



Forme della relazione: la psicoterapia in Rete

di Andrea Angelozzi

L'idea di una psicoterapia che utilizzi gli strumenti offerti dalla Rete, suscita spesso posizioni molto critiche, dando la iniziale impressione di urtare contro gli stessi fondamenti del procedere psicoterapico.

Questi fondamenti rappresentano un patrimonio talmente radicato da essere ormai dato per scontato. Siamo abituati a pensare alla psicoterapia, indipendentemente dal modello teorico di riferimento, come a un incontro fra persone fisiche, accomunate da una alleanza per uno scopo specifico, che può realizzarsi solo se si crea una *effettiva* relazione e una *effettiva* comunicazione.

Anche in psicoterapia le forme abituali in cui tutto ciò avviene finiscono alla fine per reclamare un loro diritto di necessaria esistenza. Non si tratta solo degli aspetti "ritualistici" della terapia, che prendono il sopravvento sul senso della loro origine, facendolo smarrire e sostituendo gli aspetti tecnici e pragmatici alla natura effettiva del procedere. Si tratta anche di una legittimazione dell'abitudine, per cui smettiamo di interrogarci su tutta una serie di aspetti che diamo per assodati e che invece sono tutt'altro che ovvi.

Ora la psicoterapia in Rete in ognuna delle varie possibilità in cui sembra avere preso forma, sembra stravolgere un tale modello.

La prima forma è quella della Rete come possibile accesso a un software, un programma per computer cioè, al quale sarebbe affidata la terapia e dove l'intervento dell'umano cessa con la conclusione dell'opera di programmazione informatica. Il benessere del paziente si legherebbe così a una serie di operazioni preformate nel programma, evocabili attraverso tastiera o mouse da un qualunque computer remoto, completamente estranee alla interazione con l'altro essere umano.



La seconda è la psicoterapia *online*, ove la relazione viene affidata a una connessione mediata da computer, costruita fra scambi scritti o visivo/uditivi fra un terapeuta “qua” e un paziente “là”, o in un gruppo “virtuale di pazienti”, e non a un incontro fra persone fisiche. Così, la comunicazione, il complesso gioco ove la spontaneità della parola e del silenzio si mescolano alle tonalità che sa aggiungere il corpo, viene trasformata in un gioco virtuale, con una trasmissione scritta di pensieri o contatti rarefatti di voci e visi su un monitor. Questi contatti fra individui, di fatto disincarnati, dovrebbero essere il tramite (e quindi anche il meccanismo) del mutamento terapeutico. Una tale visione sembra, fra l’altro, accreditare l’idea che una *persona* possa essere ricondotta ai suoi *pensieri* o alla sua *immagine*, e che una relazione fra persone possa prescindere da un loro effettivo “reale” incontrarsi.

Una valutazione di questi temi dovrebbe potersi sviluppare al di fuori di atteggiamenti pregiudiziali che appoggiano incondizionatamente la terapia attraverso software o Internet, o, all’opposto rifiutano a priori tali possibilità. Occorre sospendere temporaneamente il giudizio per questi aspetti ancora troppo nuovi, e osservarli con occhio attento, riflessivo, ma aperto. Il fatto che queste esperienze siano pensabili, attuabili e talvolta portate a termine, anche con risultati meritevoli di rispetto, ne fanno importanti occasioni per riflettere in modo radicale sui fondamenti del nostro procedere clinico e sui meccanismi delle teorie psicoterapiche alle quali facciamo riferimento. E più oltre, sui modi usuali con i quali concepiamo le nostre identità e le relazioni che possiamo creare. Esse pongono rilevanti problemi etici¹ e professionali, che radicalizzano e portano al limite, trasformando queste apparenti violazioni al nostro usuale modo di pensare in un terreno di ricerca molto ricco.

Rappresentano cioè condizioni estreme che, come i *Gedankenexperiment*, gli “esperimenti di pensiero” cari alla filosofia del mentale, ipotizzano situazioni in cui ci troviamo costretti a mettere alla prova le nostre tesi e a cercare un senso nel mare infinito delle psicoterapie e dei loro meccanismi. La possibilità di individuare e registrare ogni singolo punto della terapia, in un setting in fondo rigidamente controllato, permette di fare affidamento su materiale essenziale per la ricerca.



Non solo: ci ricordano che bisogna comprendere cosa conduca la gente alla Rete, e come questa spinta comunque vitale possa essere utilizzata come una potenzialità trasformativa di tipo terapeutico. Questa spinta coinvolge aspetti che vanno oltre il singolo. È stato notato² che come nella psicoterapia classica, la situazione di gruppo aggiunge qualcosa che non è presente nelle sedute individuali, si ha la sensazione che Internet e il suo Villaggio Globale, rappresentino qualcosa di per sé evolutivo per i pazienti, e anche di spinta a utilizzare al meglio il tempo e le capacità degli operatori.

Al di là delle macchine che consentono il mezzo, il concetto di fondo sottolineato da Sunkyo Kwon³ che Internet è fatto da persone, per persone, non va mai dimenticato.

Psicoterapia attraverso software

Sono già⁴ stati descritti in maniera molto accurata quei primi tentativi di creazione di un software interattivo con possibilità terapeutiche, che vanno sotto il nome di ELIZA⁵, SHRINK e Depression 2. Dopo questi primi tentativi, sono stati creati numerosi programmi, improntati a una filosofia di tipo diverso, ove scompariva qualunque desiderio di simulare un possibile terapeuta umano, ma emergeva la possibilità di fornire aspetti di tipo psico-educativo o modificazioni di tipo cognitivo. Fra questi troviamo programmi per il trattamento delle fobie, del disturbo ossessivo, del comportamento alcolico, delle alterazioni dell'umore. Molti di questi programmi sono attualmente in uso correntemente presso ospedali dell'Inghilterra e utilizzati presso studi professionali⁶. Taluni sono disponibili presso i distributori convenzionali di test psicologici e libri.. Altri sono scaricabili da pagine Web dedicate alla salute mentale, talvolta in forma completa, altre volte in versione shareware o demo.

Il primo aspetto da segnalare è che, pur non essendoci elementi specifici nel software che ne escludano un uso da computer remoto, di fatto l'utilizzazione avviene quasi sempre mediante installazione sullo specifico computer che il paziente utilizza. Il secondo, che a questo si collega, è che, nonostante la scarsità dei siti con software interattivo renda una valutazione della efficacia non immediatamente disponibile, i risultati fino a questo momento ottenuti mostrano una loro efficacia non nell'intervento autonomo, ma come ausilio e completamento di una psicoterapia "dal vivo", sia con un terapeuta fisicamente presente sia con un terapeuta *online*.



Si comprende così la evidente disparità fra il fiorire di siti orientati alla psicologia e alla psichiatria e il progresso molto più irregolare per quanto riguarda invece il software orientato a compiti di self-help e quello ancora più rarefatto dei programmi interattivi di self-help, nonostante le partecipazioni gratuite o gli “onorari” molto modesti che li accompagnano.

Cutter⁷ riferisce di uno studio eseguito presso la University of California, in cui metà di un gruppo di 90 pazienti, tutti con problemi psicologici da lievi a moderati, riceveva una terapia per 10 settimane con sedute settimanali di 50 minuti con un terapeuta. L'altra metà ha ricevuto invece 10 interventi con un programma chiamato *Therapeutic Learning Program*, seguiti da 10 minuti con il terapeuta. TLP è disegnato per aiutare i pazienti a esplorare e confrontarsi con i loro problemi, prima per identificare fonti di stress e poi per esplorarle.

Al termine dello studio, come pure nel successivo controllo, dopo sei mesi, i pazienti di entrambi i gruppi riportarono un uguale miglioramento e soddisfazione dal loro trattamento.

Lo stesso programma ha parzialmente rimpiazzato il terapeuta in patologie più serie, come al Kaiser Permanente di Los Angeles, dove 109 pazienti con depressione clinica e ansietà vennero trattati o con una ora e mezza di terapia di gruppo la settimana o una seduta più breve preceduta da una seduta con TLP. I punteggi per la depressione e l'ansia migliorarono dello stesso grado in entrambi i gruppi.

La conclusione finale, che il programma era utile ma non sostituiva il terapeuta, si accorda con la impressione che la Rete vada più verso una espansione della interazione con pagine Web fornite di adeguati terapeuti che non l'affidarsi a programmi per computer sul proprio desktop personale o accedendo a questi *online*.

È stata posta la questione se questi programmi di self-help possano arrecare danni ai pazienti. Si tratta in genere di programmi accuratamente pianificati e testati, ove consigli sbagliati non sono probabili, mentre fraintendimenti sono sempre possibili nonostante gli sforzi tecnici impiegati per neutralizzarli. Da questo punto di vista taluni (Cutter⁸) sostengono che i programmi disponibili per la pratica clinica, rappresentano l'uso più sicuro del computer con i pazienti. Rispetto a gruppi di supporto, offrono in questo senso un minore rischio che consigli errati,



magari rinforzati dal gruppo, portino a conclusioni negative, alla perdita della speranza e alla accettazione di una svalutazione di sé. Analogamente ai gruppi di supporto, tuttavia, un altro pericolo può essere un ritardo nella ricerca di un aiuto professionale. In entrambi i casi solo un adeguato supporto di supervisione può costituire un adeguato antidoto.

Quanto alla estrema specificità e la ristrettezza dello scopo terapeutico per il singolo programma, è facile intuire come possa rappresentare allo stesso tempo un vantaggio e uno svantaggio. A compensare i possibili svantaggi, è opportuno segnalare come i programmi possono diventare una fonte alternativa di assistenza per molti pazienti che, per vari motivi, non cercano aiuto dalle risorse usualmente disponibili. Spesso, poi, specialmente quando sono efficaci, incoraggiano gli individui a cercare una consultazione da un terapeuta; questo anche per limiti strutturali nei programmi che, con l'uso ripetuto forniscono risultati sempre più limitati, quando non vengono addirittura noiosi.

Concludendo questa breve riflessione potremmo dire che il software di self-help evidenzia una presenza ancora modesta negli studi di psicoterapia, e abbastanza marginale nell'ambito della Rete. Il suo uso poi, non sembra potersi sviluppare in modo autonomo rispetto a una relazione terapeutica effettiva ed emerge in genere piuttosto la tendenza a ricercare terapeuti spontanei, "dal vivo" in rete. Questo risultato ci pare particolarmente interessante, perché, pur non negando l'utilità di tali strumenti, ribadisce comunque il ruolo di una effettiva interazione con l'altro. E questo ci porta necessariamente all'altro approccio.

