



Il corpo è necessario alla psicoterapia?

di Albertina Seta

Terapeuti online e tecnica classica

La diffusione di Internet sta interessando anche l'ambito della psicoterapia. La relativa facilità con cui oggi è possibile dotarsi di una mail box personale o di una home page, fanno sì che in rete si vada moltiplicando il numero di siti Web dedicati all'argomento. Questi – si contano già a migliaia – si limitano per lo più a fornire ragguagli su patologie e metodi di trattamento, o dati personali dei terapeuti: sembrano, insomma, rispondere a un intento pubblicitario più o meno evidente. Ma l'idea di poter condurre una vera e propria psicoterapia via Internet, sfruttando le possibilità già offerte dall'attuale sviluppo della tecnologia (posta elettronica, programmi audio e video), e ancor di più nella prospettiva di futuri affinamenti delle tecniche di simulazione proprie del computer, solletica molti e forse è già messa in pratica da qualcuno.¹

Se il fenomeno di una psicoterapia che esce da un ambito caratterizzato da una riservatezza addirittura sacralizzata e da un tipo di relazione strettamente personale, per *democratizzarsi* e aprirsi a un più ampio contatto con il pubblico indifferenziato della rete può suscitare curiosità e perfino favore, più difficile appare affrontare le questioni che si profilano all'orizzonte, come l'interrogativo se sia da considerare terapeutica una pratica regolare di scambio di comunicazioni in Internet tra un paziente e un terapeuta. Questo ci porta senz'altro fuori dall'ambito della notazione sociologica, e ci obbliga ad ampliare il nostro interesse per ciò che va accadendo in rete alla considerazione di aspetti che riguardano la psicoterapia nel suo insieme, i dibattiti sul suo stesso statuto scientifico, senza trascurare la spinosa



questione terminologica di cosa si intenda per psicoterapia;² aspetti questi, come tutti sanno, resi ancora più complessi dall'attuale proliferare di diversi orientamenti e contesti di discussione.

Non sarà dunque inutile specificare, con la consapevolezza che questa affermazione potrebbe non essere largamente condivisa,³ che con il termine psicoterapia ci si intende qui riferire a una prassi terapeutica rivolta alla modificazione, se non addirittura alla trasformazione, di situazioni inconsce patologiche, e che dunque non dovrebbero essere inclusi in tale dizione il semplice aiuto o la consulenza tendenti a fornire il semplice miglioramento delle condizioni di vita di qualcuno che genericamente *sta male* o vive un disagio psicologico.

Decidendo di adottare questa sommaria definizione, abbastanza ristretta, il punto di riferimento della nostra discussione sulla psicoterapia online diventa un ambito specifico nella galassia delle psicoterapie: quello delle pratiche terapeutiche comunemente indicate come *psicoterapie psicoanalitiche*⁴ o *ad orientamento psicoanalitico*, che appare soggetto a continui e tumultuosi cambiamenti nella sua geografia interna, ma più o meno fedelmente connesso, nel suo insieme, alla teoria freudiana, salvo alcune rare eccezioni.

Attualmente, in questo ambito – rappresentato in rete da terapeuti di differente formazione, che partecipano a liste di discussione tra colleghi – si registrano diverse posizioni riguardo alla possibilità di effettuare veri e propri trattamenti via Internet. Alcuni, per esempio, sostengono la possibilità di annoverare la comunicazione telematica tra le pratiche psicoterapeutiche a partire da un paradosso: la psicoterapia in rete altro non sarebbe se non la riproposizione, in chiave tecnologica, del concetto di “neutralità” e “astinenza dell'analista”. In altri termini, stare dietro lo schermo di un computer assicurerebbe, in modo inequivocabile e finalmente senza sforzo, l'impassibilità analitica, considerata condizione ottimale per lo svolgimento delle libere associazioni del paziente, ossia la piena osservanza della *regola fondamentale* della psicoanalisi.

Il paradosso, se pur scandaloso, è di un certo interesse: gli analisti più ortodossi, quelli che storcono il naso di fronte alla prospettiva di una psicoterapia online, giudicata in contrasto con i dettami della tecnica classica, dovrebbero in effetti sostenerla in quanto sostanzialmente conforme all'idea di un analista tanto impassibile e neutrale che al paziente debba risultare indifferente (o come inesi-



stente) la sua stessa realtà fisica. In effetti, quelle impostazioni che privilegiano l'importanza del *setting* – ovvero di quell'insieme di condizioni che fanno da cornice alla relazione (psico)terapeutica (orario delle sedute, luogo in cui le sedute si svolgono, accordi sulle vacanze, sull'onorario, ecc.) – come fattore terapeutico, rispetto alla identità-realtà del terapeuta stesso, potrebbero portare all'estrema conseguenza di ritenere adeguata, per lo svolgimento della terapia, una situazione in cui la presenza fisica dei due partner addirittura manca, ma sono scrupolosamente mantenute le condizioni di accordo secondo le quali ci si scrive, ci si *sente* o ci si *vede* in rete, usando gli appositi software, che consentono di simulare in tutto e per tutto la presenza di un partner umano sul nostro monitor.

Una versione più raffinata della tendenza che ritiene possibile effettuare trattamenti terapeutici in rete⁵ è quella secondo la quale la psicoterapia online potrebbe rappresentare una modificazione della tecnica classica al servizio della clinica, ossia un'infrazione delle regole resa necessaria per il trattamento di alcuni specifici tipi di patologia, e più o meno transitoria. I pazienti che sono portati a evitare il contatto diretto con gli altri, si dice, potrebbero essere incoraggiati dalla possibilità di instaurare relazioni a distanza a tentare un approccio terapeutico via Internet: perché non definire psicoterapia la relazione che verrebbe così a instaurarsi, qualora essa venisse tenuta rispettando alcune accortezze? Con ciò, come viene suggerito da altri interventi in questo stesso capitolo, si potrebbe aprire una discussione, da inserire nell'ambito del dibattito su tecnica e clinica.⁶ Viene però da chiedersi se l'esperienza clinica di interazioni tra paziente e terapeuta in rete non sia ancora troppo limitata per poter consentire conclusioni plausibili.

L'argomento della psicoterapia online, rafforzato dall'osservazione del largo diffondersi, per esempio negli Stati Uniti, della psicoterapia via telefono, sembra comunque stimolare riflessioni su un piano più ampio, che può trovare riscontro nella esperienza pratica della psicoterapia in genere: il problema rimanda infatti al quesito di quale ruolo assegnare alla presenza fisica dei partner nel processo (psico)terapeutico. Viene da chiedersi se la realtà fisica dell'analista e del paziente – sia pure messa tra parentesi in funzione di un'attenzione che privilegia la realtà psichica – non debba nonostante tutto essere considerata importante, o addirittura determinante, ai fini della cura.



La questione è di non semplice soluzione; per affrontarla potrebbe essere utile ripercorrere le prime fasi della costituzione dell'attuale tecnica terapeutica che, per molti orientamenti psicoterapici, risale ai primi scritti psicoanalitici freudiani.

Nel 1895,⁷ Freud descrive qualcosa di molto simile all'attuale modo di condurre una psicoanalisi o una psicoterapia psicoanalitica, e propone un nuovo metodo, che comporta l'abbandono dell'ipnosi – da lui praticata fin dal 1887 – nel trattamento delle nevrosi. Il passaggio dal metodo catartico, messo a punto da Breuer, a questa nuova procedura, è giustificato da Freud con la necessità di trovare un sistema più efficace per superare quello che a suo parere rappresenta il nucleo psicopatologico principale: la *resistenza* del nevrotico a ricordare e raccontare. All'inizio essa si avvale ancora di un retaggio suggestivo: la pressione della mano sulla fronte del paziente (*Druckmethode*), ma nel giro di pochi anni, anche questo minimo contatto fisico verrà eliminato e la nuova procedura assumerà pienamente la fisionomia attuale, conforme alla *regola fondamentale*. Fare emergere, senza bisogno di una particolare attività del terapeuta, il materiale analitico delle libere associazioni dell'analizzando costituirà l'atteggiamento astinente e neutrale che da allora in poi caratterizzerà il modo di operare dell'analista freudiano.

