

Lockdown e psicoterapia a distanza: come cambia la cura attraverso lo schermo

Maria Martino*, Emanuele Melissa*

**Psicoterapeuta, collaboratore del Centro Ricerca Minotauro*

Riassunto

L'emergenza sanitaria ha imposto una modalità di lavoro a distanza, spesso mai precedentemente adottata e, in taluni casi anche guardata con diffidenza. A quindici psicoterapeuti di diversa esperienza ed orientamento teorico è stata somministrata un'intervista sulle variazioni della relazione, della tecnica e degli obiettivi della cura. L'indagine si è svolta dal 15 al 28 aprile, durante la prima fase del *lockdown*.

Poco più della metà dei pazienti ha accettato il passaggio a sedute a distanza. I fattori che hanno determinato l'interruzione sono stati soprattutto le caratteristiche del paziente, una recente relazione terapeutica o una scarsa motivazione. Gli psicoterapeuti si descrivono come più coinvolti e supportivi, sentendosi chiamati dalla modalità online e dalle circostanze speciali dovute al Covid a una maggiore vicinanza al paziente. In certe situazioni il *lockdown* è stato considerato terapeuticamente positivo perché, pur alimentando reazioni ansiose, ha aiutato alcuni pazienti ad essere più in contatto con i propri vissuti. Tutti gli psicoterapeuti hanno riportato come problema nucleare la mancanza di spazi fisici per il paziente, che non garantiscono uno spazio privato adeguato. È difficile distinguere nelle reazioni il peso della relazione a distanza e quello della drammatica situazione sanitaria.

Parole chiave: *Coronavirus – psicoterapia online – setting*

Un necessario adattamento

L'emergenza per l'epidemia da Covid-19 ha posto tutti i professionisti della cura di fronte alla necessità di gestire a distanza i colloqui psicoterapeutici, costringendo gli psicoterapeuti ad avviare una riflessione sulla riproducibilità online delle proprie pratiche. Il progressivo diffondersi di uno stato d'allerta internazionale, la preoccupazione per la preservazione della salute propria e altrui ed esplicite direttive governative e degli ordini professionali hanno, di

fatto, superato qualunque discorso di scelta soggettiva e portato a una migrazione pressoché totale verso il lavoro online.

Molti colleghi di lunga esperienza clinica e accademica hanno messo a disposizione le proprie riflessioni sull'adattamento del setting al lavoro a distanza. Questi due mesi hanno visto la produzione di articoli, pensieri, webinar, che hanno cercato di comporre una rappresentazione condivisa di questa chiusura forzata.

Diversi sono i consigli pratici sugli aspetti formali del setting a distanza, in particolare nel caso della videochiamata, come uno sfondo sufficientemente neutrale, una stanza che garantisca la privacy e una distanza ottimale dallo schermo (Yeomans, 2020). Goisis (2020), per esempio, ha evidenziato la mancanza di una sala d'attesa, sostituita da un brusco passaggio da una situazione domestica a quella professionale della seduta, sia per i pazienti che per i terapeuti. L'assenza di uno spostamento fisico fra abitazione e studio rende più faticoso l'ingresso nella propria funzione terapeutica. Diversi autori, comunque, invitano ad adattare la psicoterapia alla nuova realtà, mantenendo il legame e agevolando la continuità terapeutica con ogni mezzo, per telefono, in videochiamata o anche con soli messaggi di testo (Lingiardi, Giovanardi, 2020; Madeddu, 2020; Roth, 2020). Nancy McWilliams (2020) sostiene che l'emergenza da Covid-19 ha reso più intimo e informale il suo lavoro. A titolo esemplificativo, pone la sua attenzione sul nuovo senso assunto dalla domanda "come sta?", che i pazienti rivolgono ai loro terapeuti; se prima ci si sarebbe spesi in possibili interpretazioni, adesso assume una diversa accezione, nel quadro di una maggiore reciprocità a cui non si era abituati ma che è giusto accettare: «Tutto ciò che possiamo fare come terapeuti, è di essere onesti rispetto a quanto le cose siano emotivamente difficili in questo momento. La principale consolazione che possiamo offrire ai nostri pazienti, persino in tempo di quarantena, è un'intima connessione con qualcuno che rinunci alle distorsioni difensive di una terrificante, dolorosa realtà».

