Costruttivismi, 2: 78-87, 2015
Copyright @ AIPPC
ISSN: 2280-9597
DOI: 10.23826/2015.01.078.087

aippc
COSTRUTTIVISMI
ISNN 2280-9597
Rivista semestrale edita dalla
Associazione Italiana di Psicologia e Psicoterapia Costruttivista

Quando la relazione è online. Riflessioni su sedute terapeutiche via Skype

Sabrina Cipolletta
Dipartimento di Psicologia Generale, Università di Padova

Scopo di questo articolo è aprire uno spazio di riflessione su alcune questioni legate allo svolgimento di sedute di psicoterapia via Skype. A partire dall'analisi di tre situazioni cliniche, mi interrogherò su come cambia la presenza nella relazione terapeutica quando questa è online. Affronterò la questione nei termini di come un nuovo mezzo di comunicazione, la videoconferenza, si inserisca nel processo terapeutico piuttosto che nei termini di una contrapposizione tra terapia online e offline. In questo modo evidenzierò come ciò che accade nella conversazione dipende più dal tipo di relazione terapeutica instaurata che dal mezzo utilizzato.

Parole chiave: *costruttivismo, presenza, psicoterapia online, relazione, videoconferenza*

Le nuove tecnologie sono entrate con forza nella nostra vita e fanno ormai parte della nostra quotidianità. Come dicono Fenichel et al. (2002): "Gli uomini sono creature curiose. Quando incontrano delle barriere, cercano tutti i possibili modi per aggirarle, soprattutto quando queste barriere riguardano la comunicazione." (p. 486) Internet ha superato alcuni dei limiti dei tradizionali mezzi di comunicazione: in rete ci conosciamo e ci incontriamo, cooperiamo e litighiamo, cerchiamo luoghi, numeri telefonici e informazioni di ogni genere, accedendo a un sapere sconfinato, che si estende a ragnatela in tutto il mondo, "*world wide web*" (www) appunto. Disponiamo di apparecchi elettronici di ogni genere: smarthphone, tablet, e-reader e computer sono costantemente davanti ai nostri occhi e occupano le nostre mani, spesso sostituendosi allo sguardo e al contatto diretto tra le persone, come quando in viaggio ognuno è incollato al proprio schermo e non si guarda neanche attorno.

Come psicoterapeuta ho cominciato a interrogarmi su come potessi far rientrare nella mia pratica clinica tutti questi cambiamenti. Se, da una parte, infatti, le nuove tecnologie possono aumentare la distanza tra la persone, sostituendosi all'incontro "dal vivo", dall'altra, possono favorire la vicinanza, permettendo di superare, ad esempio, le barriere poste dalla distanza geografica, dai limiti di tempo o dalla paura del contatto. Come fare, ad esempio, con un paziente che viene da lontano e non riesce più, o non più con continuità, a recarsi all'appuntamento? Come fare con un paziente che non ha tempo o ha paura di recarsi nel nostro studio? I motivi possono essere i più svariati (una gravidanza a rischio, un trasferimento, un cambiamento di lavoro o timori di vario genere), ma il risultato non cambia. Dobbiamo por-

ci la domanda se offrire un'alternativa o sospendere la terapia. Chiarisco subito che non credo che la terapia vada portata avanti a tutti i costi perché non ritengo a priori che essa sia la soluzione più utile per tutti e in tutte le condizioni. Coerentemente con l'ottica costruttivista che abbraccio, ritengo che sia da ricercare la soluzione migliore per ogni persona ed è da questa premessa che parto nel fare le considerazioni che seguono.

Come sarà risultato evidente dagli argomenti sin qui introdotti, in questo articolo prenderò in considerazione la questione della psicoterapia online come complementare a quella offline e mi focalizzerò in particolare su come cambia la relazione terapeutica quando è online, ma prima presenterò brevemente il più ampio scenario dei diversi interventi di psicoterapia online, facendo una rapida panoramica di alcuni dei numerosi contributi in merito.

La psicoterapia online

La psicoterapia online è un intervento terapeutico offerto da un professionista della salute mentale che si realizza tramite l'uso di sms, e-mail, chat, forum, audio e video-conferenza. Può essere sia individuale che di gruppo, sincrona o asincrona, automatizzata o interpersonale (Barak & Grohol, 2011; Suler, 2000).

