

La relazione analitica in assetto variabile

Sebastiano Anastasi

Un percorso “fuori strada”, osservazioni eccentriche, un confronto con aspetti paradossali: sono alcune condizioni probabili dell’esperienza della cura psicoanalitica ai tempi del coronavirus.

Queste specifiche condizioni possono innanzitutto suscitare una reazione di curiosità che – con tutte le cautele e i dubbi legittimi scaturiti da una messa in discussione così radicale di assetti consolidati – accompagni la nuova esperienza, garantendo la continuità di una relazione analitica, caratterizzata da una costante *partecipazione affettiva* dell’analista alle vicissitudini del paziente.

Ma forse ci sono alcune pre-condizioni di una situazione analitica che si orienti in tal senso: un atteggiamento specifico dell’analista disposto a negoziare le condizioni del setting; valorizzando la domanda del paziente che comprende, usualmente – oltre alla ricerca del significato profondo dei sintomi - anche l’urgenza del soccorso, l’impellenza del riconoscimento della sua sofferenza, il bisogno di condivisione di un profondo senso di solitudine.

In questo modo diventa possibile e pensabile confrontarsi con la realtà variegata della domanda accorata delle persone in carne ed ossa che si rivolgono a noi, nelle circostanze più diverse, e non con il “paziente ideale” capace sempre di adattarsi a determinate condizioni non negoziabili. Penso che il vero rischio che avrebbe corso la comunità psicoanalitica, se non avesse accettato questa sfida, sarebbe stato proprio quello di perdere di vista una domanda che in questi tempi assume una rilevanza specifica e particolarmente carica di elementi originali.

Per onestà intellettuale e chiarezza, voglio precisare che io non ho adottato una posizione univoca (lavoro a Siracusa, in una situazione in cui il quadro epidemiologico è rimasto contenuto, ed ho consultato regolarmente il sito dell’Ordine degli psicologi per verificare di non infrangere la legge). Ho fatto la scelta di parlare e negoziare le condizioni possibili per la prosecuzione del lavoro, con ognuno dei pazienti, man mano che la situazione si andava evolvendo in senso drammatico, determinando reazioni diverse di paura o preoccupazione per se stessi o familiari fragili, facendo anche io delle scelte specifiche in base al tipo di lavoro ed esposizione possibile dei pazienti ad un possibile contagio.

Il risultato è stato un mosaico articolato, sul quale tengo aperte le mie domande giorno dopo giorno, e che non ha avuto come esito la totale sospensione delle sedute in presenza, ma una drastica riduzione di esse (pochi pazienti, prendendo alcuni accorgimenti necessari che penso che possano ridurre il rischio seppur non annullarlo). Per questi pazienti, che hanno manifestato difficoltà a passare ad una modalità diversa di incontro, e che allo stesso tempo

hanno espresso una forte esigenza di continuità del lavoro in corso, ho scelto di prendermi la responsabilità di andare avanti, non negando la preoccupazione, provando a farci i conti.

Un altro gruppo di pazienti ha accettato di sperimentare le nuove modalità possibili di lavoro e finora senza particolari inconvenienti, in qualche caso anzi con una motivazione in più a cercare *condizioni sintoniche*, alimentate innanzitutto da una curiosità condivisa. La cosa più interessante è che non mi pare particolarmente significativa l'incidenza della diversa modalità adottata (solo telefono, skype, videochiamate) essendo prevalente la *tensione relazionale* e la *relativa intensità dei contenuti emotivi messi in campo*.

In alcuni casi particolari questo livello di intensità mi è sembrato che abbia beneficiato del mezzo tecnico utilizzato. Ad esempio nel corso di alcune sedute via telefono – naturalmente con l'ausilio delle cuffie - ho potuto apprezzare l'effetto di campo prodotto dalla possibilità di concentrarsi del tutto sulla voce del paziente (ho pensato: ecco la vera talking cure) e sulla nitidezza emotiva connessa a questa percezione. Ovvero nel corso di alcune sedute via skype, con pazienti in situazione di grave sofferenza, il cui bisogno primario in questa fase è quello di *essere riconosciuti*, “guardati con attenzione”, la possibilità di stare in primo piano diventa un elemento ausiliario; a fronte di questo tipo di opportunità, non viene avvertita una mancanza della presenza che evidentemente può comunque essere sentita anche attraverso l'immagine.

Se avessi rinunciato a seguire da remoto alcuni pazienti che però non era assolutamente possibile continuare a seguire di presenza, o al contrario se avessi rinunciato a seguire di presenza quei pochi pazienti con cui non è stato possibile fare altrimenti, avrei perso l'occasione di cogliere con loro specifici elementi, derivanti dalle particolari e irripetibili condizioni esistenziali di questo tempo, elementi che a volte possono essere considerati come vere e proprie *variabili di una situazione sperimentale*.

Per esempio per un paziente che ha la fobia di spostarsi fuori dal proprio comune di residenza il divieto di farlo ha assunto una valenza specifica di tipo paradossale che ha aperto una grande possibilità di approfondimento sul significato profondo della sua sintomatologia. O per chi avesse una dipendenza che viene messa seriamente in discussione, per motivi di ordine pratico, in questo periodo si aprirebbero spazi preziosi di elaborazione.

Ma soprattutto sarebbe venuta meno la possibilità di condividere sentimenti, in questo periodo a volte insostenibili di solitudine, condivisione che è una parte ineludibile di un lavoro analitico che si preoccupa innanzitutto di trovare modi possibili, per curarsi del dolore psichico del paziente, adattandosi – in un confronto sempre dialettico con il metodo e la teoria – alle circostanze determinate e variabili delle condizioni esistenziali di ciascuno.