

ALCUNE OSSERVAZIONI CLINICHE SUL TRATTAMENTO ANALITICO DA REMOTO IN TEMPI DI COVID-19

La situazione d'emergenza che stiamo attraversando soprattutto in Lombardia ha indotto moltissimi di noi a farsi carico di un atteggiamento di grande e partecipata recettività e di utilizzo di strumenti molto diversi dal nostro abituale setting. Tali strumenti per lo più freddi ed anonimi, vengono usati nelle tele-audio sedute, mettendo tutti noi di fronte ad un'esperienza di grande cambiamento e di altrettanta flessibilità non disgiunta dalle regole imposte dall'esterno. Ognuno ha cercato responsabilmente di valutare le modalità più corrette per affrontare la nuova esperienza. Penso che nel mio caso sia stato importante agli albori dell'epidemia, decidere assieme ai pazienti tempi e modalità del nuovo modo di procedere per non sospendere il trattamento analitico, senza la necessità di ricorrere da parte mia ad un atteggiamento direttivo.

Il coronavirus si è imposto sia fuori che dentro di noi come il "Perturbante," mettendo l'analista ed il paziente sullo stesso piano: due persone abitate dalle stesse angosce di malattia e di morte, in alcuni casi suffragati da lutti per entrambi, che ci hanno violentemente riportato alla vulnerabilità e alla caducità dell'essere umano, come molti hanno sottolineato. Allo stato di emergenza, ansia e stupore, entrambi, paziente e analista, abbiamo risposto all'unisono, ognuno declinando il proprio ruolo, la propria funzione, la propria umanità; ri-scoprendo come la relazione analitica, una volta instaurata, costituisca un punto di reperi fondamentale. Nonostante l'improvvisa e traumatica sospensione delle analisi in studio e la mancanza che ne deriva, non è venuto meno il desiderio libidico di poter ricominciare le sedute sul divano e con esse recuperare uno stato di seppur diversa normalità. Infatti se è vero, come Freud sostiene, che al centro di ciò che riteniamo familiare vi è un nucleo perturbante, alieno a noi stessi, è vero anche il contrario: al centro di tutto quello che ci perturba, a cominciare dalla morte, vi è qualcosa di familiare, di intimo, dove risiede la nostra identità più profonda. Penso che questo si sia tradotto controtransferalmente in un percepirsi alla pari, in un rapporto, specie all'inizio, prevalentemente simmetrico e come tale vissuto insieme attraverso strumenti che pur definendosi "remoti", hanno fatto riscoprire ad entrambi un diverso modo di "stare insieme". Penso che l'analista sia chiamato a contenere gli stati di angoscia intensi propri e dei pazienti, che questo possa richiedere un periodo più o meno lungo di travaglio interno, dove è auspicabile che l'analista attinga agli aspetti più vitali e creativi del proprio Sé. Ritengo che come analisti, benchè provati dall'esperienza emergenziale, siamo in grado di fare spazio dentro di noi agli aspetti più libidici compresa la capacità di guardare avanti con un atteggiamento fiducioso. In questo mi aiuta anche l'essere medico, e in particolare l'esperienza avuta degli ambienti di cura in acuto che contribuiscono a far crescere il mio livello di speranza. La Psicoanalisi non si distingue forse anche per il tasso di speranza che scorre nelle sue vene e che è in grado di trasmettere all'altro? L'analista, attraverso il suo setting interno, riesce a sintonizzarsi con le ansie e le angosce dei pazienti e gradualmente realizzare non solo una maggiore consuetudine con il nuovo strumento, ma contribuire persino a rinforzare il legame libidico. Penso che questo sia più facile se il rapporto analitico dura da più tempo e si è sufficientemente consolidato. Un paziente in analisi a 4 sedute da qualche anno, dopo le