Sono noti i passaggi attraverso i quali Freud cercò di dare, a partire da quegli anni, una fisionomia propria alla psicoanalisi, provando ad affrancarla definitivamente dalle sue stesse origini, legate all'ipnosi e alla suggestione; in tali passaggi, alcuni autori⁸ hanno individuato motivazioni dovute non solo a preoccupazioni teoriche, ma anche ad altri fattori: in primo luogo alle possibili implicazioni erotiche della relazione ipnotica, ben note a Freud fin dal 1891-1892.

Il rischio che nella relazione terapeutica compaiano ostacoli legati a *processi di pensieri erotici*⁹ non è comunque eliminato del tutto dall'introduzione del nuovo metodo. Sempre negli *Studi sull'isteria*,¹⁰ appare per la prima volta il termine "traslazione". Freud scrive che il paziente, soprattutto se è una donna, può manifestare una forma di attaccamento al medico ed esserne spaventata: l'inconveniente potrebbe essere d'intralcio al buon andamento della terapia.¹¹ Il fenomeno è spiegato con il fatto che l'affetto della paziente non è in realtà rivolto al medico, ma a una terza figura, relegata nell'inconscio, che fa parte della vita passata della paziente, la persona del medico ne rappresenta solo il sostituto, e l'amore per lui è giustificato da un



“falso nesso”. Bisognerà, in questa eventualità, che il medico capisca e ricambi la paziente con un qualche “surrogato di amore”, al fine di consentire l’analisi e quindi lo scioglimento della traslazione. Come è noto, nel modo di trattare la traslazione viene indicata dalla psicoanalisi un’ulteriore fondamentale differenza con l’ipnosi: la prima lavorerebbe alla verbalizzazione e alla risoluzione della traslazione, la seconda si fonderebbe su una situazione di manipolazione della traslazione, che non viene mai portata a conoscenza del paziente.

Da questi rapidi cenni, si può capire come, fin dal 1895, i principali dettami della tecnica siano messi a punto, nel tentativo di dare una identità alla stessa disciplina psicoanalitica. Prima ancora dunque che la parola *psicoanalisi* compaia negli scritti di Freud,¹² si configura un modo di procedere nel trattamento identico nella sostanza a quanto a tutt’oggi caratterizza la pratica della psicoanalisi, consistente, in definitiva, nella realizzazione, da parte dell’analizzando, di una *presa di coscienza* di contenuti inconsci, che avviene sotto la guida esperta dell’analista, e nell’eliminazione non solo di qualsiasi contatto fisico tra i due partner, ma anche, si potrebbe dire, dell’idea che la realtà del loro corpo possa avere una qualche importanza nello svolgimento del rapporto. La stessa formulazione della *traslazione* come di un attaccamento, che in realtà non riguarda direttamente la persona del medico, ma una terza figura che fa parte della vita passata del paziente, sembra andare in tale direzione.

In questo quadro, non si esclude che una qualche *affettività* – descritta come atteggiamento benevolo e tollerante del terapeuta – possa contribuire, anzi sia imprescindibile, a guadagnarsi la fiducia del paziente, ma sembra si tratti di un atteggiamento in un certo senso strumentale, che comunque deve tenere conto che il lavoro analitico è fondamentalmente lavoro intellettuale, e non può in alcun modo comportare un coinvolgimento profondo, addirittura fisico, nel rapporto.

Sulla prescrizione della neutralità e del privilegio da accordare all’attività intellettuale si insiste in “Consigli al medico nel trattamento psicoanalitico”,¹³ dove Freud si sofferma su vari aspetti della tecnica, tra l’altro sul modello chirurgico dell’analista asettico:

[...] il quale mette da parte tutti i suoi affetti e persino la sua umana pietà nell’imporre alle proprie forze intellettuali un’unica meta: eseguire l’operazione nel modo più corretto possibile. [...] la giustificazione di tale fred-



dezza emotiva che si richiede all'analista riposa sul fatto che essa crea le condizioni più vantaggiose per entrambe le parti: per il medico la salvaguardia della propria vita affettiva; per il malato il massimo di aiuto che siamo in grado di dargli.

Più avanti, a proposito dell'ascolto fluttuante, viene introdotto un paragone dell'analista con uno strumento meccanico, distaccato emotivamente dal paziente, nel quale si potrebbe trovare una curiosa prefigurazione della possibilità di sostituire l'incontro terapeutico con una conversazione telefonica o via e-mail:

Egli (il medico) deve rivolgere il proprio inconscio come un organo ricevente verso l'inconscio del malato che trasmette; deve disporsi rispetto all'analizzato come il ricevitore del telefono rispetto al microfono trasmittente.

Queste prescrizioni assumono un senso più pieno se inquadrare nella concezione generale del mondo del paziente come estremamente pericoloso, anzi esplosivo:

Quanto all'analista egli sa bene di lavorare con forze altamente esplosive e di dover procedere con le stesse cautele e la stessa coscienziosità del chimico

scrive Freud in "Osservazioni sull'amore di traslazione"¹⁴ del 1914, alludendo, tra l'altro, ai pericoli del transfert erotico e della eventuale *controtraslazione*¹⁵ da parte del medico.¹⁶

Se abbiamo insistito sugli *Studi sull'isteria* e sui primi anni della storia della psicoanalisi, è perché sembra che lì si decida molto dei destini della moderna psicoterapia. La questione isterica, pur essendo formalmente al centro di quella raccolta di lavori ed avendone fortemente stimolato la scrittura, vi viene affrontata in modo del tutto particolare: tanto che si potrebbe dire che la psicoanalisi che nasce con gli *Studi sull'isteria* è una psicoanalisi che si pone già il problema generale delle nevrosi, lasciandosi alle spalle – ma in un certo senso anche liquidandola – la questione isterica. Nel suo ultimo scritto di quella raccolta, tra le altre cose, Freud motiva l'abbandono dell'ipnosi con la formulazione di una clinica delle nevrosi che spodesta l'isteria dal posto d'onore che aveva fino ad allora tenuto¹⁷ fin dalle ricerche di Mesmer, e poi per Charcot, Janet, Breuer, e molti altri.¹⁸ Il corpo dell'isterica, che aveva affascinato



con manifestazioni teatrali le generazioni precedenti e contemporanee dei suoi colleghi psichiatri, e in un certo senso lui stesso, sarà, da allora in poi, un oggetto di studio sempre meno interessante per il Freud psicoanalista, e le manifestazioni della conversione isterica compariranno sempre più raramente negli studi di psicoterapia conformati alla ortodossia tecnica, e curiosamente si faranno sporadiche anche all'osservazione della clinica psichiatrica.

Sarebbe troppo azzardato, come da alcuni suggerito, indagare un'eventuale connessione¹⁹ tra il tramonto dell'isteria (di conversione) e la formulazione della tecnica classica? Ci si potrebbe addirittura chiedere se la scissione tra mente e corpo – insita nella concezione di un analista neutrale e di un processo terapeutico fortemente intellettualizzato – abbia potuto rappresentare un fattore culturale in grado di influenzare le stesse manifestazioni della psicopatologia? Questi temi appaiono complessi, e certamente da non affrontare in questa sede; sembra comunque sostenibile che con gli *Studi sull'isteria* si sia delineato un modello di psicoterapia che “supera” la questione dell'isteria senza averla risolta: con il risultato che tutta la storia successiva della psicoterapia si porterà dietro, in un certo senso, il fantasma del corpo dell'isterica. Come notano acutamente alcuni studiosi,²⁰ da allora in poi, ogni tentativo nell'ambito della psicoanalisi, di affrontare la questione della scissione mente-corpo, sarà visto come sospetto di voler resuscitare questo fantasma e di voler riportare la psicoanalisi stessa alle contaminazioni ipnotiche e suggestive delle sue origini.