Il mezzo attualmente più utilizzato e studiato è l'e-mail, che introduce delle evidenti novità nella relazione terapeutica. Nella comunicazione scritta, infatti, si perdono quei segnali della comunicazione non verbale che sono così importanti in una relazione, ma la scrittura offre una serie di possibilità che permettono comunque di connotare il testo in termini relazionali, soprattutto quando i codici e le convenzioni della lingua scritta vengono "oralizzati" (Rivoltella, 2003). La punteggiatura diventa espressiva con l'uso di punti esclamativi, interrogativi o entrambi, che permettono di attribuire una speciale intonazione all'enunciato; le parole possono essere scritte in maiuscolo o barrate, a seconda che si voglia esprimere rabbia o timore; gli accenti, i modi di dire locali e dialettali vengono utilizzati per enfatizzare l'enunciato rispetto al resto della conversazione; il linguaggio è più informale per creare un clima più caldo e familiare (Paccagnella, 2000); le vocali si moltiplicano (es. Ciaooo!!!) specialmente se chi scrive è più abile nella comunicazione mediatica (Rivoltella 2003); gli emoticon (parentesi utilizzate per rappresentare il linguaggio del corpo) o le componenti sub vocali del dialogo (es. Sigh!), asterischi e apostrofi trasmettono l'espressione e l'emozione associata al messaggio (Fenichel et al., 2002).

Come per la terapia narrativa, scrivere in un blog, dopo un evento traumatico, può essere usato per aiutare le persone a definire la gerarchia dei propri bisogni e personalizzare così il percorso terapeutico (Barak & Grohol, 2011). Data l'assenza dell'aspetto non verbale della comunicazione, Mallen et al. (2005) sottolineano l'importanza, per il terapeuta che usa principalmente le chat, di saper esprimere in toni chiari ed espliciti quegli elementi emotivi ed empatici che fanno percepire la presenza del terapeuta nella relazione.

Una soluzione alla mancanza nell'e-mail e nelle chat dei cue verbali e della comunicazione non verbale è l'utilizzo della videoconferenza. Con questo strumento, fruibile tramite un programma di facile installazione e di bassissimi costi come Skype, psicoterapeuta e paziente possono vedersi e comunicare in tempo reale (Barak & Grohol, 2011). Superando i limiti della comunicazione scritta e consentendo una contestualità temporale del paziente e del terapeuta, su Skype è possibile mantenere una relazione terapeutica molto simile a quella *vis-à-vis* (Mora et al., 2008).

Reynolds et al. (2013) mostrano come terapeuti e pazienti che interagiscono online percepiscono la loro alleanza terapeutica come uguale, se non più forte, di coppie che interagiscono

vis-à-vis. Gli elementi che caratterizzano la relazione terapeutica tradizionale (empatia, supporto, volontà ad aprirsi) sono gli stessi che permettono una relazione autentica online (Cook & Doyle, 2002).

Barak e Grohol (2011) sottolineano come la psicoterapia online non ha l'obiettivo di sostituirsi alla terapia tradizionale, ma può essere complementare a essa. A tal proposito portano l'esempio dell'uso di sms in un trattamento ad orientamento cognitivo-comportamentale per fornire rinforzi, spiegazioni, feedback e tanto altro in tempo reale, al di fuori della seduta, e, magari, in un momento critico per il paziente, ad esempio poco prima o durante un attacco di panico.

Questo esempio e le osservazioni riportate sulla relazione online, derivate anche dal suo confronto con quella offline, ci introducono nel vivo della questione di come le nuove tecnologie possano entrare nella relazione terapeutica. La questione non è per me così scontata, visto che considero la relazione centrale nella terapia, e la corporeità e la presenza centrali nella relazione (Cipolletta, 2012, 2013). Forse val la pena spendere qualche parola in merito a cosa intendo per presenza, prima di vedere come cambia la presenza nella relazione terapeutica quando questa è online.

La presenza nella relazione terapeutica

Il concetto di presenza è utilizzato in diversi approcci teorici e in ambiti disciplinari anche molto distanti tra loro. Esso è al centro della riflessione fenomenologica, che pone l'esperienza a fondamento dell'Esserci. Noi incontriamo il mondo agendo in esso più che pensando, come suggerisce Merleau-Ponty (1945), facendo riferimento alla percezione che non può essere conosciuta finché si da e, nel momento in cui è conosciuta, non c'è più.

Negli studi sull'interazione uomo-computer il concetto di presenza è usato per indicare l'esperienza complessiva di essere in un ambiente mediato, specialmente in un ambiente virtuale, dove la presenza è il risultato dell'azione che viene compiuta nell'ambiente (Spagnolli et al., 2003). Questa visione è in linea con la teoria dell'azione situata (Suchman, 1987), che considera l'azione un modo di collocarsi "*moment-by-moment*" nel contesto in cui è inserita.

