

Domenico Arturo Nesci, *in collaborazione con:* Simonetta Averna, Pamela Banchi, Erika Benedetto, Simone Ciuffi, Valeria Colasanti, Elisabetta Corona, Isabela Diana Duma, Alice Fioretti, Emanuela Gamba, Manuela Di Iorio, Dario Maggipinto, Monica Medici, Edith E. Mincuzzi, Ilaria Pellegrini, Anna Petrachi, Tommaso A. Poliseno, Giulia Radi, Giulia Ritrosi, Arianna Tamilia, Vezio Savoia, Valentina Scopone, Daniela Serafino, Emanuela Sonsini, Antonella Strangio, Francesca Veccia.

La Psicoterapia Online nel Setting Istituzionale

*“chi siamo noi, chi è ciascuno di noi se non una combinatoria d'esperienze,
d'informazioni, di letture, d'immaginazioni?
Ogni vita è un'enciclopedia, una biblioteca, un inventario d'oggetti,
un campionario di stili,
dove tutto può essere continuamente rimescolato
e riordinato in tutti i modi possibili.”*

– Italo Calvino - Lezioni Americane (Molteplicità)

Non è un caso e non è senza significato se questo numero della nostra rivista telematica dedicato alla psicoterapia online nel setting istituzionale si apre con la lettura magistrale di Nancy McWilliams sul tema delle “Psicologie e Personalità Paranoidi” (2018). La pratica della psicoanalisi “a distanza” (Rosenbaum, 1974; Carlino, 2010) fin dal suo inizio con la psicoanalisi per telefono (Saul, 1951) ha infatti suscitato, invariabilmente, la comparsa di angosce paranoide sintetizzabili nello slogan: “Questa non è psicoanalisi!”

Una posizione simile è stata assunta anche nei confronti della “psicoanalisi online”, nonostante questa pratica sia stata adottata dall’IPA stessa per la formazione degli psicoanalisti, ad esempio (ma non solo) in Cina (R. Fishkin & L. Fishkin, 2011) e nonostante psicoanalisti di rilievo del New Center of Psychoanalysis di Los Angeles (a cui appartengo) abbiano assunto ufficialmente una

posizione di gruppo contro chi si oppone all'uso delle sedute via Skype o per telefono nella formazione dei nuovi psicoanalisti (Esther Dreifuss-Kattan, Joseph Natterson, Susan Cofsky, William Bauer, Margaret Rubin, Stanley Leiken, Jeffrey Seitelman, Martha Slagerman, Estelle Shane, Sharon Blum, 2018). La cosa non ci sorprende se ricordiamo, come giustamente osserva Claudio Widmann (2018) nel suo commento alla lettura magistrale della McWilliams, pubblicati entrambi in questo numero della nostra rivista, che fiducia e sfiducia costituiscono una "sigizia", e vanno considerate contemporaneamente in quanto "la fiducia è primaria quanto la diffidenza."

Affrontare il tema della psicoterapia a distanza e della psicoterapia online comporta quindi necessariamente la rivisitazione di questa sigizia di fiducia e diffidenza. Scrive, ad esempio, Mary Bayles (2012):

"Di sicuro quello che mi ha colpito, quando ho cominciato a riflettere sul nuovo scenario tecnologico e sui suoi collegamenti con la pratica psicoanalitica, era il senso di tremendo potere dietro ai cambiamenti in atto, spinti dalle logiche del consumo e degli affari [traduzione e corsivi miei, NdA]. Sembra evidente che consumatori affamati della cultura tecnologica contemporanea, e mi riferisco sia ai pazienti che ai terapeuti, determineranno o per lo meno influenzeranno dei cambiamenti nel nostro modo di praticare la psicoanalisi [...] Con l'introduzione di Internet [...] mandare un'email o un sms al proprio terapeuta è un fatto sempre più comune e non solo per motivi amministrativi (Gabbard, 2001). Mentre alcuni 'non lo permettono' queste modalità di comunicazione sono sempre più accettate come parte del modo 'naturale' di relazionarsi delle nuove generazioni e molti psicoanalisti non sono solo aperti a queste modalità ma, di fatto, hanno cominciato a teorizzare sui loro significati più ampi. Per esempio, messaggiare o mandare email potrebbe essere visto come una strada per permettere a stati dissociati del Sé di entrare nel dialogo psicoanalitico."

Da un lato dunque "ci si fida" delle innovazioni tecnologiche e dell'introduzione di nuovi *media* in campo "psi" come "modo 'naturale di relazionarsi delle nuove generazioni" e come modalità di comunicazione che apre nuove strade teorico-cliniche, ma dall'altro c'è una notevole diffidenza che dietro queste innovazioni ci sia il "tremendo potere" delle "logiche del consumo e degli affari".

Premesso questo, partirei dalla considerazione che noi ci muoviamo in un ambito molto particolare e ben identificato che ci solleva da queste preoccupazioni paranoide: la psicoterapia istituzionale nell'area clinica della Psico-Oncologia. Tutti i miei Collaboratori non sono solo gli Autori dei lavori di questo numero della nostra rivista, sono anche coloro che semplicemente fanno parte del gruppo di ricerca della nostra associazione scientifica *The International Association for Psychotherapy in Institutional Settings* (IAPIS) che nei modi più diversi hanno seguito e/o seguono malati di cancro e loro familiari presso un policlinico universitario oppure sono impegnati nel progetto di organizzare un Convegno sulla Psicoterapia Online nel setting istituzionale, a Roma, nel prossimo Dicembre. Si tratta cioè di persone che spesso lavorano gratuitamente, che operano nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale e che non hanno niente da spartire con le "logiche del consumo e degli affari". Quando ci siamo trovati di fronte a situazioni cliniche in cui la psicoterapia non era praticabile in ospedale *vis-à-vis*, piuttosto che rinunciare abbiamo cominciato a seguire l'opzione di "fidarci" e praticarla a distanza con l'uso di strumenti tecnologici, introducendoli nel setting della psicoterapia. Riteniamo che questa sia stata e sia tuttora una scelta molto valida e condivisibile, sul piano deontologico e professionale, soprattutto alla luce del *feedback* positivo che abbiamo ricevuto dai nostri pazienti (Petrachi, Nesci, 2018; Ritrosi, Nesci, 2018; Vecchia, Nesci, 2018).

Ho iniziato a proporre la psicoterapia online (ai pazienti ed ai miei collaboratori a cui invio i pazienti oncologici e i loro familiari, dopo la mia prima visita psichiatrica) quando mi sono trovato di fronte a persone che chiedevano di avere un aiuto psicologico ma erano fisicamente impossibilitate, per

condizioni di lontananza geografica o per motivi di salute o per altri impedimenti, a venire o trattarsi in ospedale.

La nostra esperienza clinica si pone quindi fuori dal clima di quelli che si presentano come entusiasti fautori della psicoanalisi per telefono (Robertiello, 1972; Spiro and Devenis, 2000; Plummer & Stark, 2000; Leffert, 2003) e/o della psicoterapia online (Derrig-Palumbo & Zeine, 2005; Weitz, 2014) oppure come detrattori dell'uso dei nuovi media in psicoanalisi (Argentieri, S., & Amati Mehler, 2003) per motivi teorici.