La psicoanalista israeliana Merav Roth (2020), citando il nome di un gruppo di lavoro della sua società psicoanalitica di appartenenza, parla di "*a wall coming down*". Il muro che cade è quello fra terapeuta e paziente quando vivono una condizione che li costringe a pensare alla propria sicurezza e bisogno di protezione; soprattutto, il paziente ha modo di rendersi conto che il terapeuta sta affrontando a sua volta alcuni notevoli disagi.

Questa idea era già stata sviluppata in differenti situazioni di precarietà economica o profonda conflittualità nel corpo sociale. Come segnala Krzakowski (2020), spesso disordini civili e militari potenzialmente esplosivi non sono riusciti a invadere fisicamente il setting, restando al più nello sfondo delle fantasie condivise dalla diade terapeutica. Il virus ha, invece, la singolare caratteristica di essere invisibile, impalpabile ma potenzialmente

presente nell'accezione più reale e concreta.

A partire da tali riflessioni e dal confronto quotidiano fra colleghi avviato fin dall'inizio del *lockdown*, è sorta la curiosità di indagare i vissuti dei terapeuti alle prese con questo cambiamento.

Obiettivi e metodi dell'indagine

Nel tentativo di uscire da riflessioni auto-riferite e di allargare lo sguardo a ciò che in concreto stanno vivendo gli psicoterapeuti, si è deciso di realizzare un'intervista composta da nove domande aperte che toccano questi temi. Due intervistatori hanno contattato telefonicamente quindici colleghi. Tutte le interviste sono state trascritte e i contenuti sono stati siglati ricorrendo a una griglia creata *ad hoc* che ha permesso di isolare alcuni dati. Tutte le interviste (la traccia è in appendice) sono state effettuate fra il 15 ed il 28 aprile, pertanto quanto riscontrato è da riferire al periodo che include e precede queste date. L'indagine è una raccolta di opinioni in un campione che non pretende di essere rappresentativo, ma si pone l'obiettivo di fornire elementi di discussione su questi temi.

Gli psicoterapeuti intervistati sono 9 donne e 6 uomini, di diversa esperienza e appartenenza. Gli anni di esperienza lavorativa sono stati calcolati a partire dalla data di diploma; laddove il soggetto avesse svolto la propria formazione precedentemente all'entrata in vigore della Legge 56/89 Ossicini, è stato domandato in quale momento avesse effettuato l'iscrizione all'Ordine regionale competente e relativi adempimenti per il riconoscimento della professione. È un dato comune che l'esperienza clinica sia iniziata durante la formazione in psicoterapia o precedentemente. È parso tuttavia sensato individuare una tappa comune nella vita professionale e rilevare il tempo oggettivo da essa trascorso. Il 40% dei terapeuti coinvolti ha un'esperienza che va dagli 1 ai 3 anni; il 33% dai 4 ai 6, il solo 7% dai 7 ai 9 anni. Il 20% ha esperienza ultradecennale.

Tra gli intervistati, 9 terapeuti hanno avuto una formazione psicoanalitica, con una distribuzione piuttosto bilanciata fra declinazioni tradizionali e altre evolutive o relazionali; i 6 restanti hanno invece formazioni sistemico-relazionale, cognitivo comportamentale o costruttivista; due colleghi di questo sottogruppo hanno un orientamento integrato e transculturale. Gli psicoterapeuti a orientamento psicoanalitico hanno tendenzialmente più anni di esperienza, con il 44% compreso nelle fasce 7-9 anni e ultradecennale.

Risultati

Il 54% dei pazienti ha accettato di passare a colloqui online, con percentuali non dissimili fra psicoterapeuti di diversi orientamenti. La percentuale più alta (62%) di passaggio alla

terapia a distanza è dichiarata dagli psicoterapeuti con esperienza più ridotta, mentre è inferiore per i più esperti (35%). Il 40% dei terapeuti ha dichiarato di aver mantenuto oltre il 60% delle prese in carico successivamente al *lockdown*.

La maggior parte degli psicoterapeuti intervistati si occupa di tardo-adolescenti, giovani adulti e adulti. La fascia di età più rappresentata tra i pazienti è quella dai 18 ai 30 anni (38%). I pazienti adulti sono il 32% e la fascia di età 11-17 anni dal 14% al 19%, mentre le due fasce più giovani, dai 6 ai 10 anni e da 0 a 5, sono trattate da meno del 10% dei terapeuti. Vi sono più difficoltà nell'estendere il lavoro online a bambini e preadolescenti.

Le difficoltà degli psicoterapeuti nell'adattarsi a questo passaggio non riguardano tanto la padronanza tecnologica necessaria a vivere serenamente il lavoro online, quanto aspetti decisionali legati alla direzione della cura, influenzati dal peculiare stato contingente di isolamento e attesa costante di ulteriori cambiamenti.

