui ogni intervento costituisce un contributo essenziale, pur essendo personale.

L'essenza più profonda del gruppo è la sua capacità di rendere chiaro a tutti, anche agli operatori, che si può essere in disaccordo senza dovere per forza intervenire per appianare le divergenze e che ognuno può imparare a tollerare il punto di vista altrui. Se si segue questa regola, ci si può render conto dell'esistenza di un tempo dedicato ad ognuno, per l'ascolto e l'espressione di sé. In tale assetto, ciascun membro del gruppo inizia un processo di soggettivazione.

Quest'ultimo non è un effetto secondario, bensì risponde alla domanda: "A che cosa serve un gruppo?".

Serve a creare la possibilità di passare dalla posizione di "oggetto di un intervento" a quella di "soggetto della propria trasformazione", indipendentemente da quanto sia recepito coscientemente da tutti i suoi componenti. Ciò vale per i pazienti, per i familiari e anche per gli operatori. Per i primi, il paziente e i suoi familiari, si tratta di accettare fino in fondo che i ruoli siano tutti da riscrivere e che non abbia più senso continuare a fondare la propria immagine complessiva solo su ciò che appare di sé. Per i secondi, si tratta di accettare l'indeterminatezza di chi esce dal ruolo stereotipato di "colui che è supposto sapere" per andare a collocarsi nella folta schiera dei partecipanti al gruppo che tentano di capire quale possa essere il loro apporto alla cura, sia dal punto di vista professionale sia da quello personale, tenendo ben presente che il proprio processo di sviluppo non si è certo esaurito. Visto che, forse, non finisce mai.

Il passaggio a questo assetto comporta la possibilità del GPMF di configurarsi come una struttura in grado di auto-eco-organizzarsi, in cui ognuno si cimenta nella possibilità di fare-farsi domande e dare-darsi risposte.

La seconda e ultima parte delle riflessioni di Garcia Badaracco nascono a questo proposito, poiché negli ultimi quindici anni della sua vita si trovò a fare qualcosa che può risultare comprensibile soltanto nella misura in cui si prova a sperimentarlo in prima persona: fare gruppi con pazienti e familiari che non aveva conosciuto in precedenza. Difatti, dal 1958 al 1992 egli aveva sempre condotto gruppi con persone che aveva avuto modo di conoscere anche al di fuori. Dal 1995, decise di andare a tenere dei GPMF nei reparti di degenza per uomini dell'ospedale psichiatrico *Borda* di Buenos Aires, e nel reparto per pazienti esterni, dell'ospedale *Mojano* della stessa città, dedicato alle donne. L'idea era quella di trasmettere a quante più persone possibili quanto appreso fino ad allora e scopri, anche senza confessarlo, che i GPMF, se assecondati in questo loro movimento e con il giusto tempo, sono in grado, di consentire agli operatori di *ridimensionare il proprio narcisismo*, giungendo a trasformarsi da conduttori in coordinatori e da coordinatori in membri del gruppo,

all'interno di un organismo-dispositivo che svolge funzioni analitiche.

Anche noi ci siamo trovati a vivere un'esperienza ignota, quella del passaggio dall'incontro in presenza a quello attraverso il virtuale nella gestione dei GPMF. In merito, sono avvenute e stanno avvenendo molte trasformazioni. Di alcune abbiamo percezione chiara, di altre una sfumata sensazione, altre ancora appartengono ad aspetti inconsci a cui ancora non siamo riusciti ad accedere. Proveremo ad approfondire alcuni di questi nuovi elementi.

Innanzitutto, l'evidenza è che ognuno di noi partecipi da casa propria e non compia più tutti quei passaggi, spesso rituali, per raggiungere fisicamente il gruppo. Non affronta il viaggio, la ricerca del parcheggio, la stanchezza fisica, così come non incontra odori, sensazioni ed il calore di un posto fisico condiviso e delle altre presenze corporee.

A questa mancanza di transizione fisica corrisponde l'alterazione di un passaggio di stato psichico, di quell'attraversamento di uno stato "liminale", che conduce da uno stato intra-psichico ad uno inter-psichico e dall'interazione intra-familiare a quella grupale. Si rischia di esser catapultati dentro di esso, nel momento in cui si preme il pulsante verde del dispositivo. Ciò avviene nonostante ci sia inevitabilmente un "preludio psichico" all'ingresso al gruppo anche nella modalità virtuale.

Le persone o le famiglie trovano un angoletto della casa, ne scelgono uno ben preciso dal quale connettersi e mostrarsi, e scelgono, più o meno consapevolmente, come posizionarsi di fronte allo schermo. Ad esempio, le coppie di coniugi, di fratelli o di genitori e figli, che un tempo dal vivo sedevano l'uno distante dall'altro, oggi si ritrovano seduti sul proprio divano di casa e si palesano in qualità di famiglia agli occhi del gruppo e, inoltre, si specchiano nel riquadro della loro *webcam*. Attraverso questa ogni membro e, se è presente, ogni nucleo familiare ha di fronte ai suoi occhi la propria immagine riflessa all'interno dello schermo e del gruppo, come in uno specchio, per tutta la durata dell'incontro. L'effetto di "rispecchiamento metaforico" che si genera in un GPMF in presenza, si amplifica nella modalità virtuale: la famiglia, anche quando disgregata, si unisce davanti al computer, i suoi membri si *vedono uno a fianco dell'altro* nello schermo e possono subito guardarsi fisicamente, ancor prima di poter vedere le loro parti psichiche riflesse negli altri nuclei familiari.

A questo si accompagnano altri comportamenti che mai si sarebbero visti all'interno di un GPMF in presenza, come mangiare, fumare, allontanarsi per andare in bagno. Sembra che gli istinti di autoconservazione irrompano, con il rischio che prendano il sopravvento e che la capacità di regolarli venga meno.

Non abbiamo ancora la lucidità (la distanza temporale ed emotiva) necessaria per analizzare come e quanto tali cambiamenti abbiano effettivamente modificato il nostro modo di stare nel gruppo ed il crearsi della *mente ampliata* ad ogni incontro. Ma la nostra *vivencia* ci ha posti di fronte a delle domande (*vivencia* è un termine che letteralmente si traduce in italiano con *vissuto*, che però descrive uno stato del passato, mentre *vivencia* è relativo al qui ed ora dell'emozione che viene provata in quel momento. Badaracco utilizza questo termine per indicare quei momenti di grande

intensità emotiva che si esperiscono nel gruppo, che permettono ai partecipanti di accedere ad aree del Sé altrimenti scisse).

Ad esempio, ci siamo chiesti che cosa comporti non attraversare un cambiamento di stato e di luogo per raggiungere il gruppo, dato che esso avviene dove il partecipante vive e in un luogo digitale e non fisico. Se da un lato non essere insieme in presenza può comportare una distanza emotiva ed una maggiore distraibilità, dall'altra partecipare al gruppo dall'intimità di casa propria può consentire un più facile accesso ai propri stati interni. Alcune persone lo hanno percepito sulla loro pelle, per cui dalla libertà e dal raccoglimento che si vive in casa propria sono emerse *vivencias* e connessioni intrapsichiche ed interpersonali preziose. Una famiglia, ad esempio, ha cambiato assetto nel passaggio online: prima partecipava al gruppo per lo più una donna sola problematica ed ogni tanto venivano la madre e la sorella, quest'ultima con una disabilità intellettiva che sembrava consentirle solo raramente di parlare. Oggi le due sorelle partecipano con costanza entrambe, connettendosi insieme dalla stessa postazione ed interagiscono in modo nuovo ed intenso, tra loro e con il gruppo.

Tale percezione di intimità e facilità di accesso ai propri vissuti non può, però, essere estesa ad ogni nucleo familiare o membro del gruppo poiché vi sono delle situazioni in cui può essere complesso o addirittura disperante partecipare al gruppo dallo stesso luogo (e a volte dallo stesso dispositivo) nel quale sono esperite ogni giorno le sofferenze dovute alle interdipendenze patologiche e patologiche. Una vicinanza che amplifica l'angoscia simbiotica presente nelle situazioni più gravi e che l'attuazione del Gruppo in presenza permetteva di diluire e attenuare.

Tra gli operatori abbiamo rintracciato vissuti e percezioni, relative all'incontro online, molto differenti tra loro; alcuni di noi hanno molto sofferto la mancanza della corporeità e faticano tutt'ora ad adattarsi, altri invece apprezzano il nuovo mezzo d'incontro e ne evidenziano gli aspetti innovativi e stimolanti.

Per quanto ci riguarda, pensiamo innanzitutto che i GPMF abbiano funzionato anche in questa nuova forma poiché, come già detto, il loro procedere non dipende da ciò che fanno conduttori, operatori, familiari e pazienti, ciascuno individualmente, ma da come reagisce il gruppo nella sua complessità.

*“Di sorpresa in sorpresa”* (Badaracco, Narracci 2011), come scriveva Jorge Garcia Badaracco, nella nuova modalità di interscambio abbiamo scoperto di riconoscere più chiaramente, in alcune situazioni, le interdipendenze patologiche e patologiche tra i membri di alcune famiglie. Mancando la terza dimensione, la presenza corporea, abbiamo osservato come alcune dinamiche emergano a volte più rapidamente o con maggior evidenza rispetto agli incontri dal vivo.

Intendiamo con interdipendenza quel rapporto reciproco attraverso cui ciò che una persona fa si riverbera su ciò che fa l'altro e viceversa. Questo funzionamento è presente in tutti gli individui, è alla base della sofferenza psichica, e si manifesta con particolare intensità nelle persone che fanno parte di un'interdipendenza patologica e patogena. I processi vissuti dall'uno sono inscindibili con quelli esperiti dall'altro e



viceversa (Badaracco, 1997).

Perché tali processi ci sono sembrati quasi più nitidi su una piattaforma digitale che dal vivo? François Richard ha [scritto](#) (2020) che “con Skype c’è il rischio che ciascuno costruisca il proprio personaggio, visto dall’altro come se si trattasse di un film”. Prendendo spunto da tale riflessione, potremmo ipotizzare che ci siamo ritrovati come di fronte ad un *film*, ad una messa in scena online delle interdipendenze patogene e patologiche di alcune famiglie i cui membri si muovevano di fronte allo schermo, a volte, come dei personaggi. Badaracco parla di “aspetti caricaturali” dei pazienti quando sono costretti ad interpretare vari personaggi. Infatti, l’autore scrive di persone “abitate da una molteplicità di personaggi, spesso incompatibili tra loro, che hanno impedito lo sviluppo del loro vero Sé” (Badaracco, 2003). Badaracco intende l’interpretare dei “personaggi” da parte del paziente, come la difficoltà ad accedere alla propria spontaneità, ed alla tendenza ad un irrigidimento psichico inconscio che ingabbia la “persona”. Questo irrigidimento è strettamente connesso con le interdipendenze patologiche e patogene entro cui si è sviluppati, ed è tanto più forte quanto più grave è la condizione di sofferenza. Difatti per Badaracco:

*La malattia mentale può essere vista come mancanza di plasticità, come rigidità e stereotipia. (...) quando l’autenticità fluttua, in rapporto alle condizioni del contesto esterno, la patologia è meno grave; quando la stereotipia non dipende dal contesto, siamo di fronte ad una patologia grave (...) (Badaracco, 1997).*

Interdipendenze e “personaggi” di alcune situazioni familiari ci si sono palesati allo sguardo in maniera netta nell’ultimo periodo, probabilmente anche perché i nostri occhi e le nostre orecchie sono state maggiormente vigili, reattivi ad effettuare uno “Zoom” sull’inconscio, come per compensare e sostituire quei moduli espressivi corporei che vanno smarriti nell’incontro in rete, come ha detto Stefano Bolognini (2015) nel suo [discorso di apertura](#) dei lavori al Congresso dell’IPA a Boston.

L’operatore in questa nuova situazione di presenza-non presenza fisica, non può permettersi di rimanere “esterno” alle interazioni, di non manifestare la sua “presenza”, ricordando come “manifestarsi” voglia dire non soltanto parlare ma anche ascoltare attivamente.

Ha senso per noi pensare il GPMF come un “dispositivo alla ricerca della verità”, ovvero, alla ricerca di eventuali traumi o lutti non elaborati. Questa indagine non riguarda soltanto il paziente “portatore dei sintomi”, anzi acquisisce sempre più consistenza l’ipotesi che il trauma non registrato, o il lutto che non è stato messo a fuoco, riguardi soprattutto l’altro componente della “interdipendenza patologica e patogena”, generalmente uno dei due genitori.

Questa è un’ipotesi emersa nell’ultimo anno precedente alla pandemia, che riteniamo sia da approfondire, anche se molto coerente con le premesse derivanti dalla “strutturazione esplicativa” presente nel lavoro di Jorge Garcia Badaracco (1997, 2003, 2011), da un lato, e di Gaetano Benedetti, dall’altro (Benedetti, 1980).

La dimensione virtuale ci ha dato e ci dà la possibilità di raggiungere persone non conosciute e che ignorano l'esistenza della psicoanalisi multifamiliare attraverso un'espansione più ampia e rapida sul web. I gruppi si costituiscono in maniera ancora più fluida, con componenti ancor più eterogenei.

Oggi possono partecipare al gruppo persone di città e paesi diversi, membri di una famiglia che vivono lontani, operatori che svolgono la propria professione in luoghi lontani, creando una nuova percezione del tempo, dello spazio e della relazione all'interno e all'esterno del GPMF.

Così facendo, la realtà virtuale consolida la capacità del GPMF di far stare insieme le persone in quanto tali, a cominciare dall'essere "tutti pazienti" o, meglio, membri di una interdipendenza patologica e patogena.

## **Bibliografia**

Badaracco, J.E.G. (1997). *La comunità terapeutica psicoanalitica di struttura multifamiliare*. Milano: FrancoAngeli.

Badaracco, J.E.G. (2003). *Psicoanalisi multifamiliare. Gli altri in noi e la scoperta di noi stessi*. Torino: Bollati Boringhieri.

Badaracco, J.E.G., Narracci A. (2011). *La psicoanalisi multifamiliare in Italia*. Torino: Antigone Edizioni.

Benedetti, G. (1980). *Alienazione e personazione nella psicoterapia della malattia mentale*. G. Fioriti Editore.

## **“Because you’re mine I walk online”**

[Yitzi Katz](#)

### **Nota del traduttore**

Il titolo del lavoro è un gioco di parole che rimanda a una famosa canzone di Johnny Cash: il titolo originale – *Because you’re mine I walk the line* – che possiamo tradurre come: “poiché sei mia, io cammino sulla linea” diventa in questo caso “io cammino online” (*I walk online*).

### **Abstract**

Il titolo di questo saggio, una parafrasi di una canzone di Johnny Cash del 1956, illustra la giustapposizione di essere terapeuta e paziente online durante la pandemia di Covid-19. Il saggio esplora le esperienze dell'autore da entrambi i versanti dell'essere online. I molteplici punti di vista – essere allo stesso tempo terapeuta, paziente analitico e collega supervisionato online – sono esplorati dando vita a un immaginario incontro di supervisione terapeutica di gruppo: il materiale è presentato al lettore come se fosse la trascrizione di una seduta discussa tra colleghi.