Psicoterapia online

Il tentativo di estendere la pratica clinica corrente al mezzo Internet, sta già trovando applicazione⁹, sia pure in forme ancora non sviluppate e pienamente analizzate nelle loro implicazioni, possibilità e conseguenze.

Le nuove tecnologie di trasmissione, vocale e visiva, stanno operando una riduzione dei limiti comunicativi delle attuali metodologie, attualmente vincolate alla partecipazione scritta. La disponibilità di risorse appare maggiore rispetto alla usuale pratica clinica: è maggiormente alla portata economica di tutti i partecipanti e estende la possibilità ai molti che altrimenti non cercherebbero il contatto vis a vis.



Questa situazione comprende strumenti diversi.

a) E-mail.

Attualmente lo spazio privilegiato è quello della e-mail, della posta elettronica cioè, che mette in relazione un terapeuta con un paziente. Questo avviene sia come evoluzione di un contatto “reale”, in cui o fin dall’inizio, o nel corso della terapia, si decide di attuare tale modalità; o come riferimento già nelle premesse virtuali. Attualmente numerosi siti e newsgroup, offrono una lista di terapeuti, in qualche maniera “certificati”, disponibili alla terapia via e-mail. Vengono fornite le istruzioni su come stabilire il contatto e talvolta sono definiti anche gli onorari (anche se spesso sono gratuiti).

b) Newsgroup e mailing list.

Altre forme di psicoterapia sono rappresentate dai newsgroup e dalle mailing list di sostegno,¹⁰ gruppi spontanei che si sono formati per offrire supporto alle vittime di vari problemi o disturbi mentali. Talvolta, specie nei newsgroup, la quantità di messaggi giornalieri raggiunge dimensioni tali da prevenire la leggibilità. Ve ne sono attualmente di dedicate a patologie specifiche, e che ospitano pazienti, loro familiari e terapeuti.

Stein¹¹ riflettendo su una mailing list dedicata al disturbo ossessivo compulsivo, che includeva pazienti (71% del gruppo studiato), terapeuti (5%) e loro familiari (24%), segnala un bilancio generalmente positivo, sia come fonte di informazioni relative al trattamento, sia come supporto psicologico. Nel caso specifico era stata fondata dal familiare di un paziente e contava oltre 150 iscritti. Tali gruppi stanno proliferando, andando a toccare tutti gli ambiti della psicopatologia e della terapia, e già nel 1996 potevano essere individuati almeno 400 indirizzi. In genere l’accesso non è sottoposto a restrizioni e consente il contatto con la lista, l’accesso al materiale pregresso e talvolta a una raccolta di FAQ¹² relativo al tema. Cosa possono offrire tali strumenti?

In primo luogo un facile e rapido accesso ad aspetti informativi relativi sia alla psicopatologia che ai trattamenti farmacologici o psicoterapici, altrimenti usualmente dispersi nella Rete. Talvolta, come nella lista presa in esame da Stein, veniva quotidianamente scelto un “argomento del giorno” da approfondire in modo utile. Anche per questo è ritenuta particolarmente utile la presenza di terapeuti.



In secondo luogo, appaiono luoghi per poter accogliere e ascoltare i bisogni dei pazienti e dei familiari, portando collaborazione e sostegno, se non specifici progressi terapeutici (intesi come insight, cambiamento, crescita). Per i pazienti appare molto utile e importante contattare altre persone che abbiano gli stessi problemi, per la possibilità di rendere le cose più comprensibili e sentirsi meno isolati e più gestibili, e talvolta di accedere a consigli per il cambiamento. Come in ogni gruppo di sostegno, i partecipanti esprimono sentimenti positivi o reazioni negative. Anche i familiari segnalavano una maggiore comprensione del mondo del paziente e l'aiuto avuto dal condividere le loro esperienze oltre che dai consigli ricevuti.

Anche i terapeuti valutano l'esperienza positivamente, soprattutto per una possibilità di meglio comprendere in questa condizione il mondo effettivo del paziente, oltre che per il libero scambio di informazioni e l'atmosfera di reciproco sostegno.

Il clima di comunità virtuale creato in lista viene definito esplicitamente sia in Cutter che in Stein come sostegno e comprensione "empatica".

Sono gruppi di psicoterapia? Probabilmente non possono essere definiti tali e in effetti non avviene, né è nelle finalità, una effettiva cura per nessun problema psicopatologico. Cutter li definisce un "pronto soccorso psicologico" specie per quei pazienti che, per vari motivi non ottengono sufficiente appoggio dal sistema sanitario. Sono pertanto diversi da gruppi di supporto come gli Alcolisti Anonimi che risultano spesso più efficaci di gruppi standard o della terapia individuale. I gruppi di supporto in genere non offrono quello che hanno strutturato gli AA, anche perché si tratta di situazioni focalizzate e che hanno definito metodologie che hanno passato l'esame del tempo.

Come primo passo per aiutare il paziente, può avere esiti diversi. Stein segnalava come taluni abbiano trovato la motivazione alla terapia in lista, rafforzati dalle esperienze degli altri partecipanti. Altri possono desiderare di fermarsi e non andare oltre, in maniera del tutto analoga alla pratica faccia a faccia, dove può essere del tutto comprensibile in una situazione iniziale, mentre merita una attenta valutazione se la terapia è andata avanti. E, si domanda Cutter: perché non usare gli stessi standard in Internet?

Vi sono rischi? I partecipanti al gruppo studiato da Stein non riferivano di essere stati influenzati in maniera negativa e solo in



una piccola percentuale di avere avuto una recrudescenza dei sintomi. I problemi con la lista appaiono quelli che possono fare parte di qualunque situazione sociale. I problemi sono quelli spesso indicati in Internet, con la mancanza di controlli sulla qualità e la correttezza delle informazioni ed il rischio di relazioni interpersonali transitorie e superficiali.

È possibile che liste di questo tipo siano più problematiche in disordini meno definiti e conosciuti a livello neuropsichiatrico, ove è minore il valore della informazione medica e terapeutica. Comunque, anche per l'ansia e i disturbi dell'umore, che condividono talune caratteristiche con il DOC (per esempio, il disturbo da attacchi di panico e la fobia sociale) le mailing list appaiono in grado di stabilire una comunità virtuale in grado di fornire specifiche informazioni e sostegno empatico. Anche in altre condizioni, marcatamente diverse (per esempio di disturbi psicotici) le mailing list possono essere di ausilio per i familiari. Sono segnalate¹³ psicoterapie di gruppo utilizzando mailing list, che diventano quindi spazi condivisi di conversazione scritta, eventualmente focalizzandosi su aspetti specifici e con definita finalità terapeutica. I soggetti sono collegati in una mini mailing list e possono inviare quanti messaggi vogliono e nel momento che vogliono.

La descrizione di queste esperienze segnala le differenze rispetto ai setting tradizionali, in particolare per la mancanza della comunicazione non verbale e per l'aspetto ed il significato diverso che assumono elementi quali il "silenzio". La conclusione convalida comunque la possibilità di interventi di questo tipo in Rete, e la sostanziale analogia con le psicoterapie "dal vivo". Nella terapia online, nessuno arriva in ritardo alle sedute o non paga. Ma la resistenza può manifestarsi in molti modi, attraverso l'aggressione nel testo, lo scherzo o il silenzio. Gli psicoterapeuti possono imparare molto studiando le dinamiche della vita online. Ripetizione, ricordi, transfert, resistenza, conflitto e acting out sono tutti presenti. Ed in più, forse, la cosa più grande che la vita online può insegnare a coloro che vivono off line è che il linguaggio spesso può essere più significativo dell'azione. Nella terapia online, e forse nella seduta psicoanalitica, il linguaggio è azione. Niente "accade" online, o, effettivamente, in terapia. Non c'è modo di quantificare ciò che accade in un gruppo online. Ma tuttavia, le vite possono cambiare".¹⁴



c) IRC

Al momento attuale non vi sono esperienze definite di uso terapeutico dell'IRC o di quella sua forma, per così dire limitata che è ICQ. IRC (*Internet Relay Chat*) rappresenta la possibilità più immediata per chi cerchi un contatto in Rete. La motivazione è tuttavia la ricerca di un contatto umano o di uno specifico tipo di interazione, senza che emergano richieste per la cura di disturbi psicopatologici.

Richiede abilità di scrittura e utilizza una serie specifica di abbreviazioni gergali. Holland¹⁵ ha descritto come nelle chat avvengano con facilità quelle che lui chiama “regressioni da Internet”, con disinibizioni che riguardano la aggressività, la sfera sessuale, la gestione del proprio tempo, quando non del proprio denaro. Si tratta di temi di rilievo, che pongono questioni importanti circa la natura della identità personale, vengono catalizzate dalla esperienza di Rete. Suler¹⁶ riferisce in questo senso di una propria esperienza, spesso attuata nelle chat, di trasformazione della sua identità sessuale online, con le diverse interazioni che emergono con gli altri partecipanti.

I canali IRC hanno il vantaggio di incontri in tempo reale, sia pure in spazio virtuale. Non pare tuttavia che vi sia stato ancora un uso di canali IRC per psicoterapia. Ma la Rete ci ha abituato al fatto che esperienze di questo tipo possono comparire e svilupparsi nel giro di pochi giorni.

d) Giochi di ruoli in MUD e MOOD

Cutter¹⁷ sottolinea le potenzialità di un eventuale uso terapeutico di MUD (*Multi User Dungeons*) e MOOD. Si tratta di sofisticate evoluzioni dei giochi dei ruoli, ispirati inizialmente al “Signore degli anelli” di Tolkien e ai primi giochi per computer con *Dungeons and Dragons* che evolsero progressivamente fino alla fioritura negli anni '90 con termini come MOO, MUSH, MUCK.

Uno o più partecipanti, con specifici software installati sul proprio computer, accedono a un server, che coordina il programma e un database a esso collegato. Le scelte dei partecipanti evocano reazioni imprevedibili dal database, progettato con una vasta serie di opzioni, in genere influenzate dalla presenza degli altri. Il disegnatore, o owner, del Web ospite è conosciuto come il “mago”. Le prime



versioni erano competitive, e di tipo conflittuale, le ultime considerano un lavoro di collaborazione e cooperativo.