La lettera di una paziente, seguita in psicoterapia online tramite Skype nel nostro Servizio di Psico-Oncologia, esemplifica con semplicità la motivazione profonda della scelta di "fidarsi" e spiega l'importanza di valorizzare "gli oggetti inanimati" del setting (Akhtar, 2003) ivi inclusi i *media* che si utilizzano. Del resto la psicoanalisi stessa è nata dall'uso di uno strumento tecnologico (il divano come strumento di sospensione) su cui non ho mai smesso di riflettere nel mio percorso psicoanalitico sia come allievo in *training* che come psicoanalista dell'IPA (Nesci, 1993, 2009, 2012). Il testo di questa lettera, che riporto integralmente, documenta bene i termini del problema con cui ci siamo trovati a confrontarci nel nostro lavoro istituzionale e che mi hanno spinto a non rifiutare a questi pazienti il supporto psicologico, probabilmente anche sentendomi in questo confortato da precedenti esperienze positive con l'uso di altri strumenti (la posta, il telefono, l'*email*, ecc.) nel caso di cambio di residenza dei miei pazienti privati. Un'ulteriore rassicurazione nel prendere questa decisione è venuta anche dall'aver constatato l'efficacia delle psicoterapie che i nostri psicoterapeuti e gli specializzandi conducevano, dal 2002, in ospedale, con un sistema di supervisioni individuali e di gruppo condotte con metodologie nuove ed originali da psicoterapeuti e psicoanalisti di livello internazionale (Nesci e Coll., 2014).

"All'età di vent'anni mi è stata diagnosticata la leucemia linfoblastica acuta.

È stato un colpo durissimo seguito da un forte spavento.

Dopo un anno di chemioterapia e radioterapia sono giunta al trapianto di midollo.

Sono stata due mesi in ospedale in una camera sterile, separata da tutti dato che nessuno poteva entrare.

I miei genitori mi sono stati molto vicini e mi hanno aiutata a sopportare quei momenti difficili, ma avevo bisogno di parlare con una persona esterna e fortunatamente l'ospedale, come prassi, mi ha messo a disposizione una psicologa.

Una volta uscita mi resi conto di avere bisogno di un sostegno psicologico, ma non ero in condizioni fisiche per potermi recare in modo autonomo ai vari appuntamenti con la psicologa che avrei dovuto tenere una volta a settimana, quindi mi è stato proposto, dopo un primo colloquio [la visita psichiatrica, *NdA*], una terapia psicologica online [con la stessa psicoterapeuta che la paziente aveva conosciuto nel Reparto durante la degenza, *NdA*].

Io accettai con entusiasmo questa proposta e mi trovai subito bene per diversi motivi:

-Mi sono trovata a mio agio a stare a casa e, quindi, in un posto per me intimo e personale.

-Sono riuscita a parlare con più facilità delle mie ansie e dei miei problemi essendo io abbastanza timida e a tratti insicura.

-Il fatto di non dovermi recare nel luogo dell'appuntamento è stato per me uno stimolo a cominciare la psicoterapia, dato che in quel periodo non avevo tempo a causa delle continue visite in ospedale.

-Non mi è mai sembrato di parlare ad uno strumento, anche perché attraverso la webcam vedevo esattamente il volto della mia psicologa.

Non ero a conoscenza di questo metodo, ma è da più di un anno che ho iniziato e non ho mai avuto intenzione o interesse a cambiarlo."

In questo documento c'è un tema importante che vorrei sottolineare subito: quello della familiarità, del sentirsi a proprio agio, dello stare a casa propria. Il cancro è essenzialmente una malattia che produce un effetto *unheimlich* (Freud 1919) di "spaesamento" (come giustamente Franco Rella traduce il termine tedesco, nel 1981). Il cancro ci "spaesà" perché sono le nostre stesse cellule "impazzite" (Fornari, 1985) a mutare malignamente e divenire un "Doppio" persecutorio che minaccia di invaderci ed ucciderci, un'entità capace di attivare angosce molto arcaiche di "tradimento interno" in un'area al confine tra "psicosi subliminale" e "stati borderline transitori" (Nesci, 2001; Nesci, Squillacioti, 2013). Se siamo malati di cancro ci sentiamo "in trappola" (è di nuovo Fornari, qui, che parla) prigionieri di una condizione "corpocatta" (Nesci e Coll., 1989) come l'ho definita in un lavoro sui laringectomizzati, intendendo con questo neologismo il fatto che il corpo è stato reso "*captivus*" (catturato = imprigionato) dal cancro e che la mente è "spaesata" da questo fatto perturbante: non abita più (la mente) nel corpo/casa familiare, ne è ormai alienata... La casa come luogo fisico reale diventa allora rassicurante: è un corpo (metaforico) normale che non muta. Per questo la paziente sta meglio a casa sua per fare la psicoterapia, e cioè per incontrare un altro (il/la terapeuta) che è fantasticato come un proprio "Doppio" benigno, un "Benandante" (Ginzburg, 1996) un Angelo Custode, una delle tante versioni dell'imgo placentare, filo d'Arianna per chi si vuole addentrare senza perdersi nel labirinto della Psico-Oncologia (Nesci, 1991, 1992) da cui si spera di essere aiutati ad affrontare il "Doppio" maligno, il cancro. Così come lo studio delle metamorfosi chirurgiche (Nesci e Polisenò, 1992) è stato fondamentale per capire i rapporti complessi che la mente stabilisce col corpo in seguito alle mutazioni del cancro, prima, e delle trasformazioni chirurgiche, dopo, penso che lo studio della psicoterapia online aprirà nuove vie per approfondire i rapporti corpo/mente/protesi tecnologiche che si profila come nuova frontiera dell'avventura evolutiva umana protesa verso il concepimento e la produzione di corpi bionici ed intelligenze artificiali.

Storia della psicoterapia online nel Servizio di Psico-Oncologia del Policlinico Gemelli.

Fasi Preliminari: i Corsi di Psico-Oncologia

Già da studente di Medicina all'Università Cattolica mi sono reso conto che era impossibile seguire adeguatamente i malati di cancro ed i loro familiari, da solo. Dal 1992 ho quindi dato vita, da psicoanalista, insieme al Dr Tommaso A. Polisenò, gruppoanalista, con la direzione del prof. Achille R. M. Cittadini, patologo, ai Corsi di Perfezionamento e Formazione in Psico-Oncologia dell'Università Cattolica. Lo scopo era quello di formare un gruppo interdisciplinare di psico-oncologi che sapessero assistere in modo psicologicamente adeguato i malati di cancro seguiti dall'ospedale ed i loro familiari, indipendentemente dal proprio ruolo ed identità professionale (medici, infermieri, tecnici di laboratorio, fisioterapisti, logopedisti, psicologi, religiosi, volontari, ecc.). "Sia a livello biologico che psicologico il cancro è una vicenda collettiva. In questo il processo neoplastico segue lo stesso paradigma della vita prenatale: il paradigma gruppale (Ancona, 1990)." (Nesci e Coll., 1992).