In un'ottica costruttivista la conoscenza è azione (Maturana & Varela, 1980) e l'azione, lungi dall'essere un processo mediato dalla riflessione, è piuttosto una forma di riorganizzazione immediata in un ambiente. Per questo Varela (1999) parla di "enazione" come far emergere per mezzo della manipolazione concreta. Anche Kelly (1955), ponendo l'accento sul processo di anticipazione, propone una concezione della conoscenza come "*questioning act*": "conosciamo un evento attraverso il nostro atto di approcciarci a esso. Ci poniamo domande, non in modo meramente accademico, ma comportamentalmente" (Kelly, 1979, p. 26). Incontriamo il mondo agendo in esso e i nostri costrutti sono traiettorie di movimento (Cipolletta, 2013), per cui è possibile integrare la teoria e la pratica costruttivista con teorie e pratiche più centrate sulla corporeità (Cipolletta, 2006). McWilliams (2012) propone un'integrazione con la *mindfulness* e Leitner (2007) parla di una psicoterapia dei costrutti personali esperienziale, proponendo un'integrazione di teoria, tecnica e persona: "Nella misura in cui la mia 'tecnica' non sorge spontaneamente da me come reazione genuina all'incontro nella stanza della terapia, la terapia passa da un 'fare con' a 'un fare su'." (p. 35). L'interazione presente è posta quindi al centro della terapia.

Come alcuni autori costruttivisti hanno espressamente evidenziato, questa attenzione al presente come elemento costituente dell'esperienza è caratteristica del Buddismo. In quest'ottica non è possibile isolare un'essenza o identità esistente in sé perché tutti i fenomeni sono vuoti di

una natura pre-definita (vacuità) e impermanenti (McWilliams, 2012; Varela, Thompson & Rosch, 1991). Ciò implica che anche noi non possiamo attaccarci al possesso di un'identità personale o a qualsiasi altra cosa come fosse esistente in sé, ma possiamo solo considerare noi stessi e gli altri come transitori. Il momento presente diviene quindi fondamentale e la meditazione è un modo per sperimentare questa presenza mediante l'accettazione di tutto ciò che accade nel presente, combinando l'attenzione alla sospensione del giudizio.

L'importanza della presenza nella relazione terapeutica è stata sottolineata da diversi autori (Cipolletta, 2012; Mahoney, 2003; Stern, 2004). Sintetizzerei le implicazioni nella relazione di un approccio terapeutico che si basi sulla presenza in tre aspetti: l'apertura, l'onestà e la co-responsabilità.

In una prospettiva ermeneutica apertura significa accogliere l'orizzonte dell'altro nel proprio (Gadamer, 1960), ma anche praticare la *reverie* materna di cui parla Bion (1961), la capacità di sentire e dare senso a ciò che sta succedendo nel bambino. Questo non significa relegare il paziente in una posizione infantile di passività, ma accompagnarlo nel suo viaggio, come una madre accompagna il suo bambino nella crescita. Curare (*to cure*) si trasforma in prendersi cura (*to care*) e prendersi cura vuol dire avere premura e attenzione, interessarsi all'altro. È il paradigma dell'amore, nella misura in cui amare è condividere, sostenere e promuovere i progetti di vita dell'altro, "è quel che è", come dice Fried (1983). È accettare l'altro per quello che è piuttosto che per quello che vorremmo fosse o facesse. Spesso, invece, i miei pazienti hanno imparato a fare ciò che pensavano l'altro si aspettasse da loro perché credevano che solo così sarebbero stati amati. Sono allora spiazzati dal mio amore che va al di là di ciò che fanno per compiacermi, che li accoglie per quello che sono, che comprende anche le scelte che reputo controproducenti come le uniche praticabili per loro in quel momento. Penso, ad esempio, a un paziente che ha provato in tutti i modi (con l'ironia, la svalutazione e l'offesa) a evitare di entrare in contatto con me perché anticipava di essere un peso e di dover far qualcosa per meritare il mio amore, ma ha trovato in me la comprensione di quanto fosse per lui difficile entrare in relazione e un invito a fare qualcosa di diverso insieme.

La comprensione è allora al centro del processo di cura e per comprensione non intendo cercare una spiegazione razionale di ciò che il paziente vive, ma sussumere i processi di costruzione dell'altro nel proprio sistema di costrutti, come Kelly (1955) suggerisce. Questo processo può essere descritto come una forma di abbraccio, è un processo corporeo, intuitivo piuttosto che astratto e ragionato. Consiste nel mettersi nella posizione di imparare, essere toccato e cambiato dall'altra persona, "*stand under*", come suggeriva Mair (1989) giocando con la parola inglese "*under stand"*. Questa posizione richiede umiltà, che permette di considerarci come parte di un mondo integrato (Bateson, 1972; Leitner, 2011). Preferisco riferirmi a questo aspetto con il termine onestà perché mi sembra più coerente con una visione co-operativa della relazione di cura.

