

## Riflessioni in pandemia

Stefano Bolognini

La drammatica irruzione della pandemia sulla scena clinica internazionale ha prodotto nei nostri studi professionali un rapido effetto a cascata, simile a quello di un violentissimo temporale che sorprende gruppi di specialisti all'esterno di un convegno, intenti fino a quel momento a discutere fini questioni di teoria e di tecnica; e che, sommersi da una violenta e improvvisa bomba d'acqua, smettono immediatamente di discutere e si rifugiano dove si può, aprendo gli ombrelli e riparandosi sotto alle tettoie.

Così è avvenuto, di fatto, nella maggior parte delle comunità analitiche: le annose controversie sull'accettabilità e praticabilità del lavoro analitico a distanza hanno immediatamente lasciato il posto, nel clima generale da "salviamo il salvabile!", all'unica alternativa realisticamente possibile, perlomeno nelle aree più acutamente flagellate dal morbo.

Si è così proposto ai pazienti di continuare temporaneamente il lavoro a distanza (telefono, Skype, Zoom etc.).

Questi adattamenti sono stati prodotti dal pericolo oggettivo del contagio, e dalla percezione – rivelatasi ben presto dolorosamente realistica – della durata non effimera di questa emergenza: sia gli analisti che i pazienti hanno compreso ben presto che non si sarebbe trattato di una pausa di breve durata, e che non ci si prospettava quindi di sospendere il lavoro analitico per una settimana o due.

La vera alternativa era piuttosto tra il sospendere le sedute a tempo indeterminato, con i presumibili inconvenienti di una interruzione traumatica e di una possibile alterazione del processo e della base relazionale del trattamento, o il trovare invece modalità transitorie – certamente parziali e disagiati rispetto alla seduta tradizionale – di continuare il lavoro per come possibile, adattandosi alla precarietà della situazione.

Insistendo con le metafore ambientali, paragonerei questi aggiustamenti alla soluzione pragmatica di trasferirsi temporaneamente in una tenda da campo durante un periodo di scosse sismiche in cui si debba stare per un certo tempo fuori di casa: una soluzione non ideale, certamente, ma pur sempre vivibile, a patto di non darla per scontata e di esplorarne insieme le condizioni e gli sviluppi interni, per non negarli.

Riguardo poi ai nuovi setting "da campo", che ci siamo trovati ad allestire in quattro e quattr'otto sulla base dell'emergenza, voglio segnalare che vi sono raccomandazioni tecniche molto utili ([\*Recommendations for Psychoanalysts Regarding the Use of Videoconferencing in their Practice system\*](#)):

nel sito IPA riguardo all'analisi a distanza, formulate sulla base delle esperienze condotte negli anni passati con pazienti residenti in aree remote in cui non vi erano analisti a disposizione.

E' però menzionata in esse una raccomandazione cui non abbiamo potuto attenerci, in questa occasione specifica: quella di preparare con molto anticipo il passaggio al nuovo setting.

Come quei colleghi che avevano passeggiato e discusso tranquillamente nel parco del convegno, molti di noi si sono trovati infatti a dover organizzare tempestivamente il cambiamento in

conformità ai decreti governativi urgenti, e ancor più in relazione all'evidenza rapida e subentrante del rischio epidemico concreto (l'equivalente del nubifragio improvviso).

Ci siamo regolati cioè in base al buonsenso e alla cura per la sorte dell'oggetto (il paziente, e il suo trattamento) e di noi stessi, tenendo conto che un "Io di Lavoro" ben temperato non nega né la realtà interna né quella esterna, e le combina nel modo più armonico e utile possibile.

Un altro aspetto – tutt'altro che trascurabile – del quadro complessivo della situazione è dato dall'isolamento dei curanti stessi, che oltretutto hanno dovuto improvvisamente sospendere gli abituali contatti diretti tra di loro (incontri scientifici, scambi clinici, condivisione del disagio professionale) per sostituirli con più telegrafici contatti sui *social* – si è registrato uno scambio molto attivo di *whatsapp* tra colleghi nei primi giorni di adattamento – e con letture per conto proprio.

Penso che la mancanza degli scambi diretti tra noi, inizialmente forse poco avvertita, si stia facendo sentire progressivamente in modo pesante.

Sottolineerei anche un altro versante, talmente macroscopico da poter passare come ovvio: è vero che anche prima di questa disgraziata circostanza condividevamo sempre coi pazienti, più o meno coscientemente o sottotraccia, la comunanza implicita della condizione umana in generale, con momenti discreti di simmetria esperienziale contenuti con sapienza tecnica nel quadro della fondamentale asimmetria del rapporto analitico; ma in questo periodo siamo stati e siamo tutti più evidentemente esposti e coinvolti – come persone oltre che come analisti – nelle ansie della pandemia, e i curanti devono farsi carico della percezione, del contenimento e della condivisione di turbamenti pesantissimi che sono veramente simmetrici a quelli dei pazienti, e che sono innegabilmente reali.

