

## Il setting

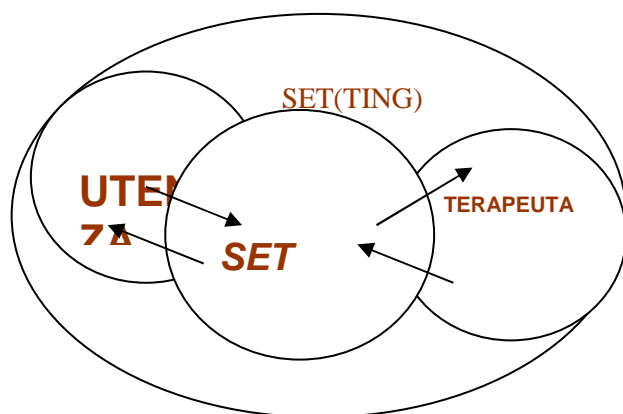
**costruzione di uno spazio mentale all'interno di un contesto educativo secondo le linee della psicologia individuale**

Maria Mascaretti

Il ruolo dello psicologo – e a maggior ragione se psicoterapeuta – all'interno di contesti multidisciplinari richiede a quest'ultimo una buona capacità di considerare quelle che sono le dinamiche di gruppo all'interno dell'équipe di lavoro. E' quindi inevitabile e diventa risorsa per il gruppo di lavoro che egli porti gli altri a riconsiderare quei movimenti emotivi ed affettivi che non sono consapevoli ad un livello razionale di confronto.

Nella storia della psicologia e più nello specifico della psicoterapia la scuola Bioniana ha approfondito le relazioni nell'ambito del lavoro di gruppo ed in particolare, avendo presente anche la teoria lewiniana, tenendo conto delle dinamiche interindividuali all'interno di un contesto. Parlo di contesti in quanto qualsiasi realtà lavorativa si situa all'interno di un più ampio contesto, fino ad inserirsi, in ultimo, all'interno di un contesto socio-culturale. Nella mia esperienza la considerazione del contesto socio-culturale di appartenenza è fondamentale non solo per avere una chiara rappresentazione di dove si situa il nostro operare professionale ma anche per comprendere la linea direttrice che guida il comune denominatore di qualsiasi professione d'aiuto: l'utenza.

Partendo quindi dalla mia personale esperienza cercherò di definire meglio che cosa accada all'interno di un contesto educativo, nello specifico una comunità terapeutica per alcooldipendenti e politossicodipendenti.



Se consideriamo il set come ambiente d'insieme possiamo identificare delle cornici che contengono a loro volta altre cornici. Definiamo ora meglio le specificità dei contenuti degli insiemi.

SET (comunità terapeutica):

- Spazi: il contesto di una comunità residenziale. Presenza di una media di 15 ospiti, in un ambiente rurale
- Tempi: i colloqui si svolgono con una cadenza di circa 1 ora alla settimana, non è sempre facile mantenere una cadenza regolare, a causa degli impegni lavorativi degli ospiti
- Area dell'intervento: educativo, con riflessione psicodinamica in équipe
- Co- terapeuti: colleghi con diverse professionalità, educatori professionali, con titoli non altrimenti specificati, 1 psicologo, 1 psicopedagogo.
- Gestione degli psicofarmaci: essendoci come inviante il servizio pubblico di riferimento, in questo caso il Ser.t, la gestione farmaci è interamente gestita da quest'ultimo

- Strumentazioni tecniche: colloquio individuale, gruppi eterocentrati, condivisione del quotidiano.
- Presenze familiari o istituzionali: i familiari ed il servizio inviante, come rete dei riferimento al paziente, vengono visti con cadenza regolare.
- Contratto: essendo assunti come dipendenti il contratto è evidentemente non stipulato direttamente tra utente e terapeuta.
- Assetto di lavoro: individuale e di gruppo, incentrato sulle dinamiche del quotidiano, un gruppo introspettivo con cadenza 1 volta a settimana
- Disposizione: vis à vis.
- Contesto: privato, con committenza nel pubblico.
- Area dell'intervento: obiettivo del percorso terapeutico è quello di aiutare l'utente a riconoscere i bisogni che la sostanza ha sostituito ed aiutarlo ad elaborare una richiesta d'aiuto e conseguentemente identificare nuovi obiettivi di vita, tra cui ricerca del lavoro e di nuovi legami affettivi, o consolidamento di quelli passati.
- Regole di comportamento: puntualità e coerenza.

