

Direttore

Rosario DI SAURO

Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" – Centro Ricerche e Interventi in Psicologia Applicata (CeRI-PA Onlus) di Latina

Comitato scientifico

Barbara CORDELLA

Sapienza Università di Roma

Marco Cesare CHIESA

Primario Psichiatra & *Honor Senior Lecturer* The Cassel Hospital & University College London, Psicoanalista Ipa, Membro Ordinario della British Psychoanalytical Society

Adele FABRIZI

Istituto Universitario di Scienze Motorie (IUSM) di Roma

Massimo GRASSO

Sapienza Università di Roma

Alberto MANZI

Assistant Professor Of Psychology, Mercy College, New York

Luciano MECACCI

Università degli Studi di Firenze

Rodolfo MOGUELLASNSKY

Departamento De Salud Mental Universidad De Buenos Aires, Membro Ordinario dell'asociación Psicoanalítica Apdeba

Giampaolo NICOLAIS

Sapienza Università di Roma

Adele Nunziante CÉSARO

Università degli Studi di Napoli "Federico II"

Angelo R. PENNELLA

Sapienza Università di Roma

Lidia PROVENZANO

Sapienza Università di Roma

Paolo VALERIO

Università degli Studi di Napoli "Federico II"

Comitato redazionale

Rosario DI SAURO (coordinatore), Silvia ALONZI, Stefania BERTIÈ, Donata CAVALLO, Francesca MARCHEGIANI, Alessandra MURA, Manuela MALTESE, Irene MASTRANTONI, Anna RICCARDI

PSICOLOGIA CLINICA E PSICOTERAPIA

La collana raccoglie contributi nazionali e internazionali sui temi della psicologia clinica e della psicoterapia. A volte vi si troveranno lavori che, pur non appartenendo in maniera specifica ai suddetti temi, ne fanno da contorno e ne fondano, tuttavia, la stessa epistemologia.



Vai al contenuto multimediale

Principi di terapia psicodinamica

Volume II

a cura di

Rosario Di Sauro
Manuela Maltese
Alessandra Mura

Prefazione di

Giulio Cesare Zavattini

Contributi di

Marco Boccacci, Federico Angelo Carmelo Buonaiuto
Marco Chiesa, Antonella Cirasola, Rosario Di Sauro
Adele Fabrizi, Valentina Ferrara, Pier Francesco Galli
Massimo Grasso, Manuela Maltese, Paolo Migone
Rodolfo Mognillansky, Alessandra Mura, Angelo R. Pennella
Francesca Reale, Anna Riccardi, Michele Spaccarotella
Leonardo Tizi





Aracne editrice

www.aracneeditrice.it
info@aracneeditrice.it

Copyright © MMXIX
Giacchino Onorati editore S.r.l. – unipersonale

www.giacchinoonoratieditore.it
info@giacchinoonoratieditore.it

via Vittorio Veneto, 20
00020 Canterano (RM)
(06) 4551463

ISBN opera completa 978-88-255-1884-9
ISBN volume I 978-88-255-1885-6
ISBN volume II 978-88-255-1886-3

*I diritti di traduzione, di memorizzazione elettronica,
di riproduzione e di adattamento anche parziale,
con qualsiasi mezzo, sono riservati per tutti i Paesi.*

*Non sono assolutamente consentite le fotocopie
senza il permesso scritto dell'Editore.*

I edizione: febbraio 2019

Indice

Volume I

- 1 Prefazione
Giulio Cesare Zavattini
- 15 Introduzione
Rosario Di Sauro, Manuela Maltese, Alessandra Mura
- Parte I
- La terapia psicodinamica**
Costrutti generali
- 41 Introduzione al concetto di psicoterapia
Angelo R. Pennella
- 61 La svolta relazionale in psicoanalisi
Alessandra Mura
- 97 La differenza tra psicoanalisi e psicoterapia
Paolo Migone
- 147 Psicologia clinica e psicoterapia psicoanalitica
Massimo Grasso
- 179 La formazione in terapia psicodinamica
Rosario Di Sauro

Parte II
**Psicoanalisi, sessualità
e sessuologia**

- 197 Una riflessione psicodinamica sulla sessualità
Rosario Di Sauro, Marco Boccacci
- 225 Psicoanalisi e sessuologia clinica
Adele Fabrizi, Leonardo Tizi

Volume II

Parte III
**L'avvio
del processo terapeutico**

- 285 Il setting in terapia psicodinamica
Rosario Di Sauro, Manuela Maltese, Valentina Ferrara
- 325 La valutazione clinica
Rosario Di Sauro, Anna Riccardi
- 349 Il Resoconto in terapia psicodinamica
Rosario Di Sauro, Francesca Reale
- 367 La Supervisione in terapia psicodinamica
Rosario Di Sauro

