

Il virtuale che lega. L'intervento psicologico al tempo del Covid. Condivisione, distanziamento, vicinanza virtuale

CESARE RINALDINI

Summary – THE VIRTUAL THAT CONNECTS PSYCHOLOGICAL INTERVENTION AT THE TIME OF COVID. SHARING, DISTANCING, VIRTUAL PROXIMITY. As Adlerian therapists, in search and protection of social sentiment, we are questioning ourselves on which paths of well-being to follow in a therapeutic logic where closeness, as a profound experience of care, is opposed to distancing, as an indispensable way of salvation. The virtual relationship during lockdown allowed for a preservation of bonds avoiding people the risk of deep feelings of loneliness, isolation and marginalization. The interaction through the virtual allows the continuity of visual interactions, and together with an authentic empathic involvement comes the meddle the therapeutic relationship. It is the quality of the encounter between patient and therapist and the empathic intensity, even through the virtual, that determine the effectiveness of the intervention.

Keywords: VIRTUALE, COVID, SPERANZA SOCIALE, TRAUMA, DISTANZIAMENTO

“La paura può estendersi a tutte le relazioni umane, generando in chi la prova un timore non solo del mondo esterno, ma anche del ‘suo’ mondo interiore. Si abbinano così la fuga dai rapporti interpersonali e l’orrore della solitudine”.
A. Adler (2, p. 181-182)

I. Considerazioni introduttive

In questo periodo storico è avvenuto un cambiamento epocale dove la tecnologia è divenuta parte integrante del mondo relazionale e le interazioni virtuali hanno conquistato una posizione centrale nel panorama delle possibili modalità attraverso cui le persone condividono le loro esperienze. Di conseguenza, e grazie allo sviluppo e al potenziamento delle reti telematiche, gli interventi psicologici attraverso il virtuale hanno mostrato un progressivo sviluppo e l'interesse si è esteso anche all'area della psicoterapia ad orientamento dinamico.

Come sostiene Migone, la psicoterapia attraverso internet 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: si pensi alla terapia degli psicotici (Sullivan), dei bambini (Melanie Klein), del narcisismo (Kohut), dei disturbi della personalità (Kernberg), degli adolescenti, dei gruppi, delle famiglie, dei tossicodipendenti e delle delinquenze. È noto quanto questi territori di confine abbiano prodotto salutari ripensamenti della teoria psicoanalitica e prodotto innovazioni che, nel tempo, hanno arricchito il nostro modo di comprendere i dinamismi della terapia [30].

Avere visioni innovative è certamente incoraggiante, ma va detto che i progressi nella ricerca e nella sperimentazione dei trattamenti psicologici on-line hanno, da sempre, prodotto profonde contrapposizioni, sia nel mondo scientifico che in quello clinico. “L’integrazione delle tecnologie nella pratica psicoterapica è al centro del dibattito scientifico sin dagli anni ’90 (Rochlen et al., 2004). La comunità scientifica si è interrogata e continua a interrogarsi sulla definizione della psicoterapia on-line, sulle considerazioni etiche, sulle regole della stessa e del training online degli psicoterapeuti, sui benefici, sui limiti e sulle potenziali sfide future di tale pratica clinica” [33].

La continua espansione della *e-psychoterapy* sembra infatti alimentare forti preoccupazioni proprio per la carenza di procedure chiare e condivise. Oltre a ciò, con l’arrivo del Covid-19, tale prassi è divenuta improvvisamente e necessariamente la modalità elettiva di condurre i trattamenti psicologici portando gli psicoterapeuti di molte aree e nazionalità a modificare (con azzardo o resistenze) la propria pratica clinica.

La pandemia ha infatti determinato una condizione di profondo disorientamento personale e professionale, le certezze del noto hanno vacillato lasciando il posto all’ignoto, mostrandoci inoltre configurazioni esistenziali molto complesse, che necessitano tuttora di essere comprese nella loro vera e nuova essenza. Il confinamento conseguente all’espansione del virus ha favorito altresì l’attivarsi di profonde riflessioni rispetto al lavoro dello psicoterapeuta. Tali rielaborazioni si sono concentrate principalmente su alcuni quesiti di teoria della tecnica che meritano particolare attenzione.

La domanda che più di tutte ha echeggiato nella mente è stata: quale trasmissione emotiva e che tipo di relazione si stabilisce tra la coppia terapeutica nell’incontro virtuale avvenuto nei trattamenti di pazienti seguiti durante il lockdown?

Ripensando alla mia esperienza, tra fine febbraio e inizio marzo mi trovavo a svolgere l’attività di psicoterapeuta in studio e presso una struttura residenziale per giocatori d’azzardo; in questi due contesti operativi è stato pensato il passaggio dalla relazione in presenza a quella virtuale. Con alcuni pazienti, lo spostamento alla modalità on-line è avvenuto con spontanea accettazione della nuova modalità. Nelle strutture e nei servizi territoriali tale passaggio si è realizzato seguendo le indicazioni del Servizio

Sanitario attivando, dove possibile, la modalità terapeutica da remoto con l'utilizzo di piattaforme virtuali. Nelle terapie private, invece, il contatto in presenza ha subito una graduale modifica del setting, concordando con i singoli pazienti la modalità di incontro. Con alcuni di loro tale modifica ha comportato decisioni non facili, in particolare per i pazienti più gravi per i quali il bisogno di essere sostenuti era essenziale.

La relazione terapeutica in presenza era, per loro, una "base sicura" per affrontare i sussulti interiori (più o meno intensi) che stavano rapidamente amplificandosi. Le complessità di tali situazioni cliniche, unitamente ai tempi rapidi e caotici dettati dall'esplosione del Covid-19, hanno richiesto attente riflessioni che hanno occupato lo spazio di tutti gli incontri settimanali di supervisione, anch'essi svolti in remoto. Il confronto con i colleghi e le indicazioni dell'Ordine Regionale degli Psicologi hanno favorito la possibilità di strutturare una modalità di intervento in grado di rispondere in modo nuovo e creativo ai bisogni dei pazienti.

