

58

Luglio-Dicembre 2023



RIVISTA SEMESTRALE
DELL'ASSOCIAZIONE
ITALIANA DI PSICOLOGIA
ANALITICA

STUDI JUNGHIANI

C. G. Jung

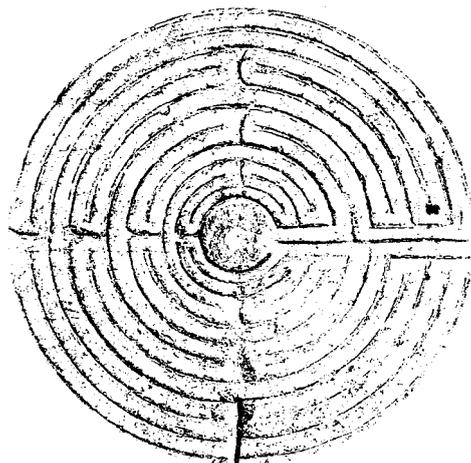
FrancoAngeli

This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: <http://creativecommons.org>

Copyright © FrancoAngeli

This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: <http://creativecommons.org>

STUDI JUNGHIANI



FrancoAngeli 

Copyright © FrancoAngeli
This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: <http://creativecommons.org>

Direttore: Filippo Strumia

Comitato Direttivo: Filippo Strumia (Presidente), Salvatore Martini, Giampietro Loggi, Gerardina Papa, Emanuela Pasquarelli (coordinatore del CdR)

Comitato di Redazione: Cristina Brunialti – Giancarlo Costanza – Valentino Franchitti – Maria Gloria Gleijeses – Costanza Jesurum – Silvana Lucariello – Anna Mendicini – Emanuela Pasquarelli – Barbara Persico – Cesare Tarquini Guetti – Manuela Tartari

Editing: Francesca Giuli

E-mail redazionale: info@aipa.info

Indirizzo sito web Aipa: <http://www.aipa.info>

Autorizzazione n. 545 dell'11-9-1998 del Tribunale di Milano – Direttore responsabile Filippo Strumia – Semestrale – Poste Italiane Spa – Sped. in abb. post. – D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 1, DCB Milano – Copyright © 2023 by Franco Angeli s.r.l. – Stampa: GECA SRL, Via Monferrato 54, 20098 San Giuliano Milanese MI

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore ed è pubblicata in versione digitale con licenza Creative Commons Attribuzione-Non Commerciale-Non opere derivate 4.0 Italia (CC-BY-NC-ND 4.0 IT)

L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/it/legalcode>

II semestre 2023 – Finito di stampare nel mese di dicembre 2023

Copyright © FrancoAngeli

This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial - No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: <http://creativecommons.org>

Sommario, vol. 29, n. 2, 2023

Editoriale, a cura del *Comitato di Redazione* pag. 5

Articoli

Le rappresentazioni della relazionalità terapeutica fra tempo e destino, di *Concetto Gullotta* » 9

Esperienza analitica e realtà virtuale, di *Fabrizio Alfani* » 22

La storia di L.: riflessioni sul concetto junghiano di sincronicità, di *Cristina Brunialti* » 41

L'uso delle mascherine in analisi: relazione terapeutica e terapia online al tempo della pandemia di Covid-19, di *Riccardo Daniele Pecora* » 59

La ricerca clinico-empirica sulle narrazioni oniriche: un paradigma complesso come “nuova pratica analitica”, di *Patrizia Peresso e Chiara Rogora* » 87

Copyright © FrancoAngeli

This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: <http://creativecommons.org>

A cura del Comitato di Redazione

Le trasformazioni del mondo contemporaneo, l'emergere di diverse fenomenologie cliniche e l'utilizzo di nuovi strumenti di comunicazione impongono la necessità di ripensare il nostro modello di cura. Nell'era digitale, gli scambi e le contaminazioni sono aumentati così come il passaggio di informazioni, sempre accessibili e disponibili velocemente.

Viviamo nella società dell'iperconnessione, dei *like*, dell'assenza di confini, dell'impazienza, della semplificazione e della fretta, mentre sappiamo bene che la realtà è molto più complessa, lenta e difficile da gestire rispetto alla tecnologia. Viviamo nel controllo continuo di cosa ci stiamo perdendo quando non siamo connessi, attratti da cosa sta succedendo nel mondo virtuale dove prevale l'esteriorità, il successo e la performance: "*onlife*", in una condizione definita "*always on*", nella quale il nostro cervello è in un continuo stato di ipervigilanza.

Tutto questo richiama tante riflessioni.

Il vertiginoso aumento del disagio, soprattutto in età giovanile, rende urgente tornare a riflettere sull'importanza del nostro lavoro e della pratica analitica.

Riflettiamo sull'ansia e sugli attacchi di panico, sulla perdita del desiderio e dell'interesse per la sessualità, sul bisogno dello "sguardo" continuo dell'altro per sentire di esistere, sulla paranoia, sulla fuga dall'intimità del corpo e la pericolosa distanza dalle emozioni.

Riflettiamo sulla rinuncia alla realtà, forse perché l'umano non può sopportarne troppa, ma anche sulla violenza del sintomo, che a volte arriva impetuoso a ricordarci che abbiamo una psiche e un corpo che hanno bisogno di altro, spettatori di un conflitto tra virtuale e reale, tra fuggire e stare, tra l'Eden e il mondo.

Un anno fa, il Comitato di Redazione di *Studi Jungiani* invitava autori di articoli, ricerche e studi, ad inviare alla redazione i propri lavori per la pubblicazione di un numero monografico che si pone come obiettivo una riflessione sul nostro tempo, e che abbiamo scelto di intitolare: *I mutamenti del nostro tempo. Nuove pratiche analitiche?*

Con questo titolo si auspica una riflessione su come sia cambiato e perché il modo di fare analisi oggi. Viene in mente come si sia modificato il setting, dentro e fuori la stanza d'analisi, nel mondo dei messaggi WhatsApp e delle videochiamate, nel mondo costellato da una *separazione impossibile*, dove sembra che la sensazione di "essere tenuti nella mente" ceda il posto al "vedere colorarsi di blu le doppie spunte del cellulare" o al numero di visualizzazioni delle storie su Instagram.

Ci sembra quindi ancora più chiara l'importanza della relazione analitica e la responsabilità, come analisti, di raccogliere i dettagli nella quotidianità della vita e dargli un senso.

In un bellissimo libro, *Prendere vita nella stanza d'analisi*, Ogden traccia il percorso della psicoanalisi contemporanea nella direzione di una sensibilità e intimità nuove, che comprendono il passaggio da una psicoanalisi epistemologica ad una ontologica, ossia "dal conoscere e comprendere all'essere e divenire". Da un concetto della mente come "apparato mentale" al concepirla come "processo vivente" che si manifesta nell'atto stesso di fare esperienza. Anche Stern ci ricorda come in ogni gesto viene veicolato un affetto vitale che dipende dalla qualità dell'esperienza, non è importante ciò che viene fatto, ma come. Gli *affetti vitali* sono forme del sentire che esprimono il modo in cui un sentimento viene esperito e si riferiscono all'esperienza vissuta, offrono quindi una percezione del mondo interno e dell'altro difficile da dissimulare, impressioni inconsce grezze e poco strutturate, una sorta di linguaggio universale, una musicalità comunicativa che si esprime attraverso un livello corporeo. Nella relazione analitica appare fondamentale questa funzione, soprattutto in questo tempo, di "richiamo" alla vita, che rende, forse, possibile *calarsi nell'arena delle vicende del mondo* ed affrontare quello che c'è, così com'è.

Abbiamo ricevuto in redazione moltissimi articoli, indice dell'interesse e della voglia di riflettere e comunicare su questo tema. Per questioni di spazio abbiamo dovuto fare una selezione: in questo numero ve ne proponiamo cinque, ma ci riserviamo di pubblicare alcuni degli altri nei numeri successivi della Rivista.

Siamo orgogliosi, quindi, di presentare questo monografico che si apre con l'articolo di Concetto Gullotta dal titolo: *Le rappresentazioni della relazionalità terapeutica fra tempo e destino*. L'autore, procedendo con grande attenzione nelle contraddizioni del nostro tempo, si sofferma su quello

che produce senso nell'essere umano: il tempo, il progetto, la relazione. L'articolo si rivolge soprattutto alla nozione di "campo relazionale" nel rapporto analitico, indicando come obiettivo principale la ricerca della libertà.

Segue il lavoro di Fabrizio Alfani, *Esperienza analitica e realtà virtuale*. L'articolo esplora l'esperienza della psicoterapia online partendo dalle particolari condizioni di emergenza legate al Covid-19, per stimolare una riflessione più ampia relativa all'uso progressivo della tecnologia nel tempo presente. L'autore riflette sulle ambivalenze che la tecnologia informatica e la realtà virtuale suscitano nella pratica analitica e in ognuno di noi.

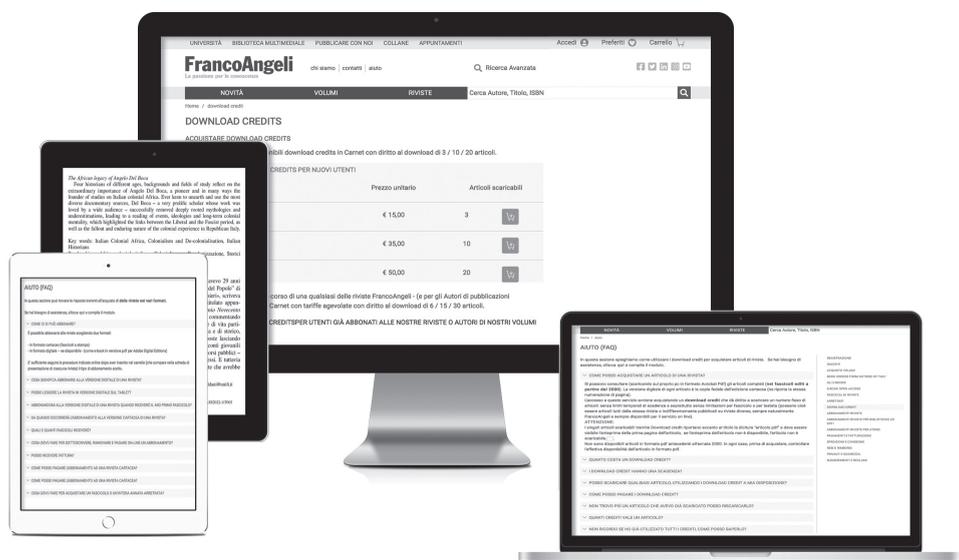
Cristina Brunialti, nel suo contributo intitolato *La storia di L.: riflessioni sul concetto junghiano di sincronicità*, evidenzia il difficile passaggio, con i pazienti più gravi, dal concreto al simbolico. Nella narrazione di un'esperienza clinica, l'autrice espone un'ipotesi personale riguardo il concetto di sincronicità di Jung.

L'articolo di Riccardo Daniele Pecora, dal titolo *L'uso delle mascherine in analisi: relazione terapeutica e terapia online al tempo della pandemia di Covid-19*, analizza gli effetti dell'utilizzo delle mascherine facciali nell'ambito della psicoterapia analitica. L'autore mostra, tramite 305 interviste ad analisti e pazienti, la tenuta del trattamento analitico anche rispetto ad un cambiamento così improvviso e perturbante.

Nell'ultimo contributo di questo numero, intitolato *La ricerca clinico-empirica sulle narrazioni oniriche: un paradigma complesso come "nuova pratica analitica"*, Patrizia Peresso e Chiara Rogora descrivono il loro progetto di coniugare la ricerca empirica sulle narrazioni oniriche con quella teorico clinica per poter raggiungere una nuova pratica clinica.

FrancoAngeli/Riviste

tutte le modalità
per sceglierci in digitale



Più di 80 riviste consultabili
in formato digitale su **pc** e **tablet**:

1. in *abbonamento annuale* (come ebook)
2. come *fascicolo singolo*
3. come singoli *articoli* (acquistando un *download credit*)

Più tempestività, più comodità.

Per saperne di più: www.francoangeli.it

Copyright © FrancoAngeli

This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial - No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: <http://creativecommons.org>

Le rappresentazioni della relazionalità terapeutica fra tempo e destino

Concetto Gullotta*

Ricevuto e accolto il 6 novembre 2023

Riassunto

L'autore, muovendosi dalle contraddizioni del tempo presente, si sofferma sulle categorie elementari del pensiero generatrici di senso: il tempo, il progetto e la relazione. L'autore, di conseguenza, rivolge l'attenzione alle rappresentazioni della relazionalità nel costituirsi del campo relazionale. L'ordine del tempo vissuto è l'unico tempo in cui è possibile una evoluzione psichica e il destino, in senso psicologico, trova nella relazione analitica l'inevitabile e costitutivo coprotagonista. In antitesi ad una cura che prevede la necessità di integrare lo sfondo traumatico, nell'immaginario collettivo del tempo presente il diritto alla felicità si costituisce come meta del divenire. Ma non si tratta di ricercare la felicità, la meta che andrebbe ricercata è la libertà mentale dai fantasmi della psiche e del sapere che, se illuminati – anche attraverso una particolare forma di intelligenza – possono perdere la loro funzione terrificata e aprirci al riso e con esso all'oblio per restituirci ingenuità e speranza.

Parole chiave: *relazione analitica, relazionalità, spirito del tempo, destino, tempo, libertà.*

* Medico chirurgo specialista in neuropsichiatria. È membro della IAAP e didatta dell'AIPA, di cui è stato Past-President. Relatore in numerosi convegni e seminari, da tempo collabora con *Studi Junghiani* e con la *Rivista di Psicologia Analitica*. Lavora privatamente a Roma.

Via Bacchiglione 3, 00199 Roma. E-mail: concetogullotta@gmail.com

Studi Junghiani (ISSN 1828-5147, ISSNe 1971-8411), vol. 29, n. 2, 2023
DOI: 10.3280/jun58-2023oa17155

Abstract. *Representations of the therapeutic relationship between time and destiny*

Starting from an examination of the contradictions inherent in the present time, the author focuses on the elementary categories of thought that generate meaning: time, the project and the relationship. The author consequently turns his attention to the representations of relationality in the constitution of the relational field. The order of lived time is the only time in which psychic evolution is possible and destiny, in the psychological sense, finds in the analytical relationship the inevitable and constitutive co-protagonist. In antithesis to a cure that envisages the need to integrate the traumatic background, at this time in the collective imagination the right to happiness is constituted as a goal. But it is not a matter of seeking happiness, the goal that should be sought is mental freedom from the phantoms of the psyche and the knowledge, which, if enlightened – even through a particular form of intelligence – can lose their terrifying function and open us up to laughter and with it to oblivion to restore our naivety and hope.

Key words: *analytical relationship, relationality, spirit of the time, destiny, time, freedom.*

Introduzione: il tempo contemporaneo

La complessità delle trasformazioni epocali, a cui sta andando incontro l'intero orizzonte della vita e della storia, l'ampiezza di tali trasformazioni e soprattutto la rapidità con cui si propagano i loro effetti, mettono in scacco le categorie stesse con cui fino ad oggi è stata costruita la comprensione della inscindibile interrelazione tra uomo e mondo. Si delineano, infatti, mutazioni antropologiche indotte dall'orizzonte scientifico come nuovo orizzonte di senso e dall'uso dei nuovi strumenti tecnologici; mutazioni relative al funzionamento delle facoltà stesse della mente, prime fra tutte la memoria e l'attenzione, come pure la percezione del tempo, dello spazio e della realtà. Inestricabilmente connesse con queste trasformazioni sono quelle relative alla rete dei legami sociali in cui ad essere messo in gioco è il valore stesso delle relazioni, sia personali che collettive (Galimberti, 2009).

La conoscenza non si costituisce più secondo una forma simbolica, proposizionale e ricostruttiva che trova il suo canale espressivo nella struttura del discorso, bensì seguendo forme implicite di natura preferibilmente iconica e procedurale. Prevalgono memorie automatiche del fare piuttosto che prefigurazioni dell'agire e il presente istantaneo della comunicazione, concentrato in uno spazio che non conosce la misura della distanza, diviene so-

strato per un tempo contratto nella “ideologia del presente” secondo la definizione di Augè (2009, p. 88) «un’ideologia impegnata a rendere obsoleti gli insegnamenti del passato, ma anche il desiderio di immaginare il futuro».

Dal punto di vista individuale, una tale dimensione del “presente” costituisce un tempo privato della qualità del tempo vissuto e, pertanto, configura un tempo vuoto, vale a dire non abitato dalla rappresentazione di sé ed invece colonizzato dalla noia, la quale sospinge all’urgenza di cercare emozioni dirette e violente per ottenere la conferma della propria presenza nella vita. O, piuttosto, si costituisce come tempo riempito dalla rappresentazione collettiva di una necessaria e compiuta conquista della felicità, intesa in forma concreta. Il “diritto alla felicità” trova come suo antagonista le crescenti incertezze presenti nell’ambiente sociale e si scontra con altri diritti, come quello al lavoro e alla dignità personale.

Il dilatarsi dello spazio in una dimensione virtuale ed istantanea, che elimina la presenza del corpo, trasforma la relazione nella funzionalità della comunicazione.

Di fronte a queste inedite condizioni i processi di simbolizzazione, individuali e collettivi, che rendono umanamente significativo il non ancora pensato dell’artificio tecnico e del mondo globalizzato, sembrano non tenere il passo con la velocità delle trasformazioni. Che tutto ciò possa condurre alla perdita di quella dimensione psicologica, in cui si costituisce la comprensione e il senso di essere nella vita, è direttamente dimostrato dalle caratteristiche del disagio contemporaneo. La difficoltà a dare lo spessore del vissuto a sensazioni ed eventi sospinge verso dimensioni concretistiche di sé e del proprio corpo, mentre le rappresentazioni collettive o sono assunte come ideali a cui aderire o modellano imbattibili persecutori; ciò va a configurare l’assetto psicologico e sintomatico delle cosiddette nuove patologie anche nell’ambito dell’inquadramento nosografico dei disturbi mentali, come ad esempio i disturbi di personalità, le nuove forme di dipendenza e i disturbi narcisistici.

Le mutazioni antropologiche vengono, quindi, a radicarsi nella personalità dei singoli e nelle loro modalità relazionali e, in modo correlato, i cambiamenti dell’ordine simbolico collettivo plasmano le categorie con cui vengono costruite le rappresentazioni di sé e del mondo.

In questo ambito appare importante, se non altro per il suo valore euristico, il concetto di simbolo indicato da Jung. Nella interpretazione di Trevi (1986, p. 8) il simbolo può essere definito come «metapoietico», vale a dire trasformatore e creatore di nuovi significati.

La potenza vitale e trasformativa del simbolo è sempre relativa ad un determinato contesto storico e culturale e ad una determinata coscienza in-

dividuale e collettiva che, con il simbolo, entra in una tensione dinamica seguendo quel processo individuativo che rappresenta il manifestarsi dell'opera della psiche come creatrice di significati sia per il collettivo che per il singolo individuo.

Proprio perché le inedite trasformazioni attuali appaiono ancora oscure nelle loro conseguenze e significati, lo sguardo della psicoanalisi e della psicologia analitica, da quella specifica prospettiva costituita dalla relazione terapeutica, può gettare luce sulle modalità, seguendo le quali le categorie elementari del pensiero umano come tempo, progetto e relazione, si articolano in modalità generatrici di senso o, al contrario, si cristallizzano in figure psichicamente inelaborabili.

Le caratteristiche del dispositivo psicoanalitico si pongono in antitesi alle modalità con cui viene oggi vissuta la dimensione temporale e quella relazionale; tale antitesi può favorire l'emersione di quel potenziale di simbolizzazione la cui mancanza è fonte di sofferenza se non di patologia. Questa prospettiva offerta dalla cura psicoanalitica è maggiormente riconoscibile in quegli approcci relazionali e intersoggettivi alla vita psichica e all'esperienza psicoterapeutica che hanno oscurato, dal punto di vista teorico e clinico, la teoria pulsionale (Mitchell, 1988).

L'altro della cura: dalla relazione alle rappresentazioni della relazionalità

La psicoanalisi contemporanea riconosce l'importanza fondamentale della relazione nello sviluppo e nella organizzazione del mondo psichico ed evidenzia come l'esperienza individuale di essere con l'altro, a partire dalle prime relazioni significative, vada a strutturare le forme concrete e simboliche sia dell'immaginario che della dimensione linguistica. In questa prospettiva teorica e clinica la relazione con l'analista, ben aldilà degli aspetti proiettivi e regressivi del transfert, diviene lo strumento del lavoro analitico e l'elemento trasformativo del mondo psichico, in quanto l'esperienza di questa relazione che il paziente compie suscita nuove immagini e modalità di linguaggio come pure comportamenti inediti. Tale possibilità trasformativa risiede nella capacità dell'analista di accogliere fin da subito l'altro con un atteggiamento "senza desiderio e senza memoria" fino al raggiungimento di un "terzo analitico", co-creato da analista e paziente, ricco di nuovi desideri e nuove memorie (Ogden, 1997). Tuttavia, l'esperienza autentica dell'incontro con l'altro, se non vuole essere declinata in una accezione debole, può presentarsi come un "duro confronto", sia quando il terapeuta nella risposta controtransferale è chiamato ad incontrare l'alterità che lo

abita, sia quando debba rinunciare alla propria missione curativa e trasformativa essendo costretto ad accettare la immodificabilità della condizione psicologica ed esistenziale del paziente (Gullotta, 2004).

Con il costrutto di “rappresentazioni della relazionalità” si intende proporre un orizzonte concettuale entro il quale accogliere e comprendere le infinite variazioni in cui si manifesta la relazione fra terapeuta e paziente nella dimensione analitica, unendo in tale costrutto la fenomenologia della relazione e una consapevolezza riflessiva del ruolo che le modalità relazionali hanno nella economia psichica ed esistenziale del paziente. Nella amplificazione definita dalla “relazionalità” la relazione viene vista come apertura alla possibilità e alle potenzialità espressive della relazione stessa.

Ponendo come elemento centrale della terapia la relazione, le caratteristiche che la connotano potranno essere osservate secondo due differenti prospettive: quella della psicopatologia, che alimenta il disagio del paziente, e quella dello sviluppo della dimensione psichica e delle traversie collegate allo sviluppo stesso. Se si segue la prima, si dovrà evitare la cristallizzazione della lettura psicopatologica nelle distinzioni nosografiche. Queste ultime, pur mettendo in evidenza la specificità del quadro sintomatologico, allontanano da una lettura del valore soggettivo del sintomo e delle sue oscillazioni. Adottando la seconda prospettiva, possono essere messe meglio in rilievo le caratteristiche e le esigenze relazionali del paziente, ma si rischia di oscurare gli ostacoli opposti al progredire della cura dalla stessa configurazione psicopatologica o dal contesto relazionale in cui il paziente vive.

Concentrando l’attenzione sulle modalità relazionali e sulle loro vicissitudini, per come si presentano nella relazione analitica, si può adottare un terzo vertice osservativo che riassume in sé le due precedenti prospettive. Infatti, da una parte, le peculiarità relazionali possono essere ricondotte a specifici momenti dello sviluppo, dall’altra, la psicopatologia va a denotare l’arresto evolutivo e lo strutturarsi psichico intorno ad esso.

L’assunto teorico delle “rappresentazioni della relazionalità” vuole stimolare una dimensione di osservazione e comprensione riflessiva delle infinite configurazioni del rapporto duale, appunto “relazione”, che anticipano, stimolano, connotano, strutturano il campo analitico fin dall’intenzione del paziente di rivolgersi alla cura analitica e dell’analista di essere proprio lì a cogliere quella parola che esprime per come può, in quel momento, la domanda di “cura” congiuntamente ai timori, ai paradossi e alle resistenze ad essa connessa (Gullotta, 2004). Inoltre, tale termine viene ad indicare e ricomprendere in sé le peculiarità percettive e affettive, le inclinazioni ideative, le potenzialità simbolizzanti e rappresentative ad esso intrinsecamente connesse, come pure il complesso e dinamico articolarsi dei differenti tipi

di memorie messe in gioco dal rapporto transferale. Tali peculiarità possono essere ravvisate nel momento stesso in cui si instaura qualsivoglia relazione e quando esse vengono osservate in continuità con le vicissitudini della relazione analitica, che sinteticamente si indicano come transfert-controtransfert, connotano la relazionalità e ne ricomprendono tutte le possibili deformazioni, decostruzioni e trasformazioni a cui la relazione analitica andrà incontro.

Nelle trasformazioni terapeutiche la relazionalità del paziente potrà esplicitarsi fra due estremi: da una parte, una modalità dipendente e concertistica di intendere l'altro come destinatario di ogni richiesta per la soddisfazione di bisogni e desideri; dall'altra, quella di cogliere in sé l'alterità che lo abita come equivalente della individualità ed unicità del proprio mondo psichico insieme alla comprensione della relazionalità come una umana specificità in continuo divenire.

Se la prima modalità può rimandare ad una condizione "originaria", la seconda si presenta come meta del processo analitico, in quanto implica sia per il paziente che per l'analista il confronto con l'alterità che li abita entrambi. Per il paziente, un acquisto in libertà da schemi relazionali fonte di inciampo e sofferenza; per l'analista, vertice da cui cogliere "l'opera" della relazionalità, nelle sue articolazioni concrete e simboliche.

In estrema sintesi, le rappresentazioni della relazionalità permettono di riconoscere i modelli relazionali che entrambi i membri della coppia analitica portano nello specifico della relazione analitica e ne favoriscono l'"osservazione riflessiva". Esse contribuiscono a delineare le caratteristiche del processo analitico e a collegare le modalità relazionali con la dimensione psicopatologica; sostengono, inoltre, la consapevolezza delle implicazioni etiche che l'incontro con l'altro e il prendersene cura implicano ben oltre l'impegno professionale e l'apertura empatica all'alterità (Gullotta, 2004).

Le rappresentazioni della relazionalità nella matrice temporale e trasformativa della cura

Le rappresentazioni della relazionalità, in quanto macro-produzioni del processo terapeutico, inducono, nella consapevolezza riflessiva del terapeuta, la percezione di una doppia dimensione temporale, vale a dire la percezione del fluire degli "stati d'animo" all'interno della dimensione temporale della cura.

