

La costituzione del setting

Rosario di sauro

- **Introduzione**

La relazione psicoterapica inizia in un qualche modo quando il paziente e il terapeuta si *conoscono* e, generalmente, ciò avviene attraverso un contatto telefonico (Foglia Bonda, 1983).

Il primo incontro fra i due, presumibilmente, si verifica nella sala d'attesa o nello studio del terapeuta (Langs, 1979; Luborsky, 1989; Thoma-Kakele, 1990), dove, successivamente il paziente viene invitato a parlare dei suoi problemi.

Sembrirebbe quindi che sia questo il momento che costituisce il *setting terapeutico*, dove per *setting* intendiamo il luogo fisico, strutturale, logistico in cui avviene la relazione.

Tutto ciò sicuramente è vero, ma altresì è sicuramente discutibile in quanto, nel caso in cui si fa riferimento a tutte le fantasie, sia del paziente sia del terapeuta, che potrebbero anche essere preesistenti all'incontro stesso, la struttura del setting, allora, acquisterebbe una dimensione "interna" della relazione. Quelle del paziente potrebbero riguardare il terapeuta, la stanza di consultazione, la terapia stessa e altre condizioni, non di meno le proprie paure ed ambivalenze ecc.

Il terapeuta, dal canto suo, fa anch'egli delle fantasie sia sulla realtà del paziente, sulla base delle informazioni che ha già ricevuto per via telefonica dal paziente stesso o da coloro che glielo hanno inviato, sia sulla propria capacità, ovvero il proprio ideale di terapeuta ed il senso di vivere il paziente ideale, per

lui.

In questa seconda accezione possiamo affermare che il setting ha già avuto inizio, intriso più o meno di relazione trasferale o controtrasferale.

- **Cenni tecnici sul setting**

Anche se fin dalla sua origine la “*cura psichica*” era costituita fundamentalmente da rapporti pubblici, basti pensare ad esempio alla funzione dei primi ipnotisti, che esercitavano il loro lavoro all’aperto e soprattutto alla presenza di altre persone; oggi è riconosciuto da molti che la psicoterapia può svolgersi sia in ambito pubblico che privato.

In entrambi i casi, tuttavia, è opportuno che vengano rispettati alcuni parametri affinché il processo psicoterapico possa essere vissuto in maniera positiva e con successo.

E’ importante sottolineare, ad esempio, la privacy dello studio, l’ordine, la comodità: in una parola, lo studio dovrebbe essere caldo, accogliente e quel tanto personalizzato (Foglio Bonda, 1983).

Alcuni (Langs, 1979) ritengono che lo studio debba collocarsi in un edificio dove ci siano altri studi medici e non adibito ad abitazione.

Altri concepiscono lo studio nell’abitazione stessa del terapeuta. In ogni caso è necessario valutare bene le implicazioni conscie e inconscie dei pazienti, particolarmente quelli con patologie gravi.

L’arredamento dovrebbe essere sobrio, confortevole e, come detto, quel tanto personalizzato, senza tuttavia presentare al paziente elementi troppo chiari della realtà esistenziale del terapeuta, del suo credo religioso, politico, sociale, ecc. Nell’ambito della psicoterapia psicodinamica, lo studio può comprendere o meno la scrivania ma soprattutto conterrà due poltrone poste più o meno a 45 gradi dove, presumibilmente, si svolgerà la psicoterapia.

E’ importante, inoltre, che gli elementi della stanza di con-

sultazione siano relativamente costanti in quanto, in caso contrario, si determinerebbe una situazione terapeutica precaria e disturbante, soprattutto se con pazienti psicotici.

Anche l'abbigliamento del terapeuta riveste una certa importanza: dovrebbe essere di rispetto per sè e per l'altro, senza rinunciare, tuttavia, ai propri gusti e valori personali.

Altri fattori costitutivi del setting, invece, si pongono in modo tale da determinare le regole e di conseguenza l'alleanza di lavoro o, come altrimenti definito, l'accordo terapeutico.

Tali fattori sono: il tempo della terapia, il tempo delle sedute, la frequenza degli incontri, l'onorario del terapeuta, le responsabilità di entrambi nel rispetto degli accordi presi, le sedute mancate, le vacanze (del terapeuta e del paziente), i rapporti extraterapeutici, le interferenze di terze persone, i regali, l'uso di eventuali registratori ed altri elementi che possono intervenire di volta in volta nel processo terapeutico.