Ogni partecipante adotta un ruolo e opera scelte finalizzate a muoversi da una “stanza” all'altra, spesso con degli specifici obiettivi (trovare il tesoro, il drago, il partner), all'interno delle situazioni più varie (spesso è la coffe house). Si tratta di giochi di ruolo, finalizzati al divertimento, in ambienti di fantasia, non intesi a fornire sostegno o contesti emozionalmente catartici.

I MUD portano a sensazioni che fanno percepire eventi virtuali “reali” come il mondo ordinario e consentono anche l'espressione di sentimenti che possono non avere una adeguata catarsi nella vita reale. Cutter propone che siano una estensione delle fantasie infantili, in modo analogo a quando, dopo aver visto un film, andavamo a casa e giocavamo ai vari personaggi con i nostri amici.

Certamente contengono aspetti propri dello psicodramma e del gioco dei ruoli terapeutico, e forniscono preziosi suggerimenti sui bisogni dei partecipanti e sul significato delle emozioni che esprimono. Ma, mancando un fine terapeutico specifico, e una supervisione a opera di operatori capaci e formati nella terapia dei ruoli, i MUD non possono essere considerati un trattamento.

Questi gruppi sono condotti da persone con estrema competenza nell'uso di Internet, ma che non sono, né vogliono essere, operatori della salute mentale. Anzi, viene quasi evitato tutto ciò che è psichiatrico, trincerandosi sul concetto che i MUD sono esplicitamente divertimento e non terapia. In un loro elenco¹⁸ non emergeva nulla che avesse a che fare con la psicoterapia o con lo psicodramma.

Se non c'è attualità in senso terapeutico, peraltro c'è un potenziale pericolo, relativo alle ferite emotive che può ricevere in queste attività una persona vulnerabile. Non è peggiore (secondo Cutter) di quanto può capitare a persone fragili in un bar, e presso sedicenti terapeuti o guru.

C'è comunque un potenziale positivo di cui bisogna tenere conto. Merita interesse l'ipotesi di creare un MUD per psicoterapia con un qualificato psicoterapeuta come “mago” e i giocatori che giocano con un adeguato database ruoli psicodrammatici su ruoli specifici.

Psicoterapia attraverso e-mail

La e-mail rappresenta una forma scritta di comunicazione online asincrona.¹⁹ Non è necessario, cioè, che i partecipanti siano con-



temporaneamente in linea per portare avanti la conversazione, scrivendo o rispondendo invece quando è loro possibile e quando ne hanno bisogno. Quella tramite e-mail è la più diffusa forma di psicoterapia online, anche perché è la più disponibile e la più facile da usare.

Nella *Mental Health Cyber Clinic*²⁰ David Sommers segnala anche talune condizioni che, a suo parere possono favorire una relazione terapeutica online di questo tipo:

- a) la presenza di difficoltà economiche che non consentono una psicoterapia tradizionale;
- b) voler mantenere una certa distanza nella situazione terapeutica;
- c) vivere in una zona isolata dove non ci sono terapeuti prontamente accessibili;
- d) avere una disabilità fisica che rende troppo difficile accedere ad una psicoterapia tradizionale;
- e) se si sta valutando la possibilità di accedere ad una terapia tradizionale, ma prima si vuole avere idea circa cosa consista.

L'impressione tuttavia è che, al di là delle pure questioni tecniche, in questa forma di psicoterapia attraverso la Rete, come peraltro nelle altre che abbiamo sommariamente descritto, siano in gioco questioni cruciali.

Alcune rimandano all'ambito etico e riguardano la necessità di essere consapevoli dei confini, pur sottili, fra psicoterapia e consultazione,²¹ senza dare l'illusione che sia possibile fare a meno di una terapia grazie a un qualche non definito e anonimo "aiuto psicologico". Come pure questioni legate all'onorario, alle garanzie di qualità della prestazione e dei terapeuti, alla sicurezza delle comunicazioni. Può essere interessante segnalare che recentemente negli USA, lo Stato della California ha ristretto le prestazioni di "telemedicina", che include anche questi servizi di psicoterapia, ai confini dello Stato, proprio per il problema del riconoscimento della certificazione di psicoterapeuti fra stati diversi.²²

Ma, a mio parere due ulteriori elementi vanno preventivamente approfonditi: il primo riguarda la relazione terapeutica, nelle sue varie componenti; il secondo la questione dei meccanismi terapeutici in psicoterapia.²³



La relazione terapeutica

L'elemento relazionale, forse l'unico elemento che accomuna i vari modelli psicoterapeutici, è una realtà complessa, ove si integrano aspetti diversi, non solo per la loro natura ma anche per la effettiva rilevanza che assumono per il paziente e il terapeuta.

Il tentativo di approfondire la sua struttura ha portato classicamente a riconoscerci almeno tre componenti: un *rapporto reale*, una *alleanza di lavoro* e una componente definita in genere "inadeguata", strettamente connessa agli aspetti patologici del paziente. Quest'ultima, riconosciuta peraltro da tutti i modelli psicoterapici, assume particolare rilievo per gli autori di scuola analitica con il nome di *transfert*. La sua prospettiva, patogenetica e terapeutica, sarà ovviamente diversa nei vari modelli di approccio, ai problemi mentali e alle loro soluzioni, che sono stati sviluppati nel corso del tempo dalle diverse scuole.

Sono stati in particolare gli autori di formazione psicoanalitica ad approfondire la questione della natura effettiva della *relazione terapeutica*; le loro osservazioni possono fornire preziosi contributi anche a chi fa riferimento a modelli non analitici.

Ora, il quesito che ci poniamo è questo: come possono armonizzarsi queste diverse componenti relazionali con la situazione di Rete? Cercheremo di valutare da questo punto di vista l'alleanza terapeutica (con il connesso problema della empatia) e il rapporto reale. Non entreremo invece nella questione del transfert, per diversi motivi. In primo luogo perché la sua vastità è tale che avrebbe assorbito ogni spazio di riflessione. E poi perché, nonostante Gill²⁴ abbia mostrato come la situazione reale agisca sul transfert, togliendo gran parte di quella "inadeguatezza" che voleva la concezione classica, rimane al fondo la sua natura di modalità rigida e di fatto indipendente, in gran parte, dalla situazione reale e dalla effettiva relazione esistente.

Tale distinzione per cui alcuni vissuti sono "reali" e altri "inadeguati" richiede una premessa metodologica, che chiarisca meglio l'ambito possibile di elementi che appartengono comunque al soggettivo. Anche se una tale distinzione fra aspetti oggettivi ed aspetti soggettivi nell'ambito dei vissuti non è più proponibile, come è stato sottolineato dalla fenomenologia,²⁵ non tutti i vissuti sono per questo equivalenti. La demarcazione fra la *esperienza solipsistica* e una *realtà condivisa* avviene nella convalida che nasce dalla espe-



rienza intersoggettiva, ove il soggetto si scopre “soggetto fra gli altri soggetti”. Questa possibile condivisione, a differenza del criticabile pregiudizio di una “realtà oggettiva” consente di parlare in termini diversi delle diverse componenti della relazione: sono tutti vissuti, come tali soggettivi, ma taluni sono generalmente condivisi, altri appartengono solo al singolo che li vive.

Su tale distinzione torneremo anche per sottolineare che, fra le diverse, e tutte legittimate modalità con cui viene vissuta la rete, alcune di fatto si intrecciano con il modo con cui, in maniera condivisa, concepiamo la realtà.

Alleanza terapeutica

L'alleanza di lavoro è una parte essenziale del processo terapeutico, rappresentando quel rapporto tra paziente e terapeuta che permette a entrambi di lavorare con impegno nella situazione terapeutica.

Tale concetto era stato introdotto da Freud nel 1910²⁶ descrivendo nel transfert anche un legame utile in terapia per impedire il “rinnovarsi della fuga” del paziente. In *Dinamica della traslazione* (1912)²⁷ aveva poi ripreso questo aspetto, notando che: “Così la soluzione del problema è che il transfert sul medico è suscettibile di resistenza contro il trattamento, solo se si tratta di un transfert, negativo o positivo, di impulsi erotici rimossi. Se ‘eliminiamo’ il transfert rendendolo cosciente, separiamo dalla persona del medico solo queste due componenti dell’atto emotivo; l’altra componente, che è accettabile alla coscienza e lecita, persiste e costituisce il veicolo del successo in psicoanalisi, esattamente come in qualsiasi altro metodo di cura”.

Veniva così individuata una componente transferale “cosciente” e “irrepressibile” essenziale per il processo terapeutico.

Non ci interessa qui entrare nella complessa e a volte problematica evoluzione che questo concetto ha poi avuto in psicoanalisi, legata al tentativo di definire sia i paradossali intrecci con quello stesso transfert che l’analisi dovrebbe elaborare e dissolvere, che la questione connessa della preponderanza di componenti razionali ed irrazionali al suo interno. Di questo dibattito, ottimamente descritto in Friedman,²⁸ utilizzeremo solo alcuni aspetti, che assumono rilevanza talmente generale da fare parte di qualunque modello psicoterapico e che in particolare possono contribuire alla riflessione sulla psicoterapia in Rete.



Gli autori che si sono occupati della questione della natura della alleanza di lavoro, hanno colto in particolare due aspetti, talora radicalizzati in posizioni estreme. Vi è chi ha colto più l'aspetto razionale di una tale alleanza, individuandovi la collaborazione fra due adulti responsabili, uno dei quali ha bisogno d'aiuto e l'altro è un esperto, che si impegnano entrambi seriamente in un lavoro comune. In questa visione, l'alleanza è fra l'*Io osservatore* del paziente e quello del terapeuta, nell'osservare entrambi l'*Io sperimentante*, e trova un suo motore nella motivazione alla terapia. Il suo meccanismo è costituito da una parziale e temporanea identificazione del paziente con quell'atteggiamento e con quella modalità di lavoro del terapeuta che egli sperimenta di persona nel corso delle sedute.

Questo elemento era già stato sottolineato in Freud²⁹ quando parla di un "interesse intellettuale che comincia a destarsi nel paziente" e che "fa di lui un collaboratore, lo s'induce a considerare sé stesso con l'interesse obiettivo del ricercatore".