Il fantasma dell'isteria e la virtualizzazione del corpo

La discussione sulla psicoterapia online si propone oggi, a distanza di più di cent'anni dagli *Studi sull'isteria*, in uno scenario mutato, nell'ambito del più ampio contesto problematico indicato come *virtualizzazione del corpo*.²¹

Molto si insiste attualmente su questo fenomeno, connesso all'uso di nuove tecnologie (tecniche di comunicazione, telepresenza, telemedicina); la letteratura e la pubblicitica sull'argomento si presentano come sospese tra due differenti posizioni: da una parte c'è chi, in base a quelle che potremmo definire come vere e proprie fantasticherie prive di fondamento, lo descrive come un reale processo di disincarnazione e dematerializzazione (costoro preconizzano un destino assai prossimo di relazioni interumane prive di fisicità, o segnate da una fisicità stravolta e in definitiva mostruosa), dall'altra



c'è chi, più pacatamente, tenta di trovare risposte alla sfida del progresso tecnologico, prendendola come uno stimolo a considerare i cambiamenti, non necessariamente catastrofici, che esso potrebbe comportare, ovvero ponendo il problema dell'esigenza di una ridefinizione dell'identità umana di fronte a mutamenti di grande portata.

Tralasciando la prima di queste due tendenze, che appare permeata di toni finanche apocalittici – e decisamente poco credibili – si potrebbe prendere in considerazione qualche spunto fornito dalla seconda, che descrive il processo di virtualizzazione come connesso a fattori di cambiamento più o meno nuovi.

Uno di essi sarebbe l'aumento dello spazio, conseguente alla possibilità di comunicazioni a distanza; il processo per cui lo spazio aumenta apparirebbe ulteriormente accelerato dal progresso digitale, ma non si presenterebbe come un fenomeno del tutto nuovo: la virtualizzazione, secondo la definizione adottata da P. Levy, altro non sarebbe che un movimento contrario a ciò che trasforma una *potenzialità* in *atto*,²² esso avrebbe caratterizzato il processo di ominizzazione fin dalle sue origini (un esempio ne sarebbe l'invenzione della ruota), crescendo proporzionalmente al progresso tecnologico. Altri fattori possono apparire più legati a innovazioni tecniche recenti – ma anche per questi si possono trovare analogie con precedenti remoti:²³ essi riguardano, per esempio, il nostro modo di pensare la relazione tra spazio fisico interno ed esterno al corpo. La facilità con cui le moderne tecnologie mediche consentono l'esteriorizzazione, e dunque la visibilità, di fenomeni un tempo invisibili – nonché la possibilità di intervenire, anche a distanza, e in modo incruento, su processi patologici – potrebbero modificare in modo anche radicale le consuete concezioni di determinati limiti e barriere fisiche (telemedicina).²⁴

Si può senz'altro concordare che tutto ciò possa rappresentare materia di interesse per le discipline che si occupano di realtà psichica. Si può infatti intuire la portata di questi fattori di cambiamento nel determinare per l'uomo un modo diverso di concepire e figurarsi le proprie relazioni con il mondo. Questi cambiamenti pongono di fronte al quesito di come la realtà umana possa mutare e allo stesso tempo mantenersi coerente in rapporto a stimoli che la mettono continuamente alla prova. Per rispondere adeguatamente alle sollecitazioni a cui è sottoposto, l'uomo deve evidentemente fare ricorso, da una parte ad attitudini di recettività e mutevolezza, dall'altra



di costanza e diciamo pure di identità, tali da consentirgli di cambiare senza perdersi, tanto più quando tali sollecitazioni vanno a toccare una sfera così intima come quella della fisicità.

Sembrerebbe dunque che con la *virtualizzazione del corpo* la psicoterapia si trovi a una nuova frontiera: questo fenomeno potrebbe rappresentare per il dibattito attuale qualcosa di analogo a ciò che l'isteria rappresentò sul finire dell'ottocento. Forse non è esagerato dire che le questioni da esso sollevate potrebbero portare ben oltre il problema della legittimità di una pratica di psicoterapia online, e finire con il toccare quello della legittimazione della psicoterapia *tout court*.

Il discorso a questo punto potrebbe farsi molto complesso e chiamare in causa problemi generali di carattere storico-filosofico. A nostro modo di vedere, per affrontare le questioni aperte dalla *virtualizzazione del corpo* occorrerebbe giungere a una corretta impostazione di temi molto ampi, come quello di un modo di intendere il rapporto tra *realtà materiale e non materiale*,²⁵ che non cada nella scissione tra materia e spirito propria della cultura dell'occidente; questo oggi forse rappresenta un cimento imprescindibile per una concezione della realtà psichica che non voglia assumere posizioni rozzamente materialiste, né d'altra parte ritrovarsi in una deriva spiritualista.

La questione della *virtualizzazione del corpo* sembra peraltro riproporre il problema delle immagini interne,²⁶ psichiche, e della loro formazione, che consideriamo un cardine per la comprensione della realtà umana. Il *corpo virtuale* potrebbe corrispondere a *immagini* complesse e articolate della realtà fisica, che potrebbero essere anche molto profonde e importanti per la strutturazione di un individuo.²⁷ In questa prospettiva, ci sembra di poter concepire la *virtualizzazione* non come una situazione statica, ma come un momento delle dinamiche di rapporto con gli altri, in cui situazioni di contatto fisico si alternano a situazioni di distanza e solitudine, movimentando realtà affettive, e potendo dare luogo alla creazione di nuove immagini e/o strutturazioni interne.

Pensiamo comunque che esistano dei nessi, profondi e complessi, tra questa nuova frontiera e l'antica questione dell'isteria: è per questo che abbiamo proposto di iniziare la discussione sulla psicoterapia online con una critica alla storia dello stesso costituirsi della tecnica psicoanalitica come espulsione del corpo dell'isterica dal setting terapeutico. Non è forse un caso che la questione dell'isteria si ripresenti come uno dei temi ricorrenti nelle discussioni attuali sull'uso della rete.



Ma le manifestazioni isteriche che interessano il dibattito odierno non sono più quelle della conversione, bensì quelle della dissociazione isterica: al tema delle personalità multiple,²⁸ per esempio, si riferiscono molti di coloro che si occupano dei problemi di identità sollevati dalla frequentazione dei canali chat o dei MUD. L'altro tema, di grande fascino, evocato in proposito, e che ugualmente ha a che fare con l'isteria, è quello della *simulazione*.²⁹

Può non essere del tutto azzardato proporre un confronto a distanza di cento anni, e dire che l'isterica di conversione di fine ottocento con le sue manifestazioni corporee metteva direttamente in campo il problema di una situazione psichica alterata, dando luogo a un peculiarissimo linguaggio del corpo e riusciva così a realizzare una certa fusione tra realtà fisica e realtà psichica, lasciando il suo interlocutore a chiedersi quanto ella mentisse e quanto facesse sul serio. Attualmente, invece, i cosiddetti *isterici* della rete, almeno per come ce li descrive il campionario di S. Turkle,³⁰ sono personaggi che, in una situazione di presenza virtuale, hanno la possibilità di gestire tante immagini, tante maschere, spesso lontane e discordanti tra loro. Il *Proteo* del ventesimo secolo, che naviga in Internet con più pseudonimi, partecipando a situazioni di incontro disparate e promiscue, non sempre è un individuo che conduce un gioco più o meno creativo, ma può essere anche qualcuno che ricorre a una forma di simulazione cosciente, lucida, dando spazio a parti scisse del proprio mondo interno, e che svolge le sue pratiche all'insegna di una malcelata angoscia di dissociazione o di perdita dell'identità.