Parte IV
**Procedere
tra i costrutti principali
della terapia psicodinamica**

- 379 Tecnica e teoria della tecnica in psicoanalisi tra arcaico e postmoderno
Pier Francesco Galli
- 421 Non accettare sogni dagli sconosciuti
Michele Spaccarotella
- 469 Transfert e controtransfert
Rosario Di Sauro, Federico Angelo Carmelo Buonaiuto
- 527 Brevi cenni sulla resistenza in terapia psicodinamica
Valentina Ferrara
- 543 La conclusione della terapia psicodinamica
Rosario Di Sauro

Parte V
**Per una visione sociale
della terapia psicodinamica
fra famiglie, coppie
e istituzioni residenziali**

- 565 La terapia psicodinamica familiare e di coppia
Rodolfo Moguillansky, Silvia Nussbaum
- 615 Gli esiti dell'efficacia clinica delle comunità terapeutiche nel trattamento dei disturbi di personalità
Marco Chiesa, Antonella Cirasola
- 645 Autori

PARTE III

L'AVVIO
DEL PROCESSO TERAPEUTICO

Il setting in terapia psicodinamica

ROSARIO DI SAURO*, MANUELA MALTESE*, VALENTINA FERRARA*

I. Introduzione

Parlare o introdurre il concetto di setting in terapia psicodinamica si presenta quanto mai complesso visto che solitamente possiamo intendere il setting sia come elemento “interno” che “esterno”. Per setting interno, intendiamo tutti quei fattori che fanno riferimento al processo terapeutico o all’atteggiamento terapeutico all’interno dello stesso, mentre per setting esterno intendiamo tutto ciò che si pone come *frame*, cornice del processo stesso, quindi gli aspetti materiali per intenderci. Si è d’accordo con Pennella (2013, p. 31) quando dice che: «il setting è l’insieme delle condizioni che caratterizzano in modo continuativo l’intervento clinico, condizioni chiamate a delimitare, ospitare e sostenere l’intervento stesso». In questo contributo, seppur in maniera breve, ci soffermeremo sia sul setting esterno, toccando quà e là aspetti di natura teorica e rimandando alla proficua letteratura le riflessioni su ciò che contraddistingue il lavoro psicoterapico in ambito dinamico e, sia, sul setting interno, evidenziando, in modo particolare, uno degli aspetti fondanti il setting, ovvero il colloquio clinico.

Ma entriamo nel merito del nostro discorso.

È unanimamente condiviso che la relazione psicoterapica inizia in un qualche modo quando il paziente e il terapeuta si conoscono e, generalmente, ciò avviene attraverso un contatto telefonico (Foglio Bonda, 1983).

* Centro Ricerche e Interventi in Psicologia Applicata (CeRIPA).

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.

Sembrerebbe quindi che sia questo il momento in cui si costituisce il setting terapeutico. In realtà le fantasie, sia del paziente sia del terapeuta, che potrebbero anche essere preesistenti all'incontro stesso, allora, acquisirebbero una dimensione "interna" della relazione. Quelle del paziente (le fantasie) 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.

1.1. *Il Frame*

Anche se fin dalla sua origine la "cura psichica" era costituita fondamentalmente 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 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.

È importante sottolineare, ad esempio, la privacy dello studio, l'ordine, la comodità: in una "battuta", 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 consce e inconsce 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 terapia 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, ma, ancor prima, la valutazione clinica.

È importante, inoltre, che gli elementi della stanza di consultazione siano relativamente costanti in quanto, in caso contrario, si potrebbe determinare 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 sé 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, di cui di seguito daremo spiegazioni più dettagliate.

Tali fattori si possono evidenziare ad es.: nel 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.

2. Una digressione sull'illusione e sulla 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 basato fondamentalmente sulla relazione (Di Sauro, 1990), è possibile che nella relazione stessa si verifichino illusioni sia del paziente che del terapeuta, in quanto elemento umano inevitabile. I processi illusori o usando un altro termine le attribuzioni di senso o le aspettative, sono elementi tipici e frequenti nelle relazioni umane.

Il paziente, pertanto, 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 atteggiamenti, 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 sia 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, tuttavia, in particolare all'inizio della professione di psicoterapeuta, può far riscontro l'illusione dello stesso.

Tale collusione potrebbe essere determinata sia dalla poca esperienza sia dalla poca conoscenza che egli ha di sé e di sé come terapeuta ideale.

È probabile che egli si illuda, ad esempio, di essere chiaro, lineare, consapevole, pur non riuscendo ad essere promotore di chiarezza.

È 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.

