

L'uso delle mascherine in analisi: relazione terapeutica e terapia online al tempo della pandemia di Covid-19

Riccardo Daniele Pecora*

Ricevuto e accolto il 29 ottobre 2023

Riassunto

A causa della pandemia di Covid-19, in molti paesi, le mascherine facciali sono state rese obbligatorie in ambienti chiusi per prevenire l'infezione e sono state adottate da molti analisti per proseguire il lavoro terapeutico "in presenza". Questo articolo analizza gli effetti del loro utilizzo nell'ambito della psicoterapia a orientamento analitico. Dopo avere intervistato 305 persone (163 analisti e 142 pazienti) impegnate in trattamenti psicoterapeutici *vis à vis*, si è rilevato che l'utilizzo delle mascherine in analisi è stato un evento sicuramente significativo ma meno impattante di quanto si pensi. Le terapie analitiche, nei vissuti di pazienti e analisti, hanno mostrato una certa resilienza sopportando un cambiamento di setting così improvviso e perturbante grazie a fattori peculiari quali l'investimento nella relazione terapeutica, l'attenzione alla comunicazione inconscia e la considerazione nello scambio terapeutico della dimensione simbolica. L'approccio relazionale in analisi si conferma di grande utilità clinica e la relazione terapeutica elemento protettivo oltre che di cura. La terapia online, inoltre, si definisce, in questo studio, come terapia di seconda scelta rispetto alla terapia in presenza anche quando la coppia analitica è costretta a stare in stanza di analisi con il viso parzialmente coperto dalle mascherine.

Parole chiave: *psicoterapia faccia a faccia, mascherine facciali, pandemia Covid-19, relazione terapeutica, analisi online.*

* Psichiatra, psicologo analista AIPA e IAAP. Vive e lavora a Roma.
Piazza Martiri di Belfiore 2, 00196 Roma. E-mail: regolettasi@yahoo.it

Studi Junghiani (ISSN 1828-5147, ISSN e 1971-8411), vol. 29, n. 2, 2023
DOI: 10.3280/jun58-2023oa17156

Abstract. *The use of face masks in analysis: therapeutic relationship and online therapy in the time of the Covid-19 pandemic*

Due to the Covid-19 pandemic in many countries, face masks have been made mandatory in the home to prevent infection and have been adopted by many analysts to continue therapeutic work “in presence”. This article analyses the effects of their use in analytically oriented psychotherapy. After interviewing 305 people (163 analysts and 142 patients) engaged in psychotherapeutic treatment *vis à vis*, it emerged that the use of masks in analysis is certainly a significant but less impactful event than previously thought. Analytic therapies, in the experience of both patients and analysts, have demonstrated ability to withstand such a sudden and disruptive change of setting due to such peculiar factors as investment in the therapeutic relationship, attention to unconscious communication, and consideration in the therapeutic exchange of the symbolic dimension. The relational approach in analysis is confirmed to be of great clinical utility and the therapeutic relationship a protective and healing element. Moreover, online therapy is defined in this study as a second-tier therapy compared to in-presence therapy, even when the analytic couple is forced to remain in the analysis room with their faces partially covered by face masks.

Key words: *face-to-face psychotherapy, face masks, Covid-19 pandemic, therapeutic relationship, analysis online.*

Introduzione

La pandemia di Covid-19 è un fenomeno epocale che, oltre a colpire la popolazione mondiale come gravissima emergenza sanitaria, ha imposto, a causa delle misure adottate per cercare di contenerla, profondi mutamenti del vivere sociale. Questi cambiamenti hanno inciso notevolmente sulle tradizionali modalità di relazione delle persone, alterandone spesso la qualità, con conseguenze psicologiche e sociali che necessitano, a tutt’oggi, del pieno riconoscimento e dell’osservazione da parte dei ricercatori.

L’utilizzo delle mascherine facciali, ad esempio, rese obbligatorie nei luoghi chiusi in molti paesi per prevenire l’infezione, è andato a interferire notevolmente con aspetti fondamentali della comunicazione umana, specificatamente con i processi di riconoscimento visivo del volto. Il viso umano è un’importante fonte di informazioni inerenti l’altro e sé stessi, motivo per cui relazionarsi in un mondo in cui i volti sono parzialmente coperti pone inevitabilmente una serie di potenziali conseguenze per le relazioni umane. Solo da poco tempo la ricerca si sta occupando di questo inedito fenomeno nei più svariati contesti. Nell’ambito delle professioni di cura è esperienza diffusa, e condivisa, che la qualità delle relazioni risulti alterata quando le

persone indossano mascherine facciali: Marler e Ditton (2021) hanno notato a riguardo che, nell'ambito delle relazioni curanti-pazienti, le persone bisognose di cura possono sentirsi oggetto di minore compassione (*compassion*) e accudimento (*care*) quando i *caregivers* indossano mascherine.

Nel contesto generale della psicoterapia, l'impatto delle mascherine facciali sembra stia provocando sulla relazione tra terapeuti e pazienti cambiamenti significativi, i cui effetti a breve e a medio termine sono ancora largamente da scoprire.

Ma, in particolare, che tipo di interferenze hanno subito le psicoterapie a orientamento analitico durante questa pandemia a causa del mascheramento parziale del volto? È stato possibile, nel setting analitico *face to face*, contenere gli effetti dannosi delle mascherine?

Percezione del volto, riconoscimento emotivo e uso delle mascherine facciali

Lo stimolo visivo del volto umano è riconosciuto, già da molto tempo, come elemento comunicativo molto importante per l'individuo, sia psicologicamente che socialmente. I rilievi della psicologia dell'età evolutiva, secondo cui lo sviluppo psichico del neonato trova nella innata capacità di riconoscere ed interagire con il volto della madre prima, e con quello di altri adulti poi, la base del neurosviluppo e della coscienza di sé, hanno trovato progressiva conferma sperimentale attraverso studi funzionali di *neuroimaging*. Le neuroscienze hanno dimostrato quanto il riconoscimento del viso, o anche solo di parte di esso, sia parte costitutiva delle relazioni umane e dell'empatia. I neuroscienziati continuano ad essere impegnati nella ricerca sulle basi neurali della percezione del viso e delle sue espressioni emotive e sui circuiti cerebrali che presiedono alla loro elaborazione e integrazione in chiave neurologica, psicologica e sociale (Oruc *et al.*, 2019).

È noto da tempo che il volto umano è portatore di informazioni essenziali alla comunicazione umana, quali l'identità, lo stato emotivo, il genere e l'età (Bruce e Young, 1986). La capacità di riconoscere dalle espressioni facciali intenzioni, emozioni e stati mentali altrui è di ovvia importanza per la vita sociale dell'individuo e per la sua sopravvivenza. Quando questa capacità è compromessa le conseguenze psico-sociali e relazionali possono essere drammatiche, come accade nel caso della prosopagnosia o, come viene ipotizzato sulla base di studi recenti, nel caso dell'autismo (Wieckowski *et al.*, 2020).

Una delle più importanti teorie sulla percezione del viso suggerisce come le emozioni e gli altri attributi sociali dipendano fortemente dalla mobi-

lità delle regioni facciali (Adolphs, 2002; Haxby *et al.*, 2000). Diversi altri studi sperimentali hanno esplorato la quantità e il tipo di informazioni sociali che sono trasmesse attraverso specifiche regioni del volto, dimostrando che, non gli occhi (Blais *et al.*, 2012), ma la bocca sia fondamentale nel riconoscere le emozioni, soprattutto la felicità (Roberson *et al.*, 2012; Wegrzyn *et al.*, 2017). Similmente, i volti sono giudicati come più affidabili (e meno aggressivi) quando il contrasto cromatico della bocca e degli occhi è aumentato per mezzo di manipolazioni sperimentali (Robinson *et al.*, 2012).

L'espressività affettiva del viso sembra essere importante anche perché influenzerebbe le prime impressioni sull'affidabilità dell'altro (Oosterhof, 2009). E ancora, la mimica facciale in relazione alla sincronia comportamentale è fattore di rafforzamento dei legami sociali, dell'empatia e delle interazioni di gioco (Palagi *et al.*, 2020; Hess, 2013; Tramacere, 2016; Dimberg, 2011).

In epoca pandemica, sulla base di quanto già acquisito sull'importanza della espressività facciale, diversi studi si sono focalizzati sugli effetti delle mascherine su vari aspetti delle interazioni sociali. Alcune ricerche hanno evidenziato come la diminuita percezione del volto, dovuta all'uso di mascherine facciali, riduca l'accuratezza del riconoscimento emotivo, dell'identità, i livelli di sicurezza e l'affidabilità (Carbon *et al.*, 2020; Olivera-La Rosa *et al.*, 2020; Carragher e Hancock, 2020; Grundmann *et al.*, 2021) ed anche l'intensità di alcune specifiche emozioni facciali, come la gioia (*happiness*) e la rabbia (*anger*) (Calbi *et al.*, 2021). Nello studio di Carbon (2020), in particolare, si è rilevato come l'uso di mascherine aumenterebbe la tendenza da parte di un interlocutore/osservatore a confondere alcune emozioni, fraintendendole o interpretandole come neutre. Fitoussi *et al.* (2021), in uno studio che ha coinvolto 116 partecipanti, conferma come l'uso delle mascherine alteri la percezione del viso e delle sue espressioni, ostacolando il riconoscimento di emozioni, genere, età e identità.

È possibile, d'altra parte, che alcuni aspetti dell'espressività facciale non risentano negativamente di tale alterazione, soprattutto poiché il volto rimane solo parzialmente coperto. Ancora, Carbon (2020) ha evidenziato come il riconoscimento della paura (a differenza di altre emozioni) non sia ostacolato dalle mascherine, probabilmente perché la paura è decodificata dalla parte superiore del viso. In modo analogo, Kastendieck *et al.* (2021) hanno rilevato che le mascherine non sempre interferiscono con il riconoscimento della gioia e della tristezza nell'espressione dinamica delle emozioni. Sembra anche che, in determinati ambienti, ad esempio in un contesto in cui tutti indossano mascherine, le persone possano migliorare la loro abilità di classificare volti semicoperti e che, in generale, sia possibile svi-

luppare strategie attraverso cui imparare a concentrarsi su piccoli, significativi dettagli del volto e, in tal modo, compensare la mancata visione dell'intero viso (Fitousi, 2021).

Analogamente, Ribeiro *et al.* (2021, p. 11), in uno studio che ha coinvolto 137 psicoterapeuti, ipotizzano come, in ambito psicoterapeutico, sia possibile mettere in atto strategie adattative per minimizzare l'impatto percepito dell'uso delle mascherine, anche se con modalità diverse a seconda che si tratti di pazienti già in terapia prima della pandemia rispetto a quelli che hanno iniziato dopo.