Paragonando tra loro queste situazioni, si potrebbe quasi dire che in questo secolo abbiamo assistito all'aggravarsi di un problema di scissione: la scissione presente nell'isteria a espressione somatica,³¹ come scissione ideo-affettiva (la *belle indifférence*), sarebbe andata progressivamente trasformandosi in dissociazione. Insistiamo che sarebbe opportuno interrogarsi se in questo processo di aggravamento della scissione psicopatologica non abbia avuto qualche ruolo la formulazione di una identità dello psicoanalista/psicoterapeuta basata sulla neutralità e di un setting finalizzato all'esclusione del corpo dall'ambito della relazione terapeutica.

Critiche al setting psicoanalitico

Certamente non può sfuggire – e d'altra parte la cosa è stata, ed è, oggetto di discussione – quanto l'istituzione del setting psicoanalitico



come dispositivo per evitare il contatto fisico possa avere influito nella strutturazione della relazione del paziente verso l'analista e dell'analista verso il paziente. È facilmente immaginabile che, rispettivamente, nel primo l'interdizione di accedere alla realtà fisica del terapeuta sia stata vissuta e abbia funzionato come imposizione autoritaria di limitare il proprio interesse verso l'altro a sfere più o meno consentite, in definitiva a quella intellettuale e del pensiero verbale. Nel secondo, corrispondentemente, il pensiero della relazione come acorporea e astratta avrebbe condotto a un progressivo disinteresse per le manifestazioni fisiche del paziente, con la perdita di un importante patrimonio di osservazioni utili ai fini della terapia. Paziente e analista che quasi neppure si guardano sarebbero la emblematica rappresentazione della neutralità in psicoterapia. Si può senz'altro dire che, complessivamente, tale impostazione neutrale, riducendo l'attenzione nei riguardi della sfera corporea, abbia contribuito a impoverire la relazione terapeutica da entrambe i suoi versanti. Se infatti confrontiamo la ricchezza delle osservazioni in altri ambiti di studio della psico(pat)ologia, per esempio in quello fenomenologico, con ciò che avviene nel setting psicoanalitico e in quello di certe psicoterapie, non possiamo fare a meno di notare notevoli differenze in questo senso.

Naturalmente, non mancano le eccezioni: c'è anche chi in ambito psicoterapeutico e psicoanalitico ha mantenuto un interesse per la globalità della comunicazione tra terapeuta e paziente, e con esso quello per le manifestazioni fisiche, non verbali, che continuamente hanno luogo nel rapporto e fanno da contrappunto alla comunicazione verbale. Nonostante il rilievo, da parte di molti autori, dell'importanza della sfera corporea, e l'insistenza su come sia centrale la considerazione non solo di quanto il paziente (ma anche l'analista) dice in terapia, ma del come lo dice o di come sta in silenzio, o di come entra o esce dalla stanza dell'analisi, la questione della partecipazione del corpo nella relazione terapeutica, stranamente, è ancora oggi posta in questi termini: o la relazione psicoterapeutica comprende la fisicità e dunque è violenta, suggestiva, prevaricante, o essa è *solo* psichica, ma nel senso che esclude, annulla³² il corpo, quindi astratta. Delle due possibilità quella che viene proposta come terapeutica è naturalmente la seconda, considerata in definitiva la meno *pericolosa*, e la più adatta allo svolgimento di un processo terapeutico inteso come progressivo affrancamento intellettuale da



una realtà inconscia dominata da una originaria situazione di bisogno di soddisfazione di pulsioni parziali.

Infatti, se non si può negare che la concezione dell'analista neutrale sia andata incontro a critiche nello stesso ambito psicoanalitico, bisognerà però rilevare che tali critiche raramente sono arrivate a essere radicali. Nel panorama che le comprende, il nostro interesse va soprattutto a quegli autori³³ che mostrano di considerare gli elementi esterni, la cornice, di un processo (psico)terapeutico come largamente variabili e in definitiva non determinanti di per sé, e per converso considerano cardine del processo terapeutico la persona dell'analista, ovvero la sua realtà interna, la relazione tra paziente e analista (transfert)³⁴ e tra analista e paziente (controtransfert) e la loro interpretazione. In questo ambito, pur proponendo spunti interessanti, la gran parte delle posizioni conserva a nostro modo di vedere l'idea che la fisicità rappresenti comunque qualcosa di pregiudizievole per il corretto svolgimento del processo terapeutico, ad essa sarebbero comunque legati aspetti suggestivi, da trattare con grande circospezione, se non con diffidenza, e da sottoporre a una sorta di *purificazione*, attraverso la continua verbalizzazione.³⁵

Ben diversa appare la posizione di M. Fagioli, probabilmente perché le critiche alla concezione del setting freudiano, nel lavoro di questo autore, non si pongono come semplice problema di tecnica, ma vengono esposte concomitantemente ad alcune formulazioni teoriche nuove.³⁶ La proposta di un discorso che rifiuta il pensiero freudiano di un inconscio originariamente perverso e dissociato, si accompagna a quella di una metodologia di intervento, che pur rigorosa e attenta, non obbedisce a regole date. Probabilmente, proprio perché non ritiene aprioristicamente pericoloso il paziente, e men che meno la sua realtà fisica (o quella dell'analista), Fagioli pensa che in psicoterapia non deve esistere un *setting* prestabilito al quale conformarsi: gli accordi tra terapeuta e paziente, che riguardano e consentono lo svolgimento pratico delle sedute, vanno presi e rispettati, ma non sono aprioristicamente dati, bensì funzionali alle esigenze del processo di cura. Un'altra idea,³⁷ a questa conseguente, e probabilmente interessante per la nostra discussione, è che la relazione terapeutica vera e propria dovrebbe essere circoscritta dall'orario stabilito per le sedute e da ciò che vi sta immediatamente intorno: fuori da quell'ambito, paziente e analista tornano a essere liberi cittadini, non vincolati l'uno all'altro da



particolari impegni o ruoli: e questo perché fuori dall'orario stabilito per le sedute, verrebbe meno una inequivocabile domanda di cura del paziente e la funzione specifica di interprete del terapeuta. Questa impostazione potrebbe risultare liberatoria rispetto all'ossessione di trasgredire regole o tabù, allorché per esempio si renda necessaria una comunicazione extra analitica, ovvero potrebbe risolvere gli equivoci in cui si incorre considerando qualsiasi contatto – anche quelli più o meno casuali – con l'analista come inerente alla relazione terapeutica.

Questa metodologia di intervento psicoterapeutico ci interessa poiché vi troviamo espressa con coerenza un'idea importante ai fini della nostra discussione, e cioè che nella relazione psicoterapeutica, nello spazio e nel tempo a essa specificamente dedicato, si attua una *sospensione* del comune modo di vivere e non una sua eliminazione. Analogamente, la realtà fisica dei partner della relazione risulta – in quello stesso lasso di tempo – come messa tra parentesi, ma non abolita. Essa è comunque presente e viva, essendo, tra le altre cose, il mezzo indispensabile per vivere sensazioni, emotività, percezioni che possono trasformarsi in una ricchezza interna, psichica. Per essere più precisi, nella relazione terapeutica sarebbe inibito solo il movimento fisico, muscolare non potendo certo essere abolita la percezione sensoriale dei corpi.

Il concetto di *astinenza* viene in tal modo completamente subordinato alle esigenze del processo terapeutico; la *sospensione* della possibilità di due realtà fisiche di andare l'una verso l'altra viene mantenuta nella misura in cui corrisponde a una *frustrazione*³⁸ di pulsioni parziali, per la realizzazione di un rapporto più evoluto. Possiamo pensare che questa stessa astinenza non avrebbe lo stesso valore e senso terapeutico se fosse concepita come obbedienza a una regola astratta,³⁹ o a un comando, e men che meno in una situazione di distanza fisica tra i partner, come nella psicoterapia online o telefonica.