### **Parole chiave**

Psicoterapia online, molteplicità di identità, *setting* terapeutico

*Paziente:* Durante il Covid, all'inizio della seduta, il mio psicoanalista mi ha detto: "La vedo, ma mi sembra piccolo. La sua finestra è piccola e non so come farla diventare più grande. Sto premendo, ma lei è ancora piccolo".

Ero seduto sul divano del mio ufficio, con la faccia verso il mio telefono. "Sono piccolo? Cosa vuol dire?" Ho risposto.

Questo era l'enigma di Skype, Zoom o WhatsApp, tutto era in miniatura.

"Ok, un secondo, credo di sapere cosa sta succedendo. Punti il *mouse* verso la figura dove mi vede piccolo. Prema lì sopra con un doppio *clic*. Va meglio?".

C'è stato un momento di *suspense* e di silenzio, segnato dal suono di un *clic* del *mouse*. I suoi occhi rotolarono da sinistra a destra. "Ha funzionato! Come ha fatto?" Mi ha chiesto. "Magia", ho risposto, e abbiamo riso entrambi.

*Terapeuta:* A un certo punto, tra il primo e il secondo *lockdown*, avevo cercato di raggiungere uno psichiatra, formato come psicoanalista, con cui collaboro a Gerusalemme. Le mie numerose telefonate e messaggi non hanno avuto risposta, creando un po' di angoscia e preoccupazione da parte mia per la sua salute. Non lo vedevo da mesi e mi preoccupavo perché non rispondeva. Forse aveva contratto il

contagio o gli era successo qualcosa di più terribile.

Un sabato mattina, ero fuori a correre quando sono arrivato a un semaforo nelle vicinanze del suo ufficio. Siccome era giorno di sabato, c'erano pochissime macchine fuori, perché molte persone non guidano di sabato, a Gerusalemme. È stato l'istinto a farmi dare un'occhiata alle macchine ferme al semaforo rosso, ed ecco che ho scorto il mio collega seduto dentro una delle macchine. Ero entusiasta di scoprire che era vivo e vegeto.

Pieno di sudore e con il mio abbigliamento da corsa, l'ho salutato con gioia. In retrospettiva, mi rendo conto di averlo terrorizzato, correndo verso la sua auto sulla strada.

All'inizio non aveva idea di chi fossi, incontrandomi così fuori contesto. Ho dovuto togliermi il cappello per farmi riconoscere. Abbiamo sorriso entrambi e gli ho fatto segno con la mano che lo avrei chiamato. Ho provato un tale sollievo, nel vederlo e nel capire che tutto andava bene.

Questa storia ha lasciato una profonda impressione su di me durante questo periodo di Covid, con tutto lontano, remoto e online. Scorgere il mio collega a quell'incrocio è stato un momento prezioso, dopo che non lo avevo visto di persona per molti mesi. La semplicità di salutarlo, di togliermi il cappello in modo che il mio viso fosse riconoscibile e di sorriderci l'un l'altro, mentre ognuno di noi era impegnato nella sua vita personale, mi ha riempito di energia e di vivacità.

*Paziente/Terapeuta:* Da qualche parte, dopo più di un anno di incontri online, ho capito che provavo sollievo nel vedermi sullo schermo. Ero preoccupato che la connessione si interrompesse a causa di un problema tecnico e temevo che avrei continuato a parlare, senza accorgermi che non c'era nessuno.

Dopo qualche riflessione ho cominciato a sedermi sul divano del mio studio di fronte a una finestra, con uno schermo alla mia destra, e quell'immagine di me stesso mi ha dato fiducia che tutto funzionasse.

*Terapeuta:* Tante cose sono cambiate e sono state assenti durante questo anno remoto e sono ancora lontano dal digerirle. Ho una sensazione ricorrente che mi perseguita prima dei miei incontri a distanza. È la paura che qualcuno, potrebbe essere chiunque dei miei pazienti, si presenti improvvisamente alla porta, bussi e sia lì di persona piuttosto che su Zoom.

Da dove viene questa paura, o perché si presenta in quel momento improvviso non è qualcosa che posso spiegare, e rimane da esplorare. Con il tempo si è attenuata e si è messa in secondo piano, ma rimane un ricordo persistente dell'esperienza online.

Come terapeuta, durante le sedute sono stato trasportato in così tanti luoghi insoliti. Su Zoom, sono entrato nelle case dei miei pazienti, nei letti, nelle cucine, in famiglia, in escursioni all'aperto e persino in auto.

Quali sono i contro? A volte, non mi piace Zoom e tutto il resto. Il Wi-Fi non sempre funziona a dovere, non importa quante volte cambio provider o se uso un hotspot dal mio telefono. C'è sempre qualche problema sorprendente che mi si para davanti nei momenti meno previsti.

Non voglio più vedermi sullo schermo, quindi mi cancello, ma non serve. So che sono lì. Cerco di non guardarmi sullo schermo, ma non riesco a frenarmi. Così ho imparato a vivere con la mia immagine che mi sbircia. Non è più sconcertante intravedere il mio personaggio ogni volta che mi muovo e parlo.

Ho lavorato online con pazienti e supervisori per anni prima che iniziasse il Covid. Ho sempre pensato che il trattamento possa avvenire online.

All'inizio del Covid mi sentivo preparato e non troppo sopraffatto. Tuttavia, ho sentito il panico intorno a me, all'interno della comunità psicoanalitica in Israele.

Molto rapidamente Internet è stata inondata da conferenze gratuite di stimati psicoanalisti provenienti da Israele e dall'estero.

Era rassicurante sapere di non essere solo. Tutti hanno dovuto superare i molti ostacoli presentati dalle chiusure e dagli isolamenti mentre continuavano a curare i pazienti. Mi sono sentito "in mezzo a questo" in compagnia di molti altri colleghi.

Il Covid era ovunque. C'erano molte incognite da considerare ogni giorno. La pandemia stava reclamando il suo tributo in Israele, ma non era così grave come in altri paesi.

Ho trovato il modo di creare una piccola bolla nel mio ufficio, dove ho continuato a vedere molti clienti senza mascherina durante una parte significativa della pandemia. Forse alcuni lettori possono trovarlo strano e, in retrospettiva, sono stato probabilmente un po' ingenuo e fiducioso.

Andavo nel mio ufficio e mi sentivo in uno spazio sicuro. Devo aver avuto bisogno di quell'illusione di sicurezza, di isolamento dal panico e della capacità di trasmettere ai pazienti e a me stesso la fiducia che il nostro lavoro stesse continuando.

*Paziente:* La mia analisi è diventata un'analisi online. Non ricordo nemmeno com'era stare di persona, eppure so che mi manca. Tutto sembrava continuare come prima, eppure avevo una paura accresciuta per il mio analista e la sua sicurezza. I miei sensi erano in sintonia con i suoni su Skype dalla sua parte dello schermo, i cambiamenti nella stanza, e la mia immaginazione riguardo al suo stato emotivo. Mi chiedevo: "e se questa sarà la mia analisi?"

Ho fantasticato di andare al cancello del suo ufficio, che era arrugginito da anni, e spruzzarci sopra del lubrificante per sradicare il cigolio della ruggine. Volevo essere vicino alla scena della mia esperienza di analisi originale e mettere piede in quel luogo, che era il terreno originale della mia analisi, messo "in attesa" dal trasferimento online. Ho la tradizione di portare alla mia analista del vino per la festa del Capodanno ebraico. Quest'anno ho dovuto lasciare le bottiglie fuori dal suo ufficio. Sapere che il vino le è arrivato mi ha dato un senso di soddisfazione e mi ha ricordato che non tutto è scomparso durante la pandemia. Forme di contatto continuavano a rimanere una possibilità.

*Terapeuta:* È stato allarmante vedere la comunità di psicoterapeuti in Israele fare molti cambiamenti nella loro pratica, e così rapidamente. Tutti si sono dovuti adattare.

Prima del Covid, era più facile per me capire perché la psicoanalisi fosse percepita come arcaica, distante e rigida. Improvvisamente, all'inizio del Covid sono comparsi colloqui, seminari e conferenze disponibili online per chiunque volesse partecipare.

Questo è stato un cambiamento gradito rispetto all'atmosfera che c'era prima. Ho scritto un saggio online esprimendo una preoccupazione per questo drastico cambiamento, ho fatto riferimento a conferenze psicoanalitiche con materiale clinico aperte a chiunque fosse interessato e ho descritto quello che sentivo essere una preoccupazione che aveva superato i principi elementari della riservatezza nella nostra professione. Ho anche percepito un tentativo da parte di alcuni individui di regnare come persone di autorità e di cercare di controllare il discorso.

Il mio saggio inizialmente non è stato generalmente accettato, e io ero deluso e ferito. Sentivo di aver notato qualcosa di importante nella sfera online, ma nessuno voleva ascoltarlo.

Per fortuna, ho persistito e ho contattato un'analista più anziana, gentile e cortese, conosciuta in Israele per le sue opinioni aperte e anti-autoritarie nel campo della psicoanalisi. Ha pubblicato il pezzo a mio nome e vi ha aggiunto anche la sua opinione personale. Mi ha commosso il fatto che qualcuno abbia ascoltato i miei pensieri, li abbia aggiunti ai suoi, e si sia messo in gioco per creare un palco dal quale potessero essere ascoltati.

È un esercizio interessante vedermi attraverso i numerosi lati della dialettica terapeuta/supervisionato/paziente. L'esperienza maturata nell'essere online mi ha fatto capire che non sono così diverso sullo schermo e fuori dallo schermo. Essere in grado di vedere me stesso sul mio schermo è abbastanza emozionante, inoltre mi sono trovato in un terreno comune con una comunità di colleghi che hanno passato la pandemia lavorando in modo simile.

*Terapeuta/paziente:* Israele ha riaperto, e molte persone sono tornate alle riunioni in presenza. Ho ancora il mio Zoom aperto per coloro che lo scelgono.

Rimarrò seduto sul divano del mio ufficio con il volto rivolta alla finestra e lo schermo alla mia destra. Aspetto che l'immagine con il nome del mio analista diventi verde su Skype. Toccherò lo schermo per la chiamata e potremo iniziare la riunione di oggi.

## **Note**

Traduzione italiana a cura di Luca Nicoli.

## Dagli occhi del paziente

*Sara Versace*

### Abstract

Dal punto di vista di chi è paziente, ma anche psicoterapeuta, si ripercorrono sensazioni, emozioni e riflessioni legate al repentino passaggio dalla terapia in presenza a quella online a seguito della pandemia da Sars-Cov-2. Nel ruolo di chi sta anche dall'altra parte dello schermo ci si sofferma sul vissuto legato a questo passaggio, sulle sensazioni elicitate dallo stare in due stanze differenti uniti da un *device*, fino al ritorno nella stanza in presenza.

### Parole chiave

Essere paziente, occhi, vicinanza, ritorno nella stanza, luogo familiare

Fin dall'inizio della pandemia mi sono chiesta come potessero vivere i miei pazienti il passaggio così repentino dalla terapia in presenza a quella da remoto. Mi domandavo se si sentissero a loro agio, se avessero uno spazio tranquillo a casa per poter fare la seduta, in generale mi chiedevo come potesse essere trovarsi in due stanze differenti, lontani fisicamente, senza i classici punti di riferimento esterni, talvolta molto utili per il paziente, quali la sala d'attesa e il viaggio per arrivare e andare via dallo studio. Da psicoterapeuta sentivo un misto di disorientamento e curiosità: iniziavo ad utilizzare anche io uno strumento completamente nuovo, che andavo a scoprire insieme al paziente con il passare del tempo.

Penso che l'aspetto che più mi ha aiutato a capire le persone connesse con me sia stato vivere la terapia online anche dall'altra parte dello schermo, da paziente. In questo meraviglioso doppio ruolo ho immaginato la possibile esperienza dell'altro e ho pensato che non ci potesse essere modo migliore per mettersi nei suoi panni se non riflettere sulle sensazioni ed emozioni da me provate come paziente in questa nuova esperienza terapeutica a distanza.

Dal confronto con molti colleghi che, come me, si trovavano nel doppio ruolo di psicoterapeuta e paziente, sentivo i pareri più disparati nei confronti di ciò che sperimentavano con la terapia online, tutte sensazioni giustificabili e comprensibili in base alle loro caratteristiche personali. Alcuni sentivano di essere in difficoltà nell'andare oltre il concreto e nel portare contenuti molto intensi; altri riportavano la sensazione di essere a disagio nei loro ambienti domestici; altri ancora si ritrovavano con me nella sensazione sorprendente che, nonostante fosse cambiato molto, di fatto il contatto e la relazione con il proprio analista erano rimasti uguali.

## Continuare online o sospendere?

Ad inizio pandemia molti psicoterapeuti hanno proposto di continuare la terapia da remoto e molti pazienti hanno accettato, nonostante i dubbi e le possibili difficoltà di organizzazione nel trovare uno spazio tranquillo e poco disturbato dalla quotidianità casalinga. Da parte mia, nonostante avessi dei timori nell'uso di questo nuovo strumento, non ho mai pensato di sospendere e l'ho trovato un ottimo modo per restare connessi e non lasciare in sospeso emozioni, pensieri e narrazioni importanti da condividere. All'inizio ho subito pensato a dove mettermi, questione non facile: amavo stare in salotto, al centro della casa, spesso con il mio cane seduto a fianco, luogo che, purtroppo, non sono riuscita a mantenere e che mi ha portato a spostarmi per casa alla ricerca di un posto tranquillo. Soprattutto all'inizio dell'emergenza la seduta online era per me un momento della settimana estremamente atteso, forse perché, con la chiusura totale di quasi tutti i nostri ambiti di vita e la riduzione delle nostre relazioni interpersonali, quel legame rappresentava un sincero contatto con il fuori, stabile, che non è venuto a mancare. Di fatto nel marasma emotivo interno ed esterno che mi coinvolgeva, la seduta rimaneva un momento contenitivo e protettivo che mi aiutava a stare nella situazione con tutte le perturbazioni emotive che, visto il momento di emergenza, arrivavano inevitabilmente. In questo senso, ho provato a immaginare la sensazione di quei pazienti a cui è stato proposto di sospendere momentaneamente fino a fine emergenza, e ho pensato come potessero vivere la mancanza di questa relazione che non è solo di cura, ma primariamente una relazione umana tra persone, in cui ci si affeziona e, a volte, ci si preoccupa per l'altro. È infatti molto difficile nascondere che è venuto naturale preoccuparsi anche per la salute dell'analista: la domanda "come sta?" era un frequente inizio dell'incontro nella mia terapia – come in tante altre – come se mi fossi resa conto che tutti potevano ammalarsi ed essere vulnerabili, anche chi di solito cura (penso alla lettera [Psicoterapia durante una pandemia. Una lettera da Nancy McWilliams](#)).

