

CONSULENZA  
SULLA LEGITTIMITÀ  
SCIENTIFICA E PROFESSIONALE  
DI CONDURRE  
PSICOTERAPIE ON LINE

## “LA RELAZIONE ON LINE NON HA I REQUISITI PER ESSERE TERAPIA”

Stefano Carta, *Professore Associato di Psicologia dinamica  
Università di Cagliari - Vicepresidente della Commissione Miur  
per il riconoscimento corsi di specializzazione in psicoterapia  
Presidente dell'Associazione Italiana di Psicologia Analitica*

### I. Introduzione e Considerazioni Generali

Nella cornice di questa introduzione è necessario fare due premesse di carattere generale.

La prima premessa riguarda il fatto che ogni aspetto dell'esperienza umana può essere “psicoterapeutico” in senso generale. Una conversazione con un buon amico, una vacanza dopo un anno di lavoro stressante, o la possibilità di riavviare un franco dialogo con il partner dopo un periodo di crisi, sono tutte esperienze che “fanno bene”, e pertanto potrebbero definirsi “psicoterapeutiche” in senso lato. Allo stesso modo, non v'è dubbio che vi siano forme di psicoterapia altamente formalizzate appartenenti a culture diverse dalla nostra - si pensi all'efficacia empirica di molte pratiche sciamaniche, o applicate dai *medicine-men*, nonché al sopravvenire di miglioramenti a causa di fattori quali la fede religiosa. Proprio a causa di questa impostazione, che è stata oggetto di ampie analisi psicologiche, antropologiche e medico-psichiatriche, è indispensabile definire cosa qui si intenda per “psicoterapia”.

In questo scritto ci riferiremo al termine psicoterapia per descrivere delle procedure di intervento volte al miglioramento dello stato di salute psichica di un soggetto, fondate su un **corpus teorico** coerente e scientificamente fondato, condiviso da una comunità scientifica e dotato di plausibilità, se non di convergenza, con le scienze affini ai modelli di base della specifica psicoterapia in oggetto, nonché fonte di analisi, discussione e revisione continua da parte della comunità scientifica stessa. Per psicoterapia, inoltre, intenderemo un processo di intervento basato su **tecniche** coerentemente riferibili ai modelli teorico-scientifici pro-

pri di quella particolare forma di psicoterapia, e pertanto messi in atto grazie ad una adeguata **teoria della tecnica**. Per potersi chiamare psicoterapia, infine, l'intervento - che, come si è detto, deve essere adeguatamente riferito allo specifico modello scientifico e realizzato attraverso tecniche coerenti - dovrà essere stato sottoposto ad un adeguato **processo di valutazione empirica**, sia in riferimento agli esiti, sia in riferimento al processo medesimo. Tale processo di valutazione empirica deve rispondere esso stesso ai canoni di qualsiasi verifica di ipotesi teorico-scientifiche e deve rispondere a criteri di controllabilità e riproducibilità.

Una seconda considerazione riguarda la molteplicità di approcci psicoterapeutici presenti, che soddisfano i criteri di cui sopra. Tra i più diffusi, studiati e valutati empiricamente si possono annoverare:

- gli approcci riferiti a principi a carattere psicodinamico (tra i quali troviamo la psicoanalisi di matrice freudiana, la psicologia analitica di matrice junghiana, la psicologia individuale riferibile ad A. Adler, le psicoterapie ad orientamento analitico, la psicoterapie di gruppo, e le psicoterapie analitiche brevi)
- gli approcci riferiti allo sviluppo del paradigma comportamentista-cognitivista
- gli approcci cosiddetti sistemico-relazionali
- l'approccio gestaltico
- gli approcci che fanno riferimento all'impostazione umanistico-esistenziale
- gli approcci che coinvolgono direttamente il lavoro anche sul corpo e sulla motricità.

Tale ampiezza di approcci psicoter-

apeutici descrive la grandissima complessità dell'intervento psicologico-psicoterapeutico, complessità derivante immediatamente dal vasto numero dei fattori in gioco. Va detto, tuttavia, che, oltre a descrivere aspetti diversi e diversificati di un unico oggetto scientifico eccezionalmente complesso, la varietà di approcci psicoterapeutici su elencati si sta progressivamente organizzando, attraverso un costante e serrato dibattito e confronto di valutazione clinica su basi empiriche, verso una **confluenza su fattori terapeutici comuni**, sia sul versante epistemologico e clinico, sia su quello inerente la tecnica.

In questa sede ci esprimeremo intorno alla possibilità di includere tra quelle su elencate un'altra forma di intervento psicoterapeutico, svolto attraverso il mezzo informatico. Per far ciò, tuttavia, non sarà necessario confrontare tutte le varie forme di psicoterapia su elencate, dato che alcune di esse si fondano precisamente su fattori che *per loro definizione* sono assenti o manifestamente carenti nelle interazioni a distanza. È, infatti, di tutta evidenza che le psicoterapie che coinvolgono anche lavoro sul corpo (punto f.), abbisognando di un contatto diretto tra paziente e terapeuta, escludono a priori la possibilità di una psicoterapia *a distanza*. Lo stesso discorso vale anche per quelle riferibili all'impostazione “umanistico esistenziale” (punto e.), o quelle gestaltiche (punto d.), che si fondano sulla centralità primaria del contatto psicologico diretto e privo al massimo di qualsiasi tipo di interferenza o di mezzo tecnico, tra terapeuta e paziente. Anche il modello sistemico relazionale (punto c.), fondato sull'osservazione partecipante e sull'analisi delle configurazioni relazionali sistemiche tra i membri di una famiglia, configurazio-

ni costantemente fluide, circolari e autopoietiche, risulta escludere a priori un contesto in cui i pazienti ed il terapeuta (più spesso qui si parlerebbe al plurale di *terapeuti*, dato che le psicoterapie sistemico-relazionali hanno di norma bisogno di un terapeuta partecipante e di un terapeuta osservante) non sono fisicamente presenti nello stesso spazio fisico. Pertanto, la discussione che seguirà si baserà su riferimenti tratti sia da studi *trasversali* che riguardano tutte le maggiori forme di psicoterapia riconosciute, nonché sulla specifica analisi dei modelli psicoterapeutici psicodinamico e comportamentista-cognitivista, modelli in grado di far risaltare le eventuali possibilità terapeutiche a distanza, come la loro eventuale inapplicabilità.

Come si potrà vedere, il nostro parere sulla possibilità che si possa instaurare una situazione di processo e cura psicoterapeutici via internet è negativo. Nelle pagine che seguiranno, infatti, ci sforzeremo di illustrare, seppur con la necessaria brevità e cercando di evitare eccessivi tecnicismi, che, come si può inferire praticamente da tutti gli studi empirici scientificamente fondati e riconosciuti dalla comunità scientifica internazionale, la psicoterapia a distanza, eseguita attraverso un mezzo informatico anche sofisticato (webcam e interazione sincrona tra paziente e terapeuta) è carente precisamente in quelli che, allo stato della ricerca, sono riconosciuti come i fattori terapeutici fondamentali *in ogni tipo di psicoterapia riconosciuta come tale*. Si vedrà che questi vari fattori, alcuni dei quali descriveremo brevemente, fanno tutti parte dell'ampio concetto di **relazione (psicoterapeutica) tra paziente e terapeuta**, relazione che, co-

me cercheremo di illustrare, è carente nei suoi aspetti essenziali nelle situazioni on line. In breve, cercheremo di dimostrare che non vi è possibilità di fondare una psicoterapia a distanza, neppure avvalendosi di collegamenti video sincroni, poiché un tale contesto rende impossibile la costituzione di una adeguata relazione tra paziente e terapeuta, relazione indispensabile per attuare qualsiasi intervento terapeutico fondato.

Poiché la disamina delle teorie sottostanti ai vari processi psicoterapeutici necessiterebbe di una trattazione estremamente complessa e impossibile ad affrontarsi in questa sede, desideriamo precisare che, anche laddove non si faccia esplicito riferimento alle fondamenta epistemologiche e teoriche appartenenti ai modelli psicoterapeutici di riferimento, noi abbiamo preso in esame soltanto quei modelli che sono universalmente riconosciuti possedere un solidissimo rapporto con valide teorie di riferimento.

## 2. Il fenomeno internet come fenomeno complesso

Come ricorda Merciai (2000) il fenomeno delle relazioni virtuali a distanza è assai complesso ed in rapidissima evoluzione. Si pensi al solo aumento della connettività dato dalla diffusione sempre più capillare di bande adsl o a fibra ottica, che consentono una comunicazione sincrona tra due o più persone, le quali possono parlare tra loro e vedersi attraverso la webcam. È chiaro che questo specifico contesto è profondamente diverso dalla comunicazione scritta, via e-mail o attraverso una newsgroup. È nostro dovere, per dare forza alle nostre considerazioni, affrontare subito il contesto che sembrerebbe simulare nel mo-

do più vicino la classica situazione psicoterapeutica, che vede necessariamente fisicamente presenti paziente(i) e terapeuta(i) nella stessa stanza. Soltanto in chiusura spenderemo qualche parola sulla possibilità, che va *a fortiori*, assolutamente esclusa, di considerare psicoterapia uno scambio scritto con un soggetto che non è neppure visibile. Un elemento comune a questo panorama complesso è quello del cosiddetto *cyberspazio*, inteso nel modo seguente da John Suler (1996-2000):

l'esperienza creata dai computer e dalle loro connessioni in rete può essere intesa complessivamente come uno spazio psicologico. Quando accendiamo il computer o lanciamo un programma o scriviamo un'e-mail o ci connettiamo con i nostri servizi online spesso sentiamo che stiamo entrando in un luogo o in uno spazio pieno di una serie di significati e di scopi. - Le metafore spaziali - mondi, domini, stanze, etc. - sono consuete nell'articolazione delle nostre attività online. - In termini psicoanalitici, il computer e il cyberspazio possono diventare una sorta di spazio transizionale che si configura come un'estensione del mondo intrapsichico della persona e può essere sperimentato come un'area intermedia tra il self<sup>1</sup> e l'altro, che è in parte self e in parte altro. Leggendo sul loro schermo il testo di un'e-mail o di un messaggio su un newsgroup o in una chat scritto da un corrispondente su Internet si può avere la sensazione che la nostra mente si fonda o si confonda con quella dell'autore. - uno spazio psicologico che diventa un'estensione della nostra mente conscia e inconscia.

Ora, vorremmo sottolineare che quanto affermato da Suler, un autore

noto ed importante nel mondo della riflessione su internet, rappresenta la descrizione, tuttavia solo parzialmente corretta, di una situazione di per sé non solo non psicoterapeutica, ma addirittura potenzialmente dannosa, qualora, anziché vivere il collegamento via internet come una sorta di gioco (“cfr. quando Suler scrive: “si può avere la sensazione che la nostra mente si fonda con quella dell’autore...””) lo si investa di aspettative psicoterapeutiche. Questa peculiare situazione, nella quale, in generale, il collegamento a distanza “dà l’impressione che la mente si fonda con quella di un altro” è, infatti, assai simile a quella che viene chiamata tecnicamente “nevrosi di transfert”, e che descriveremo tra breve: una situazione fondamentalmente disturbata in cui il soggetto, che “immagina” l’altro, *non è in grado di correggere la distorsione data dall’immaginazione*. Come si vedrà più avanti, la psicoterapia cerca esattamente di fare questo: di correggere delle distorsioni date da processi “immaginativi”, che “fondono le menti” tra loro.