Come già accennato, il filo d'Arianna che ci ha guidato in questo percorso nell'area della Psico-Oncologia è stato la mia riscoperta "dell'imgo placentare, centrale sia per avvicinare in modo creativo le fantasie inconsce relative al cancro che quelle relative alle metamorfosi chirurgiche che tentano di allontanarne la distruttività" (Nesci, 1992). Alla luce degli studi etnopsicoanalitici che avevo appena pubblicato sul suicidio collettivo del Peoples Temple (Nesci, 1991) guidato da un leader che pretendeva di "guarire" i suoi seguaci dal cancro, è stato possibile cominciare a far

emergere “l’universo illusorio dei fenomeni transizionali, e la sua ipostatizzazione nell’universo perverso, le protesi e gli oggetti feticcio...” (Nesci, 1992) recuperando aspetti generalmente sconosciuti sulla originaria natura gruppo-individuale della mente umana, aspetti che sono invece sempre attivi e presenti nel nostro inconscio (Nesci, 1991, 2017).

A quei tempi ero già pienamente consapevole del fatto che “sotto livelli significativi di stress tutti noi possiamo facilmente diventare paranoidi” e cioè del fatto che “gli stress di malattie gravi e terapie traumatiche possono indurre delle reazioni paranoide in chiunque” (McWilliams, 2018). In qualche modo, gli anni che avevo dedicato allo studio di Jim Jones, il leader paranoide del suicidio collettivo del Peoples Temple (un ex portantino, sposato con un’infermiera, che praticava supposte “guarigioni con la fede” dal cancro) mi aveva già allertato sul fatto che il lavoro in Psico-Oncologia comportava un alto rischio di *burnout* per gli operatori sanitari e richiedeva una formazione specifica (Nesci e Coll., 2002).

Questi corsi nascevano nello spirito dei gruppi Balint (1990; Nesci e Coll., 1997; Nesci, Polisenò, e Coll., 2002; Nesci e Coll., 2009), e cioè come percorsi esperienziali, ma erano aperti fin dall’inizio ad innovazioni e sperimentazioni tecniche, come l’introduzione di “pazienti/docenti” che portavano al gruppo degli allievi e dei docenti la prospettiva originale di chi aveva vissuto dall’interno l’esperienza del cancro e poteva raccontarla in un modo non convenzionale.

A questa innovazione se ne sono aggiunte periodicamente delle altre:

- il workshop associativo, dal 1999 (Nesci, 2006), in cui il materiale di una ricerca originale veniva utilizzato come stimolo per aiutare gli operatori sanitari ad associare creativamente invece che discutere sterilmente,
- le lezioni di Psicoanalisi e Arte nella Scuola Internazionale di Psicoterapia nel Setting Istituzionale (SIPSI), concepite per prevenire il *burnout* degli specializzandi e stimolarne la creatività nell’incontro con i malati oncologici durante il loro tirocinio al Policlinico Gemelli. Queste lezioni furono inaugurate dal prof. Jerome D. Oremland, con la visita guidata agli affreschi di Michelangelo nella Cappella Sistina (cui questo nostro Docente aveva dedicato nel 1989 un suo famoso saggio) per poi rielaborare l’esperienza con gli Allievi;
- i workshops cinema e sogni, teatro e sogni, o clinica e sogni in cui degli oggetti artistici, diventavano lo stimolo per il “*Guided Social Dreaming*” (*social dreaming* guidato) della mattina successiva in cui si condividono i sogni della notte, stimolati dal materiale artistico scelto dai partecipanti, o dai conduttori, o portato dai pazienti nelle loro sedute di psicoterapia multimediale (Nesci, 2012),
- la psicoterapia multimediale, nata originariamente per l’elaborazione dei lutti oncologici attraverso la produzione di un “oggetto della memoria” in un percorso psicoterapeutico breve, con l’intervento di un artista multimediale cui viene affidato l’*editing* (“montaggio psicodinamico”) del *remix* che sintetizza armoniosamente la vita della persona cara scomparsa (Nesci, 2009).

La psicoterapia multimediale, in particolare, ha sicuramente facilitato il passaggio alla psicoterapia online, perché mi ha molto rassicurato sul potere positivo di immagini e suoni di per sé, nella psicoterapia *vis-à-vis*, per cui, proseguendo in questo breve *excursus* storico, ritengo utile descriverla. Significativamente, del resto, come si vedrà in uno dei lavori raccolti in questo numero (Sonsini, Nesci, 2018), la psicoterapia multimediale di una paziente che aveva avuto un lutto oncologico è stata resa possibile da una psicoterapia online, alternandosi con essa in funzione della possibilità, per la paziente, di essere (psicoterapia multimediale) o di non poter essere (psicoterapia online) fisicamente presente in seduta.

Fasi Intermedie: la Psicoterapia Multimediale.

Nel lutto oncologico mi sono trovato molte volte di fronte ad uno scenario di questo genere: qualcuno si ammala di cancro, per anni lotta con la malattia, assistito dai familiari ed in particolare da un membro della famiglia che diventa il “*caregiver*” e cioè quella persona (generalmente si tratta di una donna) che si occupa con particolare cura di seguire e accompagnare il paziente nel suo percorso. Può succedere che questa persona rinunci al proprio lavoro o lo perda definitivamente. Se il malato di cancro muore, il *caregiver* vive un doppio lutto: quello della perdita dell’oggetto d’amore e quello della perdita del proprio ruolo/identità sociale. Ci si può trovare di fronte a situazioni che ho definito di “lutto sinciziale” (Nesci, 2012) e cioè ad un vissuto regressivo in cui una particolare perdita viene a rappresentare la “fine del mondo” non la scomparsa di un singolo individuo.

Quello che è scomparso, nel lutto sinciziale, è il contenitore (il mondo). Nulla ha più senso. La vita stessa ci ha traditi con le sue mutazioni (maligne, nel caso del cancro).

