

## **Francesca Veccia, Domenico Arturo Nesci**

### **La psicoterapia online come risorsa per evitare l'interruzione del trattamento in un setting istituzionale.**

In Letteratura sono costanti i riferimenti al passaggio alla psicoterapia online quando le circostanze della vita rendono impossibile il proseguimento del trattamento *vis-à-vis* in un setting tradizionale. Scrive ad esempio la Russell: “Alcuni continuano ad incontrare i loro pazienti che prima seguivano in co-presenza quando il paziente o il terapeuta si trasferiscono in un'altra città permanentemente” (2015, pag. 12). Il caso che descriviamo rientra in questa casistica, e si colloca in un setting particolare che è quello del nostro Servizio di Psico-Oncologia dove vengono presi in carico pazienti malati di cancro o loro familiari (Nesci e Coll., 2018). Il nostro paziente, come si vedrà, aveva vissuto un lutto oncologico (il padre era morto per un tumore alla vescica) ed era affetto da una patologia prostatica benigna che, inconsciamente, temeva potesse rivelarsi fatale, in futuro.

#### **Il caso di Andrea**

Andrea giunge alla nostra osservazione in una prima visita dell'Ambulatorio di Psico-Oncologia di un Policlinico Universitario a causa di uno stato ansioso-depressivo (profonda tristezza, problemi di memoria e di concentrazione, stanchezza fisica ed insonnia) che si manifesta nel momento in cui deve affrontare situazioni sociali per lui stressanti.

Andrea è un uomo di quasi 70 anni, sposato, ed ha un unico figlio che oggi ha una bambina di 2 anni. Attualmente vive con la moglie e il suocero. Dichiara di avere un buon rapporto con i familiari soprattutto con la moglie dalla quale si sente accettato e supportato. Ha vissuto e trascorso la sua infanzia in un piccolo paese di provincia. All'età di 17 anni è "costretto" a lasciare la propria famiglia d'origine per iniziare a frequentare un corso di formazione come cuoco in un'altra regione. Questa decisione è vissuta come qualcosa di inevitabile dal momento che il paese dove viveva non offriva nulla e le condizioni della famiglia erano precarie per cui era necessario imparare un mestiere e iniziare a lavorare. Il trasferimento segna l'inizio di una fase difficile, di grande sofferenza per tutto ciò che ha dovuto lasciare e per la realtà sconosciuta che si è trovato ad affrontare. Questo periodo è caratterizzato da un altro evento importante che segnerà la sua vita. Durante il servizio militare racconta di aver sperimentato, mentre era a pranzo con i commilitoni, uno stato di forte tensione emotiva ingiustificata che si è manifestata come un fastidio e una stanchezza persistente agli occhi. Da quel momento e per diversi anni Andrea farà un uso eccessivo di colliri a base di cortisone e antibiotici. L'esperienza del malessere fisico ricompare ogni volta che si trova in una situazione nuova: *"quando esco fuori uso gli occhiali da sole; non c'è un impatto diretto con gli altri, così mi sento a mio agio"*. Andrea si sente a disagio nel momento in cui deve iniziare una conversazione con qualcuno, provando una sensazione di malessere già quando si prospetta un incontro. Pensa sempre a cosa dire, teme di non riuscire mai ad essere brillante, e la maggior parte delle volte resta in silenzio o parla poco, reputando poi quello che ha detto banale, poco interessante. Nel corso della psicoterapia si scopre che Andrea sperimenta, soprattutto in determinati mesi dell'anno, che si scoprirà poi corrispondere a due lutti non elaborati, una riduzione progressiva della *performance*, una sorta di rallentamento delle proprie emozioni, della propria carica vitale e delle espressioni della personalità stessa che si fanno man mano sempre più

povere; *“senza motivo ricorrono dopo 6-7 mesi... mi sento triste, dispiaciuto, debilitato fisicamente, ho l'impressione che qualcuno ce l'abbia con me...”*.

Andrea per circa 20 anni è stato curato da uno psichiatra che lo ha “salvato” perché fino a quel momento i medici che lo avevano seguito non avevano compreso la natura psicosomatica del suo problema e gli avevano prescritto delle terapie inadeguate (uso eccessivo di colliri). Dopo la morte del suo psichiatra, il paziente si è trovato solo e per tre anni non è stato visto da nessuno. In questo periodo però Andrea riesce a cavarsela perché vive un evento di grande portata ed impatto emotivo positivo con l'attesa e la nascita della nipotina, cui è molto legato.

Nel corso della terapia emerge quindi che, a distanza di anni uno dall'altro, il paziente ha vissuto due lutti che lo hanno segnato fortemente: la morte del padre e la morte dello psichiatra. La morte del padre, avvenuta circa trenta anni fa, ha segnato la vita di Andrea. La descrizione del padre è molto frammentaria; si limita a dire che era una persona severa ed esigente. Sottolinea il fatto che il padre ha sofferto di esaurimento nervoso ed è morto per un tumore alla vescica. Questi pochi elementi fanno ipotizzare un'identificazione inconscia del paziente col padre. In particolare la malattia oncologica del genitore è vissuta da Andrea come la propria ipertrofia prostatica per adenomatosi benigna. Andrea ne parla come se avesse la stessa malattia del padre: *“purtroppo all'epoca di mio padre non era come adesso che queste cose si curano, mica come me che prendo i farmaci per stare bene”*.

Per Freud la perdita dell'oggetto d'amore determina un processo, definito “lavoro del lutto”, attraverso il quale l'energia psichica precedentemente investita sull'oggetto viene gradualmente ritirata nell'io (temporanea regressione narcisistica) e successivamente reinvestita verso nuovi oggetti. Nello stesso tempo avviene anche un'introyezione di alcune caratteristiche dell'oggetto d'amore perduto per cui

il lavoro del lutto trasforma l'assenza esterna dell'oggetto in presenza interna (Freud 1915).