L'onestà ha a che fare con l'accettazione del nostro essere come "essere gettati" nel mondo (Heidegger, 1927) e con la sospensione del giudizio che anche nella meditazione si pratica (Childs, 2007). Essa ci permette di interagire con l'altro sulla base della nostra manchevolezza, considerando questa manchevolezza un aspetto costitutivo dell'esistenza. Jaspers (1986) parla del "guaritore ferito" come di colui che è in grado di entrare in contatto con la sofferenza del paziente attraverso la propria sofferenza. Un giorno un paziente mi parlava di quanto male si sentisse e di quanto nessuno lo vedesse poiché tutti credevano all'immagine da pagliaccio che aveva costruito per legarli a sé. Ho sentito una fitta che saliva dallo stomaco fino a farmi venire le lacrime agli occhi. Gli ho rimandato che immaginavo come poteva sentirsi e lui mi ha risposto "Lo vedo", riferendosi al fatto che poteva sentire quello che io sentivo e che esprimeva ciò che lui stesso non poteva permettersi di esprimere.

Mettendo in gioco la propria umanità, il terapeuta si pone al pari del paziente, rinunciando alla posizione del "soggetto supposto sapere" (Lacan, 1964) e restituendo al paziente un ruolo attivo nella costruzione della terapia. Si apre così la possibilità di una relazione co-operativa, in cui entrambi i partecipanti alla relazione sono responsabili di ciò che accade. Ad esempio, mi capita a volte che un paziente, a inizio seduta, mi dica che non sa di che parlare e magari si aspetta sia io a fare qualche domanda o a guidare la conversazione. In genere io, invece, rilancio la palla: mi muovo sulla poltrona e mi protendo verso di lui o lei esprimendo il mio interesse, a volte lo verbalizzo comunicando che il fatto che non sappia di che parlare non vuol dire che non abbia nulla da dirmi. Spesso in queste sedute finiamo per esplorare questioni molto importanti, che vanno al di là di situazioni contingenti e che sarebbero rimaste nell'ombra se avessimo seguito un tracciato pre-definito da me o dal paziente. Co-responsabilità significa accettare l'incertezza, accogliendo la scommessa che nella relazione non c'è uno che guida e l'altro segue, ma insieme costruiamo una direzione.

Possiamo ora chiederci se valgono ancora queste premesse quando la relazione è online e, se così fosse, se e come cambiano. La domanda è: come possiamo essere presenti e usare questa presenza se la relazione è mediata da uno schermo?

Situazioni terapeutiche online

Vorrei presentare tre situazioni che mi sembrano emblematiche di come l'introduzione di Skype abbia permesso l'emergere di proprietà relazionali caratteristiche dei corrispondenti processi terapeutici. Eviterò di entrare nello specifico dei casi per garantirne la riservatezza e perché superfluo ai fini dell'argomentazione per la quale le tre situazioni sono presentate.

La prima situazione è tratta da una delle prime sedute via Skype con una persona, chiamiamola Giovanna, che non riusciva più a recarsi settimanalmente nel mio studio a causa della distanza da percorrere e degli impegni di lavoro. È questa una situazione frequente, che ci pone di fronte alla domanda: come mai una persona che prima "riusciva a venire" ora "non riesce" più? La risposta più immediata, quella che in genere la persona dà – e che anche Giovanna in questo caso ha dato – è che non ce la fa più, che gli impegni sono aumentati o i viaggi diventano insostenibili in termini di tempo e costi. Sono tutte ragioni comprensibili, che comunque non risolvono la questione del come mai prima non fosse così. In questo caso la mia ipotesi era che "continuare a venire" implicasse fare entrare nella relazione nuovi aspetti e la persona preferisse piuttosto tenerli fuori, mantenendo la distanza. È una distanza che avvertivo già nella stanza della terapia, quando avevo l'impressione che Giovanna potesse permettersi di arrivare "fino a un certo punto": fino a un certo punto di ciò che era disposta a mettere in gioco e rimettere in movimento, pur lamentando di sentirsi bloccata e dichiarando di voler essere in movimento.

Consiglierei una terapia su Skype in una situazione simile? Direi proprio di no perché una delle maggiori difficoltà con Giovanna era "entrare in contatto" e non considero certo la videoconferenza il mezzo migliore per favorire un contatto. D'altra parte, se è solo grazie a questa distanza di sicurezza che la persona può permettersi di stare in relazione non sarò certo io a escludere questa possibilità. Per questo l'abbiamo presa in considerazione e introdotta nella nostra relazione. Com'è andata? Abbiamo sentito una distanza tra noi, la stessa che sperimentavamo in studio, resa più evidente dalla presenza dello schermo: i discorsi erano più controllati, Giovanna mi raccontava dei progressi che stava facendo, ma non accettava di venire perturbata da me, liquidava le mie domanda senza prenderne in considerazione fino in fondo il senso, non sopportava il silenzio e sminuiva le mie proposte. Era colpa di Skype? Non credo, forse

questo mezzo aveva amplificato una distanza che veniva negata finché la persona poteva raccontarsi che c'era perché veniva in terapia e faceva tanti sforzi per farlo. Una volta compreso che la difficoltà non dipendeva dal computer, così come la difficoltà di recarsi in studio non dipendeva da altro se non da se stessa, abbiamo potuto cominciare ad elaborare il bisogno di mantenere la distanza.