È un fatto assai interessante, infine, che molti degli argomenti a difesa e giustificazione della validità delle psicoterapie on line si riferiscono a costrutti e tecniche appartenenti alle psicoterapie accreditate, e che vengono usate in modo spesso *analogico*, superficiale, impreciso e fuorviante. Infatti, se si analizzano attentamente gli argomenti a difesa che cercano di accreditare la “psicoterapia on line” come analoga alla psicoterapia, si scopre sempre che tali argomenti si ritorcono contro la psicoterapia on line medesima<sup>2</sup>. I due casi più importanti, che esamineremo tra gli altri, sono quelli che fanno riferimento al setting psicoterapeutico della psicoanalisi “classica”, e

quello che si riferisce al costrutto, eccezionalmente rilevante in *ogni forma di psicoterapia*, detto **alleanza terapeutica**. Entrambi questi costrutti vengono spesso invocati per giustificare la “psicoterapia on line”, speriamo di dimostrare che, al contrario, una analisi sufficientemente obiettiva dimostrerà il contrario.

### 3. È fondato affermare che la psicoterapia on line è legittima, perché assomiglia al setting<sup>3</sup> puro della psicoanalisi classica?

Come abbiamo dichiarato immediatamente in apertura di questo scritto, riteniamo che la “psicoterapia on line” sia impraticabile perché profondamente carente sul piano della relazione terapeutica tra paziente e terapeuta. Eppure, vi è un modello psicoterapeutico, che ha avuto un’enorme importanza nello sviluppo della riflessione scientifica sulla psicoterapia e nella ricerca dei fattori che rendono le psicoterapie efficaci (vedi paragrafo seguente). Questo modello può essere chiamato “*modello del setting puro*”, e fa riferimento alla teoria psicoanalitica come fu formulata da S. Freud e dalla comunità psicoanalitica fino a qualche decennio fa. Questo modello psicoterapeutico viene spesso invocato, in modo però abusivo, dagli “psicoterapeuti on line”, che ritengono il setting virtuale analogo al setting psicoanalitico.

Secondo la concezione dell’apparato psichico di Freud, la malattia mentale insorge allorché si presentano degli ostacoli non sormontabili al normale sviluppo del percorso maturazionale in seno al quale dovrebbe essere possibile costituire organizzazioni mentali via via più complesse<sup>4</sup> e scaricare su

oggetti adeguati l’eccesso di tensione interna all’apparato psichico attraverso la motricità o, in forma simbolizzata, la rappresentazione mentale - cioè la fantasia ed il pensiero. Infatti, quando ciò non avviene - quando cioè non si sviluppano strutture psichiche<sup>5</sup> in grado di gestire gli intrinseci conflitti psichici tra le strutture stesse, e tra esse e la realtà esterna, si può sviluppare la malattia mentale. Questa si presenta come una fondamentale tendenza a confondere la realtà, realtà data dall’impatto della mente con gli oggetti esterni (con le persone) con la fantasia. A sua volta, la fantasia e frutto della costante attività mentale (soprattutto inconscia) volta al soddisfacimento di desideri (inconsci), desideri, derivati, a loro volta, dalla tendenza fondamentale dell’apparato psichico a diminuire il livello di tensione interna all’organismo<sup>6</sup>. Sempre secondo il modello psicoanalitico “classico”, in termini massimamente schematizzabili ogni eziopatologia seguirebbe questo schema:

1. Impossibilità a scaricare adeguatamente l’energia pulsionale (per frustrazioni ambientali e cause “costituzionali”) durante le fasi di sviluppo della prima e seconda infanzia (v. nota 4);
2. Costituzione di “punti di fissazione” riferiti alla fase infantile di sviluppo che ha presentato il deficit;
3. Comparsa, soprattutto in età adulta, di un fattore stressante<sup>7</sup>;
4. Regressione dell’organizzazione mentale ai punti di fissazione (vedi punto 2.);
5. Tendenza a soddisfare i desideri inconsci infantili frustrati attraverso l’uso degli oggetti reperiti nella realtà presente, o attraverso l’uso - cosiddetto *narcisistico* - di se stessi.

Ora, quello che qui ci interessa maggiormente è il punto 5. Esso implica, infatti, che, secondo Freud, la nevrosi fosse causata da un'incapacità del soggetto di disporsi dinanzi agli oggetti del mondo esterno (le persone) in modo adeguato e realistico, confondendole con gli oggetti originari infantili (come i genitori o i fratelli e le sorelle) da cui dipendeva. Il nevrotico, in altri termini, non sarebbe in grado di discernere tra come egli desidererebbe (o temerebbe) che gli altri e se stesso siano, e come egli e gli altri sono in realtà (Freud, 1922). Da questa formulazione generale della psicopatologia ne discende che l'intervento psicoterapeutico deve essere volto ad aiutare il paziente a discernere tra illusioni e realtà.

Il meccanismo di difesa fondamentale qui in gioco sarebbe la *proiezione*. Il nevrotico, in altri termini, non percepirebbe le persone, ma le *immaginerebbe* e le tratterebbe come surrogati di oggetti arcaici le cui caratteristiche proietterebbe inconsciamente sugli oggetti reali. Ciò implica due forme di distorsione, una prima distorsione di natura *affettiva* (per la quale, per esempio, un marito prova sentimenti di dipendenza affettiva dalla moglie come se questa fosse sua madre) ed una seconda distorsione di natura *rappresentazionale, o cognitiva* (per la quale, per esempio, il nevrotico interpreta in modo distorto le sue esperienze e le sue relazioni). Secondo la cura psicoanalitica originaria, soltanto la possibilità di divenire pienamente consapevoli dell'origine e del dispiegamento delle correnti affettive provenienti dai punti di fissazione infantili, era in grado di sciogliere la sintomatologia. Secondo Freud la presa di coscienza era quindi frutto di un laborioso processo psicoterapeutico fondato sul "ricordare, ripetere e rielabo-

rare" (Freud, 1914) le esperienze che si succedevano durante la cura, in modo da fare sì che là dove prima vigevano i processi inconsci di soddisfacimento di desiderio per via proiettiva propri dell'Es, potesse sostituirsi l'attività discriminante e consapevole dell'Io del paziente.

Tutto quanto è stato detto condusse la psicoanalisi ad elaborare un peculiare setting terapeutico ed una speciale procedura di cura le cui caratteristiche erano le seguenti:

#### 1. il paziente

- a. si trovava in una condizione che favoriva la regressione, poiché era sdraiato sul divano (diminuzione della motricità; postura supina) ed aveva il terapeuta alle sue spalle, il che diminuiva largamente la possibilità di portare avanti l'esame di realtà (dato che l'oggetto rimaneva invisibile);
- b. doveva dire tutto ciò che gli passava per la mente (metodo delle associazioni libere), procedura anch'essa volta a rivelare i nessi associativi non controllati dall'Io (e dai meccanismi di difesa dell'Io stesso);

#### 2. Il terapeuta, a sua volta:

- a. Doveva intervenire il meno possibile, e farlo solamente per interpretare, ovvero per favorire, nei momenti opportuni, la presa di coscienza del significato dei moti affettivi del paziente;
- b. Doveva seguire le tre regole tecniche fondamentali originarie: quelle dell'astinenza, della neutralità e dell'anonimato<sup>8</sup>. Questo atteggiamento terapeutico era volto a frustrare sistematicamente i tentativi nevrotici del paziente di gra-

tificare i propri desideri inconsci. Solo la frustrazione della gratificazione, infatti, consentiva, secondo Freud, di avere accesso alla coscienza dei desideri inconsci stessi.

Questa peculiare situazione poneva il paziente in condizione di doversi *immaginare* la sua relazione col terapeuta, condizione che faceva risaltare, secondo la teoria originaria, proprio le proiezioni e le distorsioni patologiche radicate nei modelli infantili inadeguati. In altri termini, si sviluppava quella che venne chiamata "*nevrosi di traslazione*"<sup>9</sup>, dato che il paziente trasferiva sul terapeuta, che fungeva da schermo neutro, le proprie dinamiche psichiche di cui egli stesso era inconsapevole. Si era dunque dinanzi a due fattori da prendere in considerazione: il fattore affettivo-relazionale e quello cognitivo.

1. Il primo, manipolato secondo la tecnica su esposta, era trasformato in una cosiddetta "nevrosi di traslazione", una sorta di riproduzione degli aspetti distorti (nevrotici) del paziente favorita dall'impostazione tecnica per la quale il terapeuta doveva riuscire ad annullarsi, a scomparire, consentendo alle proiezioni del paziente di esaltarsi come su uno schermo assolutamente bianco.
2. Il secondo era frutto della costante attenzione e partecipazione, sia cognitiva che emozionale, del terapeuta che, profondamente presente attraverso la sua capacità di ascolto (ascolto non certo solo dei contenuti verbali, ma, soprattutto, di ciò che *non* veniva detto, nonché delle fantasie e delle correnti emozionali interne a lui), era

in grado, come un interprete obiettivo, di restituire ciò che il paziente presentava nella seduta in una forma tale che l'Io del paziente stesso potesse finalmente accettarlo ed elaborarlo. Tale restituzione avveniva sempre sotto forma di parola e si presentava sotto forma di interpretazione (del terapeuta) o di comprensione o *insight*<sup>10</sup> (da parte del paziente).

Ci raccomandiamo di tenere a mente la necessaria compresenza di entrambi i fattori in questa particolare situazione terapeutica. Essi sono i due principali **fattori terapeutici** della psicoanalisi originaria, che Friedman (1978) chiamò “**comprensione**” ed “**attaccamento**”. Per Freud, infatti, la chiave di volta era costituita dalla “comprensione”, dato che l’“attaccamento”, frutto della traslazione del paziente sul terapeuta, costituiva l’*oggetto* della comprensione. Tuttavia è evidente che l’una non si poteva dare senza l’altro (Freud, 1913).

Per concludere: la tecnica originaria delle psicoterapie psicodinamiche tendeva a neutralizzare il più possibile la relazione (reale) del paziente col terapeuta, trasformando quest’ultimo in un personaggio assente, ovvero, anonimo, neutrale e non gratificante (regola dell’astinenza), tanto che oggi si fa riferimento a questa impostazione anche chiamandola “teoria unipersonale”, contro la “teoria bipersonale” (cfr. Modell, 1984) oggi universalmente accettata.

Come si è detto, questa caratteristica di grande distanza relazionale - una sorta di neutralizzazione - del terapeuta dal paziente è spesso stata invocata dai sostenitori della psicoterapia

a distanza<sup>11</sup>. Tuttavia in modo infondato per due ordini di ragioni, assolutamente essenziali.

1. La prima è che l’assenza del terapeuta nello spazio analitico normale era, anche a i tempi di Freud, soltanto apparente, nel senso che il terapeuta era neutrale, astinente ed anonimo *per il paziente* (allo scopo, lo ricordiamo, di evocare la nevrosi di traslazione), ma egli terapeuta, al contrario, doveva essere estremamente presente a tutto ciò che accadeva durante la seduta. Si può affermare, senza tema di essere smentiti, che il fulcro e l’essenza della formazione di un terapeuta psicodinamico che faceva riferimento a questa condizione terapeutica, si imperniava proprio sulla capacità, che il terapeuta doveva apprendere attraverso un lunghissimo training formativo, di essere sommamente presente con tutto se stesso, in modo da poter cogliere non certo ciò che il paziente mostrava sotto forma di sintomi o di difesa, ma i moti inconsci sottostanti, moti e motivi inconsci che non emergono mai esplicitamente e compiutamente attraverso la parola (se lo facessero il paziente guarirebbe), ma che si rappresentano attraverso le libere associazioni ed i sogni, ma anche i silenzi, le esitazioni, i movimenti del corpo, il paralinguismo, i lapsus e le posture del paziente.