Nonostante questi riscontri che sembrano poter ridimensionare l'impressione di un impatto estremamente sfavorevole delle mascherine sulle relazioni umane, per quanto complessivamente desumibile dai dati sperimentali e dall'esperienza diretta di ognuno, potremmo comunque pensare di assimilare l'utilizzo delle mascherine facciali ad una condizione patologica di "origine iatrogena", nella quale i processi di riconoscimento facciale sono parzialmente compromessi con tutto ciò che di negativo ne consegue dal punto di vista comunicativo (Saunders *et al.*, 2020), relazionale (Vainshelboim, 2020) e, di conseguenza, terapeutico.

Le professioni di cura hanno tutte subito un impatto negativo dall'uso delle mascherine facciali (Marlon e Ditton, 2020), ma ancor di più sono messe alla prova quelle in cui aspetti comunicativi e relazionali sono essenziali strumenti di diagnosi e di terapia e, quindi, in special modo, quelle inerenti alla salute psichica per le quali il riconoscimento dello stato mentale altrui è fattore cruciale.

Se questo è vero per la pratica clinica psichiatrica, per cui si è riscontrato come sia estremamente difficoltoso effettuare l'*assessment* psichiatrico di un paziente che indossi la mascherina (Arghya *et al.*, 2020), lo è ancor di più per le terapie analitiche *vis à vis* in cui i fattori in gioco sono molto più complessi.

Per rendere l'idea di tale peculiare complessità, in un articolo di taglio prettamente psicoanalitico Giorgi (2021) sottolinea come in analisi, a causa delle mascherine, siano facilmente riattivate fantasie inconsce di natura paranoide, poiché a livello inconscio si avrebbe «paura che la maschera possa privare di tutte le difese contro i persecutori e l'ansia di persecuzione» (p. 226).

La ricerca, visti gli effetti dannosi delle mascherine già accertati, sta addirittura cercando di mettere a punto dei possibili rimedi: in uno studio sperimentale Marini *et al.* (2021) hanno evidenziato come l'utilizzo di mascherine trasparenti possa essere un metodo efficace per la conservazione del *face reading* e, con esso, del riconoscimento delle espressioni emotive e dell'attribuzione di fiducia nell'altro, mentre Yi *et al.* (2021) hanno dimo-

strato che le mascherine trasparenti hanno effetti positivi sulla comprensibilità della comunicazione verbale.

Volto “mascherato” e relazione terapeutica

Dagli anni '80 del secolo scorso l'importanza della relazione per il processo terapeutico in analisi è universalmente e definitivamente riconosciuta, seppur con enfasi diversa a seconda delle scuole di pensiero e delle pratiche psicoterapeutiche.

Il fatto che la qualità della relazione analitica tra paziente e terapeuta, qui intesa come profondo incontro emozionale dalle potenzialità riparative e trasformative, sia un importantissimo fattore di cura è patrimonio culturale della psicoterapia moderna e focus clinico di molti analisti, anche nell'ambito della psicologia analitica.

Jung, da alcuni considerato come “un pioniere della analisi relazionale” (Sedgwick, 2014), sottolinea infatti la centralità della relazione analitica nel processo psicoterapeutico in diversi suoi scritti. «La forza del metodo analitico risiede» afferma espressamente «nella relazione tra terapeuta e paziente» (Jung, 1921, p. 143). La questione del transfert e del controtransfert come strumenti di cura è, per Jung, una questione di relazione terapeutica. Come ripeterà spesso in varie forme, secondo la sua visione «il rapporto fra terapeuta e paziente è un rapporto personale nell'ambito impersonale del trattamento. Nessun artificio può impedire che la cura sia il prodotto di una influenza reciproca a cui paziente e analista partecipano attivamente» (Jung, 1929, p. 80). E ancora: «La psicoterapia è [...] una sorta di “procedimento dialettico”, un dialogo, un confronto tra due persone» (Jung, 1935, p. 146) «tra due sfere psichiche, vale a dire tra due esseri umani che si pongono l'uno di fronte all'altro nella loro totalità» (Jung, 1934, p. 228) attraverso un «rapporto fondato su una comune inconscietà» (Jung, 1946, p. 187).

Per Jung (1946) questi assunti poggiano sull'idea che la relazione sia un “processo oggettivo”, aspetto essenziale del processo di individuazione, «perché il rapporto col Sé è al tempo stesso il rapporto con gli uomini» (p. 241) e «senza il consapevole riconoscimento e l'accettazione di ciò che ci lega al prossimo non si dà sintesi della personalità» (p. 240).

Colman (2013) ha messo in risalto come molti enunciati di Jung sulla pratica della psicoterapia siano compatibili con quelli dei moderni analisti relazionali e ha suggerito come la prospettiva relazionale possa essere considerata “un ponte capace di riunire differenti orientamenti nel mondo junghiano”, giungendo a definire una forma specifica di “psicoanalisi junghiana relazionale”.

In quest'ottica, l'attenzione che molti terapeuti, junghiani e non, pongono a come si struttura la relazione analitica e a ciò che avviene al suo interno per come viene vissuta dai due protagonisti, oggi, deve tenere conto della variabile introdotta nelle stanze di analisi dalla pandemia di Covid-19: il volto semi nascosto.

In base alle osservazioni della ricerca, è logico dedurre che l'uso delle mascherine, rendendo inaccessibile alla vista gran parte del volto, interferisca sia con l'aspetto percettivo che con i vari meccanismi cerebrali ad esso connessi e con le loro funzioni così importanti nelle relazioni umane, e che ciò accada anche nella relazione terapeutica tra paziente e analista. La parziale copertura del viso può, infatti, inibire considerevolmente la possibilità di assumere una serie di informazioni fondamentali per le comunicazioni non verbali tra le persone come, ad esempio, il riconoscimento dello stato emotivo dell'altro, e alterare, così, in analisi, la qualità della relazione terapeutica. Interessante ricordare come Jung (1935) aveva descritto la psicoterapia come «procedimento dialettico consistente in una comparazione dei nostri reciproci dati» (p. 9), laddove, nelle condizioni imposte dalla pandemia, questa comparazione è stata fortemente limitata: gli ostacoli posti alla comunicazione non verbale e al riconoscimento facciale dall'uso delle mascherine hanno obiettivamente ridotto lo “scambio dei dati” e potrebbero avere inibito la sintonizzazione affettiva della coppia analitica, con conseguenze potenzialmente dolorose per entrambi i partecipanti.

Obiettivi e metodi

Lo scopo di questo studio è proprio quello di individuare, all'interno della stanza di analisi, se e quanto l'uso delle mascherine abbia alterato il normale scambio tra paziente e analista e quali possano essere stati gli effetti sulla relazione terapeutica.

Attraverso la rilevazione delle esperienze soggettive di pazienti e analisti, inerenti alcune variabili introdotte nel setting analitico dall'uso di mascherine e la verifica empirica dei dati ottenuti, si è cercato di individuare e approfondire la realtà della relazione terapeutica come strumento portante delle terapie a orientamento analitico e di fotografare la situazione psicologica di chi, seppur da posizioni diverse (paziente e analista), è stato impegnato, in questa fase così difficile, in trattamenti psicoterapeutici.

Il gruppo di studio è costituito, come già detto, da una popolazione complessiva di 305 persone di età compresa tra i 16 e i 70 anni: 163 terapeuti a orientamento dinamico (di cui il 53,4% di formazione junghiana, il 23,6% di formazione freudiana e il 23% con altri tipi di formazione) e 142

pazienti in corso di trattamento in setting privato durante il periodo pandemico (di cui il 79,3% era già in terapia al momento dell'inizio della pandemia e il 20,7% che ha iniziato il trattamento in coincidenza dell'inizio della pandemia o successivamente).

Entrambe le categorie di persone erano impegnate, al momento dello studio, in trattamenti *vis à vis* con mascherina o ne avevano comunque fatto esperienza.

Per lo sviluppo della ricerca, allo scopo di verificare i vissuti di pazienti e terapeuti rispetto all'uso delle mascherine in psicoterapia, si è costruito un questionario *ad hoc* autosomministrato, anonimo, con domande chiuse a risposta multipla in due versioni quasi identiche (uno per i pazienti e uno per i terapeuti). Il questionario, oltre che per alcuni *item* deputati alla definizione dell'incidenza della mascherina nell'esperienza soggettiva della psicoterapia, ha raccolto anche dati inerenti all'utilizzo delle mascherine in terapia e l'impatto che queste hanno sulla relazione terapeutica e sul processo terapeutico, nonché giudizi soggettivi sui vari tipi di setting sperimentati durante la pandemia (online, in presenza, misto).

Le modalità di proposizione del questionario sono state quella diretta (*brevi manu*) ma anche l'utilizzo di piattaforme online nel mese di giugno 2021 (quando le psicoterapie in presenza con mascherine, in Italia, erano già una pratica diffusa da diversi mesi). Il tempo di compilazione è stato di 5-10 minuti.

Discussione

A - Pandemia e analisi: impatto dell'uso delle mascherine

Sulla base dei risultati complessivi di questa indagine, si può affermare che l'uso delle mascherine in analisi, nei vissuti di molti dei partecipanti allo studio, è stato un evento molto meno disturbante di quello che si potesse immaginare prima di questa rilevazione.

Inoltre, la valutazione statistica dei dati ottenuti dai questionari somministrati ha mostrato subito, macroscopicamente, una notevole differenza, statisticamente significativa, su come sia stata vissuta e interpretata questa esperienza da parte di pazienti e terapeuti (in ben 20 *items* su 33).

La grandissima maggioranza di essi (fino al 95% di tutti gli intervistati, senza significative differenze tra gli uni e gli altri) è stata d'accordo ad indossare le mascherine in terapia in quanto necessità dettata dalle regole di sicurezza e di prevenzione dell'infezione da Covid-19, segno che i rischi per la salute e il rispetto delle norme di comportamento prescritte dalle regolamentazioni sanitarie sono stati condivisi e ben chiari nella mente dei partecipanti allo studio.

Ciononostante, quando interrogati sul sentimento di sicurezza rispetto ai rischi infettivi che le mascherine hanno dato loro nello stare in seduta, pazienti e terapeuti hanno risposto in modo significativamente diverso ($P = 0,002$): ben un quarto dei pazienti (25,5%) ha riferito di essere indifferente a questa questione, con il 68,8% di essi che si è dichiarato rassicurato in seduta dalla mascherina contro l'83,2% dei terapeuti (diff. +14,4%). Questa differenza così netta potrebbe riferirsi alla diversa condizione psicologica delle persone indagate all'interno della stanza di analisi: i pazienti, in questo contesto, si trovano spesso in una condizione di sofferenza psichica, di disagio, e per questo, probabilmente, seppur consapevoli dei rischi infettivi e consenzienti all'uso delle mascherine, rispetto ai terapeuti, molti di essi sono più preoccupati e assorbiti dall'urgenza della cura psicologica che non dal rischio di contagio. Questo elemento, oltre che essere considerato dai terapeuti come importante punto di vista sulla diversa attribuzione di un "valore protettivo" alla mascherina all'interno della coppia analitica, potrebbe essere visto anche come indicatore clinico del livello di malessere psichico dei pazienti. In sostanza, si potrebbe supporre che il sentimento di rassicurazione legato all'uso della mascherina in terapia sia connesso a come si sentono psicologicamente i pazienti in analisi: più sono afflitti da una condizione di disagio e meno sono preoccupati dei rischi infettivi. È interessante, allora, notare come, su questa linea di pensiero, il sentimento dei pazienti nei confronti della mascherina in seduta, il loro modo di indossarla, l'uso più o meno corretto che ne fanno nel loro tempo con l'analista, finanche il tipo di mascherina che scelgono, acquisisca un valore simbolico e comunicativo a disposizione dei terapeuti per il loro lavoro clinico e molto importante dal punto di vista interattivo per la diade analitica.