Per capire le dinamiche inconsce di questo lutto può essere utile ricordare che, in epoca preistorica, se moriva il membro di un gruppo (famiglia, clan, tribù...) tutti gli altri ritualmente si ferivano ed affrontavano un rischio di morte (strappandosi i capelli, tagliandosi, rompendosi un osso o estraendosi un dente, amputandosi parti del corpo, distruggendo il villaggio per ricostruirlo altrove, avvelenandosi collettivamente, ecc.). In termini antropologici erano queste le manifestazioni del “*group-individual*” descritto da Briffault (1927) e di cui può essere utile portare una descrizione citando un passo dell’Autore:

“Una delle principali e più impressionanti differenze tra la mentalità dell’umanità primitiva e la nostra attuale concezione della natura umana sta nell’assenza, pressoché inconcepibile per noi, del sentimento dell’individualità. [...] Un selvaggio non solo identifica sé stesso con un animale, un albero, o addirittura una pietra, egli vi dirà, senza alcuna coscienza dell’incongruenza delle sue affermazioni, che suo figlio o suo fratello sono ‘lui stesso’, che egli è lì e contemporaneamente in qualche altro luogo. Egli considera con estrema serietà qualsiasi parte separata del suo corpo come parte integrale di sé stesso; i suoi capelli, le sue unghie, il suo sputo sono parti della sua persona e ciò che accade loro, dopo la separazione dal corpo, accade anche a lui. Anche i suoi vestiti e il suo nome fanno parte di lui e devono essere protetti da eventuali danni esattamente come egli cerca di proteggere sé stesso. Nello stesso modo, una ferita inflitta ad un membro del gruppo al quale appartiene, e cioè a qualcuno che è carne della sua carne, viene sentita come una ferita sul suo corpo. Egli prova questi vissuti non in virtù di sentimenti magnanimi, o di elevati principi di onore, o di sublimi convinzioni etiche, ma per le sue poco strutturate concezioni dell’individualità che gli consentono una totale identificazione con il gruppo. Egli non pensa nei termini di un io individuale e dei suoi interessi ma nei termini di un individuo gruppale”

In questa prospettiva etnopsicoanalitica, nell’inconscio il *group-individual* precede lo sviluppo dell’individuo per cui ne consegue che una psicoterapia del lutto non può limitarsi alla mente individuale della persona ma deve prendersi cura anche della sua mente gruppo-individuale e dunque utilizzare immagini e musica oltre che far ricorso alle parole. La “*talking cure*” (o “*listening cure*” come alcuni oggi preferiscono pensare) deve essere integrata con linguaggi che “parlano” e “ascoltano” in un canale comunicativo più antico rispetto alla “tecnologizzazione” della parola attraverso la scrittura (Ong, 1982).

La psicoterapia multimediale, recuperando le foto o i filmati dell’oggetto d’amore perduto, ricostruendone con questi il percorso di vita, associandolo con una musica come “colonna sonora”

del *remix* che un artista multimediale (che non conosce il paziente e non ha alcun contatto con lei/lui) produce ed affida al terapeuta per la “*screening session*” col paziente, risulta efficace nell’elaborazione del lutto perché comunica ad un livello più arcaico: quello della mente inconscia gruppo-individuale. L’oggetto della memoria prodotto dall’artista, così come tutto il processo psicoterapeutico che intorno ad esso si costruisce, da nuovi significati ad una vita umana coinvolgendo per la sua produzione spesso tutto il gruppo familiare e sempre tutto l’universo culturale (soprattutto attraverso la musica scelta) del paziente e di chi non c’è più. Ricostruisce un “mondo”.

Rimandiamo per un approfondimento, anche con la visione di due di questi “oggetti della memoria” o “montaggi psicodinamici”, ad un lavoro audiovisivo pubblicato sulla nostra rivista online Doppio Sogno (Nesci, 2014).

Fase attuale: l’avvio della Psicoterapia Online

In questo contesto (didattico, assistenziale e di ricerca scientifica) era naturale che fosse il mio team interdisciplinare a prendere l’iniziativa di sperimentare la psicoterapia online in un setting istituzionale come quello del Servizio di Psico-Oncologia di un Policlinico Universitario di eccellenza. Ogni giorno mi trovavo infatti a confrontarmi con le angosce di pazienti di ogni parte d’Italia (in particolare del Sud, dove l’assistenza psico-oncologica è difficilmente reperibile) che rischiavano di essere realmente abbandonati al termine della prima fase (ospedaliera) del loro iter diagnostico-terapeutico-riabilitativo. Non ci sarebbe stato niente di sorprendente se fossero stati questi pazienti, come era storicamente già accaduto per la psicoanalisi per telefono (Saul, 1951) e, successivamente, per quella online in videoconferenza (Bayles, 2012), in ambito privato, a chiedere di ricevere un supporto psico-oncologico online. Ma non è stato così. L’evento che ha segnato una vera svolta nella nostra pratica clinica è stata invece una crisi istituzionale.

Dopo che ero riuscito a costruire, di fatto, nel tempo, in un policlinico universitario, un team affiatato di psicoterapeuti psico-oncologi (e di specializzandi in psicoterapia psico-oncologi) tutti allievi o ex allievi dei Corsi in Psico-Oncologia dell’Università Cattolica e/o della Scuola Internazionale di Psicoterapia nel Setting Istituzionale (SIPSI), problemi istituzionali hanno minacciato la perdita della disponibilità delle stanze in cui si svolgevano le psicoterapie dei malati oncologici e/o dei loro familiari. L’angoscia derivante dal rischio che questi problemi istituzionali rendessero inagibili, di colpo, tutte le stanze precedentemente (e fortunatamente tuttora) in uso per questi trattamenti è stato il vero *primum movens* della decisione di proporre trattamenti online per evitare l’interruzione traumatica delle psicoterapie in atto. A livello inconscio, direi ora, retrospettivamente, abbiamo vissuto sulla nostra pelle l’angoscia che finisse tutto il nostro “mondo” professionale, metaforicamente avvicinandoci al vissuto di un “lutto sinciziale”.

Da tempo siamo quindi noi stessi a suggerire ai nostri pazienti, ogni volta che questo ci sembra possibile ed utile, come ad esempio nel caso della giovane malata di leucemia di cui abbiamo riportato in apertura la testimonianza, di avviare (o di proseguire) la psicoterapia online, invece che nel setting tradizionale del *vis-à-vis* in una stanza reale dell’istituzione, visto che avevamo vissuto l’esperienza traumatica del rischio che queste stanze potessero (e quindi potrebbero, in futuro) non essere più disponibili per motivi del tutto estranei alla psicoterapia.

Seguiamo quindi pazienti oncologici e/o loro familiari in un setting istituzionale classico (il Servizio di Psico-Oncologia di un policlinico universitario) non solo con sedute di psicoterapia individuale settimanali ad orientamento psicodinamico *vis-à-vis* (Nesci e Coll., 2014), ma anche online.

Col passare del tempo ci siamo trovati a constatare l'efficacia di questi trattamenti e quindi a fare ricorso con "fiducia" alla psicoterapia online, nelle forme più diverse, per riuscire ad evitare l'interruzione prematura di alcuni percorsi di cura non solo per l'impossibilità fisica del paziente ad accedere all'ospedale per le sue condizioni di salute, ma anche per altre situazioni più complesse personali, familiari, istituzionali.

Ed è grazie a questa esperienza che siamo in grado di presentare ora alcune indicazioni tecniche su come praticare la psicoterapia online ed alcune riflessioni teorico-cliniche sulle differenze tra questa forma di psicoterapia e quelle tradizionali condotte *vis-à-vis*.

Ma prima di farlo è essenziale sottolineare quello che è stato appena detto in precedenza, e cioè che il ricorso alla psicoterapia online nel setting istituzionale è nato da un'angoscia riferibile ad un concetto nuovo, quello del "lutto sinciziale" e cioè di una perdita che viene vissuta come la "fine del mondo" dai livelli gruppo-individuali primordiali della mente di un gruppo di individui, siano essi pazienti o terapeuti... Ne consegue che l'apertura di questo campo comporterà necessariamente il bisogno di altre invenzioni e di nuove teorizzazioni, se vogliamo esplorarlo adeguatamente.