## Più vicini, anche se lontani

Nella mia esperienza online ho avuto l'impressione di trovarmi improvvisamente molto vicina al mio analista, come se in un rapido momento ci fossimo trovati occhi negli occhi. Nonostante ci fosse una vera e propria distanza fisica e fossimo in stanze differenti, sentivo un'intensa vicinanza, aspetto che da una parte era sicuramente nuovo e piacevole, ma dall'altra anche difficilmente gestibile. Era molto inusuale per me essere così vicina, una novità tale che all'inizio ricordo di aver comunicato: "le sedute su Skype, anche queste nuove, per come sono fatta probabilmente mi fanno sentire tutto vicino, non riesco a stare a distanza neanche un po'". Le sedute online mi sembravano di fatto guidate esclusivamente dalla vista, come se gli occhi fossero divenuti il canale principale di contatto, un contatto comunque molto intimo e ricco. In questo senso ho trovato profondamente vere le parole di Vittorio Lingiardi ([Come sorridere senza volto](#)) che sottolinea come gli occhi siano il primo luogo d'accesso al mondo interno – nostro e altrui – e come, proprio in questo momento, sia importante partire dal contagio del guardarsi negli occhi.



Di fatto la vista guidava molto l'incedere dell'incontro ed è possibile che questa vicinanza fosse legata anche al fatto che l'analista "vedesse i miei racconti", ovvero i luoghi in cui vivo, il cane di cui ogni tanto parlo. Da parte mia avevo anche piacere a condividere questi luoghi e ricordo ancora divertita quella volta in cui il mio grosso cane è comparso in lontananza nello schermo o quando si faceva semplicemente sentire con il suo assordante abbaiare.

L'esperienza online mi sembrava di per sé piacevole, intensa e segnata da sintonizzazioni inaspettate. Mi è sembrato quasi di accogliere il mio terapeuta a casa, come se venisse dal vivo a farmi visita, vedesse la mia casa e prendesse un caffè. Non mi importava molto dove fosse lui – e di posti ne ha cambiati parecchi – perché l'aspetto contenitivo me lo dava molto la sua voce e la sua presenza.

### **Connesso dalla stanza**

Certamente nel momento in cui l'analista si è connesso dallo studio mi sono illuminata e ho esclamato: "*Dottore ma è tornato in studio, che bello!*", come se la visione dello studio, del nostro posto condiviso, mi avesse trasmesso ancora più tranquillità. Questa reazione mi ha fatto pensare a quanto quella specifica stanza fosse importante per me, forse perché vista come un luogo che collega al familiare, alla casa in cui ci si sente sicuri. Di fatto la finestra del *PC* diveniva solo il mezzo per vedersi, per rimanere connessi e condividere quello specifico spazio familiare in cui si sta bene e si può portare il buono e il brutto. A questo proposito, proprio per sottolineare quanto fosse rilevante il tornare o il rivedere la stanza di terapia, ricordo nitidamente un sogno fatto durante il periodo di terapia online, nel quale sognavo di assistere a un tragico evento familiare e subito dopo lasciavo tutto, dirigendomi verso quella specifica via di Milano in cui si trova lo studio; lì mi sedevo sul marciapiede davanti al palazzo in attesa, come se fossi arrivata nel mio posto sicuro e familiare.

Nonostante avessi tutti gli elementi per sentirmi a mio agio da remoto, sentivo la mancanza di alcuni aspetti caratteristici della terapia in presenza, quali il camminare fino allo studio o l'aver del tempo per pensare dopo la seduta sulla metro o sul treno. Tutto questo nella terapia online era svanito, era molto disorientante trovarsi a casa ancora con la voce del terapeuta nella testa. Mi sono trovata quindi a rintracciare delle coordinate e delle soluzioni nuove, scegliendo come nuovo spazio per la riflessione post-terapia lo stare davanti al *PC* per un po' da sola, senza altre interazioni, senza entrare subito in contatto con le mie attività domestiche. Ero consapevole che questa era una soluzione di compromesso che non era per nulla un equivalente dei miei soliti modi di congedarmi dalla seduta in presenza, dall'analista e dai pensieri emersi nella stanza.

### **Cosa è rimasto uguale e cosa è cambiato**

Essere due persone che parlano in due stanze differenti sembrava non cambiare per nulla la qualità della relazione: anche a distanza mi è capitato di vivere quelle sedute in qualche modo speciali, nelle quali si realizzano passaggi condivisi intensi, momenti

di profondità preziosa che mi hanno fatto pensare a quanto l'essere uniti da un *device* rappresentasse solo un canale per comunicare e condividere. Ricordo momenti di intensa commozione, come anche altri di grande tensione e rabbia nei confronti dell'analista tanto da farmi dire: *“sono molto arrabbiata con lei e non mi passa, ho sognato di rompere lo schermo del computer per poi pentirmene subito dopo”*, momenti che capitano in tutte le terapie, che siano online o in presenza.

Ciò che è cambiato invece mi è sembrato strettamente legato all'uso di uno strumento a distanza nel particolare momento della pandemia, come se questo avesse assunto un potere anche amplificato rispetto alla norma. L'aver vissuto insieme questo passaggio dalla presenza al remoto in questa situazione emergenziale e sociale, mi sembra abbia in qualche modo cambiato la relazione con i nostri psicoterapeuti, un cambiamento dal quale penso non si possa molto tornare indietro (si veda il [webinar](#) dell'Ordine degli Psicologi della Lombardia *Niente sarà più come prima: il cambiamento post pandemia tra nostalgie, speranze e illusioni* e l'articolo [Terapie e terapeuti online](#) di Vittorio Lingiardi e Guido Giovanardi). È come se avessimo vissuto un'esperienza quasi traumatica nella quale siamo stati tutti coinvolti e il vivere in modo comune e condiviso le stesse sensazioni si è sentito chiaramente all'interno della stanza virtuale e questo ha fatto la differenza.

Certamente la modalità online, come qualsiasi strumento con proprie caratteristiche, elicitava determinate fantasie o reazioni in base allo specifico paziente: c'è chi non amava vedersi nello schermo in una piccola finestrella, c'è chi si sentiva poco coinvolto e chi, come me, ipersensibile ed iperattenta alle distrazioni, sentiva a volte l'analista più distratto del solito, aspetto non necessariamente vero, ma che non potevo controllare essendo a distanza. Come capita per l'utilizzo di ogni strumento, ci sono condizioni in cui i pazienti si sentono meglio o peggio: alcuni non reggono il lettino, altri patiscono il silenzio, alcuni necessitano di una seduta settimanale, altri di tre e infine alcuni prediligono la modalità in presenza o viceversa online. L'importante è che la coppia al lavoro rifletta e mentalizzi l'uso che fa degli strumenti.

## **Il ritorno nella stanza**

Penso che ogni paziente abbia vissuto il ritorno nella stanza con grande emozione e commozione, sensazione così intensa da sentirsi sorpresi. Quando a maggio sono tornata in presenza ho avuto nella mente una bella immagine del mio passato: ho pensato a quei viaggi in macchina da sud a nord che facevo con mio padre durante il periodo estivo. Viaggi lunghissimi, in cui io rimanevo attenta osservatrice dei paesaggi italiani che cambiavano con il procedere del viaggio e accompagnavo vigile la guida di mio padre verso nord. Nel momento in cui arrivavo nei pressi di Milano da bambina gradualmente riconoscevo il territorio e iniziavo ad assaporare l'aria di casa, ero a casa. Questo ricordo così nitido è emerso nel tragitto da casa allo studio e ricordo di aver detto con una certa commozione al mio primo incontro in presenza: *“è proprio come tornare a casa, dopo un lungo viaggio lungo tutta Italia”*.

Ho ancora nella mente quel ritorno così emozionante, l'entrata nella stanza è stata come

un'immersione in profumi noti, piacevoli e familiari, un concentrarsi in una osservazione attenta di tutti i dettagli, come per verificare che tutto fosse rimasto al suo posto, scoprendo con piacere che ogni cosa era dove era stata lasciata. Dal predominio della vista che tanto avevo esperito nella terapia online, in quel momento sentivo tutto più completo: sì, ero proprio tornata nel solito posto, finalmente non più uniti da un *device*, ma dentro la stanza.

## Vivere l'esperienza della terapia online come paziente

[Maria Elena Testi](#)

### Abstract

La pandemia da COVID-19 è entrata con forza nei percorsi analitici in essere, la preoccupante realtà esterna ha spinto a modifiche sostanziali del *setting* quali la l'assenza fisica di paziente e analista, lo spostamento dai luoghi di terapia abituali. Questo scritto si propone di descrivere l'esperienza dell'analisi online dal vertice osservativo del paziente. Le modifiche al *setting* hanno favorito l'emergere di aspetti poco consapevoli, *insight* di aiuto al processo analitico stesso.

### Parole chiave

Analisi online, *setting*, *insight*

Durante la pandemia paziente e analista hanno condiviso una preoccupante realtà comune che si è imposta con forza nel lavoro analitico spingendo a modificare coordinate spaziali stabili e rassicuranti quali il luogo e la presenza fisica.

Vivere l'esperienza, per quanto possiamo anticiparla immaginandola, ci riserva spesso risvolti inaspettati, niente è paragonabile alla conoscenza acquisita tramite il contatto con la realtà, in questo caso mi riferisco alla conoscenza del proprio mondo interno grazie all'esperienza vissuta.

In alcuni mesi di analisi online variabili impensate hanno fatto la loro comparsa svelandomi aspetti di me poco consapevoli.

Al quinto anno di analisi è arrivato il primo *lockdown* che ha fatto nascere l'esigenza di una prosecuzione del trattamento online, in alternativa l'interruzione.

Decidiamo di proseguire con le nostre sedute tramite Skype, nella mia mente avevo implicitamente una rappresentazione del *setting*, come replica di quella che era la mia esperienza nella stanza, immaginavo di ricreare il più possibile quel modello familiare di interazione.

Dopo la decisione di proseguire online e in attesa della prima seduta molte fantasie hanno abitato la mia mente. Questione emergente era per me far entrare, seppur virtualmente, l'analista nella mia casa, ancor di più nella mia camera da letto dove pensavo collocarmi. Valutavo ogni possibilità di trovare un'altra stanza in cui potermi sdraiare isolatamente ma, avendo spazi aperti in casa, non mi sentivo "protetta", cercavo una porta da chiudere e quattro mura, contenimento simile alla stanza d'analisi.

Immaginavo cosa l'analista avesse pensato vedendo la mia camera, una stanza di cui peraltro avevamo parlato abbastanza perché avevo cambiato l'arredamento poco tempo prima. Come mi metto? L'analista vedrà dove dormo ... troverà bella la camera? Devo

stare attenta a cosa si vedrà dallo schermo, ci sono vestiti sparsi sulla sedia che dovrò escludere dall'inquadratura.

Il giorno della seduta mi collego e lui mi sembrava in studio, nella solita stanza, ero io ad aver cambiato totalmente luogo. Ci salutiamo e decidiamo, o forse decido io, di togliere lo schermo e di risalutarci alla fine dell'ora, facendo in fondo ciò che avevamo fatto per anni. Improvvisamente non so come agire, cosa faccio, spengo il video o lo sposto? questo aspetto non lo avevo pensato fino ad allora.

Per fortuna, dico ora, non ho avuto il tempo di rifletterci sopra perché ho messo il portatile sul comodino rivolgendo lo schermo contro la parete.

Iniziamo la seduta e per me andava tutto bene, avevo la mia solita voce alle spalle, ero comodamente sdraiata sul mio letto a parlare delle mie angosce sul virus che si facevano sentire tramite piccole somatizzazioni. L'analista ad un certo punto mi fa notare che l'avevo posto di fronte ad un muro bianco! Lì è stato un vero *insight*, ho realizzato di aver tenuto conto solo del mio punto di vista posizionando lo schermo. Pensavo con imbarazzo a quegli aspetti narcisistici poco riconosciuti e ora palesemente emersi in questa modalità che ci ha costretti a modificare il *setting* dopo anni di analisi in presenza. In quel momento ho realizzato che l'analista in studio, dietro e di lato alle mie spalle, può guardare me sul lettino ma anche tutta la stanza.

Riflettevo ad un tratto di averlo confinato in una posizione claustrofobica, privandolo dell'organo di senso più importante, la vista, come io lo sono in seduta. Il cambiamento di *setting* ha creato le condizioni affinché potesse prodursi questo *insight*, facendo affiorare un aspetto, sicuramente operante nelle sedute in presenza, ma di fatto inconsapevole come reale vissuto.

La conoscenza teorica su possibili dinamiche interne mette in fondo al riparo dalla piena consapevolezza.

Il tema dello spazio visivo dell'analista e del mio come paziente nella stanza, è stato all'inizio del percorso motivo di frustrazione, sentivo il bisogno di avere di fronte il terapeuta mentre parlavo. In occasione dell'analisi online aver rivolto lo schermo verso il muro ha confinato di fatto l'analista in una posizione in cui entrambi potevamo utilizzare solo l'udito, come a voler ristabilire inconsapevolmente una sorta di simmetria da tempo ricercata in quella relazione.

Sicuramente questo "incidente", legato alla posizione del video, ha fatto affiorare nuovo materiale da integrare nel processo analitico.

L'analisi in modalità online, in base alla mia esperienza, non ha perso la caratteristica di spazio emotivamente sicuro e stabile che aveva in presenza, pur mancando la presenza fisica con quegli elementi che testimoniano la reale presenza dell'altro. Penso al tono della voce, agli odori dei luoghi ma anche ai movimenti dell'analista che cambia posizione sulla sedia, ai rumori provenienti dall'esterno, all'attesa davanti alla porta d'ingresso dello studio che attiva, a volte, vissuti intensi legati all'incertezza della presenza-assenza, magari dopo aver fatto un bel viaggio per recarsi in seduta. Questi

aspetti, spesso impercettibili, orientano l'analista ma anche il paziente – mi riferisco ad un paziente in analisi didattica con una certa consapevolezza – sulla comprensione di ciò che va emergendo in quella seduta.

Nell'analisi da remoto le realtà menzionate vengono inevitabilmente a mancare con le loro sottolineature che spesso danno voce ad aspetti non ancora consapevoli di sé.

Nel percorso analitico la vicinanza fisica e una buona alleanza tra paziente e analista favoriscono il poter stare anche in silenzio, con i propri pensieri, pur sentendo la presenza dell'altro. Immagino un bambino che può giocare, immergendosi nelle proprie fantasie, sapendo che la madre è lì, la sua presenza emotiva non è interrotta. In questo senso il silenzio è una libertà da conquistare dopo aver instaurato un buon legame con l'analista. Stare vicini in silenzio non è solitudine, mancanza di relazione, ma è uno stare con l'altro.

Il silenzio nelle sedute online è risultato più difficile, tollerabile per un tempo inferiore rispetto alle sedute in presenza. Non escludo che l'assenza fisica abbia influito su questo aspetto, mi sentivo spinta a parlare forse per non interrompere quel senso di vicinanza da mantenere, colmare quella mancanza legata all'assenza fisica dell'altro. Immagino che il mio senso di stanchezza, dopo le sedute da remoto, fosse in parte collegato a questo sforzo, inconsapevole, volto al mantenimento della relazione tramite il contatto con la parola.

Mi servo di Winnicott che descrive la madre come colei che è in grado di proteggere il bambino dagli "urti" dell'ambiente nel caso in cui si produca un'eccessiva pressione su di lui.

In questo senso la modalità di analisi online ha ricreato un ambiente in grado di proteggere e contenere vissuti emotivi legati alla pandemia: il Covid-19 ha esercitato una notevole pressione interna e sicuramente avrebbe impattato con maggior forza senza il supporto delle sedute.