Come sostiene Samy (2020), non è semplice spostare il lavoro online e in alcuni casi è pressoché impossibile, come per le terapie basate essenzialmente su sedute di gioco, o per pazienti molto gravi e con un funzionamento simbolico povero. Le sedute sono più faticose, fisicamente e mentalmente, anche se in alcuni casi la distanza ha sbloccato una quota di timidezza che invece era presente nella terapia di persona.

Gli psicoterapeuti hanno rilevato nei pazienti un aumento di ansie e anche di angosce persecutorie, conformemente a quanto osservato in alcune popolazioni asiatiche già dalla seconda metà di marzo (Zhou, Snoswell, Harding et al., 2020). Ciò ha favorito uno spostamento dei loro interventi in una direzione più supportiva, giustificata anche con la necessità di prendere un tempo per «rimandare al lavoro di persona sviluppi più cruciali». Altri psicoterapeuti, invece, hanno rilevato come questo periodo sia stato per molti un momento in cui spogliarsi di meccanismi e sovrastrutture difensive della vita quotidiana, spesso frenetica; una circostanza del tutto straordinaria in cui il contatto il proprio mondo interno si è amplificato, con un nuovo spazio per una maggiore riflessione. In particolare, alcuni psicoterapeuti di orientamento psicoanalitico hanno notato come, nelle psicoterapie che sono state gestite con la sola chiamata vocale per pazienti abituati a un setting *vis à vis*, si sia creata una situazione molto simile al setting con il lettino. La mancanza di stimoli visivi intersoggettivi avrebbe favorito un maggiore rivolgimento dell'attenzione del paziente al proprio flusso associativo e a fantasie altrimenti più difficilmente ritrovabili.

Dove la relazione terapeutica era salda e consolidata nel tempo, la proposta di proseguire a distanza la terapia è stata più facilmente accolta. Nei casi in cui l'alleanza era fragile, perché sorretta da scarsa motivazione al trattamento o non ancora consolidata per limiti temporali o per setting di consultazione, vi sono state sospensioni della terapia o veri e propri *dropout*.

La sensazione è che l'annuncio dell'entrata in un periodo di quarantena abbia precipitato gli sviluppi di diverse prese in carico, tanto in un'accezione di maggiore impegno e aderenza alla terapia da parte di alcuni pazienti, quanto spingendo altri a interrompere il percorso avviato.

Un altro punto toccato dall'intervista riguarda la modifica della distanza tra paziente e terapeuta e anche in questo caso c'è una certa omogeneità nelle risposte. Il 60% afferma di essersi sbilanciato verso una maggiore vicinanza al paziente durante la seduta, con un maggior coinvolgimento personale. Ciò non si limita alla reciproca esposizione di parti di sé altrimenti celate, come in molti casi in cui ogni membro della diade vede attraverso il monitor spazi privati dell'altro, o vi sono eventuali irruzioni nella stanza da parte di animali domestici. La maggior parte dei terapeuti descrive un diverso modo di lavorare in seduta; si sentono chiamati a essere più presenti, a dare rimandi con interventi più frequenti.

Nel lavoro online è più difficile e faticoso vivere e leggere il silenzio, sostenerlo e farne emergere il senso, con una conseguente tendenza a saturarlo, anche per evitare che l'interlocutore pensi che si sia interrotta la connessione. Il dato sulla riduzione della distanza relazionale abituale è più accentuato nel sottogruppo ad orientamento psicoanalitico. Alcuni psicoterapeuti hanno suggerito che la vicinanza ai pazienti sia aumentata non tanto per lo strumento adottato, quanto per la situazione contingente, che porterebbe nella sessione terapeutica anche l'angoscia di morte del terapeuta, al di là del ruolo, il che comporterebbe uno sforzo aggiuntivo nello stare con l'altro senza restare travolto dall'impatto emotivo del momento.

La metà degli psicoterapeuti non aveva mai condotto sedute al telefono o in videochiamata precedentemente al *lockdown*; l'altra metà si divide fra chi ha condotto un numero ridotto di prese in carico per un periodo compreso fra i sei mesi e un anno e chi ha solo saltuariamente fatto ricorso a tale possibilità per eventi eccezionali. Questa scarsa familiarità non permette dunque di isolare con chiarezza cosa possa essere strettamente legato all'adozione del setting a distanza e cosa alla particolare condizione condivisa attualmente da pazienti e terapeuti, poiché non è stato possibile confrontare l'andamento di una presa in carico a distanza prima delle misure restrittive e dopo la loro introduzione.