Nell'ottica della psicoanalisi contemporanea, il processo analitico appare come lo stratificarsi complesso di molteplici configurazioni elementari

relazionali e micro-temporali in cui si realizza la trasformazione psichica. Nella immanenza di tali momenti, analista e paziente compiono l'esperienza psichica di una sintonicità affettiva e di una sincronicità dell'apparire del senso. Questa esperienza potrà mobilitare e trasformare le memorie, le capacità figurative e rappresentazionali ed aprire ad una nuova e più intelligibile lettura simbolica. A livello della consapevolezza conscia tali momenti configureranno, da una parte, il tempo vissuto della esperienza analitica e, dall'altra, una nuova rappresentazione e storicizzazione delle vicende conosciute ed inconsce del paziente.

L'aggettivo "terapeutico" circoscrive il campo semantico, all'interno del quale debbono intendersi i termini tempo e destino quali elementi che plasmano a tutto tondo la trasformabilità delle caratteristiche relazionali del paziente e, conseguentemente e in diversa misura, quelle dello stesso terapeuta. Il termine terapeutico contiene, infatti, una dimensione temporale e una relativizzazione continua dei suoi significati, compreso quello implicitamente o esplicitamente attribuito dai due membri della coppia analitica al termine destino, il destino di ciascuno e il destino della loro relazione.

Poiché fin dal suo costituirsi la relazione analitica si presenta, nella dimensione conscia ed inconscia, già annodata ed insieme aperta all'alterità, l'analista potrà fare estrema attenzione alla composizione del suo controtransfert ma non potrà impedire il rinnovarsi delle modificazioni di quella specifica relazione a livello inconscio. Modificazioni che, spesso, attivano reazioni cariche di affetti che hanno bisogno di tempo per sedarsi e raggiungere la possibilità di essere intuitive, figurate e rappresentate all'interno della relazione analitica.

Nel costituirsi del campo relazionale, tempo e destino assumono una forma interrogativa "quanto tempo?" e "quale destino?"; domanda plasmata dall'affettività dell'analista che si vede destinatario della richiesta di cura.

Interrogativi reciproci che si incroceranno silenziosamente molte volte, in particolare in quei momenti in cui il tempo sembra fermarsi e nessun cambiamento apparire all'orizzonte; nel tempo della ripetizione l'affettività dell'analista, depositaria della domanda di cura, è chiamata a sorreggere il destino della cura stessa, attivando quella particolare dimensione del tempo messa in gioco nel saper "sopportare" l'insicurezza e l'incertezza che appaiono nel corso del lavoro analitico, in modo particolare nel tempo immobile e vuoto o carico dell'inquietudine dell'attesa. Questa possibilità, per l'analista, di sopportare il lavoro "impossibile" dell'analisi si realizza solo se l'analista può abitare tempi diversi mantenendosi capace di pazienza ma anche di immaginazione e *rêverie*, di speranza ma anche di profonda consapevolezza della sua personale finitudine, in una cura costante del proprio

tempo interno ed esistenziale come esperienza vissuta della durata del tempo.

In modo speculare, una evoluzione temporale delle modalità relazionali e dei significati assunti da questa stessa evoluzione, sia per la coscienza che per l'esistenza di entrambi i membri della coppia analitica, non può essere prospettata se non considerando, fin dall'inizio della cura, un terminare del tempo della cura intesa come un finire della relazione terapeutica. Questa cesura si presenta da subito come problematica perché, se può essere concordemente assunta come tacito evento sul piano di realtà e, quindi, in quello del contratto terapeutico o, ancora, può rappresentare un elemento propulsivo nella alleanza di lavoro, in modo non altrettanto scontato essa può apparire nella dimensione inconscia della relazione che si presenta come figura atemporale definibile come archetipica in linguaggio junghiano.

Ma quale vincolo e potere trasformativo istituire tra tempo e memoria nel processo analitico? Se il transfert e le modalità relazionali ad esso sottese possono rappresentare lo scacco della dimensione lineare e processuale del tempo, la memoria compone, ricompono o crea ex novo il profilo temporale e il senso di una storia personale, a seconda della possibilità per il paziente di trovare nella relazione analitica una qualità relazionale "sufficientemente buona". Qualità tale da consentirgli di riportare nel tempo, vale a dire nell'ordine del ricordo, ciò che era stato escluso dalla memoria (rimozione) o mai vi aveva fatto parte, vuoi per l'appartenenza ad un tempo mitico, per la coscienza personale o per connotazioni affettive che non lo rendevano pensabile (dissociazione). In questo senso, l'analista diviene il depositario di frammenti di tempo e di memorie che, progressivamente, affino la sua capacità di plasmare le modalità di ascolto e relazione in quella specifica situazione analitica. Frammenti di eventi reali o puramente immaginari, di memorie emotive o corporee; frammenti talvolta macroscopici, talvolta quasi evanescenti, altre volte ancora frammenti che entrano nella mente senza che l'analista se ne accorga, quasi contagiandolo. Nel procedere del lavoro terapeutico la memoria dell'analista, sollecitata e guidata dal controtransfert, si fa per il paziente memoria vivibile e vivente e l'ordine del tempo, nella relazione, diviene l'ordine del tempo vissuto, l'unico tempo in cui è possibile una integrazione e una evoluzione psichica.

Nella dimensione relazionale il tempo analitico si pone, quindi, come un tempo altro o, meglio, come una complessa e dinamica stratificazione di molteplici e diversificate dimensioni temporali attivate e abitate dalla coppia analitica. All'analista, a cui si impone la necessità di abitare contemporaneamente tempi differenti, si impone anche il compito di essere continuamente decentrato rispetto al tempo del processo, acquisendo una pro-

spettiva dalla quale poter cogliere la complessità evolutiva che si dispiega nel suo ascolto prima ancora che sotto il suo sguardo.

Esercitando l'ascolto delle modalità specifiche della comunicazione, come ad esempio il tono e il timbro della voce o la prosodia del discorso, per mezzo delle quali emergono memorie pre-simboliche e preverbal, si possono cogliere aspetti relativi ad esperienze primarie ed emozionali del paziente che egli non può ricordare ma che possono rivelarsi come le "ragioni" che, partendo dalla primissima infanzia, giustificano le modalità relazionali nel presente della relazione analitica (Manica, 2022).

È il cogliere la qualità e le scansioni della prospettiva temporale, lasciandola alla sua spontaneità processuale senza volerla inscrivere in una direzione evolutiva, a costituire l'acquisto in libertà che il lavoro analitico nella sua "impossibile" disciplina offre; con ciò il destino viene sottratto alla tirannia dell'origine e delle mete. Questa modalità di leggere il tempo analitico ha come corrispettivo negativo la consapevolezza che, in alcuni casi, ci si possa trovare di fronte ad un tempo evolutivamente bloccato.

Il procedere analitico non si presenta dunque identico una volta per tutte ma, di volta in volta, viene plasmato dalla singolarità della relazione istituita con il paziente, dalle dinamiche conscie e inconscie da essa attivate, dagli inciampi dettati dalla costellazione patologica ed infine dal contesto culturale e storico in cui entrambi si sono venuti a trovare, oltre che dal bagaglio formativo e professionale dell'analista stesso.

Trasformazioni delle rappresentazioni della relazionalità: destino e psicopatologia

Fino ad ora è stata descritta la qualità del tempo analitico in riferimento alla dimensione relazionale, qualità che lascia intravedere come il problema della durata del processo, inteso come trasformazione delle modalità relazionali, possa rimanere un interrogativo aperto durante tutta la durata della cura. In tal senso, le trasformazioni relazionali incrociano il destino della cura; destino che potrà intendersi come modalità di relazione intrapsichica e interpersonale in continua evoluzione. La predicibilità del tempo necessario alle trasformazioni viene ad essere così riassorbita nella meta, rappresentata dalla acquisizione delle capacità trasformative.

In una ottica junghiana, il processo analitico mosso da una libido intesa come energia psichica, concettualizzazione questa a sua volta erede del potere organizzativo della affettività sulle rappresentazioni mentali, conferisce al tempo una dimensione finalistica ed evolutiva ben espressa dal concetto di individuazione. La figura escatologica del tempo, sia nella dimensione

individuale che in quella collettiva, fa da sfondo ed inquadra i limiti umani, la trasformazione e il loro oltrepassamento più o meno possibile (Gullotta, 2000).

È, quindi, la dimensione finalistica del tempo che meglio configura la prospettiva della durata in un divenire psicologico, caratterizzato da processi trasformativi, facendo uscire questi ultimi dalla dimensione sia del tempo cronologico che da quella imposta dalla concreta organizzazione del setting.

Che il destino venga inteso come espressione del prendere forma psicologica ed esistenziale di un processo individuativo ancorato ad una disposizione e ad una eredità archetipica o, piuttosto, rappresenti una fedeltà al divenire del soggetto dell'inconscio, comunque il destino, in senso psicologico, ha la "relazione" come inevitabile e costitutivo coprotagonista.

La mente umana ha bisogno di un fondamento da cui partire o su cui appoggiarsi, baluardo all'angoscia di ciò che, indistinto, ancora non ha ricevuto un senso possibile, ma le sue capacità elaborative maturano lentamente e vengono rese operative e individualizzate all'interno di relazioni primarie. Relazioni primarie che non vanno intese in senso concretistico, piuttosto come relazioni nelle quali la radice materiale, biologicamente ed etologicamente fondata, viene progressivamente plasmata e riassorbita dalla dimensione simbolizzante e simbolica propria del contesto nel quale si svolgono le vicende personali. La funzione relazionale e le vicissitudini del suo costituirsi rappresentano, pertanto, lo strumento o, meglio, il fondamento umanizzato dell'operare stesso della mente.

In questa ottica, uno scenario collettivo in cui il diritto alla felicità si costituisce come meta del divenire si oppone alle possibilità di una cura che preveda la necessità di fare i conti con uno sfondo traumatico inteso, nella dimensione relazionale, come ferita inferta da un oggetto non sufficientemente buono. Ferita di per sé narcisistica, sia nella dimensione affettiva del senso che in quella del valore della propria esistenza e, ancor più, nella percezione dell'"abisso" all'origine della dimensione simbolica stessa.

Tuttavia, qualunque sia lo sfondo collettivo da cui emerge la domanda di cura e qualunque sia la connotazione destinale che entrambi gli attori della cura, paziente e terapeuta, abbiano fino a quel momento sentito come propria, la terapia si pone come relazione "destinata" specificamente alla cura. E in che consiste la cura? In questo senso, essa può essere vista come una forma di dono di libertà, intesa come trasformazione che vivifica la storia di ognuno di noi, facilitando un processo che porta a un compimento.

Psicologia e libertà

Nella cura la libertà mentale ha possibilità di dispiegarsi ricorrendo ad una forma particolare di ironia: si tratta di quell'umorismo più radicale che aiuta a vedere un fantasma per quel che è, ovvero un fantasma. Un'immagine inconsistente che, secondo le leggi della realtà oggettuale e lineare, non può incutere terrore.

Scoprire che quanto fino a quel momento era stato considerato spaventoso e irrealistico invece è innocuo, apre al riso. Poter ridere dei propri fantasmi: questa è la libertà mentale.

La risata accende le luci e quando la luce viene accesa vediamo che il fantasma si rivela un semplice lenzuolo, una coperta, l'angolo di una tenda, il profilo di un mobile che non avevamo mai notato. Il fantasma è sempre stato lì, con la sua funzione limitata, quotidiana, ovvia, impotente. Qualcosa che, nel tempo, per un cambio di illuminazione, è scivolata là dove le luci sono meno vivide ed è diventata ombra, iniziando a evocare e a spaventare.

Le parole e gli sguardi dei padri, le espressioni e i giudizi delle madri, il tuo corpo di bambino troppo gracile o troppo grasso sono tutti fantasmi; ogni volta che ti sei vergognato e hanno riso di te è un fantasma; ogni volta che volevi solo il sorriso e l'approvazione è un fantasma.

Quel che possiamo fare è seguire il bisogno di comprendere sempre meglio. È il bisogno di intelligenza che va coltivato: leggere tra le cose per individuarne i confini, percepirne le forme, riconoscerne l'identità e la collocazione. Intelligenza, dunque, come esercizio del domandare, contemplare, considerare, nominare, comporre, includere aspetti trascurati: l'intelligenza è, soprattutto, pratica della libertà mentale.

In tale prospettiva, sembra impossibile per chiunque stabilire la quota di sapere necessaria affinché si configuri l'intelligenza, la comprensione. L'intelligenza non è mai direttamente e inequivocabilmente correlata e proporzionata al sapere. Non a caso il sapere specialistico, ad esempio, può ritorcersi contro l'intelligenza perché tende ad escludere invece che includere. L'intelligenza indirizzata in modo specifico ad un unico aspetto del reale può infatti retroagire, inducendo una forma di narcisismo o un "vizio ideologico" segnato da un ragionamento esclusivamente deduttivo: comprendo a fondo la mia disciplina, la mia disciplina è uno strumento efficace di interpretazione della complessità del reale; dunque, comprendo il reale. Un "vizio" in cui, da tempo, cadono sia gli economisti che gli specialisti delle scienze psicologiche che gli strutturalisti.

Così come la brama di sapere, il FOMO (*Fear Of Missing Out*, ovvero la paura di essere tagliati fuori) del sapere, nel farsi fine a sé stessa ostaco-

la, se non quando interrompe, la pratica interiore e il ritmo specifico dell'intelligenza.

L'intelligenza, in questa prospettiva, può configurarsi come una forma sia di contemplazione sia di pensiero autoriflessivo – un bisogno di introversione, come definito da Barone (2023) – in grado di comporre i frammenti del sapere di cui disponiamo, senza tuttavia perdere di vista la domanda a cui prioritariamente cerchiamo di rispondere: cosa rende i problemi del reale di difficile soluzione? Quali sono gli ostacoli e cosa può rendere difficile il superarli?

In tal modo possiamo sperare di cogliere quanto l'ostacolo che si frapone alla risoluzione di un problema sia, in realtà, di ordine psicologico e culturale, anche quando il problema sembrerebbe essere squisitamente concreto, economico. Di conseguenza, andrebbe compreso quanto il cammino verso una soluzione possibile dovrebbe considerare che talvolta – invero per lo più – le leggi dell'economia non siano adeguate a ben maneggiare quelle ragioni culturali che le contraddicono.

Il rapporto tra intelligenza e sapere, per quanto possa rivelarsi interessante, in realtà è particolarmente complesso perché in esso, probabilmente, si rende possibile trovare risposte ad alcuni paradossi che si verificano sia nell'esperienza privata che nella vita pubblica. È esperienza comune, infatti, incontrare persone con modesti saperi, ma in grado di cogliere con grande intelligenza le diverse ragioni della complessità. O, all'opposto, comprendere le ragioni per cui la classe intellettuale – la classe degli specialisti nelle diverse discipline che cercano di interpretare il reale – molto spesso ha fallito nella comprensione della complessità, perdendo autorevolezza e capacità di influenza.

Libertà mentale, dunque, è libertà dai fantasmi, dai fantasmi della nostra psiche, dai fantasmi del sapere. Dai fantasmi generati da ciò che ricordiamo e non ricordiamo di noi, dai fantasmi che volteggiano nelle nostre storie di vita e che danno ragione di ciò che siamo. Al contempo, è anche libertà dai fantasmi di ciò che vediamo e non vediamo, ricordiamo e non ricordiamo del mondo esterno.

Seguendo tali orizzonti di lettura, uno dei punti focali rimanda alla memoria storica che richiederebbe una trattazione a sé, ma che tuttavia è necessario qui menzionare.

La memoria storica ha una funzione fondamentale: è forse l'unica forma del sapere che incrementa proporzionalmente la capacità dell'intelligenza.

Ricordare ogni cosa, ogni persona, ogni momento, ogni esperienza. Ricordare le civiltà scomparse e i milioni di anni da che l'uomo esiste. Ricordare tutto questo sarebbe una “dolorosa benedizione”, così dolorosa da venirne terrorizzati e paralizzati. Quale e quanto peso ha il già fatto? Dove

saremmo oggi se l'oblio non fosse reiteratamente intervenuto a restituirci ingenuità e speranza? Non rimozione, né negazione; non scissione, né dissociazione, ma oblio, quel senso di abbandono da parte del pensiero, dei sentimenti e degli affetti.

Il nulla, forse, ci salva. Forse ci siamo salvati, forse siamo stati salvati... forse nel paradosso saremo finalmente saggi.

Bibliografia

- Augé M. (1992). *Non-Lieux. Introduction à une anthropologie de la surmodernité*. Paris: Le Seuil (trad. it.: *Non luoghi. Introduzione a una antropologia della surmodernità*. Milano: Eleuthera, 2009).
- Barone P. (2023). *Il bisogno di introversione*. Milano: Raffaello Cortina.
- Galimberti U. (2009). *I miti del nostro tempo*. Milano: Feltrinelli.
- Gullotta C. (2000). Ciò che si dà come incurabile. In: Centro Italiano di Psicologia Analitica., a cura di, *Il Male*. Milano: Raffaello Cortina.
- Gullotta C. (2004). Rappresentazioni della relazionalità nella prassi formativa. In: Cerbo G., Palliccia D., Sassone A.M., a cura di, *Alchimie della Formazione Analitica*. Roma: Vi-varium.
- Mancia M. (2022). *Ascoltare con l'inconscio. Alcuni casi clinici esemplari*. Roma: Alpes.
- Mancuso V. (2016). *Il coraggio di essere liberi*. Milano: Garzanti.
- Mitchell S.A. (1988). *Relational concepts in psychoanalysis. An integration*. Cambridge: Harvard University Press (trad. it.: *Gli orientamenti relazionali in psicoanalisi per un modello integrato*. Torino: Bollati Boringhieri, 1993).
- Molari C. (2020). *Il cammino spirituale del cristiano*. Cengia (VR): Gabrielli Editori.
- Ogden T. (1997). *Rêverie and Interpretation. Sensing something Human*. Lanham, Maryland: Jason Aronson (trad. it.: *Rêverie e interpretazione*. Roma: Astrolabio, 1999).
- Spagnoli A. (2019). «...e divento sempre più vecchio». *Jung, Freud, la psicologia del profondo e l'invecchiamento*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Taubes J. (1993). *Die politische Theologie des Paulus*. Paderborn, Deutschland: Brill (trad. it.: *La Teologia politica di San Paolo*. Milano: Adelphi, 1997).
- Trevi M. (1986). *Metafore del Simbolo*. Milano: Raffaello Cortina.

Esperienza analitica e realtà virtuale

Fabrizio Alfani*

Ricevuto e accolto il 6 settembre 2023

Riassunto

La realtà virtuale e la comunicazione digitale rappresentano aspetti significativi della vita contemporanea, che incidono in maniera significativa sullo sviluppo psichico individuale. Il rapporto tra reale e virtuale è spesso considerato nella prospettiva polarizzata di una opposizione alternativa, dove il reale è ciò che è autentico, mentre il virtuale è percepito come un mondo di finzione che ostacola le possibilità di sviluppo individuativo. L'autore dell'articolo, pur riconoscendo che questi rischi sono assolutamente presenti nell'uso pervasivo di strumenti tecnologici che caratterizza la contemporaneità, sottolinea però che per poter comprendere le esperienze di molti dei nostri pazienti, soprattutto dei più giovani, "nativi digitali", sia opportuno considerare il virtuale come un ampliamento della realtà, piuttosto che un'alternativa ad essa. L'autore affronta anche il tema della analisi online, provando, anche con il riferimento ad alcuni casi clinici, a riflettere su alcuni aspetti relativi in particolare al destino del corpo nell'analisi online e alla esperienza della presenza.

Parole chiave: *realtà virtuale, comunicazione digitale, analisi online, corpo, presenza, setting interno.*

* Psichiatra, psicoterapeuta, psicologo analista, membro ordinario e didatta dell'AIPA e della IAAP. I suoi principali campi di interesse riguardano la clinica del trauma e della dissociazione, le analogie tra psicologia analitica e sviluppi della psicoanalisi contemporanea, la spiritualità. Oltre al lavoro come psicoterapeuta e psicologo analista, svolge attività di consulenza psicologica per gli operatori del Centro di accoglienza "Papa Francesco" gestito dalla Caritas di Modena. È stato redattore delle riviste *Studi Junghiani* e *Psicobiettivo*. Ha pubblicato diversi articoli su riviste e capitoli in libri collettanei, tra cui "Continuità e discontinuità dei processi dissociativi", in *Frammenti di Psiche. Processi traumatici complessi e psicologia analitica*, a cura di Germani M., Maulucci M. Milano: Franco Angeli, 2020. Vive e lavora a Modena.

Via del Bramante 19, 41125 Modena. E-mail: fab.alfani@gmail.com

Studi Junghiani (ISSN 1828-5147, ISSN e 1971-8411), vol. 29, n. 2, 2023
DOI: 10.3280/jun58-2023oa16433

Abstract. *Virtual reality and digital communication*

Virtual reality and digital communication represent significant aspects of contemporary life, significantly affecting individual psychic development. The relationship between the real and the virtual is often viewed from the polarized perspective of an alternative opposition, where the real is what is authentic, while the virtual is perceived as a world of make-believe that hinders the possibilities of individuating development. The author of the article, while acknowledging that these risks are absolutely present in the pervasive use of technological tools that characterizes contemporaneity, nevertheless stresses that in order to understand the experiences of many of our patients, especially the youngest, “digital natives”, it is appropriate to consider the virtual as an extension of reality, rather than an alternative to it. The author also addresses the topic of online analysis, trying, also with reference to some clinical cases, to reflect on some aspects related in particular to the fate of the body in online analysis and the experience of presence.

Key words: *virtual reality, digital communication, online analysis, body, presence, internal setting.*

Dal 2020, a seguito della pandemia, l’esperienza della psicoterapia online è diventata molto più diffusa di quanto prima non fosse, e anche chi in passato la guardava con molto sospetto ha avuto modo di sperimentarla in prima persona. Le opinioni su tali esperienze sono molto differenziate (Di Giuseppe e Martini, 2020; Manica, 2021; Ripa di Meana, 2021; Wiener, 2021; Zoppi, 2021), però bisogna tenere presente che l’esperienza della psicoterapia online al tempo del Covid-19 è stata profondamente influenzata dalla particolare condizione di minaccia collettiva alla salute e dal divieto di incontrarsi. La pandemia ha per certi versi “sdoganato” l’uso della comunicazione digitale nella psicoterapia; però è necessario che la riflessione su questa modalità di cura psicologica sia svolta a prescindere dalle particolari condizioni legate a quel particolare momento storico, tenendo anche presenti alcune delle questioni generali relative all’uso pervasivo della tecnologia informatica nelle nostre vite e le profonde ambivalenze che essa suscita in ciascuno di noi (Oddo, 2018; Finelli, 2022).

In questo articolo proverò a presentare alcune riflessioni generali sul modo in cui la tecnologia informatica e la realtà virtuale interrogano e sfidano la nostra pratica clinica, facendo in particolare riferimento all’analisi online, all’uso che i nostri pazienti fanno della realtà virtuale e al significato che tali esperienze possono assumere in analisi.

Psiche, corpo e realtà virtuale

La realtà virtuale e la comunicazione digitale interrogano la cura analitica da diversi punti di vista, che sinteticamente possiamo riassumere secondo due prospettive principali:

- 1) la tecnologia condiziona lo sviluppo psicologico individuale *modificando la zona di confine tra mondo interno e mondo esterno, tra corpo, psiche e mondo*;
- 2) l'uso della comunicazione digitale nella pratica analitica provoca importanti *cambiamenti di setting* e questo spinge molti a domandarsi se sia ancora psicoanalisi una pratica di cura che si svolge tra due persone che non sono presenti fisicamente nello stesso luogo (Isaacs Russell, 2015; Rösler, 2017; Wiener, 2021).

La tecnologia condiziona lo sviluppo psicologico individuale, agendo sia sulla relazione intrapsichica tra mente e corpo, sia nelle relazioni con gli altri. Si tratta delle due dimensioni che Armando Ferrari ha indicato rispettivamente come asse verticale e asse orizzontale dello sviluppo della soggettività individuale (Ferrari, 1992), cioè la dimensione intrapsichica e quella intersoggettiva, e che, molto efficacemente, inserendole nella storia della filosofia moderna, Roberto Finelli definisce rispettivamente fattore Kant e fattore Hegel (Finelli, 2022, pp. 63 e ss.).

L'uso di strumenti digitali incide sia sull'asse verticale che su quello orizzontale, cioè sia sulla modalità di integrare *intrapsichicamente* la relazione tra corpo e mente sia sul modo in cui, *intersoggettivamente*, si sviluppa la soggettività individuale attraverso la relazione con l'altro.

Noi trascorriamo ormai molto tempo ad intrattenere relazioni, anche molto significative, nelle quali la nostra presenza è mediata da strumenti informatici. E, inoltre, i cosiddetti “nativi digitali”, oggi adolescenti o giovani adulti, sono cresciuti in un ambiente culturale nel quale mondo reale e mondo virtuale non sono considerati forme alternative di esistenza, ma un ampliamento della realtà in cui vivere. In sostanza, reale e virtuale, piuttosto che alternativi, sono considerati accostabili (Tabasso, 2020) se non intrecciati, tanto che una relazione intima può iniziare attraverso la mediazione di uno strumento informatico e poi trasformarsi in un rapporto nel quale il corpo proprio e dell'altro sono presenti in tutte le loro sfaccettature.

Oggi le forme di relazione più superficiali e più intime includono la mediazione: trascorriamo periodi crescenti di tempo impegnati in relazioni disincarnate. Simulare la presenza è diventato un aspetto consueto del nostro modo di entrare in relazione con gli altri. È fin troppo facile congedare i nuovi media e la tecnologia

come semplici mezzi che facilitano una *simulazione in termini di inganno* [...] Dobbiamo invece considerare anche la *simulazione come aspetto di copresenza* (Lemma, 2015, p. 459).

Un punto cruciale è, pertanto, il seguente: il virtuale è da pensare esclusivamente come alternativa al reale, oppure lo si può pensare come una possibilità diversa di fare esperienza?