## **Bibliografia**

Winnicott D.W. (1991), *Dalla Pediatria alla Psicoanalisi*, Firenze: G. Martinelli & C. Editore.

## **Niente virus nella stanza di Zoom: la psicoterapia di gruppo online è un vaccino?**

*Tiberia de Matteis*

### **Abstract**

La piattaforma Zoom ha consentito di proseguire la psicoterapia di gruppo, modificando sicuramente la struttura del *setting*, ma salvaguardando la possibilità di incontrarsi e di condividere un'esperienza globale angosciosa e tragica come la pandemia. L'inquadratura della schermata prevede una *gallery* di icone di identica grandezza che democraticamente annulla la capacità personale di catalizzare l'attenzione e posiziona anche il terapeuta in ordine sparso insieme agli altri membri del gruppo. La ripartizione dei contributi personali si verifica su Zoom in modo più paritetico e democratico, come se tutti i presenti raffigurati nelle icone avessero la medesima opportunità di parlare e intervenire con un tempismo più equilibrato ed equipollente di quanto accade in uno studio professionale. La condizione fisica e mentale di completa *privacy* garantita dalla neutralità della stanza dell'analista resta, tuttavia, ineguagliabile e insostituibile, confinando i collegamenti da remoto a un sostitutivo di emergenza che non può essere ipotizzato o proposto in situazioni di normalità. L'inevitabile modifica del *setting*, tuttavia, non ha comportato una frattura nell'avventura terapeutica e la consistenza del vissuto terapeutico sperimentato durante tre mesi di collegamenti telematici è stata immediatamente tangibile e identificabile nel momento fatidico e coinvolgente della ripresa dal vivo.

### **Parole chiave**

Psicoterapia online, psicoterapia di gruppo, gruppo online, psicoterapia su Zoom, gruppo Zoom, gruppi e Covid, terapia e Covid, psicoanalisi online, psicoanalisi e Covid, *setting* e Covid

La prescrizione governativa che ha imposto la chiusura domestica in seguito all'emergenza generata dalla diffusione del Covid-19 ha messo a repentaglio i consueti strumenti del *setting* terapeutico, individuando nel gruppo un margine di rischio ancora maggiore che nell'analisi individuale. In un clima generale di distanziamento sociale e di conseguente isolamento personale sembrava quasi impossibile mantenere viva la potenza salvifica e curativa della consuetudine all'incontro collettivo gruppale. Lo spazio condiviso dello studio abitualmente deputato alle sedute diventava un miraggio irraggiungibile, una meta proibita, un sogno lontano, con tutta l'angoscia di rimanere completamente soli, separati dagli altri membri del gruppo, ormai diventati familiari, e costretti a rinunciare a un appuntamento settimanale atteso e vagheggiato con speranza, fiducia e curiosità.

La tecnologia non si è però rivelata un freddo e meccanico tentativo di imitare un cervello umano senza potersi in nulla avvicinare alla sua fascinosa complessità, ma uno strumento in grado di supplire alla presenza negata. La piattaforma telematica Zoom ha assunto la funzione di una zattera di salvataggio a cui aggrapparsi per allontanare la gravità di un pericolo sconosciuto e perturbante, diventando subito l'arca di Noè in grado di accogliere tutti i naufraghi sparpagliati ovunque, nonché uno dei pochi canali possibili di comunicazione contemporanea fra più persone.

La notizia, annunciata sul gruppo WhatsApp destinato alle informazioni sugli appuntamenti terapeutici, che gli incontri sarebbe continuati lo stesso giorno della settimana e alla medesima ora, con l'unica differenza che si sarebbe trattato di un collegamento virtuale, ha generato subito un senso di sicurezza e conforto: l'analista non ci aveva abbandonato ai nostri arresti domiciliari, alla forzata permanenza domestica coi soli conviventi o, per alcuni, alla completa solitudine casalinga, ma aveva trovato una soluzione alternativa, una nuova possibilità di *setting* in grado di mantenere vivo lo spirito e il significato profondo dell'alleanza terapeutica.

Se però tutti erano sempre stati più o meno in grado di organizzare il loro spostamento verso lo studio condiviso, traffico o parcheggio permettendo oppure scontando qualche inefficienza dei mezzi di trasporto pubblici, in questa anomala contingenza, l'opportunità di approdare alla barca su cui navigare insieme attraverso la rete rischiava di essere annullata dalle proprie scarse abilità tecnologiche, mai prima ritenute interessanti o decisive né per intraprendere un'analisi né per rispettare adeguatamente il suo *setting*. C'era il rischio di non riuscire a entrare, di rimanere fuori, di essere esclusi dal privilegio di incontrarsi, sia pure virtualmente, per il semplice, banale e incolpevole disagio nell'utilizzare un'applicazione da scaricare, i suoi codici e le sue *password*. La terapia andava conquistata con tragitti inediti non più percorsi realmente nella topografia della città, ma raggiunti nel confronto diretto con il computer e i suoi insondabili misteri, assai inquietanti per i meno scaltri nel campo informatico. La soluzione alla difficoltà individuale l'ha trovata proprio il gruppo palesando così un'efficacia di funzionamento mai esplorata prima in simili termini di concretezza. I membri più edotti in materia telematica si sono attivati alla ricerca di suggerimenti e soluzioni mirate a garantire la partecipazione di tutti, condividendo le congrue nozioni tecniche e mettendo a disposizione le singole e differenziate competenze. Le regole per l'accesso non erano più quindi riservate al terapeuta, deputato solitamente a indurre e sorvegliare il rispetto di un patto reciproco stipulato fin dall'inizio, bensì determinate dalla situazione del momento e dai disagi creati dall'informatica e dal suo uso più o meno sapiente. Il *focus* ispiratore, il richiamo mistico, il baluardo totemico poteva allora trasferirsi dall'analista, che comunque aveva generato l'invito al *meeting* della piattaforma Zoom e deteneva il codice e la *password* d'ingresso, a qualche paziente non solo sensibile e attento nell'intuire lo sgomento altrui, ma anche fattivo ed esperto nel realizzare il necessario collegamento. Affiorava con insistenza il pensiero di come nell'universo esistano anime che uniscono e anime che separano: la riunione del gruppo a dispetto del virus sarebbe stata una vittoria della connessione umana su una pandemia



che imponeva la solitudine.

Impossibile dimenticare la gioia mista a eccitamento provata nel verificare l'apparizione in rapida sequenza successiva di ogni singolo partecipante: ciascuno si palesava nel suo rettangolino, in turni non affastellati, fino a ritrovarsi tutti contemporaneamente presenti, potendo riconoscersi, guardarsi attentamente e parlare. Eravamo di nuovo lì, insieme, in una schermata invece che nello studio, tuttavia vivi, presenti e veri come personaggi autonomi e come coro di volti e voci, ancora una volta tutti pronti a lavorare per il medesimo scopo, pure se con una modalità ancora da sperimentare. Sembravamo le lucine intermittenti di un'insegna luminosa o di un albero di Natale, un richiamo festoso al nostro essere lì, le pedine di una partita tutta da giocare, i protagonisti di un'avventura inconsueta in cui lanciarsi insieme, ritrovando quello spirito di corpo e di unisoni che avevamo raggiunto nel lavoro dei mesi precedenti. L'opportunità di partecipare al gruppo e di dialogare con persone disposte a condividere un itinerario terapeutico si dimostrava una vera ancora di salvezza per mantenere i confini dell'io individuale che trovano definizione solo nel confronto attivo e fertile con gli altri. La condanna alla solitudine totale o l'annegamento personale nelle dinamiche familiari sarebbero stati devastanti per l'identità di ciascuno: da un lato il mondo interiore avrebbe debordato risucchiando in un gorgo depressivo e autodistruttivo in cui non potersi più riconoscere e affermare, dall'altra la pressione di una società afflitta dall'ingestibile avanzata del virus avrebbe esercitato tutto il suo potere persecutorio e mortifero annullando ogni anelito di vitalità, ma anche mettendo in crisi ogni pensabilità del reale. L'infodemia diffusa, spesso assai più pernicioso della già traumatica pandemia, lasciava sconcertati e smarriti in un vortice di notizie incomplete, scorrette, contraddittorie, false, tendenziose e comunque allarmanti e disperate. La condizione permanente in uno stato di smarrimento della ragione, di incertezza, di indecisione, ovvero in quella dimensione che Bion definisce "capacità negativa", poteva diventare un viatico più che lecito a un crollo catastrofico privo di riparazioni e riscatti trasformativi. Il confronto settimanale con gli altri membri del gruppo si è rivelato irrinunciabile per conservare la rotta senza disperdersi nei meandri di una psicosi collettiva più contagiosa del virus.

La struttura della schermata di Zoom prevede una *gallery* di icone di identica grandezza che democraticamente annulla la capacità personale di catalizzare l'attenzione e posiziona anche il terapeuta in ordine sparso insieme agli altri membri del gruppo, a meno che non si scelga volontariamente di rendere la sua immagine dominante sulle altre con un'opzione specifica che non tutti gli utenti alle prime armi sanno dominare. Come le foglie di un albero immaginate da Ungaretti, sospese nella loro temporanea permanenza, così ciascuno è risultato incapsulato nella sua "icona", in un primissimo o primo piano che quasi mai arrivava al piano americano, con qualche lieve movimento possibile, ma con forte predominanza del volto. Ecco allora il primo istantaneo gioco di individuazione e riconoscimento: rintracciare l'immagine della persona frequentata dal vivo, focalizzare i suoi tratti somatici salienti, valutare le sue espressioni facciali e cogliere da questi pochi icastici segni messi in campo il ritratto della sua emozione del

momento. La compresenza nell'unica inquadratura dello schermo permetteva anche una significativa acquisizione: si potevano guardare in contemporanea, con una sola occhiata, tutti i membri del gruppo senza l'inevitabile selezione attenta che avviene in presenza, quando si sceglie liberamente su quale persona o su quale suo dettaglio concentrare lo sguardo attimo dopo attimo. Paradossalmente questo unico vertice prospettico potenzia la possibilità di osservazione simultanea e offre quindi l'opportunità di esercitare una sorta di controllo su tutti i partecipanti che può far sentire più dominante e sicuro chi normalmente fatica a sentirsi gli occhi altrui addosso e non ha dimestichezza con la capacità di fissare le persone per entrare in contatto con loro.

Nell'immagine rettangolare individuale, inoltre, si possono cogliere anche insospettabili elementi della stanza: uno scorcio accennato di privato prima totalmente inaccessibile al gruppo. Lo sfondo naturale e domestico della persona fa capolino, si affaccia cauto e curioso, propone ed evoca, centra e decentra la figura, rispondendo a congetture sempre mantenute segrete e offrendo un'immagine concreta e abbastanza ineludibile a quanto vagheggiato fra proiezioni, intuizioni e fantasie. Inutile dire quanto sia appagante poter finalmente collocare il terapeuta in una porzione del suo ambiente casalingo, tentando di carpire i suoi gusti dai pochi oggetti presenti nel video, ma anche ascoltando i suoni prodotti dai familiari o dai vicini. Una funzione consente addirittura di porre il suo ingrandimento al centro dello schermo, riuscendo a osservarlo in modo più capillare anche se mai come poteva accadere dal vivo.

Una prima divertente e stimolante presa di contatto è rappresentata, quindi, dall'istinto di rintracciare corrispondenze fra le proprie aspettative sull'ambiente di vita degli altri membri del gruppo e sulla sua realtà effettiva che non sarebbe mai stato possibile conoscere incontrandosi in un luogo neutro come lo studio e che invece è individuabile nella modalità a distanza. Si può scoprire di aver saputo intuire in maniera sorprendente le caratteristiche e i gusti dello spazio di vita della maggioranza dei membri, ricevendo la conferma di come l'analisi permetta di conoscere profondamente gli altri senza mai incontrarli nella vita reale, ma si può anche rimanere totalmente stupefatti nel ravvisare un libro, un quadro, una fotografia, un soprammobile o un arredamento che non ci sarebbe venuto in mente di abbinare a quella persona pur avendola sempre indagata con accuratezza. Quei piccoli frammenti di vita e di quotidianità che appaiono nell'inquadratura possono comunicare a volte più di tante parole dette nel luogo anonimo e condiviso della terapia. Sono dettagli che colpiscono e restano negli occhi e nella mente come se non di più del corpo della persona, pertanto quanto mai utili e pregnanti in una condizione che cancella completamente l'aspetto fisico globale e lascia solo al volto le funzioni espressive.

Le persone collegate sono tutte incorniciate nelle loro caselle come in un album di "figurine" che però non presenta lo stesso ordine per tutti: può capitare che per passare la parola lo sguardo giri in alto, in basso, a sinistra o a destra, per cercare il membro del gruppo designato, ma gli altri non lo possono individuare nella medesima collocazione, come invece accade quando il gruppo è distribuito in presenza nello studio professionale.

Va anche segnalata l'opportunità di eliminare la propria icona per evitare di concentrarsi in un'osservazione di sé stessi, praticamente allo specchio, che catalizza tutti i complessi sull'immagine e sull'apparenza esterna posseduta da ciascuno a prescindere dall'età e dal sesso. L'urgenza di offrire agli altri l'aspetto migliore possibile non consente di focalizzarsi sui membri del gruppo, come invece succede naturalmente nello studio, dato che nella vita quotidiana non si può avere un'inquadratura riflessa di sé e ci si deve limitare soltanto a ricevere informazioni dall'esterno su come si sta apparendo al prossimo. La rischiosa tendenza narcisistica a specchiarsi e a controllarsi finisce per imporre e qualificare il giudizio su sé stessi in una valutazione troppo spesso severa, critica e mortificante. Si tratta di una dimensione che distrae dalla gruppaltà e pertanto è meglio ricorrere all'opzione che lascia inquadrati solo gli altri.

La punteggiatura delle sequenze della conversazione assume una rilevanza accentuata rispetto alla comunicazione dal vivo, in quanto l'annullamento radicale dell'approccio analogico e non verbale costringe a tenere in considerazione alla lettera il linguaggio verbale, spesso deprivato di rinforzi chiarificatori come la gestualità o la tonalità della voce. La perdita del comportamento motorio e dei gesti delle mani, emblematici, illustratori, regolatori e di adattamento priva gli astanti di informazioni sullo stato emotivo del parlante che rimangono solo concentrate ed espresse dai cenni del capo e dalla mimica facciale. La qualità vocale con i suoi caratterizzatori, qualificatori e segregati è notevolmente compromessa dall'audio non sempre perfetto del collegamento nonché dalla frequente instabilità della connessione. Accade spesso, pertanto, che tutta l'attenzione sia rivolta alle parole e al loro contenuto e non alla modalità espressiva globale, esattamente al contrario di quanto è previsto normalmente in ogni forma comunicativa in cui il tono della voce e il comportamento non verbale assumono una potenza nettamente superiore ai significati dei messaggi.