I fattori che offrono la identificazione parziale con questo aspetto del terapeuta sono diversi. Dal contagioso costante tentativo da parte del terapeuta di osservare e arrivare a comprendere tutto quello che avviene nel paziente, al confronto fra il proprio malessere di cui non conosce le cause e il benessere consapevole del terapeuta; dalla importanza data a ogni seduta e ad ogni singolo intervento, all'invito esplicito offerto dal terapeuta, scegliendo più o meno consapevolmente forme linguistiche (per esempio l'uso del "noi" come soggetto di quanto si fa di terapeutico) alla collaborazione sul cammino comune da compiere.

Può esistere questa parte in una psicoterapia in Rete? La conferma in questa direzione viene dalla natura di tale componente attivabile sulla base del lavoro comune che, proprio per il suo legame con aspetti razionali e motivazionali, appare ampiamente indipendente dal mezzo. Così come lo è la percezione dell'impegno, della importanza e della responsabilità comune in un tale lavoro. E l'obiezione, mutuata dal nostro pensare abituale, che tali investimenti chiedano di essere testimoniati da un oggettivo sforzo e sacrificio da parte del paziente, che verrebbe di fatto un po' impoverito da qualcosa comunque facilmente disponibile, cliccando con il mouse, si svela come un pregiudizio che urta contro la realtà infinitamente variabile delle diverse situazioni. Non solo, ma la dissociazione terapeutica fra *Io osservatore* e *Io sperimentante*, può venire ad essere anche privi-



legiata, facilitata da un meccanismo come lo scrivere, che talvolta stempera la parte emotiva, ci permette di distanziarci da essa e, con il rileggere, crea ulteriori piani di dissociazione e di autotrascendenza riflessiva sui nostri contenuti mentali.

Più complesso è il discorso per quanto riguarda altre componenti della alleanza terapeutica, a cui talvolta si è fatto riferimento per spiegare una collaborazione che, attraversa anche situazioni di sofferenza terapeutica, non certo spiegabile su una base puramente cosciente e razionale.

Annotava Freud³⁰ che “La prima meta del trattamento rimane quella di legare il paziente alla cura e alla persona del medico. A questo scopo non occorre far altro che lasciargli tempo. Se gli si dimostra un interesse serio, se si eliminano accuratamente le resistenze che compaiono all’inizio e si evitano passi falsi, il paziente sviluppa da solo tale attaccamento e inserisce il medico fra le *images* di quelle persone dalle quali è stato abituato a ricevere del bene. Naturalmente ci si può giocare questo primo successo se dall’inizio si adotta un punto di vista che non sia quello dell’immedesimazione...”

Già in precedenza³¹ aveva parlato della necessità di “guadagnarsi prima la fiducia del paziente”, così come occorre³² il completo consenso, la piena attenzione dei malati, ma soprattutto la loro confidenza. In assenza dell’alleanza terapeutica, rischia di prendere invece il sopravvento la situazione che Freud descrive in *Analisi Terminabile e Interminabile*.³³ “L’analista diventa per il paziente un perfetto estraneo che avanza nei suoi confronti pretese sgradevoli; verso di lui il paziente si comporta esattamente come il bambino che non ha simpatia per le persone estranee e non crede a una parola di ciò che esse dicono”.

Ma, riprendendo il quesito che si pone Friedman: in che modo il terapeuta può arrivare a non essere più sentito come un estraneo? Friedman parla di “un certo grado di congruenza”³⁴ in cui “dobbiamo rivolgerci a lui per quello che è” per entrare in un “contatto diretto” e dobbiamo cercare di “inserirci all’interno del suo schema attuale di bisogni”.

Queste componenti sono state approfondite da numerosi autori, che hanno sottolineato come il paziente non sarà influenzato solamente dal contenuto del nostro lavoro, ma anche dalla nostra modalità di lavoro, dall’atteggiamento, dall’umore, dall’atmosfera in cui lavoriamo; e reagirà (e si identificherà) soprattutto a quegli



aspetti di cui non siamo necessariamente coscienti, che creano quella che potremmo definire una “atmosfera terapeutica”.³⁵ Greenson parla in particolare dalla *fiducia* nel terapeuta, come del nucleo che consente appunto la parziale identificazione fra Io osservanti. Sono la sicurezza e la fiducia costruiti con il terapeuta che permetteranno al paziente di lasciarsi regredire e, parimenti, di trovare il coraggio di arrischiarsi a scardinare una difesa nevrotica, cercando nuove forme di adattamento.

Ma di cosa è fatta questa fiducia? Qual è la sua natura e, soprattutto, può essere costruita in una esperienza di Rete? Sappiamo che è una domanda che avuto varie risposte, da quelle più tecnicistiche, a quelle più “irrazionalistiche”. Fra quelle tecnicistiche vale la pena ricordare i modelli ipotizzati dalla Programmazione Neurolinguistica (PNL).³⁶ Sono modelli interessanti, indubbiamente, che tuttavia, nel loro tecnicismo a volte esasperato, aiutano bene a spiegare, ma talvolta poco a comprendere. Senza cadere in una “mistica dell’incontro” oggi indubbiamente *démodé* (e forse non del tutto a torto), possiamo cercare di individuare alcune componenti del mondo del comprensibile, e riflettere sul loro destino in una psicoterapia in Rete.

Per talune, come il metodico e regolare ritmo di lavoro, una “procedura prevedibile” che produce un certo senso di sicurezza e di fiducia, il mezzo appare del tutto indifferente e una analoga ritualità può svilupparsi sia con il computer che di persona. Anche il coinvolgimento emotivo innescato dall’incontrarsi ripetuto di due persone da sole per un lungo periodo, privilegiando poi un tipo di comunicazione particolareggiato e intimo, favorito anche dal rilassamento (il divano) e dal silenzio, non costituisce certo un elemento escluso dall’incontro in Rete. Il rilassamento e il silenzio, dopo gli studi di Tart,³⁷ non hanno importanza di per sé, ma come uno dei possibili elementi destrutturante del nostro stato di coscienza, cui la condizione di Rete, proprio per le sue peculiarità, può dare infiniti contributi. Taluni poi hanno sottolineato che proprio il fatto di non vedersi può conferire alle mail un carattere ancora più confidenziale e intimo rispetto a comunicazioni verbali dirette.

Alcuni autori, poi, hanno sottolineato analogie fra alcuni aspetti della situazione di Rete e di quella analitica. Holland, citato in Cutter,³⁸ ha descritto la “Internet Regression”, che individua da specifici comportamenti facilitati dalla situazione in Rete, quali una facilità al-



l'ira, a espressioni sessuali dirette, a una generosità inusuale. Ritiene che le inibizioni siano diminuite e che vi sia una libertà, nella espressione dei pensieri, del tutto improbabile nelle interazioni vis a vis. Viene posta una similitudine con la situazione psicoanalitica dove l'analizzando si svela maggiormente con la posizione distesa e non guardando l'analista, o con il confessionale, dove il penitente rivela di più in uno spazio buio in cui non sia visto dal prete. Holland ritiene che per comprendere questa situazione bisogna tenere conto delle fantasie che la gente ha circa il proprio computer, comparabili con le immagini di potere proiettate sulla macchina dagli uomini o il valore che riveste l'arredamento della casa per le donne. La visione tradizionale è che questi strumenti estendono le capacità fisiche e che il computer estende le nostre capacità intellettive, portando a farsi vivere come un essere potente, con forze magiche. Un altro aspetto importante per Holland è una tendenza verso la dipendenza da Internet, un mondo che è vissuto come una "allettante alternativa alla vita", in cui il piacere si lega a un contesto di non giudizio e non punizione.

King³⁹ poi descrivendo taluni comportamenti in Internet (sviluppi di transfert, lo slittamento di genere sessuale, le relazioni e-mail, il comportamento suicidario) riprende le osservazioni di Holland, confermando sia la regressione in Rete sia la maggiore gratificazione che questa offre rispetto ai contatti reali. Ritene che un ruolo importante in entrambi i fenomeni risieda sia nella rimozione della visibilità faccia a faccia (e specialmente le espressioni del linguaggio corporeo) che nell'implicito aspetto permissivo garantito dal monitor. Lo sviluppo della televisione ha attribuito a questo strumento l'aspettativa di non ferire mai e di provvedere piacere per lo spettatore, senza chiedere nulla. Queste regressioni sarebbero meritevoli di attenta analisi con i pazienti. E possono diventare l'ultimo vantaggio creato dalla psicoterapia online, l'opportunità di studiare reazioni individuali alla esperienza Internet, in grado di fornire elementi per comprendere situazioni analoghe in esperienza reali.

Se riflettiamo anche su altre componenti della alleanza terapeutica, rileviamo come anche per esse l'incontro in Rete non costituisca pregiudizio. Così è per l'*accettazione* del paziente, di tutto il suo materiale⁴⁰ e di tutti i suoi sforzi da cui deriva, nel quotidiano lavoro con il paziente, il fatto che niente sia tanto insignificante o oscuro, o tanto brutto o sublime da sfuggire al tentativo di essere capito.



Questo riconoscimento del paziente ad essere rispettato come individuo, senza poter trascurare il suo bisogno di autostima, di rispetto di sé e di dignità.

È stato notato che un paziente⁴¹ può spesso scrivere di più e può essere molto più aperto ed espressivo circa i propri pensieri e sentimenti attraverso una lettera ben scritta di quello che può essere di persona o attraverso altre modalità. Grohol sostiene che un eventuale avvento di sistemi audio e eventualmente video nella psicoterapia online, lungi dal portare un radicale progresso, porterà con sé gli stessi problemi che accompagnano la psicoterapia nella vita reale. Di fatto coloro che cercano la psicoterapia online, lo fanno probabilmente per ragione che li tengono lontani dal cercare servizi nel mondo reale. Per molta gente queste ragioni includono i costi, ma pure l'imbarazzo sociale nel cercare aiuto per i loro problemi ed il timore di una designazione a livello sociale. L'e-mail è più facile da usare per taluni perché non c'è interazione sociale diretta con altri, e quindi non c'è nessun giudizio percepito nel comportamento o nei sentimenti di qualcuno. Le reminiscenze e le storie più dolorose e faticose possono essere scritte e spiegate più chiaramente e con minore confusione che non parlando. Analogamente persone che scrivono bene possono non sentirsi a proprio agio nel condividere i loro pensieri o sentimenti più profondi attraverso l'audio e il video *online*.