È plausibile che la possibilità da parte dei terapeuti di vedere attraverso una sorta di finestra negli spazi domestici del paziente, e viceversa, introduca vissuti transferali di intrusione in entrambe le direzioni (Roth, 2020). Un quarto degli psicoterapeuti ha riscontrato vissuti intrusivi nei pazienti nelle videochiamate, soprattutto legati al timore di mostrare alcuni aspetti della propria intimità domestica o ad una sorta di imbarazzo nel sentire lo sguardo del terapeuta su di sé senza essere presenti nella stessa stanza. Un terzo degli psicoterapeuti

ha anche riferito di aver provato un vissuto di intrusione, soprattutto all'inizio del passaggio al nuovo setting: per l'esposizione di una parte del proprio ambiente domestico, per quanto adattato al nuovo utilizzo lavorativo; per l'aumentata labilità di confini fra la propria sfera privata e il lavoro con i pazienti; e infine per il timore che l'intimità del *setting* venisse violata in qualche modo da familiari.

Il 33% degli psicoterapeuti, soprattutto ad orientamento psicoanalitico, ha anche riferito qualche difficoltà delle famiglie dei pazienti nel rispettare lo spazio della terapia, con irruzioni nella stanza nella quale il paziente era in collegamento, oppure con atteggiamenti più o meno espliciti di squalifica del tempo dedicato a tale attività, talvolta veicolato da richieste improrogabili coincidenti con i momenti destinati alla seduta.

Una condizione di stallo e attesa ha permeato quasi tutti i settori della società nelle prime settimane dell'entrata in vigore delle restrizioni. È stato domandato agli intervistati quanto ciò trovasse corrispondenza nell'andamento delle terapie. Il campione si è sostanzialmente diviso in tre parti: il 27% ha avvertito una franca stagnazione del lavoro in seduta, il 40% lieve o circoscritta ad alcuni casi, mentre il 33% non ha constatato nessun rallentamento, sottolineando anzi, in qualche caso, una certa ripresa dell'elaborazione e avanzamenti inaspettati. Dividendo il campione dei due sottogruppi la distanza si divarica, e troviamo che nel sottogruppo psicoanalitico solo 1 terapeuta su 9 ha avvertito nettamente uno stallo, mentre i restanti si dividono esattamente fra chi rileva un blando rallentamento generico e chi non ha avvertito alcun effetto simile.

Più terapeuti hanno riferito, soprattutto nelle prime settimane di chiusura, di aver provato una sorta di letargia che li ha resi molto meno recettivi rispetto ai pazienti e ridotto le proprie libere associazioni durante la seduta, una sorta di reazione inibitoria per l'iniziale spaesamento di ricevere il paziente attraverso uno schermo.

Più colleghi hanno desiderato porre all'attenzione della comunità professionale due questioni importanti del loro lavoro clinico, esacerbatesi a seguito del *lockdown*.

La prima riguarda la condizione di donne che, precedentemente alle misure restrittive, avevano iniziato una presa di consapevolezza delle dinamiche maltrattanti subite dal partner. Queste pazienti si sono ritrovate a dover convivere forzatamente con compagni dai quali avevano iniziato a prendere le distanze, nel proprio mondo interno e nella fattualità intersoggettiva. Esse hanno vissuto una maggior pressione ambientale per l'impossibilità sostanziale di cambiare la propria situazione entro breve tempo e, frequentemente, l'acuirsi delle dinamiche conflittuali e violente in cui già erano coinvolte.

La seconda questione è riferita alle realtà abitative dei pazienti. Dagli adolescenti agli adulti, è evidente che la disponibilità di propri spazi materiali si riflette in una migliore e più

agevole aderenza al trattamento e un coinvolgimento più approfondito nella terapia. Questo dato qualitativo emerso dalle interviste di molti colleghi, fa luce su un elemento di realtà talvolta poco indagato. In una condizione straordinaria come quella attuale esso risalta invece nelle sue implicazioni più strettamente psicologiche.