Una differenza significativa tra pazienti e terapeuti è emersa rispetto alla percezione che essi hanno avuto dell'impatto delle mascherine sulla terapia (*Item Q3*; $P = 0,001$): per il 62,1% dei terapeuti l'uso delle mascherine ha determinato cambiamenti significativi in terapia contro solo il 39,6% dei pazienti (un differenziale del 22,5%): questo dato rivela che se da una parte l'uso delle mascherine in analisi ha avuto sicuramente un impatto considerevole, dall'altra è anche vero che, contrariamente a quanto si poteva supporre prima di questa analisi, per molti dei protagonisti dei trattamenti analitici in era Covid-19 (quasi il 30% dei terapeuti e il 43,3% dei pazienti), l'ingresso in stanza di analisi delle mascherine facciali e la conseguente copertura parziale del volto non sono stati vissuti come un evento alterante. Ugualmente significativa è risultata la differenza tra pazienti e terapeuti che hanno considerato cambiata l'esperienza analitica per come sono state vissute queste modificazioni ($P = 0,001$): il 44,5% dei terapeuti ha dichiarato che queste variazioni li hanno messi in difficoltà, contro solo il 15,1% dei pazienti (differenza che sfiora il 30%; quasi il 70% dei pazienti non ha vissuto questi cambiamenti in terapia come negativi). A sostegno di questo rilievo c'è anche il fatto che, con percentuali sovrapponibili, meno di un quarto di pazienti e terapeuti abbiano espressamente dichiarato di essere costantemente consapevoli durante le sedute di indossare le mascherine e per questo di trovarle disturbanti. La maggioranza invece, i restanti tre quarti degli intervistati, si è detta solo parzialmente consapevole e disturbata, segno che la "mission psicologica" dell'analisi è talmente sentita da prevalere

sui fattori di disturbo e da ridurre al minimo le percezioni spiacevoli legate alle mascherine.

Il fatto che i terapeuti, rispetto ai pazienti, abbiano riscontrato maggiormente modificazioni imposte al setting terapeutico dall'uso delle mascherine e che questo li abbia messi più in difficoltà può essere riferito, probabilmente, al diverso ruolo che essi hanno nella relazione terapeutica e alle loro responsabilità riguardo alla conduzione del trattamento. È possibile, per esempio, che il loro ingaggio in seduta, a livello percettivo, sia più importante poiché, per i loro scopi terapeutici, la necessità di ottimizzare al meglio il portato informativo delle comunicazioni non verbali legati alla mimica del volto dei pazienti è essenziale, mentre per i pazienti, dato il loro bisogno di essere curati, la perdita di tali informazioni visive sia meno disturbante. Forse anche per questo, allora, nel confronto fra i due gruppi ($P = 0,001$), la mascherina è vissuta come spiacevole dalla quasi totalità dei terapeuti (il 96,3% contro il 79,4% dei pazienti, +16,9%), mentre il 20,6% dei pazienti la vive con indifferenza e il 17,7% addirittura piacevolmente. Stesso trend anche per il dato che si riferisce al sentimento di fatica legato allo stare in terapia con la mascherina. Anche in questo caso, i vissuti all'interno della coppia analitica sono significativamente differenti ($P = 0,001$): la quasi totalità dei terapeuti (il 96,3%) ha dichiarato che stare in seduta con la mascherina è più faticoso che starci senza (vs. il 74,5% dei pazienti, + 21,8%), mentre più di un quarto dei pazienti (il 25,5%) hanno riferito che per loro è uguale (23,4%) o addirittura meno faticoso (2,1%).

Un altro dato che ridimensiona l'impatto delle mascherine in analisi si può desumere dall'indagine che si è fatta su come hanno percepito il sentimento della vergogna le coppie analitiche interagendo con il proprio volto semi mascherato. L'idea di indagare questo aspetto è nata perché si è cercato di sottoporre a verifica sperimentale qualche elemento che fosse anche potenzialmente "positivo" delle mascherine e si è ipotizzato che avere il volto coperto potesse essere vissuto come condizione "protettiva", contenitiva rispetto all'imbarazzo di dover esporre sé stessi in terapia e favorente, da questo punto di vista, l'interazione (soprattutto per i pazienti). Anche in questo caso, però, i vissuti di molte persone sono stati poco condizionati: l'85,6% dei terapeuti e il 69,5% dei pazienti considerano irrilevante indossare la mascherina in seduta rispetto al sentimento di vergogna. Pur con percentuali meno importanti del previsto, si conferma la previsione, statisticamente significativa ($P = 0,003$), di un maggior beneficio riscontrato a questo livello dai pazienti: il 27,7% di loro afferma di provare meno vergogna indossando la mascherina vs. l'11,3% dei terapeuti. Anche questo dato mette in risalto la sproporzione esistente tra pazienti e terapeuti per come viene vissuta a livello cosciente l'esperienza analitica in virtù del loro diverso ruolo in terapia e sottolinea come il loro diverso status emotivo li faccia reagire diversamente rispetto alle variabili del setting terapeutico.

B - Mascherine e analisi: la dimensione psicologico-percettiva (non vedere il viso dell'altro vs. non essere visti in viso dall'altro)

Informazioni interessanti si sono ricavate nell'indagare quale potesse essere l'effetto propriamente disturbante per la diade analitica nell'indossare le mascherine in seduta, con in mente l'idea che l'uso delle mascherine nello scambio terapeutico consti di due aspetti distinti: non vedere in modo completo il volto dell'interlocutore ma anche non mostrare interamente il proprio. Ebbene, si è rilevato che per entrambi i gruppi sia considerevole come effetto disturbante sia il non vedere l'intero viso dell'altro che il non sentire visto completamente il proprio (66,5% dei terapeuti e il 53,2% dei pazienti). Se a queste percentuali aggiungiamo le risposte di quanti hanno affermato di trovare disturbante esclusivamente il non essere visti a viso scoperto (+2,5% di terapeuti e +5,7% di pazienti) emerge chiaramente come, in modo inaspettato all'inizio dell'indagine, l'essere visti in viso sia fattore di estrema importanza per le coppie analitiche. Questo potrebbe significare, per quello che le neuroscienze evidenziano attualmente riguardo alla funzione del riconoscimento visivo, che l'essere percepiti, riconosciuti e compresi a livello empatico per ciò che si esprime attraverso la propria comunicazione non verbale è sentito come molto importante nella relazione terapeutica, almeno quanto percepire, riconoscere e comprendere l'altro. Differenze statisticamente significative ($P = 0,001$) sono emerse tra pazienti e terapeuti anche in questa area di indagine: importante segnalare come per quasi un quarto dei terapeuti (24,2%) sia disturbante non vedere il paziente a viso scoperto (vs. il 13,5% di pazienti) e come più di un quarto dei pazienti (27,7%) affermi di non essere disturbato in seduta né dal non vedere il viso del terapeuta per intero né dal non mostrare il proprio (vs. il 6,8% di terapeuti). Questa maggiore enfasi posta dai terapeuti sull'importanza di vedere per intero il viso dei pazienti (24,2% + il 66,5% che lo associa all'essere visto = 90,7%) può essere ricondotta a quanto si diceva sulla diversa condizione psicologica, sul diverso ruolo e sulle diverse responsabilità che ci sono tra terapeuta e paziente all'interno della relazione analitica: l'attingere alle informazioni espresse attraverso la mimica del volto dei pazienti è importante per i terapeuti per motivi di clinica psicoanalitica ovvero per la necessità di stabilire un ponte comunicativo con il paziente anche su base inconscia e non verbale, comprenderne le condizioni psichiche, sintonizzarsi emotivamente e proporre dei livelli di interazione ed interventi che possano risultare terapeutici. Viceversa, i pazienti non hanno responsabilità di questo tipo, sono in una condizione di sofferenza, assorbiti più dalle loro esigenze di essere aiutati che da come si attua la cura e inconsapevoli di molti aspetti riguardanti quello che avviene nella relazione terapeutica, motivo per cui la parziale compromissione degli aspetti percettivi legati al volto (vedere o essere visti in viso), per molti, non risulta causa di disagio.

Questo duplice aspetto legato alla percezione del volto è stato ulteriormente indagato con domande mirate a far emergere alcuni vissuti specifici e capire quali aree della esperienza psicologica in analisi siano più influenzate dall'oggettivo deficit percettivo e dal soggettivo sentimento di parziale mascheramento del viso legato all'uso delle mascherine.

Alcuni *items* proposti sono riferiti a quanto gli intervistati si sentano compresi dal proprio interlocutore nello stare in seduta indossando mascherine rispetto al non averle¹.

Non essere visti interamente in viso² non incide a livello empatico per la maggioranza dei pazienti (60,7%) e per la metà circa dei terapeuti (49,4%; diff. -1,3%) che hanno risposto di sentirsi compresi dai loro partner analitici allo stesso modo di quando sono in seduta a volto scoperto. Interrogate sul medesimo sentimento ma in rapporto al non vedere la parte inferiore del volto dell'altro, le persone hanno dato risposte che hanno evidenziato tendenze più nette e differenze tra gli intervistati più marcate e statisticamente significative ($P = 0,009$): il 72,1% dei pazienti ha risposto di sentirsi compreso dal proprio terapeuta anche quando questi ha il viso semi-nascosto dalla mascherina, come quando (o come se, nel caso dei pazienti che sono stati in terapia sempre con mascherina) non la indossa e il volto è interamente visibile, mentre condivide questo sentimento il 53,8% dei terapeuti (diff. -18,3%).

Pur con risultanze statistiche diverse a seconda delle variabili osservate, complessivamente si può affermare che anche lo scambio empatico delle coppie analitiche ha risentito solo parzialmente dell'uso delle mascherine in terapia. Evidente appare anche che questo livello di interazione è risultato più compromesso per i terapeuti che per i pazienti, confermando la tendenza già osservata di una notevole asimmetria nei vissuti dei due diversi gruppi. Dai dati riguardanti il rapporto “non vedere bene in viso l'altro” vs. “non essere visti bene in viso dall'altro” si nota ancora che se da una parte, come facilmente prevedibile, la diminuzione oggettiva dello stimolo percettivo legato al viso dell'altro può influenzare negativamente la relazione terapeutica a livello empatico (per il 27,1% dei pazienti e per il 44,9% dei terapeuti), dall'altra questo effetto avverso è associato maggiormente al sentimento soggettivo legato al presunto effetto di questa alterazione nel campo percettivo dell'interlocutore (39,3% dei pazienti, 50,6% dei terapeuti). Questo inatteso riscontro conferma che la copertura parziale del viso causata dalle mascherine è un fattore di disturbo per l'interazione in analisi, non solo per fattori di natura percettiva ma anche per elementi di natura soggettiva legati al sentimento dell'essere rappresentati nella mente dell'altro (“se non riesci a vedermi bene perché il mio viso è coperto allora vuol dire che non riesci a rappresentarmi dentro di te e non

1. Per i pazienti che hanno iniziato la terapia a pandemia in corso e con esperienza esclusiva di terapia in presenza con mascherina (20%), la domanda era necessariamente rivolta in termini ipotetici.