II. *Il processo di negazione*

Nei giorni che hanno seguito l'intensificarsi del contagio pandemico ci si è accorti da piccoli dettagli che alcuni pazienti che continuavano a richiedere la presenza in studio non erano preoccupati dai rischi del contagio: "come se un cerchio magico fosse tracciato intorno all'ammalato, che gli impedisce di avvicinarsi alla realtà della vita, di guardare la verità in faccia" [1, p. 95-96]. Tali atteggiamenti mettevano in luce l'emergere di una massiccia modalità difensiva di *negazione*.

L'incontro terapeutico in presenza poteva essere a rischio di trasmissione del virus. I pazienti, immersi nella loro sofferenza psichica, desideravano venire in studio, mantenendo il contatto con il terapeuta, con gli altri e con il mondo: sembravano incuranti del pericolo, evidenziando così la profonda distanza dal coinvolgimento emotivo che la realtà e i messaggi dei mass media proponevano. Il motto "io resto a casa" sembrava per loro irrilevante. L'evidenza di queste dinamiche difensive mi ha costretto a prendere una posizione chiara e decisa, caldeggiando il passaggio al setting on-line come forma appropriata per continuare ad «esserci». Ha avuto così inizio, in modo improvvisato e con notevoli criticità, la *modalità in remoto*.

III. *Fase del lockdown: dal fuori al dentro*

È stato il momento nel quale le attenzioni sono state dirette verso la relazione virtuale. Si è iniziato con le domande: quali significati dare alla continuità del percorso? che tipo di relazione e quale trasmissione emotiva si stabilisce nell'incontro virtuale attivato nel lockdown?

Si è aperta una costante riflessione sulla definizione del nuovo setting terapeutico che andava a inserirsi nel quadro dell'incertezza emotiva, del timore del virus e della realtà

della quarantena. Si è rivisitato lo stesso concetto di *situazione terapeutica* che, contagiata dai cambiamenti della realtà esterna segnati dall'emergenza, ha aperto gli spazi all'incontro virtuale portando il terapeuta *dentro* al mondo personale del paziente.

La psicoterapia durante il lockdown si è svolta *dentro* le mura di casa, divenute contenitore protettivo ma, al tempo stesso, gabbia costrittiva, castrante il sentimento della libertà. Si sono osservati atteggiamenti opposti: dal benessere al malessere come se il lockdown fosse un'esperienza con valenze rigenerative o, al contrario, disgregative del tessuto relazionale.

IV. Polo rigenerativo

Il vissuto dominante dei pazienti era, in genere, caratterizzato dalla percezione di una condizione di *benessere* segnata da:

- Assenza del confronto con il mondo e con i personali compiti vitali;
- Legittimazione sociale data la sospensione degli impegni: era richiesto di restare a casa interrompendo le attività ordinarie;
- Provare sollievo per la riduzione dei rischi negli spazi relazionali;
- Attenuazione delle pressioni interne.

È avvenuto così uno *stand-by* con l'esistenza, determinando aspetti che ricordano il ritiro sociale. Confinati all'interno delle mura di casa, alcuni pazienti hanno ricreato una sorta di rifugio dissociativo. La *dissociazione* è infatti una difesa che permette all'individuo di trovare una prospettiva flessibile, e per dirla come Winnicott, di giocare con la realtà alla ricerca di un modo più confortevole per vivere.

Questa dimensione sembra rimandare alla necessità di vivere in un mondo protetto dall'invasione dell'infezione. “I processi inconsci che compensano l'Io cosciente contengono tutti quegli elementi che sono necessari all'autoregolazione della psiche complessiva” [25, p. 79-80].

Tale viraggio, finalizzato al distanziarsi da contenuti di sofferenza, si presenta come una dinamica psichica ben organizzata che ricorda la logica dei *rifugi nella mente* considerati da Steiner come luoghi mentali in cui ci si ritira quando si vuole sfuggire a una realtà insostenibile perché angosciosa. Il sollievo che si ricava dal ritirarsi in questi rifugi comporta però il rischio dell'isolamento, della compromissione delle relazioni con gli altri e della perdita di contatto con la realtà [43].

V. Polo disgregativo

A differenza del polo rigenerativo, il vissuto prevalente di questa polarità si è caratterizzato dalla percezione di un profondo stato di disagio e *malessere* per la rottura forzata dei legami con il mondo. Gli elementi principalmente osservati evidenziavano:

- Interruzione della rete sociale nel flow della vita quotidiana;
- Sensazione di vivere in reclusione. Un'apnea paragonabile alla detenzione domiciliare, come se le persone si sentissero private del diritto di vivere la propria vita;
- Vissuti claustrofobici, una sorta di trappola senz'aria;
- Accentuazione delle pressioni interne con instabilità dell'umore;
- Incremento delle conflittualità e degli stati d'ansia.

Tale polarità sembrava rimandare ad un vissuto di privazione associato ad una sensazione di perdita della libertà personale. Per alcuni pazienti si traduceva in una condizione di angoscia diffusa. Uno stato d'animo invalidante, caratterizzato da un'attesa penosa e quasi insopportabile di un pericolo di cui non si conosce l'origine. Una paura senza l'oggetto perché invisibile, non controllabile e non collocabile in modo adattivo nel mondo interno. Un'angoscia che, in alcuni casi, non trovando modalità di espressione, determinava ingorghi emotivi, unitamente ad una pressoché costante tensione psichica (e spesso anche fisica).

Le due modalità di reagire al lockdown sono parse collocabili ai due estremi di un continuum entro i quali si è collocata l'intera gamma delle diverse reazioni osservate, espressioni del sé creativo nell'approcciarsi all'ignoto.