Ho scelto di presentare per primo un caso in cui era centrale una dimensione che aveva a che fare proprio con una questione centrale nella comunicazione mediata dal computer perché ben si prestava ad evidenziare come l'introduzione di una nuova tecnologia può permettere di far emergere in modo più evidente un vincolo presente nella relazione. Vorrei ora analizzare, invece, una situazione in cui lo stesso mezzo ha favorito il superamento di un limite. Si tratta della prima seduta in Skype con una persona che vedevo da circa un anno in studio. Di nuovo è una persona che vive molto distante e sin dall'inizio avevamo contemplato anche questa possibilità. Fino a quel momento, però, entrambe preferivamo vederci in studio. Sentivamo che la relazione era ancora da costruire e che saremmo riuscite a farlo meglio *vis-à-vis*. Ma meglio come? Si trattava, in questo caso, di una persona che non si tirava certo indietro: esplorava qualsiasi territorio le si presentasse davanti e lo faceva anche spontaneamente, veniva a tutte le sedute anche superando grossi ostacoli e la sua sofferenza era qualcosa che potevo riconoscere, ma mancava qualcosa. C'era qualcosa che mi sfuggiva: era come se non sentissi fino in fondo il suo dolore, ma neanche la sua felicità. Mi raccontava questi sentimenti, ma era come se non li vivesse e di riflesso io non riuscivo a sentirli. In quella prima seduta su Skype ha pianto come non aveva mai pianto con me e poi mi ha detto che forse proprio la presenza dello schermo tra noi glielo aveva permesso. È come se avesse svolto una funzione disinibente. Suler (2004) parla di un "effetto di disinibizione online" riferendosi al fenomeno per cui, nel cyberspazio, le persone dicono e fanno cose che normalmente non farebbero al di fuori di esso: in altre parole, gli individui si sciolgono, si sentono meno costretti e si esprimono più apertamente, perché si sentono più svincolati dai legami e dalle regole dell'ordine sociale. Ciò può essere dovuto all'anonimato, o al sapere che i propri interlocutori si trovano a una notevole distanza fisica (Baker & Ray, 2011). Nel nostro caso lo schermo aveva svolto una funzione protettiva e facilitante: era come se permettesse alla persona di esprimere le sue emozioni nella relazione, limitandone i rischi.

L'ultima situazione riguarda il caso di una persona con cui, come nel primo caso, la relazione online non era stata contemplata fin dall'inizio, ma, a differenza del primo caso, in questo caso anche la distanza geografica è sopraggiunta in un secondo momento. In questa situazione le nuove tecnologie ci offrivano la possibilità di mantenere una continuità che altrimenti avremmo persa e che entrambe ritenevamo importante mantenere. Quando abbiamo contemplato la possibilità di continuare a vederci via Skype, oltre che in studio, ero un po' preoccupata perché anticipavo che lo schermo avrebbe aumentato la difficoltà, che Anna (chiamiamola così) aveva già in studio, a sentirsi a suo agio nella relazione. Spesso, infatti, all'inizio della seduta era per lei difficile cominciare: era impacciata, faceva fatica a parlare e cercava qualcosa da dire che potesse andar bene. Era come se avesse qualcun altro davanti, qualcuno pronto a giudicarla, che l'avrebbe fatta sentire sbagliata. Ogni volta ci voleva un po' perché riconoscesse che io non ero lì per quello e si sentisse accolta, allora cominciava a essere un po' più a suo agio. Come ciò avvenisse è difficile dirlo a parole, è un processo che passa per espressioni facciali, intonazione della voce, e sguardo. Sì, quello sguardo accogliente che una volta una paziente mi ha detto essere stato per lei il dono più grande che aveva ricevuto in terapia. E io concordo con lei: cosa c'è di più terapeutico dell'esperienza che faccio nella relazione? Quale sperimentazione ha più valore? Come potevo fare questa sperimentazione con Anna se quell'accettazione che già le comunicavo con difficoltà in studio doveva passare per uno schermo?

Mentirei se dicessi che ero fiduciosa che ci saremmo riuscite e mentirei se dicessi che è stato facile. È stato difficile, molto difficile, e reso ancora più difficile dal fatto che all'inizio Anna era più a suo agio dietro lo schermo perché si sentiva al sicuro, tornata anche spazialmente in quel luogo protetto dove poteva stare al riparo da qualsiasi rischio perché ritrovava il vecchio ruolo di "bambina-combina guai". Ora potevo sperimentare un altro modo di stare in relazione con Anna, che le permetteva di ripararsi dalla paura di sbagliare, ma le impediva di fare nuove esperienze. All'inizio non capiva quando le rimandavo le mie perplessità sull'uso di Skype con lei e mi diceva che lei, invece, si trovava bene. Poi, però, una volta, quando ci siamo riviste in studio, mi ha detto: "Certo che qui è diverso" ed entrambe abbiamo capito a cosa si riferisse. Era come se avessimo ritrovato il nostro modo di stare in relazione, in cui magari lei era un po' più titubante e impaurita, ma che favoriva la costruzione di ruoli diversi, che le permettevano di muoversi in modo più fiducioso e competente nelle relazioni.