I cambiamenti più evidenti nel lavoro clinico online sono naturalmente quelli relativi al *setting*. L'inutilizzabilità fisica dello studio ha portato gli psicoterapeuti a confrontarsi con adattamenti logistici e psicologici delle proprie abitudini di lavoro. Molti hanno faticato non solo nel passaggio materiale alle sedute online, per la maggiore stanchezza lavorando davanti ad uno schermo, o per le latenze della connessione. Ha avuto anche rilevanza la mancanza di uno stacco tra vita domestica e lavorativa. Il tragitto dalla propria abitazione allo studio favoriva infatti un graduale ingresso in un assetto mentale, il predisporre ad una posizione terapeutica di attenzione. Le circostanze attuali avrebbero dunque fatto venir meno una certa separazione tra spazio terapeutico e spazio privato.

Tema predominante in tutte le interviste è stato quello della *privacy*, che ha condizionato a catena tanti altri fattori della terapia e del *setting*. Tale difficoltà è strettamente correlata alle misure restrittive vigenti e decisamente meno al lavoro online. Sono molti i pazienti che hanno avuto importanti disagi nel trovare uno spazio in cui poter contattare il proprio terapeuta. Il problema, dunque, non sembra essere stato il passaggio alla modalità a distanza; se mai questo ha evidenziato la mancanza reale di uno spazio sicuro e privato. Molti sono infatti i pazienti che condividono con familiari, partner o coinquilini spazi domestici molto ridotti, oppure che si sono trovati ad occuparsi dei propri figli per la maggior parte della giornata, faticando a ritagliarsi uno spazio proprio.

Ciò si è tradotto in alcuni casi nella sospensione della terapia, in altri nella richiesta di maggiore flessibilità da parte del terapeuta. In più interviste vengono raccontati *setting* "di emergenza", con i pazienti seduti nella propria automobile; ancora, frequentemente è stato richiesto di venir chiamati in un preciso momento, approfittando della passeggiata con il cane o della temporanea solitudine mentre il partner usciva di casa per varie commissioni. Il periodo ha quindi richiesto che i terapeuti fossero molto disponibili, cercando di andare incontro alle necessità del singolo paziente, al di là della significatività che pure assumono ad uno sguardo superficiale i vari ostacoli vissuti dai pazienti nel ritagliarsi l'intimità necessaria a svolgere la seduta.

Analizzando nel dettaglio l'effettiva variazione rispetto a parametri oggettivi, quali la frequenza, la puntualità e la richiesta di spostamenti delle sedute, il 60% dei terapeuti ha visto variazioni di media entità nella frequenza delle sedute, nel senso di una maggior numero di giorni tra una e l'altra. Puntualità e richieste di spostamento di orario e giorno si attestano

rispettivamente al 27% e al 53%. Alcuni pazienti, d'altra parte, sono diventati più puntuali o hanno individuato un giorno e un orario fisso migliori grazie all'aumento di tempo libero a disposizione e all'assenza di spostamenti durante la giornata.

La metà degli psicoterapeuti ritiene che il proprio modello teorico-clinico abbia caratteristiche che ben si adattano alla terapia a distanza, mentre circa un terzo trova che essa non abbia giocato un ruolo rilevante; i restanti esprimono una debole influenza positiva di qualche aspetto secondario.

Gli psicoterapeuti ad orientamento psicoanalitico hanno invece riscontrato una maggior necessità di ritrattare aspetti prima imprescindibili del proprio modo di lavorare, con una minore adattabilità. Il 44% di questi colleghi ha comunque trovato che alcuni elementi, quali la grande attenzione per gli stati più primitivi della mente e la focalizzazione sulla parola, siano facilitanti per una terapia che si svolga senza la copresenza fisica di paziente e terapeuta.

Questo dato va considerato come possibile punto di partenza per altri interrogativi, ad esempio, in quale misura esso risenta del grado di identificazione del professionista con la teoria entro la quale si è formato, quanto sia il peso di precedenti esperienze di terapia a distanza effettuate o quanto concezioni meno tradizionali del setting riducano l'importanza degli aspetti formali. Per quanto riguarda gli ultimi due punti, i dati suggerirebbero una maggiore influenza di una formazione recente, piuttosto che di precedenti esperienze di lavoro a distanza: il sottogruppo misto differisce da quello psicoanalitico per una minor distanza dal termine della formazione in psicoterapia mentre aveva meno familiarità con le sedute in videochiamata.

Vantaggi e svantaggi

Tra i vantaggi che molti hanno scoperto nel lavoro online, riferendosi in particolare a questo periodo, viene trasversalmente riconosciuta la possibilità di mantenere un buon livello di lavoro per psicoterapie che altrimenti si sarebbero fermate e, in alcuni casi, forse precocemente terminate. Più di un collega pensa di ricorrere anche in futuro all'uso di videochiamate nel caso vi siano cambiamenti temporanei o permanenti della vita del paziente, come interventi medici e trasferimenti per studio o lavoro. Altri vedono ora accettabile l'avvio di nuove prese in carico con persone residenti in comuni molto lontani senza essersi mai fisicamente incontrati.