Polo rigenerativo ←————→ Polo disgregativo

Su tali presupposti gli obiettivi terapeutici orientavano all'accompagnare i pazienti a vivere nel modo più consapevole possibile questa parentesi esistenziale. La continuità terapeutica attraverso il canale virtuale aveva la funzione di mantenere il contatto, un filo unificatore che facesse da ponte tra il prima e il dopo quarantena. Lo psicoterapeuta che offre il necessario sostegno, che condivide stati d'animo complessi, che aiuta a gestire l'intenso carico emotivo.

Nancy McWilliams nella fase di confinamento affermava: “(...) 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” [28].

L'approccio clinico alle polarità osservate durante il confinamento ha orientato gli incontri di supervisione a confrontarsi sulle configurazioni relazionali più utili per affrontare il disagio psichico, avendo ben chiari gli effetti traumatici del lockdown. È stato necessario focalizzare le differenti modalità di reagire alla pandemia e modificare aspetti del rapporto dell'emotività verso il proprio sé, verso gli altri e il mondo. In molti casi si è osservato un arresto pulsionale, in un qui ed ora senza fine, dove il tempo vissuto non era più rivolto al futuro ma fermo in una dimensione priva di movimento.

Un effetto confermato anche da diversi studi relativi all'esercizio della sessualità durante il lockdown, che hanno evidenziato un calo considerevole della libido e una significativa riduzione dell'attività sessuale nelle coppie congiunte durante tale periodo [19].

VI. *La trasmissione emotiva nel virtuale: lo stupore*

Con il procedere dei mesi di marzo e aprile 2020 ci si è accorti che all'interno della modalità virtuale di condurre i colloqui si verificavano situazioni inaspettate. Con alcune persone l'incontro sulle piattaforme virtuali (zoom, skype, whatsapp) favoriva l'accesso a stratificazioni emotive che, sino ad allora, non erano emerse nel percorso terapeutico in presenza. Si sono osservate aperture inaspettate a nuovi contenuti emotivi; il virtuale e la distanza fisica hanno permesso ai pazienti di condividere parti del proprio mondo interno non precedentemente esplorate.

Contemporaneamente, nel terapeuta hanno risuonato sensazioni di profonda vicinanza empatica. Questa nuova esperienza clinica sembrava essere facilitata proprio da questa forzata modificazione del setting. Un cambiamento relazionale che permetteva l'interazione nello scenario dell'ambiente domestico, sino ad allora presente solo nell'immaginario dello psicoterapeuta. Si è entrati così nella casa del paziente. Pur cercando di preservare la necessaria neutralità, l'ambiente familiare del paziente, spesso improvvisato, diveniva parte attiva dell'incontro terapeutico creando una inusuale simmetria.

“In questo periodo siamo tutti più evidentemente esposti e coinvolti nelle ansie della pandemia e i curanti devono farsi carico del contenimento e della condivisione di turbamenti pesantissimi che sono veramente simmetrici a quelli dei pazienti, e che sono reali. Un compito autoanalitico in più per tutti noi, per non identificarci in toto o per non negare onnipotentemente ciò che ci accomuna gli uni agli altri” [7].

Ci univa lo stato di emergenza, la presenza dei figli, degli animali e gli spazi privati arricchivano la conoscenza del mondo del paziente. L'alterazione del setting classico andava a fondersi e confondersi con il reale delle reciproche vite quotidiane.

In più occasioni la rottura della barriera del privato non ha generato vissuti di intrusione, ma ha dato vita a sensazioni di profonda intimità e confidenza. “L'empatia più evoluta richiede la massima differenziazione tra l'emozione propria e quella altrui, ed è caratterizzata dal saper condividere, in modo vicario, le emozioni di un altro, separate e nettamente distinte dalle proprie; diventa così possibile comprendere che il vissuto di un'altra persona può essere molto diverso dal proprio in una situazione simile” [39].

Si andava così a creare una dimensione condivisa, che, nel periodo così critico, legava la coppia terapeutica. Questo aspetto è stato registrato con un certo stupore tanto da sollecitare la necessità di confrontarsi in più momenti di supervisione. Ci si è do-

mandati se il canale relazionale tra corpi virtuali favorisse la vicinanza o se tutto ciò dipendesse esclusivamente dalla condizione reciprocamente traumatica prodotta dalle restrizioni e dalle angosce del virus. È parso giusto pensare che la qualità della trasmissione emotiva attraverso il virtuale non fosse carente come da più parti si presumeva.

Si è capito che la nuova modalità non si raffigura semplicemente come un mezzo sostitutivo del reale, artificioso e distorto, ma veicolo di differenti processi relazionali e base per ripensare le modalità di relazione clinica.

VII. *La seconda fase: le conferme*

Terminato il lockdown e con l'inizio della "seconda fase" è avvenuto un progressivo ritorno all'attività clinica in presenza. I primi incontri con i pazienti, che riprendevano le attività interrotte, ha dato conferma delle differenti qualità relazionali e dei diversi aspetti emotivi animati in remoto. La rilettura delle specifiche e sorprendenti reazioni che l'incontro virtuale aveva sviluppato nella coppia terapeutica ha permesso di rilevare atteggiamenti differenti a seconda della *funzione* che l'interazione aveva assunto per i pazienti.

a) Funzione debole del virtuale

Con alcuni pazienti il ritrovarsi in presenza ha prodotto un evidente piacere, simile a quello che si prova tornando da un viaggio. Un riconoscersi nell'esserci nuovamente dopo un *lungo tempo*. Un vissuto che non sembrava correlato alla continuità terapeutica avvenuta durante il lockdown. Una evidente *funzione debole del virtuale*, dove la relazione on-line non sembrava aver prodotto un profondo contatto empatico, ma soltanto la conservazione della relazione, nell'attesa di tornare all'abituale vicinanza.