La psicoanalisi freudiana riconosce un ruolo fondamentale alla tensione tra principio di piacere e principio di realtà, per cui per poter vivere la vita reale siamo obbligati a rinunciare, rimuovendole, alle richieste pulsionali di soddisfare in maniera onnipotente il principio di piacere. In questa prospettiva, il virtuale e il reale si prestano ad essere considerati come due forme alternative di esistenza, in cui il *virtuale* è il regno della soddisfazione onnipotente del desiderio, mentre invece il *reale* è la dura realtà contro la quale andiamo a sbattere e che ci costringe a ridimensionare i nostri desideri onnipotenti attraverso l'interiorizzazione della legge. Secondo questo modo di vedere, il virtuale

è tipicamente in opposizione alla nozione di reale. Il virtuale è sempre “meno” dell'originale. Il virtuale è visto come un'onnipotenza che priva il cosiddetto “reale” della sua realtà in carne ed ossa. Per questo motivo, il pensiero sulla natura della realtà virtuale può diventare polarizzato: il virtuale viene equiparato a “non autentico”, una fuga dalla cosiddetta realtà. Anche se la realtà virtuale può essere utilizzata per allontanarsi dalla realtà – e la nostra pratica clinica quotidiana lo dimostra – potremmo ugualmente sostenere una nozione di virtualità come un qualcosa che non corrisponde necessariamente ad una “copia rassicurante” del reale o ad un'alternativa ad esso (Lemma, 2017, p. 16, trad. mia).

Invece, nella psicologia analitica, la nozione di reale è diversa. «La realtà contiene tutto ciò che si può sapere, perché reale (*wirklich*) è ciò che agisce (*wirkt*)» (Jung, 1933, p. 411). La realtà non è solo quella materiale percepibile attraverso i cinque sensi, ma è reale tutto ciò che agisce e che provoca effetti, nel bene e nel male. Dunque, nella misura in cui agisce, il virtuale più che essere contrapposto al reale potrebbe essere considerato come una forma particolare di realtà, una realtà “virtualmente reale” (Coleman, 2011, cit. in Lemma, 2015, p. 460), che potrebbe svolgere varie funzioni. Per quello che riguarda la vita di alcuni nostri pazienti, esso offre talvolta un rifugio sufficientemente sicuro, soprattutto durante il periodo della crescita, che permette lo sviluppo di risorse personali che consentono di affrontare una realtà esterna percepita come troppo minacciosa. Oppure il mondo virtuale può costituire un palcoscenico sul quale aspetti della personalità prevalentemente inconsci, non pensabili o non rappresentabili a nivel-

lo cosciente, possono trovare una possibilità di espressione. Naturalmente, si tratta in entrambi i casi di una modalità di esperienza che ha sue caratteristiche peculiari e che implica rischi psicopatologici, tra cui quello di costituire un coriaceo “rifugio della mente” (Steiner, 1993), ma che può anche offrire opportunità di crescita psichica.

Durante l’adolescenza, Luca si era progressivamente isolato dal mondo circostante trascorrendo gran parte delle sue giornate e delle sue nottate giocando sul computer.

Il fratello di Luca, maggiore di qualche anno, aveva cominciato a manifestare fin dalla prima adolescenza i prodromi di una psicosi che, negli anni successivi, si sarebbe manifestata in tutta la sua drammatica violenza, istituendo nell’ambiente familiare un clima di costante tensione. I genitori, molto impegnati nel loro lavoro, provarono ad affrontare la malattia del fratello di Luca acconsentendo alle sue richieste, contribuendo così all’istituzione in famiglia di un regime pseudo-dittatoriale. Luca riteneva profondamente ingiusto che la vita familiare si dovesse organizzare secondo il modello, palesemente patologico, imposto dal fratello, del quale temeva gli improvvisi agiti violenti dai quali non si sentiva protetto dai genitori. Non avendo ancora sviluppato sufficienti risorse per poter coltivare relazioni significative all’esterno della famiglia, i videogiochi e l’isolamento furono l’unica strategia di sopravvivenza, fino a quando iniziò una psicoterapia che lo aiutò a ritrovare progressivamente fiducia in sé stesso fino a consentirgli, ormai maggiorenne, di trasferirsi in un’altra città.

Luca mi racconta tutto ciò quando è ormai adulto ed ha chiesto di iniziare un’analisi a causa di un persistente senso di insoddisfazione nella sua vita. Ci incontriamo due volte alla settimana, *vis à vis*.

Il racconto della sua adolescenza arriva in un momento dell’analisi nel quale apparentemente va tutto bene, apprezzo molto la sensibilità e l’intelligenza di Luca e le sedute con lui sono per me molto gradevoli. Eppure, ho l’impressione che manchi qualcosa. Ascoltando il racconto della sua adolescenza mi chiedo se il suo mondo interiore non sia ancora in ostaggio di un regime pseudo-dittatoriale e se io, come i suoi genitori, sia stato fino ad ora incapace di entrare in contatto con il fondo affettivo della sua esperienza, senza riuscire ad ascoltare “quel qualcosa che manca”. Tra l’altro, dopo quasi un anno dall’inizio dell’analisi, ogni tanto Luca trascorre nuovamente buona parte della notte sul computer, a giocare, e questa regressione all’antico sintomo mi intimorisce, suscita in me un’inquietudine che non esprimo in maniera esplicita ma che lui probabilmente percepisce. Un giorno, mentre mi sta raccontando di un incontro con un amico durante il quale aveva avuto l’impressione di essere molto poco interessante, provo a trattenere uno sbadiglio, ma lui se ne accorge e me lo fa notare, sottolineando che anche io mi annoio con lui. Rifletto su quanto era accaduto poco prima: il suo racconto mi era parso molto farraginoso, come se lui volesse farmi capire un qualcosa che gli sembrava di non riuscire ad esprimere, mentre invece io avevo l’impressione di aver capito. Gli dissi che, effettivamente, in quel momento era stato come se mi fossi staccato da lui, non seguivo più il suo discorso, perché mi sembrava di aver capito quello che lui

insisteva a volermi spiegare ancora, come se ci fosse qualcosa che mi volesse comunicare a tutti i costi e che forse io non capivo. Luca mi guardò, abbozzò un sorriso e canterellò sottovoce: “*Capire tu non puoi, tu chiamale se vuoi...*” senza finire il verso della canzone di Battisti. Successivamente Luca mi disse di quanto i suoi genitori non avessero capito ciò che lui provava durante l’adolescenza, quali fossero le emozioni che viveva in quella casa. E probabilmente la difficoltà al rispecchiamento emotivo da parte dei genitori era molto più antica, benché si fosse manifestata in maniera evidente solo durante la prima adolescenza. E inoltre, aggiungeva Luca, i suoi genitori non erano neanche stati in grado di capire che per lui il computer e i videogiochi non erano la causa delle sue difficoltà e del suo isolamento, ma erano stati invece un’ancora di salvezza, l’unico ambito della sua vita in cui poteva sentirsi sufficientemente sicuro ed efficace (tra l’altro era diventato molto bravo nel videogioco preferito, tanto da aver acquisito una certa notorietà nell’ambito della comunità dei giocatori). Per Luca il mondo virtuale aveva costituito un rifugio il quale, pur assumendo il carattere di sintomo psicopatologico, aveva rappresentato un “luogo sicuro”, dove soggiornare in una fase della sua vita già difficile di per sé (l’adolescenza), per affrontare la quale sentiva di non avere risorse sufficienti. Durante l’analisi non ero stato in grado di riconoscere che, nonostante le apparenze, il rapporto tra di noi era parzialmente devitalizzato, e per tale motivo non avevo potuto riconoscere quanto questo vissuto fosse centrale nella sua relazione con l’altro. Inoltre, anche io, come i genitori, non avevo colto un possibile significato emotivo del suo tornare a giocare ai videogiochi: un tentativo per sfuggire alla paura che la parte più intima di sé fosse insignificante per l’altro e di non riuscire a comunicare emotivamente con lui, chiunque questo “lui” fosse: l’analista, un amico o un genitore.

Oltre che come rifugio, il mondo virtuale si presta ad essere utilizzato anche come uno spazio nel quale sperimentare aspetti di sé che non trovano possibilità di espressione nel mondo reale, in particolare per ciò che riguarda il corpo e la sessualità.

La realtà virtuale permette di manipolare il corpo virtuale (*avatar*) a proprio piacimento, ad esempio fornendo a questo rappresentante virtuale di sé le sembianze e il genere sessuale preferiti. Il sé è sempre più disincarnato, alimentando la fantasia onnipotente di poter essere ciò che si desidera essere. Attraverso la rappresentazione che noi ce ne diamo tramite gli strumenti informatici, il corpo non rappresenta più il limite naturale della nostra personalità, il destino biologico al quale siamo consegnati al momento della nostra nascita, ma esso è una materia che potrebbe essere modificata per farla corrispondere ad un’immagine ideale di sé, in cui il rapporto tra corpo e mente tende ad invertirsi: la mente, invece che essere radicata nel corpo, lo plasma a suo piacimento. Questa possibilità non è limitata solo alla realtà virtuale, ma le tecnologie mediche rendono possibili cambiamenti significativi, se non radicali, del nostro corpo. Nella stragrande maggio-

ranza dei casi si tratta di interventi terapeutici per curare malattie (ad esempio, protesi artificiali e trapianti), ma in altri casi il corpo viene modificato al fine di renderlo più in sintonia con un'immagine ideale di sé, come nel caso della chirurgia estetica (Lemma, 2005), oppure per poter realizzare un percorso di transizione di genere modificando i caratteri sessuali del corpo in cui si è nati (Lemma, 2022; Lingiardi *et al.*, 2023).

Ma a prescindere dalle situazioni nelle quali il corpo viene modificato per produrre cambiamenti persistenti, nel nostro lavoro possiamo incontrare molte persone che utilizzano la tecnologia informatica per vivere situazioni che, pur verificandosi nel mondo virtuale, hanno anche una componente corporea significativa.

Ad esempio, Lemma (2017, 2022) descrive il caso di una ragazza di 17 anni, Jane, che si era rivolta a lei perché voleva fare una transizione di genere da femmina a maschio. Quando era online per giocare o dialogare con altre persone questa ragazza utilizzava un avatar maschile che la faceva sentire più sicura di sé, ed anche il suo corpo reale, che lei aveva sempre vissuto con grande disagio, le sembrava fosse “più consistente”. Dapprima, Lemma considerò questo uso della realtà virtuale come prevalentemente difensivo, un modo per sottrarsi alla realtà del proprio corpo, ma successivamente si rese conto che, invece, poteva essere di aiuto per il lavoro analitico.

Incoraggiandola attivamente a parlarmi delle sue attività online e di come la fisicità di Jake [il suo *avatar* maschile] influisse sul suo stato d'animo e sul suo senso di sé sia online che offline, ho iniziato a pensare che il suo uso della tecnologia per sperimentare il suo sé ideale – la sua incarnazione immaginaria – aiutasse il nostro lavoro analitico [...] Mi sono resa conto che solo quando sono stata in grado di considerare nella mia mente la sua vita virtuale come un processo di “divenire” [...] e non come un processo principalmente difensivo, sono riuscita a coinvolgerla in un dialogo con me sul significato del suo mondo virtuale e del suo io virtuale [...] Jane mi ha aiutato a capire che la fisicità virtuale di Jake le ha letteralmente fornito un'esperienza incarnata del suo desiderio, delle sue fantasie e dei suoi fantasmi. Questo corpo virtuale le ha permesso di esplorare in modo affettivamente ricco e vicino all'esperienza ciò che nel nostro lavoro potevamo solo esprimere a parole (Lemma, 2017, pp. 28-29, trad. mia).

Queste parole di Lemma ci dicono una cosa molto importante: troppo spesso nel nostro lavoro clinico, e in particolare per ciò che riguarda le esperienze relative al mondo virtuale, noi tendiamo ad utilizzare alcuni concetti della tradizione psicoanalitica, quali *difesa* e *resistenza*, in un modo che rischia di non aiutarci a cogliere il senso dei fenomeni con i quali ci confrontiamo. Il nostro sguardo cioè si carica inconsapevolmente di una

componente moralistica, che tende a giudicare l'uso della realtà virtuale come una *difesa* nei confronti del rapporto con la realtà materiale, e pertanto ogni ricorso agli strumenti tecnologici è visto come una *resistenza* nei confronti di un autentico processo di sviluppo psicologico. Se indubbiamente questo può essere vero in molti casi, in tante altre situazioni si rischia di non cogliere la complessità dei cambiamenti che si sono verificati nella nostra società nel corso degli ultimi cinquant'anni.

Ad esempio, un discorso analogo si può fare per il sesso online, sia per quanto riguarda la pornografia che per il sesso virtuale fatto con altre persone.

La presenza del porno su Internet è pervasiva e rappresenta una delle più fiorenti attività economiche contemporanee (Tricarico, 2018). La facilità con cui anche i bambini possono avere accesso ad immagini sessuali particolarmente crude ed esplicite rappresenta una grave minaccia allo sviluppo psicologico individuale e al modo in cui la sessualità possa essere vissuta nelle relazioni interpersonali. Inoltre, la dipendenza dalla pornografia online è molto diffusa e viene portata come sintomo da molti pazienti. A fronte di tali aspetti più inquietanti occorre però considerare che «l'esplorazione di siti porno su Internet è ormai parte dell'educazione sessuale virtuale degli adolescenti, mentre ad ogni età questa esplorazione viene utilizzata come divertimento sia solitario che di coppia durante la sessualità» (Castellet y Ballarà, 2021, p. 55). Pertanto, se da un lato la facilità di accesso a materiale pornografico tramite Internet contribuisce ad un diffuso degrado della qualità delle relazioni (non solo sessuali), soprattutto nei soggetti più fragili e privi di un supporto familiare e sociale adeguato, per un altro verso la frequentazione di siti porno è un fenomeno così diffuso da richiedere una riflessione più complessa, soprattutto per ciò che riguarda il fenomeno della dipendenza. Come in altre analoghe forme di dipendenza (uso di sostanze, gioco, ecc.), questa non si instaura esclusivamente a seguito della disponibilità dell'oggetto da cui si dipende (facilità di accesso alla pornografia via Internet) ma è anche espressione di condizioni psichiche preesistenti di cui la dipendenza da Internet può essere sintomo. Può trattarsi, ad esempio, di traumi relazionali precoci, dissociati ed erotizzati, per i quali l'universo pornografico può fungere da teatro nel quale il trauma viene inconsapevolmente fantasticato in forma di *acting out*, spesso a ruoli invertiti (Castellet y Ballarà, 2021).

A differenza della pornografia, nel sesso virtuale si interagisce con un'altra persona condividendo fantasie erotiche che provocano eccitazione fino a sperimentare o meno un orgasmo. In questo caso la fantasia masturbatoria non è solo stimolata dalle immagini, ma c'è un'interazione con l'altra persona che implica l'uso del linguaggio, scritto o parlato; inoltre, la

possibilità dell'anonimato permette di proporsi con una identità diversa da quella reale per quanto riguarda l'età, le caratteristiche fisiche e il genere sessuale. Tutto ciò permette di esprimere, nella relazione virtuale con l'altro/a, fantasie e desideri spesso coperti da profonde vergogne, di cui si farebbe molta fatica a parlare in presenza di un'altra persona, alle volte anche con l'analista. Come nel caso di un mio paziente che è riuscito a parlare di una sua fantasia masochista molto intensa solo con persone anonime su Internet, con le quali solo un po' alla volta è riuscito a poter sperimentare una eccitazione condivisa per le dinamiche sadomasochiste fantasticate. In un primo momento, provò solo un misto di angoscia e di sollievo: angoscia per il carattere fortemente egodistonico delle fantasie; sollievo perché finalmente riusciva a parlarne con qualcuno. Poi, progressivamente, ha potuto sperimentare una vera eccitazione erotica che, nonostante l'angoscia che continuava a provare, gli ha consentito di fare un'esperienza più incarnata delle sue fantasie, permettendogli di viverle ed esprimerle non solo attraverso la parola, ma anche attraverso il corpo, eroticamente coinvolto in una relazione virtuale con un'altra persona. Tutto ciò ha avuto un importante riflesso anche nel lavoro analitico, nel quale è stato possibile accogliere ed esplorare le forti reazioni affettive che tali esperienze suscitavano in lui, e le cui dinamiche di potere si riflettevano anche nella relazione analitica.

Quando questi usi del mondo virtuale (pornografia e sesso virtuale) compaiono nella relazione analitica, per quanto possano presentarsi nella forma di sintomi coriacei ed autodistruttivi (dipendenza), andrebbero considerati anche come una modalità attraverso la quale i nostri pazienti, spesso a propria insaputa, stanno cercando di entrare in contatto con una parte più autentica di sé stessi e, dunque, qualcosa di molto diverso rispetto a ciò che abitualmente si intende come resistenza o difesa.

Corpo, presenza e analisi online

Le opinioni sulla opportunità, se non sulla liceità, di svolgere l'analisi online sono molto differenziate e per alcuni versi contrapposte. Prima della pandemia le differenze di opinioni assumevano anche una forte connotazione etica, quasi "guerre di religione", poiché ciò che era in ballo sembrava toccare il nucleo stesso (indefinito, ambiguo ma essenziale) del senso del lavoro analitico (Strumia, 2014). La necessità di utilizzare mezzi di comunicazione a distanza durante la pandemia ha reso questa pratica molto più diffusa, e questo ha verosimilmente ridotto l'intensità del confronto tra posizioni contrapposte. Tale confronto è comunque necessario dal momento che il radicale cambiamento di setting provocato dall'analisi online ci

obbliga ad interrogarci su alcuni aspetti fondamentali del nostro lavoro. Infatti, una delle opportunità offerte da questo cambiamento di setting è che le differenze tra analisi in presenza e analisi online potrebbero aiutarci a riconoscere meglio ciò che «nel nostro modo di operare propenda verso il mistero dell'individuazione e del rapporto umano e quanto sia attaccamento ai rituali, abitudine, utilizzo di metafore morte idealizzate» (Strumia, 2014, p. 53).

I motivi a favore dell'uso dei mezzi di comunicazione digitale in analisi riguardano prevalentemente la possibilità di risolvere i problemi legati alla distanza, che sono in parte conseguenza delle profonde trasformazioni socioeconomiche che si sono verificate nelle nostre società: molte persone, infatti, devono viaggiare spesso o trasferire la loro residenza per motivi di lavoro. Ma, in altri casi, il problema della distanza è generato dall'impossibilità a raggiungere lo studio dell'analista per malattia o impedimenti fisici di altro genere, oppure perché si vive in luoghi isolati dove non c'è disponibilità di un analista (Sabbadini, 2014; Manica, 2021; Ripa di Meana, 2021). Oltre a questi motivi pratico-logistici, diversi autori segnalano il fatto che, talvolta, nella comunicazione a distanza i pazienti raccontano esperienze traumatiche che non emergono nell'analisi in presenza (Röesler, 2017; Zoppi, 2021), come se l'uso dell'interfaccia digitale riducesse la vergogna, non solo a livello cosciente (“c'è qualcosa che mi è accaduto ma non ne parlo in presenza dell'analista perché mi vergogno troppo”) ma anche a livello inconscio. Questo può dipendere dal fatto che la possibilità di ricordare esperienze traumatiche dissociate, cariche di terrore e vergogna, può essere impedita da questi stati affettivi, che ne ostacolano non solo la possibilità di condividerli con altri, ma prima ancora la capacità psichica di poterne avere una rappresentazione interna sufficientemente coerente da poterla esprimere, in immagini o in parole. Però se l'altro non è presente fisicamente ma collegato al telefono o tramite Skype, l'intensità di queste emozioni (soprattutto della vergogna) è minore, e questo facilita, in alcuni casi, la possibilità di rievocare in maniera sufficientemente coerente memorie traumatiche dissociate. Un discorso analogo può essere fatto per l'uso di mezzi di comunicazione digitale tra analista e paziente, come mail, WhatsApp, SMS, nel corso di un'analisi che si svolge in modo tradizionale. Talvolta, questi canali di comunicazione tra analista e paziente vanno a costituire setting paralleli che possono assumere significati molto diversi all'interno della relazione terapeutica, e in taluni casi rappresentare una minaccia per lo svolgimento del lavoro analitico. Però, in altri casi, essi possono offrire l'opportunità di far emergere particolari nuclei complessuali dissociati, che non riescono a trovare adeguata possibilità di rappresentazione all'interno del setting tradizionale (Alfani, 2024).

Accanto a questi motivi a favore, ci sono poi i motivi “contro”, che suscitano forti perplessità nei confronti di una pratica analitica svolta tramite mezzi di comunicazione digitale. Ne elenco alcuni: l’assenza nello stesso luogo dei corpi di entrambi i membri della coppia analitica potrebbe impedire la percezione di gran parte degli aspetti non verbali della comunicazione; l’uso di mezzi tecnologici toglie “naturalità” all’incontro, alterando la sensazione di “presenza” che può essere vissuta nella relazione con l’altro; la terapia online sarebbe più adatta a psicoterapie di indirizzo comportamentista e cognitivista dal momento che sembra svolgersi su registri comunicativi di tipo prevalentemente razionale, sacrificando la componente somato-affettiva della nostra personalità; i mezzi tecnologici di comunicazione hanno frequenti disturbi di funzionamento che alterano sia l’immagine che la voce di paziente e analista e, inoltre, non garantiscono la privacy dei loro dialoghi; la possibilità di essere costantemente connessi ostacola la possibilità di elaborare la perdita e di poter sperimentare l’assenza dell’altro (Isaacs Russell, 2015; Churcher, 2015; Rösler, 2017; Wiener, 2021).

Si tratta di argomenti complessi, affrontati da diversi autori in maniera approfondita (Carlino, 2011; Isaacs Russell, 2015; Savege Scharff, 2017, 2018; Lemma, 2017). In queste riflessioni mi limiterò a trattare brevemente due temi tra quelli citati: il significato della presenza e il ruolo del corpo.

Prima però una premessa di carattere personale: ho svolto e svolgo analisi esclusivamente in presenza così come analisi esclusivamente online, ma anche analisi che sono iniziate in presenza e che poi si sono trasformate in analisi online non solo a causa del Covid-19, ma anche per miei motivi personali, quando ho deciso di trasferirmi in un’altra città rispetto a quella in cui avevo vissuto fino ad allora. Tutto ciò non può non influenzare le mie opinioni al riguardo, che sono evidentemente anche condizionate dai miei personali percorsi di vita.

Ad esempio, quando comunicai a Francesca, con due anni di anticipo, che mi sarei trasferito in un’altra città, la sua reazione fu di disperazione e di profonda rabbia. Molto comprensibilmente si sentiva abbandonata da me e protestò con veemenza. Doveva decidere se interrompere l’analisi con me e iniziare eventualmente con un altro analista, oppure se accettare di continuare con me via Skype, cosa che poi decise di fare. Il periodo successivo di analisi in presenza fu occupato prevalentemente da questo tema e dal tentativo da parte sua di mantenere vivo il rapporto con me nonostante i sentimenti di rabbia che provava nei miei confronti, suscitati dalla ingiustizia subita. Provava anche molta invidia nei miei confronti, perché ero in grado di prendere una decisione autonoma senza esserne impedito dai sentimenti di colpa nei confronti suoi e degli altri pazienti. Lei, invece, aveva sempre fatto molta fatica a emanciparsi dalla sua famiglia d’origine, in parte per le fobie di cui soffriva, e in parte perché si era sentita condizionata dai ricatti morali dei

suoi genitori; dal padre, gravemente fobico-ossessivo, che aveva sempre richiesto molte attenzioni, e dalla madre, che aveva sempre percepito come molto lontana, poco disponibile all'ascolto della figlia perché assorbita dalle richieste del marito. Il tema dell'abbandono e del sentirsi trascurata da me era sempre stato molto presente durante tutta l'analisi: non si sentiva tenuta in mente da me e nell'intervallo tra le sedute aveva la sensazione che io non esistessi: razionalmente sapeva che io esistevo, ma non sentiva la mia presenza dentro di lei. Quando le sedute terminavano lei aveva l'impressione che io la cacciassi fuori, non potendo più sopportare la sua presenza a causa della modalità eccessivamente dipendente con cui si relazionava con me. E allora i piccoli rituali che svolgeva, sia prima della seduta che dopo la sua conclusione (venire in auto, cercare il parcheggio, fare qualche acquisto nei negozi vicino al mio studio), la aiutavano a tollerare la violenza dei limiti imposti dal tempo della seduta, erano dei piccoli riti di ingresso e di uscita che ammortizzavano l'impatto emotivo dell'incontro. Tutto ciò si perse quando passammo alle sedute via Skype, e lei non mancò di farmelo notare. Però mi disse anche che, con la mediazione dello schermo, mi percepiva meno difeso, come se avessi meno paura di un coinvolgimento erotico con lei, un tema questo che avevamo già affrontato nelle sedute in presenza. Lei aveva l'impressione che uno dei motivi per cui avvertiva che io la tenessi a distanza dipendesse dal mio timore di poter essere coinvolto eroticamente nei suoi confronti, e pur ammettendo che questa poteva essere una proiezione su di me di suoi sentimenti erotici ambivalenti, ribadiva comunque che ciò che lei percepiva era che fossi io quello che si difendeva da un rapporto più intimo e profondo con lei. Adesso la distanza e l'interposizione dello schermo attenuavano questa minaccia, e così lei poteva percepirmi meno difeso.

L'analisi online (e, sicuramente, anche il forzato cambiamento di setting) hanno permesso una progressiva elaborazione di questi temi, incentrati attorno alla possibilità di acquisire un senso di libertà personale e di autonomia, strettamente correlata alla possibilità di tollerare la separazione e la perdita, potendo però al tempo stesso sviluppare un legame profondo con l'altro, erotico anche se non sessualizzato. Dopo circa due anni di analisi online Francesca ebbe un sogno: una dirigente del suo ufficio le chiede di fare un lavoro con urgenza, ma poi, quando lei va a riferirle l'esito, è distratta, sembra infastidita dalla sua presenza. L'impressione è che le abbia affidato quel lavoro non perché fosse veramente urgente, ma solo per riempire il tempo. Poi arriva una collega, che le dice che ha partecipato ad un concorso e lo ha vinto, e questo le ha dato molto coraggio. La collega aggiunge anche che il cambiamento è possibile, bisogna provarci, senza dover dimostrare nulla a nessuno.