Un altro punto di forza inatteso del lavoro a distanza è stato vedere con i propri occhi aspetti concreti della vita del paziente, la sua abitazione o la sua camera, gli effetti personali che non di rado desidera mostrare. Molti hanno apprezzato l'ottimizzazione di tempi e spazi,

tanto per il terapeuta quanto per i pazienti, che la terapia online consente. Questo è un parere che converge con quanto scritto in alcune recenti pubblicazioni specialistiche, che sottolineano peraltro come l'intensificazione dell'attività psicoterapeutica a distanza potrebbe ridurre i costi, azzerare lontananze o barriere e migliorare l'accesso di chi vive condizioni di ritiro sociale (Apolinario-Hagen, Tasseit, 2015). D'altra parte, in alcune pubblicazioni sul tema della psicoterapia a distanza è stato posto l'accento sulla necessità di valutare attentamente le caratteristiche del paziente prima di proporre la presa in carico a distanza; tra queste, hanno particolare rilevanza lo stile di attaccamento e il rischio di agiti auto o eteroaggressivi (Apolinario-Hagen, Tasseit, 2015; Wright, Caudill, 2020).

Più specificamente allo stato di emergenza, alcuni sostengono che molte persone, potendo ricorrere meno alle proprie compensazioni nella socialità e nelle incombenze quotidiane, siano state costrette a confrontarsi maggiormente con le difficoltà che le hanno condotte in terapia; ciò avrebbe accelerato percorsi che altrimenti sarebbero proseguiti ad un passo più lento.

Un collega ha notato nei pazienti un maggiore spostamento sulla verbalizzazione dettagliata dei propri stati interni. Nel tentativo di colmare una maggiore distanza percepita, molti avrebbero avvertito le necessità di spiegare con più precisione il proprio vissuto nel qui ed ora. Questo, a suo parere, ha però assunto una duplice valenza; è stato un passaggio molto positivo per pazienti prima poco mentalizzanti, ma ha esasperato la tendenza intellettualizzante di altri pazienti.

Altri professionisti hanno posto l'accento sulla resilienza dimostrata da sé stessi e dai pazienti nell'adattarsi a questo improvviso cambiamento. È stata un'occasione di miglioramento e riprova della bontà della relazione terapeutica, anche in vista della ripresa del lavoro nelle condizioni abituali. Minore è l'accordo sull'aumento dell'alleanza nelle prese in carico familiari, dato che in più protocolli sono state riferite maggiori complicazioni proprio nelle terapie di coppie e famiglie, per le quali il setting a distanza pare abbia reso più problematica la gestione della cura.

L'aumento del tempo passato al computer quotidianamente ha portato più professionisti a sentire affaticamento e stanchezza in misura superiore al lavoro in studio. C'è anche chi ha sottolineato come la condizione abitativa di molti giovani psicologi mal si presti ad adattare locali della propria casa ad un'attività lavorativa stabile, che garantisca sufficiente tranquillità al professionista e al paziente.

Infine, è stata sollevata anche una questione economica, nei termini di un'obiettivo riduzione delle proprie prese in carico e delle ridotte entrate nei pazienti che non hanno potuto proseguire la propria attività lavorativa, dato quest'ultimo che allarma circa la sostenibilità dei

costi delle terapie alle condizioni precedenti allo stato di emergenza.

Conclusioni

Concludendo questa indagine sulla psicoterapia a distanza durante l'emergenza da Covid-19, è doveroso ricordare che i dati qui discussi sono stati raccolti nelle settimane fra il 15 ed il 28 aprile, nella seconda metà della prima fase della gestione emergenziale. Svolgere le interviste in un intervallo temporale più ampio avrebbe reso possibile delle analisi più approfondite del periodo, soprattutto alla luce di ulteriori e plausibili cambiamenti che l'ingresso nella seconda fase potrebbe provocare nelle terapie. A tal proposito, sarebbe molto utile poter interrogare lo stesso campione rispetto ad un futuro ritorno negli studi coi propri pazienti, indagando sugli stessi parametri alla luce del nuovo distanziamento relazionale "in presenza" che verrà richiesto dalle disposizioni governative.