Sono, al contrario, molto più precisi e chiari i turni fra i parlanti perché l'applicazione Zoom illumina il riquadro di chi sta intervenendo e risulta quanto mai inopportuno interromperlo o parlargli sopra anche per l'impossibilità di essere sentiti e compresi in contemporanea: lo strumento tecnologico non consente quello che nella realtà non è auspicabile, ma accade spesso per l'urgenza da parte degli spettatori di lasciarsi scappare qualche spontanea e immediata reazione ai contenuti veicolati dal mittente. Dal vivo, infatti, pur valendo e rispettando la norma di lasciare a ciascuno il diritto di concludere il proprio discorso, senza commentare nel frattempo, tuttavia è quanto mai frequente che qualche battuta sbotti fuori istintivamente, soprattutto sui passaggi di maggiore tensione emotiva o inclini a una chiave di lettura ironica immediata. Zoom sembra rafforzare la regola dell'ascolto silenzioso di ogni singolo monologo individuale, organizzando la conversazione in modo più schematico e rigoroso, così da limitare ogni contributo altrui nei riguardi del parlante. Il riflesso meno positivo di questa condizione sta però nell'annullamento quasi totale della reazione empatica altrui: il corpo è precluso all'osservazione e qualche segnale di complicità, disappunto o indifferenza si può cogliere esclusivamente dalla mimica facciale che però molte

persone sono in grado di contenere, neutralizzare e mascherare, privando l'interlocutore della loro reale e autentica esperienza emotiva. Chi vuole padroneggiare la propria immagine senza lasciar trapelare le sue istanze interiori è molto facilitato in quanto non subisce lo sguardo indagatore degli altri come può accadere nello studio terapeutico. Si insinua così un rischio molto scoraggiante per chi parla, magari mettendo in gioco un aspetto basilare e doloroso di sé stesso: ritrovarsi davanti alla fissità indecifrabile di una platea immobile che sembra addirittura indifferente al racconto. Sono poche, infatti, le persone che intendono e sanno comunicare con gli occhi, le espressioni del volto e il sorriso le loro reazioni emotive, manifestando un'empatia chiara e accogliente. È difficile comprendere se il messaggio sia entrato nella mente e nel cuore di tutti, mentre in presenza il linguaggio naturale dei corpi lascia trapelare meglio le trasformazioni energetiche suscitate da un intervento.

Nel tempo è stato possibile constatare quanto la modalità da remoto favorisse in maniera evidente i membri del gruppo che solitamente dimostravano maggiori difficoltà a prendere la parola e che temevano di non essere ascoltati fino in fondo: la luce intorno alla loro icona funzionava come beneplacito e incoraggiamento a usufruire pienamente e con calma di quel fatidico momento dedicato in cui poter attirare gli sguardi su sé stessi e sulle proprie parole. Hanno trovato il coraggio di intervenire persone che solitamente volevano rimanere nell'ombra e riuscivano poco volentieri a raccontarsi: le immagini uguali che attribuivano a ciascun partecipante lo stesso spazio fisico sembravano magicamente garantire anche il medesimo tempo di partecipazione attiva e verbalizzata. La ripartizione dei contributi personali si verificava su Zoom in modo più paritetico e democratico, come se tutti i presenti raffigurati nelle icone dovessero avere la medesima opportunità di parlare e intervenire con un tempismo più equilibrato ed equipollente di quanto accadeva in studio, dove le tendenze espressive personali influenzavano maggiormente lo svolgimento della conversazione, favorendo i tratti caratteriali più estroversi, per non dire istrionici, a svantaggio di quelli fobici o evitanti. Il controllo simultaneo di tutti i partecipanti perpetuato senza sosta davanti alla pagina dello schermo fornisce pari dignità e tempestività a tutti, in quanto prescinde dalla prossemica, dalle distanze e dalle posture che i singoli assumono all'interno di una stanza, comunicando la propria attitudine a collocarsi nello spazio condiviso e ipoteticamente la loro tendenza abituale a posizionarsi nel contesto sociale. Si ha l'impressione di poter guardare tutti contemporaneamente e di riuscire a gestire la situazione collettiva in un unico colpo d'occhio anche se di fatto ognuno ha lo sguardo puntato sullo schermo davanti a sé e non davvero nel viso dei suoi interlocutori. Tale condizione alleggerisce coloro che avvertono il peso dell'osservazione altrui in presenza, ma al tempo stesso impedisce il conforto rassicurante di uno sguardo realmente penetrante e complice dal vivo.

In alcuni partecipanti è stata verificata una sorta di percepibile e significativa sollievo nel potersi sentire concretamente a casa propria, nel sostare nell'*habitat* naturale, nel poter gestire la fonte del collegamento e persino nel mantenere una distanza fisica dagli altri. Si avvertiva la loro naturalezza nel disporsi alla comunicazione in un ambiente

familiare come se, invece, nello studio avessero ogni volta dovuto affrontare uno sforzo consistente nell'esporsi in uno spazio-tempo altrui e condiviso. Era come se potessero esprimere la sensazione di essere nel proprio posto assai differente dalla consuetudine di impegnarsi a trovare una collocazione agevole in una dimensione estranea e collettiva. Non sembravano subire le conseguenze della mancanza dell'apporto fondamentale e irrinunciabile della fisicità e dell'energia degli altri o della presenza vigile e diretta del terapeuta.

Il tema centrale di molti incontri non poteva non essere per la maggioranza dei partecipanti il disagio personale, lavorativo e sociale generato dalla diffusione del virus nonché dalle misure restrittive della libertà personale assunte per prevenzione. Pur nel rispetto del distanziamento sociale, lo strumento telematico permetteva di sentirsi comunque vicini, coesi, partecipi, presenti e soprattutto vivi, a dispetto dei tragici bollettini medici trasmessi quotidianamente. Il conforto degli altri era tangibile anche nell'impossibilità di incontrarsi davvero e il mezzo tecnico annullava le distanze e al tempo stesso le garantiva sul piano della tutela della salute. Improvvisamente tutti i membri del gruppo potevano accedere alla terapia da casa propria, senza spostamenti di lunghezza differente per approdare allo studio dalle varie zone di residenza della città. La puntualità, per esempio, diventava finalmente una scelta personale e consapevole in quanto non più condizionata dagli impegni lavorativi e familiari, dal traffico, dal parcheggio o dai disservizi dei mezzi pubblici.

D'altro canto, però, il collegamento dalla propria abitazione differenziava le situazioni individuali in cui si affrontava la clausura domestica: chi era da solo poteva esprimersi in tutta libertà e chiarezza, senza rischio di essere disturbato o distratto da nessuno rintracciando nella terapia un unico momento di socialità, ma chi si trovava in coppia o in famiglia manteneva un'allerta continua nel timore di essere ascoltato, interrotto, controllato o giudicato dai suoi conviventi. Per alcuni si è trattato di un limite molto castrante che ha impedito addirittura la possibilità di affrontare certi argomenti o di toccare delicate questioni personali o relazionali che potevano correre il rischio di uscire involontariamente allo scoperto. La condizione fisica e mentale di completa *privacy* garantita dallo studio professionale resta quindi ineguagliabile e insostituibile, confinando i collegamenti da remoto a un sostitutivo di emergenza che non può essere ipotizzato o proposto in situazioni di normalità.

Per chi è disponibile al dialogo e alla trasformazione terapeutica la necessità di trovarsi a casa propria non si è rivelata confortevole come per coloro che paventano il contatto e si pongono in maniera guardinga e controllante verso le relazioni interpersonali. Il proprio nido, il nucleo irriducibile dell'*habitat* consueto, lo spazio di vita abituale diventa una sorta di prigione che limita gli orizzonti e li schiaccia in una realtà nota e abitabile che però non restituisce altro che una parte infinitesima dell'esistenza di una persona. C'è chi attende proprio di godere dell'estraneità di luoghi e persone per scoprirsi, rivelarsi e mettersi in gioco come, per le più disparate ragioni, non può accadere fra le quattro mura domestiche o in compagnia delle persone abitualmente frequentate.

Il “qui e ora” che solitamente si cerca di focalizzare, pure con un certo disagio dovuto alla continua commistione con il “là e allora”, non è più un fine della seduta da raggiungere, come insegna Bion, “senza memoria e senza desiderio”, ma si pone, o meglio si impone, come uno stato necessario e ineludibile: è perfettamente circostanziato, registrato dai secondi della durata del collegamento, fissato nelle inquadrature delle icone, potenzialmente fotografabile nella pregnanza raffigurativa di un solo attimo. La connessione è tenuta insieme da tutti i partecipanti con uno sforzo di attenzione e concentrazione decisamente superiore a quello richiesto dagli incontri in presenza. L’ascolto del linguaggio verbale e del suo messaggio in senso stretto, non alimentato e non nutrito dalla ricchezza pregnante dei codici comunicativi corporei, nonché non verbali e analogici, pretende un impegno cospicuo che lascia spossati e sopraffatti da un’indigestione di parole e di stimoli mentali di cui sembra più lento e arduo metabolizzare gli aspetti emotivi. Non si può vagare col pensiero, fissare lo sguardo a un punto qualsiasi dello studio, focalizzarsi su un dettaglio fisico di uno dei membri del gruppo o distrarsi dall’ambientazione condivisa: lo schermo chiama e richiama l’attenzione di continuo, catalizza, ammalia, ipnotizza perché è l’unico tramite per essere presenti, ovvero per essere vivi e veri in quel preciso fertile, prospero e unicamente condivisibile “qui e ora”. Si è guardati ininterrottamente e non risulta educato, gentile, gradevole e accettabile farsi cogliere in un attimo di distrazione o di perdita di presenza a sé stessi e soprattutto agli altri.

Nella sospensione delle abitudini quotidiane, nell’obbligo di distanziamento sociale, nella necessità di evitare ogni contatto fisico e ogni slancio affettivo concreto persino con i familiari e conviventi, la psicoterapia di gruppo non era più soltanto un appuntamento per prendere coscienza di sé e per lavorare sulla crescita personale, migliorando le proprie relazioni interpersonali e imparando una comunicazione più efficace, gestendo meglio lo *stress* e le emozioni, ma si trasformava per molti partecipanti nell’unica occasione di scambio, dialogo, confronto e solidarietà con altre persone. Zoom sembrava svolgere da remoto l’ancestrale funzione del focolare che ha cominciato a invogliare gli uomini primitivi alla socialità nella condivisione serale delle avventure della giornata, ovvero in una forma primigenia di riunione amicale, ma anche di terapia di gruppo *ante litteram*. La più recente conquista della tecnologia finisce per realizzare la più primordiale esigenza umana: il bisogno di parlare di sé e di raccontare la propria vita.

Il collegamento a distanza, che ha consentito la prosecuzione di tante attività durante la pandemia, ha anche paradossalmente mutato la prossemica abituale: persone che solitamente si frequentavano solo per questioni professionali o in ambienti esterni sono entrate a lungo nelle nostre case, pertanto qualora l’immagine offerta agli altri fosse stata differente da quella svelata ai conviventi, questa frattura tra essere e apparire è stata inevitabilmente, e forse anche spiacevolmente, colmata dall’esigenza di mostrarsi così come si è dal luogo privato in cui si abita e ci si manifesta. Nella psicoterapia gruppale online, in cui è rimasta salva la disponibilità a essere autentici e a donare la propria intimità che sussisteva anche nello studio, si è colta in un totale e impreveduto

svelamento la natura della relazione con il proprio spazio domestico e con i suoi altri eventuali componenti. La dimensione familiare, fino ad allora soltanto narrata, è diventata una manifestazione concreta, tangibile, riconoscibile e non più soltanto immaginabile o fantasticabile in base alle risonanze emotive. L'assenza o la presenza di altre persone negli spazi da cui si attivava il collegamento non poteva non avere una sua percepibilità, una sua energia, una sua consistenza vitale. Lo scollamento tra realtà soggettiva e oggettiva, qualora fosse più o meno quantitativamente esistente, veniva sanato non senza un'intrusione della verità obiettiva nella descrizione personale. Si sa che in terapia il paziente ha l'agio di non dover sempre dire, confessare e illuminare la verità autentica della sua esperienza, potendo abbandonarsi tranquillamente alla sua soggettività più o meno integrata. Questa consuetudine consolidata che ogni relazione di cura tiene ben presente risulta piuttosto messa in crisi dall'ambientazione domestica degli incontri terapeutici: descriversi, se non addirittura fingersi, molto differenti da quelli che si è all'interno delle quattro mura della propria stanza e a pochi metri dai propri cari può essere una prova molto più complessa anche per i più intenzionati a manipolare gli altri e la loro realtà. Avere accesso agli ambienti che in precedenza erano stati accennati o vagheggiati, attingendo informazioni solo dalla persona e dalla sua modalità di definirsi e raccontarsi, diviene una valida conferma della sincerità dei contenuti espressi negli incontri dal vivo e rappresenta una decisiva rassicurazione per gli altri membri del gruppo che possono così realizzare di aver partecipato e condiviso le questioni private e intime di una persona della cui autenticità possono fidarsi. Una simile scoperta non è né ipotizzata né contemplata nella situazione di normalità che prescrive le riunioni del gruppo soltanto nello studio professionale. Quest'incursione nella sfera privata reale di ciascun partecipante, alimentata da piccole gite fra le pareti altrui, brevi soggiorni domestici o squarci di vita vissuta, normalmente non inseriti nell'universo terapeutico e, anzi, considerati sconsigliabili e nefasti, ha suscitato una vera e propria epifania, sfuggita al controllo personale, che la pandemia ha reso condivisibile nella necessità di fronteggiare un'emergenza molto grave senza perdere il contatto con l'attività terapeutica iniziata.

L'esperienza appresa attraverso gli incontri su Zoom costituisce un inedito assoluto nella storia della psicoterapia che ha tanto maggiore pregio quanto più si è disposti ad accettare che alcune trasgressioni del *setting* non possano non avere una ricaduta tutta da scoprire e interpretare. Pretendere di rimanere ancorati in maniera ferrea ad alcune regole che non potevano più essere rispettate, pena la cessazione della continuità terapeutica, sarebbe un assurdo che andrebbe a inficiare lo scopo ultimo e fecondo della relazione di cura che non consiste certo nell'applicazione metodologica in senso stretto, bensì nella ricerca del benessere e della qualità di vita migliore possibile per i pazienti. La vocazione al cambiamento e alla trasformazione, insita in ogni percorso terapeutico che non voglia limitarsi a un'idea stigmatizzante di guarigione, ha ricevuto con questa inusitata modalità comunicativa una significativa sferzata di energia.

Il mutamento formale del *setting* ha reso necessario uno sforzo di adattamento immediato che ha addirittura coinvolto lo stesso analista, forse il più spiazzato di tutti

dagli avvenimenti convulsi e disorientanti della pandemia. La sua abilità non poteva più essere vincolata soltanto alla gestione del gruppo nel suo svolgimento, ma finiva per comprendere una funzione contenitiva molto più ampia in quanto si trattava di affrontare una problematica nuova, sconosciuta, allarmante e persecutoria in cui era drammaticamente coinvolto in prima persona senza aver mai potuto effettuare in passato un lavoro su sé stesso relativo a una simile condizione. L'ignoto incombente e il diffuso senso di incertezza, se non di paralisi, che si insinuavano nel gruppo con reazioni e ripercussioni individuali, ma anche con un'istanza collettiva di smarrimento e di deriva perturbante, rendevano quanto mai arduo il suo ruolo di «nocchiero in gran tempesta», ampliando a dismisura la sua responsabilità e intaccando talvolta la sua centralità nell'ordine sparso delle icone della schermata, come pure nella realtà esistenziale condivisa. Eppure anche questa anomalia non è mai passata per dissonanza in quanto il gruppo ha sempre trovato e mantenuto la sua ricchezza in una totalità delle parti in grado di esprimere e tutelare il valore dell'unione e della solidarietà.