Un compito autoanalitico in più per tutti noi, per non identificarci *in toto* con i pazienti e, al tempo stesso, per non negare onnipotentemente ciò che ci accomuna gli uni agli altri.

Oltretutto, se è vero che i terapeuti sono di solito (sperabilmente!) almeno un po' più solidi dei pazienti nel gestire le ansie, e che nel lavoro analitico devono esserlo ancora di più data la condizione regressiva indotta dalla tecnica di trattamento, pure va messa in conto anche la possibilità di un assorbimento pervasivo e inconsapevole delle proiezioni idealizzanti dei pazienti stessi, volte a presentificare (più che a rappresentare) nel campo un oggetto genitoriale onnipotente ansiolitico; il che non gioverebbe al lavoro analitico.

In altre parole, c'è sempre il rischio che il terapeuta, anche per inconsapevole difesa dalle proprie angosce, finisca per "credere" davvero a queste proiezioni, convertendosi così in una sorta di super-genitore protettivo idealizzato e presente comunque, senza modificare temporaneamente il setting in senso opportuno, un po' come un eroico medico "in missione a qualunque costo", e relativizzando i rischi di contagio.

Vedo che nel dibattito qui organizzato alcuni colleghi hanno difeso con convinzione e in linea di principio la linea di una incontestabilità dell'accesso agli studi analitici in qualunque situazione collettiva, ivi compresa una pandemia di questa elevatissima pericolosità, in nome di un'urgenza paragonabile secondo loro – mi sembra – a quella delle urgenze chirurgiche estremamente gravi.

Mi limito a dire che non condivido la loro opinione, se non riguardo ad un numero realisticamente molto ristretto di casi (vedi le note di Nicolino Rossi in questo stesso dibattito).

Sul piano della tecnica, vorrei segnalare alcuni punti apparentemente secondari, che però non sono tali:

- Se si lavora con il video bilaterale, dobbiamo tener presente che entriamo per la prima volta nel mondo privato concreto del paziente, per lo più la sua abitazione o un suo spazio professionale: quand'anche si tratti di un semplice angolino o di un'anonima parete alle sue spalle, questo implica sempre il rischio di un vissuto d'invasione e richiede rispetto e riconoscimento esplicito della nuova situazione.
- Se si lavora *vis à vis*, sarebbe opportuno mantenere (quando possibile) la nostra abituale collocazione di lavoro, avendo cura però di non protendersi verso lo schermo per non procurare l'"effetto-faccione", che è spiazzante, disturbante, intrusivo e non corrisponde affatto a come il paziente è abituato a vederci quando siede nel nostro studio; meglio usare le cuffie e distanziarsi di almeno un metro dalla videocamera.
- Si può cercare di costruire insieme, caso per caso, la disposizione operativa più adatta per ogni paziente: alcuni preferiscono il saluto a video acceso da ambo le parti, per poi passare al solo audio, riaccendendo il video per il saluto del congedo; altri si trovano meglio tenendo la videocamera accesa e disponendosi di spalle, sdraiati su un divano, come nella stanza di analisi; altri ancora preferiscono il telefono *tout court*. Il criterio della "sartorialità" nella confezione di un setting personalizzato (che, non dimentichiamolo, sarà un setting temporaneo) mostra in questa nuova circostanza una sua innegabile validità.
- Il punto comune a tutte queste situazioni è che non si dovrà auspicabilmente far finta che siano ovvie, "normali" e dovute: saremo in una "tenda da campo", e di ciò dovrà esser lecito e realistico parlare in seduta, senza remore e con franchezza, proprio per consentire il possibile passaggio a livelli più riflessivi e liberi di associazione.

I pazienti, comunque, anche in questo nuovo scenario continuano inevitabilmente a portare il loro mondo interno, i loro vissuti soggettivi, le loro storie, spesso dopo una prima parte della seduta dedicata ad un sommario *report* sulla situazione esterna attuale, modificata, inquietante e piena di incertezze.

Secondo me, molte sedute in questo periodo si articolano in tre tempi abbastanza caratterizzati:

- 1) all'inizio, vengono prodotti commenti "oggettivanti" sulla realtà traumatica attuale.
- 2) segue il recupero di una certa soggettività attraverso considerazioni sul proprio vissuto personale.
- 3) solo in alcune sedute, si realizza il passaggio ad una migliore libertà associativa e ad un contatto con fantasie, ricordi, sogni.

Ci sono poi sedute "speciali", in un certo senso importanti e privilegiate, nelle quali si realizzano passaggi condivisi intensi e integrati, connessi con il profondo e fondativi per il senso di sé. Ebbene sì: può succedere anche a distanza, se si realizzano condizioni intra- ed inter-psichiche occasionali adatte, purtroppo come sempre non programmabili, e comunque abbastanza rare. Ma preziose, e da apprezzare come il momento di verità che l'analisi può consentire quando l'assetto interno è autentico, è solido, e consiste abbastanza nonostante le varianti con cui ci confrontiamo.

**Se desideri inviare un commento clicca [QUI](#)**