Taluni pazienti possono infatti avvertire una invisibile barriera sociale o l'imbarazzo di parlare a uno sconosciuto circa i propri problemi. Conclude Grohol che è probabile pertanto che tale modalità non sarà ampiamente usata, perfino quando disponibile nel mondo online poiché porta con sé questo genere di limiti ulteriori di tipo sociale e interpersonale per il paziente.

Grohol cita fra l'altro una sua esperienza, testando un programma che consentiva di comunicare sia via audio sia tramite una finestra chat, ove era emerso che il più delle volte, la gente decideva di non utilizzare la funzione audio e quando lo faceva ne emergeva una comunicazione più povera che non quella scritta. Il testo sembra costituire un potente medium di per sé stesso e la gente sembra preferire il testo all'audio per conversazioni più "reali". Questo potere del testo e la sua preferenza sull'audio online viene spesso trascurata o non osservata.

Un altro punto importante è che il tipo di persone che preferisce la terapia online probabilmente differisce per fattori significativi



dalle persone che cercano la terapia nel mondo reale. Occorrono ricerche in questa area per determinare cosa siano questi fattori e che impatto hanno sui servizi offerti online. Aspetti importanti in terapia sono pure l'attenzione reciproca e la partecipazione. Taluni, a cominciare da Freud, hanno sottolineato la necessità di una *partecipazione* del terapeuta, di un suo interessamento e intento terapeutico verso il paziente. Deve stargli a cuore la salute del paziente, dal momento che egli non è solamente un osservatore o un ricercatore; è un medico e un terapeuta, uno che cura la malattia e la sofferenza, ha lo scopo di aiutare il paziente a guarire ed è disponibile in questo senso a dedicare anni di lavoro al benessere del paziente. Ciascuno di noi ha esperienza delle infinite strade per cui tali elementi possono esprimersi, come pure del fatto, per converso, che la presenza "fisica" non è garanzia della possibilità di esprimerli.

Questo vale anche per quel concetto di *umanità* su cui insiste per esempio Fenichel (1941), e che lo porta a sottolineare nell'atmosfera analitica il fattore più importante per persuadere il paziente ad accettare di sperimentare qualcosa che in precedenza aveva rifiutato. Essa appare un qualcosa di molto più legato alla realtà soggettiva dei partecipanti che non al mezzo con cui si trovano a comunicare. Non si sottolineerà mai abbastanza che la Rete è una possibilità di incontro fra terapeuti e pazienti che sentono i suoi strumenti comunicativi come adeguati per le loro effettive necessità, e li utilizzano per esprimere ciò che sono.

E quando Friedman fa osservare che l'interessamento dell'analista per la potenzialità del paziente ne stimola la maturazione e lo sviluppo, e sottolinea il concetto di *speranza*, ci viene in mente quanto "disincarnata" sia a volte questa potenzialità, che talora prescinde persino da una altra persona, per legarsi a eventi totalmente mentali quali la identificazione con un personaggio di un libro, o perfino una idea o una fede religiosa.

Sia i fattori di rilievo in terapia, che Freud negli *Studi sulla Isteria*⁴² aveva annoverato "l'interesse che si dimostra, la comprensione che si fa intuire, la speranza di guarigione che si dà", sia quella speranza che, sottolinea Friedman, non è solo la speranza di essere alleviato nella sofferenza, ma anche di poter riprendere la crescita, realizzare le proprie opportunità e possibilità, sono elementi che appaiono legati ad una "atmosfera terapeutica" più dipendente dalle persone che dal mezzo che usano.



Nella annotazione di Greenson: “Sostanzialmente, in ogni caso, resto il portatore di comprensione e di prese di coscienza trasmesse in un’atmosfera di serietà, di sincerità, di partecipazione e di riserbo”,⁴³ nella necessità di manifestare compassione e interesse, lasciandosi coinvolgere, ma con la capacità di distaccarsi, alla fine ciò che appare determinante sono le caratteristiche del terapeuta e del suo modo di fare terapia. Saranno questi aspetti a fargli percepire come possibili o meno l’uso della rete come strumento per comunicarsi. Se affrontiamo la questione del possibile contributo di un setting in Rete a queste componenti dell’alleanza terapeutica, ancora una volta quindi emerge la impossibile di esprimere un giudizio netto, che prescinda dalle singole situazioni.

È stato sottolineato come⁴⁴ lo psicoanalista differisce da tutti gli altri medici per il fatto di non avere alcun contatto fisico con il paziente, il che contrasta con l’estrema intimità sul piano verbale. Di fatto esistono setting terapeutici ove paziente e terapeuta sono presenti di persona, in cui queste componenti non sono valorizzate e l’intervento viene mantenuto su un piano di stretto tecnicismo. All’inverso ciascuno di noi ha sperimentato contatti epistolari che contribuiscono a creare un clima estremamente vivo e umano. Questa possibilità sta diventando in rete un fenomeno poi particolarmente interessante: si pensi ai rapporti affettivi che nascono nelle *mailing list* o nelle *chat*. Si pensi alla capacità di un poeta di comunicare tutto sé stesso, attraverso la comunicazione scritta. Senza contare che per taluni la sicurezza e la fiducia devono prescindere dalla effettiva presenza fisica, sentita come angosciata.

Più complessa è la valutazione del ruolo di una presenza anche fisica dei due partecipanti nella costruzione di una tale fiducia e nel modo in cui la assenza di una specifica realtà incarnata può essere vissuta in Rete. È innegabile che costituisce qualcosa che ha certo risonanza diversa a seconda dei pazienti, anche se la conoscenza condivisa e lo sfondo che lega i nostri vissuti in genere indica come la consuetudine rassicurante del nostro vivere fa riferimento a entità incarnate. Esse ci danno una illusione di stabilità, di identità. È qualcosa che fa riferimento al mondo quotidiano così come crediamo che sia. Poco importa che questo sia illusorio e che in fondo questo mondo “reale” è tale solo stando al suo interno (come nei sogni peraltro) e, appena lo possiamo osservare anche se per un solo istante “dall’esterno”, non è meno virtuale di tanti altri mondi



possibili. In fondo è tutta la problematica di Phillip K. Dick⁴⁵ e delle situazioni che ricrea nei suoi racconti, così terribilmente simili al nostro mondo usuale, in cui minimi elementi creano tuttavia fratture perturbanti, angosciosi presentimenti che mettono in dubbio ogni stabile certezza del lettore. Peraltro quella che per alcuni si può trasformare in una angosciosa violazione delle modalità usuali dell'essere, per altri, specie per coloro che vivono la presenza e la vicinanza fisica come angoscia, si trasforma in una condizione pienamente rassicurante. Quello che per taluni può rappresentare un limite, per altri può costituire una condizione di base per un avvicinarsi all'altro e alla terapia.

Tutti questi aspetti sono ancora più problematici se affrontiamo un altro punto essenziale, la cui conciliabilità con una psicoterapia "disincarnata" appare a prima vista molto difficile: *la empatia*.

La empatia

Approfondita da Husserl come elemento fondante della alterità, con la scoperta del "mio io che è là"⁴⁶ la empatia fu particolarmente approfondita dalla Max Scheler e Edith Stein⁴⁷. Il riferimento a essa è centrale nel pensiero psichiatrico di derivazione fenomenologica (si pensi a Jaspers e a Minkowski), ma ha un suo ruolo anche in approcci psicopatologici e psicoterapici di altra origine. In maniera del tutto analoga al mio incontrare me stesso nel mio sguardo sul mondo, e diventare così contemporaneamente soggetto e oggetto per la mia coscienza, scopro le tante possibilità del mio io che sono rappresentate dagli altri. Questa comunanza, che fa sì che una serie di vissuti siano comuni a tutti gli esseri umani, rende possibile appunto la empatia. Si tratta di un concetto che ha avuto notevole fortuna nell'ambito della psicopatologia, anche se con molte variazioni (e travisamenti) rispetto alla formulazione originaria.

Molto spesso, specie nel pensiero psicoanalitico (Greenson, Kohut), ma non solo (Minkowsky), è diventato "immedesimazione" nell'altro. Kohut,⁴⁸ che ribadisce continuamente la empatia come strumento essenziale per il terapeuta, come prima di lui Rogers, ne sottolinea anche "impatto emotivo intenso" e il legame con il concetto di "accettazione e comprensione".

Quasi un movimento dunque che da me va verso l'altra persona e che finisce quindi per essere ampiamente inquinato dalle mie componenti emotive. Taluni hanno sottolineato invece il movimento inverso,



quello che dall'altro avviene verso di me e con il quale "risuono" di fatto alle vibrazioni del suo essere.

Già Freud⁴⁹ segnalava: che "Naturalmente ci si può giocare questo primo successo [legare il paziente alla cura e alla persona del medico – NdA] se dall'inizio si adotta un punto di vista che non sia quello dell'immedesimazione...", e ancora in *Studi sull'Isteria*⁵⁰ parlava della necessità per il terapeuta di provare "simpatia umana", e di procedere con una "partecipazione affettiva", trovando in questi elementi l'interesse che lo rende capace di penetrare più a fondo nella vita psichica del malato.⁵¹

In ambito analitico, Greenson e Kohut hanno sottolineato il ruolo essenziale della empatia, al punto di farne un requisito del terapeuta, che senza di essa non può arrivare a scoperte significative. Secondo Greenson:⁵² "Empatia significa condividere, provare gli stessi vissuti di un altro essere umano. Si partecipa alla qualità e non all'intensità dei sentimenti. In psicoanalisi l'empatia mira a ottenere comprensione, ma non deve essere usata come piacere sostitutivo. In essenza si tratta di un fenomeno preconcio, che può essere provocato o arrestato consciamente e che può svolgersi silenziosamente ed automaticamente, alternandosi con altre modalità di rapporto con le persone."

Il meccanismo di questo modo di comprendere un altro essere umano avviene attraverso una temporanea e parziale identificazione con il paziente sulla scorta del modello operativo che l'analista se ne è costruito in base alla somma delle sue esperienze col paziente stesso.

Quanto alla sua origine, è una vicinanza emotiva di tipo preverbale,⁵³ un fenomeno di tipo regressivo, che rimanda secondo Greenson e Kohut a esperienze del bambino nei primi mesi di vita, mobilitata dalle manifestazioni non verbali, come l'intonazione della voce, il contatto epidermico, l'amore e le cure da parte della madre.