La domanda che verrebbe a questo punto è: ma allora la realtà del corpo, anche se inibita nel movimento, e apparentemente di secondaria importanza rispetto all'attività di verbalizzazione, potrebbe giocare un ruolo importante nella relazione psicoterapeutica? Sembrerebbe di sì, e del resto si direbbe che la presenza fisica è veicolo e complemento di una serie di comunicazioni a tutti i livelli (inconscio, comportamentale, e cosciente), che solo in minima par-



te vengono verbalizzate con l'interpretazione, e nondimeno può darsi diano un contributo al processo di cura.

Potremmo chiederci ancora se la presenza fisica sia addirittura una condizione necessaria per la definizione della relazione terapeutica: e in effetti, a quanto pare, essa non potrebbe in ogni modo essere abolita o meglio resa *virtuale*, come sarebbe nel caso di una psicoterapia a distanza, pena un profondo stravolgimento delle dinamiche della relazione terapeutica. In assenza del corpo, infatti, andrebbe perduta la dinamica di frustrazione di pulsioni parziali – a cui accennavamo – centrale nel processo terapeutico. Si può facilmente capire come non sia assolutamente la stessa cosa svolgere un lavoro di continuo rifiuto di dimensioni parziali di soddisfazione in presenza dell'altro piuttosto che in un rapporto a distanza, dove tali dinamiche sono già aprioristicamente impedito dalle circostanze. Sembra evidente che in una situazione in cui il contatto fisico non sia comunque possibile non si possa neanche più parlare di *astinenza* o di *frustrazione*.

Il corpo e la comunicazione non verbale

Da quanto abbiamo detto, la percezione della realtà fisica, ovvero quanto viene riferito all'ambito della “comunicazione non verbale”, legata all'espressione corporea, è un mondo di sensazioni e di vissuti emotivi che non si pone in alternativa, ma come complementare all'espressione linguistica.

Il linguaggio verbale⁴⁰ è solo uno degli aspetti utilizzati per la comunicazione tra esseri umani: le relazioni umane constano di livelli di simbolizzazione verbale, ma quello che si può comunicare direttamente, al di là delle parole, in modo più o meno complesso e profondo, sono anche realtà affettive e pulsionali, o immagini. Questi diversi livelli interagiscono, si intrecciano e si mescolano all'interno di ciascun sistema individuale, ma anche tra individui e gruppi. La comunicazione verbale rappresenta dunque solo un'area parziale della vita semiotica globale. Anche nel setting psicoterapeutico e psicoanalitico, che qualcuno definisce come una “particolare e controllata esperienza semiotica”,⁴¹ la verbalizzazione, pur essendo considerata centrale per il processo di cura, non può certo ritenersi l'unico veicolo di comunicazione tra i partner.

Si potrebbe dire che la stessa esperienza linguistica che si sviluppa in analisi, abbia il suo fondamento su livelli molteplici, non esclusivamente



simbolici, così come si potrebbe ipotizzare che il processo terapeutico sia operante su tutti i livelli di rapporto che passano attraverso la percezione sensoriale dell'altro. Per esempio l'odorato può avere un ruolo importante e spesso ignorato, così come può contare il particolare tono della voce, e alcune qualità della percezione – talvolta espresse in metafore – come quando un paziente definisce le nostre parole “calde” o “taglianti”. Il pensiero che la parola possa/debba sostituirsi a un mondo di relazioni materiali, cancellandole, si rivela dunque come estremamente violento e addirittura omicida del fatto che spesso è il senso nascosto delle nostre comunicazioni e non la lettera delle parole a determinare le nostre relazioni.

Nell'esperienza della rete, quanto la percezione sensoriale diretta sia importante per cogliere il senso della comunicazione verbale altrui, è testimoniato dalla facilità con cui si incorre in equivoci e fraintendimenti; è noto che per evitarli si fa ricorso al supporto di segni convenzionali visivi (emoticons), che devono esprimere uno stato emotivo, che a volte non viene colto nella semplice espressione verbale scritta. “Scherzavo, non offenderti” è il significato di una faccetta sorridente posta in calce a un messaggio dal contenuto ironico, e sta a evidenziare la difficoltà di intendersi solo a parole. Analogamente, si sa che spesso nelle sedi di discussione esplodono situazioni di contrasto, addirittura di lite, dovute agli equivoci suscitati da parole scritte non accompagnate dalla gestualità o dall'espressione corporea corrispondente.

È facile pensare che tutto ciò possa condizionare una relazione a distanza, tanto più se in essa la comunicazione non riguarda la trasmissione di contenuti facilmente verbalizzabili. Si può sostenere, in opposizione a ciò, che i nuovi mezzi tecnologici di registrazione audio e trasmissione con videocamere potrebbero fornire entro breve tempo il necessario supporto alla comunicazione verbale: voce e immagine potrebbero venire riprodotti in maniera fedelissima e trasmessi in tempo reale, mettendoci in condizione di seguire sul monitor ogni movimento ed espressione dell'altro.

Le domande che si pongono a questo punto sono di due ordini: da una parte riguardano le differenze tra la registrazione di uno strumento meccanico e quella di un organo di senso umano, dall'altra quanto la situazione di vicinanza fisica non sia in grado di attivare modalità percettive differenti, per la modulazione dovuta a una partecipazione emotiva più intensa.



Una obiezione consueta a quest'ultimo argomento è che a distanza si possono ugualmente sviluppare situazioni di rapporto di grande intensità e coinvolgimento emotivo, ma su questo non ci troviamo del tutto d'accordo. O meglio pensiamo che ciò introduca una serie di problematiche di assai difficile soluzione.

La ricerca andrebbe approfondita, poiché bisognerebbe guardare – forse caso per caso – se l'apparente coinvolgimento corrisponda a reali movimenti affettivi o non sia piuttosto del tutto inventato, frutto di fantasticherie. A questo proposito vorremmo qui citare le osservazioni, di S. Zalusky,⁴² che si riferiscono al caso di una paziente che dovendosi trasferire per lavoro in un'altra città, aveva continuato a sentire il terapeuta per sedute di psicoterapia per telefono. Il *transfert telefonico* assunse, secondo l'autore, caratteristiche diverse da quello sviluppato in sedute normali, con una chiara connotazione di tipo erotico, che prima non si era rivelata, fino a sviluppare una situazione di grave crisi acuta. In questo caso, che riportiamo perché incluso in una delle rarissime monografie sull'argomento della psicoterapia a distanza, viene da chiedersi se il parlare dell'attivazione di un transfert erotico non possa indurre in gravi confusioni. Pur non avendo una conoscenza diretta del caso, si può ipotizzare che l'effettivo coinvolgimento di questa paziente nella relazione terapeutica telefonica sia stato in realtà piuttosto scarso, e che la reazione, di tipo erotomanico, corrisponda in realtà a una carenza delle capacità affettive, necessarie per tenere il rapporto con il medico, tantopiù in una situazione di distanza. Pensiamo che spesso quando si parla di coinvolgimento affettivo, specie a proposito delle interazioni in rete, si possano confondere livelli puramente esteriori e superficiali con movimenti interni autentici e profondi.

Una nozione, che ci sembra pertinente a questo tema di discussione e che vorremmo a questo punto ricordare riguarda il concetto di *distanza* in psicoterapia.

Nel 1958, M. Bouvet⁴³ propone questa definizione di distanza:

La distanza è il divario esistente tra il modo in cui un soggetto esprime le proprie pulsioni istintuali e il modo in cui le esprimerebbe se non intervenisse il processo di “manipolazione” o “regolazione” (*aménagement*) di queste espressioni.⁴⁴

In altri suoi scritti, l'autore ritorna su questo concetto: la *distanza* corrisponderebbe alla discrepanza tra relazione cosciente e inconscia



sia del paziente verso l'analista che dell'analista verso il paziente. Le variazioni della distanza in terapia sarebbero continue, e ovviamente, non tanto comportamentali, quanto consistenti in disposizioni interne dei partner, l'uno nei confronti dell'altro, da modulare con grande attenzione e sensibilità, soprattutto da parte dell'analista, che deve essere in grado, momento per momento, di realizzare la distanza giusta per il corretto svolgimento del processo terapeutico.