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.

3. La realtà del setting: ovvero l'accordo terapeutico o il contratto

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).

È importante ricordare come, nella storia della tecnica psicoanalitica, tale concetto avesse 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 Wexler (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, il concetto di responsabilità).

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

La valutazione diagnostica, come ampiamente esposto nelle pagine precedenti o, se vogliamo, la relazione psicodiagnostica, si pone come un momento fondamentale nella costituzione dell'alleanza di lavoro, e quindi del setting, e ciò perché 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.

Parafrasando Winnicott, (1957) e come già accennato a proposito del frame, 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

crescita 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.

4. Il colloquio clinico

4.1. Obiettivi del colloquio

Affinché una psicoterapia sia efficace, la capacità del clinico di capire le persone è più importante della sua conoscenza di specifiche tecniche terapeutiche [...] mi sembra di per sé evidente che non si può inferire quale sia il migliore approccio per il trattamento del problema di una persona se non si comprende la soggettività personale unica di quell’individuo. (McWilliams N., 2002, p. 1)

Con queste parole Nancy McWilliams ci mostra come in terapia i due aspetti predominanti che entrano in gioco e che si intersecano in un’ottica relazionale sono la soggettività del paziente e quella dell’analista.

Come descritto all’inizio di questo contributo, quando un paziente arriva nella stanza di analisi porta con sé inevitabilmente uno stato di sofferenza profonda e un elevato numero di aspettative, fantasie, motivazioni personali ecc.

A volte però accade che qualcuno si rivolga a noi affinché interveniamo su un’altra persona o ancora che richieda un intervento per se stesso, sulla spinta di qualcun altro. Insomma, in qualsiasi modo si giunga in terapia, e per qualsiasi motivazione, la domanda di intervento comunica qualcosa che ha a che fare con le emozioni di chi pone la domanda (Carli R., Paniccchia R.M., 2003, p. 9).

Per analisi della domanda, come del resto ampiamente discusso nelle pagine precedenti, si intende l'esplorazione delle simbolizzazioni affettive agite da chi pone la domanda d'intervento allo psicologo (Carli R., Paniccia R.M., 2003, p. 10) ovvero l'analisi di quali simbolizzazioni emozionate e di quali modalità relazionali vengono portate e si nascondono dietro la richiesta di intervento.

Un caso clinico per spiegarci.

Una donna di 35 anni si rivolge ad uno degli scriventi (V.F.) con una richiesta di sostegno alla genitorialità a causa di grandi difficoltà con il figlio dodicenne che manifesta comportamenti aggressivi e violenti scatti d'ira sia a scuola che a casa. Il primo contatto telefonico mostra una grande difficoltà a stare nella relazione ed evidenza delle modalità caotiche e manipolative.

La terapeuta trova la sua prima chiamata mancata e la richiama ma lei non risponde.

La paziente richiama poco dopo in un momento in cui non può parlare e quindi riaggancia dopo pochi secondi per poi richiamare di nuovo una seconda volta. In questa seconda chiamata, effettuata mentre è alla guida dell'auto, spiega alla terapeuta la problematica del figlio e la sua richiesta per un sostegno alla genitorialità dicendole però che il giorno per lei disponibile, precedentemente accordato con la segreteria, è cambiato e si deve quindi scegliere un altro giorno (nello sportello psicologico in cui venne raccolta la richiesta c'era una segreteria che raccoglieva le disponibilità dei pazienti e le incrociava con quelle dei professionisti per poi indirizzare le richieste. La paziente, in lista di attesa, non aveva quindi comunicato il cambio di disponibilità). Dopo aver concordato un giorno e un orario, la paziente mette in attesa la terapeuta per qualche secondo poiché, sempre alla guida, sta incrociando la polizia mentre parla al telefono senza auricolare, chiede quindi di richiamare a breve per appuntare l'indirizzo dello studio, impossibilitata a scriverlo in quel momento. Richiama dopo alcune ore scusandosi e spiegando di non aver chiamato prima a causa di un imprevisto. Dopo aver appuntato l'indirizzo dello studio si conferma l'appuntamento preso in precedenza, ma esprime dei dubbi sulla sua puntualità poiché lo studio sembra essere distante da lei e l'orario collocato in un momento della giornata molto trafficato (L'orario concordato era le 10:00 del mattino, inizialmente quello da lei preferito, e la zona dello studio era inizialmente per lei molto comoda e ben collegata). Chiede inoltre se il marito dovrà partecipare agli incontri di sostegno alla genitorialità sostenendo pochi secondi dopo che sicuramente non potrà essere presente a causa di impegni di lavoro, di conseguenza la terapeuta prende appuntamento solo con lei per conoscenza.