Da allora va meglio anche su Skype: anche così riusciamo a mettere in gioco quegli aspetti che prima restavano fuori, a volte più a volte meno, ma entrambe riconosciamo ciò che sta succedendo e ce ne facciamo qualcosa. Tanto basta per continuare a fare esperienza.

Domande aperte

A questo punto si sarà capito che lo scopo di questo scritto non era cercare di rispondere a delle questioni legate alla terapia online, ma piuttosto aprire delle domande. Come dice Kelly (1979): "La migliore risposta a una domanda sono due domande migliori" (p. 22) Per questo nel titolo si parla di "riflessioni": appunti che segnano l'inizio di un percorso di conoscenza in un territorio per me ancora nuovo e che ritengo ancora relativamente inesplorato.

Nonostante l'ampia diffusione delle nuove tecnologie anche in ambito psicologico, infatti, la situazione italiana (e non solo) è ancora in stato nascente. Da un punto di vista normativo, fino alla recente pubblicazione (2 ottobre 2013) delle "Raccomandazioni del Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi sulle prestazioni psicologiche attraverso tecnologie di comunicazione a distanza" e alla modifica (aprile-giugno 2013) di tre articoli del "Codice Deontologico degli Psicologi Italiani" a seguito del referendum proposto dall'Ordine stesso, l'unico documento ufficiale relativo alla consulenza online era rappresentato dalle "Linee guida per le prestazioni psicologiche via Internet e a distanza", diffuso ai singoli Ordini Regionali e provinciali (delibera del Consiglio Nazionale del 23 marzo 2002). Ciò che in tutti questi documenti viene affermato è che i principi etici e le regole di deontologia professionale dello psicologo si applicano anche nei casi in cui le prestazioni, o parti di esse, vengono effettuate a distanza, via Internet o con qualunque altro mezzo. Se da una parte mi sembra che questo voglia dire che la terapia online va considerata secondo gli stessi criteri che vengono applicati alla terapia in senso più ampio, dall'altra mi sembra che in questo modo si eviti di porsi alcune questioni che riguardano specificatamente la terapia online e che, tanto più in quanto neofita, ritengo imprescindibili.

Da un'indagine condotta con gli psicologi del Veneto risulta che sono in buona compagnia. Coloro che utilizzano le nuove tecnologie per la consulenza e la terapia sono ancora pochi, ma la maggioranza, anche di quelli che non le usano, ritiene opportuno approfondire una serie di aspetti ad esse legati: da aspetti legali e etici, a questioni più legate alla relazione terapeutica (Cipolletta & Mocellin, 2015). Qui ne ho introdotti solo alcuni, ma tanti ne restano aperti. Mi sono, ad esempio, focalizzata, sull'utilizzo di Skype come ausilio alla terapia, ma cosa succede quando vengono usati altri mezzi? E cosa quando questi sono lo strumento esclusivo di terapia? Cosa quando la scelta non è legata a vincoli geografici? Con chi e in quali casi può essere

una scelta in sé più utile? Perché? Quanto c'entra l'approccio seguito dal terapeuta? Quanto e come la persona che il terapeuta è?

Dall'analisi di sedute via Skype di due terapeuti a orientamento cognitivista-strategico (Cipolletta & Frassoni, 2015) abbiamo rilevato delle sequenze conversazionali molto diverse da quelle che avremmo rilevato dall'analisi delle sedute a cui ho qui fatto riferimento. La definizione del problema, la gestione dei turni di conversazione, dei silenzi e delle interruzioni dovute alla tecnologia, sono solo alcuni aspetti che probabilmente gestirei diversamente. Credo che le possibili differenze siano riconducibili alla diversa presenza nella relazione: se nel mio caso, come precedentemente descritto, si caratterizza per apertura, onestà e co-responsabilità, nel caso delle sedute dei due terapeuti analizzate, mi sembra più centrata sulla figura del terapeuta che cerca di condurre la conversazione suggerendo direzioni di azioni, offrendo modelli di comportamento e soluzioni al problema del paziente.

