

Vezio Savoia, Domenico Arturo Nesci

Riflessioni sull'uso della videoconferenza e del *vis-à-vis* nella psicoterapia istituzionale con un paziente oncologico.

Il frammento clinico che presentiamo si riferisce ad uno dei pazienti oncologici che seguiamo da tempo in psicoterapia presso un policlinico universitario sia con il classico setting *vis-à-vis* della psicoterapia psicomica che con altre modalità della psicoterapia online (Nesci e Coll., 2018). Rimandiamo quindi a quel lavoro, pubblicato in questo stesso numero della rivista, per la parte metodologica e di contestualizzazione del nostro intervento psicoterapeutico istituzionale.

Il caso di G.

G. è un uomo di età compresa tra i quaranta e i cinquanta anni che accede al nostro Servizio in seguito al ripresentarsi di una leucemia manifestatasi per la prima volta molti anni fa. Chiede un supporto psicologico per affrontare il traumatico impatto emotivo del ritorno della malattia quando pensava ormai di “esserne uscito”. Già in occasione della prima leucemia aveva chiesto e ottenuto un supporto psicologico presso l'ospedale dove era stato curato (non il nostro). Al momento della presa in carico, G. vive con la madre in un piccolo paese. Prende un'indennità di accompagnamento e la pensione di invalidità ed è aiutato economicamente dalla madre che, a sua volta, vive di pensione. Ha sempre avuto un rapporto particolarmente stretto con la figura materna. Ha una sorella che da giovane ha avuto problemi di abuso di sostanze e che attualmente è sposata con un uomo che la maltratta. E' separato e ha una figlia di circa sei anni. La ex compagna vive nel nord Italia con la bambina e un nuovo compagno. Il loro rapporto è estremamente conflittuale e lei gli impedisce sistematicamente di avere contatti con la figlia. G. ha avuto una relazione sentimentale con un'altra donna in passato, anche quella terminata con una separazione. Riferisce che con la prima compagna i rapporti sono rimasti comunque cordiali. Dopo aver perso il lavoro di operaio, a

seguito della prima leucemia, ha svolto diversi lavori precari senza mai riuscire a trovare una collocazione lavorativa stabile.

Terapista e paziente decidono, a causa di esigenze logistiche (il paziente vive in un paese piuttosto distante dal nostro ospedale), di iniziare una terapia a cadenza settimanale via Internet, utilizzando Skype come mezzo di comunicazione. Quando capita che il paziente è in ospedale per accertamenti e visite nel giorno della psicoterapia, la seduta si svolge invece di persona, in ambulatorio, *vis-à-vis*.

La prima fase della terapia è centrata prevalentemente sulle angosce di G. relative al ritorno della malattia e soprattutto a quelle che G. vive in relazione all'iniziale indecisione dell'équipe medica circa le opzioni terapeutiche. In sede di diagnosi la natura della leucemia non appare chiara. In particolare, non è chiaro se la malattia sia una recidiva della prima oppure una forma diversa. Inizialmente i medici stanno valutando se trattare il paziente solo con radioterapia e chemioterapia o se ricorrere al trapianto di midollo osseo. In entrambi i casi i rischi per la vita del paziente sono molto alti. Se la malattia fosse una recidiva, trattare il paziente solo con radio e chemio potrebbe rivelarsi insufficiente. Il trapianto di midollo, invece, potrebbe essere la soluzione più adatta, ma il paziente è consapevole delle numerose complicanze, anche fatali, di un eventuale rigetto. G. è molto preoccupato e buona parte del lavoro terapeutico in questa fase è finalizzato al contenimento delle sue angosce.

Gli ematologi, dopo aver chiarito la diagnosi, considerano la leucemia di G. una recidiva della prima malattia e pertanto optano per il trapianto di midollo che comporta in questo caso la permanenza in una camera sterile dove il collegamento Internet non funziona. Di conseguenza siamo obbligati ad interrompere la psicoterapia per alcuni mesi. Durante questo periodo, nell'orario e nel giorno concordati per il colloquio, il terapeuta fa a G. delle brevi telefonate per sapere come sta e come evolve la situazione. G. accoglie sempre con molto piacere queste telefonate. Il trapianto di midollo riesce e, nonostante diverse complicanze che hanno reso necessari ulteriori ricoveri, G. inizia molto lentamente ma progressivamente a ristabilirsi. Si riprende quindi anche la psicoterapia. In questa fase, poiché il paziente è molte volte in ospedale per i controlli e le terapie del caso, capita spesso di fare le sedute di persona presso l'ambulatorio del nostro Servizio. A distanza di qualche mese dal trapianto, nel corso di una seduta fatta con Skype, verso la fine del colloquio, G. anticipa che nel prossimo incontro, in ambulatorio,