L'inevitabile modifica delle consuetudini non ha comportato una frattura nell'avventura terapeutica, bensì un'apertura a un'esperienza altra, un viaggio nell'ignoto e nell'incontrollabile, un soggiorno condiviso in uno spazio-tempo sospeso e irreale, tuttavia realmente abitato, un gioco di ruolo distopico non immaginario, un percorso evolutivo interiore condiviso. La consistenza del vissuto analitico sperimentato durante tre mesi di collegamenti telematici è stata immediatamente tangibile e identificabile nel momento faticoso e coinvolgente della riapertura dello studio, avvenuta nel rispetto delle dovute cautele con sanificazioni, disinfettanti e mascherine, come previsto dal protocollo sanitario.

Il ritorno nell'ambiente terapeutico canonico non ha consentito di ritrovare le atmosfere, gli odori e i sapori degli incontri lì effettuati in precedenza, ma ha segnato una tappa completamente nuova: come gli ammalati di Covid-19 faticavano a rientrare nella loro condizione psico-fisica di prima, così il gruppo aveva affrontato e superato il suo virus consistente nella separazione obbligatoria e non poteva incontrarsi e riconoscersi come prima di lasciare quella stanza. Il luogo abitualmente deputato alla riunione non era più l'isola felice della memoria del passato, ma piuttosto l'Itaca vagheggiata e sognata in tante, troppe, peregrinazioni della mente e dei sensi in cui però non si poteva non collocare anche l'eco condivisa di un'altra stanza abitata insieme. Nell'approdo all'antico *setting* si introducevano inevitabilmente anche gli effetti e le risonanze dell'esperienza comune affrontata nel pianeta di Zoom. Nessuno era stato abbandonato o lasciato solo: il gruppo aveva mantenuto la sua consuetudine settimanale e aveva sviluppato il suo andamento per recare supporto in un mutuo soccorso reciproco assolutamente urgente e salutare per resistere ai rischi della pandemia e alle conseguenze di un clima di paura globalizzato, che per alcuni aveva significato non cadere nella paranoia o non sprofondare in un crollo psichico. Il contenitore emotivo non era stato intaccato né infranto, aveva solo cambiato forma, ma conservando incontaminata e funzionale la sua capacità di amare e di lavorare.

Il tempo che sembrava essersi fermato nella reclusione casalinga poteva ripartire di



colpo con la percezione di vivere un presente che a tutti sembrava corrispondere a quel futuro di cui era andata perduta ogni speranza. Lo spazio dello studio era ormai il luogo della libertà troppo a lungo sacrificata, il vero regno di una *privacy* violata, la meta di una lontananza avvertita come infinita. L'istinto di sopravvivenza dei singoli, messo a durissima prova dalla pandemia, convogliava nell'urgenza e nell'avidità di vita dell'intero gruppo che poteva riconoscersi il merito di essere uscito vittorioso, potenziato e trasformato dalla separazione fisica quanto dalla vicinanza telematica.

È stata davvero indescrivibile l'emozione di rivedersi di persona, di sentirsi presenti, vivi e veri, pronti a condividere ancora la consueta avventura terapeutica, però finalmente presentandosi agli altri con tutti i corpi bisognosi e avidi di comunicare le conseguenze della loro scomparsa. Ecco allora affratellarsi di nuovo tutti i membri del gruppo vestiti a festa, ciascuno con la sua originalità e il suo stile, nel desiderio di esprimere al meglio quella realtà fisica che troppo a lungo era stata tacitata e sottratta alla vista. La clausura aveva reso molti meno belli e attraenti, quasi tutti ingrassati, eppure si percepiva una bellezza materica di potente energia attrattiva illuminata dalla gioia di essere ancora lì, fortunatamente in buona salute e rimasti indenni a un virus che non solo aveva minacciato i corpi, ma aveva soprattutto ferito e spaventato le anime. Ognuno era meravigliosamente sé stesso come prima ed era pure visibilmente cambiato dentro e fuori: una sorta di miracolo terapeutico di consapevolezza e responsabilità collettiva aveva salvaguardato sia il senso dell'identità personale sia la dinamica taumaturgica dell'entità gruppale.

## **Il nostro *Book* fotografico. Immagini dai *setting***

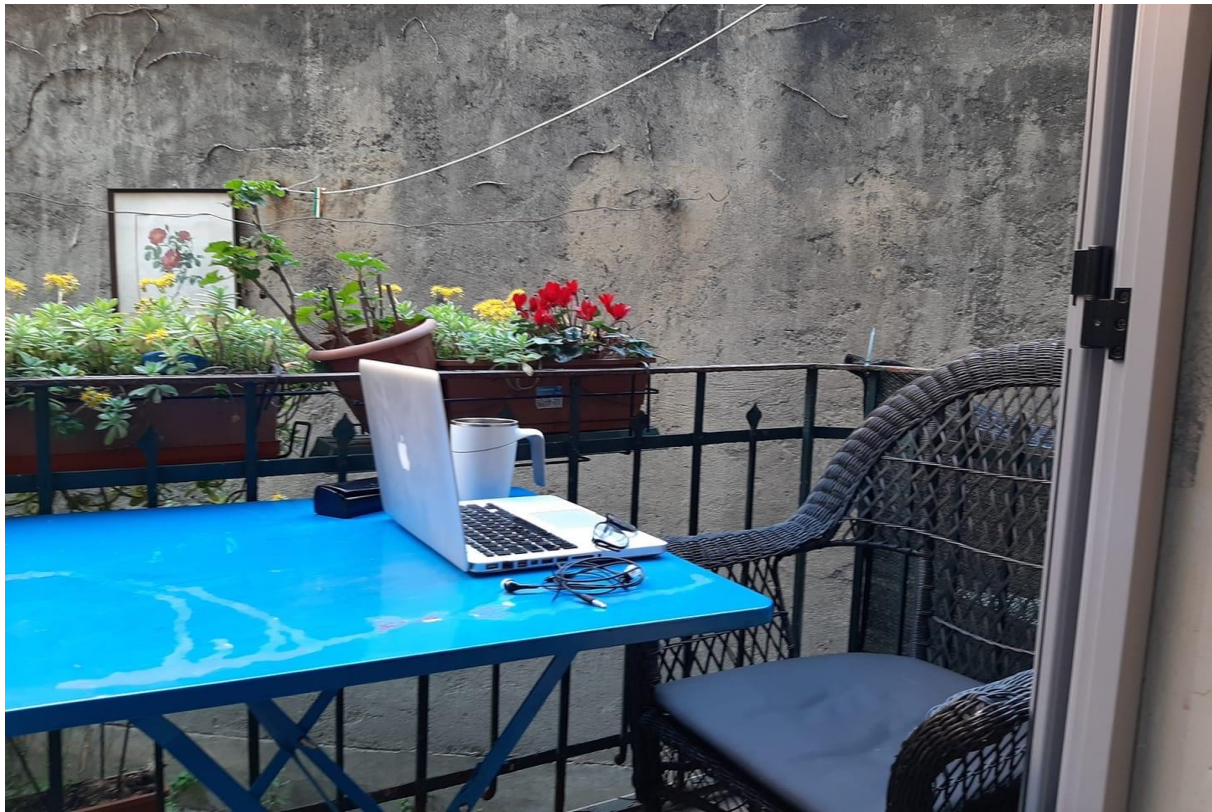
[Angelo Moroni](#) e [Pietro Roberto Goisis](#)

Il progetto fotografico nasce da un'idea di Moroni durante il primo *lockdown* del 2020, quando ha iniziato a scrivere un diario quotidiano postato regolarmente su *Facebook* (il testo, unito al resoconto clinico della malattia di Goisis, è stato pubblicato nel libro *Psychoanalytic Diaries of the Covid-19 Pandemic*, Routledge, 2021).

Immediatamente i racconti hanno attirato l'interesse e la curiosità di molti colleghi, tutti bisognosi di contatti e confronti, travolti dall'esperienza che stavamo vivendo, ognuno a proprio modo. Leggere le riflessioni di uno di noi ha avuto una funzione fondamentale di condivisione e di conoscenza. Non eravamo soli nella tragedia.

La passione per le immagini, non solo cinematografiche, che ci accomuna ha stimolato la raccolta di fotografie scattate nei *setting* che abbiamo allestito per svolgere le sedute online. Ecco così una carrellata di alcune postazioni di lavoro, alcune accompagnate da un commento e una riflessione, altre che parlano con le sole immagini.

È il nostro *book* fotografico. Uno dei tanti che ogni psicoterapeuta ha allestito.



### **Sergio Anastasia – Milano**

Ho provato non poco timore a presentarmi dinanzi allo schermo, da una postazione che per me rappresentava benessere e apertura, in un momento che era di grande sofferenza e di chiusura generali. Ho dovuto fare di necessità virtù, quando lo stare chiuso in casa mi stava producendo un intenso dolore al petto, alla schiena e alle ossa. Il punto in cui ho posizionato la scrivania nel mio giardino è stato quello dove per la maggior parte del tempo batte il sole. Il primo impatto con i pazienti ha consentito l'occasione per poter avere un dialogo e un confronto aperti su ciò che stavamo attraversando. Si sono sentiti, per loro stessa ammissione, dei graditi "ospiti", un po' meno soli e appesantiti da ciò che stavamo vivendo. Vedere il loro analista tutto sommato cavarsela niente male accentuava il loro sollievo di sapere di poter contare su qualcuno. L'utilizzo delle cuffie li preservava dalla possibilità di sentirsi uditi da estranei, garantendo comunque *privacy* e accoglienza. Tutto ciò ha permesso il costituirsi di un dialogo maggiormente aperto e privo di giudizio. Una modalità che ha caratterizzato da allora sempre più la mia pratica professionale e che non ho mai più abbandonato. Alle volte, veniva a trovarci un merlo. E anche quella compagnia inattesa rendeva lo sguardo mio e del paziente più sensibile e attento alle sue questioni più delicate.



**Gianni Beglia – Genova**



**Rosamaria Di Frenna – Torino**



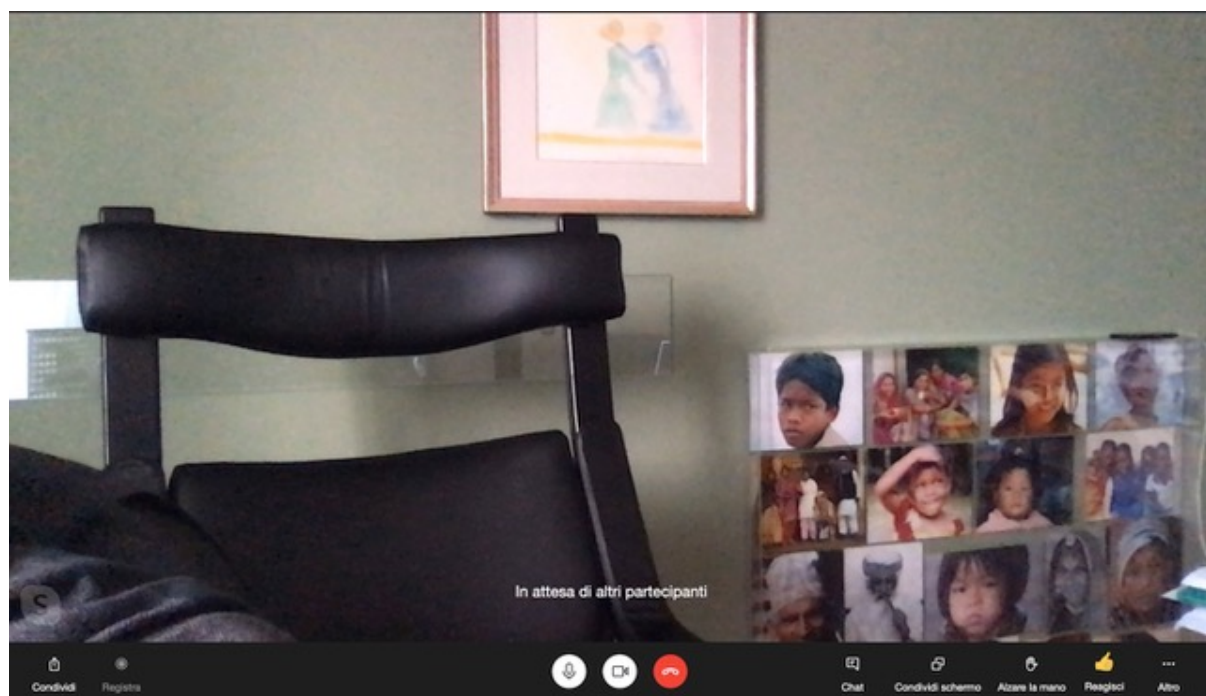
**Antonella Faganello – Vittorio Veneto**

"Il rimedio migliore quando si è tristi è imparare qualcosa" (T. H. White). Magari qualcosa di nuovo lo abbiamo imparato. *Setting* cristallizzati attraversati da una luce nuova si rifrazionano in altre nuove forme di contatto, nuovi modi di comunicare. Ginnastica per la mente. Certo Freud non poteva avere un computer accanto al lettino, ma se lo avesse avuto? È stato uno strumento utile, non c'è che dire. Ha permesso di tenere il filo della relazione in un momento di forte preoccupazione, sia per il paziente sia per il terapeuta. Qualcuno lo ha accettato, magari con riserva all'inizio, e poi si è accomodato in una praticità inaspettata. Qualcuno ha preferito sospendere i colloqui non sentendone in fondo il bisogno, come se il *lockdown* fosse la garanzia del congelamento delle relazioni, come se il fatto che tutti fossero "dentro" permettesse che nulla di vitale, e quindi di potenzialmente pericoloso, potesse accadere: tutti al sicuro come durante l'incantesimo nella favola della Bella Addormentata. Ora sono contenta di essere tornata al *setting* a me più familiare, mi sento più rilassata, tutto sommato più comoda ... anche se non faccio più la seduta in ciabatte come ai tempi del *lockdown*.



**Valentina Gentile – Catania**

Navigando nell'ignoto, si tenta di so-stare in vissuti dirompenti, che si esprimono attraverso nuove relazionalità. La dimensione dello spazio e del tempo sembra co(n)fusa. La parola prende corpo, per creare una nuova pensabilità.



### **Pietro Roberto Goisis – Milano**

Per definizione un incontro necessita della presenza di almeno due persone, ognuno con il proprio vissuto, la propria prospettiva, la propria soggettività direi.

Nelle sedute svolte online ho deciso, insieme ai miei pazienti, di tenere sempre un *setting vis-à-vis*. Non cerco di "replicare" a distanza ciò che accade in presenza. Lo



considero un altro modo di fare una terapia. Un modo diverso, già abbastanza complesso, che non necessita di ulteriori "complicazioni".

Mostro in queste immagini anche il punto di vista dei pazienti, dei nostri interlocutori privilegiati nei lunghi mesi del primo *lockdown* o nelle necessità che più volte si sono ripetute da allora e si ripeteranno in futuro.

