

Licia Cargnel

Il setting nella cura dei disagi e delle patologie contemporanee. Variazioni necessarie o opportune?

Il setting è uno dei punti cardine su cui poggia la relazione terapeutica. Si tratta di un insieme di condizioni formali, tramandate e collaudate nel tempo, di alto valore emotivo e insieme talmente specifiche da costituire un elemento di identità inconfondibile della psicoanalisi e della psicoterapia psicoanalitica. Il termine indica l'insieme delle procedure che regolano i ritmi spazio-temporali e le modalità del rapporto: dalla neutralità dell'analista, all'astinenza e al pagamento delle sedute.

Lo spazio corrisponde allo studio dello psicoterapeuta e tutto ciò che esso contiene, il tempo alla frequenza, all'orario e alla durata delle sedute, che devono il più possibile essere mantenuti. Questa fissità permette una riflessione sulle variazioni introdotte dal paziente, quali ritardi, anticipi, comunicazioni importanti date all'ultimo minuto, richieste di spostamento o di recupero delle sedute e permette anche a noi terapeuti di interrogarci sulle piccole variazioni che introduciamo. Prolungare di qualche minuto la durata di una seduta, indugiare qualche secondo prima di aprire la porta, permettere o meno il recupero di una seduta. Sono spie preziose, se sappiamo leggerle, di quello che sta accadendo a livello profondo nel paziente e, di riflesso, in noi stessi.

Ogni paziente guidato dal proprio mondo interno, ne amplia, ne arricchisce e soprattutto ne soggettivizza, metaforicamente, il significato.

Il compito dello psicoterapeuta è quello di creare un setting idoneo a favorire nel paziente la percezione di una situazione di contenimento, ma anche di limite, di stabilità e sicurezza. Tale percezione si può identificare con il concetto di "cornice sicura" (Langs, 1998) in quanto rappresenta una condizione imprescindibile per iniziare, sviluppare e mantenere il processo terapeutico.

Come sottolineato, le regole imposte dal setting fissano sì dei limiti, ma proprio in nome e nel rispetto della loro fissità, ci permettono di meglio scorgere ed interpretare i movimenti che avvengono al suo interno. Federico Fleggenheimer definisce il setting come il buio in una sala cinematografica o come il silenzio in una sala da concerto.

Nel rapporto psicoterapeutico, il setting esplica innumerevoli funzioni; consente, innanzi tutto, di limitare le irruzioni della realtà esterna, per dare invece spazio alla realtà interna, sia attuale che remota, del paziente. Civitarese (2008, pag. 56) sostiene che il setting ha l'obiettivo di: *“mettere tra parentesi il mondo esterno attuale e quello passato per illuminare la realtà interna [...] che si esprime nel qui ed ora”*.

È ancora il setting, grazie alle regole della neutralità e dell'astinenza, a consentire quella condizione "asimmetrica" che fa sì che il terapeuta immetta nel rapporto solo quei livelli del proprio pensiero e delle proprie emozioni che possono andare al servizio della cura.

Il regime di frustrazione, di ascolto e di rinuncia all'azione, favorisce il processo mentale che va (dovrebbe andare) dall'inconscio verso l'espressione verbale e l'interpretazione, verso la coscienza e la conoscenza di sé.

Infine, è il setting ad offrire la possibilità della "messa in scena" del transfert, come regressione, riattivazione, ripetizione delle antiche vicende intrapsichiche irrisolte.

Si comprende dunque perché il setting, quale garante delle "regole del gioco" che consentono l'emergere del transfert, venga da molti considerato come una funzione terapeutica in sé.

L'interpretazione rigida delle indicazioni freudiane ha portato, a partire dagli anni 50, alla discussione sull'opportunità di mantenere tale inflessibilità. Già Ferenczi nel '28 scrisse un articolo che si intitolava "Elasticità della tecnica psicoanalitica", nel quale esortava gli analisti freudiani ad analizzare le proprie aree di sordità, di resistenza, di non sintonizzazione legate ad un rispetto quasi religioso dei dettami rigidi della tecnica psicoanalitica. Si trattava di un'esortazione a riconsiderare, nel proprio assetto terapeutico, i rassicuranti tabù e gli automatismi di pensiero, mentalità e risposte comportamentali non idonee e pregiudiziali. Credo che ogni terapeuta dovrebbe tener ben presente questo monito: cambiare è faticoso, è difficile integrare i propri Super Io analitici ed è impegnativo sostare nell'ascolto del nuovo e dell'incertezza che il movimento e il cambiamento creano. È sicuramente più rassicurante imitare gli elementi esteriori del rituale, con il rischio però di far perdere al processo terapeutico la sua funzione trasformativa.