Qui è indispensabile sottolineare il fondamentale concetto di **controtraslazione**, ovvero di quella particolare condizione complessa per la quale lo stesso terapeuta partecipa della traslazione del paziente, fungendo, in pratica, da

strumento di rilevamento emozionale-cognitivo dei processi psichici in corso entro la nevrosi di traslazione. Nella tecnica psicoanalitica “classica” solamente la capacità del terapeuta di essere presente psicologicamente, ovvero di percepire emozionalmente ciò che accade tra lui e il paziente, e di elaborarlo consapevolmente, trasformava la normale nevrosi (nella quale il paziente agisce i sintomi e le proiezioni sugli oggetti esterni senza alcuna possibilità di intervento terapeutico), in una nevrosi di traslazione, osservata all’interno del setting terapeutico e passibile di essere compresa dal terapeuta, interpretata al paziente e, infine, risolta<sup>12</sup>. Per questo, la situazione della psicoterapia a distanza, presupponendo l’assenza reale del terapeuta (diminuendone esponenzialmente gli strumenti psichici per percepire le dinamiche del paziente), è molto più simile ad una semplice situazione nevrotica (ovvero di proiezioni non analizzabili), che ad una situazione terapeutica. Il paradosso della “psicoterapia on line”, paradosso a cui costantemente ci riferiremo, è che essa non solo rende assente il terapeuta al paziente, ma rende anche assente il paziente al terapeuta stesso, di modo che questi non potrà mai essere in grado di svolgere le sue funzioni, dato che non potrà mai essere messo nella condizione di percepire profondamente il paziente, né di discriminare, attraverso i propri vissuti, le illusioni prodotte dai moti inconsapevoli (propri e del paziente), dagli elementi realistici appartenenti alla relazione vera<sup>13</sup>.

2. La seconda è che, come si dirà immediatamente, l'impostazione qui descritta, connotata da un tentativo - oggi reputato impossibile e terapeuticamente non sufficientemente produttivo - volto a rendere il terapeuta neutro per il paziente (ma non viceversa!) è stata generalmente sostituita da un nuovo paradigma, nel quale il fattore curativo centrale non è più la comprensione (l'interpretazione quanto più precisa e alle volte asettica, che si pensava conducesse alla consapevolezza e alla conseguente remissione dei sintomi), ma la **relazione tra paziente e terapeuta**. Per questa ragione, voler giustificare la terapia a distanza facendo riferimento al modello descritto, oltre che infondato tecnicamente e teoricamente, è come voler oggi spiegare il sorgere del sole usando il modello tolemaico.

### 3. Evoluzione dei paradigmi

Il modello psicoterapeutico a cui abbiamo fatto riferimento nel paragrafo precedente si basava su una speciale teoria della motivazione per la quale ciò che muoveva l'apparato psichico era la *ricerca del piacere*<sup>14</sup>. Una letteratura ormai sterminata riguarda la storia di un cambiamento di paradigma che ha radicalmente mutato questa impostazione, per cui oggi anche la psicoterapia psicodinamica, di qualsiasi indirizzo sia, freudiana e non, concorda per la maggior parte che l'apparato psichico non ricerca il piacere, *ma l'oggetto* (Suttie, 1935; Fairbairn, 1952; Fromm-Reichmann, 1950; Guntrip, 1961; Sullivan, 1962; Bolwby, 1969, 1973, 1980, 1988; Balint, Mitchell, 1988; Stern, 1985; e poi, Kohut,

1971, 1977, 1980; Winnicott, 1965, etc). Questa impostazione ha dato vita ad una delle teorie della cura psicodinamica oggi più importanti, la cosiddetta *Teoria delle Relazioni Oggettuali* (Greenberg & Mitchell, 1983, Eagle, 1984, 1991), ma ha anche investito la cosiddetta *Psicologia del Sé* e influenzato profondamente tutti gli approcci psicoterapeutici, sia psicodinamici che non. Sebbene questa distinzione tra diverse teorie motivazionali possa apparire a prima vista altamente teorica, se non filosofica, essa, al contrario, investe prepotentemente il tema di cui stiamo discutendo, ovvero quello della natura della psicoterapia e dei suoi fattori curativi, rispetto alla presunta possibilità che questi siano presenti anche in una relazione on line. Infatti, il cambiamento della teoria della motivazione (da una teoria cosiddetta *pleasure-seeking* ad una *object-seeking*) ha implicazioni enormi a tutti i livelli. In breve:

a. Riconosce che la psicopatologia è fortemente correlata con il mancato soddisfacimento delle necessità del bambino (ma in generale della persona) da parte di un ambiente di accudimento sufficientemente buono, come la madre e il padre per l'infante ed il bambino (Winnicott, Bolwby). In sostanza, l'eziopatologia non viene individuata più all'*interno* del paziente, ma nella storia delle sue **relazioni**, ora interiorizzate, con gli altri significativi, ovvero nell'area di sovrapposizione tra la sua "mente" e quella degli altri. Nella teoria della ricerca d'oggetto, insomma, la relazione diviene il concetto fondativo sia dell'eziopato-

logia che della psicoterapia, dato che, come si vedrà, si è scoperto che è proprio attraverso una relazione di particolare fattura che è possibile pervenire alla guarigione del disagio psichico.

- b. Implica una trasformazione nell'impianto epistemologico che passa da una teoria "realista", per la quale il terapeuta doveva aiutare il paziente ad affrontare la "realtà", ad una teoria "*costruzionista*", nella quale la vita del soggetto, così come l'eziopatologia o la sua psicoterapia, sono il risultato di un coerente, armonico, condiviso e continuo dispiegarsi di una matrice relazionale (Mitchell, 1993) nella quale sia possibile condividere significati nuovi e più adattivi.
- c. Propone la possibilità di attuare ricerche nuove sulla natura dei fattori terapeutici comuni alle psicoterapie, grazie al ricorso a studi clinici (come registrazioni di sedute), che extraclinici (come studi epidemiologici comparativi) anche riferiti ad altre scienze affini, quali l'etologia, la sociobiologia, le neuroscienze e, soprattutto, la cosiddetta *infant research*<sup>15</sup>.

Quando abbiamo fatto riferimento al tentativo di giustificare l'assenza del terapeuta on line come basata su un sistema obsoleto, ci riferivamo a questo profondo, pervasivo e prepotente cambiamento di paradigma, basato su ormai innumerevoli dati clinici, sperimentali ed epidemiologici, nonché su un'epistemologia che non fa più riferimento all'impostazione realista e dualista ottocentesca, ma a quella contemporanea che, dalla fisica (qui ci riferiamo al principio di indeterminazione di Heisenberg, ed alla fine del formalismo matematico ad opera di

Gödel), alla biologia (per esempio nella comparsa di concetti come quelli di *Umwelt*, di ecosistemi, o di *Innate Release Stimulus*) o alla sociologia (si vedano per tutti gli scritti di E. Morin) studia gli effetti delle interazioni e delle relazioni, e non i contenuti intrinseci degli oggetti (o dei soggetti) di ricerca.

In sostanza, oggi non è possibile concettualizzare uno spazio umano che non sia riferito alla compartecipazione di due (o tre) soggetti ad una matrice relazionale comune. Ecco che, quindi, l'aspetto relativo alla relazione paziente-terapeuta diviene concettualmente il perno sul quale ruota tutto il processo psicoterapeutico. *Hic Rhodus, hic salta*: per possedere le potenzialità di costituirsi come psicoterapeutica, una relazione dovrà dunque soddisfare il più profondamente possibile quei criteri che rendono una relazione realmente tale, che rendono cioè una relazione profonda, intima, supportiva, discriminante, differenziata e consapevole, soggetta ad un controllo e monitoraggio adeguati, nonché rispondente alle tecniche di intervento teoricamente e clinicamente giustificate. In caso contrario, non può dirsi psicoterapia.

Se per la cura classica l'obiettivo, perseguito attraverso l'*insight* e l'elaborazione cognitiva dei fattori inconsci era essenzialmente quella di rendere il paziente *autonomo* dalle sue proiezioni che lo rendevano dipendente dagli altri, ora la cura si propone di restituire alla personalità del paziente un buon grado di flessibilità, di coesione, nonché di capacità di tollerare sia il piacere che la frustrazione, in modo da metterlo in grado di vivere bene entro le relazioni con gli altri significativi (Kohut, 1971, 1977, 1978). Questa attenzione alla flessibilità del self del

paziente in relazione con gli altri, la ritroviamo anche negli scritti più recenti dei maggiori esponenti delle teorie cognitive (Bucci, 1997; Guidano, 1983; Guidano, Liotti, 1987), allorché, pur partendo da teorizzazioni differenti, confluiscono verso obiettivi terapeutici simili attraverso la descrizione di costrutti quali la "complessità del Sé", la "teoria motoria della mente" o le "autoreferenzialità".

In precedenza abbiamo accennato alla traslazione, definendola come fenomeno di ripetizione inconscia di schemi affettivi e cognitivi derivanti dal passato infantile del paziente. Entro questo nuovo contesto la stessa traslazione e la corrispettiva controtraslazione (del terapeuta) vengono viste da alcuni influenti autori (Gill, 1993) come fenomeni relazionali peculiari, anch'essi rientranti nella relazione paziente-terapeuta, relazione "negoziata e co-costruita" da entrambi.

#### 4. Gli studi sull'efficacia della psicoterapia

A questo cambio di paradigma ha corrisposto il moltiplicarsi di studi volti a individuare quali fossero i fattori terapeutici attivi nella varie forme di psicoterapia. Le ricerche in questo settore sono ormai moltissime (cfr. Bucci, 1984, 1995; Bucci & Mc Kay, 1992; Garfield & Bergin, 1994; Dazzi & De Coro, 1991; Luborsky & Chris-Cristoph, 1990; Luborsky, 1992; Roth & Fonagy, 1996; Thoma & Kächele, 1985, 1988). Mentre nel passato esse vertevano sulla previsione e misurazione del risultato (*outcome*), oggi esse si riferiscono principalmente allo studio del processo psicoterapeutico. Per ciò che ci riguarda in questa sede è essenziale soprattutto sottolineare come vi sia ormai una generale convergenza nei

risultati di molti studi empirici di validazione delle psicoterapie intorno alla centralità di due fattori trasversali comuni a *tutte* le psicoterapie: il fattore denominato in generale relazione e quello chiamato alleanza terapeutica. In sostanza, solo degli interventi che si basano su teorie valide e tecniche adeguate atte a promuovere la relazione tra paziente e terapeuta e a sostenere i processi relativi alla formazione e allo sviluppo dell'alleanza terapeutica possono avere successo. Per cui la nostra domanda ora è: le psicoterapie on line sono in grado di garantire questi due fattori? Come vedremo, la risposta sarà negativa.

#### 5. Cosa significa relazione terapeutica?

Crediamo che a questo punto sia indispensabile chiarire brevemente cosa si intenda per relazione terapeutica. Il presupposto di fondo è che una relazione intersoggettiva, per poter avere valenze terapeutiche (come descritte nel paragrafo 1) non casuali, ma sufficientemente controllabili e valutabili, deve consentire la possibilità di espressione non tanto di quello che il paziente crede di essere o sa di essere, ma di ciò di cui egli è all'oscuro rispetto a se stesso - di ciò di cui è, insomma, *inconscio*. Sono infatti le strutture inconse o le cosiddette conoscenze tacite (cioè non esplicite) che fondano il disagio psichico. Per poter affrontare questo strato psichico "profondo" è necessario che esso possa:

- a. Esprimersi entro la matrice relazionale paziente terapeuta
- b. Essere percepito dal terapeuta
- c. Essere condiviso dal terapeuta ed eventualmente
- d. Essere "restituito" sotto forma di interpretazione o commento.

Crediamo che un contesto di “relazione a distanza” come quello della “psicoterapia on line” renda impossibile:

- a. una espressione sufficientemente piena della grandissima complessità dei messaggi consci, ma soprattutto inconsci del paziente.