Il sogno arriva dopo uno spostamento di seduta che si era reso necessario a causa di un suo breve viaggio fuori città. Durante il viaggio era riuscita a fare una serie di cose che temeva di non essere in grado di fare a causa delle sue fobie. Lei stessa mette in relazione le figure del sogno con propri personaggi interiori: l'atteggiamento della dirigente le ricorda l'urgenza con la quale lei chiede di essere accudita e presa in considerazione, un'urgenza che si rivela superflua, "solo un modo per riempire il tempo". Peraltro, l'atteggiamento scostante della dirigente richiama anche la mia figura, la sensazione che io la voglia tenere a distanza. E poi la collega che si accorge che il cambiamento è possibile dopo aver vinto il concorso le fa

pensare che anche lei nei giorni precedenti era riuscita a vincere le sue paure, e che lo spostamento della seduta non aveva provocato le conseguenze negative che lei sempre paventava. *“Quello che la collega mi trasmetteva nel sogno era che fosse riconciliata con sé stessa, che non dovesse dimostrare niente a nessuno. E poi volevo dirle che durante questo viaggio ho percepito la sua presenza dentro di me. È stata una sensazione nuova, non come in passato che sentivo che lei non c’era”*.

È molto importante notare come la mia presenza, percepita intrapsichicamente da Francesca durante il viaggio, abbia corrisposto ad una sua maggiore capacità di affrontare le fobie. In quella occasione, la mia immagine ha acquisito una qualità cognitivo-affettiva di presenza, che sembra aver avuto una qualche relazione con la sua maggiore capacità di attuare i suoi desideri e le sue intenzioni, senza esserne impedita dalle sue fobie.

Nel caso di Francesca, il lavoro online ha reso possibile la progressiva elaborazione di una esperienza di perdita, concretamente vissuta da lei a causa del mio trasferimento e del passaggio dalla analisi in presenza a quella online. La mia impressione è che l’aspetto fondamentale di tale lavoro sia stato quello di poter contenere all’interno della nostra relazione, nonostante il cambiamento di setting, le violente emozioni che l’esperienza di abbandono ha suscitato in Francesca, e che ha consentito lo sviluppo di quella capacità psichica fondamentale che consiste nel percepire interiormente la presenza dell’altro anche quando l’altro è assente. Tutto ciò è stato possibile anche perché, negli anni precedenti alla comunicazione del mio trasferimento, la nostra relazione si era sufficientemente consolidata da permettere un approfondito lavoro su transfert e controtransfert. L’analisi del transfert e del controtransfert (o, più semplicemente, l’analisi della relazione) non ha valore di per sé, come se fosse un simulacro dell’atteggiamento analitico, ma ha valore in quanto permette alla coppia analitica di entrare in contatto con le componenti conscia e inconscia del fondo affettivo che stanno sperimentando in quel momento. Analisi della relazione non significa attribuire in modo esplicito, quasi ossessivamente, un significato relazionale a tutto ciò che accade nel rapporto tra analista e paziente. Significa, essenzialmente, sviluppare un atteggiamento interiore, un setting interno, che tenda a sintonizzarsi su quanto avviene in seduta come espressione delle vicissitudini emotive sperimentate dalla coppia analitica in quel momento. Pertanto «dal vertice del setting interno dell’analista tutti i fatti dell’analisi, eventi, discorsi, all’occorrenza anche gli oggetti dell’arredamento, sono visti in funzione del campo analitico intersoggettivo, della realtà psichica e del transfert» (Civitaresse, 2011, p. 154).

Questo sintonizzarsi sulla realtà emotiva dell’incontro favorisce lo sviluppo e la crescita della funzione trascendente (Jung, 1957, 1958), che «permette di gettare un ponte tra coscienza e inconscio» (Jung, 1917, 1943,

p. 81), cioè della capacità di essere in contatto e dialogare con la psiche inconscia e poter rendere progressivamente rappresentabili, pensabili e dicibili le proprie vicissitudini interiori. Questo conferisce al paziente e all'analista la sensazione di stare sperimentando un'esperienza sufficientemente autentica, cioè sufficientemente radicata nel mondo affettivo di ciascuno dei due. Però, quando il contatto con il fondo affettivo della relazione si attenua o viene smarrito, il rapporto si colora di un senso di inautenticità che condiziona lo sviluppo dell'analisi e può arrivare a metterne in pericolo la continuazione stessa. Nel caso di Francesca, la possibilità di lavorare sulle emozioni suscitate dalla relazione ha permesso che l'analisi non si interrompesse, nonostante il trauma dell'abbandono subito (anzi, non posso fare a meno di chiedermi se e come questo processo avrebbe avuto modo di svolgersi qualora io non avessi dovuto trasferirmi in un'altra città).

Allora, un punto molto importante da considerare è se l'analisi a distanza permetta una analisi adeguata delle emozioni vissute dalla coppia analitica, o se il fatto di non essere fisicamente presenti nello stesso luogo aumenti il rischio di inautenticità, cioè una maggiore difficoltà ad essere in contatto con il fondo affettivo della relazione. Questo vale per il paziente ma anche per l'analista, che in queste occasioni rischia di perdere la connessione emotiva con il paziente se, a sua volta, non riesce a recuperare una sufficiente connessione con le proprie emozioni.

Nel caso di Francesca, il suo modo di esprimere le proprie emozioni mi ha continuamente costretto a sintonizzarmi sulle mie di emozioni, e riconoscere in quale misura la sua sensazione di essere tenuta a distanza da me corrispondesse a stati d'animo autenticamente sperimentati da me, in maniera più o meno consapevole. Questo lavoro sulle emozioni ha permesso che lei, progressivamente, riuscisse a superare la difficoltà a percepire la mia presenza dentro di lei, cosa per lei impossibile fintantoché non siamo stati in grado di condividere anche i sentimenti di insofferenza alla presenza dell'altro che la sua modalità adesiva e fusionale di cercare la relazione suscitavano in me, analoghi al sentimento di sentirsi invasa e non rispettata nella sua soggettività che Francesca aveva provato nel rapporto con entrambi i genitori.

Nella terapia con Francesca il tema della presenza si è dunque manifestato sotto diverse forme: essere nello stesso luogo per svolgere l'analisi; essere in contatto solo tramite strumenti informatici; riuscire a sviluppare un senso interiore della mia presenza, che le facesse percepire l'esistenza di una relazione con me anche quando io non c'ero. Riguardo al tema della presenza, quest'ultimo mi sembra essere l'aspetto fondamentale, non solo per Francesca ma anche per molti altri pazienti, se non per tutti. Si tratta di quel passaggio psichico essenziale che permette di trasformare la perdita in

assenza: l'altro non è presente fisicamente, ma io ne percepisco la presenza nel mio mondo interno, accompagnata dal sentimento dell'assenza: "Assenza, più acuta presenza", come recitava il poeta Attilio Bertolucci.

Allora alcune obiezioni, relative alla terapia online riguardanti l'esperienza della presenza, vanno considerate in maniera approfondita. Ad esempio, Wiener (2021) afferma: «Lavorando online mi sembra di essere in presenza di un'assenza, e sono d'accordo con Isaacs Russell [...] quando descrive la telepresenza come un'illusione di presenza. Non sono la stessa cosa. Per essere pienamente presenti, è necessario che i corpi siano presenti nella stanza» (p. 796). Ma l'analisi, per potersi svolgere, ha bisogno che analista e paziente siano "pienamente presenti" nel senso di essere fisicamente presenti con i propri corpi? L'analisi non è, piuttosto, costitutivamente articolata intorno ad una presenza che evoca un'assenza, e buona parte del lavoro analitico non si svolge proprio intorno a questa irrisolvibile ambiguità?

I ricercatori che operano nel campo della psicologia correlata all'informatica e alla realtà virtuale si sono dedicati con particolare attenzione ad una definizione pratica di presenza. Le tecnologie di comunicazione tanto più funzionano quanto più si ha l'illusione che lo strumento mediatico non ci sia, cioè quanto più permettono "l'illusione percettiva di non-mediazione" (Lombard e Ditton, 1997). Se io guardo qualcuno che parla animatamente al telefono, vedo che è completamente assorbito dalla conversazione, ed anche la postura, i gesti, accompagnano le parole come se l'altra persona fosse lì presente e il telefono non ci fosse. Ma se compare qualche disturbo sulla linea telefonica, l'illusione percettiva di non-mediazione si interrompe, il senso di presenza svanisce ed anche la postura si modifica: ciò che è presente adesso è il telefono e non la persona con cui eravamo in collegamento fino a pochi secondi prima. Per dar conto dei fenomeni che si verificano nella realtà virtuale non è però sufficiente definire la presenza solo in termini di illusione percettiva di non-mediazione. I ricercatori in questo campo ne hanno elaborato un concetto più pratico, che ne definisce le caratteristiche nel momento in cui viene sperimentata, e non semplicemente come conseguenza dell'illusione che non ci sia un mezzo tecnologico che permette il contatto con l'altro. La presenza è stata allora definita come «la sensazione pre-riflessiva di "essere" in un ambiente, reale o virtuale, che deriva dalla capacità, intuitivamente percepita, di realizzare le proprie intenzioni all'interno di quell'ambiente» (Riva e Mantovani, 2014, p. 14). In questa definizione, tratta dagli studi sulla realtà virtuale, si ripropone in una certa misura l'affermazione di Jung: "Reale è ciò che agisce". Io sento di essere presente in un ambiente nella misura in cui sento che potrei agire in quell'ambiente, a prescindere dal fatto che poi io concretamente agisca o meno. Affinché io possa agire, ed una serie di fenomeni siano

possibili, la presenza fisica è importante, ma non indispensabile: se nella analisi online io ho la sensazione preriflessiva di essere in un ambiente nel quale posso realizzare le intenzioni suscitate dallo stare in quell'ambiente (ad esempio, raccontare un sogno che desidero raccontare, narrare un ricordo che mi è tornato alla mente, esprimere le emozioni suscitate dalla relazione analitica), allora io faccio una esperienza di presenza.

Dunque, a me sembra che il problema non riguardi tanto cosa debba intendersi per presenza, ma piuttosto in che misura l'analisi a distanza consenta o meno di poter lavorare su questi aspetti in maniera adeguata a sviluppare il dialogo tra coscienza e inconscio, permettendo di farne una esperienza incarnata, che permetta cioè di sperimentare le emozioni attivate dal lavoro analitico secondo una modalità tanto psichica quanto viscerale, attraverso una integrazione psico-corporea.

Ad esempio, un mio paziente, Carlo, mi ha contattato dopo alcuni anni dalla conclusione di una precedente analisi per una serie di difficoltà sorte nella relazione con la moglie dopo la nascita del figlio. L'idea di dover lavorare via Skype a causa del mio trasferimento non gli faceva piacere, ma ciononostante decise di provare lasciando aperta la possibilità, qualora si fosse trovato a disagio, di rinunciare e rivolgersi ad un altro analista per poter svolgere un'analisi in presenza. Durante una seduta, che si è svolta dopo un paio di mesi dall'inizio degli incontri via Skype, Carlo mi raccontò di aver trascorso un pomeriggio a giocare con il figlio in un parco dove anche lui giocava da bambino. Improvvisamente, nel corso della seduta, rivide sé stesso nel figlio e suo padre in lui, e questo gli provocò una profonda commozione, tanto da non poter continuare a parlare. Dopo essersi calmato, mi descrisse ciò che aveva provato, in particolare le sensazioni somato-viscerali: la gola che si era chiusa, un peso in mezzo al petto, e poi il senso di liberazione nello scoppiare a piangere. E poi aggiunse: *“Che strano, una cosa del genere non era mai successa quando ci vedevamo nel suo studio. E sì che pensavo che vedendoci via Skype il nostro lavoro avrebbe avuto un che di artificiale”*. Ciò che è accaduto con Carlo mette in evidenza che, durante la comunicazione online, il corpo del paziente (così come quello dell'analista) sono comunque chiamati in causa, anche se non c'è la presenza fisica contemporanea nello stesso luogo. Inoltre, il corpo dell'analista può essere anche coinvolto in forme di controtransfert corporeo, come descritto da Savege Scharff la quale, nel corso di una seduta online con un paziente che aveva subito un abuso sessuale durante l'infanzia ma di cui non era mai riuscito a parlare con l'analista, cominciò a tossire in modo incontrollabile proprio mentre il paziente faceva altrettanto. Immaginando di tossire in risonanza con il paziente, la cui tosse sembrava esprimere la difficoltà a parlare di quella esperienza, l'analista ebbe improvvisamente l'immagine di vomitare su un pene. Quando la tosse si calmò disse al paziente che aveva l'impressione che lui non riuscisse ad evacuare una immagine traumatica e, a quel punto, il paziente riuscì a raccontare che durante l'infanzia era stato costretto ad un rapporto orale da un ragazzo più grande (Savege Scharff, 2014, p. 56).

Conclusioni

L'impatto dell'era digitale sulla nostra professione è molto ampio. Si pensi, ad esempio, alla grande diffusione di piattaforme digitali sorte dopo la pandemia che offrono psicoterapia esclusivamente online e che rappresentano per molti giovani colleghi una importante fonte di lavoro e di esperienza, ma che rischiano però di modificare profondamente le caratteristiche del lavoro psicoterapeutico, se non ci attrezziamo in maniera adeguata a comprendere meglio ciò che avviene nella comunicazione online.

Tutto ciò ci obbliga ad interrogarci sul modo in cui cambiamenti così rapidi e radicali condizionino la nostra vita psichica e la nostra professione. Nel far questo non possiamo non essere condizionati da posizioni soggettive, giudizi e pregiudizi, esperienze che emergono anche dai nostri personali percorsi di vita e dalla maggiore o minore confidenza con l'uso di mezzi tecnologici. Ciò che è importante è poter condividere le esperienze e le riflessioni che emergono da tali esperienze, e che aiutano ciascuno di noi a cogliere un po' meglio la natura sfuggente ed elusiva del lavoro analitico, sia quello svolto online che quello svolto in presenza. Questo può richiedere la revisione di alcuni concetti teorici e tecnici a cui facciamo riferimento nel nostro lavoro, primo fra tutti il ruolo che attribuiamo al setting e il modo in cui lo utilizziamo nella nostra pratica clinica, che nel corso degli anni sono profondamente cambiati (Alfani, *et al.*, 2016). Questo non significa un abbandono o una rinuncia a questi punti di riferimento fondamentali dell'analisi, ma semmai può offrire l'opportunità di una più profonda comprensione di alcuni aspetti della cura psichica, nel momento in cui essa viene sperimentata in un contesto profondamente diverso rispetto a quello abituale.

Merleau-Ponty, un filosofo al cui pensiero si fa spesso riferimento quando si riflette sulla realtà virtuale e sul rapporto tra il corpo e gli oggetti che ne condizionano la presenza nello spazio, scriveva: «Pensare non è possedere oggetti di pensiero: è circoscrivere, mediante questi ultimi, un campo da pensare, che dunque non pensiamo ancora» (1960, p. 188). Riflettere sull'analisi online delimita un campo di esperienza che è in parte tutto da pensare, e mette alla prova i nostri abituali modelli di pensiero, a cui in maniera più o meno consapevole facciamo riferimento nel corso del nostro lavoro. Aspetti significativi dell'analisi, quali la percezione del corpo proprio ed altrui, la sensazione di essere presenti, il rapporto tra setting esterno e setting interno dell'analista, appaiono ai nostri occhi, nell'analisi online, in una luce diversa, secondo una prospettiva inedita. Oggetti di pensiero che credevamo di possedere nascondono zone d'ombra, un campo del reale ancora incolto e da esplorare. Un campo che ci arrisichiamo a percorrere sapendo che forse

quell'esplorazione potrà inaugurare una crisi della nostra *Weltanschauung*, che potrà rivelarsi salutare nella misura in cui permetterà di svelare le incrostazioni ormai obsolete del nostro modo di pensare, ma che può anche consentirci di riconoscerne gli elementi vitali che chiedono di essere reconsiderati in una prospettiva adeguata all'esperienza attuale.

Bibliografia

- Alfani F. (2024). *Affettività, Dissociazione e Setting Paralleli*. (In corso di pubblicazione).
- Alfani F., Berruti G., Rogora C. (2016). Sul Setting. *Studi Jungiani*, 43: 43-61. DOI: 10.3280/JUN2016-043003.
- Carlino R. (2011). *Distance Psychoanalysis*. London-New York: Routledge.
- Castellet y Ballarà F. (2021). Pornografia, masturbazione e trauma relazionale precoce. *Psicobiattivo*, 2: 52-64. DOI: 10.3280/PSOB2021-002003.
- Churcher J. (2015). *The psychoanalytic setting, the body schema, telecommunications and telepresence: some implications of José Bleger's concept of 'encuadre'*. Testo disponibile al sito: <https://www.academia.edu/12802860>. DOI: 10.13140/RG.2.1.2149.6483.
- Civitaresse G. (2011). *La violenza delle emozioni*. Milano: Raffaello Cortina.
- Di Giuseppe B., Martini S. (2020). Il lockdown e "l'Upside Down". Potenzialità e rischi della psicoterapia online al tempo del coronavirus. *Psicobiattivo*, 2: 81-94. DOI: 10.3280/PSOB2020-002007.
- Ferrari A.B. (1992). *L'eclissi del corpo. Una ipotesi psicoanalitica*. Roma: Borla.
- Finelli R. (2022). *Filosofia e Tecnologia*. Torino: Rosenberg & Sellier.
- Jung C.G. (1917/1943). Über die Psychologie des Unbewussten (trad. it.: Psicologia dell'inconscio. In: *Opere*, vol. 7. Torino: Boringhieri, 1983).
- Jung C.G. (1933). Wirklichkeit und Überwirklichkeit (trad. it.: Realtà e surrealità. In: *Opere*, vol. 8. Torino: Boringhieri, 1976).
- Jung C.G. (1957/1958). Die transzendente Funktion (trad. it.: La funzione trascendente. In: *Opere*, vol. 8. Torino: Boringhieri, 1976).
- Isaacs Russell G. (2015). *Screen Relations: The Limits of Computer-Mediated Psychoanalysis and Psychotherapy*. London: Karnac (trad. it.: *Psicoanalisi attraverso lo schermo. I limiti delle terapie online*. Roma: Astrolabio Ubaldini, 2017).
- Lemma A. (2011). *Sotto la pelle. Psicoanalisi delle modificazioni corporee*. Milano: Raffaello Cortina.
- Lemma A. (2015). La psicoanalisi ai tempi della tecnocultura: alcune riflessioni sul destino del corpo nello spazio virtuale. *Rivista di Psicoanalisi*, 61, 2: 457-476.
- Lemma A. (2017). *The Digital Age on the Couch*. London-New York: Routledge.
- Lemma A. (2022). *Transgender Identities. A Contemporary Introduction*. London: Routledge (trad. it.: *Le Identità Transgender. Un'introduzione contemporanea*. Milano: Franco Angeli, 2023).
- Lemma A., Caparrotta L., a cura di (2014). *Psychoanalysis in the Technoculture Era*. London-New York: Routledge.
- Lingiardi V., Nardelli N., Giovanardi G., Speranza A.M. (2023). *Consulenza psicologica e psicoterapia con persone lesbiche, gay, bisessuali, transgender, non binarie*. Milano: Raffaello Cortina.
- Lombard M., Ditton T. (1997). At the Heart of It All: The Concept of Presence. *Journal of Computer-Mediated Communication*, 3: 2. DOI: 10.1111/j.1083-6101.1997.tb00072.x.

- Manica M. (2021). *Coscienza e intuizione. Psicoanalisi al tempo della pandemia*. Roma: Alpes Italia.
- Merleau-Ponty M. (1960). *Signes*. Paris: Gallimard (trad. it.: *Segni*. Milano: Il Saggiatore, 2015).
- Oddo L. (2018). *L'Inconscio tra reale e virtuale. Dopo Jung. Visioni della comunicazione informatica*. Bergamo: Moretti & Vitali.
- Ripa di Meana G. (2021). Non è stata la pandemia... L'inconscio. *Rivista Italiana di Filosofia e Psicoanalisi*, 11: 95-114. DOI: 10.19226/179.
- Riva G., Mantovani F. (2014). Extending the Self through the Tools and the Others: a General Framework for Presence and Social Presence in Mediated Interactions. In: Riva G., Waterworth J., Murray D., eds., *Interacting with Presence: HCI and the Sense of Presence in Computer-mediated Environments*. Warsaw-Berlin: De Gruyter Open.
- Röesler 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.
- Sabbadini A. (2014). New technologies and the psychoanalytic setting. In: Lemma A., Caparrotta L., a cura di, *Psychoanalysis in the Technoculture Era*. London-New York: Routledge.
- Savege Scharff J. (2014). Clinical issues in analyses over the telephone and the internet. In: Lemma A., Caparrotta L., a cura di, *Psychoanalysis in the Technoculture Era*. London-New York: Routledge.
- Savege Scharff J. (2017). *Psychoanalysis online. The Teleanalytic Setting*, vol. 3. New York: Routledge.
- Savege Scharff J. (2019). *Psychoanalysis online. Teleanalytic Practice, Teaching, and Clinical Research*, vol. 4. London-New York: Routledge.
- Steiner J. (1993). *Psychic Retreats. Pathological Organisations in Psychotic, Neurotic and Borderline Patients*. London: Routledge (trad. it.: *I rifugi della mente*. Torino: Bollati Boringhieri, 1996).
- Strumia F. (2014). Note sulla terapia online. *Psicobiettivo*, 34, 3: 51-65. DOI: 10.3280/PSOB-2014-003004.
- Tabasso C. (2020). La connessione analitica: riflessioni sul setting online. *Studi Junghiani*, 51: 123-132. DOI: 10.3280/jun51-2020oa9811.
- Tricarico G. (2018). *Lost Goddesses. A kaleidoscope on porn*. London-New York: Routledge.
- Wiener J. (2021). Reflections on the role of the analytic setting in the light of COVID-19. *Journal of Analytical Psychology*, 66, 4: 793-812. DOI: 10.1111/1468-5922.12717.
- Zoppi L. (2023). "Blade Runner" und die Welt des echten Lebens. Analytisches Setting und Übertragungsdynamik. *Analytische Psychologie*, 1: 120-129.

La storia di L.: riflessioni sul concetto junghiano di sincronicità
Cristina Brunialti*

Ricevuto il 18 settembre 2023
Accolto il 21 ottobre 2023

La sincronicità dà origine, con la sua intrinseca qualità di significato, a un'immagine del mondo così difficilmente rappresentabile, da riuscire quasi sconvolgente.
C.G. Jung, La sincronicità.

Il paziente che non è in grado di sognare non potrà né addormentarsi né svegliarsi: da qui quel singolare stato che si riscontra in clinica quando vediamo uno psicotico che si comporta come se si trovasse proprio così.
A. Bion, Apprendere dall'esperienza.

Riassunto

Nel presente lavoro si potrà rintracciare un filo conduttore che da circa otto anni contraddistingue il lavoro con questo paziente, evidenziando alcuni cambiamenti nel paziente, nell'analista e nella relazione analitica. In questo senso, lo schema A di questo scritto si pone come un'ipotesi di funzionamento della relazione analista-paziente in un preciso momento del processo analitico che, grazie al *contatto psichico non confusivo*, sembrerebbe aver consentito la fuoriuscita del paziente da un importante stato regressivo. L'ipotesi si basa su evidenze cliniche relative allo sviluppo del concetto junghiano di sincronicità.

Parole chiave: *inconscio, sincronicità, immagini, psicosi, controtransfert, relazione analitica.*

* Psicologa, psicoterapeuta, specialista in psicologia analitica, membro ordinario con funzioni didattiche dell'AIPA, membro della IAAP. È stata dal 2013 al 2023 socio ordinario del Laboratorio Italiano di Psicoanalisi Multifamiliare. Ha condotto un gruppo di psicoanalisi multifamiliare per la durata di dieci anni. Dal 2017 al 2021 è stata professore a contratto presso un ateneo romano per l'alta formazione degli insegnanti di sostegno.

Via Gaspare Gozzi 55, 00145 Roma. E-mail: cribrunialti@gmail.com

Studi Junghiani (ISSN 1828-5147, ISSN e 1971-8411), vol. 29, n. 2, 2023
DOI: 10.3280/jun58-2023oa16608

Abstract. *The story of L.: reflections on the Jungian concept of synchronicity*

In the present work it will be possible to trace a common thread that has characterized the work with this patient for about eight years, highlighting some changes in the patient, in the analyst and in the analytic relationship. In this sense, scheme A of this article presents itself as a hypothesis of the functioning of the analyst-patient relationship in a precise moment of the analytic process, which, thanks to the *non-confusional psychic contact*, would seem to have allowed the patient to escape from an important state regressive. The hypothesis is based on clinical evidence relating to the development of the Jungian concept of synchronicity.

Key words: *unconscious, synchronicity, images, psychosis, countertransference, analytical relation.*

Premessa

Nel presente lavoro analitico mi sono avvalsa di un modello di setting bi-modale, nel quale il paziente ha avuto accesso sia ad un percorso individuale che ad uno gruppale. Il fattore tempo delle sedute individuali è stato rivisitato consentendo una fruizione più fluida del percorso e garantendone la continuità. Inoltre, mi sono concentrata su un'ipotesi relativa al concetto di sincronicità di Jung sulla quale ragionavo da tempo. Tale concetto, inteso da Jung come un fenomeno nel quale psiche e materia si toccano grazie ad un abbassamento del livello di coscienza e che si può manifestare attraverso una connessione di nessi acausali al di fuori delle categorie del tempo e dello spazio (Jung, 1952), in questo scritto viene in parte obiettato e ampliato da un'attenta analisi del transfert e del controtransfert. Per non disperdere troppo il mio pensiero resterò aderente a quanto si è attivato nel qui e ora della relazione analitica e non prenderò in esame i rimandi al concetto di archetipo e di psicoide, che lo stesso Jung ricollega al fenomeno della sincronicità.

Nel caso di patologie severe, spesso, l'analista si trova a dover contenere su un piano concreto i movimenti del paziente, uscendo dal suo assetto di neutralità e lasciando sullo sfondo il livello simbolico. Ho cercato di evidenziare il graduale passaggio dal concreto al simbolico, i momenti critici, le regressioni e le trasformazioni che hanno caratterizzato questa relazione analitica. Lo scritto, inoltre, mi ha permesso di approfondire alcune corrispondenze tra Jung e Bion.