Dal mese di marzo del 2020 ho lavorato online da numerosi e differenti luoghi, che variavano in relazione alle mie necessità personali e professionali. Tali cambiamenti sono stati oggetto di attenzione, domande e riflessioni da parte dei miei pazienti, così come lo sono stati i loro. Nelle foto del *book* mostro il mio studio, il *setting* più utilizzato e abituale. Nella prima appare ciò che vedo io, oltre lo schermo del computer, mentre svolgo una seduta *online*. Nella seconda è possibile vedere, attraverso lo schermo del computer, quello che vedono i pazienti mentre sono in seduta da remoto con me. Solo un po' più "ristretto" di quello che vedono dal vivo. Due interlocutori separati, ma vicini nella connessione.

La stanza dell'online, appunto.



### Angelo Macchia - Roma

"Quanto è lunga la costa della Gran Bretagna?": questa è la domanda di Benoit Mandelbrot, matematico francese che definì la geometria frattale "un linguaggio per parlare di nuvole". Secondo la geometria frattale, scendendo su una scala sempre più piccola, la misura delle lunghezze dei vari tratti di costa può continuare all'infinito.

Quanto sono lontani/vicini analista e paziente in contatto tele (dal greco *tèle* = lontano) analitico? Quanto è grande la distanza tra quello che ho imparato a conoscere della voce del paziente nella stanza d'analisi e la voce che sento emergere dall'apparecchio telefonico o telematico? E quanto può essere stata grande la distanza tra l'ideale di cura che porto dentro di me e la/le possibilità di cura sperimentate durante questa situazione estrema? Ancora *tèlos*, ancora distanza. Crisi e opportunità.

Stare sulla stessa zattera, stare nella stessa barca, ha anche permesso di ridurre le distanze, di creare nuove forme di intimità, fino a quel momento inibite: "Dottore, come sta? E i suoi?". Può essere stato per qualcuno una conquista di intimità, di alterità, di soggettività.



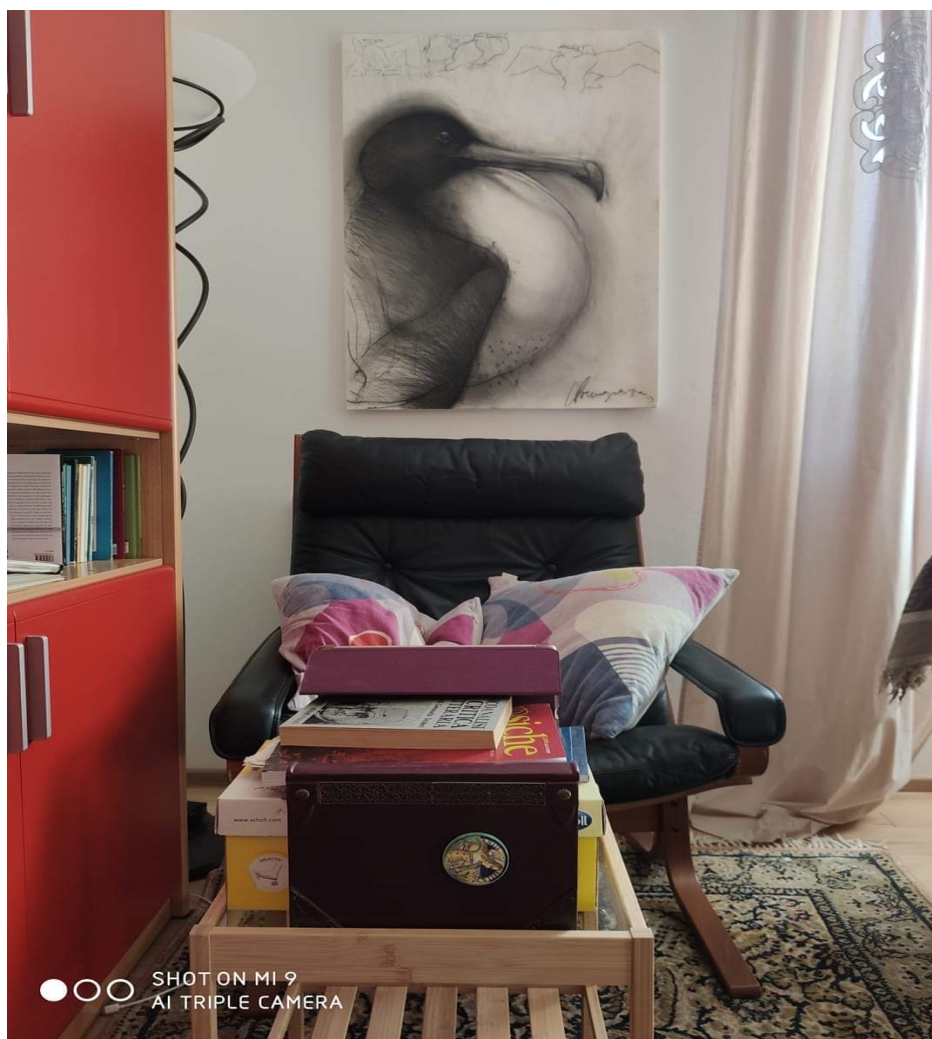
**Mauro Manica – Novara**

**Funzione Gamma**, rivista telematica scientifica dell'Università "Sapienza" di Roma  
Registrata presso il Tribunale Civile di Roma (n. 426 del 28/10/2004) – [www.funzionegamma.it](http://www.funzionegamma.it)



**Angelo A. Moroni** – San Martino Siccomario (Pavia)

Dall'8 marzo al 4 giugno 2020, per la prima volta in quasi trent'anni di lavoro, il mio lettino, il solo, l'unico in tutti questi anni, è rimasto vuoto, non ha accolto il corpo lì disteso dei miei pazienti. Durante il primo mese di quarantena ho molto sentito la loro mancanza. Solo successivamente mi sono accorto che i miei pazienti erano comunque lì, con la loro anima, i loro affetti, i loro pensieri. Ho cercato di rendere questa lunga separazione il meno traumatica possibile. Ho cercato di mantenere la continuità della relazione analitica. Per esempio, mettendo il mio pc portatile con la webcam rivolta verso il muro e la finestra, permettendo così al paziente di vedere ciò che usualmente vede quando si sdraia nel mio studio durante una seduta d'analisi. Ho cercato di ricucire uno strappo forse troppo grande per essere ricucito, di curare una ferita sulla quale avremmo avuto modo, il mio paziente e io, di occuparci insieme, ancora, alla fine della quarantena.



**Luca Nicoli** – Modena

Covid, pandemia, *lockdown*, fase due, sono termini nuovi, mai ascoltati eppure ormai

divenuti abituali. Sono parole troppo piene e al tempo stesso troppo vuote, come tutto ciò che è traumatico. Piene di incubo, vuote di storia.

Come sanno tutti i bambini e i genitori del mondo, al risveglio da un brutto sogno, per stare meglio bisogna raccontare quanto si è patito a qualcuno che sta ad ascoltare. Bisogna “vuotare il sacco”.

L’incubo subito si fa storia raccontata.

Oggi abbiamo bisogno di parole e storie che diano significato emotivo al “sacco” pieno di paura e angoscia che stiamo vivendo, per poterlo condividere.

Un peso condiviso si alleggerisce.



### Luca Trabucco – Genova

Ho scelto questa immagine, in bianco e nero, e leggermente elaborata con una antichizzazione, per accentuare il paradosso di qualcosa di antico che si trasforma, in funzione delle contingenze, senza tuttavia perdere il contatto con le proprie radici di senso. Mi riallaccio ad una concezione del *setting* come qualcosa di paradossale: è lo stesso mistero per cui una madre che allatta e nutre il suo bambino e lo fa crescere fisicamente, così produce amore e nutrimento mentale, astratto, che lo fa crescere psichicamente. Una madre riesce a ricreare la stessa atmosfera in un parco, in un ristorante: come se intorno a loro si creasse una bolla che rende il loro incontro, quello della madre e del bambino, qualcosa di intangibile, sia nella sua essenza, sia dalle turbolenze esterne. Una madre può creare tale condizione sia che allatti il bambino al seno, sia che debba nutrirlo col biberon. Così chi vede il *setting* come qualcosa di vincolato a un unico rituale, reificandolo, non può che perderne irrimediabilmente il suo carattere paradossale, e vitale. Il *setting* è solo accessoriamente vincolato a un aspetto concreto, ma la sua realtà sta nell'essere un fatto immateriale.



**Sue Tyler** – London, UK

Come terapeuta di rifugiati e analista in formazione, i miei pazienti e io ci siamo trasferiti dalla nostra solita stanza a Londra. Prima della quarantena, ho visto alcuni



pazienti qui e alcuni a Londra. Ho abitato questo spazio virtuale, per la durata del blocco nel Regno Unito, da quando è iniziato nel marzo 2020. Sono stato sostenuto dalla solidarietà dei miei colleghi in tutto il mondo, ma in particolare in Italia. Con loro e i miei pazienti, sono stata colpita da quanto possa essere sostenibile il mondo interiore, a volte più del cosiddetto mondo "reale" ed esterno.

## **POSTFAZIONE: Uno sguardo tra le reti**

[Pietro Roberto Goisis](#) e [Silvio A. Merciai](#)

C'è qualcosa di nuovo oggi nel sole, anzi d'antico  
[L'Aquilone, Giovanni Pascoli, 1897]

### **Funzione Gamma: il numero sulla terapia online**

Quando nel mese di novembre del 2020 la Redazione di Funzione Gamma, tramite Stefania Marinelli, ha proposto a uno di noi (Goisis) di curare una parte del nuovo numero dell'anno successivo, dedicata alla questione online e in particolare alla sua applicazione nella psicoterapia ad orientamento psicodinamico, è stato naturale e immediato il pensiero di coinvolgere l'altro (Merciai). Poteva sembrare un'operazione sullo stile *réunion* dei Pooh, quelle iniziative sostenute dalla nostalgia e dal *marketing*, raramente efficaci e produttive: in realtà pareva una buona opportunità per riprendere un lavoro e un compito lasciato in sospenso quasi vent'anni fa, come raccontiamo altrove ([Merciai-Goisis](#), in questo numero). È stato piacevole scoprire che, a distanza di vent'anni e pur essendoci nel frattempo dedicati in prevalenza ad approfondire tematiche assai distanti tra di loro – l'adolescenza, Goisis, e il dialogo con le neuroscienze, Merciai – ci trovavamo comunque in una posizione di sostanziale sintonia rispetto alla questione della terapia a distanza: frutto, evidentemente, anche del lavoro fatto insieme allora.

Per questo invito siamo quindi molto grati a Funzione Gamma.

Come avete visto il numero che abbiamo curato ha preso la forma e le dimensioni di un libro, di un volume monotematico. Reperibile in libreria, acquistabile in formato digitale. Avrebbe forse nutrito maggiormente i nostri ego. Al contrario siamo invece particolarmente contenti che il lavoro collettivo sia disponibile online e gratuitamente. Veramente "a disposizione", con quella generosità e libera condivisione che nelle fasi iniziali di Internet, prima del suo sviluppo commerciale, avevano fatto parlare di uno strumento democratico e ugualitario. Un'immagine sicuramente romantica alla quale siamo rimasti affezionati.

### **La pandemia e la psicoanalisi**

Il biennio 2020/2021 verrà sicuramente ricordato come uno dei periodi epocali nella storia dell'umanità. La pandemia da Sars-CoV-2 ha completamente sovvertito le nostre abitudini, i nostri sistemi di sicurezza, i nostri punti di riferimento, la nostra vita insomma. Quasi ogni giorno ci siamo chiesti se e quando avremmo potuto riprendere rapporti e relazioni umane con gli stili e le modalità con le quali li abbiamo costruiti nel tempo, ognuno la propria. Per non parlare, ma neppure dimenticare – impossibile a farsi – le ricadute sanitarie e economiche su intere fasce di popolazione, individui, imprese, aziende, città e nazioni. Qualcuno ipotizza che questa sia anche

un'opportunità per ripensare modelli e *pattern* di comportamento, da quelli sociali a quelli comportamentali e così via. Ipotesi impegnativa da realizzare.

La psicoterapia a orientamento dinamico non è stata risparmiata da questo evento. Nella prima parte di questo numero, curata da Stefania Marinelli, [Glen O. Gabbard](#) e [Bernard Duez](#) testimoniano di questo impatto della pandemia sul lavoro clinico; tema sul quale molti hanno scritto e stanno scrivendo (si veda, per esempio, la [sezione speciale](#) dedicata a questo argomento, curata da Neal Vorus e Steven J. Ellman, nel numero 2 del volume 38 di *Psychoanalytic Psychology*).

La pratica e l'esercizio stesso della nostra professione hanno rischiato di essere travolti e sovvertiti, addirittura impossibilitati a svolgersi dai diversi *lockdown* e rischi sanitari. Qui, improvvisamente, quasi miracolosamente, la psicoanalisi ha "scoperto" l'online. Non pensiamo sia esagerato sostenere che il virus avrebbe potuto farci ammalare come categoria e disciplina, perfino ucciderci. Così non è stato. Le psicoterapie sono sopravvissute: sono vive. Anche grazie all'online.

Al contempo è indubbio che sia più che mai necessaria una ampia e approfondita riflessione rispetto alla diffusione quasi ubiquitaria delle sedute online. Su cosa è successo e quale esperienza abbiamo fatto: che significato abbia avuto e continui ad avere. E poi, analogamente a chi si è ammalato di Covid-19, quali esiti ha avuto questa fase, quali conseguenze ha comportato, in che cosa ci ha cambiato?

Già qui si pone un primo quesito e una riflessione teorico/clinica. La psicoanalisi si è sempre dovuta muovere tra tradizione e innovazione, è una delle sue grandi sfide. Solo accettandola e affrontandola è potuta sopravvivere e continuerà a vivere. In questo senso la citazione della poesia di Giovanni Pascoli ci propone un paradosso, quasi un ossimoro, su cui riflettere. Quanto di nuovo e quanto di antico?

La stessa domanda si pone rispetto all'ampia categoria delle terapie online (ora quasi esclusivamente declinate sul versante delle videochiamate). Alcuni di noi, molti nel mondo, se ne sono occupati e ne hanno praticato le diverse forme da molti anni. È il momento di condividere il nostro percorso e le nostre esperienze, incardinandole su quello che si è fatto intorno a noi, qui e altrove. Scrivere su questo complesso tema necessita di cogliere il nuovo che stiamo sperimentando, senza trascurare l'esperienza fatta negli anni sia nelle terapie tradizionali sia nelle nuove forme.

## **La composizione del numero**

La curatela di un numero di una Rivista, così come quella di un libro, richiede, se svolta con passione e vera cura, un complesso e delicato lavoro di costruzione, integrazione, anche mediazione diplomatica tra diverse voci e linguaggi.