## UTENZA

- Richieste ed obiettivi specifici; analisi della domanda
- Caratteristiche dell'utenza: età media 45 anni, maggiori le presenze maschili, livello culturale: medie inferiori, qualche diploma, livello socioeconomico variabile, diagnosi psicopatologica spesso non specificata, in genere "disturbo di dipendenza da sostanze, alcool".

## TERAPEUTA

- Caratteristiche: esperienza clinica, sesso, età, fisionomia professionale
- Provenienza professionale: variabile; ci sono psicologi, educatori professionali.

Sembra sempre più importante la definizione di un "setting interno", aspetto che permette di formalizzare meglio il cosiddetto setting "esterno". Spesso in équipe dinamicamente costituite diventa difficile utilizzare al meglio le proprie conoscenze e specificità perché contesti "comunitari" – nel senso letterale della parola – tendono ad una meta assolutamente comune, cioè il tentativo di annullare le differenze. Questo meccanismo difensivo è attuato più o meno consapevolmente, poiché spesso le dinamiche emotive sono predominanti e portano il gruppo di lavoro ad operare secondo gli assunti di base bioniani. Nella mia esperienza è capitato di identificare e vivere in prima persona dinamiche di accoppiamento e dinamiche di attacco- fuga nei confronti di gruppi "estranei" all'équipe. Tuttavia è sempre stato possibile, attraverso l'intervento di supervisori e con la crescita del gruppo, individuarne le dinamiche.

### **1 . Come costruire un setting interno?**

Solamente un ambiente idoneo consente un idoneo assetto mentale. L'importanza di seguire un "protocollo" è fondamentale non solo come regola operativa ma soprattutto come tutela, protezione, sia nei confronti dell'utenza che degli operatori psicosociali. Per chiarire meglio mi servirò di un esempio della mia esperienza clinica.

#### **Caso 1**

Un collega con qualifica di educatore segue nei colloqui individuali una paziente di 52 anni, che chiamerò Lorena, con diagnosi di alcolodipendenza accompagnata da abuso di farmaci e lieve disturbo dell'alimentazione. E' residente in comunità da 11 mesi.

Durante un'uscita con lei per commissioni il collega decide di utilizzare quel "tempo" come spazio di colloquio e tratta con lei alcune tematiche che stavano mettendo in difficoltà la donna.

Due giorni dopo questo "colloquio" Lorena va in crisi, dice di volersene andare e chiede di poter chiamare il marito e sfogandosi con me dice di essersi sentita "usata" durante l'uscita, di aver vissuto le stesse sensazioni di abbandono provate in precedenza prima con il padre e poi con il marito.

Discutiamo in équipe l'accaduto e il collega si stupisce di aver causato una simile reazione e fatica a riconoscere anche le forti dinamiche controtransferali che lui stesso ha agito durante quell'uscita – la paziente "sbatacchiata" letteralmente sul furgoncino che le ha fatto rivivere vissuti di violenza, abuso da parte delle figure maschili – e che hanno provocato un crescendo di aggressività da parte di entrambi.

Inoltre in questo contesto così poco tutelante, dove non è stato rispettato quasi nessuno degli strumenti del Set (tempi, spazi, regole di comportamento...), anche le dinamiche transferali e controtransferali non hanno potuto essere contenute ed hanno portato Lorena a cercare una via di fuga - il ritorno in famiglia - e di rottura: "Se devo scegliere tra mio marito fuori e un nuovo uomo che mi maltratta in comunità scelgo il fuori".