b) Funzione difensiva del virtuale

In altri casi si è rilevata una condizione di immobilismo che può essere denominata come *funzione difensiva del virtuale*. Tornati in presenza si è vissuto un sentimento di staticità, come se il lockdown avesse arrestato il processo terapeutico. Un qualcosa di simile ad un sogno che spesso si rivela fugace: tutto torna come prima come se *nulla fosse successo* negli incontri in remoto. Una relazione mantenuta essenzialmente su un registro razionale, che ha attivato difese, finalizzate a proteggere il paziente dal contatto con il proprio mondo interno. Ci ritroviamo così, come se ci fossimo lasciati solo ieri.

c) Funzione potente del virtuale

Si è anche constatato, con diversi pazienti, che il ritorno al setting reale fosse accompagnato da un vissuto di "imbarazzo", come se la relazione virtuale avesse generato uno scatto affettivo. Le aperture inaspettate a stratificazioni profonde del mondo interno, facilitate dalla modalità online, hanno lasciato tracce di disagio per l'imprevista vicinanza emotiva. Il contatto "troppo stretto" favorito dalla *funzione potente del vir-*

tuale aveva spinto lo sguardo nell'intimità che pareva essere stata invasa. Nel setting reale si coglieva il bisogno di ripristinare la precedente distanza. “La distanza fisica, caratteristica dell'interazione virtuale favorisce la disinibizione” [49, 37].

VIII. *Le leggi del trauma*

Le considerazioni sulle peculiari funzioni del virtuale hanno rivelato come i differenti assetti di personalità siano il risultato di stili di vita capaci di produrre modalità difensive specifiche e creative. “Uno dei costrutti della teoria dell'attaccamento è che l'organizzazione psicologica interna dell'individuo si basi su strutture rappresentazionali complesse delle relazioni precoci, (...) Esse rappresentano anche strategie di regolazione affettiva che tenderanno a riattivare esperienze congruenti con i vissuti del tipo di attaccamento primario” [39]. Le tracce antiche interiorizzate prendono forma nel presente, orientando e veicolando specifiche modalità di approccio all'esperienza pandemica del Covid-19.

Il lockdown ha favorito la proiezione dei bisogni profondi, delle angosce e delle speranze, a volte in modo drammatico e sofferente. L'esperienza, in alcune situazioni cliniche problematiche, è stata traumatica: si è assistito ad allentamenti del contatto con la realtà, all'emergere di sensazioni di imminente pericolosità, all'attivazione di strategie difensive di natura ossessiva anche all'indirizzo di persone affettivamente vicine.

Nei vissuti traumatici che mettono in scacco ogni possibile controllo si sono evidenziate due condizioni: la *passività* (vissuti di impotenza ed impossibilità ad opporsi) ed il *terrore* (la vita stessa è percepita in pericolo). Tali concatenamenti determinano due conseguenze importanti: il vissuto di solitudine e quello di insensatezza [12, 13].

La natura traumatica dell'esperienza attiva significative difese e porta a percepire la necessità di successivi momenti liberatori e catartici. Si fa strada la necessità di lasciarsi andare, di trovare canali espressivi per esprimere la sofferenza trattenuta e gestita a fatica. Le reazioni di scarico hanno riempito lo spazio terapeutico post lockdown: espressioni emozionali di pianto e bisogno di conforto si alternavano a momenti di forte rabbia verso il mondo, anche in quei pazienti che apparentemente sembravano aver tratto beneficio dal confinamento.

A questo punto del percorso ci si è chiesti quale fosse l'atteggiamento terapeutico da attivare considerando che sia i pazienti che i terapeuti erano (e ne sono tuttora) immersi nella stessa condizione traumatica.

Quali sono i percorsi necessari per riconoscere ed intervenire sulla paura sottostante, sedimentata in stratificazioni profonde del mondo interno? Come alcuni colleghi hanno condiviso durante il confinamento: “Il coronavirus ha reso il mio lavoro più informale, più intimo, più rivelatore della reale interdipendenza tra me e i miei pazienti.

La cosa più difficile con la quale confrontarmi psicologicamente, è il fatto che la paura del coronavirus non è ansia nevrotica, e l'angoscia rispetto ai suoi danni non è depressione nevrotica. Io posso aiutare i pazienti quando le loro reali paure e perdite vengono complicate dalle loro idiosincrasie e vulnerabilità, ma non posso ridurre una sofferenza emotiva che è fondata sulla realtà. Invece, sono testimone di una paura reale e di un travolgente dolore.

Questo è di consolazione specialmente per coloro i quali hanno sentito che gli altri non riuscivano ad accogliere i loro sentimenti. Provo anche a fornire ai miei pazienti le migliori informazioni che possiedo per tenerli al sicuro. Per paure realistiche, misure autoprotettive realistiche sono la migliore terapia” [28].

IX. *L'intervento psicologico oggi*

L'esperienza clinica durante il lockdown ha permesso di capire altri aspetti dell'essere umano che, nel suo essere *unico e irripetibile*, si muove nei meandri dell'incertezza e della paura strutturando finzioni ben organizzate, resistenti al nuovo e invisibile nemico, orientate verso mete di sicurezza per mantenere un equilibrio psichico adeguato. “È bene infatti tenere a mente che, nel labirinto delle profondità umane, c'è un magma proto-emotivo da cui difendersi, ma che al tempo stesso contiene potenzialità espressive straordinarie” [21].

Come psicoterapeuti adleriani, mobilitati nella ricerca e nello sviluppo del *sentimento sociale*, ci stiamo interpellando sulla conciliazione della *vicinanza*, necessaria all'esperienza profonda della cura, con il *distanziamento*, modalità indispensabile di salvezza richiesta dalle norme sanitarie. In altre parole come mantenere l'ottica collaborativa per dare significato e senso all'esperienza attuale, contenendo il caos emotivo a valenza traumatica generato dalla paura dell'infezione.