I primi colloqui

Ricordo il momento del primo contatto con questo paziente, era un mattino di maggio di diversi anni fa, ricevetti una telefonata da una timida voce di ragazzo. Al primo appuntamento L. si presentò con una felpa scura e un paio di jeans; la sua aria spaesata mi trasmetteva una sensazione di malessere. Copriva il capo con il cappuccio, come per potersi ritirare in un involucri (Anzieu, 1987). Questa sua modalità ha rappresentato per me una precisa indicazione sul suo stato interno. Man mano che mi permetteva di entrare nei suoi vissuti, il cappuccio tendeva a scivolare sulle spalle e questo mi incoraggiava sul fatto che non stesse peggiorando. Si intravedeva un viso scarno e regolare, una testa pelata, due occhioni neri e labbra carnose. Aveva circa 25 anni, era esile con movenze lente e leggere, tanto che sembrava potesse crollare sotto un soffio di vento. Presentandosi ai primi colloqui non avvertivo emozioni nelle sue parole, si descriveva in modo meccanico: *“Vengo da (...) e sono uno studente fuori sede, ho una sorella più piccola di due anni, studio lingue e sto male con i miei colleghi, con i coinquilini con i quali condivido un appartamento”*. Così riempiva il campo nei nostri primi dialoghi e la mia attenzione spariva in un nulla come se fosse entrata in un buco nero. Contemporaneamente, sentivo le parole del paziente come se fossero appese disordinatamente nella stanza, quasi in una sorta di installazione artistica¹. Raccontava di passare molte ore del giorno e della notte a giocare al computer, tanto che non riusciva a fare nient'altro. A volte avvertivo la sensazione che nelle sue narrazioni mi trascinasse in un suo mondo virtuale; era molto difficile restare presente nel qui ed ora della seduta. Nel controtransfert ritornava l'immagine di entrare in un vortice senza poterne più uscire, così iniziava a prendere forma un quadro multiforme del paziente. Mi interrogavo sulle mie effettive possibilità di tenuta prima di prendere in carico L., perché riflettevo sul fatto che nel prendermene cura probabilmente avrei dovuto sostenere un importante sforzo psichico, rinunciando in parte alla neutralità dell'ascolto analitico. Immaginavo che mi sarei potuta trovare davanti ad un lavoro faticoso di costruzione di un raccordo tra il concreto e il simbolico. Provai timore per il rischio di entrare in un luogo dal quale, forse, immaginavo controtransferalmente che non ne sarei più uscita. Sarei stata annientata e inghiottita (sensazione controtransferale che ritornerà in seguito) per sempre in questa dimensione che il paziente mi faceva vivere attraverso identificazioni proiettive massicce? Stavo scegliendo di entrare in una relazione nella quale il paziente ci sarebbe stato a metà o, nella peggiore delle ipotesi, sarebbe restato per me irraggiungibile?

1. Le installazioni consistono in oggetti eterogenei riuniti in un nuovo contesto. Questi oggetti non sono inestricabilmente collegati [...] Il concetto di installazione è stato utilizzato nelle arti visive fin dagli anni Sessanta. Il lavoro viene messo in una situazione e utilizza l'*out-of-field*, in una dimensione non immediatamente visibile dalla persona che sta guardando: il semplice fatto di includerlo come “spettatore” richiama le nozioni di partecipazione, immersione e teatralità.

Lascio queste considerazioni per tornare alla storia familiare del paziente. Era il primogenito in una famiglia di quattro persone con una sorella minore di circa due anni, originari di un piccolo centro. Dai colloqui esplorativi si delineava una relazione molto conflittuale con il padre, che descriveva come un uomo rigido, autoritario e poco comunicativo. Della madre, impiegata statale, L. parlava come di una donna gentile, ma anche sofferente e in preda a stati depressivi importanti. Con la sorella, a suo dire, sembrava avere un rapporto ambivalente, caratterizzato da complicità ma anche da giudizio. Un dato significativo, a mio avviso, era che il nucleo familiare si presentava chiuso in sé stesso come in una fortezza impenetrabile. Ritrovavo la mia sensazione iniziale di essere davanti al rischio di non riuscire a raggiungere il vissuto emotivo di questo paziente. Il mondo esterno veniva tenuto a distanza e quindi anche parenti stretti, come nonni e zii, non entravano in una relazione autentica con questa famiglia.

La rivisitazione del setting

A conclusione delle sedute esplorative proposi un contratto analitico che tenesse conto della reale possibilità di tenuta emotiva del candidato paziente. Spesso gli individui a funzionamento psicotico o *borderline* non riescono a sostenere l'impatto emotivo e affettivo con sedute per loro troppo impegnative, ma necessitano di brevi incontri ravvicinati. Io stessa sentivo di poter avere una maggiore capacità di restare con il paziente in questo setting personalizzato, perché mi sentivo meno invasa dalla sua forte angoscia depressiva. Apro una parentesi rispetto al setting, decidendo di offrirgli due sedute a settimana con una variante importante nel fattore tempo: anziché rispettare i canonici 45 minuti, concordai sedute di 30 minuti. Sentivo che per questo paziente la percezione del tempo e dello spazio veniva vissuta in un modo amplificato: 5 minuti diventavano 15 e lo stare seduti su una poltrona poteva diventare come stare nel vuoto. Tale rivisitazione del setting nasce dalla mia esperienza di lavoro con i pazienti gravi ed in particolare dal lavoro nei gruppi del Progetto Immagine di De Franco (2000). I piccoli gruppi sperimentavano la relazione terapeutica in cicli di pochi incontri (3-5 in tutto), nei quali i pazienti vivevano micro-esperienze di relazione e di separazione. In base a questo principio, e poiché mi era stato utile in altre occasioni terapeutiche, ipotizzai che anche per L. e per me potesse essere funzionale. Successivamente, data la continua interferenza dei genitori nella vita del figlio e in considerazione dei vissuti depressivi e autodistruttivi di quest'ultimo, concordai una rivisitazione ulteriore; concordai con i colleghi, con i quali collaboro da anni nell'ambito della cura delle famiglie a funzionamento psicotico, la presa in carico della famiglia nell'ambito del Gruppo di Psicoanalisi Multifamiliare (Badaracco, 2004). La coppia genito-

riale venne inviata ad altro terapeuta. Il nuovo progetto terapeutico rientra nelle attività di una Cooperativa Sociale che si occupa di famiglie a funzionamento psicotico, con la quale mantengo una collaborazione decennale. Nel corso di questi anni ho creato con alcuni colleghi uno spazio di ascolto psicologico permanente e aperto, con consultazioni individuali, ma soprattutto centrato sulla gruppaltà. Il Municipio VIII di Roma ha stipulato con la Cooperativa una convenzione con l'utilizzo degli spazi presso un centro anziani della zona.

I primi anni di lavoro

Chiusa la parentesi sul tipo di setting, ritorno ai primi anni di lavoro che furono caratterizzati da un ascolto lento, regolare, costante. Nelle sedute vivevo un senso di noia e di pesantezza e così mi capitò di trovarmi con il pensiero completamente scisso dal qui e ora della seduta: pensavo a quando avrei innaffiato le piante del mio giardino, mentre L. mi inondava di parole. Allontanarsi dalla relazione, in questo modo, può mostrare la difficoltà che la stessa relazione può comportare, al contempo può offrire la possibilità di comprendere il vissuto del paziente (Lo Cascio, 2006). Mi ricordo dell'immagine controtransferale dell'installazione artistica, con tanti pezzi appesi e slegati tra loro, mi domandavo se e come restituire a L. tutto questo. Sentivo che ancora non era arrivato il momento per rimandare questo vissuto a L. e lo lasciai in sospeso nella mia mente.

L. nei primi mesi di terapia si feriva le mani accidentalmente, si sottoponeva a riduzioni drastiche del cibo e del sonno, si depilava completamente. Un giorno arrivò in seduta con la bocca coperta da una sciarpa; a seguito di una brutta caduta in bagno aveva sbattuto, spaccandosi i due incisivi. Non fu però possibile accedere a nessun pensiero; L. era molto agitato, quasi in uno stato di panico. Fu così che accettò una consultazione psichiatrica, cosa che nei primi tempi aveva rifiutato. Dopo alcuni mesi L. non presentò più questi sintomi, il suo stato generale si orientò verso un lieve miglioramento in termini di diminuzione dello stato di prostrazione, restava sempre un forte sconforto; inoltre, tendeva a rinchiudersi nel mondo virtuale ad ogni piccola frustrazione. Cercando di comprendere il suo utilizzo a sfondo autistico del digitale, ho vissuto controtransferalmente parte delle sue angosce psicotiche attraverso le sue massicce identificazioni proiettive. Ho cercato così di far prendere a L. familiarità con il mondo reale, gradualmente, ponendomi in ascolto, cercando di non scivolare completamente con lui nella dimensione a funzionamento psicotico. In quello stesso periodo portò un'immagine, che ripropongo così come egli la descrisse: *“Mi trovo in un prato bellissimo, sono solo. C'è solo il pavimento della mia casa, sono in piedi sul pavimento. Questa casa non ha pareti, non ha tetto, non c'è nient'altro”*. Nel lavoro su queste immagini il pavimento era come un piano

senza il resto della casa e lui era come su una zattera in mezzo al mare, si sentiva solo, ma poggiava i piedi sul pavimento. Il quadro che prendeva forma nel campo relazionale si faceva più chiaro; lo stato di isolamento e solitudine del paziente, con una perdita di riferimenti strutturali (le mura e il tetto della casa), mi facevano pensare ad un processo di derealizzazione in atto. Nello stesso tempo, mi sentivo rassicurata dal fatto che i piedi poggiassero sul pavimento, come ad indicare una sorta di possibile sostegno sul quale rimanere; pensai alla nostra relazione terapeutica come ad una sorta di zattera di salvataggio. Da questa immagine iniziò un lavoro associativo di ri-costruzione dolorosa della realtà di questo paziente. Spesso tendeva a tornare all'indifferenziato gruppo virtuale, ma accanto a tali regressioni si poneva la sua immagine del pavimento-zattera come espressione di contatto con un piano definito sul quale poggiare e dal quale poter partire. Mi sono soffermata molto sulle immagini spontanee di questo paziente, perché in tutti questi anni non ha mai portato sogni se non vaghi riferimenti a immagini oniriche che definiva incubi, senza però riuscire a parlarne.

A dire del suo psichiatra L. iniziò una terapia farmacologica, in quanto manifestava disordini nel ritmo sonno-veglia, con stati ansiosi, depressivi e tratti ossessivi, con atteggiamenti passivo-oppositivi, con ideazione che, spinta dall'ansia, dall'angoscia e da rimuginazioni insistenti, acquisiva caratteristiche atipiche, talora paranoide con evidente distacco dalla realtà. Il paziente, dopo aumento della terapia neurolettica, era diventato più consapevole e critico rispetto al suo pensiero e mostrava, tranne in momenti in cui faceva uso di alcol, una diminuzione dell'angoscia e maggiore capacità di controllarla. La terapia prescritta prevedeva Paroxetina 40 mg/die e Olanzapina 10 mg/die.

In riferimento alla tendenza a mostrarsi oppositivo, come verrà dettagliatamente ripreso in seguito, riporto le parole di Weber (2022): “Nello sviluppo evolutivo la negazione assume la qualità di risorsa nel processo d'individuazione [...] Si rilevano, infatti, nel diniego e nel rigetto la necessità di conservare un minimo livello di unità intrapsichica [...]”. Riprendendo la storia di L., nei primi mesi di terapia tendeva ad isolarsi e a non riuscire più a frequentare l'Università. Entrava in discorsi per me incomprensibili, che spesso duravano l'intera seduta, raccontava di episodi nei quali si era sentito escluso dai gruppi di amici e colleghi universitari. Si adirava verbalmente scaricando tutta la sua aggressività sul mondo esterno; in un quadro delirante nel quale l'altro, purtroppo, non esisteva se non come negativo-cattivo. Per L. erano gli altri che non lo ascoltavano, non lo capivano e lo escludevano, perché lui era troppo sensibile, troppo intelligente, troppo serio, e così via. Cito le parole di Baldassarro (2018): “[...] il masochismo e il narcisismo uniti formano una sorta di bomba esplosiva contro la vita, contro Eros e contro la funzione oggettualizzante”.

Sentivo di non riuscire a cogliere il senso delle sue parole, come se non ci fosse né un inizio né una fine nei suoi discorsi, e ripenso nuovamente alla prima seduta e all'immagine dell'installazione artistica. La sua ombra, scissa e proiettata sugli altri, non gli permetteva di poter vivere una relazione con la realtà, se non in termini deliranti. D'altra parte, questo meccanismo difensivo, che probabilmente metteva in atto da tempo, lo aveva portato in terapia, perché per lui rappresentava un di-

sturbo che a suo stesso dire avrebbe voluto eliminare. In questo periodo il paziente mi utilizzava come se fossi stata un soprammobile, un oggetto narcisistico non separato da lui. Nel controtransfert mi faceva vivere questo stato di profonda regressione in uno stato indifferenziato, nel quale siamo rimasti immersi per tanti mesi. Questa condizione della relazione analitica viene rappresentata nello schema A² (p. 53), in particolare mi riferisco allo stato 1 che ho definito di con-fusione. Riprenderò in seguito questo discorso. Tornando al paziente, penso di essere riuscita a tollerare lo stato di forte regressione grazie al setting stabile ma personalizzato; parallelamente, nel controtransfert cercavo di elaborare i miei vissuti attivati dal paziente, per evitare di immetterli nel campo (Lo Cascio, 2021).

Il rientro a casa di L. e le sedute online

Per ritrovare il filo del discorso riassumerò brevemente il periodo da dicembre 2019 a novembre 2022. Per L. fu molto difficile riuscire ad accettare di abbandonare il percorso universitario per rientrare a casa. Ciò nonostante, fu per lui di grande sollievo il poter tornare in famiglia, in un luogo che, per quanto problematico, era pur sempre rassicurante. Tale trasferimento avvenne poche settimane prima dell'inizio della pandemia per Covid-19. Nei giorni precedenti a questo momento, L. manifestò degli episodi molto ostici di grande prostrazione. Tutti noi dell'equipe eravamo molto preoccupati per lui, perché si era chiuso in camera da giorni non rispondendo alle chiamate. Non avendo più sue notizie decidemmo di agire: una collega, che partecipava al gruppo di Psicoanalisi Multifamiliare in qualità di tecnico della riabilitazione psichiatrica, chiamò il 118 e seguì gli eventi insieme agli operatori. Fu trovato in camera disteso sul letto in una forma quasi catatonica, ma non sembrava aver messo in atto delle azioni autolesionistiche. Di questo episodio L. mise in atto una completa rimozione. Di lì a qualche giorno partì. Il tutto fu concordato dall'equipe dei curanti in condivisione con L. e la sua famiglia. Ci fu una nuova presa in carico presso il CSM della sua zona di residenza per la terapia farmacologica.

Da gennaio 2020, per tutto il periodo della pandemia fino ad oggi, il percorso terapeutico di L. ha mantenuto una continuità costante nel tempo, grazie alle sedute online. Da quando L. è rientrato a casa, dopo una prima fase di elaborazione di questo cambiamento, ha iniziato a stare meglio. Durante le sedute online appariva molto più a proprio agio rispetto a quando veniva a studio. Si sentiva protetto dal video e dalle cuffie enormi sulle orecchie. Si lasciava andare a battute e a momenti di grande disperazione. Ripartì in seduta una seconda immagine spontanea: *“Prima la mia famiglia era tutta su un treno in corsa che andava a schiantarsi contro una montagna. Ora io sono su una collina ad osservare mio padre, mia madre e mia sorella su quel treno in corsa e non posso fare niente per evitare che il treno si vada a schiantare contro la montagna”*. Descriveva questa seconda immagine

2. Ho cercato di raffigurare ciò che è accaduto nella dinamica del transfert e controtransfert e nel campo relazione dal momento iniziale ad oggi.

piangendo disperatamente. Considerando questa sequenza di immagini spontanee del paziente (la prima era quella iniziale del prato e del pavimento-zattera) sembrerebbe esserci una sorta di evoluzione; nel controtransfert sentivo che L. ed io eravamo in un momento importante, ma anche molto delicato. Mi domandavo se avesse retto questo forte impatto con una presa di consapevolezza che poteva farlo virare non necessariamente verso un processo di differenziazione. Lavorammo ininterrottamente su queste immagini fino a quando non fu più possibile avvicinarsi a tali contenuti. Rimasero, per così dire, sospese nel campo, ma non in forma frammentata come in una installazione artistica, piuttosto in una sorta di bozza nella mia mente.

Alcune sedute significative per la relazione transfert-controtransfert

Passo alla descrizione di alcune sedute più recenti. Nella seduta del 19 novembre 2022 mi chiese una seduta aggiuntiva. Fui completamente invasa dal suo pianto. Questo suo sconforto, nel controtransfert, era talmente intenso e invasivo tanto che non riuscivo a trovare un modo per contenerlo: era, per così dire, troppo violento. Mi tornarono alla mente le immagini del paziente, in particolare quelle dello schianto del treno dentro la montagna. Presumibilmente attraverso una identificazione proiettiva mi aveva trasmesso il suo stato di angoscia e di confusione psicotica. Sentivo di rischiare di perdere la mia funzione analitica, come se il funzionamento psichico del paziente ne avesse preso il controllo. Mi riferisco al concetto bioniano di attacco al legame, così come proposto dallo stesso Bion (1967): «[...] è lecito supporre che l'impiego dell'identificazione proiettiva debba essere rivolta con particolare intensità contro il processo del pensiero, di qualsiasi natura esso sia [...]» (p. 83). Più precisamente: «La predisposizione del paziente a condurre attacchi al legame viene a manifestarsi con evidenza in analisi in quanto l'analista stabilisce un legame tra due persone [...]» (Bion, 1967, p. 145).

Ritornando al mio vissuto controtransferale posso affermare che si era trattato di un vissuto preciso, diverso da quello che provo spessissimo lavorando con i pazienti con patologie severe. Solitamente, cerco di non introdurre nella relazione dei miei contenuti per non sostituirmi ai pazienti, perché sappiamo quanto questi ultimi spingano l'analista ad agire concretamente. Per cercare di mettere in salvo e recuperare la mia funzione analitica, ho rimandato al paziente il mio vissuto di impotenza, come un dato della realtà relazionale. Precisamente, ciò che il paziente mi faceva vivere era un pericoloso annullamento di tutta me stessa, inglobandomi in un indifferenziato fusionale. In quei momenti ho immaginato anche di essere demolita nel corpo e non solo nella capacità di provare emozioni e di pensare; provavo una sorta di rischio di annientamento. Come ricorda Manica (2018): «Oggi, qualsiasi psicoanalista che voglia occuparsi di patologie gravi [...] sa che la distanza appartiene all'esigenza difensiva (narcisistica) dell'analista [...] e sa che il campo non può non ammalarsi, [...] della malattia di ogni specifico paziente» (p. 43). Ha funzionato in me una parte analitica inaspettata, ma nello stesso tempo chiaramente orientata verso un bisogno di sopravvivenza mia e dello stesso paziente. Co-

sì mi sono ritrovata ad esplicitare al paziente il mio rimanere con lui, pur nell'impotenza più assoluta; mostrando, a lui e a me stessa, che nella disperazione assoluta si può stare in due, senza confondersi, riuscendo a riconoscere e a condividere aspetti molto dolorosi. Nella mia mente fantasticavo su come stesse vivendo L. la separazione dai genitori; ripensavo alla sua immagine, portata in seduta tempo prima, di assistere al loro schiantarsi sulla montagna. Nello schema A di p. 53 descrivo questo passaggio dallo stato 1, che ho definito di con-fusione, allo stato 2 di con-tatto. Per uscire da quella situazione il mio sforzo psichico fu molto intenso, così lasciai L. con una sensazione di grande fatica. Nel mentre prese forma nella mia mente una fantasia: pensai che la seduta avrebbe potuto essere una seduta camminata; sarebbe stato come poter accompagnare L. fuori dalla sua casa e dal suo nucleo familiare. Indugiai con il pensiero qualche attimo e poi abbandonai questa fantasia dedicandomi ad altro. Avrei potuto lavorare su questa mia fantasia nell'autoanalisi del controtransfert per trovare su un piano relazionale degli spunti per contattare nuove parti di L., ma dentro di me sentivo che avrei anticipato i suoi tempi (Lo Cascio, 2021). Conservai tutto questo nel mio campo mentale, ripensando all'asse cura-neutralità. Dovevo prima consolidare il processo di costruzione di una pelle psichica per L. che potesse delimitare un suo interno da un suo esterno (schema A).

Analisi del controtransfert e nuova ipotesi sul concetto di sincronicità

*Il nostro concetto più ristretto di sincronicità
probabilmente è davvero troppo limitato
e richiede quindi d'essere ampliato.
In effetti io sono incline a supporre che
la sincronicità nel senso più stretto non è che è
un caso particolare del generale coordinamento
acausale, e precisamente quello dell'omogeneità
di processi psichici e fisici nel quale
l'osservatore si trova nella situazione favorevole
per conoscere il tertium comparationis.
C.G. Jung, La sincronicità.*

Qualche minuto prima dell'inizio della seduta del 20 novembre 2022 mi prendo un bicchiere d'acqua per berlo lentamente. Torno in stanza e leggo sul display un messaggio di L.: "Prendo un bicchiere d'acqua e ci sono". Resto stupita di questo messaggio sincronico, lo tengo dentro di me, per poi riprenderlo in un secondo momento (Jung, 1952). Durante la seduta L. appare meno angosciato del giorno precedente, si dilunga a raccontarmi di come aveva trascorso le prime ore della sua giornata e poi afferma che aveva pensato di uscire e di andare a fare delle passeggiate da solo per non stare sempre chiuso in camera. A questo punto siamo di nuovo di fronte a un evento di sincronicità. Solitamente, quando accadono questi fenomeni sincronici in seduta, pensiamo che si tratti di un avvicinamento inconscio troppo stretto con il paziente.

Così scrive Furia (2006): «L'attenzione all'area di confine e distinzione primitiva del dentro/fuori rimanda a Jung che l'ha investigata e descritta parlando di Partecipazione Mistica [...] Jung adotta l'espressione a partire dal 1912 per indicare una relazione psichica tra due soggetti, tra cui non sia riconoscibile un rapporto di alterità [...]» (p. 56). In questo caso mi trovavo in una posizione diversa, infatti stavo sperimentando nel campo analitico con L. una dimensione di differenziazione. La vicinanza psichica da confusiva (stato 1) si sarebbe trasformata in una sorta di *corrispondenza dialogica tra paziente e analista* (stato 2). Non si tratterebbe più di una situazione nella quale i contenuti della coppia analitica si confondono, ma si tratterebbe di un nuovo stato di reciprocità. Maffei (1985), a proposito della funzione del padre, in Lacan scrive: «La funzione del nome del padre garantirebbe la funzione di questa barra separatrice ed unificante ad un tempo. Attraverso l'esistenza della barra il soggetto si situerebbe anche nel campo del simbolico ed eviterebbe la sua totale adesione all'altro nel campo dell'immaginario». Prenderebbe forma una nuova possibilità di comunicazione e di cura tra analista e paziente. A titolo esemplificativo, mi viene in mente il caso della chirurgia della mano in seguito a ferite ad un dito (ad esempio, per perdita di una parte del tessuto): i medici uniscono le dita facendo combaciare la pelle di un dito all'altro e questo contatto stretto e prolungato nel tempo produce la crescita di un nuovo tessuto epidermico nel dito danneggiato (innesto cutaneo). Lo stesso processo avviene, ad esempio, nel mondo vegetale nel caso di innesti dove due rami diversi unendosi si trasformano in un terzo ramo vitale. Nel caso delle dita di una mano si tratterebbe della mano di una stessa persona e quindi sarebbe una sorta di autoguarigione. Nel caso dell'innesto di una pianta, solitamente, si tratta di due individui diversi (innesto e portainnesto). Cito un passaggio di Jung (1952): «[...] le nostre conoscenze attuali non ci permettono molto di più che paragonare il rapporto esistente tra mondo psichico e mondo materiale a due coni i cui i vertici si toccano e non si toccano in un punto inesteso un vero e proprio punto "zero"» (p. 232). Cosa intendesse Jung con questa immagine dei due coni che si toccano e non si toccano in un punto inesteso, non saprei dire. Mi colpisce moltissimo il fatto che Jung parli di *contatto* tra i due coni in un punto preciso. Ancora cito Jung (1952): «Se non vogliamo postulare direttamente un'armonia prestabilita tra eventi fisici e psichici, non può trattarsi che di una *interactio*. Questa ipotesi presuppone una psiche che in qualche modo tocca la materia, e viceversa una materia con una "psiche latente" [...]» (p. 250). Lo schema A di p. 53 mostra il passaggio da uno *stato 1* ad uno *stato 2*. Nello *stato 1* paziente e analista si confondono in quello che Jung chiama *comune inconscietà* o *partecipazione mistica*. Durante lo

stato 1 dello schema A i fenomeni di sincronicità possono accadere, ma senza consapevolezza né dell'analista e tantomeno del paziente; infatti, Jung ci dice (1952): «Non appena riusciamo a liberarci dalla pretesa scientifica secondo cui si tratterebbe soltanto di una coincidenza “casuale”, vediamo subito che i fenomeni in questione sono tutt'altro che rari, anzi sono relativamente frequenti» (p. 249). Nello *stato 2* paziente e analista si *toccano*, ma non si confondono; sarebbero in *comunione*, in una particolare forma di *incontro intimo* che si potrebbe in parte sintetizzare col termine greco *koinonia*.

Nel nostro caso i fenomeni di sincronicità sarebbero avvenuti come scambio di processi naturali psichici (contenuti emotivi e affettivi circolanti) e fisici (bicchiere d'acqua e passeggiata) tra paziente e analista. Quest'ultimo ha potuto rendersi conto della differenza tra lo stato 1 (confusione) e lo stato 2 (contatto) grazie al suo poter osservare la relazione analitica da una prospettiva esterna, mentre contemporaneamente rimaneva dentro la stessa relazione. In questo modo, risulta evidente che gli episodi di sincronicità, intervenuti durante lo stato 2 di differenziazione, mettono in dubbio il fatto che i fenomeni sincronistici siano da ricollegarsi solo a stati di inconscietà, ponendo in evidenza la possibilità che possano accadere anche in stati nei quali non si presenta un abbassamento del livello di coscienza, ma bensì ipotizzo uno spostamento della coscienza, come cecherò di chiarire nel seguito.