La buona relazione instaurata con l'équipe ha permesso comunque che la donna cercasse l'appoggio degli altri membri del gruppo – ed in questo caso una figura femminile – e che quindi fosse possibile che il collega riparasse all'errore fatto e recuperasse il valore positivo del legame tra lui e Lorena.

Tutto ciò ha portato l'équipe a riflettere sull'importanza del setting, che non può e non deve essere improvvisato e soprattutto che il tempo dedicato all'altro non può essere sovrapposto ad altri momenti qualitativamente differenti. Sicuramente questo intervento ha favorito l'emergere di forti vissuti che poi è stato possibile analizzare e che forse, in contesti più protetti, non sarebbero venuti fuori con tale intensità; tuttavia il rischio di rottura da parte del paziente non può essere il prezzo da pagare per ottenere tali espressioni. Ciò permette di dire che tutte le situazioni clinico-relazionali, come molte situazioni psicosociali, richiedono un setting definito."

Inoltre bisogna tenere conto che in questo caso specifico, e cioè con patologie di dipendenza, l'ambiente familiare di provenienza ha delle caratteristiche peculiari, che nella relazione interindividuale vengono facilmente riattivate. Setting clinico quindi che rimanda strettamente al setting familiare, ma che proprio grazie agli strumenti e alla consapevolezza di chi operata in contesti terapeutici non deve venire agito. L'agito si ha proprio nel momento in cui il setting non è più contenitivo e quindi viene attaccato.

### *1.1. La famiglia dell'alcolista: il contesto di provenienza e la sua storia*

Il soggetto che diventa alcolista ha sempre una patologia di base: spesso proviene da una famiglia povera, in cui uno dei genitori è assente o fisicamente o emotivamente; altrettanto spesso una figura parentale (madre, padre, zio, nonno ...) è stata un forte bevitore o un alcolista. Il soggetto che proviene da questo ambiente emotivo ha uno scarso confronto con i genitori e con il mondo esterno; questo fa sì che in lui si instauri un bisogno di dipendenza.

L'alcolista è una persona con un Io fragile; ha bisogno dell'alcool per stare insieme agli altri e quindi per avere un rapporto oggettuale meno difficile. Tra i meccanismi adottati dall'alcolista, la negazione è quello che rappresenta meglio il suo stile di vita. L'alcolista nega infatti di essere tale, affermando, tra l'altro, di poter fare a meno dell'alcool.

La differenza tra l'alcolista e il tossicodipendente sta nel fatto che il primo ha una fissazione alla fase orale (gusto nel palato, labbra, ecc.); il secondo invece è come se non fosse ancora arrivato alla fase orale, come se avesse il cordone ombelicale ancora attaccato alla madre.

Il tossicodipendente ha una personalità masochistica (il buco e tutto il rituale sono masochistici) e fortemente narcisistica: attraverso l'assunzione della sostanza egli sente il proprio dominio sugli altri, sente di non aver bisogno di nessuno. Il tossicodipendente ha una mentalità delinquenziale e un processo di pensiero perverso, cioè, è pronto a rubare e a prostituirsi.

Anche la famiglia dell'alcolista e del tossicodipendente sono diverse tra loro. Nella famiglia di origine del tossicodipendente spesso la coppia madre-padre è in crisi; la madre è profondamente narcisistica, incapace di qualsiasi aspetto depressivo e vive col figlio un rapporto privilegiato. Il figlio vive in simbiosi con la madre (perciò è come se non fosse mai nato, non ha bisogno di rapporti), escludendo la terza persona, il padre; persistendo nel proprio comportamento, il tossicodipendente svolge il ruolo più adatto alla funzionalità della coppia e questo aumenta il suo senso di onnipotenza. Attualmente per il tossicodipendente c'è la "terapia" del metadone, la terapia familiare, la comunità e, in certe particolari situazioni, la terapia ad orientamento psicoanalitico.