2. La costruzione del questionario proposto ai partecipanti allo studio ha previsto, per la proposizione dei vari *items*, diverse difficoltà inerenti al fatto che è stato necessario raccogliere informazioni che fossero sufficientemente attendibili proponendo gli stessi quesiti a persone che, pur condividendo la stessa esperienza, non avevano a disposizione analoghi strumenti culturali e professionali per descriverla. Per questo motivo, si è cercato di utilizzare un linguaggio condiviso che, pur rimanendo specifico, non fosse strettamente tecnico, rimanendo così accessibile, almeno intuitivamente, anche ai pazienti. In questo caso, l'intenzione era quella di indagare più specificatamente se e quanto fosse alterato il livello empatico della relazione analitica dall'uso delle mascherine e l'espressione “sentirsi compresi” è sembrata una formula sufficientemente inclusiva.

puoi comprendermi appieno”). Questa interpretazione conforta l’idea dell’esistenza nella relazione analitica di livelli inconsci di interazione su base empatica ed è in linea con gli assunti dell’*infant research* e della psicologia evolutiva, da anni ormai parti integranti del modello psicoanalitico, secondo cui lo sviluppo psicologico dell’individuo si rende possibile attraverso lo sguardo osservante di un altro affettivamente significativo (la clinica psicoanalitica approfondisce di questa dinamica soprattutto l’aspetto simbolico).

Altre variabili investigate dalla duplice prospettiva del “non essere visti in viso” e del “non vedere in viso l’altro” in analisi sono state il sentimento di sicurezza e la facilità di accesso al proprio vissuto emotivo.

Anche il sentimento di sicurezza in terapia è stato meno influenzato del previsto dall’uso delle mascherine. Mostrarsi con la mascherina in seduta è stato indifferente rispetto al sentirsi più o meno sicuri per la maggior parte degli intervistati (il 63,1% dei pazienti e per il 68,8% dei terapeuti), più rassicurante per il 21,3% dei pazienti e il 13,8% dei terapeuti e più conturbante per il 15,6% dei pazienti e il 17,5% dei terapeuti. Ugualmente, la maggior parte degli intervistati ha considerato ininfluyente per il proprio sentimento di sicurezza in terapia non vedere l’intero viso dell’interlocutore (il 69,5% dei pazienti e il 61% dei terapeuti), mentre almeno un terzo delle persone si sentono più insicure (il 30,5% dei pazienti e il 37% dei terapeuti) e nessun paziente si è sentito rassicurato (dei terapeuti solo 3 su 159). L’aspetto interessante che emerge dall’analisi di queste risultanze è che quando, a causa delle mascherine, il sentimento di sicurezza, per alcune persone, viene meno, è più importante il fatto di non poter vedere interamente il volto dell’altro che non mostrare tutto il proprio e, quindi, per queste persone, è più importante l’acquisizione di informazioni complete dalla comunicazione non verbale dell’altro che non fornirne di proprie. Questo, secondo i dati, è vero in modo quasi esclusivo per i pazienti (probabilmente per un certo tipo di pazienti, quelli con personalità più bisognose di rassicurazione, ad esempio soggetti ansiosi o con tratti persecutori) ed è un elemento di cui i terapeuti devono tener conto quando impegnati con persone che soffrono più di altre, da questo punto di vista, l’uso delle mascherine nella relazione con i loro terapeuti³.

Notevoli anche i dati scaturiti dall’indagine sull’impatto delle mascherine sulla capacità delle persone di contattare il proprio vissuto emotivo sia quando, in seduta, non si esibisce interamente il proprio viso che quando non si vede interamente quello dell’altro. Per entrambe le condizioni indagate la maggior parte gli intervi-

3. Come dimostra l’analisi di questo dato, e come già detto, le variabili che in una ricerca come questa avrebbero potuto essere considerate per ogni *item* sono potenzialmente numerosissime (profili di personalità dei pazienti, anni di esperienza dei terapeuti, durata dei trattamenti al momento della rilevazione, tipologia psicologica, caratteristiche specifiche del setting, etc.). Si è consapevoli che la complessità dell’oggetto di studio di questa indagine non è sicuramente esauribile con gli elementi che si è scelto di esplorare, ma allargare troppo il campo di osservazione non avrebbe giovato, in questo ambito, alla creazione di sintesi efficaci. Il tentativo che si è fatto è stato, comunque, quello di individuare più aspetti possibili per creare spunti di riflessione a vantaggio dei clinici impegnati nel lavoro psicoterapeutico in questa epoca pandemica, anche al di là di quanto descritto in questo lavoro.

stati, con percentuali simili nei due gruppi, come per gli altri *items*, ha riferito di non aver registrato interferenze nel vivere le proprie emozioni indossando le mascherine in seduta: il 66% dei pazienti e il 60% dei terapeuti rispetto all'aver il viso semi-coperto e il 65% dei pazienti e il 54,4% dei terapeuti in riferimento al fatto che è semi-nascosto il volto dell'altro. È comunque consistente la quantità di intervistati che hanno dichiarato di sentire ostacolato questo livello di interazione con sé stessi: è meno facile riconoscere il proprio status emotivo in terapia per più di un quarto di pazienti (27,7%) e terapeuti (26,9%) a viso coperto e, ancor di più, per il 30,5% dei pazienti e per il 38,8% dei terapeuti in relazione al volto coperto dell'altro. Inaspettatamente, le percentuali inerenti a una maggiore facilità da parte delle persone di vivere le proprie emozioni nelle due diverse condizioni sono minime e statisticamente trascurabili: all'inizio dell'indagine si ipotizzava che le mascherine avrebbero potuto essere un fattore favorente a questo livello, soprattutto rispetto all'aver il proprio volto semi-coperto. Colpisce anche l'evidenza che le risposte date rispetto alle due diverse condizioni (essere visti/vedere) abbiano una distribuzione percentuale sovrapponibile (non si prevedeva che l'impatto delle mascherine fosse ugualmente importante nei due ambiti) e che il non vedere interamente il viso dell'altro sia così rilevante nella percezione che si ha del proprio mondo interno a livello emotivo. Questo dato mette in luce aspetti importanti della relazione analitica che fa della risonanza emotiva con l'altro un aspetto fondamentale. Infatti, contattare e riconoscere le proprie emozioni in rapporto all'altro è elemento essenziale sia per il paziente, come fattore di guarigione, che per il terapeuta, come strumento clinico. L'uso delle mascherine in terapia può alterare questa dimensione più di quanto si potesse immaginare prima di questa ricerca, probabilmente per l'impatto che ha a questo livello, oltre che la copertura parziale del proprio viso, anche quella del viso dell'interlocutore. Questo rilievo è di grande importanza per gli analisti che, per il loro modo di lavorare, sono abituati a tenere in grande considerazione la risonanza affettiva con i loro pazienti in termini controtransferali e che devono, perciò, in queste particolari condizioni di lavoro, tener conto di queste possibili alterazioni per sé e per gli altri.

C - Mascherine in analisi: interferenze cliniche

L'evidenza per cui l'uso di mascherine in terapia sia stata un evento meno perturbante di quanto si potesse immaginare preventivamente è confermata anche per quanto riguarda la percezione che le persone intervistate hanno avuto rispetto al loro impatto sull'efficacia dello scambio terapeutico tra paziente e analista: la grande maggioranza degli intervistati (il 68,1% dei terapeuti e il 64,1% dei pazienti) ha riferito che, per la loro esperienza, per uno scambio terapeutico efficace non è indispensabile avere l'intero viso scoperto. Secondo la rilevazione legata a questo *item*, crolla anche il mito degli occhi "specchio dell'anima" (Blais *et al.*, 2012): per uno scambio terapeutico efficace può bastare vedere esclusivamente gli occhi dell'interlocutore solo per il 12,1% dei pazienti e per 3,1% dei terapeuti. È evidente, in virtù di questo rilievo, come le informazioni desumibili dalla mimica della

parte inferiore del volto, nella percezione delle persone in analisi, sia più importante a scopo terapeutico di quelle derivate dallo sguardo dell'altro ma che comunque, nel complesso, entrambe sarebbero meno influenti, clinicamente parlando, di altri fattori in gioco.

Anche quando interrogati sul tipo di interferenza esercitata dalle mascherine in terapia, la maggior parte dei partecipanti allo studio (il 64,3% dei pazienti e il 52,8% dei terapeuti) ha risposto che, in base ai propri vissuti, stare in seduta con il volto parzialmente coperto non ha inciso sulla qualità del lavoro psicologico. Anche per questa variabile, però, si conferma il dato, statisticamente significativo ($P = 0,001$), di una maggiore interferenza percepita dai terapeuti e di una loro maggiore difficoltà: il 47,2% ha affermato che indossare mascherine in terapia limita il lavoro psicologico (vs. il 35% dei pazienti)⁴.

Coerentemente con questo trend, anche quando interrogati sul livello a cui agirebbe questa interferenza delle mascherine sulla terapia (*Item Q14*), la maggior parte del campione ha risposto che indossarele in seduta influenza più il livello sensoriale che non quello psicologico (70,9% dei pazienti e il 62,1% dei terapeuti): questo vuol dire che per molte persone il disturbo operato dalle mascherine è derivato più da fattori tipo meccanico e percettivo (come ad esempio, oltre il disturbo visivo, anche la difficoltà di sentire bene la voce dell'altro, il fastidio dovuto al contatto prolungato sulla pelle, l'eccesso di sudorazione, l'effetto sulla respirazione, etc.), che non da come hanno interferito a livello psichico. Il dato testimonia, ancora una volta, come sia molto diffuso il sentimento che la dimensione psicologica dell'incontro terapeutico rimanga consistentemente preservata nonostante la copertura parziale del viso. Anche in questo caso, i terapeuti differiscono significativamente dai pazienti ($P = 0,001$) nell'attribuire più importanza all'influenza delle mascherine sul piano psicologico (28,6% vs. 16,3%, + 12,3%).