La distanza che il paziente prende dal suo analista, dice Bouvet, tende a diminuire nel corso dell'analisi (*rapprocher*), quando si attua un avvicinamento, questo dà luogo anche a segni clinici, come il rilassamento muscolare, la mancanza di rigidità posturale e di movimento stereotipato. L'autore applica le sue osservazioni sulla distanza derivandole dalla generale teoria delle relazioni oggettuali: la modulazione della distanza rappresenterebbe lo strumento terapeutico principale, forse unico, nelle relazioni cosiddette pregenitali (stereotipate, simbiotiche, proiettive, insensibili alla realtà dell'oggetto), ovvero nelle patologie più gravi, mentre il *rapprocher* risulterebbe più semplice nelle relazioni genitali (varie, mature, sensibili alla realtà dell'oggetto).⁴⁵

La questione così posta ci interessa molto, poiché ci porta a considerare il problema della distanza in psicoterapia non in termini di fatto materiale, ma di rappresentazioni interne – di sé, dell'altro e del rapporto – che percorrono la relazione terapeutica con i corrispondenti affetti e che presumibilmente sono sottoposte di continuo a una verifica minuziosa da parte dei due partner. Possiamo supporre che vi sia un'ininterrotta attività di confronto di tali rappresentazioni interne con la percezione sensoriale della realtà dell'altro. In altre parole, in terapia avverrebbe che il paziente paragoni continuamente ciò che egli si rappresenta come realtà dell'analista e ciò che l'analista propone di sé (la cosa varrebbe ovviamente anche per l'analista verso il paziente): variazioni troppo ampie e improvvise della discrepanza tra le due situazioni potrebbero determinare momenti di crisi anche drammatica. L'abilità dell'analista consisterebbe nel fare in modo di tenere una distanza in qualche modo costante con i pazienti più gravi e nello stimolare maggiormente gli altri.

La formulazione del problema della distanza in questi termini, ci conferma nell'idea che è piuttosto difficile pensare come un processo di regolazione così complesso, sensibilissimo alle minime varia-



zioni, possa avere luogo in una situazione in cui i partner non sono contemporaneamente presenti, con immagini, suoni e voci riprodotti su un monitor. È chiaro che in una situazione di lontananza fisica – che ci sembra in definitiva favorire maggiormente scambi più vicini al rapporto lucido e cosciente – potrebbe risultare più facile sottrarsi al cimento della modulazione della distanza, questa potrebbe tendere a fissarsi e irrigidirsi. In altre parole, in queste situazioni, verrebbe meno la possibilità del continuo gioco tra i vari livelli di comunicazione, i cui rapporti, attraverso il gioco sulle reciproche distanze, rappresentano probabilmente il fondamento di un flusso di messaggi pregnante e ricco di senso.

Conclusioni

A questo punto, sembra importante avviarsi a una conclusione, accennando brevemente ad alcune ulteriori questioni che potrebbero riguardare la discussione sulla psicoterapia online.

È noto che soprattutto negli Stati Uniti il *counseling* telefonico è diffuso e molto praticato, soprattutto nei casi in cui il paziente abbia serie difficoltà a raggiungere il terapeuta. La rete in questo senso si può presentare come un ottimo supporto, più rapido e pratico del telefono. In effetti nessuno può negare l'evidenza per cui ogni giorno si realizzano online relazioni interumane, che possono in alcuni casi dare luogo a esperienze importanti e perfino benefiche.

Per parlare di relazione terapeutica in senso stretto, però, a nostro avviso occorre qualcosa di diverso rispetto a una generica situazione di rapporto, anche quando tale situazione si riferisce allo scambio con un terapeuta. Si può parlare al telefono con il proprio terapeuta, o anche andarlo a sentire in una conferenza, o leggerne i lavori, così come corrispondere via e-mail con lui, ma ciò che fa scattare la situazione di cura è qualcosa di specifico.

Non possiamo dilungarci qui su un argomento così vasto come quello dei fattori (psico)terapeutici generici e specifici, ma pensiamo senz'altro che questo sia uno dei temi sui quali la ricerca andrebbe continuata e approfondita.

La situazione di cura, probabilmente, si dà allorchè si diano le condizioni per l'esplicazione di una specifica attività terapeutica, quale ad esempio l'interpretazione. Ciò non toglie che la cura possa poi avvalersi del complemento di altre situazioni. Ma il discorso qui si farebbe lungo, e molto complesso.



Comunque, a nostro avviso, la possibilità di svolgere l'attività di interpretazione può rappresentare una discriminante importante. Ora, secondo il nostro punto di vista, fortemente critico sulla possibilità di una psicoterapia online, tale attività è difficilmente proponibile in una relazione tra paziente e terapeuta in rete.

Infatti se, come crediamo, l'interpretazione non è semplicemente una forma di verbalizzazione intellettualistica ma, come abbiamo fin qui cercato di dire, un'attività di rapporto che comporta il confronto continuo con una serie di livelli comunicazionali, possiamo ipotizzare che essa non sia realizzabile a livelli profondi senza la presenza fisica dei partner. A sostegno di questo nostro modo di vedere, possono stare quegli esempi, a tutti noti, dell'interpretazione (anche di sogni) data per radio o televisione, che a noi sembra un esempio di relazione decisamente superficiale e molto lontana dalla possibilità di svolgere un'azione terapeutica.

Riteniamo senz'altro che ancora molto vada cercato, per esempio nell'ambito degli studi sulla percezione. Andrebbero risolti alcuni specifici quesiti sulla percezione consentita dalla tecnologia, per cui bisognerebbe appurare in che misura il mezzo (telefono, computer) è in grado di trasmettere, senza troppe alterazioni, la realtà della voce e della espressione dell'altro.

Ma al di là dell'approfondimento di questi aspetti, per cui nessuno nega che anche percezioni telefoniche o televisive o filmiche possano stimolare in qualche modo la realtà psichica, siamo portati a propendere per il fatto che lo specifico della relazione terapeutica richieda una situazione di vicinanza fisica.

Sembra dunque che pur ovviamente accettando la possibilità di contatti telefonici o via Internet tra paziente e analista, la questione è se tali contatti possano essere definiti come psicoterapia, o non rientrino in quell'ambito di rapporto che si svolge in maniera diciamo amichevole e fuori dallo specifico dell'attività di cura. Penseremmo di poter avvicinare il rapporto telefonico o l'eventuale scambio online, a questo ambito relazionale, che vediamo molto più vicino e simile a un rapporto personale che al rapporto con lo psicoterapeuta interprete.

Da quanto detto fino ad ora, ci chiediamo se non si debba arrivare addirittura a concludere che la vicinanza fisica, materiale, sia un requisito fondamentale per parlare di relazione psicoterapeutica, e forse di un certo particolare rapporto con l'inconscio indispensabile ai fini della cura. Non bisogna dimenticare, e lo sottolinea il rilievo



clinico di Bouvet di gravi crisi in corrispondenza di variazioni della distanza, che tale vicinanza può dare luogo all'insorgere di angosce profonde. E qui si aprirebbe l'altra complessa questione di come valutare e affrontare possibili "fughe" nella relazione virtuale.

Ma riteniamo a questo punto di doverci fermare, ponendo alla discussione futura sulla psicoterapia online l'esigenza di tornare in particolare su questi temi: dei fattori terapeutici e della modulazione della distanza in psicoterapia, nonché su quello più generale della definizione della relazione terapeutica, sui quali speriamo si avvii un dibattito tra i colleghi più sensibili e interessati.

Bibliografia

Bourneville e Regnard (1876-1880), *Tre storie d'isteria*. Marsilio Editori, Padova 1982

Bouvet M, *Depersonalizzazione e relazione oggettuale*. Rel; al XXI Congrès des Psychanalistes de langues romances, Roma 1960.