Per chiarire questo punto, citiamo di seguito un brano tratto da Siegel (1999):

“Possiamo anche ipotizzare che una relazione sintonica e trasformativa presenti i seguenti elementi fondamentali: una comunicazione appropriata e collaborativa; una sintonizzazione degli stati psicobiologici; interazioni mutuamente condivise che producono l'amplificazione degli stati affettivi positivi e la riduzione di quelli negativi; una capacità di riflettere sugli stati mentali; infine il conseguente sviluppo di modelli mentali di sicurezza che rendono possibile la modulazione emozionale e aspettative positive verso le interazioni future.” (cit. in Dazzi e de Coro, 2001, pag. 64).

Da questa breve citazione, largamente condivisibile e condivisa, emergono due fattori cruciali: il fattore della “*sintonizzazione degli stati psicobiologici*” e quello della “comunicazione appropriata e collaborativa”. Per quanto riguarda i primi, qui possiamo affermare che essi sono la stessa base e matrice su cui si costruisce ogni relazione (naturalmente, soprattutto una relazione condivisa, intima e piena, e non intellettuale o “teorica”). Sono ormai moltissimi gli studi che dimostrano come la maturazione delle strutture psicologiche interne (autostima, flessibilità, coesività, capacità di godere e di integrare le pressioni istintuali, capa-

cià di sostenere l'intimità, ecc.) e il senso del proprio sé (sentimento di essere una persona intera, di essere separata dagli altri e pure in contatto e relazione, ecc.) si acquisiscano grazie al costante processo di condivisione di stati psicobiologici del sé in relazione con l'altro significativo (per esempio, gli stati affettivi). Stern (1985) riporta una dettagliatissima messe di studi che supportano l'evidenza per la quale ogni relazione interumana è sempre costruita sulle fondamenta di un tipo di relazione arcaica, preriflessiva e presimbolica frutto corpi dell'infante e della madre in interazione<sup>16</sup>, (relazione che l'autore definisce *campo di relazione nucleare*, già permanentemente differenziato verso il settimo mese di vita), nonché, su un livello immediatamente più evoluto, (la relazione cosiddetta intersoggettiva, stabilizzata verso il dodicesimo mese di vita), fondata sulla compartecipazione degli stati *interni* ai soggetti in interazione (come le intenzioni, l'oggetto e il grado di attenzione condivisa, etc.). In altri termini: prima e alla base della relazione verbale o della relazione riflessa dallo specchio del pensiero, vi è uno strato fondamentale radicato nel corpo. Nel caso del disturbo psichico, i messaggi che scorrono tra gli interattori a questo livello sono in gran parte procedurali, preriflessivi, e non verbalizzabili (o verbalizzabili in modo scisso). Bucci, per esempio (1988, 1995, 1997) sostiene, assai plausibilmente, che la malattia psichica derivi proprio dall'incapacità di collegare diversi codici comunicazionali tra loro, codici che, tuttavia, si appartengono reciprocamente nell'unità della personalità. In altri termini: la malattia è una specie di scissione tra l'affettività, il motorio, le sensazioni viscerali profonde (si pensi solo alla percezione delle e-

mozioni sul loro versante somatico: “mi si stringe il cuore”, “ho un groppo alla gola”, “mi viene la nausea se penso all'esame che devo affrontare”...) e le capacità riflessive simboliche. Il che significa che, come è universalmente noto, il solo parlare di un certo problema può non condurre ad alcun miglioramento. Si immagini che valore possa avere allora lo scrivere del problema con una e-mail o in una chat ad uno sconosciuto che non ha accesso ad altri codici ormai scissi!

Le ipotesi della Bucci, concordanti con le evidenze biologiche e neuropsicologiche attuali, sostengono che la psicoterapia ha luogo quando le emozioni, espresse attraverso codici preriflessivi e presimbolici, possono ricollegarsi adeguatamente ai codici riflessivi simbolici, verbali e non. Perché questo avvenga è però indispensabile non escludere i corpi dalla matrice relazionale. Il corpo, insomma, deve essere presente nella stessa stanza del terapeuta. Lo stesso “setting” a distanza costituisce proprio una delle scissioni fondamentali che la psicoterapia dovrebbe sanare.

- b. l'attività stessa dello psicoterapeuta, al quale sono preclusi i messaggi provenienti dal paziente nella loro dimensione complessa e globale, dimensione presupposta dalla presenza fisica di entrambi e fondata su quel “campo di relazione nucleare” al quale abbiamo poc'anzi fatto riferimento. Inoltre, l'attività terapeutica è preclusa dalla impossibilità di discernere tra le condotte proiettive trasferali del paziente e quelle sane, nonché di riflettere sui moti controtrasferali, la loro origine e il loro significato presenti nel terapeuta stesso (si veda il paragrafo

7). Per ultimo, la situazione a distanza lede uno dei costrutti che definiscono più profondamente la natura stessa di ciò che è relazionale: quella che Bion (1962, 1963) chiamò relazione tra contenitore e contenuto. In psicoterapia, infatti, il paziente deve poter sentire di “essere contenuto” (faccio qui riferimento anche alla centrale nozione di *holding*<sup>17</sup>, [Winnicott, 1965]) dal terapeuta, dalla sua pazienza, attenzione, devozione e presenza, che resteranno intatte anche quando egli attaccherà, criticherà o abbandonerà il terapeuta stesso (esperienze quotidiane durante ogni psicoterapia). Ma il paziente si deve poter sentire contenuto anche dal terapeuta in quanto setting e set (v. nota 3), ovvero in quanto stanza accogliente, stabile nel tempo; spazio chiuso e privato intimo e raccolto, che conserva tutto quanto avviene in esso; spazio essenzialmente *qualitativamente diverso* dallo spazio esterno<sup>18</sup>. Non v'è dubbio che l'ambiente della psicoterapia costituisca una nuova “casa”, una sorta di mente corporea che conterrà le angosce e le esperienze del paziente. Ma, oltre a sentirsi contenuto dalla funzione terapeutica diffusa, anche il paziente lentamente conterrà reciprocamente il terapeuta dentro di sé, interiorizzandone le qualità contenitive e riinteriorizzando le proprie caratteristiche, a lui inconscie, che percepirà inizialmente sotto forma di proiezione come caratteristiche del terapeuta stesso (fenomeno del rispecchiamento). Tutto questo è perduto di fronte ad uno schermo in una situazione di “psicoterapia a distanza”.

c. La possibilità di una condivisione profonda in senso psicoterapeutico. Condivisione che discuteremo anche nel paragrafo 8, dedicato al costrutto dell'alleanza terapeutica. Qui vorremmo ricordare il concetto di **empatia** e di **introspezione**, entrambi centrali per la possibilità del terapeuta di svolgere le proprie funzioni (Kohut, 1978). Solo dopo un lungo training formativo il terapeuta avrà appreso la capacità di comprendere empaticamente il paziente, essendo capace di compartecipare alle emozioni del paziente, restandone contemporaneamente parzialmente differenziato. È solo una stretta relazione entro un campo terapeutico in cui entrambi i partecipanti siano fisicamente presenti che può veramente mettere in grado un terapeuta di distinguere, attraverso la propria introspezione, tra i sentimenti e i pensieri che egli sente empaticamente e proiezioni incrociate, per cui ognuno crede di capire l'altro, ma sta soltanto sentendo attraverso di lui qualcosa che riguarda esclusivamente se stesso.

#### 6. La psicoterapia on line è impossibile perché prescinde dalla presenza del corpo

Riteniamo di dover brevemente ritornare su questo punto, che consideriamo cruciale. Infatti, tutte le principali teorie dello sviluppo psicologico del bambino, sia su un versante preminentemente cognitivo (da Piaget in poi), sia su un versante affettivo o pulsionale (si pensi a Freud o a Melanie Klein), e sia su un versante interazionale concordano con l'attribuire agli stati corporei (i cosiddetti stati *nucleari*), il valore di origine dello svi-

luppo psichico globale. L'eziopatologia da sempre è stata in vario modo riferita alla non-integrazione (o disintegrazione) della relazione tra i versanti affettivo-emozionali e quelli cognitivo-rappresentazionali che, per ragioni diverse appaiono, nel disturbo mentale, dissociati o più o meno gravemente distorti. Ciò che è mutato è il superamento della nozione di “stadio di sviluppo”, sostituito da concetti diversi (le “posizioni” della Klein, o, ultimamente, i “campi di relazione” di Stern) che mirano a descrivere il fatto che le basi evolutive pregresse, su cui si fondano quelle successive, restano sempre attive anche nel momento in cui maturano le competenze più evolute. Se ciò non avviene si produce un disturbo. Per fare un esempio: mentre un adulto è in una relazione significativa, attiva processi altamente evoluti che hanno a che vedere con le sue capacità riflessive e simboliche, con le capacità di astrazione, con la memoria a breve e lungo termine ed i processi di recupero dei ricordi. Tuttavia, contemporaneamente, per comprendere il senso di ciò che l'altro gli comunica, egli dovrà essere in grado di immedesimarsi empaticamente nei suoi stati interni, di indovinare le intenzioni del suo discorso - onde non essere sviato costantemente dai “credevo che volessi intendere che...” - soprattutto se la relazione verte su fatti che sono emozionalmente coinvolgenti e non pura impersonale teoria. Inoltre, i due saranno contemporaneamente anche due corpi-in-interazione: si muoveranno in modo sincrono e mimeranno le posture l'uno dell'altro tanto più quanto più si sentiranno coinvolti; regoleranno la loro distanza interpersonale, come un danza, a seconda della sensazione di intimità che proveranno; terranno conto, inconsciamente,

ma con assoluta precisione (quantificabile attraverso opportune video-micro-analisi dei pattern comportamentali di soggetti in interazione) del ritmo della loro respirazione, della dilatazione pupillare, della durata del contatto oculare, dei paralinguismi, etc. che li informerà se possono dire o fare una certa cosa, o come o quanto possono dirla o farla. Tutta questa complessità costituisce una relazione, e questa relazione ha la sua base proprio nell'ultimo strato da noi descritto, quello corporeo o nucleare. Le emozioni hanno origine nel corpo: *sono corpo*. Le parole, a loro volta, soprattutto se sono altamente simboliche, consapevoli e non scisse dai livelli pre-riflessivi e presimbolici di base, *rap-presentano e completano* la relazione, ma non possono sostituirla. Se ciò accade, se cioè la sola parola prende il sopravvento sull'accessibilità degli altri codici e sulla loro analizzabilità in psicoterapia, ci si trova dinanzi ad un tipico, diffusissimo meccanismo di difesa, noto col nome di intellettualizzazione, il quale si origina e si consolida, con esiti anche assai gravi, proprio quando i livelli corporei-emozionali del sé si scindono, a causa di relazioni primarie (madre-bambino) non sufficientemente buone (Winnicott, 1965, 1971; Kohut, 1978, 1979). L'illusione di poter escludere il corpo dal contesto psicoterapeutico, rappresentandolo come se fosse presente, mentre è nello stesso luogo solo virtualmente, rappresenta un'illusione, ed un'illusione neppure tanto piacevole, visto che nessuno, se non affetto da un disturbo nevrotico, preferirebbe un partner o una partner, oppure un amico, in video o dietro un testo scritto, piuttosto che fisicamente presente. Il fatto è che la distanza fisica, costitutiva nella relazione on line, descritta dai sostenitori

della psicoterapia on line (per es. Angelozzi, 1999; Angelozzi & Favaretto, 2000) come un modo per superare le resistenze dei pazienti ad affrontare un contatto reale è un sintomo e, come tale, deve essere superato per consentire l'avvio di una psicoterapia reale. Mantenere il paziente in questo limbo, nel quale egli crede di essere in relazione, ma in realtà immagina in forma più o meno regressivamente autogratificante la relazione stessa, è, come abbiamo detto più volte, una forma di nevrosi transferale, e in quanto tale rappresenta proprio ciò che deve essere affrontato dalla psicoterapia.