L'alcolista ha una personalità a carattere depressivo, con spunti paranoici e con sensi di colpa molto accentuati; solitamente egli inizia a bere per calmare i suoi stati d'ansia e di colpa, che derivano da un Io persecutorio e punitivo. Nella famiglia di origine spesso il padre era un alcolista, mancano perciò nel figlio i legami affettivi e, di conseguenza, egli non riesce a riparare il legame con i genitori e con gli altri. Nella famiglia che si è formata, l'alcolista ha un rapporto di coppia di tipo sado-masochista, che rende i due coniugi fortemente dipendenti l'una dall'altra. A "guardiano" di questo legame patologico viene chiamata la moglie, ma nel rapporto manca e mancherà l'idea della riparazione, che potrà essere possibile solo intervenendo dall'esterno.

Nonostante la sua patologia, la coppia può andare avanti per anni, in un certo equilibrio (non sano); quando però l'alcolista smette di bere, la partner generalmente cade in depressione, si sente abbandonata, non può più giocare certe parti aggressive contro il compagno, non può più proiettarsi nell'altro. In questo tipo di famiglia il figlio viene sicuramente danneggiato: il ragazzo si trova a crescere con un forte bisogno di identificazione con un modello genitoriale positivo, modello che però gli verrà inesorabilmente a mancare.

L'alcolista ha spesso una nevrosi di tipo ossessivo e l'identificazione del figlio col padre è molto deprimente: il ragazzo cresce con grandi insicurezze; l'alcolista tra l'altro è anche aggressivo e il figlio acquista un Io rigido e perverso, un carattere ossessivo: egli deve essere rassicurato da un rituale preciso, da situazioni dove tutto è controllato.

Cadendo i valori dell'ideale dell'Io, inesorabilmente si fa avanti la depressione che assume dimensioni preoccupanti: dinanzi al crollo dell'ideale dell'Io e alla depressione, non si può reagire e allora subentra il masochismo. Si forma così una catena senza fine, che può portare anche il ragazzo a "bere" o a drogarsi.

## **2. Interrompere senza rompere: il setting come contenitore del legame.**

Lo spazio-tempo del setting organizza, mette in gioco e amministra il sacro, la potenza, il rapporto del singolo con il gruppo e con i valori e le forze individuali e collettive. Vorrei sottolineare soprattutto il concetto di "sacralità" che mi sembra fondamentale, in primo luogo perchè fa riferimento al mondo dei valori culturali e in secondo luogo in quanto ribadisce l'importanza di proteggere – sacro come inviolabile – la relazione.

La relazione nata come confronto di esperienze, di ruoli, si definisce correttamente se la si inquadra all'interno del contesto di lavoro e se si considera l'équipe come strumento essenziale in cui confrontare le differenze. Ciò può portare o ad una rottura e quindi al fallimento del gruppo di lavoro oppure ad una crisi costruttiva, in cui il riconoscimento delle differenze professionali e personali può portare il gruppo a riconoscersi come tale e a sentire il bisogno di definire la propria identità per poter essere efficace e quindi terapeutico.

In questo senso quindi il setting individuale in cui si incontrano utente e operatore\educatore diventa terapeutico se esiste ed è ben consolidato il Set allargato dell'équipe che fa quindi da contenitore.

In questo contesto l'agire di entrambi i membri della coppia T- U viene ad essere contenuto dall'insieme; l'attacco al setting dell'esempio precedente è stato

sufficientemente contenuto e la tenuta dell'équipe ha permesso che l'utente non agisse una rottura di legame.

Ci sono tuttavia delle pressioni al legame che non sono patologici e che vanno nella direzione di un'autonomia e non di una frattura.

Porterò ora un altro esempio in questa direzione.



### *Caso 2*

Un ospite della comunità già da 9 mesi – 31 anni, diagnosi di alcooldipendenza con uso lieve di cannabis e acidi – durante il periodo estivo sente particolarmente la lontananza della collega che lo segue, in ferie. Al suo ritorno però questa educatrice in modo improvviso rompe il contratto di lavoro e lascia da un giorno all'altro la comunità.