Bouvet M, *Variazione tecnica e concetto di distanza*. In: Genovese C (a cura di), *Setting e processo psicoanalitico*. Raffaello Cortina Editore, Milano 1988.

Chertok L(1989), *Ipnosi e suggestione*. Laterza, Bari 1990.

Del Missier G, *L'origine del concetto di tecnica in psicoterapia*. In: Lalli N, Cavaggioni G, Fiori Nastro P(a cura di), *Il processo terapeutico in psicoterapia*. Edizioni Universitarie Romane, Roma 1994

Ellenberger H.F.(1970), *La scoperta dell'inconscio*. Boringhieri, Torino 1976.

Ellenberger H.F (1993), *The story of 'Anna O.': a critical review with new data*. In: *Beyond the Unconscious*. Princeton, NJ: Princeton Univ. Press.

Fagioli F, *Il problema dell'identità dello psichiatra nell'ambito della relazione analitica con particolare riferimento al transfert erotico. Da Anna O. ai giorni nostri*. Tesi di laurea in medicina e chirurgia, Università degli studi di Roma "La Sapienza", anno accademico 1988/89.



Fagioli M (1972), *Istinto di morte e conoscenza*. Nuove Edizioni Romane, Roma 1996 VIII.

Fagioli M (1975), *Psicoanalisi della nascita e castrazione umana*. Nuove Edizioni Romane, Roma 1995 VI.

Fagioli Marcella, *La parola dell'inconscio. Ipotesi che legano gli studi linguistici alla realtà psichica*. Tesi di laurea in medicina e chirurgia. Università degli studi di Roma, "La Sapienza". Anno accademico 1992-1993.

Freud S (1895), *Per la psicoterapia dell'isteria*, OSF, vol 1, Boringhieri, Torino 1967.

Freud S (1896), *L'ereditarietà e l'etiologia delle nevrosi*, OSF, vol 2, Boringhieri, Torino 1967.

Freud S (1910), *Le prospettive future della terapia psicoanalitica*, OSF, vol 6, Boringhieri, Torino 1967.

Freud S (1912), *Consigli al medico nel trattamento psicoanalitico*, OSF, vol 6, Boringhieri, Torino 1967.

Freud S (1914), *Osservazioni sull'amore di traslazione*, OSF, vol 7, Boringhieri, Torino 1967.

Genovese C(a cura di), *Setting e processo psicoanalitico*. Raffaello Cortina Editore, Milano 1988.

Gill M(1994), *Psicoanalisi in transizione*. Raffaello Cortina Editore, Milano 1996.

Gill M (1984), *Psicoanalisi e psicoterapia: una revisione*. (<http://www.publinet.it/pol/ital/10a-Gill.htm>).

Hacking I (1995), *La riscoperta dell'anima*. Feltrinelli, Milano 1996.

G.Lago, *Aspetti psichici del sonnambulismo*. Il sogno della farfalla, V, 3, 1996.



Lalli N, Cavaggioni G, Fiori Nastro P (a cura di), *Il processo terapeutico in psicoterapia*. Edizioni Universitarie Romane, Roma 1994.

Levy P (1995), *Il virtuale*. Raffaello Cortina Editore, Milano 1997.

Migone P, *Terapia psicoanalitica*. Franco Angeli, Milano 1995; 69 e segg.

Orsucci F, *Morfogenesi e complessità in "Psiche": Dialoghi tra psicoanalisi, scienze e neuroscienze*, anno V, N2, luglio-dicembre 1997.

Roccioletti G, *Il setting psicoanalitico*. Editrice Vecchio Faggio, Chieti 1994.

Seta A, *Esperienze di derealizzazione in psicoterapia. Ipotesi sul loro significato in relazione a una nuova metodologia*. Il sogno della farfalla, V, 2, 1996.

Sneider M, Riggio F, *Lo scontro tra Prince Freud*. Il sogno della farfalla, VII, 4, 1998.

"Medicina, Salute, benessere", In: "Telega", anno III, estate 1997.

Turkle S (1996), *La vita sullo schermo*. Apogeo, Milano 1997.

Vegetti M, *Il coltello e lo stilo*. Il Saggiatore, Milano 1979.

Zalusky S, *Telephone analysis: out of sight, but not of mind*, In: "Psychomedia. Memory and telecommunication" ([www.psychomedia.it/pm/telecomm/telephone/Zalusky S2.htm](http://www.psychomedia.it/pm/telecomm/telephone/Zalusky%20S2.htm)).

Note

- 1 La diffusione dell'uso della terapia per telefono, già praticata in altri paesi (USA), rappresenta secondo alcuni una breccia nella tecnica psicoterapeutica classica, ed un significativo precedente.
- 2 Una definizione univoca di psicoterapia è piuttosto impegnativa: come è noto, per psicoterapia si intendono pratiche che possono risultare diversissime tra loro.



- 3 La definizione della psicoterapia, in particolare rispetto alla psicoanalisi, è stata oggetto di numerose discussioni nella mailing list PM-PT (psychomedia-psicoterapia). Il dibattito è accessibile attraverso l'indirizzo <http://www.psychomedia.it>.
- 4 Per la definizione di *psicoterapia psicoanalitica*, o *ad orientamento psicoanalitico*, cfr: Migone P, *Terapia psicoanalitica*. Franco Angeli, Milano 1995; 69 e segg.
- 5 Cfr. il capitolo "La psicoterapia in rete: un setting terapeutico come un altro?" in questo libro.
- 6 Citiamo, a questo proposito, un volume che raccoglie alcuni classici contributi sulla questione della tecnica: da quello che introduce alla nozione di "parametro" di K. Eissler, al celebre articolo di I. Macalpine sulla traslazione, dalla nozione di "distanza" di M. Bouvet, a quella di "presenza dell'analista" di S. Nacht. Cfr.: Genovese C (a cura di), *Setting e processo psicoanalitico*. Raffaello Cortina Editore, Milano 1988.
- 7 Freud S. (1895), *Per la psicoterapia dell'isteria*, OSF, vol 1, Boringhieri, Torino 1967; 394 e segg.
- 8 Tra gli altri, cfr: Chertok L.(1989), *Ipnosi e suggestione*, Laterza, Bari 1990.
- 9 Cfr:Freud S (1895), *Op. cit.*, 436-7.
- 10 *Ibidem*; 437.
- 11 Per un inquadramento delle ricerche di Freud sull'isteria, cfr: Fagioli F., *Il problema dell'identità dello psichiatra nell'ambito della relazione analitica con particolare riferimento al transfert erotico. Da Anna O. ai giorni nostri*. Tesi di laurea in medicina e chirurgia, Università degli studi di Roma "La Sapienza", anno accademico 1988/89.
- 12 Cfr. Freud S. (1896), *L'ereditarietà e l'etiologia delle nevrosi*, OSF, vol 2, Boringhieri, Torino 1967.
- 13 Cfr: Freud S. (1912), *Consigli al medico nel trattamento psicoanalitico*, OSF, vol 6, Boringhieri, Torino 1967; 532 e segg.
- 14 Cfr: Freud S. (1914), *Osservazioni sull'amore di traslazione*, OSF, vol 7, Boringhieri, Torino 1967; 362.
- 15 Cfr: Freud S. (1910), *Le prospettive future della terapia psicoanalitica*, OSF, vol 6, Boringhieri, Torino 1967; 197 e segg.
- 16 A circa trent'anni dall'incidente che aveva travolto l'inconsapevole Breuer nel suo trattamento di Anna O, evidentemente si sentiva ancora il bisogno di raccomandare allo psicoanalista un'estrema vigilanza contro il pericolo di seduzione rappresentato dal corpo della paziente.