Nelle terapie i vissuti traumatici possono essere rivisitati, collocati in una parte del nostro intimo, ma non risolti perché la pandemia è ancora in atto. Certo non va perso di vista che “l'obiettivo è quello di poterlo rappresentare mentalmente (trauma) in un'azione condivisa, e quindi relazionale. Poter offrire uno spazio relazionale dove rendere il trauma sopportabile, operando una azione trasformativa dell'evento traumatico” [13], liberando il flusso creativo della persona.

Affrontare tale sofferenza vuol dire poterla pensare per riempirla di contenuti chiarificatori e soprattutto rassicuranti. “I pensieri e le emozioni crescono rapidamente nella cascata di idee e sentimenti che caratterizza la conversazione terapeutica. Se ben utilizzata, questa conversazione può costituire la base per un cambiamento affettivo duraturo” [35].

Anche in incontri virtuali è stato possibile rendere condivisibili le esperienze dolorose e dare voce a quelle più intime generate dai vissuti traumatici.

X. *Lo sguardo si fa corpo*

Il setting terapeutico in presenza rappresenta lo strumento elettivo nella psicoterapia e può essere vissuto in stretta coerenza con la distanza richiesta dalle normative di prevenzione del contagio. La distanza fisica tra psicoterapeuta e paziente può garantire il distanziamento minimo necessario e, se pur condizionato dall'uso delle mascherine, permette la continuità terapeutica.

In riferimento al valore insostituibile in terapia dell'*esserci fisicamente* di due corpi, alcuni autori [42] ricordano come l'incontro di due menti, tipico della terapia virtuale, sia solamente una metà della storia. “La scomoda verità è che il corpo non può essere escluso dall'equazione, per quanto continui ad interessare il fatto che gli umani non rinuncino a sperarlo” [42].

Altri autori rimarcano come nelle relazioni digitali che prediligono il terreno di scambio virtuale, “molto di quella parte di emotività che è mediata dal corpo viene persa, così come molti aspetti che riguardano la reciprocità e quindi il continuo riadattamento emotivo e fisico che la presenza dell'altro suscita” [46].

Le trasformazioni avvenute in questi mesi e le esperienze vissute da molti psicoterapeuti, le questioni delle differenze tra il setting reale e quello virtuale hanno trovato spazio nel dibattito clinico. Se il corpo non può essere escluso dall'incontro terapeutico, possiamo considerare la presenza del corpo nella relazione terapeutica mediata dai canali virtuali? Gli sguardi, “dietro e dentro” uno schermo, possono essere considerati corpo? Si può pensare che ciò sia possibile, in quanto “non esistono sguardi più importanti o sguardi meno importanti. Nel momento in cui vengono scoccati, tutti gli sguardi sono un *immischiarsi*. Ciò che cambia e rende gli sguardi della gente più o meno sostenibili (...) è la qualità dell'attenzione che trasportano” [48].

L'interazione attraverso il virtuale permette la continuità dell'incontro degli sguardi e unitamente ad un autentico coinvolgimento empatico, prende vita “l'*immischiarsi*” della relazione terapeutica. È la qualità dell'incontro tra paziente e terapeuta e l'intensità empatica, anche attraverso il virtuale, a determinare l'efficacia dell'intervento. La presenza fisica non ci garantisce l'empatia, così come la lontananza non è un ostacolo in via di principio. Né più e non meno della voce e degli aspetti non verbali, gli strumenti mediatici offrono qualcosa che solo la pienezza del singolo sa di fatto riempire [42].

La fase del Covid-19 grida ad alta voce che siamo nel “tempo dell'ascolto”, un ascolto empatico accompagnato da uno sguardo attento e rassicurante nella possibilità di fare esperienza di sentirsi accolti e capiti. “Per tutta la vita, lo sguardo motivato di un altro su di noi resta una leva potente, capace di rimettere in moto la nostra personale motivazione” [24].

La ricerca e la conoscenza clinica ci mostrano oggi come “la realtà “virtuale” e quella “reale” non siano l’una superiore o inferiore all’altra, ma due diversi tipi di esperienza, ciascuna rispettabile e meritevole di essere indagata, e ciascuna capace di fornirci preziose informazioni sulla natura umana [31].

Diviene quindi indispensabile dare spazio al virtuale riconoscendone l’utilità a partire dal delicato compito di contenere e sostenere l’individuo durante l’esperienza Covid, con particolare riferimento alla possibilità di futuri lockdown ed altre condizioni che ostacolano gli incontri in presenza.

Ripensare alla modalità terapeutica appropriata significa predisporre verso il nuovo, liberandoci di vincoli e rigidità di pensiero, caratteristiche non congeniali al ruolo dello psicoterapeuta. “Si ritiene opportuno pertanto sollecitare una modalità innovativa, non costretta in gabbie teoriche e operative, che potrà consentire di avvicinarsi all’effettiva operatività degli analisti e che porterà con sé un cambiamento culturale che si tradurrà in un progresso di rivitalizzazione delle psicologie del profondo” [21].

Psicoterapeuta e paziente, in cammino verso l’uscita dal naufragio alla ricerca di traiettorie possibili, creano nell’incontro virtuale opportunità e spiragli, specialmente laddove, come nel caso del lockdown, la relazione terapeutica in presenza si prefigurava come un limite invalidante alla continuità terapeutica e fonte di rischi di contagio biologico. “(...) Si trovano soluzioni alternative, sedute dalla cantina, dal terrazzino, dall’automobile parcheggiata sotto casa.

Soluzioni imprevedute che portano nuovi vissuti, pensieri, insight. Alternative feconde in attesa di poter tornare a essere *due persone in una stanza*. L’importante è mantenere la fiducia nella relazione terapeutica, cogliendo il valore di una terapia che, sapendo adattarsi alle richieste della realtà, sa umanizzarsi” [26].