L'utente – che chiamerò Luigi – soffre molto per l'abbandono reale anche se riesce comunque a far riferimento al resto dell'équipe. Tuttavia nel giro di poche settimane comincia ad alternare, accentuando un movimento già presente in lui dall'ingresso in comunità, momenti di forte cedimento delle motivazioni a rimanere a momenti di bisogno di contenimento. In realtà le motivazioni che lui porta rispetto all'interrompere il percorso sono valide e sensate. Dopo una prima fase in cui l'équipe mantiene una linea tesa a trattenerlo e a rinforzare i momenti di contenimento, smorzando le sue richieste verso il fuori, ci si rende conto che la sua domanda di autonomia non è semplicemente una risposta all'abbandono o una rottura di legame ma esprime anche una richiesta di crescita. Luigi infatti chiede all'équipe di appoggiare la sua uscita fuori, ribadendo il suo legame con noi ma chiedendoci di riconoscere il suo bisogno di camminare con le proprie gambe. In questo caso non si è trattato di un attacco al setting che, anche se ricostruito, viene riconosciuto dall'utente, ma una richiesta del paziente di adattare il setting alla sua nuova domanda di autonomia.

Quando l'équipe la riconosce e l'accoglie è possibile per Luigi chiudere il percorso e proseguire fuori con una buona tenuta.

### **Conclusioni**

L'importanza di osservare delle regole a tutela e protezione permette un utilizzo corretto di uno strumento comune di lavoro, che consenta ai singoli operatori psicosociali – di differenti professionalità ma accomunati dall'appartenenza ad uno stesso gruppo di lavoro – .

Ovviamente ciò non significa essere rigidi; è possibile rinunciare al setting ortodosso se ciò significa accoglimento e comprensione di bisogni profondi. Tuttavia essere flessibili significa però avere ben presenti tali strumenti e il quadro all'interno del quale utilizzarli. Se si decide di optare per un altro tempo ed un altro luogo dove stare insieme con l'utenza bisogna però essere in grado di ricostruire nella propria mente – e in questo senso il setting è mentale – il contenitore che si decide di non utilizzare. Ciò significa che si può essere terapeutici anche sotto un albero all'aperto invece che in una stanza, tuttavia avendo ben presente che in quel momento, per quella particolare persona, noi stiamo facendo da luogo e contenitore della sua storia clinica e dobbiamo essere in grado di riportarne i contenuti in altra sede.

Un'équipe di lavoro "sufficientemente buona" winnicottianamente parlando, dev'essere poi in grado di sostenere i suoi membri e fornire elementi di messa in discussione dei singoli come fonte allargata di messa in discussione del gruppo. Non si può chiedere all'utente di mettere in forse i suoi agiti se poi non si è in grado di farlo con i propri; in questo modo crisi diventa cambiamento e attraverso la riformulazione

e la ricostruzione di ciò che è avvenuto nel setting è possibile riproporre al paziente un comun denominatore su cui scrivere il suo percorso terapeutico.

Il setting quindi non è un puro e semplice elenco di regole ma uno spazio vissuto in cui mettere pensieri, affetti ed emozioni di quelle particolari storie. Parlo di storia in senso biografico ma anche in senso esperienziale, come insieme di esperienze che hanno un filo conduttore e che è possibile ricostruire e raccontare, bagaglio dei singoli e del gruppo di quello specifico contesto.

*"Il setting permette di circoscrivere l'universo del discorso che interessa considerare: la cornice serve a racchiudere il testo, nello stesso modo di un'impaginazione, dove la pagina funge da sfondo e supporto. Setting significa anche scenario, sfondo e lo sfondo è correlato alla figura che si differenzia da esso[...]. Il suo quadro tendenzialmente formale si rivela così un garante esterno di disponibilità, regolarità, continuità: contenitore materiale e luogo temporaneo entro il quale configurare eventi personali ... [Da Berlincioni V., Petrella F., Gli Argonauti n°56, marzo 1993].*

## **Bibliografia**

**AA.VV.**, *Il setting*, Ed. Borla, Roma, 1985.

**Adler A.**, *La psicologia individuale*, Ed. Newton Compton, Roma 1992.

**Adler A.**, *Il senso della vita*, Ed. Newton Compton, Roma 1997.

**Anastasenì E.**, *Aspetti caratteristici del transfert*, Rivista SIPI, Anno XIII Giugno-Ottobre 1985 NN. 22-23.

**Anglesio A., Fulcheri G., Sanfilippo B.**, *Le dipendenze patologiche: la prospettiva adleriana*, Rivista SIPI, Anno XXVIII Luglio - Dicembre 2000 N. 48.