Il prezzo per il terapeuta di questa operazione è la rinuncia temporanea a una parte della propria identità, in una maniera in certo grado inconscia, e pertanto diversa dalla pura assunzione di un ruolo; una disponibilità a svuotarsi per accogliere nella propria gamma l'esperienza dell'altro. L'empatia impone un dispendio emotivo da parte dell'analista, nonché la necessità di una continua autoindagine. Per entrare in empatia bisogna saper regredire, ma per esaminare i dati così ottenuti e saggiarne la validità bisogna saper riemergere



prontamente dalla regressione. L'alternanza tra l'estrema vicinanza empatica e la distanza della verifica caratterizza la maggior parte del lavoro psicoterapeutico. L'abilità del terapeuta – nota Greenson – “si basa anche sull'intuizione che però, senza l'empatia, può risultare fuorviante e poco attendibile”.

Empatia e intuizione sono due processi strettamente simili, ma non identici. Entrambi sono mezzi per ottenere una comprensione immediata e profonda, ma mentre l'empatia consente di stabilire uno stretto contatto per quanto riguarda impulsi ed emozioni, l'intuizione si rapporta alle idee con un rapporto cognitivo, anche se comporta un certo grado di regressione. L'empatia porta a vissuti e ad immagini, l'intuizione porta alla sensazione di avere colto nel segno o di averlo mancato. Così, nota Greenson: “L'empatia è una funzione dell'Io sperimentante, mentre l'intuizione sembra piuttosto una funzione dell'Io osservante. Questi due fenomeni possono confluire e fondersi in molti modi diversi. Ma l'empatia impegna molto maggiormente sul piano emotivo, in quanto consiste in un coinvolgimento emotivo che esige la capacità di regressioni controllate e reversibili, nel senso non solo delle funzioni dell'Io ma anche dei rapporti oggettuali”. Queste distinzioni sono importanti, specie se filtrate da Husserl, per individuare ad esempio che Friedman, quando parla della empatia, in realtà sta parlando di intuizione.

Inutile dire che la empatia è fortemente condizionata, ma non si identifica, da quelle che la psicoanalisi chiama le reazioni transferali o da controtransfert. Naturalmente, senza la conoscenza intellettuale e un pensiero teorico di conoscenze di riferimento, empatia e intuizione rimangono prive di riferimento costruttivo. Il punto è che l'empatia richiede la esistenza dell'altro. L'altro che esiste in Rete è appropriato in questo senso?

In realtà ancora una volta il problema rimane come una possibilità aperta. L'empatia, notavano sia Husserl sia la Stein, passa attraverso il corpo ma solo per andare oltre.⁵⁴ E questo svincolarsi dal corpo appare ancora più evidente quando gli autori affrontano la realtà di situazioni empatiche verso qualcosa di “disincarnato”. Si imbattono cioè nel fenomeno, esperienza di ognuno, per cui si può avere empatia per il personaggio di un libro o, ancor più disincarnato, per qualcosa di *spirituale*. Non a caso nella fenomenologia l'empatia appare legata al problematico mondo delle “essenze”, elementi fenomenici svincolati dall'esperienza esemplare dell'evento singolo e che rimandano



invece a aspetti comuni agli esseri viventi. Un concetto che anche Greenson in qualche maniera riprende.

Se posso sentirmi legato empaticamente a un poeta o ad uno scrittore che non ho mai conosciuto di persona, ma solo attraverso i suoi scritti, perché qualcosa di simile non può avvenire in Rete? In realtà, ancora una volta lo strumento è solamente una parte del tutto: la presenza fisica non mi garantisce la empatia, così come la “lontananza” non è un ostacolo in via di principio. Né più e non meno della voce e degli aspetti non verbali, gli strumenti mediatici offrono qualcosa che solo la pienezza del singolo sa di fatto riempire.

Il “rapporto reale”

Vi è un ulteriore aspetto relazionale che occorre esaminare, poiché potrebbe apparire suscettibile di critiche in un approccio alla terapia in Rete.

Nel corso della terapia si stabilisce di fatto anche un “rapporto reale” fra paziente e terapeuta, ove reale significa realistico, non deformato. Tali distinzioni, che appaiono abbastanza nette nella concezione analitica classica, in contrapposizione al termine psicoanalitico “transfert” che indica un rapporto irreali, deformato e inappropriato, devono essere rivisitate da una scienza dei vissuti. In questa la distinzione fra gerarchie di realtà, ove oggettivo si contrappone a soggettivo, perde gran parte del proprio valore. L’unica distinzione possibile non è fra realtà e aspetti soggettivi, eventualmente “inadeguati”, ma fra la possibilità di essere soggetto in forma solipsistica o di essere soggetto fra gli altri soggetti, a costruire quel mondo in qualche maniera condiviso che chiamiamo “realtà”.

Nota Greenson: “Sia per il paziente che per l’analista le reazioni di transfert sono irreali e inappropriate, ma sono anche vissute come genuine e sincere. Per entrambi l’alleanza di lavoro è realistica e adeguata ma è un artificio della situazione terapeutica. Per entrambi infine il rapporto reale è genuino e reale. Il paziente fa uso dell’alleanza di lavoro al fine di comprendere il punto di vista dell’analista ma, quando insorgono le risposte transferali, queste prendono il sopravvento”.

Di fatto il rapporto terapeutico, come qualunque rapporto fra adulti, mescola aspetti “strettamente soggettivi” e aspetti condivisi (reali) creando spesso elementi con tracce di entrambi, al punto da fare sostenere che “Non ci sono reazioni di transfert, per quanto



assurde, che non abbiano anche un nucleo realistico, come non esistono rapporti realistici senza qualche traccia di fantasia transferale”.

In una terapia emergono pertanto tre componenti, strettamente intrecciate, ma tutte essenziali per la terapia: il piano inadeguato, il piano della alleanza terapeutica ed il piano realistico. La “realtà” del terapeuta è importante anche per confrontarsi con la fantasia dei pazienti che cercano di isolare il terapeuta dalla vita reale, immaginando da una parte la sua perfezione, dall'altra che esista soltanto nel suo studio. Qualcosa di irrealistico appunto, che va riportato nel mondo anche con la dimostrazione tangibile che il terapeuta è un essere umano, toccato dagli eventi esterni, con le sue emozioni, con le sue debolezze. Elementi questi che transitano attraverso la Rete, come in qualunque altro medium. Basti pensare a quante volte un personaggio letterario, che esiste quindi non solo attraverso lo scritto, ma perfino solamente in esso, ci si rivela in tutta la sua piena condizione umana.

La questione dei meccanismi terapeutici

Parlare della psicoterapia in Rete equivale a parlare dei fattori terapeutici e di come possono essere utilizzati dagli strumenti che la Rete offre.

Non è questa la sede per affrontare la questione di cosa effettivamente curi nelle modalità psicoterapiche con cui, insieme al paziente, affrontiamo i suoi problemi. L'argomento è fin troppo vasto e, per tanti versi, ancora incerto. Di certo vi è solo il fatto che vi sono innumerevoli modalità psicoterapiche, ciascuna ispirata a modelli teorici diversi, che ritengono di individuare meccanismi diversi e in cui l'agire del terapeuta è effettivamente diverso.

I tempi in cui si riteneva che la interpretazione del transfert fosse il motore di tutto, sono stati superati, sotto la spinta di modelli (si pensi a quello sistemico, alle terapie strategiche, ai modelli cognitivisti, alle terapie gestaltiche e così via) che la riconducono a una delle tante strategie con cui può essere affrontato il cambiamento.

Così, se gli aspetti della relazione terapeutica sono in fondo simili, diversi sono i fattori per i quali la relazione dovrebbe essere premessa e veicolo. Peraltro proprio la relazione terapeutica, appunto per questo suo carattere ubiquitario, pone la sua candidatura a rivestire un ruolo di rilievo fra i meccanismi del cambiamento. È naturale a questo punto domandarsi quale ambiente la Rete possa



creare per tale meccanismo e se possa di fatto costituire un terreno adeguato. Tuttavia proprio il mezzo a disposizione, in fondo ci dice quale sia il messaggio che in esso può transitare, e su questa base possiamo delineare quali meccanismi terapeutici la Rete può prospettare. Anche da questo punto di vista il tema della psicoterapia in Rete è estremamente interessante, costringendo a riflettere, qualora abbia comunque una qualche efficacia, sulla questione dei meccanismi terapeutici.

Ancora una volta il mezzo appare in secondo piano rispetto a chi lo usa e a come lo si vive. Se per taluni la Rete appare neutrale, un po' frustrante e sostanzialmente anonima, altri vi trovano la piena espressione di un coinvolgimento emotivo. Poesie, affetti, insulti, possono transitare attraverso il computer. Queste possibili polarità tracciano la trama in cui possono svilupparsi elementi sia della alleanza terapeutica, che della nevrosi di transfert, in un gioco fra realtà soggettive condivise e vissuti solipsistici ove si esprimono le modalità ripetitive ed inadeguate proprie del paziente.

Ora, uno degli aspetti propri della Rete è il gioco evanescente delle identità. Essa infatti sembra violare tutto ciò che noi riteniamo proprio della identificazione di una persona, in particolare il corpo e gli elementi a esso connessi. Dell'altro non sappiamo nulla se non quello che ci dice, senza poter contare cioè su quei sottili indizi che l'incontro di "persona" consente.

Nota Yvette Colón che, per esempio nelle mailing list di terapia di gruppo, si da per scontato che la persona con cui si comunica sia un bianco, a meno che non venga annunciato diversamente (Asiatici e Spagnoli sono una interessante eccezione, a questa regola, dal momento che sono indicati nella loro origine etnica dal loro nome, Sarebbe difficile leggere la razza dallo stile di scrittura in un gruppo online basato sulle parole.

Questo può diventare uno dei motori per una positiva destrutturazione della coscienza e delle conoscenze del soggetto, così come in fondo cerca di fare la seduta analitica con la posizione rilassata, il silenzio e l'analista non visto.

Quanto alla questione della "asimmetria" della situazione analitica per un rapporto, quello della posta elettronica sembra potenzialmente più simmetrico: non vi è qualcuno sul lettino e qualcuno dietro il lettino, ma due persone di fronte a un PC. Ma è sufficiente per creare una simmetria o anche questo elemento è qualcosa stret-



tamente legato alla condizione soggettiva dei protagonisti e alla maniera in cui gestiscono la relazione?