D - Mascherine in analisi: la dimensione comunicativa

Anche l'indagine sull'effetto delle mascherine sugli aspetti comunicativi in terapia, oltre che confermare il sentimento di un loro impatto meno significativo di quanto attendibile a priori, ha dato altri esiti sorprendenti. Alla domanda se, secondo loro, nello stare in terapia con la mascherina si sentissero limitati nella comunicazione non verbale, contrariamente alle aspettative, la maggioranza delle persone

4. Anche in questo caso, si sono proposte delle mediazioni linguistico-concettuali: con l'espressione "scambio terapeutico" si è voluto alludere all'interazione tra paziente e terapeuta da un punto di vista che potesse comprendere aspetti comunicativi più complessi e profondi (inconsci), mentre con "lavoro psicologico" il riferimento voleva essere al complesso delle operazioni di pratica terapeutica ad un livello più immediato e cosciente. In ambedue i casi, l'indagine ha mostrato come la maggioranza degli intervistati ha considerato che l'impatto delle mascherine sia stato limitato: sembra però, in base ai dati, che gli aspetti più profondi e meno appariscenti (inconsci) della relazione terapeutica siano stati considerati più resilienti rispetto a quelli più appariscenti e consapevoli legati alla operatività analitica.

ha risposto “poco” o “per niente” (73,7% dei pazienti vs. 62,1% dei terapeuti). Questo dato segnala che, nello scambio terapeutico tra analista e paziente, la componente comunicativa non verbale legata alla mimica del volto potrebbe avere un’importanza meno consistente di quanto si potesse pensare prima di questa indagine e che l’interazione non verbale nella coppia analitica si basi anche su altri importanti presupposti. In questo senso, è suggestiva l’evidenza ricavata dalle risposte alla domanda se la perdita parziale della mimica del volto possa essere compensata dalla espressività corporea: in modo quasi sovrapponibile tra i due gruppi osservati, la maggioranza delle persone ha risposto “poco” o “per niente” (58,9% dei pazienti vs. 60,9% dei terapeuti). L’integrazione dei due risultati potrebbe riferirsi al fatto che, nei vissuti dei componenti delle coppie analitiche, l’espressività corporea e la mimica facciale siano solo una componente della comunicazione non verbale e che alla base di questa modalità di interazione, al di là della sua componente somatica o della consapevolezza che si ha di essa, ci possano essere altri fattori di natura inconscia. Questa lettura del dato sostiene, di fatto, una delle ipotesi portanti della tradizione psicoanalitica che ha sempre fatto della comunicazione inconscia su base “psichica” uno dei cardini caratteristici delle sue speculazioni teoriche e della sua pratica psicoterapeutica.

Non stupisce, e anzi conferma le previsioni della ricerca, il dato inerente alla limitazione della comunicazione verbale percepita in analisi con l’uso delle mascherine: solo una piccola minoranza di persone si è sentita “molto limitata” nel poter comunicare verbalmente con il suo interlocutore in seduta (l’11,3% dei pazienti e il 9,9% dei terapeuti), mentre per tutti gli altri la limitazione è stata poco o per nulla rilevante (l’88,6% dei pazienti e il 90% dei terapeuti). Era un dato atteso che va a integrare le evidenze già acquisite sul fatto che le terapie analitiche, in epoca pandemica, si siano potute svolgere in presenza nonostante l’alterazione percettiva imposta nel setting terapeutico dall’uso delle mascherine e che suggerisce, anche, come questo sia stato possibile perché si è potuto mantenere sufficientemente integro l’aspetto dialogico, verbale dell’incontro analitico.

E - Mascherine in analisi: la dimensione relazionale

Il riscontro statistico uniforme su quale sia stato l’impatto dell’uso delle mascherine in analisi sulla relazione terapeutica, per quanto inatteso, almeno nelle proporzioni, avvalorava ulteriormente l’interpretazione secondo cui le terapie analitiche abbiano dimostrato una eccellente resilienza ad un cambiamento di setting così improvviso e snaturante: comparando i risultati, infatti, si evince che, in ambedue i gruppi, per il 75% circa delle persone l’uso delle mascherine non condiziona la relazione terapeutica (per alcuni intervistati addirittura, seppur con basse percentuali, la rafforza: 4,3% dei pazienti e 3,1% dei terapeuti). Per molte persone la relazione terapeutica riesce quindi a strutturarsi e a mantenersi anche in condizioni avverse, come quelle imposte dalla pandemia in cui lo scambio non verbale è ridotto o alterato a causa della minore accessibilità della mimica facciale, mantenendo vive e vitali le chances terapeutiche di molte analisi.

Stesso discorso vale per come le coppie analitiche hanno vissuto l'effetto delle mascherine sul processo terapeutico. In questo caso il risultato è meno uniforme e con percentuali lievemente più basse ma di significato analogo al precedente: il 72,1% dei pazienti e il 65,8% dei terapeuti riferiscono che, a loro parere, il processo di cura, stando in seduta a volto semi-coperto, non subisce modificazioni. Evidentemente, a giudicare dalla sovrapposibilità dei risultati statistici, relazione terapeutica e processo terapeutico sono avvertiti e sperimentati dalle persone nelle loro esperienze analitiche, a prescindere dai loro ruoli nella diade terapeutica, come strettamente interdipendenti, che li si sia giudicati indenni o meno dall'interferenza delle mascherine in analisi. Questo dato potrebbe essere interpretato come argomento a sostegno dell'idea, alla base della psicoanalisi relazionale, che la relazione terapeutica sia strumento clinico essenziale che favorisce lo sviluppo e l'evoluzione del processo di cura in psicoterapia.

Alcune domande del questionario sono state concepite per individuare fattori che avrebbero potuto condizionare sia negativamente che positivamente la relazione analitica e il processo terapeutico in queste particolari condizioni. Alla domanda rivolta a pazienti che erano già in terapia prima dell'avvento delle mascherine nelle stanze di analisi e ai terapeuti se, secondo loro, aver già interagito in terapia a volto scoperto avesse contenuto gli effetti negativi dell'uso delle mascherine sulla relazione terapeutica, come era prevedibile, in virtù della loro conoscenza pregressa dell'interlocutore, la maggior parte degli intervistati ha risposto affermativamente attraverso la scelta delle opzioni "molto" e "abbastanza" (l'80% dei pazienti e l'84% dei terapeuti). Questo dato conferma le evidenze neuroscientifiche sul fatto che la percezione del volto sia elemento integrante della comunicazione inconscia, non verbale: le coppie analitiche che hanno già avuto esperienze relazionali "integre", a volto scoperto, evidentemente, costrette a fare a meno di questo aspetto comunicativo, non solo lo hanno identificato come fattore favorente la relazione terapeutica ma, conservandone memoria, gli hanno anche attribuito un valore protettivo. Una domanda analoga è stata rivolta a pazienti che hanno iniziato le loro terapie a pandemia in corso e hanno fatto esperienze analitiche usando sempre le mascherine e a terapeuti che hanno condotto terapie nelle medesime condizioni: è stato loro chiesto come aver svolto una terapia sempre a volto coperto abbia condizionato lo sviluppo della relazione analitica. La differenza di giudizio tra pazienti e terapeuti per questo *item* è molto chiara e statisticamente significativa ($P = 0,001$). Sorprendentemente, il 65,4% dei pazienti non riconosce alcun condizionamento della relazione terapeutica dovuto all'uso esclusivo di mascherine (vs. il 47,1% dei terapeuti; diff. -18,3%), mentre il 48,4% dei terapeuti ritiene che questa condizione esclusiva di privazione sensoriale abbia influenzato negativamente lo sviluppo della relazione analitica (vs. il 28,8% dei pazienti; diff. -19,6%). Anche in questo caso, il più estremo vista la quasi totale mancanza di conoscenza della mimica facciale completa dell'interlocutore, tutto sommato, appare evidente come la relazione terapeutica sia stata sentita sufficientemente preservata da molte persone e come essa appaia intrinsecamente strutturata per resistere a vari tipi di interferenze ambientali: è plausibile pensare che esistano diversi fattori che concorrono alla buona riuscita dell'interazione in analisi e che, in condizioni sfavorevoli, sia possibile

sopperire alla perdita di alcuni di essi grazie, probabilmente, all'esistenza di meccanismi di compenso (Fitousi, 2021; Ribeiro *et al.*, 2021). I terapeuti, come per altre aree investigate, tendono ad avere una visione più negativa dei pazienti, evidentemente per una serie di fattori già discussi e che anche qui si confermano (soprattutto di natura clinica, molto ostacolati dalla diminuzione/alterazione della comunicazione inconscia, non verbale), ma anche perché, in questo caso, possiedono una esperienza viva che a questi pazienti purtroppo manca: quella della pienezza dell'incontro in presenza.

Stesso tipo di indagine è stata condotta rispetto allo sviluppo del processo terapeutico. E anche in questo caso, anche se con percentuali inferiori agli *item* sulla relazione analitica, la maggior parte dei pazienti in terapia già prima della pandemia e dei terapeuti a cui si è chiesto se, secondo loro, aver già interagito in analisi a volto scoperto avesse contenuto gli effetti negativi dell'uso delle mascherine sul processo terapeutico, hanno risposto affermativamente attraverso la scelta delle opzioni "molto" e "abbastanza" (il 62,6% dei pazienti e il 73,6% dei terapeuti). L'aspetto interessante di questo dato è che anche il processo terapeutico in analisi è considerato sufficientemente salvaguardato da una conoscenza pregressa del volto dell'altro e da una precedente esperienza condivisa in presenza, e questo è un altro motivo di resilienza di molte terapie analitiche rispetto alla pandemia.

Stesso trend si è palesato quando si è chiesto che cosa pensassero di questo aspetto pazienti che hanno iniziato le loro terapie a pandemia in corso e hanno fatto esperienze analitiche usando sempre le mascherine e a terapeuti che hanno condotto terapie nelle medesime condizioni. Di nuovo, per questa categoria di intervistati, la differenza di giudizio tra pazienti e terapeuti si è rivelata statisticamente significativa ($P = 0,001$). Contrariamente a quanto si poteva immaginare, il 68,6% dei pazienti ha dichiarato che svolgere la terapia a volto coperto non ha condizionato lo sviluppo del processo terapeutico (vs. il 50,3% dei terapeuti; diff. -18,3%), mentre il 44,5% dei terapeuti ritiene che questa condizione abbia influenzato negativamente lo sviluppo del processo di cura (vs. il 29,4% dei pazienti; diff. -15,1%). Anche per quanto riguarda la differenza di opinione tra questa categoria di pazienti e terapeuti sulla compromissione del processo terapeutico dovuta all'uso di mascherine valgono le riflessioni già sviluppate prima. Quello che qui preme dire è che, persino per la maggior parte delle persone che non hanno ancora mai fatto una esperienza di analisi "completa", il sentimento è quello che il processo di cura rimanga sufficientemente indenne alle alterazioni imposte dall'uso delle mascherine, segno che anche l'impianto analitico si struttura, in molte situazioni, in modo da neutralizzare modificazioni potenzialmente molto dannose e renderle così meno disturbanti. In ottica relazionale, però, si può pensare che questo forse sia possibile perché, come evidenziato, la relazione terapeutica, per proprie qualità intrinseche, tende a riorganizzarsi efficacemente garantendo continuità e possibilità di sviluppo al processo di cura che ad essa è interconnesso.