Naturalmente, ciò è tanto più vero quanto più la relazione on line è anonima, asincrona ed affidata alle sole funzioni mentali superiori (come la sola scrittura). Tuttavia, lo stesso discorso è valido anche per la "psicoterapia on line" in cui paziente e terapeuta si vedono e parlano sincronamente. Anche questa è, infatti, in ogni caso una pseudo-relazione, una finzione che depotenzia proprio il fattore curativo centrale delle psicoterapie e sulla quale i due interattori *colludono*, ignorandone la natura limitante, disso-ciata e distorsiva.

Tuttavia, facendo riferimento ai pazienti particolarmente resistenti, ambivalenti o "timidi" vediamo possibile, e lo specificheremo più avanti, l'uso del contatto a distanza volta allo scopo di allacciare una forma di relazione potenziale che poi porti il paziente fisicamente nello stesso spazio del terapeuta. Ciò si configura come un uso totalmente diverso dalla psicoterapia e può essere descritto come una consulenza motivazionale, la cui natura dovrà però essere dichiarata esplicitamente e la cui durata limitata nel tempo.

## 7. Il problema dell'identificazione proiettiva. Impossibilità di sua costituzione e analisi in una relazione virtuale

Allo scopo di illustrare la complessità e la profondità di quanto avviene in una relazione psicoterapeutica illustreremo brevemente il fenomeno, assolutamente fondamentale, della cosiddetta *identificazione proiettiva*. In essa il paziente immagina di aver collocato parte dei suoi contenuti psichici nella mente di un altro, in origine la madre, attualmente il terapeuta. Mentre il significato originale di questo termine lo limitava ad una speciale fantasia inconscia interna alla mente del paziente, in seguito il concetto venne allargato (Heimann, 1950; Bion, 1962, 1963) ed assunse il significato di una relazione tutt'affatto peculiare, data dal fatto che i contenuti psichici del paziente (affetti o pensieri) vengono a trovarsi nell'esperienza del terapeuta. Come ha fatto giustamente notare Mitchell (1993), mentre per Freud la traslazione era una questione che riguardava la riattivazione di contenuti psichici passati, per la Klein il lavoro del terapeuta doveva rivolgersi a contenuti interni alla mente del paziente che si proiettavano al di fuori di essa ed all'interno della mente del terapeuta. Ciò è in accordo con la problematica attuale della maggior parte dei disturbi che sono presentati dai pazienti odierni e che sono disturbi relativi all'organizzazione del self, spesso frammentata, rigida e scissa, piuttosto che da disturbi relativi a ripetizioni di strutture immature passate. In questo contesto clinico l'identificazione proiettiva (sul versante del paziente) e quella introiettiva (sul versante del terapeuta) rappresentano una delle modalità più profonde che il terapeuta possiede per cogliere i vissuti incon-

sci, insopportabili ed inelaborabili, presenti nel paziente. Naturalmente, per essere in grado di far ciò lo psicoterapeuta deve essere in grado di distinguere attraverso l'introspezione e l'empatia quali sono i vissuti che appartengono a sé e quelli che provengono dal paziente. È anche per questo che il depotenziamento degli indici relazionali nella situazione virtuale rende impossibile il lavoro psicoterapeutico. La psicoterapia on line non è in grado di affrontare proprio questo tipo di psicopatologia, che investe la coesione interna della personalità e, anzi, è certo che l'accesso al mezzo informatico tende ad accrescere le tendenze dissociative della mente e a mantenere in uno stato di non sufficiente integrazione l'identità dei soggetti che ne fanno un certo uso<sup>19</sup>.

La concezione dell'identificazione proiettiva come evento esperienziale del terapeuta, che sente dentro di sé le parti psichiche scisse e proiettate del paziente, è collegato a doppio filo con la nozione di relazione contenitore-contenuto che abbiamo citato in precedenza, e della quale abbiamo affermato l'impossibilità nella relazione on line. Ora, come si vedrà immediatamente, questa stessa impossibilità si applica al dispiegamento, nel contesto della relazione online, dell'identificazione proiettiva e della sua conseguente elaborazione da parte del terapeuta.

Il punto centrale è che, affinché l'identificazione proiettiva si possa verificare, è indispensabile che alla proiezione del paziente segua la possibilità che, attraverso una relazione ravvicinata ed intensa, il paziente stesso eserciti una pressione (inconscia) sul terapeuta affinché egli si adegui alle sue proiezioni (Joseph, 1989; Ogden, 1982). Solo se il terapeuta è in grado di identificarsi nei vissuti primitivi, an-

goscianti ed inespressi del paziente (Racker, 1968) (vissuti non integrati e fonte della psicopatologia), sarà anche in grado di *contenerli*, in modo che il paziente possa giungere ad identificarsi nella funzione calmante e contenitiva stessa del terapeuta. Ora: mentre la relazione on line incoraggia lo sviluppo di proiezioni, poiché derealizza la relazione, contemporaneamente impedisce la strutturazione di quell'ambiente contenitivo nel quale il paziente può esercitare la propria pressione inconscia sul terapeuta, pressione che lo porterà ad identificarsi e quindi *fare esperienza diretta* della psiche del paziente stesso. Ripetiamo che il mancato sviluppo di questa condizione pregiudica la possibilità di qualificare la relazione on line come terapeutica.

Se, d'altra parte, il concetto di identificazione proiettiva, qui solo tratteggiato rapidamente, sembra astratto o strano, invito il lettore a pensare a quanto succede nelle normali intense relazioni di innamoramento (Jung, 1946), nelle quali i partner si idealizzano reciprocamente e agiscono spesso come se l'idealizzazione - arcaica ed infondata - dell'altro fosse realistica. Il ragazzo crede di essere il principe azzurro e si comporterà proprio come la sua principessa si aspetta da lui.

## 8. L'alleanza terapeutica o di lavoro. Cicli di rottura e di riparazione.

Come si è già detto, la ricerca empirica intorno ai fattori terapeutici presenti nelle varie forme di psicoterapia converge nel considerare due fattori aspecifici e trasversali come fondamentali per poter definire tale un processo psicoterapeutico: la relazione paziente-terapeuta e la cosiddetta *alleanza terapeutica*. Quest'ultima pos-

siede anche un notevole valore predittivo del buon esito della psicoterapia (Bordin, 1975; Greenberg, 1994). Quello dell'alleanza terapeutica è un costrutto che, come si è già detto, è spesso rivendicato dai sostenitori della "psicoterapia on line", ma che, ad un esame più accurato, si rivela essere un fattore che contribuisce ancora una volta a spiegare perché una relazione a distanza filtrata da un mezzo tecnologico non possa costituirsi come psicoterapia.

L'alleanza terapeutica definisce quel particolare aspetto della relazione terapeutica tra paziente e terapeuta nella quale il terapeuta fornisce sostegno, rassicurazione e contenimento al paziente e questi collabora agli scopi della psicoterapia e al lavoro del terapeuta. In base all'atteggiamento costruzionista, nel quale la fondamentale motivazione psichica è la ricerca non del piacere, ma dell'oggetto, l'atteggiamento di neutralità del terapeuta si è ormai trasformato da un atteggiamento di obiettività e imparzialità ad una disposizione ad accogliere e far posto al paziente dentro di lui, senza però confondersi con lui (Lingiardi, 2002; Aron, 1996, 1991, Greenberg, 2001).

La stessa nozione di traslazione si è trasformata da un'interazione viziata dalle distorsioni dovute all'influsso dell'inconscio del paziente in una relazione complessa, condizionata da fattori reali frutto della relazione attuale tra uno specifico terapeuta e uno specifico paziente, nonché dall'influsso di atteggiamenti, motivazioni e desideri inconsci dell'uno come dell'altro (Jung, 1946), per cui il processo terapeutico viene giocato sempre su due poli, che continuamente si alternano: quello della traslazione/controltraslazione e quello della relazione reale. Il lavoro del terapeuta consiste esattamente nella sua

capacità di muoversi tra questi poli, discriminandoli (cfr Gill, 1984).

Greenson (1965) preferisce definire l'alleanza terapeutica nei termini di un'*alleanza di lavoro*:

dall'insieme di atteggiamenti razionali e finalistici che il paziente nutre nei confronti dello psicoanalista [...]. Ho scelto il termine "alleanza di lavoro" in quanto sottolinea la capacità del paziente di lavorare nella situazione analitica [...]. Lo si vede soprattutto quando un paziente, in preda ad un'intensa nevrosi di transfert, riesce ciononostante a mantenere un efficiente rapporto operativo con l'analista (pag. 163, cit in. Lingiardi, 2002, pag. 45).

Per Greenson esiterebbero tre livelli, costantemente intersecantesi durante il processo terapeutico: il *transfert*, l'*alleanza di lavoro* (reale, ma creata dalla situazione terapeutica e ad essa affine) e la *relazione reale* (frutto cioè delle caratteristiche genuine del paziente e dell'analista). Anche per Greenson è importante che l'analista sappia distinguere tra questi livelli.

Il primo punto che vorremmo sottolineare è il seguente: nella specifica situazione della relazione a distanza è praticamente impossibile distinguere i vari livelli, così finemente intrecciati ed intersecantesi, e ciò per le considerazioni fatte in precedenza intorno alla forte limitazione delle possibilità relazionali della coppia terapeutica, artatamente e forzatamente costretta ad una pseudovicinanza, che non consente il dispiegarsi né della dimensione dell'identificazione proiettiva, né un corretto esercizio dell'*empatia*.

Il secondo punto riguarda l'affermazione, fatta da diversi autori, che la situazione di relativo anonimato e di accresciuta distanza della "psicoterapia

on line" funge da rassicurazione per il paziente, il quale stabilirebbe col terapeuta una forte alleanza terapeutica (Murdoch J. W., Connor-Greene, 2000). Ora, questa affermazione, se apparentemente ha a che vedere con il concetto che stiamo discutendo, in realtà descrive una situazione tutt'altro che diversa; una situazione descritta, per esempio, da Kohut (1971) nei termini di *traslazione idealizzante*. Infatti, la relazione virtuale favorisce le regressioni incontrollate<sup>20</sup> e, di fronte ad un interlocutore accettante e non in grado di assumere il ruolo psicoterapeutico fondamentale basato sulla capacità di analizzare la complessità della relazione terapeutica (ora, come vediamo, descrivibile in termini di *traslazione*, *controtraslazione* [del tutto o parzialmente inconse], *alleanza di lavoro* e *relazione reale*), si trasforma in una *collusione* nella quale, come si suol dire, entrambi "se la cantano e se la suonano" al ritmo delle relazioni transferali inanalizzate di ciascuno. Lo slittamento regressivo verso una situazione di anonimato e di finta comunione, come quella della relazione virtuale, può effettivamente produrre emozioni altamente positive ed entusiasmo per gli scambi che possono avvenire. Tuttavia ciò si potrebbe configurare come alleanza terapeutica se vi fosse un effettivo processo terapeutico in atto, cosa che noi contestiamo. E tale contestazione, oltre a quanto esposto nelle pagine precedenti, si basa su un punto ulteriore che ha a che vedere col fatto che l'alleanza terapeutica (o di lavoro), può definirsi realmente tale soltanto se può sottoporsi a cicli ripetuti di rottura e riparazione dell'alleanza stessa. L'alleanza, insomma, si costituisce come un processo di difficile ciclica rinegoziazione intersoggettiva delle configurazioni che, sotto la

pressione della disillusione e della prova di realtà (intersoggettiva), si rompono e devono essere ricomposte (Safran, 1990; Safran, Muran, 1995, 1996, 1998). L'Alleanza terapeutica, insomma, definirebbe un processo entro il quale è possibile affrontare insieme i problemi, anche estremamente dolorosi, che si presentano durante la psicoterapia, promuovendo così la capacità del paziente di cambiare, senza andare i pezzi. Ora, questa definizione del concetto di alleanza terapeutica ancora una volta presuppone una finissima calibratura della relazione, nella quale il terapeuta può sostenere nel paziente, e anche promuovere, la rottura dell'alleanza precedente, qualora presenti aspetti disfunzionali, regressivi, proiettivi e comunque transferali, senza però frustrare per errore gli aspetti appartenenti alle aree della relazione reale e dell'alleanza di lavoro, né intaccare aree psichiche del paziente che non sosterebbero la perdita di appoggio della figura idealizzata del terapeuta. Qui rientra la fondamentale capacità del terapeuta di sostenere le frustrazioni e di essere in grado di sostenere il paziente, mentre elargisce quelle frustrazioni (e solo quelle) che potranno aprire la possibilità di una riparazione e di un cambiamento.