Sono diversi tuttavia gli autori che hanno sottolineato come una corretta psicoterapia possa nascere solo da un equilibrio fra neutralità e partecipazione, fra elementi fantastici e reale interesse. In questo senso anche l'interpretazione non è un puro gioco cognitivo, affidato a una trasmissione di contenuti che operano un mutamento astratto di significati, ma qualcosa che fa i conti con l'effettiva presenza dell'analista e che trova nella "atmosfera analitica", nel tono di voce, nella partecipazione vissuta del terapeuta un adeguato completamento. La forza e l'intonazione usate sono spesso più importanti della scelta delle parole. L'intonazione trasmette vissuti preverbal e non verbali, e spesso anche l'atteggiamento inconscio dell'analista. "La frustrazione e l'incognito" nota Greenson "sono necessari ma non sufficienti".⁵⁵ Questi aspetti chiedono il confronto con la situazione di psicoterapia in Rete, in particolare con quella che può avvenire via mail. Ora, sono numerosi gli elementi nella nostra esistenza che ci hanno indicato come non sono solo questi elementi "fisici" a trasmettere gli aspetti emotivi. Chiunque sia rimasto turbato dalla lettura di una poesia o di un romanzo ben scritto sa come le vie della emozione siano ampie.

E questa osservazione risponde al problema che si potrebbe sollevare se effettivamente noi "siamo" i nostri pensieri? E se una comunicazione di pensieri è identificabile con una comunicazione fra esseri umani? Ora, la impressione è che una comunicazione disincarnata sia differente a seconda del mezzo che usa: e mentre un sistema audio o video, di fatto non dovrebbe presentare particolari differenze rispetto alla situazione ordinaria, un sistema epistolare richiede comunque una capacità di esprimersi in parole, non sempre facile.

Un altro punto che merita interesse è la questione del "silenzio". Nota Yvette Colón: "In assenza di indizi visivi, come ho da interpretare il silenzio quanto *tutto* è silenzio? Nella terapia di gruppo, quando i pazienti stanno lavorando bene, gli interventi del leader del gruppo non sono necessari, ma in un gruppo *online*, sono percepito come assente, a meno che non mando delle mail. Devo talvolta interrompere lo scorrere di una conversazione spedendo una risposta, comunque superflua, per fare sapere la mia presenza".⁵⁶ Esso ha un duplice versante, quello del paziente, legato a aspetti emotivi o transferali non traducibili in parole o che a esse si oppo-



gono, e quello del terapeuta, ove può assumere infinite valenze. Certo, vi è il ruolo frustrante, di “stress”, ma soprattutto vi è lo spazio (e il tempo) dato al paziente perché emergano i suoi pensieri, la spinta a comunicare e affrontare i propri vissuti e le proprie emozioni. Può essere vissuto come sostegno, come critica, come freddezza. Cosa è il silenzio in Rete? È equiparabile al non scrivere? È la stessa cosa di un silenzio all’altro capo di un Internet-phone? L’assenza di segnale ha lo stesso significato, lo stesso mondo di presentimenti, che è proprio di certi silenzi? E in ogni caso, come mi è stato giustamente fatto osservare: il silenzio di un paziente ha lo stesso significato per un altro paziente, entrambi non in rete – o se è per questo, entrambi in rete?

Altro elemento che si può sollevare e che sembrerebbe sacrificato alla Rete almeno per quanto riguarda la dimensione scritta è la spontaneità. Non più il rapporto immediato e diretto con il terapeuta, ove il rituale consente di accedere alla spontaneità di quello che sé; viene sostituito da qualcosa di mediato non solo nello strumento di comunicazione, ma anche in ciò che vi transita. Con le sue cancellazioni e rilettura, la mail può ingenerare la convinzione che forse anche i rapporti interpersonali possono giocare con la freccia del tempo. Ma ancora una volta una riflessione ci dice quante modalità diverse hanno le persone nel rapportarsi allo scrivere e con che facilità quello che per uno diventa un costante rivedere e limare quanto espresso, per un altro diventa una occasione per esprimersi di getto.

Da molto tempo molti autori hanno poi mostrato il ruolo comunicativo di aspetti corporei.⁵⁷ Tale comunicazione, in genere inconsapevole, appare a volte sintonica al contenuto verbale, a volte in completo contrasto. Altre volte ancora, emergono aspetti conflittuali all’interno delle stesse comunicazioni che il corpo offre. Questo elemento è stato colto in entrambi i versanti coinvolti. Non solo dunque come preziosa fonte di materiale da parte del paziente, ma come veicolo di comunicazione da parte del terapeuta. Queste in genere avvengono in forma inconsapevole, talvolta, come sottolineato in taluni approcci terapeutici (come quello di Erickson⁵⁸) come strumento per comunicare con il paziente saltando i suoi aspetti coscienti e accedendo così a forme più dirette e incisive. È probabile poi, come nota Greenson⁵⁹ che certi pazienti riescano a cogliere gli atteggiamenti del terapeuta in modo intuitivo, attraverso minimi cambiamenti nel ritmo e nell’intensità del nostro respiro o mo-



vimenti impercettibili. E d'altra parte: questo livello è conservabile in una comunicazione per esempio audio/video?

C'è tuttavia un aspetto, sottolineato da taluni approcci terapeutici che invece in Rete viene portato all'estremo, ed è la sua potenzialità "destrutturante". La condizione di Rete proprio attraverso lo svincolarsi dal corpo fisico, svincola la persona da uno degli elementi che maggiormente costituisce la trama della propria identità. Tutto ciò che uno è, viene per così dire rarefatto, trasformato in pensieri. Come in poche altre situazioni, finiamo per identificarci con i pensieri della mente. Una identificazione che però dura solo il tempo di formularli, perché, non appena prendono forma, li portiamo all'esterno, li scriviamo, li leggiamo, diventiamo altro da loro. In maniera ancora più netta e drammatica della situazione terapeutica ordinaria, si accentua il divario fra l'Io che sperimenta e un Io osservatore, ipertrofizzato a più livelli. Una dissociazione questa in cui numerose scuole psicoterapiche hanno posto il centro dei propri meccanismi terapeutici. Non solo, ma proprio la "lontananza" del terapeuta ci consegna la possibilità di appropriarci completamente di questa parte osservatrice.

Questo svincolarsi dal corpo fisico porta un altro aspetto destrutturante. Di fatto uno degli elementi comuni delle varie terapie è proprio un mutamento nella immagine del mondo e di sé stesso. Nietzsche ci ricorda che una sofferenza senza senso è ben più difficile da portare da una sofferenza cui si sia dato un senso. Che questo sia costruzione o ricostruzione, in fondo, dal punto di vista terapeutico ha ben poca importanza. Jaspers⁶⁰ notava come esistano due modi di fare terapia: quello dove si dona un senso alla malattia e ai suoi sintomi o si sostituisce un senso con un altro, e quello dove il paziente viene aiutato a disidentificarsi oltre che dai sintomi, anche dalla questione del senso.

Qualunque mutamento comporta una qualche messa in crisi di ciò che crediamo di sapere circa noi stessi ed il mondo, e la sua sostituzione con altre conoscenze o con la conoscenza della necessità di una continua ricerca. La Rete ha una grande potenzialità in questo processo di destrutturazione. Proprio le questioni circa la identità e la virtualità sono problematizzate e sottolineate in questo surreale mondo delle identità virtuali, ove non si sa mai in fondo veramente "che cosa" o "chi" sta comunicando con noi e in maniera contagiosa insinua il dubbio anche circa il nostro specifico "io".



Rimane tuttavia condizionata al modo in cui viene vissuta questa modalità relazionale specifica dal paziente. E non solo: un ruolo significativo ha anche il modo in cui il terapeuta può di fatto rapportarsi a questo strumento e riesce ad utilizzare adeguatamente le possibilità comunicative che offre. Solo tale uso compiuto può offrire una garanzia che questa destrutturazione della realtà condivisa mantenga potenzialità terapeutiche e non approdi invece a mondi solipsistici.

Bibliografia

- Colón Y., *Chatter(Er)Ing Through The Fingertips: Doing Group Therapy Online*. <http://www.echonyc.com/~women/Issue17/public-colon.html> [20 febbraio 1999]
- Cutter F. (1996). "Self-Help Software On The Web", *Psychnews International*, 1(4) July 1996. <http://www.cmhc.com/pni/archives.htm> [20 febbraio 1999]
- Cutter F. (1996). "Virtual Psychotherapy", *PsychNews International*, 1(3), July, 1996. <http://www.cmhc.com/pni/pni13b.htm> [20 febbraio 1999]
- Freud S. (1910). *Psicoanalisi Selvaggia* in Opere, Vol. VI, Boringhieri, Torino, 1974.
- Freud S. (1912). *Dinamica della traslazione* in Opere, Vol. VI, op. cit.
- Freud S. (1904). *Il metodo psicoanalitico freudiano*, in Opere, Vol. IV, Boringhieri, Torino, 1970, p. 419.
- Freud S. (1913-14). *Nuovi Consigli sulla Tecnica della Psicoanalisi*, in Opere, Vol. VII, Boringhieri, Torino, 1975, pp. 348 segg.
- Freud S. (1891). *Ipnosi*, in Opere, Vol. I.; Boringhieri, Torino, 1967, p. 113.
- Freud S. (1892-95). *Studi sull'Isteria*, in Opere, Vol. I, op. cit., p. 403.
- Freud S. (1937). *Analisi Terminabile e Interminabile* in Opere, Vol. XI.; Boringhieri, Torino, 1979, p. 522.
- Friedman L., *Anatomia della psicoterapia.*: Bollati Boringhieri, Torino, 1993.
- Gill M.M. (1984). "Psychoanalysis and psychotherapy: a revision", *Int. Rev. Psycho-Anal.*, 11: 161-179 (tr. it.: "Psicoanalisi e psicoterapia: una revisione". In: Del Corno F. & Lang M., a cura di, *Psicologia Clinica*. Vol. 4: *Trattamenti in setting individuale*. Franco Angeli, Milano, 1989, Vol. 4, pp. 128-157). Lo si può trovare in Rete nella Sezione di Psicoterapia di POL.it curata da Paolo Migone <http://www.publinet.it/pol/ital/10a-Gill.htm> [20 febbraio 1999].