Il confronto fra sottogruppi definiti dall'orientamento teorico o dall'esperienza, che pur ha messo in luce differenze quantomeno suggestive, avrebbe beneficiato di un maggior numero di soggetti. Sarebbe stato possibile isolare sottogruppi molto più omogenei e rendere più consistenti le considerazioni fin qui esposte.

La somministrazione di un'intervista, in luogo di un questionario di domande a scelta multipla, ha comunque permesso di raccogliere molte informazioni qualitative altrimenti difficilmente indagabili e organizzabili; ciò ha sicuramente aumentato le possibilità di errore nella classificazione delle risposte, ma le siglature dei quindici protocolli, svolte isolatamente da entrambi gli intervistatori, una volta confrontate hanno mostrato un buon grado di concordanza, sufficiente ad affidarsi con le dovute cautele a quanto rinvenuto.

È importante ricordare, inoltre, che è arduo stabilire quanto alcuni cambiamenti nei contenuti e nei processi, che i terapeuti hanno rilevato, risentano più della condizione emergenziale o della novità del setting a distanza.

Un recente articolo di Afjes-van Doorn, Békés e Prout (2020), ha cercato di sondare, oltre ad alcuni aspetti qui affrontati, anche questa dimensione. Nello specifico, attraverso un questionario online a scelta multipla, i ricercatori hanno raccolto le opinioni di 141 terapeuti riguardo all'impatto sull'alleanza di lavoro e sulla relazione con il paziente; in particolar modo si sono focalizzati sui loro vissuti rispetto l'utilizzo della video terapia, della tecnologia in generale e la propensione ad usare in futuro lo stesso strumento online. Una minoranza ha riportato esperienze simili a quelle elencate nelle sezioni precedenti, quali un aumentato rischio di distrazione, sia da parte del terapeuta che del paziente, e maggiori difficoltà a leggere le emozioni ed entrare in un assetto empatico.

Il campione di riferimento di tale studio, rispetto a quello trattato nel nostro articolo, era

mediamente più anziano dal punto di vista anagrafico e professionale, con un'età media di 46 anni e il 66% dei terapeuti con più di nove anni di esperienza clinica. Inoltre, il periodo di raccolta del questionario è antecedente a quello finora considerato, dal 25 al 30 marzo, suggerendo una corrispondente minor familiarità con il nuovo setting. Secondo quanto rinvenuto dai ricercatori, tuttavia, l'insicurezza nel condurre la video terapia è stata modulata soprattutto da caratteristiche quali l'età del clinico e gli anni di esperienza pregressa, e si manifesta in continuità con ansietà legate al ruolo percepite anche nelle terapie in studio.

Sebbene la maggior parte dei clinici abbia espresso un giudizio favorevole sull'esperienza della videoterapia, essi concordano comunque nel ritenerla meno efficace di quella svolta in presenza. È minore l'autenticità percepita ed è impressione diffusa che ne risenta la comunicazione sul piano emotivo. È rimasta invece invariata la percezione della relazione intersoggettiva fra terapeuta e paziente, il che lascerebbe supporre che sia un aspetto terapeutico stabile o che la condizione emergenziale abbia avuto un impatto positivo e avvicinato terapeuta e paziente rispetto alla condivisione di una stessa situazione, conformemente a quanto auspicato da McWilliams (2020).

Concludendo su questo aspetto, si riporta uno stimolo molto interessante avanzato da un collega durante l'intervista. Non pochi pazienti hanno assunto un ruolo più attivo, talvolta consapevolmente, nel preservare il proprio spazio terapeutico, garantendone la continuità anche a costo di un considerevole sforzo in termini economici e di adattamento delle proprie esigenze. È come se vi fosse stato un moto di responsabilizzazione e protezione di un oggetto complesso "terapia-terapeuta", in parte riducendo l'abituale delega verso il terapeuta del mantenimento del setting e del contratto terapeutico, e l'asimmetria che ne consegue. È un aspetto molto interessante, che apre ad interrogativi sulla percezione che il terapeuta ha del paziente e dei rispettivi ruoli, e di come questi vadano considerati strettamente complementari.

Bibliografia e videografia

Aafjes-van Doorn K., Békés V., Prout T. A. (2020). Grappling with our therapeutic relationship and professional self-doubt during COVID-19: will we use video therapy again?. *Counselling Psychology Quarterly*, vol. 33, 1, 1-12

Apolinario-Hagen J. A., Tasseit S. (2015). Access to Psychotherapy in the Era of Web 2.0 – New Media, Old Inequalities?. *International Journal of Health Profession*, 2, 2, 119-129.