Molto interessanti sono state anche le risposte alla domanda su come la relazione terapeutica abbia risentito dell'uso delle mascherine rispetto alle normali relazioni sociali. Nell'analisi delle risultanze emerge con chiarezza la complessità di questa specifica dimensione e il diverso modo di viverla e interpretarla delle per-

sone. Secondo il parere di almeno la metà degli intervistati, infatti, l'uso delle mascherine ha interferito sulla relazione tra paziente e terapeuta in analisi come su ogni altra relazione sociale (il 56% dei pazienti e il 51,9% dei terapeuti), testimoniando così di considerare la relazione analitica, in sintonia con l'idea di Jung e le teorie della psicologia relazionale, principalmente come un rapporto tra due persone assimilabile a ad ogni altro rapporto umano e per questo soggetto alle stesse influenze. Una quota inferiore, ma sempre consistente, di persone ha dichiarato che la relazione terapeutica risente, secondo i propri vissuti, più delle altre relazioni sociali dell'uso delle mascherine (il 24,8% dei pazienti e il 31,9% dei terapeuti): per queste persone, presumibilmente, la relazione analitica è qualcosa di diverso dalle altre relazioni umane, più complessa, delicata, contrariamente agli altri tipi di rapporto è finalizzata ad obiettivi precisi e, per questo, più facilmente alterabile e soggetta agli effetti negativi delle mascherine sulla comunicazione non verbale e su altre variabili dello stare in seduta. Alcuni hanno risposto invece che, per loro, la relazione terapeutica risente meno delle altre relazioni sociali dell'uso delle mascherine: queste persone sembrano considerare la relazione analitica un'area protetta, sicura, all'interno della quale le interferenze dovute al mondo esterno, o a nuove condizioni del setting, sono poco incisive e dove, evidentemente, gli effetti delle mascherine vengono schermati da qualche fattore protettivo che caratterizza questo tipo di rapporto (ad esempio, particolari dinamiche inconscie o capacità individuali di adattamento). Le variabili alla base di queste differenze di giudizio possono essere molteplici (tipologia psicologica, durata del trattamento, qualità della relazione analitica, fase di vita, modello teorico di riferimento del terapeuta, etc.); quello che qui sembra interessante, però, è l'analoga distribuzione statistica delle risposte di pazienti e terapeuti (le percentuali sono molto vicine tra loro). I terapeuti, infatti, che hanno indubbiamente più consapevolezza rispetto ai pazienti del significato teorico e del valore clinico della relazione terapeutica, quando sono chiamati a confrontarla con altre esperienze sociali, e a giudicarla riguardo alle modificazioni che subisce a causa di una influenza esterna (le mascherine), invece di rispondere in modo univoco – come sarebbe lecito aspettarsi in base alla loro specifica competenza “tecnica” – rispondono in modo sovrapponibile a quello dei pazienti, ovvero differenziando ampiamente i loro giudizi: questo rafforzerebbe l'assunto secondo cui la relazione analitica è essenzialmente una relazione personale, soggettiva, unica, non riproducibile e per questo non può essere definita in modo univoco neanche quando la si considera parte integrante di un sapere professionale e uno strumento tecnico di cura.

F - Pandemia e analisi: il setting (terapia in presenza con uso di mascherine vs. terapia online)

Nell'ambito della popolazione studiata si è rilevato che il 73,4% dei pazienti e l'87,6% dei terapeuti, durante la pandemia, ha fatto esperienza sia di terapia in presenza con uso di mascherine che di terapia online a viso scoperto. Aggregando i dati e includendo le persone che nello stesso periodo hanno effettuato terapia

esclusivamente online, le percentuali salgono ancora e risulta che quasi l'80% dei pazienti e oltre il 90% dei terapeuti hanno sperimentato questo tipo di pratica, testimoniando quanto, per motivi comprensibilmente legati al rischio infettivo tutt'ora in corso, si sia diffusa negli ultimi due anni.

Il dibattito sulle psicoterapie online è questione annosa e molto controversa nei differenti ambiti psicoterapeutici, con posizioni molto diverse da parte dei ricercatori e molte argomentazioni pro e contro.

Ad esempio, nell'ambito specifico della psicologia analitica, in epoca pre-pandemica, Merchant (2016) afferma che «*a genuine Jungian process is possible using Skype*» (p. 321) e che «*there is ample and accruing evidence that transference, unconscious communication, countertransference (even of a somatic nature) and synchronicities can occur with Skype*» (p. 322).

Al contrario, Roesler (2017) ha espresso una posizione critica argomentando diffusamente come in «*technologically mediated interactions the transformative qualities of the therapeutic (transference-countertransference) relationship*» possano essere minate rispetto alla interazione *face to face* soprattutto perché «*unconscious, nonverbal cues get lost*».

Durante la pandemia la pratica psicoterapeutica online si è ancor più diffusa rispetto al passato, soprattutto durante i *lockdown* adottati in vari paesi, rappresentando per molte coppie analitiche l'unica possibilità di non interrompere il trattamento. La ricerca ha sfruttato queste particolari condizioni per studiare ulteriormente, e con dati più consistenti, le implicazioni legate a questa pratica e ha cominciato a produrre diversi studi a riguardo. La novità importante di questi studi più recenti, rispetto al quelli prodotti in epoca pre-pandemica, è che mentre quelli precedenti analizzavano dati ricavati da rilevazioni fatte su gruppi di persone che avevano scelto la terapia online come opzione possibile in un ventaglio di ipotesi, quelli effettuati in pandemia hanno potuto valutare una serie di variabili legate all'uso obbligato di questa pratica come unica opzione possibile per mantenere la continuità terapeutica in una situazione critica di emergenza sanitaria (ad esempio, in caso di *lockdown*, quarantene, periodi sorveglianza sanitaria attiva per uno dei componenti la coppia analitica, decisione condivisa delle coppie analitiche di praticare il distanziamento per eliminare i rischi infettivi legati alla copresenza in stanza di analisi, etc.). In linea con questa idea è il fatto che Békés e Aafjes-van Doorn (2020) in uno studio con 145 psicoterapeuti, all'inizio della pandemia, hanno appurato come quelli che riportavano esperienze positive con la telepsicoterapia in epoca pre-pandemica, e identificati come terapeuti cognitivo-comportamentali, avevano atteggiamenti più positivi verso la terapia online di quelli a orientamento psicodinamico. Da questa osservazione si potrebbe inferire anche, come osservato da molti su base teorico-concettuale, che gli psicoterapeuti a orientamento psicodinamico si trovino maggiormente in difficoltà con le terapie online rispetto a quelli con altri modelli terapeutici a causa delle variabili più complesse legate alla loro considerazione clinica delle dinamiche inconsce nella relazione terapeutica.

Humer *et al.* (2020), a loro volta, hanno intervistato 338 psicoterapeuti che hanno fatto psicoterapia sia in presenza che online rilevando, in linea con quanto rilevato da Békés e Aafjes-van Doorn (2020), che sebbene la *face to face psy-*

chotherapy fosse diminuita e la terapia online aumentata, la terapia in presenza rimaneva il metodo preferito nonostante il Covid-19.

Aafjes-van Doorn *et al.* (2020) hanno, invece, investigato la percezione che 141 psicoterapeuti hanno avuto della relazione terapeutica in telepsicoterapia a confronto con la precedente terapia *in-person* e hanno registrato come, nonostante le difficoltà, i loro pazienti avevano avuto delle esperienze relativamente buone e la relazione si era mantenuta relativamente *strong real*, similmente ai livelli riportati per la terapia in presenza.

Anche in questo caso, però, il limite di questo tipo di studi sulla relazione paziente/terapeuta è che la rilevazione dei dati e la loro conseguente interpretazione è fatta sulla base di inferenze unilaterali fatte da uno solo dei protagonisti della coppia analitica.

La particolarità di questo nostro studio, come già detto, anche per questa questione così dibattuta, è quella di avere rilevato informazioni direttamente dai pazienti in analisi, senza doverle derivare dalle opinioni di chi li aveva in cura, e di poterle poi confrontare con quelle espresse dai terapeuti. La variabile ulteriore inserita nella ricerca riguardo alla terapia online è stata, rispetto ad altri studi, quella di confrontarla con la terapia in presenza con uso di mascherine in modo da ricercare ulteriori informazioni sulla natura di questo tipo di setting a distanza.

Alla domanda su quale tipo di setting preferiscano le persone che abbiano avuto sia esperienza di terapia online (dove, ovviamente, il volto rimane scoperto) che di terapia in presenza con mascherina, la grande maggioranza delle persone ha risposto di preferire la terapia in presenza con le mascherine indosso (l'86,4% dei pazienti e il 74,2% dei terapeuti). Statisticamente significativa è risultata essere la differenza tra i due gruppi ($P = 0,001$) e impressiona il fatto che ben il 14,6% dei terapeuti abbia riferito di preferire la terapia online (vs. solo il 3,6% dei pazienti, +11%). Se poi a questo dato si aggiungono i terapeuti che hanno risposto di non trovare differenze tra le due pratiche e di non avere preferenze (e quindi di considerarle equivalenti), la discrepanza tra i due gruppi diventa ancora più eclatante (poco più di un quarto dei terapeuti 25,9% vs. il 13,6% dei pazienti, +12,3%). Il dato della netta preferenza espressa dagli intervistati per la terapia in presenza è già di per sé una forte testimonianza a favore di quelli che ritengono questo tipo di setting tradizionale, centrato sulla copresenza di paziente e analista in uno stesso spazio fisico, quello più idoneo alle cure analitiche. Se a questo si aggiunge poi che le persone coinvolte nello studio hanno espresso questa predilezione nonostante la deprivazione percettiva imposta dalle mascherine, con tutte le obiettive conseguenze negative già evidenziate, rifiutando la terapia a distanza (dove, peraltro, avrebbero recuperato la visione dell'intero volto dei loro interlocutori), il dato è ancora più eclatante e convincente. È evidente come questa epoca pandemica, a causa della conversione obbligata di tante terapie in presenza a setting online, sia stata fonte di esperienze tali per cui le coppie analitiche hanno potuto contattare una serie di vissuti relativi alle terapie online ai quali prima non si era avuto accesso. Interessante, a riguardo, quanto descritto da Di Giuseppe e Martini (2020), i quali hanno sottolineato come il passaggio spesso repentino e inaspettato a un setting online sia stato un momento critico di ogni psicoterapia, che ha costretto la coppia analitica

all'abbandono delle consuete coordinate terapeutiche ed ha esposto pazienti e terapeuti a dinamiche di natura regressiva a causa della "iniziale e inevitabile incertezza nella ridefinizione del setting".

Questi dati sembrano difformi, almeno quantitativamente, da quanto concluso da Békés (2020), il quale, intervistando 190 psicoterapeuti a orientamento psicoanalitico, ha rilevato che, mentre in epoca pre-pandemica percepivano la terapia online meno efficace, durante la pandemia hanno riportato che la telepsicoterapia può essere efficace come la cura in presenza.