- **Aspetti costitutivi dell'illusione e della delusione nel setting terapeutico**

Da quanto finora esposto si può dedurre come il setting terapeutico sia intimamente compreso nel processo terapeutico, in quanto tutto ciò che entra nella relazione, siano essi elementi fisici o strutturali, psicologici o interpersonali, può determinare il cambiamento e la crescita del paziente.

Se dunque, il processo terapeutico è una relazione (Di Sauro, 1990) ne consegue che l'illusione, elemento tipico delle relazioni umane, appartiene ad entrambi i protagonisti dell'interazione.

Come già accennato, il paziente arriva all'incontro con fantasie, sentimenti, consci e inconsci, che riguardano se stesso, la persona del terapeuta, la terapia, ecc.

Alcune fantasie riguardano il suo stato mentale, la capacità del terapeuta di prendersi cura di lui, le ambivalenze rispetto alla crescita: il paziente, in altri termini, si aspetta, giocando un ruolo infantile, che il terapeuta, metaforicamente parlando, lo

prenda per mano e con un intervento magico gli risolva i problemi. Tale atteggiamento è riscontrabile in molte situazioni, a seconda sia della personalità del paziente che della sua patologia; di conseguenza mettendo in pratica questi meccanismi difensivi, egli esterna i suoi introietti e parti infantili e cerca di manipolare, ed eventualmente sedurre, il terapeuta, di imporsi a lui ed alle sue regole, ma in definitiva, creando resistenze al cambiamento.

Se il terapeuta accetta, consciamente o inconsciamente, queste imposizioni il paziente continua ad illudersi: illudersi che il cammino è scevro da sacrifici, illudersi che riuscirà a portare contenuti senza viverli affettivamente ed emotivamente, senza elaborazione alcuna, ed in tal modo crederà che la terapia sia un mero esercizio intellettuale.

All'illusione del paziente fa riscontro l'illusione dello psicoterapeuta.

Se egli collude con queste parti, tale collusione potrebbe essere determinata dalla poca esperienza o forse soprattutto dalla poca conoscenza che egli ha di sé e di sé come terapeuta ideale.

E' probabile che egli si illuda di essere chiaro, ma non riesce ad essere promotore di chiarezza.

E' evidente, ma soprattutto naturale, come questi aspetti riguardino la personalità del terapeuta, e nella fattispecie, la possibilità che egli ha di conoscersi attraverso, soprattutto, la sua analisi personale.

La formazione del terapeuta, infatti, si esplicita fondamentalmente (Di Sauro, 1990) su due assi: l'asse tecnico, in cui è previsto l'iter formativo (la terapia didattica, la supervisione, l'aggiornamento, la riflessione metodica e sistematica degli interventi proposti) e l'asse personale o emotivo, che il terapeuta si trova ad affrontare mano a mano che va avanti nella sua professione.

Nel *setting terapeutico*, i fattori dell'illusione che riguardano sia il paziente sia il terapeuta, allora, si dispiegano in un contesto da cui è possibile venir fuori solo accettando, attraverso la delusione, queste parti infantili di sé.

- **La realtà del setting: ovvero l'accordo terapeutico**

Tra l'illusione e la delusione si pone la realtà che si esprime fondamentalmente nel contratto terapeutico o meglio nell'alleanza di lavoro.

Per accordo terapeutico o alleanza di lavoro possiamo intendere il rapporto responsabile, razionale e ragionevole che il paziente instaura con il proprio psicoterapeuta e che gli consente di operare nella situazione analitica in modo costruttivo (Greenson-Wexler, 1969).

Se tutto ciò accade, allora potremmo evidenziare alcuni fattori costitutivi per un successo terapeutico in quanto tale accordo mette in risalto la capacità di giudizio per i fini diagnostici e prognostici e quindi l'applicabilità di un trattamento terapeutico (Sandler, 1964).

E' importante ricordare come, nella storia della tecnica psicoanalitica tale concetto aveva una connotazione molto diversa, in quanto verificabile come traslazione positiva nei riguardi del terapeuta o della terapia e, per contro, le traslazioni negative erano interpretate come resistenze al trattamento.

Anche Freud (1913), non a caso, sosteneva che prima di dare inizio al lavoro principale dell'analisi si dovesse instaurare una relazione efficace.

Il concetto di accordo terapeutico, tuttavia, si andava evolvendo e si iniziavano a sottolineare gli aspetti reali da quelli non reali della relazione terapeutica (Freud, 1932; Sterba, 1934, 1940; Fenichel, 1941).