prime difficoltà legate alla mancanza del setting tradizionale, l'assenza del corpo in seduta con la prevalente interruzione dei canali sensoriali e l'emergere in modo sempre più raffinato dell'ascolto, si è dimostrato molto più attento al nostro attuale legame, vivendo e anche esplicitando di frequente il suo desiderio di rincontrarci e, accanto al ritorno dell'attività associativa e sognante, arrivando, lui solitamente molto riservato, ad esprimersi più liberamente. Alcuni pazienti portano dei sogni; non è facile arrivare come in studio ad una loro "sufficiente" buona interpretazione. Ho notato che, specie all'inizio, emergevano resistenze massicce a carico di coloro che collocherei tra i pazienti di tipo prevalentemente schizo-paranoico: la loro paura di sentirsi abusivamente ascoltati, minacciati, ha fatto sì che qualcuno rinunciava a proseguire i trattamenti in video-ascolto in attesa di tempi migliori, altri si sono fortemente legati alla realtà esterna diventandone, persecutoriamente, sgomenti osservatori ed interpreti. Non per questo la comunicazione inconscia fra di noi, il filo rosso del desiderio si è interrotto, preferendo percorrere strade più concrete con qualche enactment che all'inizio si sono tradotte da parte mia in un eloquio più rapido e saturante, quasi a voler negare il forzato distacco attraverso i possibili silenzi. Talvolta è stato necessario adottare un setting esterno più duttile in termini di orari, salto di sedute, onorario. A volte anche per il malfunzionamento degli strumenti video-audio solitamente sovraccarichi, mi sono trovato a chiamare il paziente. Riflettendo sulla primissima fase iniziale dell'uso del remoto penso che la constatazione di una mia maggiore presenza nelle sedute in termini di parole, abbia forse costituito con i pazienti più angosciati l'unico modo che insieme abbiamo avuto per comunicare tra i meandri della realtà e per arrivare solo adesso ad ascoltare, come dice Bion, la musica al di là delle parole. Diventa allora centrale porre attenzione sugli affetti che il paziente evoca nell'analista e sull'atmosfera che si crea in seduta che, se attentamente e sistematicamente considerati, possono gradualmente arrivare a far convergere i punti di vista inizialmente lontani e separati di paziente e analista. Attualmente ho scelto in accordo con i pazienti e fra le diverse opzioni a disposizione, di ricorrere alla sola comunicazione audio, considerando troppo invasiva, disturbante e imbarazzante anche per la presenza dei familiari, la comunicazione video-audio. Per gli altri, tranne due pazienti che hanno chiesto di potermi vedere de visu, ho/abbiamo preferito una comunicazione che col tempo insieme alla immaterialità della situazione, si è rivelata adatta a mantenere seppur parzialmente quell'atteggiamento sospeso, associativo e sognante delle sedute tradizionali. Superati i primi ostacoli dovuti alla novità degli strumenti, del setting, degli aspetti controtransferali legati al sentirsi simmetricamente alla pari del paziente di fronte alla situazione allarmante creatasi e alla conseguente innovazione tra di noi, è stato possibile via via adattarsi ad un setting diverso, più flessibile, adatto ai bisogni sia interni che esterni dei pazienti, pur mantenendo solido il legame analitico. Ad es. un paziente, data l'abitazione piccola e la presenza dei congiunti, ha preferito fare le sedute dalla macchina. Tra i tanti cambiamenti, sull'onda delle difficoltà tecniche che potevano presentarsi, ma anche per una spinta mia spontanea in questo senso, chiamare a volte un paziente, rappresenta una modalità di contenimento dell'ansia che porta a suggellare una alleanza interiore "nuova". Un modo per mostrare un'attenzione diversa, più duttile e nello stesso tempo desiderosa di favorire al meglio il fluire inconscio dei pensieri. A distanza di quasi due mesi, penso che questa "strana" situazione abbia preso un suo andamento; emergono sempre più nei colloqui telefonici i desideri dei pazienti di incontrarci, di riprendere le

sedute come prima, anche se il contesto induce entrambi a considerare che dovremo convivere con il virus ancora a lungo e quindi con tutti gli accorgimenti sanitari conseguenti.

Continuano ad emergere fantasmi ed angosce di morte, anche legate ai modi con cui riprendere la “vecchia” quotidianità della vita, a venire in studio. Molte sono le domande esplicite dei pazienti, il senso di precarietà e di paura di fronte all’ignoto, ben rappresentati in alcuni sogni, in cui riprendere la nostra strada appare anche una situazione piena di pericoli, di esseri invisibili e misteriosi che continuano a minacciare la nostra vita psichica e non. Per taluni è un segno del destino colmo di oscuri presagi, “una punizione divina”, come un dolore acuto che colpisce all’improvviso e non si attenua. E’ proprio questo continuum, il virus letale che si fa psichico, lo psichico che rende intollerabile la realtà concreta così traumatizzatamente cambiata, che rende la prospettiva di ricominciare altrettanto destabilizzante. Adesso è la perdita della protettiva condizione di immaterialità a potenziare fantasie di contagio reciproco. L’uso delle mascherine che qualcuno ipotizza di utilizzare in seduta “imbavaglierà” la nostra comunicazione reciproca?. Al contrario per altri pazienti più connotati in senso depressivo, lo studio viene sentito come contenitore caldo ed accogliente, la mia presenza fisica sufficientemente supportiva e rassicurante. Il riprendere normalmente le sedute viene investito di aspetti salvifici e di speranza, una sorta di “comfort - zone”, di area sicura che controtransferalmente mi spinge a riflettere e a consultarmi anche con colleghi ed amici sul da farsi, mentre si fa strada un desiderio di sicurezza e di pazienza nell’immaginare una strategia interna-esterna di uscita dalla situazione più acuta.