La madre è descritta come una persona eccezionale alla quale era molto legato. Nei confronti della madre, Andrea ha sviluppato uno stile di attaccamento sicuro, percependo la figura materna come protettiva, accogliente e non giudicante, capace di dare amore incondizionato (Ainsworth, 1978). Questa relazione è stata per lui fondamentale; ha determinato quelle caratteristiche psicologiche che oggi si esplicano nel rapporto di coppia e con la nipotina, e che nel transfert hanno consentito una buona alleanza terapeutica.

### **Il passaggio alla psicoterapia online**

Dopo un anno circa di terapia *vis-à-vis*, nel nostro scenario si prospetta la possibilità di non poter mantenere una continuità per l'impossibilità della psicologa (che vive in una città lontana) a recarsi in ambulatorio tutte le settimane. Preoccupata di non poter più seguire il paziente, la nostra specializzanda prende in considerazione la possibilità, suggeritale dai Colleghi della Scuola, di utilizzare Skype come alternativa. Ne parliamo così in supervisione e, successivamente, il cambiamento di setting viene proposto ad Andrea.

Sin da subito questa alternativa alla consueta conduzione delle sedute viene accolta molto positivamente dal paziente, tanto che qualche giorno prima della seduta online Andrea si impegna affinché non si verifichino inconvenienti relativi all'installazione del programma ed al suo funzionamento. Andrea ci ringrazia per questa opportunità considerandola un'ottima soluzione perché permetteva di mantenere uno spazio per lui prezioso, in cui sentiva che poteva esprimersi senza la paura di essere etichettato, giudicato, o valutato; uno spazio comunicativo fatto di

ascolto reciproco e di racconto di sé. Ciò ha permesso di risolvere quello che poteva essere vissuto dal paziente come un'esperienza di abbandono e di rifiuto. Al contrario, l'integrazione delle sedute *vis-à-vis* con le sedute in videoconferenza rappresentava per lui una sorta di riparazione rispetto alla perdita traumatica della famiglia nella sua vicenda di emigrazione adolescenziale.

Oggi la psicoterapia istituzionale di Andrea continua alternativamente tra incontri online e incontri tradizionali. La frequenza dei colloqui *vis-à-vis* è dettata dagli spostamenti della specializzanda che coincidono con i weekend di lezione della Scuola; in tal modo è stato possibile mantenere la continuità terapeutica garantendo al paziente una situazione di contenimento, stabilità e sicurezza. Tale vissuto si può identificare con il concetto di "cornice sicura" in cui la relazione si organizza come interazione conoscitiva e trasformativa.

È interessante notare, in margine a questa esperienza clinica, le vicissitudini del sintomo psicosomatico del paziente (la lacrimazione eccessiva). Il sintomo si è manifestato per un lungo periodo nelle fasi iniziali della terapia, *vis-à-vis*. Poi si è gradualmente attenuato fino quasi a scomparire con l'instaurarsi di un clima disteso, di apertura e fiducia. Con l'introduzione delle sedute online, e di conseguenza, con la modifica del setting, è riemerso un ritorno del sintomo (lacrimazione eccessiva in seduta) che però è di nuovo (e rapidamente) scomparso in videoconferenza, salvo invece ripresentarsi paradossalmente nelle sedute *vis-à-vis* (ora meno frequenti di quelle online). Queste vicissitudini sono interessanti e si prestano a varie possibilità di lettura. Noi abbiamo ipotizzato che il sintomo sia interpretabile ad un primo livello come espressione di ansia nell'incontro con l'altro. La riduzione/scomparsa del sintomo dopo circa un anno di lavoro *vis-à-vis* potrebbe allora essere letta come segno di un miglioramento così come la ricomparsa del sintomo non nelle sedute online, che sono più rassicuranti per la natura virtuale dell'incontro (Russell, 2015)

ma nelle “nuove” sedute *vis-à-vis* (successive al rischio di interruzione del rapporto terapeutico) sembrerebbe comunicare il pianto (lutto) del paziente rispetto alla sua prima più autentica esperienza di lutto metaforica: quella della famiglia e della continuità di relazione con la madre, all’epoca dell’emigrazione forzata.

L’introduzione della variazione di setting, con le sedute in videoconferenza su Skype, ha così consentito di comprendere meglio, sia per il paziente che per i suoi curanti, le dinamiche inconsce del suo mondo interno. Anche se in videoconferenza il paziente non “lacrima”, ed è ben contento di avere questa opportunità per mantenere il ritmo settimanale delle sedute, Andrea tuttavia dichiara esplicitamente di preferire il colloquio *vis-à-vis*. Dal nostro punto di vista, l’integrazione tra setting classico ed online in videoconferenza è stata preziosa per evitare un’interruzione traumatica della cura.

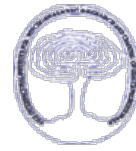
## **Bibliografia**

Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E. & Walls, S. (1978) *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*, Lawrence Erlbaum Associates Publishers, Hilldale (N.J.).

Freud, S. Lutto e melanconia, in *Opere*, 1915-1917, vol. VIII, Boringhieri, Torino 1976.

Nesci, D.A. in collaborazione con: Averna, S., Banchi, P., Benedetto, E., Ciuffi, S., Colasanti, V., Corona, E., Duma, D.I., 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.

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



**Doppio Sogno**  
Rivista Internazionale di  
Psicoterapia e Istituzioni