Tutti gli autori i cui contributi avete letto sono stati da noi invitati direttamente, a partire da quelli che con noi avevano collaborato anni fa ed a cui volevamo offrire la possibilità di riprendere le fila del discorso: Paolo Migone, Beatrice Cannella, Maria Ponsi. Abbiamo cercato anche la collaborazione di Luca Pezzullo, che tuttavia per impegni legati alla sua attuale carica istituzionale ci ha potuto offrire solo un contributo di

consulenza, del quale comunque lo ringraziamo. Successivamente abbiamo coinvolto dei colleghi con i quali fin dall'inizio della pandemia ci eravamo interrogati rispetto allo *tsunami* che ci aveva travolto. Altri collaboratori sono arrivati strada facendo, chi già appartenente all'area di Funzione Gamma, chi conosciuto nel frattempo, chi suggeritoci dalla consultazione della letteratura e della sitografia che in questi mesi non si è mai arrestata. Durante il primo *lockdown* del 2020 quasi tutti gli psicoterapeuti si sono autonominati "esperti dell'online", solo pochi hanno ammesso di essere dei "dilettanti allo sbaraglio" (come afferma [Bolognini](#)), pochissimi non ci hanno neppure provato. A noi è sembrato giusto dare voce in particolare a quelli che fin dagli albori di Internet avevano provato a confrontarsi con il nuovo che stava avanzando anche nel nostro campo.

Abbiamo sollecitato tutti gli autori ad attingere in gran parte alla dimensione personale dell'esperienza fatta, curando naturalmente di proteggere in ogni modo la *privacy* dei loro pazienti, ove venissero convocati nei loro lavori. Di trovare nuove forme e strumenti e concetti per definire cosa è successo. Possibilmente evitando un eccesso di confronto con il passato, l'abituale, il noto. Individuando quanto di originale e presente stiamo vivendo. E, soprattutto, rifuggendo dall'uso dello "psicoanalitichese" le cui astrusità intellettualistiche ci sono sempre sembrate un'insostenibile zavorra per il nostro pensiero.

Come curatori ci assumiamo *in toto* la responsabilità di tutte le nostre scelte – di stile e di contenuto – incluse le omissioni (involontarie) commesse a danno di colleghi che si siano interessati al tema in questi anni. È stata invece volontaria l'esclusione di chi si è dichiarato, pure con onestà, "contrario all'online", spesso, purtroppo, senza averlo neppure sperimentato sul campo.

Ma naturalmente non ci interessava immergerci in un clima da *derby* calcistico. Così abbiamo scelto le voci, non necessariamente "favorevoli", di chi aveva mostrato la voglia e il desiderio di capire, di riflettere, di porsi delle domande. Volevamo, anche noi, continuare a riflettere, a studiare, a capire. I contributi che abbiamo via via raccolto ci hanno sicuramente aiutato a farlo, e così ci auguriamo possa essere per i nostri lettori. Non volevamo un processo, né emettere una sentenza, solo cercare di collocarci nel corso della storia, con i nostri limiti.

Al lettore il compito di valutare, dopo la lettura, se questo obiettivo è stato raggiunto.

Le terapie online, ne siamo convinti, sono qualcosa di diverso. Abbiamo provato a studiarle e parlarne da questo vertice. Con questo spirito e queste premesse abbiamo costruito la nostra parte della Rivista, o meglio, forse, abbiamo lasciato che venisse costruendosi man mano che raccoglievamo i contributi e noi stessi andavamo riflettendo su quello che mancava, su quello che pensavamo avrebbe dovuto essere ulteriormente discusso, e così via.

## **Le sezioni**

Alla fine i contributi si sono lasciati raccogliere in cinque differenti sezioni, sempre in

dialogo tra di loro (numerosi i richiami interni, favoriti dalla natura ipertestuale della pubblicazione).

La prima – **Come siamo arrivati fin qua?** – ci sembrava il necessario ponte tra il passato remoto e il passato prossimo (quello pre-pandemia), con lo scopo di mostrare come l'intera comunità psicoanalitica e psicoterapeutica avessero a disposizione da tempo informazioni, esperienze e ricerche sufficienti per non farsi cogliere impreparati dell'emergenza dei *lockdown* e delle cautele sanitarie. Siamo partiti con un richiamo anche autobiografico proprio al nostro lavoro di allora. È particolarmente sgradevole far la parte dei grilli parlanti o delle Cassandra, all'insegna del "io l'avevo detto" (abbiamo cercato di ricordarcelo, scrivendo il primo contributo – la “[preistoria](#)” – ma non siamo sicuri di esserci riusciti!), ma ancor più spiacevole, se non vagamente falso, è mostrare uno stupore e una sorpresa pari a quella di un bambino a cui viene detto che Babbo Natale non esiste. Mitiga l'indubbio richiamo narcisistico la percezione *a posteriori* che, senza stracciarci le vesti inutilmente, dobbiamo onestamente riconoscere una responsabilità collettiva. Alcuni (noi stessi tra gli altri) per aver praticato l'online da tempo, ma averne parlato poco, non avere insistito nella sua diffusione e aver rinunciato alla ricerca e alla riflessione pubblica sul tema. Altri per avere trascurato di prendere in considerazione ciò che stava accadendo oltre-oceano o anche molto vicino, presi da tematiche apparentemente più nobili e profonde, lasciando così la pratica dell'online alla mercè di terapeuti più o meno improvvisati o qualificati, che ora hanno occupato il tema e presidiano il campo. Altri ancora per aver dileggiato e osteggiato quanti cercavano di dare voce al tema e allo studio, trattandoli come eretici o "fuori dalla psicoanalisi". Così, forse con una qualche venatura riparativa, abbiamo deciso – dopo un paio di tentativi andati a vuoto di coinvolgere altri – di assumere in prima persona, come curatori e facendoci un po' aiutare, il compito di scrivere la “storia” della letteratura sulla terapia a distanza dei vent'anni precedenti la pandemia. Sono state settimane di studio e di riflessione per colmare, almeno in parte, la nostra “colpevole” ignoranza. Pensiamo di avere imparato la lezione del silenzio di questi anni.

La seconda sezione – **La pandemia Covid-19: un anno di esperienza online** – ha cercato di offrire una panoramica di quello che è successo – dibattiti, libri, seminari, etc. – nel mondo della psicoanalisi (e non solo) a partire dal mese di febbraio del 2020, in tempo reale, per così dire: ci siamo sforzati, in questo modo, di dar voce a tutti i colleghi che sul tema avevano riflettuto e che non sarebbe stato possibile ospitare in queste pagine. Rileggendola, questa parte ci pare la meno riuscita del numero: rimane l'immagine di un panorama frammentario, poco sistematico, carente di una visione d'insieme e di una chiara direttrice di ricerca. Francamente non sappiamo se sia stata, la nostra, una fotografia fedele della situazione o una lettura non sufficientemente elaborata e sedimentata. Forse il risultato raggiunto, certamente non imputabile agli autori che se ne sono occupati, conferma la difficoltà di riflettere su quanto sta accadendo dentro e intorno a noi mentre le cose stanno accadendo. Si dice che si può "fare storia" solo a distanza di un po' di anni dall'evento di cui ci si occupa. Diamoci

dell'altro tempo, quindi.

La terza sezione – **Riflessioni teoriche** – aveva l'ambizione di colmare il *gap* che ancora avvertiamo tra la pratica, spesso nascosta e silenziosa, quasi clandestina, di molti terapeuti e l'elaborazione teorica che la clinica dovrebbe sempre attivare. Ci sembra la sezione più omogenea e coerente, come se i diversi autori, pur senza un confronto preliminare, si fossero ritrovati nel “suonare ad orecchio”: la maggior parte dei contributi che abbiamo ospitato nella sezione fa riferimento al pensiero di [Paolo Migone](#) che da tempo ha cercato di ‘demistificare’ il problema della terapia a distanza. In questo senso i lavori sul corpo e quelli sul *setting* mostrano una consonanza che non era nelle intenzioni *a priori* degli autori e che invece si è venuta creando man mano che venivano lette e discusse le bozze dei lavori prodotte e pubblicate sullo spazio web privato che avevamo creato per la preparazione del numero.

La quarta sezione – **L'esperienza clinica** – voleva mostrare una panoramica su alcune applicazioni della pratica in remoto e, al contempo, evidenziare che quasi ogni condizione, età o terapia può essere affrontata online. Sappiamo di avere privilegiato le psicoterapie a orientamento dinamico, trascurando così altri orientamenti e approcci. D'altra parte noi apparteniamo a questo campo e, pur nel pieno rispetto e integrazione tra diverse competenze, questo è l'ambito nel quale siamo abituati a muoverci. E quello nel quale Funzione Gamma, chi ci ospita, gravita. Saremo ben contenti e interessati a futuri e auspicabili momenti di incontro e riflessione con colleghi appartenenti ad aree psicoterapeutiche di altro indirizzo teorico.

La quinta sezione, infine – **Dall'altra parte dello schermo** – è nata con l'intento di dare una voce e una possibilità di riflessione a chi si è trovato a vivere l'esperienza dell'online non solo come terapeuta, ma anche come paziente. Crediamo profondamente nell'importanza della reciprocità e della condivisione come momenti fondanti la relazione terapeutica. Ci è sembrato perciò utile, necessario e fonte di ulteriori spazi di riflessione ascoltare anche chi, in diversi contesti e modi, ha dovuto sperimentare anche il proprio percorso psicoanalitico in modalità online: crediamo che un ringraziamento speciale vada proprio a questi colleghi per la generosità con cui ci hanno consentito di entrare nella loro esperienza.

Prima della **Postfazione** che state leggendo, abbiamo poi inserito, approfittando delle risorse offerte dalla pubblicazione sul web, una breve, ma significativa carrellata di fotografie che ci mostrano con quale *setting* diversi terapeuti hanno organizzato le loro postazioni di lavoro durante le sedute da remoto. Le immagini parlano da sé e ogni lettore potrà letteralmente “vedere” come i colleghi hanno affrontato le terapie online anche dal punto di vista logistico, trovare le assonanze e le diversità con le proprie scelte. Anche questa ci è sembrata una novità interessante. Non è abituale per uno psicoterapeuta aprire le porte del proprio studio allo sguardo e alla curiosità altrui. Forse anche in questo senso la pandemia ci lascia in eredità un nuovo modo di parlarci, incontrarci, conoscerci.

## Per concludere

A conclusione di questa breve scritto vogliamo condividere alcune riflessioni, quelle alle quali siamo approdati noi durante e al termine di questo affascinante ‘nostro’ viaggio online.

Pensiamo, ne siamo in realtà sicuri, che la terapia online non sia destinata a scomparire con la fine, auspicabilmente prossima, della pandemia. A nostro avviso, al contrario, diventerà uno strumento in più, a disposizione nella nostra cassetta degli attrezzi terapeutici. In gran parte starà a noi saperla usare adeguatamente, sfruttarne le potenzialità che ci offre, riconoscerne i limiti, capirne pregi e difetti. Come ogni innovazione che l'umanità ha avuto a disposizione, sarà la nostra capacità nel saper mediare tra il nuovo che avanza – un po' ci affascina e un po' ci spaventa – e il noto – che ci rassicura e protegge, ma a volte limita – a determinare come riusciremo a sistematizzare ed integrare quello che abbiamo scoperto e appreso in questa sorta di esperimento collettivo su larga scala costituito dal lungo periodo di emergenza.

Sarebbe un peccato non sfruttarne ora i dati offerti alla ricerca sul campo. Una ricerca auspicabilmente aperta, libera da pregiudizi di ogni tipo e non faziosa. Come sempre dovrebbe essere.

Dovremo, fra l'altro, tenere conto delle conseguenze che derivano dalla specificità del tipo di piattaforma che utilizziamo e dello strumento tecnologico con il quale la gestiamo. È perfino banale ricordarlo, ma un telefono non è uguale a un computer o a un *tablet*. Usando l'uno o l'altro, naturalmente, cambia anche la nostra percezione, forse la stessa corporeità, addirittura la relazione. Come? In che termini? Con quali indicazioni e contro-indicazioni?

Non potremo neppure minimizzare, tema collegato a quello appena affrontato, le problematiche etiche, specialmente quelle della *privacy*, che devono essere affrontate in modo sollecito, urgente e non più dilazionabile.

Sappiamo bene che a questo punto molti psicoterapeuti, di fronte alla complessità dei temi da affrontare, potrebbero ritrarsi, abbandonare il campo, rinunciare, dichiararsi protettivamente contrari e basta. Noi pensiamo che questo atteggiamento sarebbe miope, autolesivo, rischioso per noi, la nostra disciplina, il futuro di chi vorrà praticarla nel futuro. La stessa pregiudiziale riluttanza che gran parte del mondo psicoanalitico ha mostrato nei confronti delle ricerche sugli esiti e l'efficacia delle nostre terapie. Con tutte le conseguenze che questo ha comportato e comporta. Mentre scriviamo questi pensieri ci risuonano nelle orecchie le parole appassionate e competenti di [Marlene Maheu](#). Preziosissime, ancor più perché provenienti da una collega che non fa parte a pieno titolo del nostro orientamento teorico e che, proprio per questo, ci è parsa disincantata e lungimirante. E preoccupata.

Dalle sue parole in particolare, forse come approccio complessivo e al tempo stesso indicazione di una rotta da seguire, segnaliamo come totalmente scoperto e non adeguatamente affrontato il problema della formazione necessaria per poter esercitare

"per bene" le terapie online. Ovviamente pensiamo ad una formazione che si integri con quella tradizionale delle varie Scuole di Psicoterapia o Istituti Psicoanalitici, oppure che si strutturi secondo il modello dei *Master* o dei Corsi di Perfezionamento. Certo rimane poi da affrontare il tema di chi svolgerà tale formazione, insomma di chi formerà i formatori.

Sappiamo di aver posto molti problemi e molte domande, la maggior parte senza ancora risposte. In realtà una sola è quella possibile: conservare salda la fiducia nella psicoanalisi, ascoltare i nostri pazienti, fare ricerca, studiare, mantenerci umili nel piacere delle nostre acquisizioni.

Nello scrivere queste parole ci sembra di essere tornati all'inizio di tutto il percorso generativo e creativo che ha ideato questo numero di Funzione Gamma.

Nulla di strano. Sappiamo bene che la vita contiene in sé una ineludibile circolarità. Giriamo e giriamo. E dopo tanto girare, spesso, ci troviamo al punto di partenza. Almeno in apparenza. In realtà, per davvero, ad ogni nuovo giro, anche se ci sembra di ripartire dall'inizio, non siamo più gli stessi e un briciolo di esperienza e di nuova conoscenza ci farà compagnia e da guida.

Così è stato per noi in questi mesi, così è ora, così speriamo sia per voi, gentili e attenti lettori che ci avete letto finora.

### **Post-scriptum**

Nel congedarci vogliamo rivolgere un nuovo e sentito ringraziamento a Funzione Gamma per la fiducia e la assoluta libertà che ci ha concesso.

Le nostre ambizioni erano alte, non lo neghiamo. Bisogna sempre cercare di volare alti.

Così in alto che ci è capitato a volte di rievocare scherzosamente la frase "Portiamo la peste e loro non lo sanno ancora" che Sigmund Freud pronunciò nel 1908 sbarcando negli Stati Uniti: domandandoci con ironia se la Redazione della Rivista era consapevole di cosa avrebbe comportato l'affidarci la cura di una sezione di questo numero.

Non ci sentiamo dei portatori di peste, ma neppure degli anestesisti. Il nuovo, i territori di confine, la sperimentazione, lo sviluppo della nostra disciplina ci affascina.

È quello che auguriamo al lettore che ci ha seguito fin qui, nel momento di congedarci da lui: un buon proseguimento di viaggio in questa affascinante e complessa disciplina che amiamo e pratichiamo.