dato che sarà in ospedale per dei controlli, vuole parlare di “una cosa importante” che ha volutamente omesso di condividere in questa occasione perché preferisce “parlarne di persona”. Nell’incontro successivo G. è evidentemente turbato. Introduce il discorso dicendo che sta per raccontare un episodio “inquietante”, “una cosa assurda, che non gli era mai successa prima”. Dice che durante uno dei suoi ricoveri, dovuto a complicanze successive al trapianto, “forse a causa della morfina”, ha avuto “delle allucinazioni”. Si trovava in un prato su una rampa, in salita. Sul prato c’erano quattro persone “disposte a stella” munite di medicine, aghi e flebo che volevano fare degli esperimenti sui suoi familiari. I suoi familiari erano accerchiati da queste persone e, “accasciati sul prato in posizione fetale, cercavano di ribellarsi ma senza riuscire a liberarsi”. Lui tentava di difenderli e urlava “Ma cosa state facendo?”, “Non potete, non siete medici!”. Nessuno dei quattro uomini gli dava ascolto. Accanto al prato su cui si svolgeva la scena, c’era un distributore di benzina. G. dice che queste persone forse potevano essere degli operatori del distributore. La “discussione” continua, lui cerca in tutti i modi di “trarre in salvo i suoi familiari, ma niente... nessuno mi considera”. Ad un certo punto la scena cambia. Un familiare, che prima era “in posizione fetale accasciato sul prato”, adesso lo aspetta in una macchina e gli fa cenno di salire. G. sale e si mette alla guida. Inizia un lungo inseguimento. G. guida in modo spericolato. Ad un certo punto si ritrovano in un parcheggio sotterraneo dove passa una strada. Sa che quelle persone prima o poi sarebbero passate da lì. E’ sera ed è armato. Come previsto ecco i quattro arrivare in una macchina, li vede, spara “all’impazzata” e poi scappa via con il familiare. Dopo la sparatoria cerca di nascondersi, quando, ad un certo punto, si ritrova in ospedale sul suo lettino. E’ “letteralmente terrorizzato”, continua a cercare sul web, dal suo cellulare, notizie dell’omicidio. E dalla ricerca, “sul primo titolo”, emerge subito che “sono stati trovati uccisi quattro uomini e adesso stanno cercando il colpevole”. Ha telefonato più volte ad un parente, avvocato, per dirgli “che è nei casini”. Il parente gli dice di stare tranquillo, di non preoccuparsi, perché sul web non c’è alcuna traccia di quel che racconta. Ciononostante non riesce a tranquillizzarsi. Dopo le ripetute chiamate al parente avvocato ha telefonato alla madre: “corri in ospedale! Vieni subito! Stanno arrivando i carabinieri perché mi hanno scoperto!”. Ad un certo punto si è ritrovato “circondato dai medici”, piangeva disperato e chiedeva ai medici di chiamare la madre “perché aveva commesso qualcosa di orrendo”. La mattina successiva si è risvegliato con accanto la madre e una dottoressa e in quel momento ha capito, finalmente, che “non era successo niente” e che ha avuto “delle allucinazioni”.

Riflessioni

Proponiamo ora alcune brevi considerazioni sul rapporto tra psicoterapia “tradizionale” e psicoterapia online, alla luce di quanto accaduto con G., con il quale, come abbiamo visto, sono state utilizzate entrambe le modalità di lavoro. La breve vignetta clinica che abbiamo presentato suggerisce l’ipotesi che G., rispetto ad un evento particolarmente doloroso ed inquietante dal punto di vista emotivo, quale può essere il riconoscimento e la presa di coscienza di allucinazioni e delirio nel contesto di un’esperienza potenzialmente psicotizzante (quale è quella del trapianto di midollo in pazienti onco-ematologici), abbia preferito dividerlo con il terapeuta nello spazio personale di una seduta *vis-à-vis* piuttosto che in quello virtuale offerto dalla seduta via Internet (Skype). Questo confermerebbe le riflessioni già presenti in Letteratura, e ben documentate ed articolate, in particolare, dal libro della Russell (2015), sull’importanza della “presenza” (intesa come fenomeno psicosomatico globale, che coinvolge corpo e mente del paziente e del terapeuta) per consentire quel contenimento dell’angoscia che è di fondamentale importanza nella psicoterapia psicoanalitica dove si cerca di rendere possibile l’esperienza riparativa del Sé del paziente attraverso la relazione col terapeuta.

Nello stesso tempo però, ci sembra molto importante valorizzare anche l’altra faccia della medaglia, e cioè esplicitare il fatto, anche alla luce delle caratteristiche di personalità (paranoidi) del paziente e delle difficoltà emotive e di simbolizzazione manifestate lungo tutto il corso della sua terapia, che il lavoro con Skype, oltre a rivelarsi necessario, considerata la lontananza geografica e le importanti problematiche di salute, ha permesso a G. di “aprirsi” gradualmente, pur mantenendo una certa distanza emotiva proprio in virtù della distanza fisica. La psicoterapia online gli ha consentito di “difendersi” di più dal terapeuta, di non temere gli aspetti potenzialmente persecutori della relazione (il rischio di aggredire/essere aggredito nell’incontro *vis-à-vis*) e quindi di sentirsi pian piano più sicuro e di sviluppare una fiducia sempre maggiore nel terapeuta.

Grazie a questo, a nostro avviso, gli è stato possibile condividere ed affrontare materiale emotivamente molto inquietante e doloroso di persona, superando parte delle sue resistenze al contatto con il terapeuta.

Considerazioni conclusive

Alla luce di queste brevi riflessioni, possiamo ipotizzare che la scelta di utilizzare Internet come strumento per svolgere una psicoterapia dipenda dal rationale della terapia stessa, ovvero dalle ipotesi di lavoro che formuliamo per giustificarla (Nesci e Coll., 2018). Non ci sembra corretto, al momento attuale, fare ipotesi sul valore maggiore o minore di una psicoterapia via Internet rispetto ad una psicoterapia “tradizionale”. Soprattutto in considerazione del fatto che, come la nostra vignetta clinica documenta, una psicoterapia via Internet può essere svolta parallelamente ad una psicoterapia *vis-à-vis* e, come indicato dalla Russell, può essere un utile strumento per permettere a pazienti con angosce rilevanti e forti resistenze a “fidarsi” dell’Altro, di accedere alla psicoterapia.

Bibliografia

- Nesci, D.A. in collaborazione con: Averna, S., Banchi, P., Benedetto, E., Ciuffi, S., Colasanti, V., Corona, E., Duma, I.D., Fioretti, A., Gamba, E., Di Iorio, M., Maggipinto, D., Medici, M., Mincuzzi, E.E., Pellegrini, I., Petrachi, A., Polisenò, 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.