Una prima indicazione che mi sembra ne derivi è che a terapeuti diversi (non solo come approccio terapeutico, ma anche come persone) corrispondano modi diversi di usare le nuove tecnologie. Per verificarlo occorrerebbe confrontare sedute online e offline di diversi terapeuti. Per il momento mi accontento di rilevare come le differenze nell'utilizzo di uno strumento rimandino a differenze nelle premesse epistemologiche individuali. A loro volta queste premesse dipendono dal sistema di costrutti (inter)personali entro il quale paziente e terapeuta si muovono. Vale a dire che il terapeuta parte da un sistema di significati personali e professionali che guidano la sua azione e il paziente, a sua volta, interagisce con il terapeuta all'interno del suo orizzonte di significati. In questo complesso gioco di interazioni l'orizzonte dell'uno abbraccia quello dell'altro tentando di comprenderlo, ma non riuscendoci mai fino in fondo.

È nella tensione continua verso la comprensione dell'altro che si mantiene viva la conversazione ed emerge la relazione. I mezzi di comunicazione sono strumenti al servizio di questo processo. Ma, andando oltre questa distinzione, che richiama la contrapposizione tra mezzi e fini, credo che il mezzo tecnologico non possa essere svincolato dalla relazione in cui è inserito. La scelta di usare un determinato mezzo, di usare quello piuttosto che un altro e di come usarlo dipende quindi da come ipotizzo si inserisca nella relazione e dove possa portare. Può rendere evidenti alcuni aspetti della relazione e favorirne un'elaborazione, come nel primo caso presentato, o permettere la condivisione di aspetti altrimenti tenuti fuori, come nel secondo caso, o portare avanti una relazione che sarebbe altrimenti interrotta, come nel terzo. Tante altre possibilità sono ipotizzabili quanti sono i casi in cui la nuova tecnologia è usata. In ogni caso, Skype, o un altro strumento, può contribuire al processo trasformativo che avviene all'interno della relazione terapeutica.

Riferimenti bibliografici

Baker, K. D., & Ray, M. (2011). Online counseling: The good, the bad, and the possibilities. *Counselling Psychology Quarterly, 24*, 341-346.

Barak, A., & Grohol, J. M. (2011). Current and future trends in internet-supported mental health interventions. *Journal of Technology in Human Services*, *29*, 155-196.

Bateson, G. (1972). *Steps to an ecology of mind*. New York: Ballantine. (trad. it. *Verso un'ecologia della mente*. Milano: Adelphi, 1976)

Bion, W. R. (1961). *Experiences in groups*. London: Tavistock. (trad. it. *Esperienze nei gruppi e altri saggi*. Roma: Armando, 1997)

Childs, D. (2007). Mindfulness and the psychology of presence. *Psychology and Psychotherapy*: *Theory, Research and Practice*, *80*, 367-376.

Cipolletta, S. (2006). Movement in personal change: The practice of dance therapy. In P. Caputi, H. Foster, & L. Viney (Eds.). *Personal construct psychology: New ideas* (pp. 295-301). Chichester, UK: Wiley.

Cipolletta, S. (2012). Presence in the health care relationship. In S. Cipolletta & E. Gius (Eds.). *Ethics in action. Dialogue between knowledge and practice* (pp. 33-42). Milano, Italy: LED.

Cipolletta, S. (2013). Construing in action: Experiencing embodiment. *Journal of Constructivist Psychology*, *26*, 293-305. DOI: 10.1080/10720537.2013.812770.

Cipolletta, S., & Frassoni, E. (2015). Construing therapeutic relationship online. An analysis of Skype sessions. Under submission.

Cipolletta, S., & Mocellin, D. (2015). Online counseling: Psychologist attitudes toward new ways of interaction. Under submission.

Cook, J. E., & Doyle, C. (2002). Working alliance in online therapy as compared to face-to-face therapy: Preliminary results. *CyberPsychology & Behavior*, *5*, 95-105.

Fenichel, M., Suler, J., Barak, A., Zelvin, E., Jones, G., Munro, K., et al. (2002). Myths and realities of online clinical work. *CyberPsychology & Behavior*, *5*: 481-497.

Fried, E. (1983). *Es ist was es ist. Liebesgedichte. Angstgedichte. Zorngedichte*. Berlin: Klaus Wagenbach. (trad. it. *È quel che è. Poesie d'amore di paura di collera*. Torino: Einaudi, 1988)

Gadamer, H. G. (1960). *Wahreit und Methode.* Tubingen: J.C.B. Mohr. (trad. it. *Verità e metodo*. Milano: Bompiani, 1983)

Heidegger, M. (1927). *Sein und Zeit*. Tubingën: Max Niemeyer Verlag. (trad. it. *Essere e tempo*. Milano: Longanesi, 1976)

Jaspers, K. (1986). *Der Arzt im technischen Zeitalter*. München: Piper. (trad. It. *Il medico nell'età della tecnica*. Milano: Cortina, 1991)

Kelly, G. A. (1955). *The psychology of personal constructs (Vols 1-2).* New York: Norton. (Reprinted ed. London: Routledge, 1991). (trad. it. parz. *La psicologia dei costrutti personali. Teoria e personalità*. Milano: Cortina, 2004)

Kelly, G. A. (1979). Ontological acceleration. In B. A. Maher (Ed.), *Clinical psychology and personality: The selected papers of George Kelly* (pp. 7-45). New York: Krieger.