Andando avanti negli anni la divisione tra accordo terapeutico e traslazione positiva è stata sempre più netta e ci si è preoccupati molto di più di questo aspetto della relazione (Zetzel, 1956).

Anche Greenson e Wexier (1969) considerano l'accordo terapeutico come il momento centrale della relazione reale, e non traslativa, che il paziente stabilisce con il terapeuta. Il concetto di accordo terapeutico apre la strada ad altri aspetti, di natura tecnica e non, che costituiscono l'insieme delle norme e regole che paziente e terapeuta stabiliscono (cfr. anche nell'ultimo ca-

pitolo, il concetto di responsabilità).

Uno di questi aspetti, è sicuramente rappresentato dal progetto diagnostico.

La valutazione diagnostica, come ampiamente esposto nella prima parte del volume, o, se vogliamo, la relazione psicodiagnostica, si pone come un momento fondamentale nella costituzione dell'alleanza di lavoro, e quindi del setting, e ciò perchè il terapeuta ha a disposizione un tempo (Saraceni, 1987) e una qualità del tempo per conoscere le realtà del paziente e le richieste profonde che egli avanza.

Naturalmente questo concetto fa riferimento a quello che, nell'ambito della psicologia clinica, viene definito come "*analisi della domanda*", (Carli, 1987).

L'analisi della domanda, letta in questo capitolo come aspetto fondante l'accordo terapeutico, comporta, infatti, la comprensione di quelle problematiche relazionali, tra committenza e utenza, che motivano il ricorrere alla consulenza psicologica; di conseguenza, l'analisi della domanda e l'interrogazione sul perchè ci si rivolge allo psicologo clinico, rappresentano un momento conoscitivo iniziale sul quale si può e si deve fondare la prestazione professionale (Carli, 1987). Un altro aspetto, pur esso affrontato già, ma di cui si ribadisce l'utilità, consiste nelle possibilità che il paziente ha di prendere coscienza dell'autodiagnosi, (AA.VV., 1988; Di Sauro, 1991) ai fini di un miglior accordo terapeutico e ciò non solo in virtù degli aspetti reali, ovvero contestuali dell'accordo, ma soprattutto come possibilità positiva e dinamica che si dà al paziente, o meglio che egli si dà, per raggiungere gli obiettivi terapeutici.

Il setting terapeutico inteso in senso fisico, invece, (mobilio, privacy, etc.) si pone in modo sostanziale per costituire un modello di "teoria della tecnica" (si sta facendo riferimento, per esempio, soprattutto al rapporto *vis-a-vis* e all'utilizzo delle due poltrone).

Parafrasando Winnicott (1957) e il suo modello di sviluppo psicosociale, in un setting dove le poltrone sono poste a 45 gradi si può notare un fenomeno interessante della relazione terapeutica: al paziente è offerto implicitamente un modello di cre-

scita dove contemporaneamente lui può far “giocare” (proprio in senso Winnicottiano) le sue parti infantili, gettandosi metaforicamente, nelle braccia del terapeuta; altre volte invece “giocherà” le sue parti adulte cercando di distanziarsi anche posturalmente e visivamente, dal terapeuta (al riguardo si faccia riferimento ai presupposti clinici del lavoro con i pazienti borderline più volte accennato nel volume), cercando così la sua autonomia e la sua differenziazione, creando e oggettivando un cammino verso l’indipendenza.

• Conclusioni

Al termine di questa breve esposizione due sono i punti che appaiono, almeno allo scrivente, essenziali per la nostra riflessione.

Il primo è che il *setting* terapeutico non è un luogo casuale, cioè, non è e non deve essere improvvisato; tantomeno si pone esplicitamente come assetto solamente tecnico o ambito dove avviene l’interazione.

Abbiamo visto come le caratteristiche di privacy, di comodità e di accoglienza entrino a far parte integrante dell’accordo terapeutico e, in maniera costitutiva, di un modello di teoria della tecnica adottata.

Troppo spesso, infatti, nei percorsi formativi, si dà eccessivo rilievo alle condizioni nozionistiche, come per esempio l’interpretazione dei sogni, l’analisi delle difese, le interpretazioni etc., che pur essendo valide e insostituibili non possono essere disgiunte dal rapporto interpersonale (cfr. le riflessioni sulla formazione, nella parte terza del volume).

Il secondo punto riguarda l’illusione e la delusione che paziente e terapeuta si scoprono a vivere nel setting.