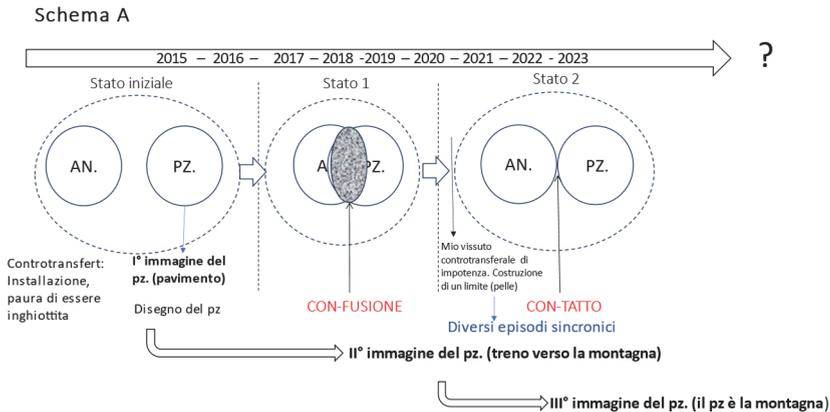
Riflettendo, a distanza di tempo, su questi movimenti nella relazione analitica ho supposto che possa essere avvenuto quanto segue: la coscienza dell'Io dell'analista durante il processo di differenziazione si sarebbe attivamente spostata e lateralizzata rispetto all'inconscio dello stesso analista. Allo stesso tempo, la coscienza dell'analista si sarebbe flessa in modo sintonico ai movimenti in atto nel campo relazionale. Il Sé dell'analista, in questo modo, si sarebbe aperto nella sua massima espansione contro-narcisistica, rendendosi disponibile e mettendosi al servizio del Sé del paziente. In questo modo, presumibilmente, si sarebbe attivato un processo di autoriparazione e di auto-ricostruzione di funzionamenti psichici del paziente che, a causa della psicopatologia, non si erano potuti sviluppare. Il contatto non invasivo, ma intimo con il paziente è avvenuto grazie a questa lateralizzazione, flessione e forza dell'Io dell'analista. Quest'ultima istanza ha, probabilmente, potuto reggere l'impatto con la dimensione psichica abrogante del paziente, mediante il continuo lavoro di analisi del controtransfert. Nello schema A vediamo questo passaggio dalla fase 1, nella quale il Sé dell'analista si confonde con il Sé del paziente, alla fase 2, nella quale la confusione lascerebbe il posto ad una lenta differenziazione. Tale passaggio è potuto presumibilmente accadere grazie alla possibilità-capacità dell'ana-

lista di restare con il paziente, senza mettere in atto difese o scappatoie quali fughe in rimandi teorici o in altre fuoriuscite dalla seduta. Questa possibilità-capacità dell'analista di restare a contatto con i vissuti angoscienti e disgreganti del paziente è potuta avvenire grazie a questa consapevolezza da parte dell'analista della differenza tra sé stesso e l'altro, grazie alla rivisitazione del setting e grazie a un lavoro di formazione basato sull'esperienza di essere stati in analisi, avviando un processo individuativo del quale l'analista ha il compito di prendersi cura e di valorizzare costantemente. Possiamo, inoltre, osservare come il contatto tra paziente e analista sia avvenuto in un momento preciso del percorso (differenziazione) a un livello che non è stato di superficie e nemmeno troppo interno, ma in uno strato intermedio in cui analista e paziente si sono toccati in un punto preciso. Riprendendo spunto dal tema degli innesti nel mondo vegetale, si sa come questi possano avvenire spontaneamente in natura, mentre in agricoltura l'innesto è una tecnica molto sofisticata; ci sono vari tipi di innesti destinati spesso al fallimento a causa di fattori diversificati e imprevedibili (condizioni climatiche, errori nel taglio, periodi sbagliati, ecc.). La caratteristica principale è che le parti delle due piante, per poter attecchire e quindi dare origine ad un terzo individuo, devono aderire ad un livello immediatamente sottocutaneo, non troppo interno e né troppo esterno. Se consideriamo la relazione analitica come il contesto nel quale possono avvenire degli innesti psichici, possiamo tenere conto del fatto che, pur essendo processi naturali, vengono guidati in modo artificioso dall'analista-agricoltore al fine di riprodurre nuovi individui fruttiferi o per ridare vitalità a piante malate. Per l'analista come per l'agricoltore nulla è certo, entrambi si confrontano con l'imprevedibilità, con il rischio e con il senso di incertezza, allo stesso tempo sono entrambi fiduciosi nel loro operato guidato dall'inconscio-natura.

A conclusione di questo ragionamento riprendo il pensiero di Tagliagambe e Malinconico (2018): «[...] La capacità di uscire dalle situazioni di blocco psichico, di stasi e di immobilismo, richiede il passaggio da una situazione stazionaria e invariante, fuori dal tempo, tipica della simmetria assoluta, a uno stato di consapevolezza, che presuppone il rientro nella dimensione temporale e la capacità di spendere un'azione» (p. 147). Stiamo considerando il fenomeno attraverso il quale elementi dell'analista e del paziente si trasmettono vicendevolmente attraverso un avvenuto aggancio, così come accade quando l'embrione si aggancia alla placenta. Lo stesso concetto verrebbe spiegato in altra forma da Tagliagambe e Malinconico (2018):

[...] la relazione tra visibile e invisibile ci mostra che l'invisibile del linguaggio qualitativo non è ciò che è esterno ed estraneo al campo visibile del linguaggio

quantitativo della fisica, bensì ciò che è escluso dal campo della visibilità [...] L'invisibile non è dunque semplicemente al di fuori e al di là del visibile [...], bensì la tenebra interna di questa stessa esclusione, interna al visibile medesimo, perché definita dalla sua struttura [...] Questo tener fuori non va inteso come tenebra esterna, bensì come tenebra interna, il che consente di impostare la situazione in termini di complementarità, ovverosia assumendo che bisogna accontentarsi di riconoscere la compatibilità di aspetti della realtà che a tutta prima appaiono contraddittori (p. 162).



A questo proposito possiamo rintracciare il pensiero di Bion e di Jung come suggerisce Furia (2006):

[...] I processi di pensiero, per Bion, dipendono dal funzionamento Alfa che è elemento trasformatore di impressioni sensoriali ed esperienze emotive di base in elementi utilizzabili dall'apparato psichico per la crescita mentale. Per Jung la collocazione nel mondo di elementi psichici attiva un flusso di trasferimento di significati in cui l'uomo agirebbe come soggetto di trasformazioni (p. 54).

Una prospettiva nuova nella relazione con L.

Tornando alla nostra storia, successivamente a tali accadimenti sincronici, presero forma alcuni cambiamenti per il paziente e per la relazione terapeutica. Penso che tali cambiamenti possano raffigurare l'evidente processo di guarigione e l'uscita del paziente da uno stato francamente psicotico. Cercherò di sintetizzarli riprendendo alcuni passaggi a partire dalla seduta del 23 novembre, nella quale L. afferma di stare meglio e di voler ritornare sulla sua delusione rispetto agli amici e ai gruppi online sul web. Dentro di me sento un peso enorme che mi tira verso il

basso e che mi tiene bloccata, lo avverto a livello fisico come un sasso premente sul petto. L'identificazione proiettiva che L. fa in quel momento su di me comporta, nel controtransfert, vivere quello che lui stesso prova in certe circostanze estremamente penose e mortificanti. Lo ascolto per qualche minuto e poi intervengo, dicendo che se io fossi al suo posto starei veramente molto male e mi sentirei molto sola e che le amicizie online mi farebbero sentire senza contatti umani. L., a quel punto, mi guarda e afferma: *“Certo, è così anche per me, mi sento così”*. A questo proposito Racker (2000) scrive: «[...] questo punto è fondamentale, in quanto implica il fare esperienza del paziente come di sé stessi, che è la base della comprensione» (p. 238). Nel seguito riporto una sequenza tra il paziente e l'analista relativa alla seduta del 27 gennaio 2023.

L.: (esordisce facendo riferimento alla seduta di gruppo di qualche giorno prima): *Oddio cosa ho fatto! cosa ho fatto! Eh, sono costantemente in pensiero.*

Analista: *In che senso, a cosa ti riferisci?*

L.: *Nel senso che lui pensa (si riferisce a suo padre) che così le cose cambiano. Lui si trova davanti ad una montagna e cerca di spingerla. Se gli dici di non spingere, spinge ancora più forte. In questo caso la montagna sarebbe la mia situazione, nel senso che non mi voglio muovere.*

Analista: *Questa cosa che stai dicendo è un qualcosa di molto importante che nasce da te.*

L.: *Eh ho capito, ma la montagna rispetto a un uomo è una cosa gigantesca e soprattutto è fatta di rocce, di piante, di alberi. Come fa un uomo solo a spostare la montagna?*

Analista: *Tu ti senti come se fossi una montagna?*

L.: *La montagna deve essere solo ascoltata, nel senso che non deve per forza muoversi. Adesso sto cercando di assicurare anche te: della serie, non starò immobile tutta la vita!*

Analista: *Non c'è bisogno che mi rassicuri, perché se tu vuoi stare fermo per me va bene, non sono io che ti devo dire come devi stare tu.*

Noto che L. inizia ad avere un apprezzamento per le montagne.

L.: *Smettere di pensare al futuro, al passato e arrivi nel presente. Ti senti quando sali una collina che è la collina che ti solleva, non sei tu che stai salendo la collina, è come se ti sentissi la collina che ti solleva. Sono sulla montagna, più che altro ci sono i miei principi, le mie credenze...*

Analista: *Ma com'è questa montagna? tu hai detto prima la montagna che papà vuole spingere, come te la sei immaginata?*

L.: *Diciamo potrebbe assomigliare a qualche montagna che c'è lì fuori. (Fa riferimento al paesaggio fuori dalla finestra della sua stanza). Mi sento in pace, c'è un proverbio che dice che comprendere equivale a perdonare.*

Analista: *Beh, penso che questa metafora, questa immagine di te come la montagna e di papà come quello che vuole spingere e spostare questa montagna, sia un'immagine bellissima che ti dà proprio l'idea di quello che sta succedendo.*

L.: *Solo che per me fa male vedere babbo che continua a spingere, non mi muove, non funziona.*

Analista: *Rimaniamo un attimo sull'immagine, perché papà vuole spingere la montagna secondo te?*

L.: *Perché è immobile, perché dice no a questa montagna, non è come la vuole. Quindi papà proverebbe a spingere fallendo. Allora lui si siede ai piedi e volta immediatamente le spalle alla montagna.*

Analista: *Ecco, benissimo, quando però tu ti rendi conto di essere la montagna che cosa provi?*

L.: *Pace.*

Silenzio.

Non riporto tutte le sequenze dei dialoghi per ragioni di spazio, penso che quelle sopra proposte siano sufficientemente esplicative di quanto sia accaduto nella relazione analitica successivamente agli eventi sincronici di alcune settimane precedenti. Inoltre, appare evidente la possibilità per il paziente di accedere ad un livello di parola e di pensiero orientato verso la dimensione simbolica.

I mesi che seguirono si mantennero su questi livelli con piccole oscillazioni tra regressioni e progressioni, come in una ricerca di una nuova stabilità. Ripresi svariate volte la metafora della montagna rimandando a L. che questa immagine gli aveva permesso di guardarsi e di riconoscersi in quel momento della sua vita. In un'altra seduta, facendo riferimento alla stessa immagine, gli chiesi di descrivere dove si trovava la madre. L. rispose che la madre era nella foresta della montagna ed era persa e disperata, non stava vicino a papà. Dopo una breve pausa riprende e dice: *“È come se fossero morti, non ci sono più. Ho smesso di preoccuparmene e sento un senso di liberazione. Nello stesso tempo nessuno mi incoraggia, perché non mi hanno mai incoraggiato”*. Nel mio vissuto controtransferale mi sentivo commossa, perché da queste ultime battute si evidenziava come il paziente potesse iniziare ad immaginare una possibile separazione dalle figure genitoriali.

Alcune riflessioni conclusive

Dopo circa otto anni di terapia ad oggi, L. pur presentando un disagio psichico importante è molto più autentico; inoltre, il poter entrare in contatto con i suoi vissuti distruttivi gli ha consentito di iniziare a tollerare la forte angoscia. Inizialmente restava bloccato in movimenti autoreferenziali, dai quali era per lui impossibile differenziarsi. Penso, ad esempio, alla ciclicità delle sue chiusure e dei suoi stati di passività quasi catatonica. Trascorreva intere giornate a letto o davanti al computer aspettando che il tempo passasse. Riflettendo a distanza di tempo sulla tenuta di questa relazione terapeutica, penso abbia giocato un ruolo significativo l'alleanza terapeutica. Pur essendo un paziente con importanti nuclei scissi, mi sono resa conto che L. è riuscito a mantenere con me una forte alleanza terapeutica. Questa alleanza e fiducia reciproca si è costruita su due elementi principali nella

mente dell'analista. Da un lato, la capacità-possibilità dell'analista di operare un continuo lavoro di differenziazione tra aspetti di sé e aspetti del paziente. Dall'altro lato, la fiducia dell'analista in un processo naturale di cura che attinge alla dimensione inconscia. Rispetto ad un piano di realtà, registro il fatto che in tutti questi anni L. non ha mai vissuto un ricovero in SPDC. Ad oggi L. ha avuto la possibilità di uscire da una fase psicotica, per poter accedere ad una dimensione più vicina alla vita psichica. In questo senso, lo schema A di questo scritto si pone come un'ipotesi di funzionamento della relazione analista-paziente in un preciso momento del processo analitico che, grazie al *contatto psichico non confusivo* tra analista e paziente, sembrerebbe aver consentito la fuoriuscita del paziente da un importante stato regressivo. Come evidenziato nel testo, rispetto al contesto terapeutico, ipotizzo due tipologie di eventi sincronici, che non si escludono a vicenda, ma che si possono integrare. La prima tipologia di eventi sincronici rientrerebbe nella concezione originaria del pensiero junghiano e quindi in fasi di Partecipazione Mistica (Jung, 1946), mentre nella seconda tipologia rientrerebbero quei fenomeni sincronici che avvengono in fasi di differenziazione tra analista e paziente, come nel caso che ho discusso e come riportato nello schema A. In questi ultimi casi, si tratterebbe di eventi che consentono un contatto-incontro che si potrebbe almeno in parte ritrovare nel termine greco *koinonìa* nei suoi connotati di rapporto, comunione, intimità, cooperazione.

A conclusione di questo scritto riporto il pensiero di Manica (2018) che, cercando di mettere in luce le simmetrie tra Jung e Bion, scrive: «Ci si potrebbe riferire all'idea junghiana di sincronicità [...] e al concetto di congiunzione costante, che Bion usa per spiegare come un oggetto o un evento incida su un altro, senza che le idee implicite in essi siano in rapporto fra loro» (p. 54). Manica, citando Bion sul concetto di fatto scelto, prosegue: «Con questo termine designo il collegarsi, mediante un'improvvisa intuizione, di una serie di fenomeni apparentemente slegati tra loro e che, dopo l'intuizione (l'intuizione così cara a Jung), hanno assunto un significato e una coerenza che prima non possedevano» (2018, p. 54).

Bibliografia

- AA. VV. (2018). *La passione del negativo. Omaggio al pensiero di André Green*. Baldassarro A., a cura di. Milano: Franco Angeli.
- Anzieu D. (1985). *Le moi-peau*. Paris: Dunod (trad. it.: *L'Io Pelle*. Roma: Borla, 1987).
- Bick E. (1968). The experience of skin in early object relations. *International Journal of Psychoanalysis*, 49: 484-86 (trad. it.: L'esperienza della pelle nelle prime relazioni og-

- gettuali. In: Bonaminio V., Iaccarino B., a cura di, *L'osservazione diretta del bambino*. Torino: Bollati Boringhieri, 1992).
- Bion W.R. (1961). *Experiences in Groups and Other Papers*. London: Tavistock Publications (trad. it.: *Esperienze nei gruppi e altri saggi*. Roma: Armando, 1971).
- Bion W.R. (1962). *Learning from Experience*. London: William Heinemann Medical Books. (trad. it.: *Apprendere dall'esperienza*. Roma: Armando, 2006).
- Bion W.R. (1967). *Second Thoughts: Selected Papers on Psycho-Analysis*. London: William Heinemann Medical Books (trad. it.: *Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico*. Roma: Armando, 1970).
- Bion W.R. (1970). *Attention and Interpretation*. London: Tavistock Publication (trad. it.: *Attenzione e Interpretazione*. Roma: Armando, 1973).
- Brunialti C. (2017). Aspetti del Controtransfert in un piccolo gruppo di utenti a funzionamento psicotico. *Il Vaso di Pandora*, 3. Genova: Erga Edizioni.
- Carotenuto A. (1989). Cura analitica e trasformazione del tempo. *Rivista di Psicologia Analitica*, 40.
- De Franco L. (2000). *La passione per l'immagine*. Roma: Edizioni Therapne
- Fordham M. (1960). Counter-transference. *British Journal of Medical Psychology*, 33, 1. DOI: 10.1111/j.2044-8341.1960.tb01218.x (trad. it.: Controtransfert. In: Fordham M., Gordon R., Hubback J., Lambert K., a cura di, *La tecnica nell'analisi junghiana*. Roma: Edizioni Ma.Gi., 2003).
- Freud S. (1913). Zur Einführung des Narzißmus (trad. it.: Introduzione al narcisismo. In: *Opere*, vol. 7. Torino: Bollati Boringhieri, 1976).
- Furia A. (2006). Su alcuni aspetti dei meccanismi proiettivi. *Studi Junghiani*, 23.
- Green A. (2018). *Narcisismo di vita, narcisismo di morte*. Milano: Raffaello Cortina.
- Jung C.G. (1946). Die Psychologie der Übertragung (trad. it.: La psicologia della traslazione. In: *Opere*, vol. 16. Torino: Bollati Boringhieri, 1997).
- Jung C.G. (1947/1954). Theoretische Überlegungen zum Wesen des Psychischen (trad. it.: Riflessioni teoriche sull'essenza della psiche. In: *Opere*, vol. 8. Torino: Boringhieri, 1976).
- Jung C.G. (1952). Synchronizität als ein Prinzip Akausal Zusammenhänge (trad. it.: La sincronicità come principio di nessi acasuali. In: *Opere*, vol. 8. Torino: Bollati Boringhieri, 1983).
- Jung C.G. (1957/58). Die transzendente Funktion (trad. it.: La funzione trascendente. In: *Opere*, vol. 8. Torino: Boringhieri, 1976).
- Klein M. (1946). Notes on Some Schizoid Mechanisms (trad. it.: Note su alcuni meccanismi schizoidi. In: *Scritti: 1921-1958*. Torino: Boringhieri, 1978).
- Lambert K. (1970). Transference/Counter-Transference: Talion Law and Gratitude (trad. it.: Transfert e controtransfert: legge del taglione e gratitudine. In: Fordham M., Gordon R., Hubback J., Lambert K., a cura di, *La tecnica nell'analisi junghiana*. Roma: Edizioni Ma.Gi., 2003).
- Lemma A. (2011). *Sotto la pelle. Psicoanalisi delle modificazioni corporee*. Milano: Raffaello Cortina.
- Lingiardi V. (2021). *Arcipelago N. Variazioni sul narcisismo*. Torino: Giulio Einaudi Editore.
- Lo Cascio A. (2006). Nota sulla circolarità delle immagini nella relazione analitica. In: *Al di là della parola, vie nuove per la terapia delle psicosi*. Roma: Edizioni Ma.Gi.
- Lo Cascio A., Brunialti C. (2021). *Quali regole per la relazione analitica? L'autodafé di Antonino Lo Cascio*. Roma: Fattore Umano Edizioni.
- Lo Verso G. (1989). *Clinica del gruppo analisi e psicologia*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Maffei G. (1985). Inizio di analisi e sviluppo di psicosi. *Rivista di Psicologia Analitica*, 31: 100-110.

- Maffei G. (1998). Sulla distruttività come conseguenza di un'aggressività non trasformata. *Rivista di Psicologia Analitica*, 57: 13-23.
- Maffei G. (2006). Immagini e parole: confluenze possibili e necessarie. In: *Al di là della parola, vie nuove per la terapia delle psicosi*. Roma: Edizioni Ma.Gi.
- Mancia M. (2004). *Sentire le parole. Archivi sonori della memoria implicita e musicalità del transfert*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Manica M., Oldini M.G. (2018). *Fearful Symmetry. Spaventose simmetrie. Psicoanalisi e stati primitivi/creativi della mente*. Torino: CelidMigliorati P. (1994). La dinamica di gruppo come modello clinico del meccanismo di costituzione dell'immagine. *Rivista di Psicologia Analitica*.
- Ogden T.H. (1999). *Rêverie e interpretazione*. Roma: Astrolabio Ubaldini.
- Ogden T.H. (2016). *Vite non vissute*. Milano: Raffaello Cortina.
- Peciccia M., Bendetti G. (2006). L'immagine nella psicoterapia analitica delle psicosi. In: *Al di là della parola, vie nuove per la terapia delle psicosi*. Roma: Edizioni Ma.Gi.
- Pieri P.F. (1998). *Dizionario Jungiano*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Racker H. (2000). *Studi sulla tecnica psicoanalitica. Transfert e controtransfert*. Roma: Armando.
- Russo P. (2014). Il Grande Gruppo. *Studi Jungiani*, 39, 1.
- Russo P. (2015). Andando per gruppi. Appunti e spunti di riflessione. *Rivista di Psicologia Analitica*. Nuova Serie, 1.
- Schwartz-Salant N., Stein M. (1984). *Transference – Countertransference* (trad. it.: *Transfert e controtransfert*. Roma: Edizioni Ma.Gi., 2007).
- Tagliagambe S., Malinconico A. (2018). *Tempo e sincronicità. Tessere il tempo*. Milano: Mimesis.
- Wiener J. (2004). Transference and countertransference: contemporary perspectives. In: Cambray G., Carter L., a cura di, *Analytical Psychology. Contemporary Perspectives in Jungian Analysis* (trad. it.: *Psicologia analitica. Prospettive contemporanee di analisi jungiana*. Roma: Giovanni Fioriti Editore, 2010).

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 (conscio o inconscio) e su ruoli che, seppure complementari, debbono considerarsi comunque asimmetrici: infatti, se a livello inconscio possiamo considerare la relazione tra paziente e analista assolutamente reciproca e bilanciata, in ambito cosciente 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., Celeghin 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.

*La ricerca clinico-empirica sulle narrazioni oniriche:
un paradigma complesso come “nuova pratica analitica”*
Patrizia Peresso ** e Chiara Rogora ***

*Ricevuto il 30 agosto 2023
Accolto l'8 novembre 2023*

Riassunto

Lo scritto prende spunto dai cambiamenti rilevabili in due settori emergenti della società attuale definiti “il verde (l'ecologia) e il blu (l'informatica)” dallo studioso Floridi e, allo stesso tempo, dalla crescente diffusione di strumenti di comunicazione a distanza legati a manifestazioni di disagio connesso a ritiro sociale. Mentre notiamo la proliferazione di ricerche sull'aumento sia di malattie somatiche che psichiche, derivate da solitudine e abbandono, è pure innegabile come le relazioni ormai inizino e siano portate avanti con l'uso di nuovi media che accentuano

* Questo articolo nasce dalla rielaborazione di un progetto di ricerca presentato per la prima volta al Congresso Internazionale IAAP, tenuto alla LUMSA nel 2022, sul tema: *Narrative nell'attuale Psicologia Analitica. Studi sulle relazioni mente-corpo.*

** Psicologa analista con funzioni didattiche AIPA e IAAP, socia LAI e psicoterapeuta familiare. Ha lavorato all'Università La Sapienza per la cattedra di Psicologia clinica e in un DSM (Dipartimento di Salute Mentale) di Roma occupandosi di adolescenti, adulti e famiglie per molti anni. Si interessa in modo specifico di dinamiche oniriche e di processi di co-transfert, in relazione alle arti figurative, all'ecologia e alla neurobiologia. Conduce gruppi di ricerca clinico-empirica sul sogno. Ha scritto numerosi contributi su libri e riviste nazionali ed internazionali e tiene regolarmente conferenze in Italia e all'estero. Vive e lavora a Roma.

Via Luigi Angeloni 29, 00149 Roma. Indirizzo e-mail: patrizia.peresso@gmail.com

*** Psicologa, psicoterapeuta, psicologa analista per infanzia e adolescenza, membro con funzioni didattiche AIPA e IAAP. È dirigente psicologo presso il Dipartimento di Salute Mentale, Tutela Salute Mentale e Riabilitazione Età Evolutiva ASL Roma 2. Da più decenni si occupa della salute mentale in età evolutiva ed ha pubblicato diversi lavori sul tema del trauma relazionale precoce e delle relazioni precoci, sulle relazioni genitori bambini prematuri, sul disagio in adolescenza, psicopatologia in adolescenza. Si occupa del sogno e delle immagini in una prospettiva evolutiva e neuro-scientifica sia nell'ambito delle docenze presso AIPA di Roma sia nell'ambito di un gruppo di ricerca. È inoltre docente per Infant Observation presso la sede AIPA di Milano.

Via delle Fornaci 48, 00165 Roma. Indirizzo e-mail: rogora.chiara66@gmail.com

Studi Junghiani (ISSN 1828-5147, ISSN e 1971-8411), vol. 29, n. 2, 2023
DOI: 10.3280/jun58-2023oa16690

senso di isolamento e di onnipotenza. Queste constatazioni hanno spinto le autrici a considerare necessaria la riflessione su “nuove pratiche analitiche”. Alla luce di tali considerazioni le autrici ritengono che uno dei modi maggiormente proficui di occuparsi della crescita esponenziale – specialmente nei giovani – delle varie forme di malessere psicologico sia di dedicare stabilmente un’attenzione professionale al paradigma complesso della ricerca clinico-empirica sulle narrative oniriche. Sappiamo, infatti, che per Jung i sogni non rappresentano solo “l’essenza della psiche”, ma costituiscono, inoltre, strumenti essenziali per la comprensione e il trattamento della sofferenza psichica. In tale prospettiva questo tipo di approccio, presentato per la prima volta nel Congresso IAAP tenuto alla LUMSA nel 2022 su *Narrative nella Psicologia Analitica odierna. Studi sulle relazioni corpo-mente*, sarà descritto in dettaglio.