Noi siamo dell'avviso che sia impossibile gestire il ciclo di rottura e riparazione come acutamente descritto da Safran e Muran all'interno di una relazione a distanza.

Un'ultima notazione a riguardo consiste nell'osservazione che il modello ora rapidamente citato trova una perfetta applicabilità anche nelle psicoterapie cognitive (Liotti, 2001; Raue e Goldfried, 1994; Semerari, 1999), che si riferiscono agli interventi di ricomposizione delle rotture dell'alleanza di lavoro sulla metacognizione.

## 9. Conclusioni

Come si è detto in apertura, la pluralità di forme e di interazione via internet rendono il fenomeno assai articolato e complesso (Suler, 2000). Non v'è dubbio che il mezzo informatico e la stessa rete web abbiano una potenza enorme e non possano essere semplicemente liquidate come "buone" o "cattive". Nonostante tutto, anche il computer e la rete web sono mezzi tecnologici, e la loro utilità dipende dall'uso che se ne sa fare. Uso che, tuttavia, non può prescindere dalla consapevolezza che nessun mezzo tecnologico è neutro, ma che modifica colui che lo usa. Se questo vale per una normale automobile, che può infondere un senso irrealistico di potenza in chi la guida e perciò causare, in virtù del suo intrinseco influsso, migliaia di vittime della strada, ciò vale anche per il computer, che può trasmettere un senso di onnipotenza e che può essere vissuto come uno strumento che amplifica grandiosamente le capacità voyeuristiche dei soggetti, le loro fantasie sessuali ed aggressive, oppure le loro identità parziali, anche più confinanti con aree perverse o comunque lontane dalla realtà quotidiana *offline*.

È impossibile negare che si possano stabilire contatti e relazioni on line, né che questi possano essere anche utili, entusiasmanti ed avventurosi. Infatti, le caratteristiche di questo mezzo lo rendono adatto a creare una enorme *area potenziale* (cfr. nota 2) di gioco, che può indubbiamente essere fonte di piacere e di utilità.

Tuttavia, come abbiamo cercato di dimostrare, in nessun caso la relazione a distanza possiede i requisiti per costituirsi come relazione psicoterapeutica. E questo è tanto più vero per il caso delle interazioni scritte, sia via mail, sia attraverso chat o newsgroups.

Chiunque dichiara di svolgere attività

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

Come si è visto, invece, il discorso intorno ad un supposto setting nel quale paziente e terapeuta si possono vedere via webcam e parlare sincronamente, è più delicato e richiede qualche riflessione in più per il fatto di assomigliare al setting reale della psicoterapia. Tuttavia, mai come questa volta la verosimiglianza è ingannevole, e speriamo di averlo argomentato, per negli esigui limiti di poche pagine, esaurientemente.

In conclusione, riteniamo che in nessun modo si possa praticare psicoterapia

on line o a distanza. Riteniamo, parimenti, che le possibilità offerte dal mezzo consentano di praticare brevi consulenze motivazionali per incoraggiare coloro che desidererebbero iniziare una psicoterapia, consulenze che, lo ripetiamo, avrebbero valore motivazionale come lo ha una telefonata. Anche in caso di grande distanza e di isolamento di un soggetto è chiaro che il mezzo informatico possa costituire un surrogato *in vista della costituzione di un setting adeguato per lo svolgimento di una psicoterapia*, surrogato che mai deve spacciarsi per psicoterapia esso stesso. Parimenti, il mezzo informatico può essere usato come supporto per persone confinate in casa, come nel caso di certi anziani (Maheu & Gordon, 2000). Tuttavia, il termine "supporto" non può essere confuso, né slittare sul riferimento ad un'attività psicoterapeutica. Infine, il mezzo informatico può essere utile per condurre ricerche basate su questionari (non a scopo psicodiagnostico clinico), ma non su test né, tantomeno, su test proiettivi, i quali, come la psicoterapia, sono fortemente legati al contesto interpersonale nel quale si somministrano.

Nel corso di questa discussione non abbiamo fatto menzione dei vari risvolti legati alla *privacy* degli utenti del mezzo informatico. Abbiamo voluto trattare questo tema soltanto su un versante psicologico, sottolineando che nessuna terapia on line può fornire un adeguato, indispensabile "contenimento" al paziente. Lasciamo ad altri l'eventuale discussione sugli aspetti più tecnicamente legali riguardanti il trattamento e la gestione di dati tanto intimi e sensibili quanto quelli che emergono regolarmente durante una normale psicoterapia.

## Note

- <sup>1</sup> Il termine "self" sta ad indicare ciò che in italiano si rende spesso come "sé" (analogo, ma non identico al termine "personalità")
- <sup>2</sup> Facciamo subito un esempio, tratto dalla citazione precedente, laddove Suler parla di "spazio transizionale", concetto di estrema importanza per la teoria e la psicoterapia psicodinamica (Winnicott, 1971). Ora: Suler cita questo concetto in modo impreciso ed ipersemplificato. Infatti, per sua definizione, lo spazio cosiddetto "transizionale" si riferisce ad uno spazio condiviso tra un cosiddetto "oggetto soggettivo" concepito dentro la mente (un'allucinazione nell'infante, una fantasia nell'adulto) ed un "oggetto oggettivo", cioè un oggetto appartenente al mondo reale (materiale nell'infante; nell'adulto condizionato dai vincoli della realtà "percepita" dai sensi e governata dalle sue regole e strutture, autonome dal nostro desiderio). Perciò, come si vede, Suler usa il termine transizionale in senso analogico e lasso, che offusca proprio il punto centrale che distingue l'attività produttiva, simbolica e creativa inerente allo spazio transizionale dalla mera attività "masturbatoria" che governa il libero flusso di immagini (oggetti soggettivi) concepiti dalla mente stimolata. Lo spazio virtuale, a meno che non includa la possibilità di tenere in debito conto il "vincolo" di un oggetto (un altro essere umano) *realmente ed autonomamente presente, nonché radicalmente "diverso" (in quanto oggetto) dal soggetto, non è transizionale.*
- <sup>3</sup> Il termine "setting" si riferisce a quel complesso di tecniche e strategie che informano il contesto terapeutico. Per esempio: seguendo una certa impostazione teorica (a sua volta derivata -circolarmente- dall'osservazione clinica), un certo setting può prevedere (tra l'altro) che il terapeuta sia seduto di fronte al paziente (*vis á vis*) e che eviti ogni contatto fisico diretto con lui (toccare, abbracciare, ecc.). Un altro setting può prevedere che il paziente sia sdraiato su un divano e il terapeuta stia dietro a lui ed eviti interventi che possano avere particolari caratteristiche (per esempio a ispirazione educativa o esortativa, ecc.). Inoltre il setting sarebbe composto dall'or-

ganizzazione materiale dello spazio terapeutico, nonché dagli oggetti e dalla loro disposizione nello spazio terapeutico stesso. Entrambi i concetti sono qui rilevantissimi, poiché la psicoterapia on line propone un setting radicalmente diverso da qualsiasi altro conosciuto in precedenza, né appartenente alle caratteristiche biologico-psicologiche che appartengono alla specie umana (nel senso, per esempio, che un infante, allattato da un biberon che simuli la madre, dinanzi ad una madre che comparisse in video, anche se questo fosse sofisticatissimo e olografico, si ammalerebbe senza alcun dubbio proprio perché un simile "setting" di accadimento non è previsto "geneticamente"). I fattori curativi nelle psicoterapie non possono esulare, né ignorare, le caratteristiche biologico-psicologiche tipicamente umane degli esseri umani. Il fondamento biologico-etologico della psicologia umana è alla base della corrente oggi forse più influente di studi, anche applicativi, denominata *teoria dell'attaccamento* (Ainsworth, 1978, 1985; Bowlby, 1969, 1973, 1980, 1988; Harlow, 1958; Fonagy et al., 1996, 2001).

- <sup>4</sup> Attraverso l'integrazione ed il superamento delle cosiddette fasi di sviluppo psico-sessuale, come quella orale, anale, fallica, di latenza e genitale.
- <sup>5</sup> Queste sono: l'Es, ovvero la sede dell'energia pulsionale; l'Io: l'organizzatore della motricità volontaria, in contatto sia con l'Es che con il Super-Io e l'ambiente esterno, ed in grado di discriminare, attraverso l'esame di realtà, ciò che è "reale" e ciò che è immaginario (ovvero allucinatorio, delirante o, anche solamente teorico o fantastico); il Super-Io: sede della coscienza morale e garante del divieto alla tendenza innata alla regressione ed indifferenziazione -lincesto; e, infine, l'Ideale dell'Io: istanza garante delle proiezioni idealizzanti, in grado di trasformare il mero soddisfacimento pulsionale in prodotti culturalmente evoluti.
- <sup>6</sup> Questa "tensione" è prodotta essenzialmente da fenomeni eccitatori localizzati in aree specifiche del corpo che Freud aveva chiamato "zone erogene", riferibili, anche in accordo con le teorie evoluzionistiche darwiniane (Sulloway, 1979), alle pulsioni sessuali ed aggressive). Tale diminuzione

di tensione produceva, secondo Freud, una sensazione, biologicamente determinata di piacere, tanto da costituire la descrizione del cosiddetto *principio di piacere*, che governerebbe tutto il funzionamento mentale.

- <sup>7</sup> Per semplificare forniamo solo lo schema dell'eziopatologia nella psiche adulta.
- <sup>8</sup> Secondo l'atteggiamento della neutralità il terapeuta agisce come uno specchio che riflette sul paziente solo ciò che proviene dal paziente. L'atteggiamento astinente del terapeuta riguarda la particolare caratteristica per la quale questi doveva rimanere non coinvolto emotivamente e frustrare i desideri infantili rimossi del paziente in modo che essi potessero emergere alla coscienza sotto forma di rappresentazioni e non soltanto essere agiti attraverso la gratificazione. Per anonimato si intende quella particolare disposizione del terapeuta volta ad annullare il più possibile le specifiche caratteristiche soggettive del terapeuta stesso, favorendo in tal modo, in un contesto di relativa privazione sensoriale e cognitiva, l'emergenza delle fantasie del paziente.
- <sup>9</sup> Per "traslazione", o "transfert" si intende quella particolare situazione nella quale una persona vive inconsciamente una relazione con un altro come se fosse la ripetizione di una configurazione emozionale e cognitiva passata (infantile), in qualche modo "confondendola" con la relazione "reale". Si vedrà in seguito come questa definizione di traslazione sia stata rivista (per es.: Gill, 1984, 1991, 1993).
- <sup>10</sup> Per "insight" si intende una subitanea ed immediata comprensione di ciò che prima risultava confuso o ignoto, che ristrutturava l'intero campo emozionale-cognitivo intorno al contenuto nuovo.
- <sup>11</sup> Holland (1995), per esempio, è tra i primi a stabilire in modo diretto un parallelismo tra la relazione su Internet e la condizione del setting psicoanalitico [classico]: "Penso al confessionale - penso al divano dello psicoanalista, da dove il paziente parla, e parla ad un analista invisibile dietro la sua testa dal quale - (in genere) riceve in cambio una brevissima risposta, qualche minuto o qualche giorno dopo. Entrambe queste modalità incoraggiano la

regressione verso la dipendenza e la fantasia, proprio come fa Internet. Ed entrambe ci portano a dire cose che non diremmo in un rapporto vis-à-vis, proprio come su Internet.”.