L’illusione che il terapeuta non sia illuso è fuori discussione in quanto elemento incontrovertibile della crescita addirittura positivo, a volte; basti pensare ad esempio, alle esperienze di controtransfert con pazienti psicotici per rendersi conto di come esse siano, in certi casi, identificazioni proiettive (o illusioni)

del paziente (Racker, 1970): bisogna assicurarsi tuttavia, che queste stesse ragioni non siano problemi non risolti dello psico-terapeuta, pena l'illusione e la non realtà del setting terapeutico.

Possiamo dire, infine, che il setting terapeutico è il terapeuta, non nel senso che egli ha tutte le responsabilità, ma che si pone come colui che delude le aspettative magiche del paziente, arricchendo così il suo vero sè, e allo stesso tempo come colui che delude le proprie fantasie rispetto al paziente ideale per lui e al ruolo di terapeuta ideale.

Infatti, se il paziente si attende lecitamente queste capacità del terapeuta, in quanto professionista, questi, a sua volta, deve affinare continuamente tali capacità per poter costituire un setting di lavoro efficace, in special modo attraverso l'empatia e la pazienza alla delusione, consapevole che dalla delusione — o dal caos, direbbe Bion (1970) — nasce la coscienza. o se vogliamo, l'individuo.

Bibliografia

- BALESTRI, L., OREFICE S., PANDOLFI A.M. (1988), *La diagnosi formulata dal paziente e la sua utilizzazione*, in *Rivista di Psicologia Clinica*, vol. I, 1988, La Nuova Italia Scientifica.
- BION, W.R. (1970), *Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico*, trad. it. Armando, Roma, 1970.
- CARLI, R. (1987), *L'analisi della domanda*, in *Rivista di Psicologia Clinica*, Vol. I, La Nuova Italia Scientifica.
- DI SAURO, R. (1990), *La formazione in psicoterapia durante Il processo terapeutico con i pazienti borderline*, in Gentili P. (a cura di), *La formazione alla psicoterapia psicoanalitica*, Roma, Borla.
- DI SAURO, R. (1991), *L'interiorizzazione del processo diagnostico nel vissuto del paziente come elemento costitutivo per la verifica e la comunicabilità del cambiamento in psicoterapia*, in Gentili P. (a cura di), *Il cambiamento te-*

- rapeutico: modelli, verifica e tecniche*, Roma, Borla.
- FENICHEL, O. (1941), *Problemi di tecnica psicoanalitica*, trad. it. Boringhieri, Torino, 1974.
- FOGLIO BONDA, P.G. (1983), *Principi e tecniche di psicoterapia*, F. Angeli. Freud S. (1913), *Inizio del trattamento*, in Freud S., *Opere*, Boringhieri, Tonino.
- FREUD, S. (1932), *Introduzione alla psicoanalisi* (Nuova serie di lezioni), trad. it., Torino, Boringhieri.
- GLOVER, E. (1954), *La tecnica della psicoanalisi*, trad. it., Roma, Astrolabio, 1971.
- GREENSON, R. WEXIER, M. (1969), *The non transference relationship*, in the Psychoanalytic situation, *int. J. Psycho-Anal.*, Vol. 50.
- GRASSO, M. (1990), *L'acquisizione degli atteggiamenti e delle tecniche psicoterapeutiche*, in GENTILI P. (a cura di), *La formazione alla psicoterapia psicoanalitica*, Roma, Borla.
- LANGS, R. (1979), *La tecnica della psicoterapia psicoanalitica*, trad. it., Torino, Boringhieri.
- LUBORSKY, L. (1989), *Principi di psicoterapia psicoanalitica*, trad. it., Tonino, Boringhieri.
- RAKER, H. (1970), *Studi sulla tecnica psicoanalitica*, trad. it., Armando, Roma, 1979.
- SANDLER, I., DARE, C., HOLDER, A. (1964), *Il paziente e l'analista*, trad. it., Torino, Boringhieri.
- SARACENI C. (1987), *Diagnosi e conoscenza*, in *Rivista di Psicologia Clinica*, Vol. I, La Nuova Italia Scientifica.
- STERBA R. (1934), *The fate of the ego in analytic therapy*, *mt. J. Psycho-Anal.*, Vol. 15, 1934.
- THOMA, H. KACHELE, H. (1990), *Trattato di terapia psicoanalitica*, trad. it., Tonino, Boringhieri.
- WINNICOTT, D. (1965), *Sviluppo affettivo e ambiente*, trad. it., Armando, Roma