- La letteratura sul caso di Anna O, come si sa, è ponderosa. A parte la tesi di laurea su questo argomento, già citata alla nota 11, segnaliamo qui una pubblicazione relativamente recente, che aggiunge nuovi dati alla conoscenza storica del caso, cfr: Ellenberger H. F. (1993), *The story of 'Anna O.': a critical review with new data*. In: *Beyond the Unconscious*. Princeton, NJ: Princeton Univ. Press.
- 17 Cfr. Ellenberger H. F. (1970), *La scoperta dell'inconscio*. Boringhieri, Torino 1976.
 - 18 Per una ricostruzione appassionata dell'ambiente di fine ottocento in cui si svolgeva la ricerca sull'isteria, cfr: A. Fontana, *Introduzione*. In: Bourneville e Regnard (1876-1880), *Tre storie d'isteria*. Marsilio Editori, Padova 1982; 7-54.
 - 19 Cfr: Del Missier G., *L'origine del concetto di tecnica in psicoterapia*. In: Lalli N, Cavaggioni G, Fiori Nastro P. (a cura di), *Il processo terapeutico in psicoterapia*. Edizioni Universitarie Romane, Roma 1994; 187 e segg.; Lago G., *Aspetti psichici del sonnambulismo*. Il sogno della farfalla, V, 3, 1996; 54 e segg.; Roccioletti G., *Il setting psicoanalitico*. Editrice Vecchio Faggio, Chieti 1994; Sneider M., Riggio F., *Lo scontro tra Prince Freud*. Il sogno della farfalla, VII, 4, 1998; 35 e segg.
 - 20 Cfr: L. Chertok (1989), *Op. cit*; 32 e segg.
 - 21 Cfr. P. Levy (1995), *Il virtuale*. Raffaello Cortina Editore, Milano 1997; 17 e segg.
 - 22 Per questa definizione, cfr: P. Levy (1995), *Op. cit*; 5 e segg.
 - 23 Si pensi all'influenza dell'avvento di studi anatomici fin dall'antichità, a questo proposito cfr: Vegetti M, *Il coltello e lo stilo*. Il Saggiatore, Milano 1979.
 - 24 Sulla telemedicina, cfr. la monografia di Telèma "Medicina, Salute, benessere", anno III, estate 1997.
 - 25 Sulla nozione di una *realtà non materiale*, psichica, come derivata da realtà materiali di rapporto, cfr. Fagioli M. (1975), *Psicoanalisi della nascita e castrazione umana*. Nuove Edizioni Romane, Roma 1995 VI; 49-58.
 - 26 Sulla nozione di *immagine interna*, cfr. Fagioli M. (1972), *Istinto di morte e conoscenza*. Nuove Edizioni Romane, Roma 1996 VIII; 97 e segg.
 - 27 La nozione di *immagine corporea*, o di *schema corporeo*, non nuova per la psicoterapia e la psichiatria, potrebbe venirci incontro e rappresentare la chiave per introdurci a queste problematiche. Ad essa andrebbe però affiancata una concezione, nuova, che si interroga



- sull'origine delle immagini interne, psichiche, e rifiutando il pensiero che essa siano innate, le fa derivare da realtà materiali di rapporto vissuto. Cfr: Fagioli M. (1972), *Op. cit.*
- 28 Il tema delle personalità multiple è al centro di un volume relativamente recente. Cfr: Hacking I. (1995), *La riscoperta dell'anima*. Feltrinelli, Milano 1996.
 - 29 Su questo tema, cfr: Turkle S. (1996), *La vita sullo schermo*. Apogeo, Milano 1997.
 - 30 Cfr: Turkle S. (1996), *Op. cit.*
 - 31 L'argomento andrebbe approfondito, qualcosa in proposito si può trovare anche nel già citato Hacking I. (1995), *Op. cit.*
 - 32 Per la nozione di *pulsione di annullamento*, cfr. Fagioli M. (1972), *Op. cit.*; 97 e segg.
 - 33 Tra questi, in particolare, cfr: Gill M. (199), *Psicoanalisi in transizione*. Raffaello Cortina Editore, Milano 1996.
 - 34 Specifichiamo che per *transfert* non si intende qui la ripetizione nella relazione terapeutica di situazioni di rapporto passate, ma tutto quanto concerne il rapporto tra un dato paziente e un dato terapeuta.
 - 35 È quello che si può constatare, per esempio, in un articolo dello stesso Gill, messo recentemente online nell'area di psicoterapia di POL.it a cura di P. Migone. Cfr: Gill M. (1984), *Psicoanalisi e psicoterapia: una revisione*. (<http://www.publinet.it/po1/ital1/10a-Gill.htm>)
 - 36 Cfr: Fagioli M. (1972), *Op. cit.*; 65 e segg.
Partendo dalla questione dell'assenza fisica nella relazione terapeutica (ritardi, spostamenti di sedute, vacanze), l'autore giunge a focalizzare il problema psichico dell'assenza e a ricondurlo a una dinamica pulsionale (fantasia di sparizione) attiva contro l'altro. Egli poi, con la teoria della derivazione biologica, materiale, della realtà psichica umana, che si formerebbe alla nascita per effetto dell'impatto sul neonato della luce e dell'aria, fornisce l'idea di una immagine interna (inconscio mare calmo), come originaria situazione di fusione, che caratterizzerebbe la situazione psichica neonatale.
 - 37 L'idea, sviluppata da Massimo Fagioli, nei Seminari di cura formazione e ricerca dell'Analisi collettiva, si riferisce soprattutto a quella situazione analitica, ma ha i suoi presupposti nel già citato *Istinto di morte e conoscenza*, e può essere applicata anche alla situazione di analisi individuale.
 - 38 Per il concetto di *frustrazione interesse*, cfr: Fagioli M. (1972), *Op. cit.*; 67.



- 39 Cfr. il dibattito seguito alla relazione di Del Missier G., *L'origine del concetto di tecnica in psicoterapia*. In: Lalli N., Cavaggioni G., Fiori Nastro P.(a cura di), *Il processo terapeutico in psicoterapia*. Edizioni Universitarie Romane, Roma 1994; 187 e segg.
- 40 Se è vero che la verbalizzazione rappresenta un momento di relazione in un certo senso evoluta tra gli esseri umani, la realizzazione del linguaggio potrebbe essere ottenuta in modo scisso, a scapito di un mondo interno di immagini e di affetti corrispondente al primo anno di vita del bambino, che è senza parola. Bisognerà dunque chiedersi se ciò che caratterizza la funzione terapeutica non sia il semplice fatto di trasformare i vissuti, le emozioni, le immagini oniriche in parole, bensì il grado di fusione del linguaggio del terapeuta con immagini e affetti profondi. A tale proposito, cfr: Fagioli Marcella, *La parola dell'inconscio. Ipotesi che legano gli studi linguistici alla realtà psichica*. Tesi di laurea in medicina e chirurgia. Università degli studi di Roma, "La Sapienza". Anno accademico 1992-1993.
- 41 Orsucci F, "Morfogenesi e complessità" in *Psiche: Dialoghi tra psicoanalisi, scienze e neuroscienze*, anno V, N. 2, luglio-dicembre 1997.
- 42 Zalusky S, *Telephone analysis: out of sight, but not of mind*, In: "Psychomedia. Memory and telecommunication" ([www.psychomedia.it/pm/telecomm/telephone/Zalusky S2.htm](http://www.psychomedia.it/pm/telecomm/telephone/Zalusky%20.htm)).
- 43 Cfr. Bouvet M., *Variazione tecnica e concetto di distanza*. In: Genovese C (a cura di), *Op. cit.*; pp. 166 e segg.
- 44 *Ibidem*; 167.
- 45 È interessante che Bouvet accompagni la formulazione del concetto di distanza con il rilievo clinico di crisi di depersonalizzazione che possono accompagnare le variazioni della distanza nel corso della terapia. A questo proposito, cfr: Bouvet M, *Depersonalizzazione e relazione oggettuale*. Rel; al XXI Congrès des Psychanalistes de langues romances, Roma 1960. Cfr. anche: Seta A., *Esperienze di derealizzazione in psicoterapia. Ipotesi sul loro significato in relazione a una nuova metodologia*. Il sogno della farfalla, V, 2, 1996; 53 e segg.