Parole chiave: *fenomeni verdi (ecologici) e blu (tecnologici), isolamento individuale, comunicazione a distanza, narrative oniriche del sonno/narrative oniriche della veglia, relazione mente-corpo, sogni come strumenti diagnostico-terapeutici, paradigma complesso della ricerca clinico-empirica sul sogno, nuova pratica analitica.*

Abstract. *The clinical-empirical research on oneiric narration as a “new analytical practice”*

The paper takes cue from the current changes occurring in the two emerging sectors named “the green (ecology) and the blue (technology)” by the scholar Floridi on one hand, and from the increasing diffusion of remote communication instruments linked to growing manifestations of psychopathological events of social withdrawal, on the other. While the proliferation of research focused on the increasing incidence of psychological and somatic diseases derived from solitude and loneliness is there for all to see, at the same time it is undeniable that relationships are started and carried on using new media which accentuate both the sense of isolation and omnipotence. These considerations have led the authors to the necessity of contemplating “new analytical practices”. They think that one of the most productive ways of dealing with the exponential growth of serious psychic discomfort – especially in young people – is implementing permanently, in their *modus agendi*, the complex paradigm of a clinical-empirical research approach on oneiric narration. It is known from Jung indeed, that dreams are not only “the essence of the psyche” but also represent essential instruments to comprehend and treat psychic suffering. Such an approach, first presented in IAAP Conference held in LUMSA in 2022 *Narratives in Current Analytical Psychology. Studies about Mind-Body Relations* will be described here in full detail.

Key words: *the green-blue phenomena, individual isolation, remote communication instruments, sleeping oneiric narratives-awakening oneiric narratives, body-mind relations, dreams as diagnostic and therapeutic tools, complex paradigm of clinical-empirical research on dreams, new analytical practice.*

Quando smetti di imparare, cominci a morire [molto precocemente e dolorosamente]
A. Einstein

*L'arte [e scienza] del vivere è la più eminente e raffinata e rara
tra tutte le arti [e le scienze]*
C.G. Jung

Introduzione

Riflettendo sul tema: “I mutamenti del nostro tempo. Nuove pratiche analitiche?”, vengono alla mente le affermazioni del fisico Tonelli che, non a caso, in un suo recentissimo scritto (2023) cita in esergo la celebre affermazione di Shakespeare: “Siamo fatti anche noi della materia di cui sono fatti i sogni; e nello spazio e nel tempo di un sogno è racchiusa la nostra breve vita”. In particolare, per spiegare nel modo più semplice possibile di cosa consisterebbe questa materia, egli sostiene:

la materia è fatta di particelle che interagiscono tra loro scambiandosi altre particelle. Tutto qua [...] Nel mito greco sono le frecce scagliate da Eros a produrre un’irresistibile attrazione fra gli umani come fra gli dèi. Nel mondo della fisica contemporanea sono i quanti a volare da un angolo all’altro dell’universo legando fra loro, indissolubilmente, particelle di tutte le specie (Tonelli, 2023, pp. 50, 63).

È questo il paradosso centrale che ci troviamo a vivere: in un universo in cui proprio tutto è interconnesso (oltreché iperconnesso) osserviamo il vertiginoso aumento delle patologie individuali da ritiro sociale. Le relazioni dal vivo, anche in seguito al proliferare di modalità comunicative virtuali, sembrano destinate a divenire “una specie in via d’estinzione”, mentre guarda caso, in ogni ambito del sapere, si scopre ogni giorno la “oggettiva” e sostanziale centralità dei legami, delle interrelazioni, della presenza “in carne ed ossa”.

Ora, anche alla luce delle proiezioni dell’OMS che prevede come, entro il 2030, la depressione diverrà la malattia cronica più diffusa nel mondo, nonché della constatazione per cui il disagio, primariamente quello giovanile, appare in drammatico aumento, alcuni autorevoli studiosi stanno provando a ipotizzare quali potrebbero essere gli antidoti per questi fenomeni.

A tale riguardo ci pare di poter rilevare alcuni spunti nelle ben argomentate riflessioni di Floridi (2020, 2021, 2022), professore di Filosofia ed Etica dell’informazione ad Oxford dove dirige il *Digital Ethics Lab* e dove, inoltre, si occupa del *Data Ethics Group* dell’Alan Turing Institute. Lo studioso, in particolare, in suo stimolante volume del 2020 *Il verde e il blu. Idee ingenue per migliorare la politica*, a proposito della necessità di tenta-

re di “capire il mondo per provare a migliorarlo nella misura in cui ciascuno di noi può contribuire” sostiene che, nell’età contemporanea, “un progetto umano degno di questo nome” per essere etico non può prescindere da politiche verdi (ecologiche, condivise, circolari) e blu (dell’informazione, digitali). Per la loro attuazione egli sottolinea “l’importanza delle idee ingenuè”: «L’ingenuità è il punto dal quale si parte ma anche quello al quale si deve fare ritorno dopo il percorso arricchente della riflessione [...] è il massimo grado di sofisticatezza al quale si può ambire [...] questo ritorno “in avanti” verso l’ingenuità (non un regresso) magari potrà salvare la politica [della salute]» (Floridi, 2020, p. 21). In tal senso viene sottolineata la centralità e la necessità di due costrutti fondamentali, quali la fiducia e la solidarietà che guarda caso sono tra i concetti cardine attorno ai quali ruota la relazione analitica¹.

L’analisi di tale rapporto, in ambito psicodinamico, in particolare junghiano, non può non partire da quel fenomeno che, sia in quanto essenza della psiche, organo di informazione e controllo, sia in qualità di strumento imprescindibile per la diagnosi, l’eziologia, la prognosi e la terapia della sofferenza psichica è costituito dal sogno.

Con questo intento le autrici hanno individuato nell’assunzione di un atteggiamento analitico che miri a coniugare la ricerca teorico-clinica con quella empirica sulle narrazioni oniriche, un prerequisito fondante una possibile “nuova pratica analitica”. Con tale scopo si intende illustrare uno specifico progetto di ricerca sul sogno. Nell’articolo descriveremo, in sintesi, una breve storia del gruppo di ricerca, la definizione dell’oggetto della stessa, un excursus di ricerche sui fenomeni onirici, il sogno nella prospettiva neuroscientifica, l’ipotesi della nostra ricerca, la metodologia, lo strumento e le conclusioni.

Breve storia del gruppo di ricerca

Prologo

Prima di tutto un breve aneddoto sulle relazioni corpo-mente che si manifestano nelle dinamiche co-transferali² in risposta alle narrative oniriche del sonno e della veglia.

1. In questo lavoro i termini analitico e terapeutico, oltreché analisi e terapia verranno usati come sinonimi per ragioni stilistiche, pure se i due concetti non si riferiscono a fenomeni completamente sovrapponibili.

2. Per dinamiche co-transferali dell’analista e/o dell’analizzando si intendono i processi di tranfert-controtransfer in base a due considerazioni. In primo luogo, a quanto ritiene Jung

Un collega psichiatra mi chiama per mandarmi Elisa, una diciottenne che ha appena dimesso dopo un ricovero in seguito alla sua prima crisi delirante. La paziente, infatti, è crollata dopo tre giorni e tre notti in cui non ha mangiato, né dormito e ha continuato a camminare e parlare da sola dentro la sua camera, non aprendo la porta se non per avere un po' d'acqua. Mentre attendo la ragazza, che è in lieve ritardo, il collega inviante, molto in ansia, mi telefona ripetutamente, insistendo per avere notizie sul suo arrivo. Dopo l'ennesima chiamata mi affaccio alla finestra e la vedo procedere lentamente per la strada. Noto subito che cammina in modo "bizzarro". Dà l'immagine di una persona che si muove in modo rigido e ipercontrollato, goffo. Appena entra, noto che è molto bella, elegante. La invito a sedere e di nuovo, nel suo atteggiamento, osservo qualcosa di non spontaneo, costruito ad arte. Nel corso del colloquio continuo a provare lo stesso disagio ad ogni suo minimo movimento e a fare fatica a concentrarmi su quello che dice. Poi mi vengono in mente alcune considerazioni del mio primo supervisore di molti anni fa: "Rimani concentrata sulle prime immagini, sulle prime impressioni che il paziente suscita in te, soprattutto quando ti trovi in difficoltà, li potrai trovare quasi tutto". Ad un certo punto, durante il primo colloquio, Elisa riesce – con estrema fatica – a dirmi che il *breakdown* per cui è stata ricoverata si è manifestato dopo "alcune notti e giorni" in cui si è esercitata a cambiare andatura davanti allo specchio della sua camera. Tale decisione è stata presa dopo un sogno in cui, con orrore, si è vista come una persona sgraziata, un mostro. Sentendo una profonda vergogna, ha pensato di provare a trasformare la sua maniera di incedere per provare a fare in modo che gli "altri non si accorgessero di quanto fosse orribile". È in quel preciso momento, quando Elisa espone il suo materiale onirico, che colgo il significato psicodiagnostico delle mie prime impressioni co-transferali riguardo il suo "bizzarro modo di camminare", connesso evidentemente ad una critica relazione della paziente con parti diverse di sé stessa.

In tale ottica la nostra ricerca nasce dalla esigenza di indagare e utilizzare meglio le interconnessioni tra le narrative psichiche e somatiche emergenti nei processi onirici all'interno del co-transfert anche in modo empirico.

Quanto si propone è il frutto del lavoro di un gruppo originariamente di ricerca teorico-clinica, coordinato da Patrizia Peresso su "Immagini nei

allorché, nel perseguire i suoi studi in tale area, egli ricorre all'alchimia, in particolare per sottolineare come nel lavoro della diade terapeutica: "Il medico e il paziente si trovano in una relazione basata sulla mutua [e reciproca] inconsciata" (Jung, 1981, trad. aut.). In seconda istanza, poi, in accordo con Orange *et al.* (1997, p. 18, trad. aut.), i quali, a proposito del controtransfert scrivono: «Contro significa, tra le altre cose [...] "in opposizione" e come psicologi del sé noi ci vediamo piuttosto come alleati del paziente. Forse co-transfert riconosce in modo più appropriato la nostra partecipazione col paziente nel campo intersoggettivo». Da questo momento in poi, quindi ci riferiremo ai processi di transfert-controtransfert come dinamiche co-transferali.

processi onirici del sonno e della veglia nel co-transfert come indicatori dell'efficacia dell'analisi", iniziato da più di dieci anni. A tale gruppo, da poco più di due anni, si è affiancato un gruppo parallelo, di più recente costituzione e maggiormente orientato al trattamento dell'età adolescenziale, coordinato da Chiara Rogora. L'incontro dei due gruppi sul tema delle narrazioni oniriche ha consentito di iniziare un lavoro di ricerca empirica senza perdere di vista il vertice clinico. Si è infatti convenuto con Migone (2021) quando afferma:

c'è spesso una discrepanza tra le domande che pongono gli studi di terapie *evidence based* e quello che hanno bisogno di sapere i pazienti, i clinici e i responsabili delle politiche sanitarie. Gli studi sono condotti [di norma] da ricercatori accademici che spesso hanno poca o nessuna esperienza clinica e che possono non avere nessuna idea delle sfide e delle complessità che i terapeuti e i pazienti affrontano nella situazione clinica reale [...] i ricercatori spesso non sanno se i clienti che ricevono un trattamento *evidence based* sono migliorati nella vita di tutti i giorni o cambiati in un modo che fa la differenza [...] (pp. 111-112),

motivo per il quale lo studioso sostiene che: «si dovrebbero utilizzare entrambi i metodi di ricerca (quello clinico e quello extraclinico [empirico o sperimentale] o quello “qualitativo” e quello “quantitativo”), perché, in modo complementare, contribuiscono al progresso della conoscenza» (Migone, 2021, p. 24). Da qui hanno preso le mosse gli interrogativi su come poter considerare, all'interno della enorme complessità dell'incontro analitico, alcuni fenomeni ricorrenti che abbiamo osservato in relazione alle dinamiche oniriche e al loro valore diagnostico e terapeutico. Tali eventi parrebbero forse avere caratteristiche simili a quelle di cui parla Parisi a proposito delle regolarità nei sistemi complessi (2021, p. 55).

Oggetto della ricerca e teoria junghiana del sogno

Alcune riflessioni di Jung sui processi onirici ci ricordano che essi avvengono all'interno di un campo interattivo/sistema in cui «La psiche dipende dal corpo, e il corpo dalla psiche» (Jung, 1934, p. 8). Non a caso, quindi, afferma che «Ogni processo psichico è un'immagine e un “immaginare» (Jung, 1939, p. 55). Tale considerazione è stata ripresa di recente da Alcaro e Carta (2019) che ci parlano “di istinto immaginativo” e di come questo sia connesso all'evoluzione della mente riflessiva.

A proposito dei fenomeni onirici Jung, già nel 1934, afferma:

si può fare qualsiasi ipotesi su un sogno isolato, ma se confrontiamo una serie di venti o cento sogni, allora potrete vedere cose interessanti. Vedrete il processo in atto nell'inconscio una notte dopo l'altra e la continuità della psiche inconscia che si dispiega attraverso il giorno e la notte. Presumibilmente non facciamo che sognare anche se, di giorno, non ce ne rendiamo conto, perché il fascio di luce della coscienza è troppo forte. Ma la notte, quando subentra l'*abaissement du niveau mental*, i sogni possono affiorare e diventare visibili (p. 91).

Tali riflessioni risultano confermate dai più recenti studi in neurobiologia, in cui si sottolinea come certi "risultati confermano che le emozioni nei sogni e nella veglia coinvolgono simili substrati neurali e danno corpo al fatto ci sia una relazione tra processi emotivi che si manifestano nel sonno e funzioni emotive cerebrali che emergono nella veglia" (Sterpenich *et al.*, 2020).

A tal proposito viene sottolineato con vigore, da una parte, come l'attività onirica sia presente nel sonno e nella veglia, concetto psicodinamico espresso per la prima volta da Jung e poi ripreso da Bion (partecipante ai seminari Tavistock del 1934) e, dall'altra, che il sogno costituisca «l'essenza della psiche, un organo di informazione e di controllo» (Jung, 1934, p. 165).

In definitiva, in termini junghiani, il sogno è concepibile come «auto-rappresentazione spontanea della situazione dell'inconscio in forma simbolica» (Jung, 1916, 1948, p. 282) che avrebbe funzioni diverse. Tra tutte, quella che ci è sembrata più fruttuosa per i nostri scopi è senz'altro la cosiddetta "funzione prospettica", definita come «un'anticipazione di future azioni cosce che affiora nell'inconscio un che di analogo [...] a uno schizzo preparatorio, un progetto abbozzato in anticipo» (Jung, 1916, 1948, p. 273). Tutto questo supporta l'ipotesi che la psiche, mediante il sogno, funzioni come un sistema autoregolante che si esprime nel co-transfert. In tale rapporto, Shore e Hinze sottolineano come «una parte fondamentale dell'interazione psicoanalitica consista nelle comunicazioni non verbali all'interno della coppia analitica: comunicazioni inconscie e preconsce simili a quelle che avvengono tra il bambino e il caregiver» (Shore, trad. it. 2008, p. 16). Perciò – nella relazione terapeutica – è necessario concentrarsi sulle immagini iniziali le quali, considerabili "prodotti onirici della veglia", sono preziosi veicoli di informazione "analogica" e non solo, indispensabili per indirizzarci verso una conoscenza approfondita di chi chiede aiuto in modo da proporre un percorso fatto su misura rispetto alla sofferenza e alle risorse presenti.

Breve excursus di ricerche sul sogno

Presenteremo brevemente solo quelle ricerche sul sogno che ci sono parse più significative per il nostro attuale lavoro.

In primo luogo, è stato messo in luce come il sogno influenzi in modo significativo sia la creatività (Barrett, 2001; Schredl, 2007), che il consolidamento della memoria (Hallschmid e Born, 2006).

Esistono poi alcuni di studi (Wagner *et al.*, 2004; Fiss, 1979) che rilevano la capacità onirica di favorire *insights*, processi di apprendimento e soluzione di problemi.

Sono state condotte ricerche, inoltre, che mettono in relazione sogni e profilo di personalità, quest'ultimo definibile proprio a partire dal materiale onirico (Hall e Van der Castle, 1966) in grado di evidenziarne anche le parti dissociate (Barrett, 1996).

Sempre in questo campo possiamo trovare menti del calibro di Popp *et al.* (1990), che hanno rilevato come le narrative del sonno e della veglia siano strutturate dagli stessi temi relazionali inconsci: i CCRT; così come ricercatori, quali Bradlow e Bender (1997), che hanno scoperto l'importanza del sogno iniziale nel rivelare il tema centrale del paziente.

Non possiamo dimenticare, poi, Fischer (1978) da una parte e Kron con Avny (2003) dall'altra, i quali «trovano evidenze di una comunicazione inconscia o reciproca influenza tra terapeuta e paziente che si esprime nei contenuti del sogno» (Röesler, 2018, p. 71, trad. aut.).

In definitiva, le scoperte di maggior rilievo nella ricerca sperimentale sul sogno sono ben espresse sempre da Röesler (2018, p. 69, trad. aut.) quando scrive:

con riferimento agli studi di Barrett [...] i risultati della ricerca empirica sul sogno possono essere riassunti nella seguente teoria dell'attività onirica: nel sogno il cervello si trova in una modalità in cui non deve elaborare nuovi input, ma può usare più vaste capacità per lavorare su problemi e trovare soluzioni creative. Il sogno si focalizza specialmente su esperienze della veglia che hanno particolare significato emotivo per il sognatore. La mente-sognante può trovare soluzione per i problemi più facilmente perché è in grado di connettere differenti aree e funzioni del cervello.

Il sogno in una prospettiva neuroscientifica

In un'ottica neuroscientifica, nello specifico pure nel recente testo di Zadra e Stickgold (2021), vengono evidenziati i legami tra “cervello” e “sogno”, mostrando – anche in questi studi – le correlazioni tra sogno e

creatività, capacità di soluzione dei problemi, espressione del mondo emotivo e funzione predittiva.

In tal senso il sogno è caratterizzato dalla riedizione, in un continuum tra veglia e sonno, di una serie di funzioni psichiche riconosciute anche in ambito analitico, ad esempio:

a) il sogno risponde alla necessità della mente umana di produrre immagini (Alcaro e Carta, 2019), immagini che a loro volta rientrano in un meccanismo, necessario alla psiche, di creare aspettative per “conoscere la realtà”. Il modello predittivo bayesiano studiato da Frinston e Frith (2014) propone, con una modellizzazione computazionale (Kanai *et al.*, 2015), una gerarchia cerebrale che studia nel dettaglio un meccanismo neurale (*network*) deputato alla “creazione” della realtà, prima attraverso una previsione, anche immaginale, e poi con una verifica contestuale dell’aspettativa creata. Tale modello appare efficace per supportare il ruolo predittivo dell’immagine dell’onirico sia nel sonno che nella veglia. Tale funzione strettamente legata all’elaborazione del sogno, sulla cui localizzazione cerebrale Tononi (2018) ha condotto studi approfonditi, sembra poter essere estesa non solo alle percezioni sensoriali in senso stretto bensì alle connessioni di tali percezioni con le aspettative emotive (secondo livello gerarchico per Frinston);

b) il sogno è riconosciuto in ambito analitico come trasformatore di energie e come testimone del mondo interno, esso stesso in grado di riportare nella narrazione il valore emotivo della relazione rappresentata; ciò lo rende un adeguato indicatore del processo psichico del paziente, come evidenziano Gorgoni e De Gennaro (2019). Va crescendo l’attenzione al processo in analisi e sempre più il mondo della ricerca empirica tende ad avvicinarsi a quello della ricerca clinica (Migone, 2021). In tal senso, Leuzinger-Bohleber (2013) commenta i risultati della ricerca da lei effettuata sul sogno mediante la comparazione di strumenti propri dell’indagine neuroanatomico-funzionale e quelli più tipici della psicoterapia psicoanalitica su una serie di sogni analizzati col metodo Moser:

in questo lavoro speriamo di aver illustrato le affascinanti similarità tra l’uso clinico dei sogni come indicatori di cambiamento del mondo oggettuale interno (traumatico) in psicoanalisi e la sistematica, “scientifica” ricerca nel laboratorio onirico mediante il cosiddetto “metodo Moser”. Possiamo anche dimostrare che questi cambiamenti sono pure evidenti a livello neurobiologico. Il resoconto clinico si focalizza sull’importanza del contesto psicoanalitico del sogno, l’osservazione del transfert e controtransfert, le associazioni del paziente, etc., necessari per svelare il significato inconscio del sogno e con questo contribuire al “processo di

ricerca di senso” di questo paziente così profondamente traumatizzato (Leuzinger-Bohleber, 2013, p. 14, trad. aut.).

Ipotesi di ricerca

In tale ottica ci siamo addentrati in questo territorio, tenendo a mente due tipi di riflessioni. La prima è relativa al fatto che il gruppo di ricerca di Bradlow e Bender (1997) «mise in luce che il sogno iniziale in una psicoterapia analitica contiene informazioni sul tema centrale del cliente con il quale bisogna avere a che fare lungo tutto il trattamento» (Röesler, 2018, p. 71, trad. aut.). La seconda riguarda, invece, gli studi di Jung per cui non solo «i sogni iniziali (ossia quelli che coincidono con l’inizio del trattamento) rivelano spesso in forma indubbia il fattore etiologico essenziale» (Jung, 1934, p. 152), ma, inoltre, che il fenomeno onirico «può essere utilizzato per la diagnosi [rivelando insieme] [...] anche una prognosi [...] [e] su quale punto debba intervenire la terapia» (Jung, 1934, p. 154). Tutto questo ci ha condotto a formulare una specifica ipotesi di ricerca. Quest’ultima è stata declinata relativamente alle prime immagini oniriche che appaiono nel co-transfert, considerabile pure come uno dei modi in cui si può sognare in seduta (Fordham, 1981).

Nella maturazione della nostra esperienza analitica, infatti, abbiamo notato come le fasi di valutazione clinica iniziale in cui era possibile avere a disposizione materiale onirico del sonno, dal punto di vista diagnostico-terapeutico, risultavano molto più proficue di quelle in cui, per motivi differenti, i sogni non erano immediatamente fruibili. Abbiamo riscontrato, cioè, che tale eventualità ci favoriva in modo significativo nell’orientamento verso la formulazione più veloce e approfondita di una diagnosi e, quindi, di una proposta terapeutica sufficientemente efficace. La possibilità del paziente di iniziare, proseguire senza *drop-out* precoci (dopo la prima seduta, i colloqui psicodiagnostici, a scadenze regolari dall’inizio della terapia) e utilizzare in modo evolutivo il percorso proposto, parevano legate alla presenza di immagini oniriche, che erano in grado di rivelare anche quei punti di forza a cui si riferisce Wilkinson (2006). Questo può avvenire principalmente per due motivi: da una parte, in quanto, come la studiosa afferma,

la “mente-cervello sognante” usa l’immaginazione viva per elaborare stati della mente che sono impliciti, non ancora accessibili per la coscienza e che cercano di emergere, attraverso il veicolo del sogno, nella coscienza stessa dove potranno essere pensati [...] [dimostrando che] l’intera esperienza interattiva all’interno della diade analitica nel corso della terapia, riflessa nel lavoro con le serie di sogni

[...] permette lo sviluppo dell'apparato mentale necessario per la nascita della capacità riflessiva, per il processo di "venire in mente" (Wilkinson, 2006, pp. 131-143, trad. aut.).

dall'altra, per quanto messo in luce dalle già menzionate ricerche di Bradlow e Bender.

Tenendo presente anche l'esigenza di sottoporre poi a verifica sia gli elementi diagnostici emersi attraverso i sogni iniziali e le risposte co-transferali, sia i cambiamenti in itinere che producono poi l'esito finale di una psicoterapia (secondo i canoni della ricerca sul processo), ci siamo orientate verso una metodologia che possa analizzare le narrative emergenti nelle immagini oniriche in modo da trarne i più frequenti indicatori di processo che si manifestano nel co-transfert, quali per esempio quei fattori predittivi dello "spessore della psicopatologia" e delle "risorse psichiche", in linea con quanto descritto nel Profilo del Funzionamento Mentale (M Axis) di Lingiardi e McWilliams (PDM-2, 2020); per esempio, la Capacità di auto-osservazione o la Capacità di controllo e regolazione degli impulsi, osservati in momenti diversi: dopo il primo incontro, dopo la fine dei primi colloqui psicodiagnostici, a tre, sei mesi, un anno (e così via dall'inizio dell'analisi).

Abbiamo quindi formulato un'ipotesi di ricerca che permettesse di indagare quelle dimensioni/indicatori che costituiscono fattori diagnostico-prognostici in relazione alle aree cruciali di funzionamento mentale descritte da Lingiardi e McWilliams nel PDM-2.

La ricerca, così come è stata impostata, si divide in più parti:

a) primi sogni: nella fase diagnostica propriamente detta (dopo i colloqui di valutazione iniziale e a tre mesi dall'inizio della terapia). Il materiale onirico in esame individua dei fattori che possono essere considerati indicatori di un processo, in particolare dell'evoluzione di una buona alleanza terapeutica, predittivi di un *out-come* favorevole o sfavorevole per la terapia analitica;

b) studio della serie di sogni nel corso della terapia a cadenza trimestrale (fino a un anno): i sogni permettono sia di proseguire l'approfondimento della valutazione psicodinamica, sia di individuare degli indicatori di processo per la coppia analitica. Indicatori che definiremo d'ora in poi fattori agenti. Abbiamo già notato, nelle fasi iniziali di questo lavoro, dati molto interessanti, considerabili a nostro avviso indicatori di processo relativi a un'alleanza terapeutica precoce e sufficientemente "buona". Si è potuto osservare, infatti, come risultato provvisorio e ancora da approfondire con

una strumentazione opportunamente validata, una significativamente minore incidenza di *drop-out* (dopo il colloquio iniziale, dopo la prima fase psicodiagnostica, a tre mesi e sei mesi dall'inizio, un anno), rispetto a quelle situazioni in cui questo metodo non è stato applicato.