Riflessioni teoriche e indicazioni tecniche

Un tema centrale nel dibattito scientifico è quello relativo alla "presenza" del paziente e del terapeuta in uno stesso luogo di cura: la stanza della terapia. Secondo molti Autori, senza copresenza fisica non c'è terapia. Secondo una seria *review* della Letteratura i dati raccolti dimostrerebbero invece il contrario: le psicoterapie online funzionano efficacemente anche se non avvengono in "presenza" (Andersonn e Coll., 2016). Evitando sterili polemiche, ci limitiamo a dire che la nostra esperienza clinica e quella dei nostri pazienti va nella stessa direzione dei dati studiati dal team di Andersonn, cui fa anche riferimento un documento del Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi (Bozzaotra e Coll., 2017).

Interrogiamoci quindi su questo: quando e perché funzionano?

Una breve revisione critica della Letteratura ci dice che le psicoterapie online funzionano nei pazienti con difficoltà nell'accettazione della propria immagine corporea o che provano vergogna per il proprio corpo (Stofle, 2001; Gamba e Coll., 2018). Un dato che è stato molto rassicurante, per noi, nell'avviare psicoterapie online con i nostri pazienti oncologici, e che ci porta subito al cuore del problema: siamo sicuri che la copresenza fisica sia sempre utile? Perché non pensare che la presenza di una persona col cancro (il paziente oncologico) possa invece "spaesare" (Freud, 1919) una persona (il/la terapeuta) che non ce l'ha o pensa di non averlo?

La nostra esperienza clinica dice infatti che tutti (pazienti e familiari, amici e conoscenti, curanti e psicoterapeuti) siamo inconsciamente molto turbati dalla presenza fisica di un malato di cancro. Tendiamo ad attivare meccanismi di difesa inconsci massivi (la negazione e il disconoscimento, che implica una scissione dell'io) e a non funzionare adeguatamente a livello mentale. Facciamo come quel nostro paziente laringectomizzato che si tuffò in mare "dimenticandosi" di avere un tracheostoma, e quindi di non potersi immergere nell'acqua senza l'impiego di una protesi *ad hoc*. Rischiamo di annegare.

Metaforicamente, il setting online costruisce una di queste possibili "protesi" che evita l'allagamento controtransferale del terapeuta di fronte al "buco" *unheimlich* (termine tedesco intraducibile che significa letteralmente privo di madrepatria/casa/corpo) della tracheostomia e (metaforicamente) della falla lasciata sull'io-pelle (Anzieu, 1976) dall'asportazione chirurgica dell'organo affetto dalla malattia oncologica.

Lo stesso ragionamento vale per il paziente, che “sente” il disagio che induce intorno a sé e quindi tende a ritrarsi. La giovanissima ragazza affetta da leucemia lo scrive in modo inequivocabile: “Mi sono trovata a mio agio a stare a casa e, quindi, in un posto per me intimo e personale.” Un altro paziente lo agisce giocando “a nascondino” con la sua terapeuta grazie alle funzioni tecnologiche della videoconferenza Skype (Di Iorio, Nesci, 2018). La non copresenza può assicurare entrambi i membri della coppia analitica: “Io non ti contagio e tu non mi commiseri”... “Io sto a casa mia, a mio agio, e tu pure, nel tuo studio, a tuo agio... Se tutti e due sappiamo dove stiamo, e stiamo a nostro agio, allora sì che c’è la presenza!”

Da questa prospettiva deriva subito una nostra prima indicazione tecnica. Non è vero che la psicoterapia online si fa mettendosi dietro le spalle uno sfondo bianco neutro in modo da costruire una presunta costanza del setting. Un muro bianco non è “casa”...

Scrivono Russell (2015) citando le parole di uno psicoanalista didatta “senior” (che – significativamente – ha preferito restare anonimo), fautore della psicoterapia online: “E’ meraviglioso! Puoi farlo dove vuoi! Io lo faccio anche dalla mia camera d’albergo quando sono ad un congresso. Devo solo fare attenzione ad avere una parete bianca alle mie spalle”.

Nella nostra esperienza non si fa così. Terapeuta e paziente sono invece liberi di esplorare infinite diverse possibilità date dal nuovo *medium*. Di volta in volta, in base al procedere della seduta, possono fare vedere (o no) dove stanno, consentendo (o no) all’altro di esplorare con lo sguardo lo spazio in cui si trovano, di far entrare (o non entrare) il cane (o il gatto) e così via. Tutto ha comunque dei significati, proprio perché questi dettagli sono predisposti da ognuno liberamente, e quindi assumono una notevole rilevanza. Paziente e terapeuta possono far vedere (o no) che tempo fa, fuori dalla stanza, fuori dalla finestra... Il terapeuta, in particolare, può valutare, caso per caso e momento per momento, se fare un “*self disclosure*” (Renik, 1995) e rivelare al paziente di essere (ad esempio) ad un congresso (ed eventualmente – anche questo è da valutare – far vedere qualcosa del nuovo ambiente in cui si trova) oppure no.

Il vedere ed il non far vedere non si limitano alle stanze della terapia. I nuovi *media* (telefono e videoconferenza) possono infatti anche consentire sia al paziente che al terapeuta di vedersi e di non farsi vedere. Così in un altro nostro caso (Strangio, Nesci, 2018) assistiamo al passaggio dal *vis-à-vis* alla videoconferenza alla telefonata solo audio online (gratuita) ed abbiamo accesso al mondo interno della paziente proprio grazie a queste variazioni di setting rese possibili dai nuovi *media*.

Di nuovo, la lettera della giovane paziente leucemica ci aveva già istruiti a questo proposito: “Sono riuscita a parlare con più facilità [online, *NdA*] delle mie ansie e dei miei problemi essendo io abbastanza timida e a tratti insicura.”

Per tutti è più facile, in certe circostanze, parlare di certe cose, ad una certa distanza.

La parabola dei porcospini di Shopenhauer, a cui Freud faceva spesso riferimento per insegnare il concetto chiave della distanza terapeutica (quella che d’inverno consentiva alle bestiole di scaldarsi senza pungersi e che si trovava in un equilibrio dinamico per avvicinamenti/allontanamenti successivi – provando e riprovando – come avrebbero detto i membri dell’Accademia del Cimento) è sempre valida. Alcuni pazienti, come vedremo nei lavori successivi, hanno bisogno di distanza, altri addirittura di invisibilità e di assenza (Medici, Nesci, 2018; Savoia, Nesci, 2018). E questi movimenti (agiti transferali) dei pazienti nei nuovi setting che ne derivano forniscono indicazioni e informazioni (ed emozioni controtransferali) preziose al terapeuta che è curioso ed interessato a recepirle ed analizzarle.