Goisis P.R. (2020). Dottore mi sente? Terapeuti e pazienti sul filo della rete. *Canale YouTube dell'Ordine degli Psicologi della Lombardia*, https://www.youtube.com/watch?v=hRVe6_CxJuc

Krzakowski P. (2020). Covid on the couch?. *IPA-Forum*, https://www.ipa.world/IPA/en/News/corona_papers.aspx

Lingiardi V., Giovanardi G. (2020). Terapie e terapeuti on line. *Il Sole 24 Ore*, <https://www.ilsole24ore.com/art/terapie-e-terapeuti-on-line-ADG4lvG>

Madeddu F. (2020). Fabio Madeddu #lopsicologotaiuta. *Canale YouTube dell'Ordine degli Psicologi della Lombardia*, <https://www.youtube.com/watch?v=klzfbdu44s>

McWilliams N. (2020). Psicoterapia durante una pandemia – Una lettera da Nancy McWilliams. *Blog dell'Ordine degli Psicologi della Regione Siciliana*, <https://www.oprs.it/psicoterapia-durante-una-pandemia-nancy-mcwilliams/>

Roth M. (2020). Transference in the time of Corona. https://www.ipa.world/IPA/en/News/corona_papers.aspx

Samy M. (2020). Psychoanalysis in the times of Covid-19. https://www.ipa.world/IPA/en/News/corona_papers.aspx

Wright J. H., Caudill R. (2020). Remote Treatment Delivery in Response to the Covid-19 Pandemic. *Psychotherapy and Psychosomatics*. Vol. 89, n. 3, 1-3

Yeomans F. (2020). Frank Yeomans #lopsicologotaiuta. *Canale YouTube dell'Ordine degli Psicologi della Lombardia*, <https://www.youtube.com/watch?v=bzJVwG3NIBq>

Zhou X., Snoswell C. L., Harding L.E. et al. (2020). The role of Telehealth in Reducing the Mental Health Burden from COVID-19. *Telemedicine and e-Health*, vol. 26, n. 4, 377-379.

Appendice

Traccia dell'intervista

Raccolta di informazioni generali:

- Orientamento teorico;
- Anni di esperienza sul campo;
- Fascia di età, genere, tipologia di pazienti e di presa in carico;
- Stima percentuale di pazienti che hanno accettato il proseguimento a distanza della terapia;
- Numero di prese in carico a distanza precedenti al *lockdown* e loro durata.

1. Percepisce uno spostamento sensibile nel suo lavoro con i pazienti lungo il continuum espressivo-supportivo nel passaggio al lavoro a distanza?

2. Ha l'impressione che tematiche ansiose o persecutorie siano aumentate da quando è iniziato il *lockdown*? Se sì, le riscontra in tutti i suoi pazienti o solo in alcuni?

3. Ha avuto l'impressione che alcuni pazienti esperissero vissuti intrusivi lavorando in videochiamata? E al telefono? (*per chi non effettua videochiamate dallo stesso studio in cui è solito ricevere*) Ha avuto in prima persona vissuti intrusivi o imbarazzo rispetto ad eventuali domande sullo spazio che i pazienti avevano modo di vedere dalla webcam?

4. Percepisce maggiori difficoltà nel mantenere con il paziente la distanza ottimale alla quale è abituato? Se sì, in difetto o in eccesso?

5. Le sembra che i pazienti faticino a ricreare il clima intimo abituale della vostra relazione terapeutica? Vale per tutti o solo per alcuni? Ha riscontrato maggiori difficoltà nelle loro famiglie a rispettare l'esistenza di questo spazio personale?

6. È significativamente cambiata la frequenza delle sedute con i suoi pazienti? Se sì, con quali? E altri aspetti come la puntualità, ad esempio, o la richiesta di spostamenti e rinvii?

7. Trova che il suo modello terapeutico di riferimento abbia facilitato il passaggio al setting a distanza?

8. Quali pazienti le sembra abbiano avuto più resistenze ad accettare il lavoro a distanza?

9. È un momento storico in cui tutto è fermo e sospeso. Ha avuto la percezione di una traduzione dello stallo esterno anche all'interno dei percorsi di terapia?

10. Se lo desidera, può aggiungere un contributo personale rispetto ai temi che l'intervista non ha toccato.

(*Se non sono stati precedentemente esplicitati*) quali sono i vantaggi e gli svantaggi dell'attuale lavoro online?