Resta comunque il fatto che una quota statisticamente significativa di terapeuti rispetto ai pazienti abbia espresso una preferenza per la terapia online. Questa scelta sembra non in sintonia con i rilievi di questo studio, con diverse evidenze empiriche già acquisite e con molte valide argomentazioni di natura teorico-clinica che testimoniano come la terapia in presenza sia da preferire alla terapia online che, per molti (Di Giuseppe e Martini, 2020, p. 91), pur rimanendo una valida alternativa possibile grazie alle tecnologie disponibili, dovrebbe essere comunque considerata una modalità di seconda scelta e praticata solo in situazioni particolari. I motivi per cui alcuni analisti hanno espresso questa propensione possono essere tanti: in questo studio, che però investiga questa questione solo in relazione all'uso delle mascherine in terapia, e quindi solo in relazione alle condizioni eccezionali legate alla pandemia, si evince che questo potrebbe essere addotto alla maggiore difficoltà di gestione clinica del setting imposta ai terapeuti (aspetti che non coinvolgono i pazienti) e alla maggiore fatica che essi fanno nel condurre le terapie in presenza. Shklarski *et al.* (2021) hanno individuato altri fattori legati a questa scelta dei terapeuti come, ad esempio, l'atteggiamento positivo verso la pratica terapeutica online, il considerarla di efficacia sovrapponibile alla terapia in presenza, la mancanza di un vaccino efficace, la buona soddisfazione dei propri pazienti, la possibilità di ottenere il rimborso assicurativo per questo tipo di prestazioni, atteggiamenti negativi verso le mascherine in seduta. Quali che siano le motivazioni degli analisti per prediligere la terapia online, la sensazione è che poche di esse, anche alla luce di questo studio, siano sufficientemente convincenti per argomentare che questa sia un'opzione praticabile in luogo della terapia in presenza, almeno come prima istanza. Una riflessione accurata sulla scelta del setting più opportuno potrà tener conto dei nuovi elementi empirici forniti dalla ricerca in questi ultimi due anni, per agevolare la consapevolezza dei terapeuti su quelle che sono le dinamiche sottostanti le loro scelte e le richieste dei pazienti ed evitare decisioni condizionate più da fattori personali che da esigenze di clinica psicoanalitica.

Esperienze terapeutiche degli analisti a confronto

La comparazione statistica effettuata tra le risposte date nei questionari dai terapeuti, suddivisi in base al loro diverso orientamento dinamico, è risultata significativa solo per 2 *items* su 33. Questo risultato non ha permesso di evidenziare alcuna tendenza specifica su come i terapeuti abbiano vis-

suto l'esperienza delle mascherine in analisi in rapporto al loro modello teorico-clinico di riferimento. Considerato che un focus principale di questa ricerca era anche quello di cercare di ricavare informazioni sulle qualità intrinseche della relazione terapeutica, questo dato è di notevole importanza.

A giudicare da questi risultati sembra infatti che le variazioni di setting dovute all'uso di mascherine in seduta abbiano impattato più o meno in egual modo sui vissuti e sul lavoro dei terapeuti di vario orientamento, testimoniando come, indipendentemente dai modelli cui ci si ispira come terapeuti, stare insieme ai pazienti, uno di fronte all'altro, sia un'esperienza umana, unica, non stereotipabile, che poco ha a che fare con particolari teorie psicologiche o specifiche tecniche analitiche. Coerentemente con quanto rilevato in questa ricerca, l'indagine estesa a questi diversi gruppi di terapeuti conferma come, per le variabili osservate, in virtù delle molte similitudini percepite ed espresse dagli intervistati, la dimensione relazionale è elemento comune, anche quando non pienamente consapevole, di molte analisi. In questo senso, la relazione terapeutica dimostra di essere, anche più di quanto si pensi o di quanto la si consideri strumento clinico nel bagaglio tecnico dell'analista, principio sottostante l'agire psicoanalitico e, forse, matrice di ogni analisi. Molto calzanti a riguardo le parole di Jung: «[...] il terapeuta deve [...] rinunciare a tutte le sue tecniche, a tutti i suoi presupposti, limitandosi a un procedimento puramente dialettico, e cioè a un atteggiamento che eviti qualsivoglia metodo» (1935, p. 9).

Conclusioni

La ricerca in psicoterapia pone ben noti problemi rispetto alla possibilità di standardizzare le osservazioni e i rilievi poiché è un ambito in cui l'elemento soggettivo è strutturale al campo di osservazione e le variabili sono potenzialmente infinite e sempre poliedriche. Nella consapevolezza dei limiti intrinseci a questa attività e, ancor di più, di quelli di questa ricerca, si riconosce l'impossibilità di generalizzare troppo i risultati ottenuti. Molte altre variabili avrebbero dovuto essere integrate e non è escluso che lo si possa fare in ricerche successive, anche alla luce di studi specifici e mirati, per valutare ulteriormente l'effetto a lungo termine di una tale deprivazione continuativa. Si ritiene comunque, in questa indagine "a maglie larghe", di aver trovato delle indicazioni di una certa rilevanza e interesse.

In contrasto con quanto rilevato in alcuni studi sull'effetto negativo dell'uso di mascherine facciali sulla comunicazione umana e, di conseguenza, sui vissuti delle persone e sulle relazioni sociali, in questa ricerca l'impatto delle mascherine, in quel luogo speciale che è la stanza di analisi

e per quella specifica interazione che è la relazione analitica, è sembrato essere un evento senz'altro significativo ma molto meno influente di quanto ci si potesse attendere.

Molte persone impegnate in analisi, terapeuti e pazienti, hanno riferito di non aver subito grandi sconvolgimenti da questo cambiamento di setting per il quale, oggettivamente, sono stati sottoposti a una limitazione della percezione visiva e a una conseguente limitazione della comunicazione non verbale. Questa "resilienza" potrebbe dipendere da molti fattori ma l'impressione è che tra i principali ci sia la relazione terapeutica che, con le sue proprietà intrinseche di rapporto umano, è elemento protettivo che mette al riparo la diade analitica da influenze ambientali sfavorevoli garantendo, per questo, migliori prospettive di cura per le persone.

La buona qualità della relazione terapeutica si conferma, in questa ricerca, in accordo con l'approccio relazionale, come fattore clinico essenziale dell'analisi poiché favorisce lo sviluppo e l'evoluzione del processo di cura con cui è strettamente interconnessa.

Valide conferme sulla natura della relazione terapeutica sono arrivate dalla comparazione dei dati statistici di pazienti e terapeuti. È apparsa evidente una notevole differenza tra i vissuti dei due gruppi che ribadisce come, nella stanza di analisi, questo rapporto così speciale si definisca diversamente a seconda del livello di interazione da cui si osserva (coscious o inconscious) e su ruoli che, seppure complementari, debbono considerarsi comunque asimmetrici: infatti, se a livello inconscious possiamo considerare la relazione tra paziente e analista assolutamente reciproca e bilanciata, in ambito coscious si riafferma il principio per cui il ruolo del terapeuta è quello di chi conduce il trattamento da una posizione di asimmetria con il paziente sancita dalle responsabilità del suo ruolo, dal suo livello di consapevolezza e dalle sue competenze. Questo rilievo è molto importante poiché chiarisce che l'analisi non è un metodo di cura sbilanciato verso la dimensione inconscia, tutt'altro, e perché richiama ogni terapeuta a riconoscere la centralità del suo ruolo in analisi. Venir meno a questa consapevolezza è un vero rischio professionale, come Jung sottolinea in questo estratto: «Naturalmente bisogna supporre che il medico abbia maggiore possibilità del paziente di prendere coscienza dei contenuti costellati, altrimenti l'uno e l'altro cadrebbero prigionieri della stessa incoscienza» (1946, trad. it. 1981, p. 188).

La diminuita percezione del volto, osservata nell'ottica dell'incontro analitico, è un considerevole fattore di stress relazionale per l'alterazione prodotta sulla comunicazione inconscia, non verbale, come testimoniato dai giudizi dei terapeuti e dalla comparazione fatta tra chi ha iniziato la terapia prima della pandemia e chi dopo o durante, ma il suo impatto è stato co-

munque contenuto. Questo probabilmente è stato possibile perché, come indicato dai più recenti contributi neuro-scientifici, il riconoscimento visivo è ostacolato dalle mascherine solo per la parte inferiore del volto (le informazioni legate alla mimica facciale della parte superiore passano comunque). Dall'osservazione dei dati di questo studio, però, è possibile ipotizzare anche che questo avvenga perché la comunicazione inconscia, uno degli strumenti clinici caratteristici dell'analisi e più controversi in ambito scientifico, ma funzione ormai pienamente riconosciuta grazie anche all'autorevole contributo delle neuroscienze, è, in realtà, così essenziale per la sopravvivenza umana che si struttura, in accordo con alcune osservazioni presenti in letteratura, su una serie di sistemi neuro-psicologici capaci anche di metterla in sicurezza grazie all'attivazione di meccanismi di compenso e di strategie adattative (Fitousi, 2021; Ribeiro *et al.* 2021, p. 11).

Questo studio evidenzia anche come la visione, in analisi, non sia solo un fatto percettivo e comunicativo ma anche psicologico, sostenendo con forza un'altra delle peculiarità dell'impianto analitico: la dimensione simbolica. Il rilievo secondo cui per una persona vedere il viso dell'altro sia importante quanto il sentimento che l'altro veda il proprio è di notevole rilevanza: conferma che se percepire, riconoscere e comprendere l'altro è una necessità che favorisce l'adattamento al mondo esterno, anche essere percepiti, riconosciuti e compresi, come già noto grazie alle osservazioni dell'*infant research* e agli insegnamenti della psicologia evolutiva, è un bisogno profondo che definisce il mondo interno strutturando l'identità e ancorando lo sviluppo della personalità. È questa una conferma importante di un'idea da sempre peculiare dell'agire psicoanalitico, che sull'empatia e l'assunzione simbolica delle variabili relazionali sviluppa un modello clinico sempre vivo ed efficace.

Evidenze utili si sono avute anche sul setting analitico grazie ai dati sulla terapia online messa a confronto con la terapia in presenza con uso di mascherine. In base a questo studio, la copresenza nella stanza di analisi appare come requisito fondamentale di un percorso analitico per la maggior parte delle persone intervistate, confermando l'opinione di chi valuta questo tipo di setting come quello più idoneo ai trattamenti analitici e che considera la terapia online una valida alternativa, anche se di seconda scelta, quando ci siano condizioni che non consentono a paziente e analista di incontrarsi di persona (Di Giuseppe e Martini, 2020).

In conclusione, è stato molto significativo verificare come in una ricerca in cui molte variabili studiate sono attinenti alla relazione terapeutica non è stato possibile rintracciare tendenze che differenzino i vissuti di terapeuti che si ispirano a orientamenti dinamici differenti. Se si assume un punto di vista relazionale, quindi, l'umanità che caratterizza la relazione terapeutica

è un elemento importante per ogni cura analitica al pari di qualsiasi modello teorico-tecnico. La valorizzazione degli aspetti relazionali in terapia è una pratica di cui un analista deve, evidentemente, tenere conto per poter attuare al meglio la sua funzione e garantire delle buone cure e, per far questo, deve sviluppare competenze specifiche. Jung lo sottolinea spesso, come quando scrive che: «Perché la malattia sia oggettivamente compresa e perché si crei un rapporto umano tra terapeuta e paziente, è necessario il sapere, non un sapere puramente medico [...] bensì una vasta conoscenza di tutti gli aspetti dell'anima umana» (1921, trad. it. 1981, p. 147).