Postulare, come fa la Russell (2015), che procurare uno spazio fisico reale condiviso e “sicuro” sia sempre terapeutico è un assunto ideologico. Se la madre il padre e le sorelle (nel caso di una nostra paziente che è migliorata solo grazie al passaggio alla terapia per telefono) erano realmente e concretamente figure che la intrappolavano in spazi/case scelti da loro (Medici, Nesci, 2018) come

il cancro “intrappola” metaforicamente chi se lo ritrova dentro la sua casa/corpo, potrebbe non esserci proprio niente di rassicurante in un terapeuta che provvede a “dare una stanza” materiale al suo paziente. Resnik ricordava una sua paziente che si trovava a suo agio solo nella sua sala d’attesa (che associava alla nonna “buona”) ma non nella stanza d’analisi (che associava alla madre “invadente”). Eugenio Gaddini ripeteva spesso ai suoi seminari che il contenitore dell’analisi è la mente analizzata dell’analista...

Se la storia vissuta del paziente è quella di troppa presenza, di troppa presenza invadente, non c’è bisogno piuttosto di alleggerimento, di distanza, di una presenza *flatus vocis* invece che corporea? Non descriviamo forse il cancro come un “processo occupante spazio”?

Con questo la teoria del setting cambia necessariamente. Il setting diventa “transizionale” (come da sempre lo intendiamo nella nostra Scuola) perché le “regole del gioco” (ed i *media*) vengono cambiati in funzione delle trasformazioni del campo in cui la relazione si svolge e dei campi esterni in cui ognuno dei partecipanti (paziente e terapeuta) si muove a sua volta nella vita, fuori dalla terapia. Il motto della psicoterapia è quello del *Nautilus*, il mitico sommergibile inventato da Giulio Verne: “*Mobilis in Mobile*”.

Nella psicoterapia online il setting è infinitamente complesso, oltre che perpetuamente transizionale. Persino lo spazio dove si realizza la “presenza” virtuale non è uno “spazio terzo” classico.

La seduta online si svolge, contemporaneamente, in più posti reali ed in più “*topoi*” (spazi metaforici mentali). Nella stanza del paziente, in quella del terapeuta, sugli schermi di entrambi che possono ospitare altri schermi (su Skype ognuno può vedere il suo schermo oltre a quello dell’altro, simultaneamente). Ci troviamo di fronte ad una interessante complessità... complessità che si espande vertiginosamente se consideriamo anche gli aspetti temporali della psicoterapia online (Russell, 2015) ad esempio quando una nostra paziente si trasferisce temporaneamente in America e si vivono problemi di fuso orario e di ritardi nella comunicazione...

Un punto critico della psicoterapia online è quello del fallimento di comunicazione per motivi tecnici, ad esempio per un guasto del sistema, per un *black out* elettrico, per una caduta di connessione Internet, eccetera. Lo psicoterapeuta che decide di proporre una psicoterapia online deve essere attrezzato per una via alternativa di comunicazione immediatamente fruibile, anche perché l’esperienza dimostra che gli “incidenti” si possono verificare in momenti significativi della seduta (Russell, 2015).

Noi abbiamo sempre un telefono con una linea tradizionale (o un secondo telefono se stiamo lavorando con un cellulare, o un secondo computer se stiamo lavorando con un computer) immediatamente disponibili.

Recentemente, proprio in preparazione di questo numero della nostra rivista, abbiamo organizzato un workshop cinema e sogni, in videoconferenza con uno dei nostri Docenti internazionali, su un film in cui, ad un certo punto della storia, il protagonista restava tagliato fuori dalla comunicazione con l’intelligenza artificiale (un programma operativo) di cui si era innamorato.

La scena del film era eloquente: si vedeva il protagonista come impazzito, disperato, correre in una crisi di confusione e disorientamento, finché, finalmente, la “voce” del sistema operativo tornava a “farsi viva”... Andrea Sabbadini (2018), il nostro Docente, esperto di cinema e psicoanalisi, in collegamento da Londra, ha commentato questa scena del film collegandola con il panico che sia lui sia noi avevamo sperimentato, all’inizio del nostro collegamento Skype, per il fatto che questo non aveva affatto funzionato. Siamo stati costretti a parlarci per telefono, consultarci sul da farsi (avevamo un tecnico esperto nella nostra sede di Roma) ed installare un altro programma prima di poter, finalmente, iniziare il nostro collegamento ed il Guided Social Dreaming sul film dall’aula multimediale “Maria Augusta Foti” della Scuola.

Tutti abbiamo sperimentato quanto può essere intensa emozionalmente l'esperienza online e quindi quanto sia importante evitare che divenga traumatica per una *défaillance* del sistema.

Conclusioni

In questo primo sguardo sulla psicoterapia online in un setting istituzionale, l'elemento che ritengo opportuno valorizzare è la "transizionalità" dell'esperienza, il fatto cioè che questa può precedere o seguire o alternarsi in modi infiniti ad altri setting, in base alle situazioni contingenti (o agli stati d'animo) dei partecipanti. Così per un paziente sarà prezioso e preliminare un avvio online, per un altro *vis-à-vis*, per un altro ancora per telefono (in realtà oggi quasi tutte le psicoterapie iniziano con una telefonata). Questi *media*, ed i setting complessi e molteplici che dalla loro combinazione possono derivarne, disegnano infiniti percorsi labirintici in cui un unico "oggetto" centrale (la fonte/albero/pietra nel labirinto reale, il soggetto della terapia nel labirinto metaforico) può essere osservato e "vissuto" da molteplici prospettive.

In una mia rivisitazione (Nesci, 1991) dello studio del famoso saggio di Kerényi (1966) sul labirinto cretese, questo era stato concepito anche come uno strumento di tecnologia terapeutica: percorrerlo costituiva una cura perché (come in quello della cattedrale di *Chartres*) c'è sempre un'unica direzione possibile, non ci si può mai perdere... nell'andare, si può osservare l'oggetto posto al centro da tutte le possibili prospettive (vicino, lontano, destra, sinistra, ecc.).

Arabella Lenox-Boyd ha disegnato il labirinto di un famoso centro oncologico nel Regno Unito per aiutare i pazienti, i visitatori, e gli operatori sanitari a ritrovare la serenità negli *itinerari* diagnostico-terapeutico-riabilitativi della malattia oncologica. Ed è anche questo, ovviamente, come quello cretese, un labirinto unidirezionale...

Le psicoterapie (a distanza, online, sul lettino, *vis-à-vis*...) sono "*multiforms*" di una stessa "storia orale" (Bynum, 1978) in cui si cerca di "addomesticare" le passioni della mente e della storia (Ferro, 1989; Nesci, 1991).

Il nostro invito a tutti i Colleghi è quello di unire gli sforzi per superare gli ostacoli (e le resistenze) che si oppongono alla sperimentazione, allo studio ed alla pratica delle nuove forme di psicoterapia che le innovazioni tecnologiche rendono possibili.

Il nostro invito è quello di ricordare e tenere bene a mente il "*memo*" affidato da Italo Calvino (1985) al nostro "*millennium*" prima di lasciare la scena del mondo terreno: ricercare una coerenza (il sesto ed ultimo testo, mai scritto) all'insegna della leggerezza, rapidità, esattezza, immaginazione e molteplicità che le nuove tecnologie rendono possibili...