Metodologia

Dall'analisi della letteratura sull'argomento si è cercato di individuare il metodo che si ritiene maggiormente aderente alle ipotesi della ricerca e all'oggetto della stessa. Durante questo arduo lavoro ci siamo chiesti: "Perché continuare la ricerca allora, se un gran numero di studi e metanalisi dimostrano l'effettiva efficacia di terapie psicodinamiche per diverse psicopatologie?". La risposta a tale quesito ha a che fare con quanto dice lo stesso Solms, *President for the Commettee for Empirical Research* (IPA), ovvero che, appurata l'efficacia anche a lungo termine delle terapie psicodinamiche, occorre condividere e continuare a studiare i meccanismi mentali che sottendono alla vita psichica degli individui sia in salute che in patologia.

Come evidenziano Luyten *et al.* (2012) – nell'ambito della ricerca psicoanalitica – è indicata l'indagine sul processo e la verifica degli *outcome*. È, infatti, noto che la psicoterapia efficace, indipendentemente dal brand, sia associata, per Allen *et al.* (2008, p. 268), a «cambiamenti della personalità che comportano una riattivazione della normale ed evolutiva interazione dialettica tra le questioni di relazionalità ed autodefinizione, espresse in un aumento delle capacità riflessive e di autoanalisi, nell'adozione di comportamenti nuovi, nell'uso di strategie autocalmanti e di autosostegno, o di regolazione emotiva più efficace».

Da tali considerazioni appare chiaro che il campo della ricerca richiede un approccio paradigmatico basato su modelli non lineari: «Un approccio basato sulla teoria dell'interazionismo dinamico o *action theory*» (Luyten *et al.*, 2012, p. 275) più adatto a studiare il processo terapeutico, intendendo quest'ultimo, in accordo con Jones: «una serie di interazioni che si dispiegano sia a livello conscio che inconscio, tra due individui, con esperienza di momenti di compatibilità e incompatibilità, momenti di incontro, di comprensione, e di reciprocità, rispetto a momenti di separazione e incomprendimento» (Luyten *et al.*, 2012, p. 275); prosegue Luyten, specificando che l'unità di analisi diventa così la diade terapeutica e aggiunge: «Invece di indagare le interazioni paziente terapeuta, il che suggerisce implicitamente che ci siano due persone che interagiscono tra di loro come individui, que-

sto approccio sostiene che può essere più fruttuoso, considerare l'analista e l'analizzando, come diadi in movimento nel tempo» (2012, p. 275).

Per questo ci sembra necessario concentrare l'attenzione al sogno, soprattutto nei suoi aspetti prevedibili e condivisibili, studiati altresì dalle neuroscienze. Ciò comporta la costruzione di un paradigma conoscitivo che mira a ridurre la complessità dell'oggetto di studio per poterlo circoscrivere e successivamente restituirlo alla complessità clinica. Innanzitutto, occorre individuare il setting e l'oggetto di studio. Quest'ultimo, in tal senso, se inizialmente può sembrare il sogno nella sua complessità, in realtà può essere "ridotto" per un artificio metodologico alle immagini oniriche, considerabili indicatori di efficacia in analisi che emergono all'interno della relazione analitica (setting). Ciò presuppone che si stia indagando su aspetti emozionali che includono le transazioni non verbali nella diade analitica e che, tuttavia, assumono una specifica leggibilità strutturandosi in immagini che possono essere narrate nel corso della seduta.

Strumento

Riguardo poi lo strumento usato, memori sia del CCRT di Luborsky della RA della Bucci, stiamo mettendo a punto una griglia che contenga i fattori che riteniamo, secondo un ampio consenso, predittivi di un processo trasformativo durante le sedute terapeutiche.

Ciò ha comportato l'individuazione di uno scheletro di ricerca che includesse i primi colloqui diagnostici partendo dall'ipotesi, già ampiamente validata, che il rapporto terapeuta-paziente e, quindi, i movimenti co-transferali siano ben rappresentati nei cambiamenti che osserviamo nelle serie di sogni dei pazienti, a partire da quelli iniziali che vanno a costituire l'avvio di una relazione terapeutica.

Il gruppo si è interrogato, da un lato, circa i fattori che riteniamo rappresentativi di un processo trasformato nella prospettiva analitica, dall'altro, sulla costruzione di una griglia, intendendo quest'ultima come un operatore quali-quantitativo. Il paradigma epistemico, in linea con la tradizione junghiana, è di tipo complesso. La ricerca del metodo e del corretto approccio alla realtà complessa del sogno, con le sue innumerevoli variabili, non può essere rappresentata con strumenti che si riferiscono al pensiero logico lineare causale, come accade ancora purtroppo per molti trial di ricerca in ambito psicoterapeutico. Il sogno, nella sua oggettività psichica e neuroscientifica, rimanda ad una realtà interna non ordinata, mossa in uno spazio/tempo che impone diverse dimensioni in continua interazione tra loro. Dice Parisi, Premio Nobel per la Fisica (2021, p. 73): «Il mondo reale è di-

sordinato e, come abbiamo detto all'inizio, molte situazioni del mondo reale possono essere descritte da un numero elevato di agenti elementari che interagiscono tra loro. Le interazioni si possono schematizzare con regole semplici, ma i risultati dell'azione collettiva possono essere davvero inaspettati». Tornando alla nostra ricerca nella ricerca, dove e come inserire il caso, il caos e l'incertezza in un paradigma che possa considerarsi scientifico?

Analizzando la letteratura, abbiamo individuato alcuni autori che già si erano imbattuti nell'individuazione di un sistema di decodifica del sogno. Con dei fattori semplificati in macroaree Moser mette a punto, ad esempio, negli anni '90, sotto la spinta delle prime ricerche empiriche, il *Dream Coding System*; sistema che è stato utilizzato anche in ricerche più recenti (Moser e Hortig, 2019; Tillman *et al.*, 2011; Leuzinger-Bohleber e Moser, 2008; Moser e Von Zeppelin, 1999). Come affermato da Pap *et al.* (2021):

la polarizzazione fra metodi quantitativi e qualitativi deve essere mitigata usando – come base di quantificazione – categorie differenziate che si servano della capacità di osservazione soggettiva dei ricercatori. Il sistema di codifica dei sogni di Moser e Hortig (2019) risponde a tale requisito. Questo metodo empirico è indirizzato al contenuto manifesto del sogno ed è applicato alle serie oniriche che emergono durante il trattamento del paziente (p. 139).

In altri termini, stiamo costruendo una mappa che serva ad orientarci e sia soggetta a continue rimodulazioni, più che un codice univoco.

Dopo aver analizzato circa 120 serie di sogni di 30 pazienti si è lavorato sulla scelta del materiale:

- ogni sogno deve essere inserito in una breve cornice della seduta;
- la narrazione essenziale è contenuta in una pagina;
- si sceglie come “unità della serie” uno, due, massimo tre sogni in sequenza in continuità.

All'interno di una griglia vengono valutati su una scala Likert con punteggio da 0 a 5 i seguenti fattori dinamici, individuati in base alla teoria junghiana dei sogni:

- a. struttura: narrazione, vissuto del terapeuta e commenti del paziente;
- b. componente emozionale espressa;
- c. eventi legati alla narrazione del sogno (rapporto tra ciò che viene detto e narrato in termini verbali, componente metaforica del sogno) e gesti, movimenti, posture: ad esempio, capacità di differenziare contenuti emotivamente coinvolti, di contestualizzarli e collegarli a stati corporei e mentali;
- d. partecipazione del sognatore al sogno (ad esempio, se il sognatore è sullo sfondo, l'io è da parte, gli altri personaggi si muovono);

- e. atteggiamento del sognatore al risveglio nei confronti del sogno (distanza, vicinanza);
- f. affetti del narratore e del terapeuta davanti al sogno (affetti positivi, negativi correlati al contenuto del sogno);
- g. impatto del sogno sul sognatore e sull'ascoltatore (sensazioni, reazioni fisiche);
- h. corpo: corpo nello spazio e percezioni corporee nel sogno;
- i. drammatizzazione della relazione della coppia terapeutica e teatralizzazione degli affetti in gioco (presenza della figura del terapeuta o sostituti in posizione di cura o aiuto, o viceversa figure in posizione minacciosa che feriscono, umiliano, offendono, ecc.).

Ne emergerà un profilo anche graficamente rappresentabile, come una mappa in continua ridefinizione e aggiustamento, mappa basata sui punti di reperi rappresentati dai fattori sopraelencati; l'orientamento della mappa indicherà il processo terapeutico in atto, sulla base delle microanalisi delle relazioni e dei movimenti di co-transfert nel sogno.

Si presenterà ora un breve stralcio clinico per mostrare la modalità in cui l'utilizzo dei suddetti fattori possa orientare il funzionamento della diade al lavoro come una bussola.

Il paziente in questione ha 23 anni. È bloccato negli studi universitari. Durante il Covid-19 ha avuto bisogno di "sballarsi" più spesso del solito, per non pensare, per spegnere l'angoscia. Il sogno riferito nei primi due mesi di trattamento evidenzia: un pianeta disabitato costituito da rocce. In quel luogo, il protagonista fluttua nello spazio aereo senza nessuna tuta speciale, prova una sensazione quasi piacevole, poi pensa che se non trova qualcosa da mangiare e da bere morirà di sicuro. Associa assenza di emozioni, scarsa connessione con il suo stato mentale, apatia, abulia. Il cambiamento emerge nei sogni dopo nove mesi di trattamento: appaiono in sequenza, infatti, situazioni relazionali attive con marcate emozioni positive espresse e un pensiero riflessivo da parte dell'Io sognante, compaiono figure amicali e perfino un'amica di infanzia con la quale potrebbe nascere un sentimento. Il sognatore scopre che lei gli piace molto, l'Io onirico è attivo nel sogno e si relaziona con una figura positiva. Vi è molta azione orientata al raggiungimento di uno scopo esplorativo.

Come si mostra nel grafico (Fig. 1) ogni lettera dell'alfabeto rimanda alla voce su indicata che viene analizzata e quantificata, i colori mostrano le aree di progressione e il lavoro terapeutico che ha favorito lo sviluppo di quelle aree relative alla regolazione degli stati emotivi e alla capacità di mentalizzazione che erano assenti nel primo sogno.

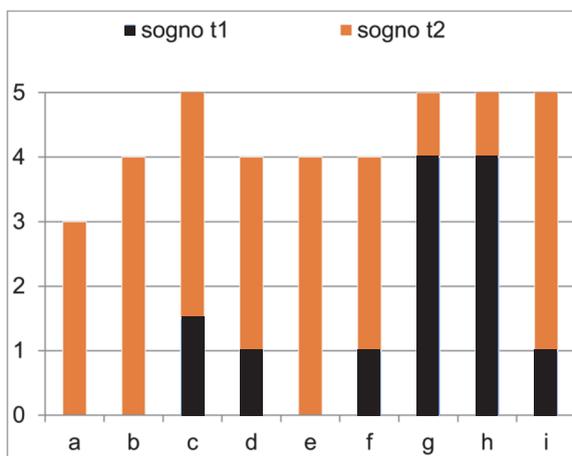


Fig. 1

Conclusioni

Il gruppo si è interrogato sulla necessità di un cambio di paradigma nello studio sulle dinamiche oniriche nell'ambito del processo analitico. Il focus della terapia rappresentata nel sogno è la relazione. Quest'ultima è individuabile nelle macroanalisi del materiale sognato attraverso il co-transfert, unità rappresentativa della diade al lavoro. L'approccio al sogno, in una prospettiva analitica, ha richiesto una visione complessa anche degli strumenti da impiegare per l'indagine. Un avvicinamento allo studio dei sistemi complessi (che sono valsi il Nobel al fisico italiano Parisi) ci è sembrato più vicino alla straordinaria complessità del processo terapeutico. Certamente per la difficoltà di trovare strumenti e linguaggi adeguati questa scelta comporta dei rischi, che, però, ci sono sembrati una sfida accettabile nella misura in cui si cerchi di preservare la "verità clinica". In prima istanza, la ricerca procede secondo una modalità *bottom-up*: dall'analisi di serie di sogni, dove l'ingrediente indispensabile è l'esperienza clinica dei partecipanti, ai gruppi di lavoro, oltre alla comune formazione analitica junghiana. Lo scopo è quello di avvicinare la ricerca clinica alla ricerca empirica senza che l'una prevalga sull'altra stravolgendo il risultato atteso. Per tale ragione, la metodologia prescelta è propria di uno studio sul campo che, dopo molte osservazioni, accenna a proporre dei fattori ricorrenti o maggiormente frequenti, che possano costituire gli elementi dinamici in continua implementazione sottoposti a verifica clinica. Solo in un secondo momento, i fattori saranno organizzati in un algoritmo o mappa per verificare, in tempo reale, il processo terapeutico in corso. Tale operare comporta al-

tresi un confronto continuo con strumenti mutuati anche da altre discipline, come la fisica, la fisiologia, la robotica e non solo. È, infatti, in progettazione una seconda parte più corposa della ricerca, che condurrà alla validazione della griglia e alla sua applicazione su numerose diadi terapeutiche all'interno di un protocollo che affiancherà alla griglia strumenti standardizzati, volti ad indagare i profili di personalità e le capacità di mentalizzazione. In sostanza, visti gli iniziali risultati, intendiamo perseguire gli obiettivi di «una pratica terapeutica che sia basata sulla ricerca, ma anche di una ricerca che sia basata sulla pratica terapeutica» (Migone, 2021, p. 199). Ci piacerebbe fare nostre le parole di Parisi che dice: «Partendo dalla capacità di ridurre i fenomeni fisici all'essenziale, gli uomini hanno sviluppato la fisica degli ultimi secoli. E la fisica è diventata così potente e ricca da poter nuovamente introdurre nei propri modelli la complessità e il disordine, ciò che Galileo era stato costretto ad escludere» (Parisi, 2021, p. 75); pensando che invece della fisica si sta parlando della psicoterapia analitica, sarebbe un bel sogno!

Last but not least, un atteggiamento analitico incline a coniugare la ricerca teorico-clinica con quella empirica sulle narrative oniriche parrebbe essere in grado non solo di costituire un prerequisito fondante il paradigma complesso di una possibile “nuova pratica analitica”, cruciale in relazione ai mutamenti del nostro tempo, ma, pure, di favorire due altri tipi di fenomeni di simile rilievo. Promuoverebbe, infatti, in accordo con quanto afferma Einstein, l'evitamento di una morte precoce e dolorosa da un lato e, dall'altro, l'apprendimento di quella difficile arte del saper vivere che – con le parole di Jung – si rivela “la più eminente e rara tra le arti [e le scienze]” (Jung, 1976, trad. aut.).

Bibliografia

- Alcaro A., Carta S. (2019). The “Instinct” of Imagination. A Neuro-Ethological Approach to the Evolution of the Reflective Mind and its Application to Psychotherapy. *Frontiers in Human Neuroscience*, 12: 522. DOI 10.3389/fnhum.2018.00522.
- Allen J., Fonagy P., Bateman A. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. Washington-London: American Psychiatric Publishing (trad. it.: *La mentalizzazione nella pratica clinica*. Milano: Raffaello Cortina, 2010).
- Barrett D. (1996). Dreams in multiple personality. In: Barrett D., ed., *Trauma and dreams*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Barrett D. (2001). *The committee of sleep: How artists, scientist, and athletes use dreams for creative problem-solving*. New York: Crown.
- De Coro A., Andreassi S. (2004). *La ricerca empirica in psicoterapia*. Roma: Carocci Editore.
- Fischer S., Greenberg R.P. (1996). *Freud scientifically reappraised: testing the theories and therapy*. New York: Wiley Blackwell.

- Fischmann T., Russ M.O., Leuzinger-Bohleber M. (2013). Trauma, dream and psychic change in psychoanalyses: a dialog between psychoanalysis and the neurosciences. *Frontiers in Human Neuroscience*, 7: 877. DOI: 10.3389/frhum.2013.00877.
- Floridi L. (2020). *Il verde e il blu. Idee ingenue per migliorare la politica*. Milano: Raffaello Cortina.
- Floridi L., Cabitza F. (2021). *Intelligenza artificiale*. Milano: Bompiani.
- Floridi L. (2022). *Etica dell'intelligenza artificiale*. Milano: Raffaello Cortina.
- Fordham M. (1978). *Jungian Psychotherapy. A Study in Analytical Psychology*. New York: John Wiley e Sons (trad. it.: *La psicoterapia junghiana*. Roma: Astrolabio, 1981).
- Friston K.J., Frith C.D. (2014). A duet for one. *Consciousness and Cognition*, 36: 390-405. DOI: 10.1016/j.concog.2014.12.003.
- Friston K.J., Kahan J., Biswal B., Razi A. (2014). A DCM for resting state fMRI. *Neuroimage*, 94: 396-407. DOI: 10.1016/j.neuroimage.2013.12.009.
- Greenberg L.S. (1994). The investigation of change: its measurement and explanation. In: Russel R.L., ed., *Reassessing Psychotherapy Research*. New York: Guilford.
- Hall C.S., Van de Castle R.L. (1996). *The content analysis of dreams*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Hill C.E., Spangler P. (2007). Dreams and Psychotherapy. In: Barrett D., McNamara, eds., *The new science of dreaming, vol. 2: Content, recall and personality correlates*. Westport: Praeger.
- Kanai R., Komura Y., Shipp S., Friston K.J. (2015). Cerebral hierarchies: predictive processing, precision and the pulvinar. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological Sciences*, 370. DOI: 10.1098/rstb.2014.0169.
- Kron T., Avny N. (2003). Psychotherapists' dreams about their patients. *Journal of Analytical Psychology*, 48, 3: 317-339. DOI: 10.1111/1465-5922.t01-3-00003.
- Jones E. (2008). *L'azione Terapeutica*. Milano: Raffaello Cortina.
- Jung C.G. (1916/48). Die Dynamik des Unbewussten (trad. it.: Considerazioni generali sulla psicologia del sogno. In: *Opere*, vol. 8. Torino: Boringhieri, 1976).
- Jung C.G. (1934). Die praktische Verwendbarkeit der Traumanalyse (trad. it.: L'applicabilità pratica dell'analisi dei sogni. In: *Opere*, vol. 16. Torino: Boringhieri, 1981).
- Jung C.G. (1939). Zur Psychologie westlicher und östlicher Religion (trad. it.: Prefazione a D.T. Suzuki, *La grande liberazione. Introduzione al buddismo zen*. In: *Opere*, vol. 11. Torino: Bollati Boringhieri, 1992).
- Jung C.G. (1946). Die Psychologie der Übertragung: erläutert anhand einer alchemistischen Bilderserie (trad. it.: La psicologia della traslazione illustrata con l'ausilio di un a serie di immagini alchemiche. In: *Opere*, vol. 16. Torino: Bollati Boringhieri, 1993).
- Jung C.G. (1968). *Analytical Psychology: Its Theory and Practice: The Tavistock Lectures*. London: Routledge (trad. it.: Fondamenti della psicologia analitica. In: *Opere*, vol. 15. Torino: Bollati Boringhieri, 1991).
- Lingiardi V., McWilliams N., a cura di (2020). *Manuale Diagnostico Psicodinamico. PDM-2*. Milano: Raffaello Cortina, 2020.
- Luyten P., Blatt S.J., Mayes L.C. (2012). Process and outcome in psychoanalytic psychotherapy research: The need for a (relatively) new paradigm. In: Levy R.A., Ablon J.S., Kächele H., eds., *Psychodynamic psychotherapy research: Evidence-based practice and practice-based evidence*. New York: Humana Press/Springer. DOI: 10.1007/978-1-60761-792-1_21.
- Migone P., a cura di (2021). *La psicoterapia dinamica è efficace?* Milano: Franco Angeli.

- Nil Y., Tononi G. (2010). Dreaming and the brain: from phenomenology to neurophysiology. *National Institutes of Health Trends Cogn. Sci.* 14, 2: 88. DOI: 10.1016/J.tics.2009.12.001.
- Orange D.M., Atwood G.E., Stolorow R.D. (1997). *Working intersubjectively: Contextualism in psychoanalytic practice*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Pap G., Lackinger F., Kamp G., Löffler-Stastka H. (2021). Analysis of a dream series by the *Dream Coding System* developed by Ulrich Moser. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 24, 2: 538. DOI: 10.4081/ripppo.2021.538.
- Parisi G. (2021). *In un volo di storni*. Milano: Rizzoli.
- Popp C., Luborsky L., Crits-Cristoph P. (1990). The parallel of CCRT from therapy narratives with the CCRT from dreams. In: Luborsky L., Crits-Cristoph P., eds., *Understanding transference: The CCRT method*. New York: Basic Books.
- Röesler C., ed. (2018). *Research in Analytical Psychology*. New York: Routledge.
- Scarpelli S., Bartolacci C., D'Atri A., Gorgoni M., De Gennaro L. (2019). The functional role of dreaming in emotional processes. *Frontiers in Psychology*, 10: 459. DOI: 10.3389/fpsyg.2019.00459.
- Sterpenich V., Perogamvros L., Tononi G., Schwartz S. (2020). Fear in dreams and in wakefulness: Evidence for day/night affective homeostasis. *Hum Brain Mapp*, 41, 3: 840-850. DOI 10.1002/hsm.24843.
- Solms M. (2018). The neurobiological Underpinning of Psychoanalytic Theory and Therapy. *Frontiers in behavioral Neuroscience*. DOI: 103389/frnbeh.2018.00294.
- Tonelli G. (2023). *Materia*. Milano: Feltrinelli.
- Wagner U., Gaiss S., Haider H., Verleger R., Born J. (2004). Sleep inspires insight. *Nature*, 427: 352-355.
- Wilkinson M. (2006). *Coming into Mind. The mind-brain relationship, a Jungian clinical perspective*. London-New York: Routledge.
- Wilkinson M. (2010). *Changing Minds in therapy*. New York-London: Routledge.
- Zadra A., Stickgold R. (2021). *When brains dream*. New York: W.W. Norton & Company.

FrancoAngeli

a strong international commitment

Our rich catalogue of publications includes hundreds of English-language monographs, as well as many journals that are published, partially or in whole, in English.

The **FrancoAngeli**, **FrancoAngeli Journals** and **FrancoAngeli Series** websites now offer a completely dual language interface, in Italian and English.



Since 2006, we have been making our content available in digital format, as one of the first partners and contributors to the **Torrossa** platform for the distribution of digital content to Italian and foreign academic institutions. **Torrossa** is a pan-European platform which currently provides access to nearly 400,000 e-books and more than 1,000 e-journals in many languages from academic publishers in Italy and Spain, and, more recently, French, German, Swiss, Belgian, Dutch, and English publishers. It regularly serves more than 3,000 libraries worldwide.

Ensuring international visibility and discoverability for our authors is of crucial importance to us.

FrancoAngeli



Copyright © FrancoAngeli

This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial – No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: <http://creativecommons.org>

Riviste

SERVIZI ONLINE PER ATENEI

Dal 2013 oltre 80 riviste FrancoAngeli sottoscrivibili per gli Atenei in versione online **con diritto d'accesso perpetuo al corrente e a tutti gli arretrati disponibili.**

Tramite un'unica licenza è possibile accedere:

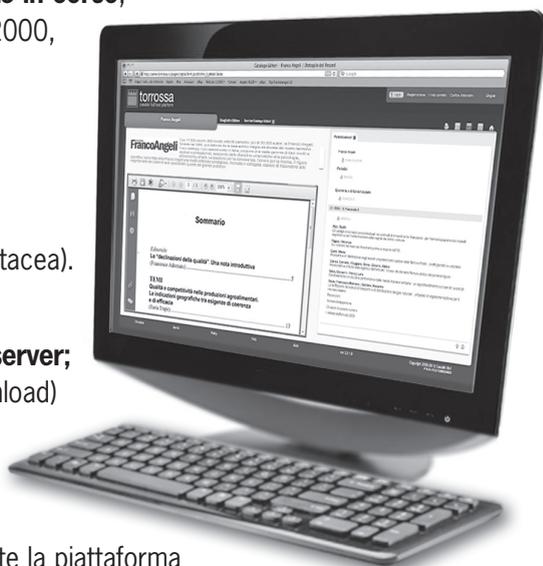
- alle versioni in formato digitale delle **annate in corso**;
- a tutte le annate arretrate (a partire dal 2000, se disponibili) in formato digitale;
- con **diritto d'accesso perpetuo.**

Le modalità di accesso consentono:

- la ricerca (per autore, per titolo, full-text);
- la visualizzazione del documento (corrispondente a quello dell'edizione cartacea).

Come **facoltà opzionali** sono previsti:

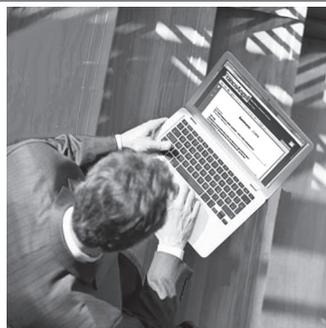
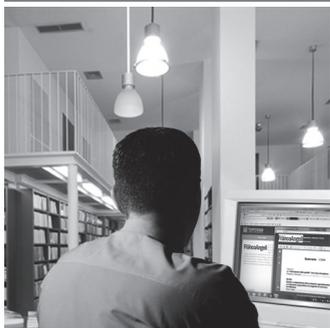
- diritti di accesso da remoto tramite **proxy server**;
- diritti di effettuare **copia e incolla** (download) ad uso personale.



La fruizione di tutti i contenuti avviene tramite la piattaforma

Torrossa - Casalini Full Text Platform

Per informazioni: riviste@francoangeli.it



Copyright © FrancoAngeli

This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial - No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: <http://creativecommons.org>



Edizione fuori commercio
(R10045.2023.58)

ISSN 1828-5147
ISSNe 1971-8411

FrancoAngeli srl, V.le Monza 106 Milano

II semestre 2023 Copyright © FrancoAngeli

This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage please see: <http://creativecommons.org>