Attraverso un’azione condivisa e dopo lunghe peripezie volgiamo verso un “porto sicuro”, procedendo con coraggio alla ricerca di nuovi scenari, per ora condizionati dal distanziamento sociale. Il compito rimane quello di cercare pazientemente di infondere la cura, quella che Adler promuoveva definendola *speranza nel sociale e nella collettività* [1].

XI. Relazioni cooperative nel distanziamento

Le logiche che sottostanno alla vita sociale hanno prodotto cambiamenti rilevanti e i “compiti vitali”, dimensioni importanti della nostra teoria, hanno subito il contraccolpo. Si stanno progressivamente sperimentando nuove prospettive relazionali che escludono il contatto fisico: qualcosa di nuovo sta avvenendo ed il concetto di vicinanza dovrà essere rivisitato.

È un momento delicato per le nostre esistenze e l’accompagnamento psicoterapeutico diviene per molti un punto di riferimento solido.

È necessario evitare scivolamenti nella piacevole protezione del ritiro sociale, nel facile immergersi in una sorta di tana privata capace di dare rifugio e serenità che allontana le preoccupazioni e i problemi della vita reale.

Questi rischi sono evitabili se si lavora per tradurre in pratica le indicazioni di Adler che, fanno del sentimento comunitario e della capacità di stringere rapporti cooperativi con gli altri a vantaggio dell'umanità, il fondamento della salute mentale. “La compartecipazione emotiva è un processo dinamico assai più sottile e personalizzato, mediante il quale un individuo condivide un'emozione con uno o più suoi simili” [36].

Il lavoro psicoterapeutico al tempo del Covid dovrebbe tenere ancor più conto della necessità di “aprire nuovi sentieri” aiutando le persone bloccate nell'angoscia, percepita o mascherata che sia, a risvegliare il loro sentimento sociale.

Gli schemi e gli assetti emotivo-comportamentali tradizionali si rivelano inadeguati a un contesto diverso; la psicoterapia deve portare i pazienti a esplorare e conquistare nuove soluzioni, diversi orizzonti, che superino il rischio di blocchi esistenziali. È pertanto necessario condurre psicoterapie guidate dalla logica interpretativo-elaborativa del qui ed ora e rendere riconoscibile la correlazione tra la personale reazione al Covid, la modalità di affrontare gli eventi traumatici e la gestione dello stress conseguente: “suscettibilità individuale differenziale” [3].

Il terapeuta ha il compito, anch'egli immerso in questa complessa realtà di favorire l'apertura del sé creativo, permettendo alla persona di uscire da rigidità precedentemente costruite, verso nuovi schemi adattivi e funzionali. La complessità sta nei tempi brevi, in un contesto che muta continuamente e che richiede all'individuo di intervenire sulla realtà per non esserne sopraffatto, imparando a muoversi in ottica sociale e cooperativa all'interno di questa nuova esperienza di vita. “Non c'è alcuna psicoterapia se non nel segno della speranza” [16].

L'essere umano, afferma Adler, può raggiungere il benessere nel momento in cui sente il mondo come la “propria casa” [2]. È difficile oggi sintonizzarsi su queste dimensioni perché in antitesi con i vissuti quotidiani. Mai come oggi è necessario potenziare il senso di appartenenza alla propria comunità pur nei dilaganti timori della vicinanza agli altri, visti come fonte di rischio di possibili contagi. I legami che si mantengono e si alimentano nel virtuale, sono un contributo eccellente a mantenere la vivacità nelle relazioni interpersonali.

“La singola persona vive dentro ad una rete di rapporti che è la comunità. Le speranze degli individui si travasano nella comunità, e le speranze che sostengono una comunità influenzano gli individui. Esiste un'osmosi della speranza tra singoli e società. Per questo si parla anche di speranza sociale, intendendo la passione con cui una comunità getta avanti a sé lo sguardo, si dà degli obiettivi, si muove su orizzonti di futuro.

Il termometro della speranza sociale è dunque la *progettualità*: là dove prevalgono lamento, nostalgia e rimpianto del passato, il grado di speranza sociale è basso; è alto, al contrario, là dove si diffondono spirito di iniziativa, capacità di sognare e fiducia nel futuro” [32].

Allo stesso modo, in questo tempo governato dalla difesa al contagio del virus Covid-19, in una dimensione di progettualità interrotta, l'*interazione psicoterapeutica integrata*, in presenza-virtuale, può generare nella persona in trattamento “(...) un atteggiamento coraggioso unito ad un autentico sentimento sociale: così come con modalità reciproche si ritiene che il sentimento sociale possa corrispondere ad uno stile di vita coraggioso” [41]. È come se il paziente “vedesse” nel terapeuta una versione più gestibile di ciò che il paziente stesso sta sperimentando. Nell'alleanza terapeutica il Sentimento Sociale del terapeuta tramite il Sé Creativo (ri)attiva “per contagio” quello del paziente [14].

XII. Considerazioni conclusive

In questo particolare momento storico, così segnato dalla pandemia, l'impossibilità di mantenere la relazione terapeutica in presenza ha messo a rischio la salute del paziente e la funzione dello stesso psicoterapeuta. La possibilità di inserire la modalità in remoto è giunta in soccorso, mostrando opportunità e criticità: la modalità on-line si è dimostrata in grado di veicolare differenti processi relazionali e specifiche qualità della trasmissione emotiva.

Sebbene tale approccio abbia favorito, in certe circostanze, aperture a parti profonde del mondo interno dei pazienti, non sembra possedere tutte le caratteristiche per divenire spazio relazionale idoneo a elaborare contenuti traumatici profondi: per questi passaggi l'incontro in persona nel setting tradizionale è decisamente più idoneo. La modalità virtuale può quindi essere considerata come “momento di transizione”, simbolo della fiducia nel legame terapeutico in attesa di riprendere il trattamento in presenza.