Anche Migone, in Italia, è intervenuto sulla questione (in Merciai, 2000), riferendosi ad un principio metodologico formale introdotto da Eissler e noto come “parametro”. Mentre le argomentazioni di Migone nell’articolo citato sono solamente delle petizioni di principio non argomentate, il riferimento al parametro di Eissler è utile per accettare l’uso della relazione on line a scopi consulenziali in preparazione ad una psicoterapia.

<sup>12</sup> Sotto questa luce le affermazioni seguenti assumono una valenza negativa rispetto alla possibilità di giustificare una “psicoterapia online”, proprio perché si riferiscono all’attivazione di aspetti che, se sono condizioni necessarie per una psicoterapia, non sono certo sufficienti quando manchino le condizioni per intervenire (analizzare) questi stati che in un paziente sono precisamente la manifestazione della sua nevrosi, condizioni a loro volta tutte gravitanti attorno alla profonda presenza relazionale del terapeuta:

“Ora, questa nuova situazione [il tele-rapporto] mette prepotentemente in gioco nuovi elementi della nostra organizzazione mentale o - in altri termini - ne accentua la psichizzazione, perché la parziale privazione sensoriale di queste nostre relazioni implica un maggior ruolo de:

- la suggestione;
- l’immaginazione (più che la sensorialità);
- la proiezione;
- il transfert;
- la fantasia illimitata ed incontrollata;
- la creatività ed il simbolismo (il ruolo dell’assenza e dell’illusione).” (Merciai, 2000).

<sup>13</sup> Riprenderemo nel paragrafo 8. questi concetti fondamentali.

<sup>14</sup> Secondo Freud e la psicoanalisi dei primi decenni dopo la sua morte, l’apparato psichico tende a ridurre le tensioni interne all’organismo, che vengono chiamate *pulsioni* per il loro carattere di energia motrice dell’apparato psichico (per esempio lo sbilanciamento del tasso di glucosio nel sangue) attraverso una “scarica motoria”

(l’atto del mangiare, che Freud descrive come appartenente ad una organizzazione “orale”). Se la tensione (organica: lo sbilanciamento del glucosio) è percepita come intrinsecamente spiacevole, il suo abbassamento di tensione è percepito sotto forma di piacere, da cui segue il cosiddetto *principio di piacere*. Gli oggetti attraverso i quali questo principio fondamentale si esplica furono visti da Freud come intrinsecamente aspecifici: il loro valore era determinato dalla loro utilità allo scopo di abbassare il particolare tipo di tensione (la cui natura si riferisce alla sede organica nella quale nasce: il cavo orale, le labbra, l’ano e in generale gli orifici del corpo, la pelle, gli organi di senso, il pene, la clitoride, ecc...). Da tale aspecificità dell’oggetto esterno (per cui nella fase orale, per esempio, la madre sarebbe soltanto un-seno-che-allatta) vs. specificità della qualità della pulsione (per cui l’oggetto investito di pulsionalità orale è reinvestito dalla pulsionalità, per esempio, fallica), deriva la costituzione di quel particolare tipo di setting nautro di cui abbiamo parlato nel paragrafo 2.

<sup>15</sup> *L’Infant research*, forse il campo di studi rigorosamente scientifico-galileiano della psicologia più promettente e in più rapido sviluppo tratta dell’osservazione sistematica quasi-sperimentale di soggetti in età di sviluppo. Le osservazioni e i risultati raccolti negli ultimi trent’anni rappresentano, senza dubbio, un immenso patrimonio di conoscenze che sta portando innumerevoli prove a sostegno della teoria della ricerca d’oggetto. Un settore estremamente importante è quello della *Teoria dell’attaccamento* (Bolwby, 1969, 1973, 1980, 1988; Stern, 1985, Lichtenberg, 1983; Lichtemberg et al., 1989).

<sup>16</sup> Si pensi alla sola regolazione della distanza interpersonale, che diviene improvvisamente evidente in un ascensore con una persona sconosciuta. Questa regolazione della distanza interpersonale (prossemica), è impossibile se l’altro è un’immagine su uno schermo.

<sup>17</sup> Il concetto di holding (sostenere, contenere) è un concetto a cavallo tra il biologico-etologico e lo psicologico, e fa riferimento a caratteristiche specie-specifiche della specie umana. Il progressivo processo

di sviluppo della personalità adulta procede attraverso la trasformazione di strutture contenitive diverse, prima materiali e poi via via sempre più psichiche: il grembo materno; le braccia della madre che sorreggono l’infante e la sua sensazione di essere in esse contenuto mentre egli stesso sente di contenere la madre attraverso il ciucciare il suo capezzolo; la progressiva dislocazione dell’interiorità corporea dentro il confine della pelle; il contenimento della mente e dei pensieri dentro la testa, e così via.

Può forse essere utile notare come, sia in caso di fortissimi stress acuti, sia nel caso di accessi psicotici acuti, la sensazione di essere contenuti può regredire o dissolversi, così che lo schizofrenico può sentire i propri pensieri come contenuti nella mente degli altri, o può percepire l’ambiente come se il suo apparato sensoriale fosse parcellizzato e diffuso in esso.

<sup>18</sup> Nella psicoterapia con bambini l’importanza delle funzioni contenitive dello spazio sono esaltate e divengono immediatamente evidenti.

<sup>19</sup> Con questo certo non si vuole affermare che l’uso di internet sia dannoso. Si vuole dire, invece, che un certo uso, che si ponga in modo competitivo o addirittura sostitutivo delle relazioni reali, si basa sulla tendenziale frammentazione dell’identità e della personalità dell’uomo contemporaneo, che può arrivare anche ad accrescere, qualora questi presenti una debolezza della struttura del self, gli stati dissociati della mente caratteristici di molti disturbi di personalità tanto diffusi nella nostra epoca. Mc Kenna, per esempio, scrive:

Coloro che localizzano il loro vero self su Internet svelano ai loro amici di Internet parti intime di se stessi che tengono nascoste ai loro amici e parenti nel “mondo reale” - questi soggetti scoprono di formare relazioni su Internet assai più rapidamente di quanto non accada per le loro relazioni offline [...] l’intimità raggiunta rapidamente è un buon indice di predizione di relazioni che dureranno più a lungo e saranno più soddisfacenti.

È qui evidente, ed è noto a tutti, che l’anonimato, soprattutto quando è protetto

dall'invisibilità e la relazione si affida solo alla parola scritta, incrementa eccezionalmente i meccanismi regressivi e, con essi, anche le tendenze proiettive ed idealizzanti. Ciò comporta la facilità a stringere (pseudo) relazioni anche estremamente gratificanti. Tuttavia, esse nulla hanno a che vedere con la psicoterapia, anzi: se entrassero in competizione con le relazioni reali costituirebbero un'area di scissione della vita del soggetto che non potrebbe essere che considerata sintomatica.

È proprio l'anonimato, la tendenza alla regressione ed all'idealizzazione tipici delle relazioni on line, che incrementano le tendenze dissociative, e la proliferazione di identità differenti e tendenzialmente dissociate che sono, come si è detto, la base di molta patologia dell'identità oggi diffusissima. Ora: come ogni strumento tecnologico, anche la rete deve essere usata in modo saggio. La stessa esplorazione di identità multiple può rappresentare un gioco divertente (cfr. le posizioni della Turkle, 1995), ma solo fino al momento in cui questo non prenda piede e cortocircuiti le capacità integrative psichiche e la consapevolezza che nessuna realtà plurale virtuale potrà mai sostituire la realtà, tanto quanto, come disse una volta Freud, distribuire la lista delle vivande non sfamerebbe nessun affamato. Suler (1997) esprime in modo semplice questo semplice concetto: "Così come rispetto e vivo con piacere le mie relazioni nel ciberspazio, sarei però molto infelice se potessi mettermi in relazione con la mia famiglia e con i miei amici solo via Internet, anche se avessi a disposizione sofisticate tecnologie audiovisive".


<sup>20</sup> Il tema della regressione in internet meriterebbe una trattazione a parte. È certo comunque che l'uso del mezzo informatico produca notevoli fenomeni regressivi, anche potenzialmente pericolosi, come l'estrema immotivata fiducia (data da una proiezione parentale idealizzata), o una confusione tra immaginazione oniroide e realtà (che, per esempio, consente a certi soggetti di avvicinarsi a contenuti pornografici come se non coinvolgessero persone reali, ma mere immagini). Come scrive Holland (1995), è abbastanza sicuro che: "parlando su Internet, le persone re-

grediscono - ed esprimono sessualità ed aggressività come mai farebbero in un contatto vis-à-vis. Ci sono tre segni fondamentali di questa regressione, o tre sintomi principali, se volete, - il flaming - le molestie sessuali - e la straordinaria generosità -, il commento che sentite continuamente ripetuto a proposito della comunicazione online è la sua apertura, il senso di condivisione e, soprattutto, la tolleranza. Persone completamente sconosciute dedicheranno ore del loro tempo a scambiarsi dati delle loro ricerche o addirittura oggetti o beni - Allo stesso modo, questa apertura implica un aumento della vulnerabilità. - Insomma, la comunicazione via Internet ha i suoi vantaggi ed i suoi svantaggi. I vantaggi sono la generosità e l'apertura. Gli svantaggi sono il flaming aggressivo, l'attacco sessuale e l'aumento della vulnerabilità. Secondo me sono le due facce della stessa medaglia - entrambe dovute ad una mancanza di inibizione, quindi una regressione."

Qui desidero sottolineare che quelli che Holland considerava vantaggi, sono in realtà condotte irrazionali mosse da desideri proiettivi perché rivolte indiscriminatamente verso un "altro anonimo". Diventeranno vantaggi qualora l'altro uscisse dall'anonimato e si avvicinasse in una relazione autentica.