La discussione si spostò allora sulla necessità di rendere adattabili alcune condizioni della terapia nella cura dei pazienti non nevrotici.

Nel trattamento dei pazienti gravi si prevede uno spostamento dell'attenzione dall'interpretazione, che in alcuni casi potrebbe essere dannosa, vissuta come intrusiva o inaccettabile, al setting che diviene una condizione necessaria per l'evoluzione del paziente.

Il setting continua a svolgere la propria funzione di cornice, ma diviene anche una funzione mentale: rappresenta uno spazio e un tempo rassicuranti, un'esperienza che viene progressivamente interiorizzata dal paziente come oggetto interno buono e gli consente di pensare ed elaborare la propria sofferenza. In questo senso assume il ruolo di vero e proprio agente terapeutico: si tratta, allora, non più di favorire una regressione in funzione della cura, ma di incontrare gradualmente le parti regredite del paziente depositate nel setting. È in virtù di ciò che la tenuta e il rispetto del setting con questo tipo di patologie diventa fondamentale. Così come risulta fondamentale e non in contrasto con quanto appena affermato, che il terapeuta doni al setting quella flessibilità che permetta al paziente di "abitarlo" e questo è, a mio parere, un punto fondamentale.

Questo modo di pensare al setting valorizza la soggettività del terapeuta, che può predisporre il setting in modo rigoroso, ma non rigorosamente predeterminato, tenendo conto della specificità dei pazienti e dell'unicità del rapporto che lo lega ad ognuno di essi.

Dopo queste premesse, necessariamente teoriche, vorrei condividere con voi alcuni quesiti e pensieri insaturi, derivanti da una riflessione personale, dal confronto con i colleghi e da diverse letture.

Possiamo parlare di nuovi disagi e nuove patologie o ci ritroviamo di fronte a nuovi modi e nuove forme in cui i disagi e le patologie si manifestano?

Partiamo dal presupposto che la psiche non è qualcosa di immutabile, ma che essa è intimamente influenzata e forgiata dalla cultura e dalla società in cui l'individuo è immerso, da cui si fa inevitabilmente condizionare.

Un tempo, neanche troppo lontano, molti disturbi erano legati al conflitto tra istanze: si nasceva e si cresceva in una società rigida e autoritaria, fortemente gerarchizzata, così come lo era la famiglia, nella quale i ruoli erano spesso rigidamente definiti e rispettati e le funzioni materna e paterna erano sovrapponibili ai ruoli di questi ultimi.

Nell'era contemporanea i ruoli spesso sono intercambiabili e confusi. I ritmi che la società impone minano inevitabilmente la quantità e spesso la qualità della presenza dei genitori che si vedono costretti a molte ore di assenza e, per questo, a delegare le loro funzioni; i bambini si trovano di fronte ad una girandola di figure di accudimento, perfino le maestre si sono "moltiplicate". Bolognini sottolinea come tutto ciò possa portare ad una sfiducia riguardo alla presenza e alla costanza dell'oggetto, alla sua affidabilità e da ciò deriva un conflitto con la dipendenza e con l'intimità e quindi anche un conflitto nei confronti della dipendenza dal terapeuta. Potremmo leggere questa considerazione nella sempre più frequente tendenza delle nuove generazioni, ma non solo, ad opporsi a trattamenti più intensivi a più sedute settimanali. Si può dipendere da tutto, consapevolmente o meno, ma non ci si permette di dipendere dalla relazione con un'altra persona. Per questo sempre di più è necessario saper aspettare e costruire insieme al paziente uno spazio e un tempo nel quale sia in grado di sostare e di sentire a poco a poco familiare, in modo tale che la diffidenza e l'incapacità di mettersi nelle nostre mani lascino spazio alla possibilità di affidarsi e quindi di regredire.

Molto più di frequente rispetto ad un tempo ci troviamo di fronte a famiglie allargate, in cui talvolta i figli diventano l'errato bersaglio delle conflittualità tra i coniugi, i bambini passano da un'abitazione all'altra e da una famiglia ricomposta all'altra con rispecchiamenti molteplici e spesso discordanti. Questo inevitabilmente si riflette sui naturali processi di costruzione e costituzione identitaria.

Quali sono gli affetti sui futuri adolescenti ed adulti di queste profonde trasformazioni dei gruppi familiari? Le ultime generazioni di adolescenti presentano una particolare struttura identitaria in qualche modo riferibile a ciò che gli studiosi, in particolare i sociologi della condizione giovanile, identificano con termini come "patchwork" o "liquida" (Z. Bauman), facendo riferimento agli effetti che le modificazioni socio-culturali producono sul soggetto. Il venir meno di certezze consolidate ha determinato un accrescimento del senso di precarietà dell'individuo e ha trasformato il campo delle sue appartenenze, non più caratterizzato dall'esclusività e dall'individualità, ma dalla pluralità e dalla fluidità.