La psicologia analitica ha nelle sue corde naturali, grazie alle intuizioni pionieristiche di Jung, una visione relazionale dell'analisi e, proprio per questo, non stupisce il fatto che oggi questo tipo di approccio sia uno dei più praticati e studiati in questo ambito.

Bibliografia

- Aafjes-van Doorn K., Békés V., Prout T.A. (2020). Grappling with our therapeutic relationship and professional self-doubt during COVID-19: Will we use video therapy again? *Counseling Psychology Quarterly*, 34: 473-484. DOI: 10.1080/09515070.2020.1773404.
- Adolphs R. (2002). Recognizing emotion from facial expressions: psychological and neurological mechanisms. *Behav. Cogn. Neurosci. Rev.*, 1: 21-62. DOI: 10.1177/1534582302001001003.
- Arghya P., Prashant G., Arpit P., Pawan S. (2020). "Masking" of the mental state: Unintended consequences of personal protective equipment (PPE) on psychiatric clinical practice. *Psychiatry Research*, 290. DOI: 10.1016/j.psychres.2020.113178.
- Békés V., Aafjes-van Doorn K. (2020). Psychotherapists' attitudes toward online therapy during the COVID-19 pandemic. *Journal of Psychotherapy Integration*, 30, 2: 238-247. DOI: 10.1037/int0000214.
- Békés V., Aafjes-van Doorn K., Prout T.A., Hoffman L. (2020). Stretching the analytic frame: Analytic therapists' experiences with remote therapy during COVID-19. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 68, 3: 437-446. DOI: 10.1177/003065120939298.
- Blais C., Roy C., Fiset D., Arguin M., Gosselin F. (2012). The eyes are not the window to basic emotions. *Neuropsychologia*, 50: 2830-2838. DOI: 10.1016/j.neuropsychologia.2012.08.010.
- Bruce V., Young A. (1986). Understanding face recognition. *British Journal Psychology*, 77: 305-327. DOI: 10.1111/j.2044-8295.1986.tb02199.x.
- Calbi M., Langiulli N., Ferroni F., Montalti M., Kolesnikov A., Gallese V., Umiltà M.A. (2021). The consequences of covid-19 on social interactions: an online study on face covering. *Sci. Rep.*, 11. DOI: 10.1038/s41598-021-81780-w.
- Carbon C.C. (2020). Wearing facemasks strongly confuses counterparts in reading emotions. *Front. Psychol.*, 11. DOI: 10.3389/fpsyg.2020.566886.
- Carragher D.J., Hancock P.J.B. (2020). Surgical face masks impair human face matching performance for familiar and unfamiliar faces. *Cogn. Research*, 5: 59. DOI: 10.1186/s41235-020-00258-x.

- Colman W. (2013). Bringing it all back home: how I became a relational analyst. *Journal of Analytical Psychology*, 58, 4: 470-459. DOI: 10.1111/1468-5922.12028.
- Di Giuseppe B., Martini S. (2020). Il lockdown e l'“Upside Down”. Potenzialità e rischi della psicoterapia on line al tempo del coronavirus. *Psicobiettivo*, 2: 81-94. DOI: 10.3280/PSOB2020-002007.
- Dimberg U., Andréasson P., Thunberg M. (2011). Emotional empathy and facial reactions to facial expressions. *Journal of Psychophysiology*, 25: 26-31. DOI: 10.1027/0269-8803/a000029.
- Fitoussi D., Rotschild N., Pnini C., Azizi O. (2021). Understanding the Impact of Face Masks on the Processing of Facial Identity, Emotion, Age, and Gender. *Front. Psychol.*, 12. DOI: 10.3389/fpsyg.2021.743793.
- Giorgi L. (2021). Not a political statement: Psychoanalytic notes on the measures to fight the pandemic and the responses to them. *International Journal of Applied Psychoanalytic Studies*, 18, 2: 224-231. DOI: 10.1002/aps.1700.
- Grundmann F., Epstude K., Scheibe S. (2021). Face masks reduce emotion-recognition accuracy and perceived closeness. *PLOS ONE*, 16, 4. DOI: 10.1371/journal.pone.0249792.
- Haxby J.V., Hoffman E.A., Gobbini M.I. (2000). The distributed human neural system for face perception. *Trends Cogn. Sci.*, 4: 223-233. DOI: 10.1016/s1364-6613(00)01482-0.
- Hess U., Fischer A. (2013). Emotional mimicry asocial regulation. *Personal. Soc. Psychol. Rev.*, 17: 142-157. DOI: 10.1177/1088868312472607.
- Humer E., Pieh C., Kuska M., Barke A., Doering B.K., Gossmann K., Probst T. (2020). Provision of psychotherapy during the COVID-19 pandemic among Czech, German and Slovak psychotherapists. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 13: 4811. DOI: 10.3390/ijerph17134811.
- Jung C.G. (1921). Der therapeutische Wert des Abreagierens (trad. it.: Il valore terapeutico dell'abreazione. In: *Opere*, vol. 16. Torino: Boringhieri, 1981).
- Jung C.G. (1928). Analytische Psychologie und Weltanschauung (trad. it.: Psicoterapia analitica e concezione del mondo. In: *Opere*, vol. 8. Torino: Boringhieri, 1976).
- Jung C.G. (1929). Die Probleme der modernen Psychotherapie (trad. it.: Problemi della psicoterapia moderna. In: *Opere*, vol. 16. Torino: Boringhieri, 1981).
- Jung C.G. (1934). Zur gegenwärtigen Lage der Psychotherapie (trad. it.: Situazione attuale della psicoterapia. In: *Opere*, vol. 10. Torino: Boringhieri, 1985).
- Jung C.G. (1935). Grundsätzliches zur praktischen Psychotherapie (trad. it.: Principi di psicoterapia pratica. In: *Opere*, vol. 16. Torino: Boringhieri, 1981).
- Jung C.G. (1946). Die Psychologie der Übertragung (trad. it.: Psicologia della traslazione. In: *Opere*, vol. 16. Torino: Boringhieri, 1981).
- Kastendieck T., Zillmer S., Hess U. (2021). (Un)mask your-self! Effects of face masks on facial mimicry and emotion perception during the COVID-19 pandemic. *Cogn. Emotion*, 36: 59-69. DOI: 10.1080/02699931.2021.1950639.
- Marini M., Ansani A., Paglieri F., Caruana F., Viola M. (2021). The impact of facemasks on emotion recognition, trust attribution and re-identification. *Scientific Reports*, 11: 5577. DOI: 10.1038/s41598-021-84806-5.
- Marler H., Ditton A. (2021). “I’m smiling back at you”: exploring the impact of mask wearing on communication in healthcare. *Int. J. Lang. Commun. Disord.*, 56: 205-214. DOI: 10.1111/1460-6984.12578.
- Merchant J. (2016). The use of Skype in analysis and training: a research and literature review. *Journal of Analytical Psychology*, 61, 3: 309-328. DOI: 10.1111/1468-5922.12224.
- Olivera-LaRosa A., Chuquichambi E.G., Ingram G.P.D. (2020). Keep your (social) distance: pathogen concerns and social perception in the time of COVID-19. *Pers. Individ. Dif.*, 166. DOI: 10.1016/j.paid.2020.110200.

- Oosterhof N.N., Todorov A. (2009). Shared perceptual basis of emotional expressions and trustworthiness impressions from faces. *Emotion*, 9: 128-133. DOI: 10.1037/a0014520.
- Oruc I., Balas B., Landy M.S. (2019). Face perception: A brief journey through recent discoveries and current directions. *Vision Research*, 157: 1-9. DOI: 10.1016/j.visres.2019.06.005.
- Palagi E., Celegghin A., Tamiotto M., Winkielman P., Norscia I. (2020). The neuroethology of spontaneous mimicry and emotional contagion in human and non-human animals. *Neurosci. Biobehav. Rev.*, 111: 149-165. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2020.01.020.
- Ribeiro E., Ferreira A., Cardoso C., Queiroz R., Silva V. (2021). Face-to-Face Clinical Practice under Covid-19 Pandemic: How Psychotherapists Describe Their Experiences. *Front. Psychol.*, 12. DOI: 10.3389/fpsyg.2021.726439.
- Roberson D., Kikutani M., Döge P., Whitaker L., Majid A. (2012). Shades of emotion: What the addition of sunglasses or masks to faces reveals about the development of facial expression processing. *Cognition*, 125: 195-206. DOI: 10.1016/j.cognition.2012.06.018.
- Robinson K., Blais C., Duncan J., Forget H., Fiset D. (2014). The dual nature of the human face: There is a little jekyll and a little hyde in all of us. *Frontiers in Psychology*, 5: 139. DOI: 10.3389/fpsyg.2014.00139.
- Rösler C. (2017). Tele-analysis: the use of media technology in psychotherapy and its impact on the therapeutic relationship. *Journal of Analytical Psychology*, 62, 3: 372-394. DOI: 10.1111/1468-5922.12317.
- Saunders G.H., Jackson I.R., Visram A.S. (2020). Impact of face coverings on communication: an indirect impact of COVID-19. *International Journal of Audiology*, 60, 7: 495-506. DOI: 10.1080/14992027.2020.1851401.
- Sedgwick D. (2014). *Jung as pioneer of relational analysis*. Paper presented in March 2012 at the 10th Anniversary Conference on the International Association for Relational Psychotherapy and Psychoanalysis (IARPP) in New York: <https://www.nwaps.org/sites/default/files/Jung%20as%20a%20Pioneer%20of%20Relational%20Analysis.pdf>.
- Tramacere A., Ferrari P.F. (2016). Faces in the mirror, from the neuroscience of mimicry to the emergence of mentalizing. *J. Anthropol. Sci.*, 94: 113-126. DOI: 10.4436/JASS.94037.
- Vainshelboim B. (2020). Facemasks in the COVID-19 era: a health hypothesis. *Med. Hypotheses*, 146. DOI: 10.1016/j.mehy.2020.110411.
- Wegrzyn M., Vogt M., Kireclioglu B., Schneider J., Kissler J. (2017). Mapping the emotional face. How individual face parts contribute to successful emotion recognition. *PLOS ONE*, 12. DOI: 10.1371/journal.pone.0177239.
- Wieckowski A.T., Flynn L.T., Richey J.A., Gracanin D., White S.W. (2020). Measuring change in facial emotion recognition in individuals with autism spectrum disorder: A systematic review. *Autism*, 24, 7: 1607-1628. DOI: 10.1177/1362361320925334.
- Yi H., Pingsterhaus A., Song W. (2021). Effects of wearing face masks while using different speaking styles in noise on speech intelligibility during the COVID-19 pandemic. *Frontiers in Psychology*, 12. DOI: 10.3389/fpsyg.2021.682677.