Lacan, J. (1964). *Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*. Paris: Seuil. (trad. it. *I quattro concetti fondamentali della psicoanalisi*. Torino: Einaudi, 2003)

Leitner, L. M. (2007). Theory, technique and person: Technical integration in experiential constructivist psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration, 17*, 33-49.

Leitner, L. M. (2011). An investigation into variables affecting self-change on personal constructs. *British Journal of Medical Psychology*, *57*, 7-14.

Mahoney, M. J. (2003). *Constructive psychotherapy. A practical guide.* New York: Guildford.

Mair, M. (1989). *Between psychology and psychotherapy: A poetics of experience*. London: Routledge.

Mallen, M. J., Vogel, D. L., & Rochlen, A. B. (2005). The practical aspects of online counseling: Ethics, training, technology, and competency. *The Counseling Psychologist*, *33*, 776-818.

Maturana, H., & Varela, F. (1980). *Autopoiesis and cognition: The realization of the living*. Boston: New Science Library. (trad. it. *Autopoiesi e cognizione. La realizzazione del vivente*. Venezia: Marsilio, 1985)

McWilliams, S. A. (2012). Mindfulness and extending constructivist psychotherapy integration. *Journal of Constructivist Psychology*, *25*, 230-250.

Merleau-Ponty, M. (1945). *Phénoménologie de la perception*. Paris: Gallimard. (trad. it. *Fenomenologia della percezione*. Milano: Il Saggiatore, 1965)

Mora, L., Nevid, J., Chaplin, W. (2008). Psychologist treatment recommendations for Internet-based therapeutic interventions. *Computer and Human Behavior*, *24*, 3052-3062.

Paccagnella, L. (2000). *La comunicazione al computer*. Bologna: Il Mulino.

Reynolds, A. J., Stiles, W. B., Bailer, A. J., & Hughes, M. R. (2013). Impact of exchanges and client-therapist alliance in online-text psychoterapy. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking, 16*, 370-377.

Rivoltella, P. C. (2003). *Costruttivismo e pragmatica della comunicazione online: Socialità e didattica in Internet*. Trento: Erikson.

Spagnolli, A., Varotto, D., & Mantovani, G. (2003). An ethnographic, action-based approach to human experience in virtual environments. *International Journal of Human-Computer Studies*, *59,* 797-822.

Stern, D. N. (2004). *The present moment in psychotherapy and everyday life.* New York: Norton. (trad. it. *Il momento presente. In psicoterapia e nella vita quotidiana*. Milano: Cortina, 2005)

Suchman, L. (1987). *Plans and situated actions. The problem of human-machine communication.* Cambridge: Cambridge University Press.

Suler, J. R. (2000) Psychotherapy in cyberspace: A 5 dimensional model of online and computer-mediated psychotherapy. *CyberPsychology & Behavior*, *3*, 151-159.

Suler, J. R. (2004). The online disinhibition effect. *CyberPsychology & Behavior, 7*, 321-326.

Varela, F. (1999). *Ethical know-how: Action, wisdom, and cognition*. Stanford, CA: Stanford University Press. (trad. it. *Un know-how per l'etica*. Roma-Bari: Laterza, 1992)

Varela, F., Thompson, E., & Rosch, E. (1991). *The embodied mind: Cognitive science and human experience*. Cambridge: The MIT Press. (trad. it. *La via di mezzo della conoscenza. Le scienze cognitive alla prova dell'esperienza*. Milano: Feltrinelli, 1992)

L'Autrice

Sabrina Cipolletta, psicologa-psicoterapeuta, è ricercatrice e professore aggregato presso il Dipartimento di Psicologia Generale dell'Università di Padova. Presso lo stesso Ateneo insegna Psicologia sociale della salute nei corsi di studi magistrali in Psicologia clinica, clinico-dinamica e di comunità, e Psicologia sociale e prevenzione nel corso di studi magistrale in Scienze e tecniche dell'attività motoria adattiva e preventive. È anche docente della Scuola di Specializzazione in Psicoterapia costruttivista del CESIPc, sede di Padova. Autrice di numerosi articoli e libri, è responsabile del laboratorio Psymed, dove svolge attività clinica e di ricerca, quest'ultima soprattutto nell'ambito della psicologia della salute in ottica costruttivista.

Email: sabrina.cipolletta@unipd.it

Citazione (APA)

Cipolletta, S. (2015). Quando la relazione è online. Riflessioni su sedute terapeutiche via Skype. *Costruttivismi*, *2*, 78-87. doi: 10.23826/2015.01.078.087