In ambito internazionale, vengono evidenziate significative perplessità sull'utilizzo del virtuale in terapia [33]. Le critiche si riferiscono all'applicabilità della terapia a distanza e alla quasi totale assenza di formazione specifica qualificata. Inoltre, alcuni aspetti appaiono ancora non risolti, come ad esempio il carente controllo sull'ambiente e sul setting, la tutela della privacy, la riduzione della comunicazione non verbale, l'interazione esclusivamente vis-à-vis, escludendo dalla scena parte del corpo della coppia terapeutica, così come i continui problemi tecnici di connessione.

Quest'ultima questione vedrà probabili soluzioni per l'evoluzione della tecnologia, che aprirà le porte a incontri terapeutici più fluidi, senza interruzioni o disconnessioni. Attualmente la sperimentazione dell'utilizzo del virtuale nei trattamenti psicologici è un fenomeno in espansione soprattutto in territori innovativi come la Virtual Reality (VR) e la Realtà Aumentata (AR) [38].

Parlare di psicoterapia on-line significa toccare contenuti delicati e molto dibattuti nel mondo scientifico, ma oggi dal punto di vista clinico “la domanda reale non è ‘se sia possibile fare la terapia online’, ma piuttosto come la terapia online possa essere efficace, con quali tipi di problemi e con quali tipi di persone” [45].

“La psicoterapia on-line può essere utile non solo nei casi di grande distanza geografica tra paziente e terapeuta, può essere indicata 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 della rete. In una fase iniziale della terapia un paziente potrebbe venire "agganciato" in questo modo (...) allo scopo di superare certe resistenze che gli permettano poi di continuare la terapia in modo tradizionale” [30].

In diverse situazioni cliniche, come nei casi di ritiro sociale, il virtuale può aiutare un adolescente a dare voce alla sua esperienza: l'assenza del corpo fisico facilita la condivisione, eliminando l'ansietà prodotta dal contatto con il reale. Il rifugio virtuale, che è utile mantenere in una fase iniziale della terapia, diventa tramite verso l'uscita nel mondo reale, spesso sotto le rassicurazioni dello psicoterapeuta interiorizzato.

In conclusione, si sottolinea che questa nuova e dolorosa fase pandemica ha evidenziato la necessità di pensare a training che preparino a gestire con competenza la terapia on-line, spesso a sostegno della psicoterapia in presenza; “(...) le modalità di *intervento psicologico blended*, cioè condotte sia dal vivo sia on-line stanno aumentando considerevolmente. La flessibilizzazione e la globalizzazione del lavoro abbinata alla possibilità offerta dal mezzo digitale di mantenere una continuità relazionale con il proprio ambiente, ha favorito l'uso di tali pratiche anche in chi era solito incontrarsi in modo tradizionale” [11].

È infine importante ricordare che la relazione virtuale ha portato a scoprire le possibilità di contatto tra le persone nei momenti difficili della pandemia. Seppur disapprovata e accusata di allontanare dall'autenticità degli incontri personali, le relazioni virtuali sono state scoperte e utilizzate da tutte le fasce della popolazione (e non più solo appannaggio dei giovani nativi digitali), consentendo di preservare i legami e di allontanare il rischio di vivere sentimenti profondi di solitudine, isolamento ed emarginazione. In sostanza possiamo affermare in senso lato che “il virtuale lega”.

Bibliografia

1. ADLER, A. (1920), *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*, tr. it. *Prassi e teoria della Psicologia Individuale*, Astrolabio, Roma 1947.
2. ADLER, A. (1926), *Menschenkenntnis*, tr. it. *La conoscenza dell'uomo nella Psicologia Individuale*, Newton Compton, Roma 1994.
3. AMMANITI, M., GALLESE, V. (2014), *La nascita dell'intersoggettività*, Raffaello Cortina, Milano.
4. ANDERSSON, G. (2016), Internet-delivered psychological treatments, *Annual review of Clinical Psychology*, 12, 157-179.
5. ANGELOZZI, A. (1999), Forme della relazione: la psicoterapia in Rete, in *Psichiatria Online*, Apogeo, Roma.
6. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze, 1997.
7. BOLOGNINI, S. (2020), La psicoanalisi al tempo del Coronavirus, *Psychiatry online Italia*.
8. BORGNA, E. (2017), *Le parole che salvano*, Einaudi, Torino.
9. CANNELLA, B. (2000), Appunti sulla psicoterapia online, in MERCIAI, S. A., *Psicoterapia online: un vestito su misura*, www.psychomedia.it
10. CARETTI, V., LA BARBERA, D. (2001), *Psicopatologia delle realtà virtuali*, Elsevier ed.
11. CNOP - Commissione Atti Tipici, Osservatorio e Tutela delle Professione (2017), 46-47. *Digitalizzazione della professione e dell'intervento psicologico mediato dal web*, www.psy.it
12. CORREALE, A., CANGIOTTI, F., ZOPPI, A. (2013), *Il soggetto nascosto*, Franco Angeli.
13. CORREALE, A. (2010), La difficile differenziazione dalla identificazione traumatica, *Comprende (Archive International pour l'Anthropologie et la Psychopathologie Phénoménologiques)*, 20, 52-65.
14. FASSINO, S. (2016), Il sentimento sociale del terapeuta ri-attiva quello del paziente, *Riv. Psicol. Indiv.*, 79: 27-43.
15. FERRERO, A. (2000), L'analisi e la psicoterapia psicodinamica secondo la Psicologia Individuale: spunti per una discussione, *Riv. Psicol. Indiv.*, 48: 41-54.
16. FERRIGNO, G., BORGNA, E. (2012), La comunicazione non è se non relazione: confronto fra Psicologia Individuale e Psichiatria Fenomenologica, *Riv. Psicol. Indiv.*, 71, 59-78.
17. FERRO, A. (1996), *Nella stanza d'analisi*, Raffaello Cortina, Milano.
18. FREUD, A. (1961), *The Ego and the Mechanisms of Defence*, tr. it. *L'Io e i meccanismi di difesa*, G. Martinelli, Firenze 1967.
19. GALLI, M., PALMIERI, A. (2020), interventi alla *Giornata internazionale del benessere sessuale*.
20. GHIDONI, C. (2017), Volti del limite e della speranza in psicoterapia, *Riv. Psicol. Indiv.*, 81: 69-84.