- Greenson R., *Tecnica e pratica psicoanalitica*, Feltrinelli, Milano, 1974.
- Grohol J.M. (1997). "Psychotherapy online", *Mental Health Net*, <http://www.cmhc.com/archives/editor18.htm> [20 febbraio 1999].
- Husserl E., *La crisi delle scienze europee e la fenomenologia trascendentale*. Il Saggiatore, Torino, 1987.
- Husserl E., *Idee per una fenomenologia pura e per una filosofia fenomenologica, Vol. II*, Einaudi, Torino, 1982, p. 736.
- Jaspers K., *Psicopatologia Generale*. Il Pensiero Scientifico Ed., Roma, 1964.
- King S. & Moreggi D., "Internet therapy and self help groups – the pros and cons", <http://www.concentric.net/~Astorm/Chapter5/index.html> [20 febbraio 1999].
- Kohut E., *Narcisismo e Analisi del Sé*. Boringhieri, Torino, 1976, p.149 e pag. 225.
- Sleek S. (1995). "Online therapy services raise ethical questions. The Internet offers psychology new opportunities and new responsibilities". <http://www.cmhc.com/articles/apa1.htm> [20 febbraio 1999]
- Stein D.J. (1977). "Psychiatry on the Internet: survey of an OCD mailing list". <http://www.ex.ac.uk/cimh/stein.htm>. Ristampato con il permesso dallo *Psychiatric Bulletin* (1997), 21. 95-98 [20 febbraio 1999].
- Stein E., *L'empatia*. Franco Angeli, Milano, 1992.
- Sunkyo Kwon, (1977). "Internetworking Potentials – Tool And People Approaches". *PsychNews International*, 2 (2) Feb-Mar 1997. <http://www.cmhc.com/pni/archives.htm> [20 febbraio 1999]
- Tart C., *Stati di coscienza*. Astrolabio, Roma, 1977.

Un ringraziamento a Paolo Migone per le costruttive critiche e i preziosi suggerimenti.

Note

- 1 Ai problemi etici è dedicata una parte dell'articolo di King S. & Moreggi D., "Internet therapy and self help groups – the pros and cons" reperibile all'indirizzo <http://www.concentric.net/~Astorm/Chapter5/index.html> [20 febbraio 1999].
- 2 Cutter F. (1996). "Virtual Psychotherapy". *PsychNews International*, 1(3), July, 96. <http://www.cmhc.com/pni/pni13b.htm> [20 febbraio 1999].



- 3 Sunkyo Kwon, (1997). "Internetworking Potentials – Tool And People Approaches", *Psychnews International*, 2 (2) Feb-Mar 1997. <http://www.cmhc.com/pni/archives.htm> [20 febbraio 1999].
- 4 Vedi il capitolo "La ricerca in campo informatico e la nuova scienza della mente" a cura di Anna Grazia in questo stesso libro.
- 5 Per chi volesse provarlo, lo trova a all'indirizzo <http://www-ai.ijs.si/eliza/eliza.html>.
- 6 Vedi il capitolo "La Psichiatria e la Rete" curato da Angelozzi e Favaretto in questo stesso libro.
- 7 Cutter F. (1996). *Virtual Psychotherapy*. Op. cit.
- 8 Cutter F. (1996). "Self-Help Software On The Web". *Psychnews International*, 1 (4) July 1996
URL: <http://www.cmhc.com/pni/archives.htm> [20 febbraio 1999].
- 9 Cutter F. (1996) *Virtual Psychotherapy*. Op. cit.
- 10 Un elenco è reperibile presso <http://www.cmhc.com/>, <http://www.compulink.co.uk/~net-services/care/> [20 febbraio 1999].
Il file può essere scaricato da <ftp://rtfm.mit.edu/pub/usenet/news.answers/support/emotional/resources-list>
- 11 È una interessante riflessione critica sull'argomento, basata su una mailing list per pazienti affetti da DOC e loro familiari: Stein D.J. (1977). "Psychiatry on the Internet: survey of an OCD mailing list" <http://www.ex.ac.uk/cimh/stein.htm> Ristampato con il permesso dal *Psychiatric Bulletin* (1997), 21. 95-98 [20 febbraio 1999].
- 12 Sono le Frequently Asked Questions: una raccolta dei quesiti che più frequentemente vengono posti, con le relative risposte.
- 13 Colón Y., *Chatter(Er)Ing Through The Fingertips: Doing Group Therapy Online*. <http://www.echonyc.com/~women/Issue17/public-colon.html> [20 febbraio 1999].
- 14 ibidem. La traduzione è mia.
- 15 citato in Cutter F. (1996). *Virtual Psychotherapy*. Op. cit.
- 16 citato in Cutter F. (1996). *Virtual Psychotherapy*. Op. cit.
- 17 Cutter F. *Virtual Psychotherapy*. Op. cit.
- 18 <http://www.vuw.ac.nz/who/jamie.norrish/>
- 19 Grohol J.M. (1997). "Psychotherapy online". *Mental Health Net*. <http://www.cmhc.com/archives/editor18.htm> [20 febbraio 1999].
- 20 <http://nicom.com/~davids/pageone.htm> Da notare che il sito, pur presente non è operante, in attesa di risolvere una serie di questioni etiche e legali [26 febbraio 1999].
- 21 Sleek S. (1995). "Online therapy services raise ethical questions. The



- Internet offers psychology new opportunities and new responsibilities”.
URL: <http://www.cmhc.com/articles/apa1.htm> [20 febbraio 1999].
- 22 Grohol J. M. (1997). Psychotherapy online. Op. cit.
 - 23 Chi volesse visitare un sito funzionante che fornisce test, terapia online e terapeuti non online può andare a <http://www.namss.org.uk/counint.htm>. Un elenco abbastanza completo ed aggiornato delle risorse al riguardo lo si trova in Metanoia: <http://www.metanoia.org/imhs/> [20 febbraio 1999] dove si trova anche una guida completa alla psicoterapia online.
 - 24 Gill M. M. (1984b). “Psychoanalysis and psychotherapy: a revision”. *Int. Rev. Psycho-Anal.*, 11: 161-179 (tr. it.: “Psicoanalisi e psicoterapia: una revisione”. In: Del Corno F. & Lang M., a cura di, *Psicologia Clinica*. Vol. 4: *Trattamenti in setting individuale*. Franco Angeli, Milano, 1989, Vol. 4, pp. 128-157) Lo si può trovare in Rete nella Sezione di Psicoterapia di POL.it curata da Paolo Migone all’indirizzo <http://www.publinet.it/pol/ital/10a-Gill.htm>
 - 25 È una tematica affrontata da Husserl. Per esempio: Husserl E., *La crisi delle scienze europee e la fenomenologia trascendentale*. Il Saggiatore, Torino, 1987.
 - 26 Freud S. (1910). *Psicoanalisi Selvaggia*. In Opere, Vol. VI, Boringhieri, Torino, 1974.
 - 27 Freud S. (1912) *Dinamica della traslazione*. In Opere, Vol. VI, Op. cit.
 - 28 Friedman L., *Anatomia della psicoterapia*. Bollati Boringhieri, Torino, 1993.
 - 29 Freud S. (1904). *Il metodo psicoanalitico freudiano* In Opere, Vol. IV, Boringhieri, Torino, 1970, p. 419.
 - 30 Freud S. (1913-14). *Nuovi Consigli sulla Tecnica della Psicoanalisi*. In Opere, Vol. VII, Boringhieri, Torino, 1975, pp. 348 segg.
 - 31 Freud S. (1891). *Ipnosi*. In Opere, Vol. I, Boringhieri, Torino, 1967, p. 113.
 - 32 Freud S. (1892-95). *Studi sull’Isteria*. In Opere, Vol. I, Op. cit, p. 403.
 - 33 Freud S. (1937). *Analisi Terminabile e Interminabile*. In Opere, Vol. XI, Boringhieri, Torino, 1979, p. 522.
 - 34 Friedman L., *Anatomia della psicoterapia*, Op. cit. p. 38.
 - 35 Greenson R., *Tecnica e pratica psicoanalitica*. Feltrinelli, Milano, 1974.
 - 36 Per esempio: Bandler R. & Grinder J., *La struttura della magia*. Astrolabio, Roma, 1981.
 - 37 Tart C., *Stati di coscienza*. Astrolabio, Roma, 1977.



- 38 In Cutter F. (1996). Virtual Psychotherapy. Op.cit.
- 39 In Cutter F. (1996). Virtual Psychotherapy. Op. cit.
- 40 Greenson R. Op.cit., p. 327.
- 41 Grohol J.M. (1997). Psychotherapy online. Op.cit.
- 42 Freud S. (1892-95). *Studi sull'Isteria*. Op. cit. È il caso di *Elisabeth von R.*
- 43 Greenson R. Op.cit.
- 44 Greenson R. Op.cit. p. 339.
- 45 Dick è uno scrittore di *science fiction* estremamente attento ai problemi relativi alla realtà e alla identità personale. Autore di *Blade Runner*, *Ubik*, *Un Oscuro Scrutare*, e innumerevoli altre opere che vale la pena leggere non solo per la loro qualità inventiva e letteraria, ma come riflessione su questi temi fondamentali.
- 46 Husserl E., *Idee per una fenomenologia pura e per una filosofia fenomenologica*, Vol. II, Einaudi, Torino, 1982, p. 736.
- 47 Stein E., *L'empatia*. Franco Angeli, Milano, 1992.
- 48 Kohut E., *Narcisismo e Analisi del Sé*, Boringhieri, Torino, 1976, p.149 e pag. 225.
- 49 Freud S. (1913-14). *Nuovi Consigli sulla Tecnica Psicoanalitica*. Op. cit., pp. 348 segg.
- 50 Freud S. (1892-95). *Studi sull'Isteria*. Op. cit. p. 403.
- 51 Freud S. (1904). *Il metodo psicoanalitico freudiano*. Op. cit., p. 411.
- 52 Greenson R., op. cit. p. 306.
- 53 Greenson R., op. cit. p 330.
- 54 Husserl E., *Le idee..* Op. cit.
- 55 Greenson R., op. cit. p. 325.
- 56 Si trova in Colon, Y., op. cit. La traduzione è mia.
- 57 Ci si sofferma anche Yvette Colón.
- 58 Ci riferiamo a Milton Erickson, geniale psicoterapeuta americano, la cui abilità a comunicare in maniera non verbale era leggendaria. Gran parte delle sue opere sono pubblicate presso la Astrolabio, Roma.
- 59 Greenson R., op.cit. p 322.
- 60 Jaspers K., *Psicopatologia Generale*. Il pensiero Scientifico Ed., Roma, 1964.