### Riferimenti bibliografici

- Ainsworth M.D.S. 1985 *Attachments across the lifespan*. Bulletin of the New York Academy of Medicine, 61, 792-812.
- Ainsworth M.D.S., Blehar M.C., Waters E. & Wall S. 1978 *Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Angelozzi A. 1999 *Forme della relazione: la psicoterapia in Rete*, in: Psichiatria Online a cura di Francesco Bollorino, Apogeo, Roma, 1999.
- Angelozzi & Favaretto G. 2000 *Reti psichiatriche per una psichiatria di rete*. Disponibile a: <http://www.psychomedia.it/pmproc/padova2000/angfav.htm>.
- Aron, L. 1996 *A meeting of minds: mutuality in psychoanalysis*, The Analytic Press, Hillsdale, NJ.
- 1991 *The patient's experience of the analyst's subjectivity*, in Aron, L. 1996.
- Bion, W.R. 1962 *Learning from experience*, Heinemann, London. (trad. it.: *Apprendere dall'esperienza*, Roma, Armando, 1996),
- 1963 *Elements of psycho-analysis* Heinemann, London. (trad. it.: *Gli elementi della psicoanalisi*, Roma, Armando, 1995).
- Bowlby, J. 1969 *Attachment and loss*, vol.1: *Attachment*, (trad. It: *Attaccamento e perdita*, vol. I: *L'attaccamento alla madre*, Torino: Boringhieri, 1973),
- 1973 *Attachment and loss*, vol. II: *Anxiety and anger*, (trad. it.: *Attaccamento e perdita*, vol. II: *La separazione dalla madre*, Torino, Boringhieri, 1977).
- Bowlby, J. 1980 *Attachment and Loss*, vol. 3: *Sadness and Depression*, (trad. it *Attaccamento e perdi-*

 Sullo stesso argomento si veda il Codice di Condotta emanato dall'Ordine del Lazio e pubblicato sul n. 3/4 2004 da pag. 18 a pag. 21

- ta, vol. III: La perdita della madre, Torino, Boringhieri 1980).
- Bolwby, J. 1988 *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*, (trad. it. *Una base sicura*, Milano, Cortina 1999).
- Bornstein, M. (ed) 1984 *Commentaries on Merton Gill's Analysis of Transference, Psychoanal. Inquiry*, IV, 3.
- Bucci, W. 1984 *Linking words with things: Basic processes and individual variations*, in: *Cognition*, 17, pp. 137-53.
- 1995 *The power of narrative: A multiple code account*, in Pennebaker (a cura di), 1995, pp. 93-122.
- 1996 *Psychoanalysis and cognitive science: A multiple code theory*, Guilford Press, New York. (Trad. It: *Psicoanalisi e scienza cognitiva*, Roma, Fioriti, 1999).
- Bucci, W., Mc Kay R.K. et al. 1992 *Scoring referential activity*, Ulmer Textbank, Ulm (trad. it: *La valutazione dell'attività referenziale*, a cura di De Coro, A., Caviglia, G., Roma, Kappa, 2000).
- Dazzi, N., De Coro, A. 2001 *Psicologia dinamica, le teorie cliniche*, Bari, Laterza.
- Eagle, M.N. 1984 *The recent developments in psychoanalysis*; (trad. it., *La psicoanalisi contemporanea*, Bari, Laterza, 1988),
- 1991 *La natura del cambiamento teorico in psicoanalisi, Psicoterapia e scienze umane*, 1992, XXVI,3: 5:33,
- Fairbairn W.R.D. 1952 *Psychoanalytic Studies of the Personality*. London: Tavistock (trad. it.: *Studi psicoanalitici sulla personalità*. Torino: Boringhieri, 1970),
- Fonagy P., Leigh T., Steele M., Steele H., Kennedy R., Mattoon G., Target M. & Gerber A. 1996 *The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 22-31.
- Fonagy P. & Target M. 2001 *Attaccamento e funzione riflessiva*. Milano, Cortina
- Garfield S.L., Bergin, A.E. (a cura di) 1993 *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed.), New York, Wiley
- Greenberg, J. 2001 *The analyst participation: a new look*. In: *J. of Am. Psychoanal. Assn.* 49(2), pp. 355-381.
- Greenberg J. Mitchell S. 1983 *Object Relations in Psychoanalytic Theory* (trad. it.: *Le relazioni oggettuali nella teoria psicoanalitica*. Bologna, Il Mulino, 1986).
- Fredman, L. 1988 *The anatomy of psychotherapy*, Hillsdale, New York (trad. it.: *L'anatomia della psicoterapia*, Torino, Bollati Boringhieri, 1993),
- 1991 XXVIII, 3: 5-26.
- Freud S., 1913 *Nuovi consigli sulla tecnica della psicoanalisi*, Opere, VII, Torino, Boringhieri, 1975,
- 1914 *Ricordare, ripetere, rielaborare*, Opere 7, Torino, Boringhieri, 1975
- 1922 *L'Io e l'Es*, Opere, 9, Torino, Boringhieri, 1977.
- Fromm-Reichmann, F. 1950 *Principles of intensive psychotherapy*, Un. of Chicago Press, Chicago (trad. it.: *Principi di psicoterapia*, Feltrinelli, Milano, 1962).
- Gill M., 1984 *Transference: a change in conception or only in emphasis?*, *Psychoanal. Inquiry*, IV,3, 489-523 (in: Bornstein, 1984).
- 1992 *Indirect suggestion: a response to Oremlands' Interpretation and interaction*. In: Oremland, J.D., 1991 *Tendenze attuali in psicoanalisi. Psicoterapia e scienze umane*.
- Greenson R.R. 1965 *The working alliance and transference neurosis*, in: *Psychoanalytic Q.*, 34, pp. 155-181.
- Guidano V.F. 1987 *The complexity of the Self*, New York, Guilford (trad. it.: *La complessità del Sé*, Torino, Boringhieri, 1988).
- Guidano V.F., Liotti G., 1983 *Cognitive processes and emotional disorders*, New York, Guilford.
- Guntrip H., 1961 *Personality structure and human interaction: the developing synthesis of psychodynamic theory*, New York, International Un. Press. (trad. it.: *Struttura della personalità e interazione umana*, Torino, Boringhieri, 1971).
- Heimann P., 1950 *On countertransference*. *Int. J. Psychoanal.*, 31: 81-84. Anche in R Langs (editor), *Classics in Psychoanalytic Technique*. New York: Aronson, 1981, pp. 139-142 (trad. it.: *Sul controtransfert*. In C. Alberella & M. Donadio, a cura di, *Il controtransfert*. Napoli: Liguori, 1986, pp. 81-86).
- Harlow H.F. , 1958 *The nature of love*, *Am. Psychol.*, 13: 673-685.
- Holland N., 1995 *The Internet Regression*, <http://www.shef.ac.uk/~psy-sc/rmy/fa.html>.
- Joseph B., 1989 *Psychic equilibrium and psychic change*, Routledge, London. (Trad. it.: *Equilibrio e cambiamento psichico*, Milano, Cortina, 199).
- Jung C.G., 1946 *La psicologia del transfert*, Opere Vol XVI, Boringhieri, Torino, 1981.
- Kohut H. 1971 *The analysis of the self*, New York, Intern. Un. Press. (trad. it.: *Narcisismo e analisi del sé*, Torino, Bollati Boringhieri, 1976)
- 1977 *The restoration of the self*, New

- York, Intern. Un. Press. (Trad. it.: 1978 *La guarigione del sé*, Torino, Bollati Boringhieri, 1980), 1979 *The Search for the Self*. New York: Int. Univ. Press (trad. it.: *La ricerca del Sé*. Torino: Boringhieri, 1982).
- Lichtenberg J.D., 1983 *Psychoanalysis and infant research*, The Analytic Press, Hillsdale, NJ. (Trad. it.: *La psicoanalisi e l'osservazione del bambino*, Roma, Astrolabio, 1988).
- Lichtenberg, J.D., Lachmann, F.M., Fosshage, J.L. 1989 (trad. it. 1995) *Psicoanalisi e sistemi motivazionali*, Milano: Cortina, 1992 *Self and motivational systems* (trad. it. 2000) *Il sé e i sistemi motivazionali*, Roma: Astrolabio.
- Lingiardi V., 2002 *L'alleanza terapeutica*, Milano, Cortina.
- Luborsky L., Chris-Christoph P, 1990 *Understanding transference: the CCRT method*, New York, Basic Books (trad. it.: *Capire il transfert*, Milano, Cortina, 1992).
- Maheu, M. M. , Gordon B. L., 2000 *Counseling and therapy on the Internet, Professional Psychology: Research and Practice* 31 484-489.
- Mitchell S. A., 1988 *Relational concepts in psychoanalysis. An integration* (trad. it. *Gli orientamenti relazionali in psicoanalisi*, Torino: Boringhieri 1993).
- Merciai S., 2000 <http://www.psychomedia.it/pm/pit/olpsy/merciai.htm>.
- McKenna Katelyn *Can You See the Real Me? Can You? Can You?*
- Modell A., 1984 *Psychoanalysis in a new context*, Int. Un. Press, New York. (trad. it.: *Psicoanalisi in un nuovo contesto*, Milano, Cortina, 1992) <http://www.geocities.com/ResearchTriangle/Facility/3308/>.
- Murdoch J. W., Connor-Greene, P. A. 2000 *Enhancing therapeutic impact and therapeutic alliance through electronic mail homework assignments*, *Journal of Psychotherapy Practice & Research* 9 232-237.
- Ogden T.H., 1982 *Projective identification and psychotherapeutic technique*, New York, Aronson. (trad. it.: *L'identificazione proiettiva e la tecnica psicoterapeutica*, Roma, Astrolabio, 1994).
- Oremland J.D., 1991 *Interpretation and Interaction. Psychoanalysis or Psychotherapy?*, Hillsdale, NJ., Analytic Press.
- Pennebaker J.W. (a cura di) 1995 *Emotion, disclosure & health, Am Psychol. Association*, Washington D.C.
- Racker, H. 1968 *Transference and countertransference*, Int, Un. Press. (trad. it.: *Studi sulla tecnica psicoanalitica*, Roma, Armando, 1991).
- Safran, J.D. 1990 *Towards a refinement of cognitive therapy in light of interpersonal theory: I Theory; II Practice.*, In: *Clinical Psychology Rev.*, 10, pp. 87-122.
- Safran, J.D., Muran, J.C. 1995 *Resolving therapeutic alliance ruptures: Diversity and integration*. In: *Session: Psychotherapy in Practice*, 1, pp. 81-92.
- 1996 *The resolution of ruptures in therapeutic alliance*. In: *J. Cons. Cl. Psychol.*, 64, 447-458.
- 1998 (a cura di) *L'alleanza in psicoterapia a breve termine*. Roma, Edizioni Scientifiche, 2001.
- Suler, J. 1996-2000 *Psychology of Cyberspace*, <http://www.rider.edu/users/suler/psycyber/index.html>.
- 1997 *The Final Showdown Between In Person and Cyberspace relationships*: <http://www.rider.edu/~suler/psycyber/showdown.html>
- 2000 *Psychotherapy in Cyberspace: A 5-Dimensional Model of Online and Computer-Mediated Psychotherapy*, *CyberPsychology & Behavior* Apr 2000, Vol. 3, No. 2: 151-159.
- Sullivan, H.S. 1962 *Schizophrenia as a human process*, New York, Norton.
- Sulloway, F.J., 1979 *Freud, biologist of the mind*, (trad. it. *Freud, biologo della psiche. Al di là della leggenda psicoanalitica*, 1982, Feltrinelli, Milano 1982).
- Suttie I.D. 1935 *The Origins of Love and Hate*. London: Kegan Paul Stern, N.D. 1985 *The interpersonal world of the infant*, New York, Basic Books (trad. it.: *Il mondo interpersonale del bambino*, Torino, Bollati Boringhieri, 1987).
- Thomä H., Kächele, H. 1985 *Lehrbuch der psychoanalytische Therapie, I, Grundlagen*, Springer, Berlin-Heidelberg. (trad. it.: *Trattato di psicoterapia psicoanalitica, 1: Fondamenti teorici*, Torino, Bollati Boringhieri, 1990), 1988 *Lehrbuch der psychoanalytische Therapie, II, Praxis*, Springer, Berlin-Heidelberg. (trad. It.: *Trattato di psicoterapia psicoanalitica, 2: Pratica clinica*, Torino, Bollati Boringhieri, 1993).
- Turkle S. 1995 *Life on the Screen: Identity in the Age of the Internet*, New York, Simon and Schuster
- Winnicott, D.W. 1965 *Sviluppo affettivo e ambiente*, (1970) Roma: Armando.
- Winnicott, D.W. 1971 *Gioco e realtà*, (1974) Roma: Armando.