**Ansbacher H.L., Ansbacher R.R.**, *La psicologia individuale di Alfred Adler*, Ed. Martinelli, Firenze 1997.

**Bignamini E., Cortese M., Garau S., Sanebastiano S.**, *Dipendenza da sostanze e patologia psichiatrica. Percorsi di ricerca sulla comorbidità*, Ed. EDITEAM, Castello D'Argile (Bologna), 2002.

**Berlincioni V., Petrella F.**, *Quadro e cornice: il setting clinico*, Gli argonauti n° 56, marzo 1993.

**Bonetti A.**, *Gli interventi psicologici nella tossicodipendenza secondo un'ottica relazionale*. In Serpelloni G., Rezza G., Gomma M., *Eroina. Infezione da HIV e patologie correlate*. Leonard, Verona, 1995.

**Fulcheri M., Pinessi L., G. De Martini**, *Counseling secondo l'indirizzo adleriano in etilisti*, Rivista SIPI, Anno VIII Dicembre 1980 N. 13.

**Gabbard G.O.**, *Disturbi da uso di sostanze psicoattive e disturbi dell'alimentazione.*, In **Gabbard G.O.**, *Psichiatria Psicodinamica.*, Raffaele Cortina, Milano, 1995.

**Galimberti G., Giorgetti V., Lucchini A., Strepparola G.**, *Alcol e codipendenze.*, In **Lucchini A., Greco C., Cerizza G.**, *Il profilo professionale dell'alcolologo.*, Franco Angeli, Milano, 1999.

**Gerra G.**, *I Trattamenti psicosociali.*, In Gerra G., *Tossicodipendenza e alcolismo*. Mediserve, Milano, 1998.

**Lucchini A., Strepparola G.**, *Strumenti diagnostici indicati sull'area delle dipendenze. Aspetti descrittivi generali e revisione di recenti riferimenti bibliografici.*, In Lucchini A., *La diagnosi dei disturbi da uso di sostanze.*, Franco Angeli, Milano, 2001.

**Marasco E. E., Samtleben U.**, *Da Adler a Adler prima della Psicologia Individuale. Il maestro in qualità di medico e il medico come educatore*, Anno XXIII Luglio-Dicembre 1995 N. 38.

**Maremmani I., Balestri C.**, *Alcolismo: clinica e terapia.* In Serpelloni G., Pirastu R., Brignoli R., *Medicina delle Tossicodipendenze.*, Leonard, Verona, 1996.

**Marlatt G.A., Barrett K.**, *Prevenzione delle ricadute.*, In Galanter M., Kleber D.H., *Trattamento dei disturbi da uso di sostanze psicoattive.*, Masson, Milano, 1998.

**Mazzone M.**, *Esperienza di psicoterapia mediata in una équipe psicopedagogica.*, Rivista SIPI, Anno VII Settembre 1979 N. 11.

**Najavits L.M., Weiss R.D.**, *Rassegna degli studi sulle differenze di efficacia del terapeuta nel trattamento di pazienti con disturbi da uso di sostanze psicoattive.*, Basis, 1994.

**Parenti F., Pagani P. L.**, *L'adolescente drogato come paziente di psicoterapia*, Rivista SIPI, Anno VII Settembre 1979 N. 11.

**Sassi R., Faustini S., Manzato E.**, *Le procedure operative per la scelta del trattamento comunitario residenziale.*, Sito di Servizio Sociale, [www.serviziosociale.com](http://www.serviziosociale.com), Torino, 2003.

**Maria Mascaretti**

Psicologa - Psicoterapeuta



[www.psicologi-psicoterapeuti.info](http://www.psicologi-psicoterapeuti.info)