I cosiddetti nativi digitali sono nati in un mondo che ha delle cornici spazio-temporali completamente diverse da quelle a noi note. Le relazioni online sono "senza luogo", perché travalicano la presenza di uno spazio concreto. Il tempo digitale è condensato e appiattito alla dimensione del presente e dell'immediato e noi psicoterapeuti dobbiamo fare i conti con il mutamento profondo prodotto da una facile ed istantanea connettività, probabilmente non ancora quantificabile in termini di effetti profondi sulla psiche. L'immediatezza con cui, in ogni momento, possiamo raggiungere ed essere raggiunti ha trasformato il tempo dell'attesa e quello

della nostalgia, con le ovvie frustrazioni e le fantasie preziose che le accompagnano e così come si va perdendo la conquista fondamentale della capacità di stare soli.

Questi sono solo alcuni dei cambiamenti che si potrebbero citare e sono carichi di conseguenze sulla psiche. Spinta da queste modificazioni anche la patologia psichica si va modificando: si rimettono in gioco i processi di formazione dell'identità, la trasmissione dei fantasmi transgenerazionali e le identificazioni inconsce.

Sono sempre più frequenti, ma non possiamo definirle “nuove” patologie, le sindromi legate ad un difetto di verbalizzazione e di simbolizzazione e quindi, di rappresentabilità. La società dei consumi attuale crea continuamente pseudo mancanze, trasformate in vuoti facili da colmare con oggetti concreti. Il piacere oggi sembra legato alla scarica istantanea dell'eccitazione e alla realizzazione immediata del desiderio. Sempre di più si compensa a livello concreto qualcosa che non è avvenuto a livello affettivo e di scambio intimo, qualcosa che non ha ricevuto un'adeguata significazione: ci troviamo quindi di fronte a patologie dell'interiorizzazione, si vive fuori per l'enorme difficoltà a tenere dentro. Assistiamo ad un incremento di patologie dissociative, favorite da un'esposizione precoce ed eccessivamente intensa a stimolazioni emozionali e sensoriali.

Mi riferisco agli attacchi di panico, alle organizzazioni border-line di personalità, ai disturbi dissociativi, ai disturbi dell'identità, alla patologia centrata sul corpo che si esprime attraverso le lesioni autoinflitte, ai disturbi alimentari, a quelli psicosomatici, alle depressioni mascherate, ai disturbi somatoformi come l'ipocondria e le sindromi da dolore cronico, alle tossicodipendenze, alle tossicofilie e dagli altri tipi di dipendenze contemporanee come quelle da videogiochi e da internet e il gioco d'azzardo.

Come porsi di fronte a tutti questi cambiamenti, alle aumentate sollecitazioni, alla rarefazione delle sedute, alle comunicazioni al di fuori delle sedute, permesse dalle nuove tecnologie? Come presentare il contratto terapeutico e con esso le regole del setting quando ci troviamo in una società in cui impera l'ermeneutica della regola? Questo termine pare, infatti, già contemporaneamente collegato a quello di contrattazione, eccezione e compromesso.

Credo che come terapeuti necessitiamo ancor più di un solido setting interno. È il setting interno che ci permette di costruire e salvaguardare il setting esterno e il suo mandato e di mantenere un funzionamento interno psicoanalitico, anche quando il setting materiale o formale è minacciato.

Il setting interno racchiude un insieme complesso di elementi, alcuni appartenenti al mondo interno del terapeuta in quanto persona, altri al campo bipersonale di quella specifica coppia terapeutica. Altri ancora provengono dalla propria formazione, dal proprio modello di riferimento e dalla propria esperienza di analisi personale.

Il terapeuta allora edifica dentro di sé una teoria incarnata della pratica e della tecnica che gli permette una spontaneità fluida e creativa.

La teoria incarnata è quella che ci guida e ci consente di introdurre, se necessario, delle variazioni e delle modificazioni derogando da un quadro di riferimento astratto e rendendo più

elastico e più flessibile il setting, in funzione delle caratteristiche del paziente e al fine di favorire il processo terapeutico.

Possiamo dire quindi che il setting è caratterizzato da una dialettica continua tra stabilità e dinamicità secondo una logica di sicurezza e di non ambiguità, in cui proprio grazie alle regole fissate, le micro fratture e le rotture possono essere colte, lette, rivestite di significato e riportate sempre all'interno di quella specifica relazione tra quel terapeuta e quel paziente.