Bibliografia

Akhtar, S., (2003). Things: Developmental, Psychopathological, and Technical Aspects of Inanimate Objects. *Canadian Journal of Psychoanalysis* 11, no. 1: 1-44.

Ancona, L., "Vita psichica primordiale e gruppalità" in *Annuario EST 88/89*, Mondadori, Milano, 1990.

- Andersson, G., Cuijpers, P., Carlbring, P., Riper, H., & Hedman, E. (2014). Guided internetbased vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: A systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry*, 13(3), 288–295.
- Anzieu, D., “Le moi-peau”. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 9: 195-208, 1974.
- Argentieri, S., & Amati Mehler, J. (2003). Telephone ‘analysis’: ‘Hello, who is speaking?’ *Insight: International Psychoanalytic Association*, 12, 1: 17–19.
- Balint, M., (1990) *Medico, paziente e malattia*. Feltrinelli, Milano.
- Bayles, M. “Is Physical Proximity Essential to the Psychoanalytic Process? An Exploration Through the Lens of Skype?” *Psychoanalytic Dialogues*, 22:569–585, 2012.
- Bozzaotra, A., Cicconi, U., Di Giuseppe, L., Di Iullo, T., Manzo, S., Pierucci, L., “Digitalizzazione della professione e dell’intervento psicologico mediato dal web”, Tipografia Ostiense, Roma, 2017, Consiglio Nazionale dell’Ordine degli Psicologi, Commissione Atti Tipici, Osservatorio e Tutela della Professione.
- Briffault, R. (1927) *The Mothers*. London: McMillan & Co,
- Bynum, D.E. (1978) *The Demon in the Wood: A Study of Oral Narrative Patterns*, Center for the Study of Oral Literature, Cambridge Press.
- Calvino, I., (1985) *Six Memos for the Next Millennium*, Cambridge: Harvard University Press, 1988.
- Carlino R. (2010) *Psicoanalisi a Distancia* Lumen, Buenos Aires.
- Derrig-Palumbo, K. & Zeine, F. (2005) *Online Therapy: A Therapist’s Guide to Expanding Your Practice*. New York: Norton.
- Di Iorio, M., Nesci, D.A.: “Angosce paranoidi in camera sterile e nella psicoterapia online: riflessioni sul caso di un paziente in psicoterapia istituzionale.” *Doppio Sogno*, Maggio 2018.
- Dreifuss-Kattan, E., Natterson, J., Cofsky, S., Bauer, W., Rubin, M., Leiken, S., Seitelman, J., Slagerman, M., Shane, E., Blum, S., “Position Statement on Frequency”, New Center for Psychoanalysis, Los Angeles, 2018, *comunicazione personale*
- Ferro, F.M. (Ed.) *Passioni della mente e della storia. Passioni teorie e vicende della psichiatria italiana tra '800 e '900*. Vita e Pensiero, Milano, 1989.
- Fishkin, R, Fishkin, L. (2011) “The Electronic Couch: Some Observations about Skype Treatment” in Akhtar S. (Ed.) *The Electrified Mind*, Lanham: Jason Aronson.
- Fornari, F., *Affetti e Cancro*, Raffaello Cortina, Milano, 1985.
- Freud, S. (1919): “Il perturbante”, in *Opere*, vol. IX, Boringhieri, Torino, 1977.

Gabbard, G. O. (2001). Cyberpassion: E-rotic transference on the Internet. *Psychoanalytic Quarterly*, 70, 719–737.

Gaddini, E. *comunicazione personale*

Gamba, E., Maggipinto, D., Radi, G., Nesci, D.A.: “Gamba Emanuela, Maggipinto Dario, Radi Giulia, Nesci D.A.: “Lo stato dell’arte sulla Psicoterapia Online: breve revisione critica della Letteratura.” *Doppio Sogno*, Maggio 2018.

Ginzburg, C., *I Benandanti, stregoneria e culti agrari tra Cinquecento e Seicento*, Piccola Biblioteca Einaudi, Torino 1996.

Kerényi, K., (1966) *Nel Labirinto*, Torino: Bollati Boringhieri, 1983.

Leffert, M. (2003). Analysis and psychotherapy by telephone: Twenty years of clinical experience. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 51, 101–130.

McWilliams, N., *Psicologie e Personalità Paranoidi. Lettura Magistrale*, *Doppio Sogno*, Maggio 2018.

Medici, M., Nesci, D.A.: “Dal Vis-à-Vis al Telefono in Psicoterapia: riflessioni sulla natura *unheimlich* del corpo.” *Doppio Sogno*, Maggio 2018.

Nesci, D.A., Mingo, E., Poliseno, T.A. “La ferita narcisistica nelle trasformazioni chirurgiche” in *Narcisismo, Nomos, Trasgressione*, (De Risio, Ferro, F.M., Orlandelli, E. Eds.), Teda Edizioni, Castrovillari, 1989.

Nesci, D.A. (1991) *La Notte Bianca – Studio etnopsicoanalitico del suicidio collettivo*. Armando Editore, Roma.

Nesci D.A. “Introduzione” in Nesci D.A. e Poliseno T.A. (Eds.) *Metamorfosi Chirurgiche*, Open Roma, Roma, 1992, pp. 1-5.

Nesci, D.A., Poliseno, T.A., Aversa, S., Mancuso, A.K., Lafuenti, G.A., Valentini, P., Ferro, F.M.: “Oncologia e Liaison Psychiatry: riflessioni metodologiche” in (Nesci e Poliseno Eds.) *Metamorfosi Chirurgiche*, Open Roma, Roma, 1992, pp. 7-13.

Nesci D. A. e Poliseno T. A., *Metamorfosi Chirurgiche*, Open Roma, Roma, 1992.

Nesci, D.A., Poliseno, T.A., Aversa, S., Mancuso, A.K., Popolo, R., Annunziata, M., Aragona, M., Caiola, P., Cannas, M., Cappello, S., Casi, C., Catellani, S., Cornacchione, E., Costantini, A., De Francesco, A., Di Francesco, B., Enei, L., Ferro, A., Livio, F., Malatucca, F., Manna, A., Manolio, V.A., Noviello, M.R., Perrone, R., Pontiggia, V., Santucci, M.P., Torino, F.: “Note sulle dinamiche di un gruppo di formazione in Psico-Oncologia” in Nesci D. A. e Poliseno T. A., *Metamorfosi e Cancro – Studi di Psico-Oncologia*, Società Editrice Universo, Roma, 1997.

Nesci D. A. e Poliseno T. A., *Metamorfosi e Cancro - Studi di Psico-Oncologia*, Società Editrice Universo, Roma, 1997.