21. GRANDI, L. G. (2009), Linee guida essenziali per la Psicoterapia Analitica, *Il Sagittario.*, 24, 6-18.
22. GRANDI, L. G. (2016), *Amore e Psyche. Percorsi di psicoterapia individual-psicologica*, Effatà Ed., Torino.
23. GREENSON, R. R. (1999), *Explorations in Psychoanalysis, L'empatia e le sue vicissitudini*, in *Esplorazioni Psicoanalitiche*, Bollati Boringhieri, Torino.
24. JEAMMET, P. (2008), *Pour nos ados, soyons adultes*, tr. it. *Adulti senza riserva - Quel che aiuta un adolescente*, Raffaello Cortina, Milano 2009.
25. JUNG, C. G. (1928), *Die Beziehungen zwischen dem Ich und dem Unbewußten*, tr. it. *L'Io e l'Inconscio*, Einaudi, Torino 1948.
26. LINGIARDI, V., GIOVANARDI, G. (2020), *Terapie e terapeuti on-line*, rass. *Giù dal lettino*, www.ilsole24ore.com.
27. MANCINI, F., CANTELMINI, T., TARTAGLIONE, S. (2000), Psicoterapia on line: lo stato dell'arte, in AA.VV., *La mente in Internet*, Piccin, Padova.
28. MC WILLIAMS, N. (2020), *Psychotherapy in a Pandemic*, tr. it. *Psicoterapia durante una pandemia*, www.oprs.it
29. MERCIAI, S. A. (2002), *Psicoterapia online: un vestito su misura*, www.psychomedia.it
30. MIGONE, P. (2003), La psicoterapia con Internet, *Psicoterapia e Scienze Umane*, www.psychomedia.it.
31. MIGONE, P. (2020), La psicoanalisi on-line ai tempi della quarantena: intervista a Paolo Migone, *Psicologia Fenomenologica*.
32. CASTELLUCCI, E. Arcivescovo-Abate di Modena-Nonantola, (2019), *Discorso Parrocchia Santa Maria Goretti*, Fiorano Modenese.
33. NESCI, D. A., LO GAMBA, E., MAGGIPINTO, D., RADII, G. (2018), Lo stato dell'arte sulla Psicoterapia Online: breve revisione critica della Letteratura, *Doppio Sogno - Rivista scientifica di Psicoterapia e Istituzioni*.
34. PAGANI, P. L. (1998), I principi dell'incoraggiamento, in SANFILIPPO, B. (a cura di), *Itinerari Adleriani*, Franco Angeli, Milano.
35. PANKSEPP, J., BIVEN, L. (2012), *The Archaeology of Mind*, tr. it. *Archeologia della mente*, Raffaello Cortina, Milano 2014.
36. PARENTI, F. (1983), *La Psicologia Individuale dopo Adler*, Astrolabio, Roma.
37. RINALDINI, C. (2019), *La violenza nel Web. Nuovi scenari dell'universo giovanile*, Atti del Convegno: *Prevenzione e Cura delle Relazioni Violente*, www.istituto-adler.re.it.
38. RIVA, G., GAGGIOLI, A. (2019), *Realtà virtuali. Gli aspetti psicologici delle tecnologie simulate e il loro impatto sull'esperienza umana*, Giunti Psychometrics, Milano.
39. ROVERA, G. G. (2015), Lo Stile Terapeutico, *Riv. Psicol. Indiv.*, 78: 19-45.
40. ROVERA, G. G. (2020), Le Relazioni Adleriane di Aiuto nelle situazioni di emergenza, *Riv. Psicol. Indiv.*, 87: 15-63.
41. ROVERA, G. G. (2009), Le strategie dell'incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 66, 139-160.

42. RUSSELL, G. I. (2015), *Screen Relations: The Limits of Computer-Mediated Psychoanalysis and Psychotherapy*, tr. it. *Psicoanalisi attraverso lo schermo. I limiti delle terapie online*, Astrolabio, Roma 2017.
43. STEINER, J. (1993), *Psychic Retreats: Pathological Organizations in Psychotic, Neurotic and Borderline Patients*, tr. it. *I rifugi della mente*, Bollati Boringhieri, Torino 1996.
44. SULER, J. (2016), *Psychology of the digital age: Humans become electric*. New York: Cambridge University Press.
45. SULER, J. (2012), *Fisiologia e psicopatologia della vita on line*, www.psychiatryonline.it.
46. TONIONI, F. (2013), *Psicopatologia web-mediata. Dipendenza da internet e nuovi fenomeni dissociativi*, Springer, Berlino.
47. TURKLE, S. (2016), *Reclaiming conversation. The power of talk in a digital age*, tr. it. *La conversazione necessaria. La forza del dialogo nell'era digitale*, Einaudi, Torino 2016.
48. VERONESI, S. (2019), *Il Colibrì*, La nave di Teseo ed., Milano.
49. WALLACE, P. (2016), *The Psychology of the Internet*, tr. it. *La Psicologia di Internet*, Raffaello Cortina, Milano 2017.
50. WINNICOTT, D. W. (1974), *Playing and Reality*, tr. it. *Gioco e realtà*, Armando Editore, Roma 1993.
51. WINNICOTT, D. W. (1965), *The Maturational Processes and the Facilitating Environment*, tr. it. *Sviluppo affettivo e ambiente*, Armando Editore, Roma 1993.

Cesare Rinaldini
Via S. Pertini 1
I-41042 Spezzano-Fiorano Modenese (MO)
E-mail: rinaldinicesare@gmail.com