- Nesci D. A. (2001) "Subliminal Psychotic States of the Mind in Cancer Patients: preliminar clinical experiences". *Unpublished manuscript*, Dpt. of Psychiatry, UCLA Cedars-Sinai Medical Center, Beverly Hills, USA, August 29, 2001.
- Nesci, D.A., Polisenio T.A., Aversa S., Salvatore G., Linardos M., Squillacioti M., Barra A.: "Linee-guida per la formazione in Psico-Oncologia" *Giornale Italiano di Psico-Oncologia*, 3, 1: 8-11, 2001.
- Nesci D.A., Polisenio T.A., e Coll. "Gli interventi di supporto in Psico-Oncologia - i gruppi Balint." In Bellani M.L, Morasso G, Amadori D, Orrù W, Grassi L, et al (a cura di) *Psiconcologia*, Masson, Milano, 2002.
- Nesci, D.A. (2006) L'immagine placentare nello studio etnopsicoanalitico delle comunità suicide: il leader come "filtro" del gruppo. *Doppio Sogno*, Giugno 2006, <http://www.doppio-sogno.it/numero2/nesci.htm>
- Nesci, D.A. (2009) Multimedia Psychodynamic Psychotherapy: A Preliminary Report. *Journal of Psychiatric Practice* 15(3):211-215.
- Nesci D. A., Polisenio T. A., in collaborazione con: Catellani S., Ciurluini P., D'Ostilio N., Linardos M., Squillacioti M., Bonanno M., Lorenzi S.: il setting transizionale nei Balint-like groups per operatori sanitari di équipes oncologiche. In Bria P, Nesci D.A., Pasnau R.O. *La Psichiatria di consultazione e collegamento: Teoria, Clinica, Ricerca, Formazione*. Alpes Edizioni, Roma, 2009.
- Nesci, D.A., Squillacioti, M.: "Stati borderline transitori nei pazienti oncologici: un caso clinico". *Doppio Sogno* 15: 1-11 Giugno 2013 <http://www.doppio-sogno.it/numero15/ita/4.pdf>
- Nesci, D.A., Polisenio, T.A., Scarfone, D., La Veglia, G., Marcelli, S., Agostini, L., Agresta, D., D'Amato, A., Del Monaco, F., Di Iorio, M., Grieco, M., Raimondi, R.: "Outcome a breve termine della psicoterapia psicodinamica nel setting istituzionale: risultati preliminari" <http://www.doppio-sogno.it/numero17/13.html> (Dicembre, 2014)
- Nesci, D.A. "Entre la terre et le ciel: Quelques remarques sur l'usage du divan dans le setting psychanalytique." *Revue Canadienne de Psychanalyse* 1: 61-72, 1993.
- Nesci, D.A., "Riflessioni etnopsicoanalitiche sull'uso del lettino" Giugno 2009, <http://www.doppio-sogno.it/numero8/etno.htm>
- Nesci, D.A. (2012) Multimedia Psychotherapy: *A Psychodynamic Approach for Mourning in the Technological Age*, Lanham: Jason Aronson.
- Nesci, D.A. "Psicoterapia Multimediale: video-intervento da Pasadena" *Doppio Sogno*, Dicembre 2014, <http://www.doppio-sogno.it/numero17/1.html> Dicembre 2014
- Nesci, D.A. (2017) *Revisiting Jonestown: An Interdisciplinary Study of Cults*, Lanham: Lexington Books.

Nesci, D.A. in collaborazione con: Averna, S., Banchi, P., Benedetto, E., Ciuffi, S., Colasanti, V., Corona, E., Fioretti, A., Gamba, E., Di Iorio, M., Maggipinto, D., Medici, M., Mincuzzi, E.E., Pellegrini, I., Petrachi, A., Poliseno, T.A., Radi, G., Ritrosi, G., Tamilia, A., Savoia, V., Scopone, V., Serafino, D., Sonsini, E., Strangio, A., Veccia, F. "La Psicoterapia Online nel Setting Istituzionale." *Doppio Sogno*, Giugno 2018.

Ong, W.J. (1982) *Orality and Literacy: The Technologizing of the Word*. London and New York: Methuen.

Oremland, J.D. *Michelangelo's Sistine Ceiling: A Psychoanalytic Study of Creativity*, International Universities Press, 1989.

Petrachi, A., Nesci, D.A.: "Tradimento e Psicoterapia Online: riflessioni su una psicoterapia istituzionale." *Doppio Sogno*, Maggio 2018.

Plummer, J., & Stark, M. (2000). Long term therapy by phone. In J. Aronson (Ed.), *The use of the telephone in psychotherapy* (pp. 109–128). Northvale, NJ: Jason Aronson.

Rella, F., (1981) *Il silenzio e le parole*, Milano: Feltrinelli.

Renik, O.: "The ideal of the anonymus analyst and the problem of the self-disclosure". *Psychoanal.Q.*, 64, 1995.

Resnik, S. *comunicazione personale*

Ritrosi, G., Nesci, D.A.: "Labirinti che non fanno male: dal vis-à-vis alla terapia a distanza." *Doppio Sogno*, Maggio 2018.

Robertiello, R.C. (1972). Telephone sessions. *Psychoanalytic Review*, 59: 633–634.

Sachs, D. M. (2003). Telephone analysis—sometimes the best choice? *International Psychoanalysis*

Rosenbaum, M. *Continuation of Psychotherapy by "Long-Distance" Telephone*, Self-Published, 1974. Typed manuscript of paper concerning the treatment of patients by telephone after a psychotherapist has moved away. Includes letter to colleague and copies of patient and therapist surveys.

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

Sabbadini, A., (2018) *comunicazione personale*

Saul, L.J. (1951) A note on the telephone as a technical aid. *Psychoanalytic Quarterly*, 20: 287-290.

Savoia, V., Nesci, D.A.: "Riflessioni sull'uso della videoconferenza e del vis-à-vis nella psicoterapia istituzionale con un paziente oncologico." *Doppio Sogno*, Maggio 2018.

Sonsini E., Nesci, D.A.: "Il Viaggio... Dal setting istituzionale al setting privato: transiti di un percorso ancora in divenire - telefono, vis-à-vis, online, psicoterapia multimediale, online...." *Doppio Sogno*, Maggio 2018.

Spiro, R.H., & Devenis, L.E. (2000). "Enhancement of the therapeutic process." In J. Aronson (Ed.), *The use of the telephone in psychotherapy* (pp. 45–80). Northvale, NJ: Jason Aronson.

Stofle, G., *Choosing an Online Therapist*, Harrisburg (PA), White Hat Communications, 2001.

Strangio, A., Nesci, D.A.: "Variazioni di setting: dal vis-à-vis, alla videoconferenza, alla telefonata tramite internet..." *Doppio Sogno*, Maggio 2018.

Veccia, F., Nesci, D.A.: "La psicoterapia online come risorsa per evitare l'interruzione del trattamento in un setting istituzionale." *Doppio Sogno*, Maggio 2018.

Weitz, P. (Ed.) (2014) *Psychotherapy 2.0: Where Psychotherapy and Technology Meet*. London, Karnak.

Widmann, C., "Paranoia, una Patologia della Fiducia" *Doppio Sogno*, Maggio 2018.

Winnicott D.W. "Transitional objects and transitional phenomena; a study of the first not-me possession." *Int J Psychoanal.* 1953; 34(2):89-97.