

## ASPETTI DEL SETTING NEL SERVIZIO PSICHIATRICO PUBBLICO

**L**a valenza terapeutica passa, in psicoterapia, attraverso il rapporto terapeuta-paziente in un setting (luogo, cornice, regole) che ne definisce il senso.

Nel privato il setting è costruito dal terapeuta e costituisce elemento di rinforzo della sua posizione nella relazione.

Nel pubblico il setting è variabile importante per l'utilizzazione delle potenzialità psicoterapiche dell'operatore, quale che sia il modello di riferimento, in quanto il senso dell'operare non è di per sé definito, ma in continua dialettica trasformazione nel rapporto tra psicoterapia e servizio.

Lo psicoterapeuta che opera nel pubblico è obbligato ad una continua contestualizzazione dell'intervento: deve chiedersi qual è la sua posizione nel servizio, che significato assumono gli spazi condivisi ed i tempi di terapia, che senso prende il suo intervento nell'ambito della istituzione e quali sono le valenze sociali del servizio.

Negli articoli che seguono sono presentate esperienze e riflessioni di psicoterapeuti che, operando nel pubblico, si misurano con livelli di complessità indubbiamente più elevati rispetto al privato.

In tale complessità si intravede la possibilità di utilizzare le variabili sopra menzionate, attraverso una continua, creativa riflessione che non può prescindere dal prendere in considerazione la posizione di chi osserva.

Walther Galluzzo

## IL PUNTO DI VISTA COGNITIVO

**Cecilia La Rosa**

Associazione per la Ricerca sulla Psicopatologia dell'attaccamento e dello Sviluppo (A.R.P.A.S.) - Piazza Tuscolo 5 - 00183 - Roma

*Riassunto: In ambito pubblico il setting costituisce una variabile importante a prescindere dal modello teorico di riferimento.*

*In psicoterapia cognitiva il rapporto, improntato alla collaboratività ed alla pariteticità, consente la utilizzazione delle variabili esterne che non sembrano peraltro avere alcun effetto negativo sul trattamento.*

**C**hi lavora in un ambiente pubblico psichiatrico, (Università, Centri di Salute mentale, reparti ospedalieri ecc.) e offre un servizio psicoterapeutico, sa bene la differenza rispetto a un setting privato: la presenza infatti di "regole" dettate dall'Istituzione costituisce la variabile più importante a cui fare riferimento. In questo caso, la regola di base della terapia cognitiva, relativa alla possibilità di concordare in larga parte il setting con il paziente, all'interno di una relazione collaborativa viene a modificarsi. Il terapeuta si trova nella situazione di fare riferimento continuamente, per gli orari, i loro possibili cambiamenti, la durata delle sedute, la frequenza delle stesse, le condizioni di pagamento, l'ambiente, alle regole dell'Istituzione in cui lavora. Tali regole, più o meno rigide, devono essere accettate sia dal terapeuta che dal paziente e i vantaggi e gli svantaggi sono inevitabilmente sofferti da entrambi.

Questa situazione, peraltro, a volte, protettiva nei confronti del terapeuta, che può sempre utilizzare l'istituzione come responsabile di alcune inevitabili frustrazioni da infliggere al paziente, può pro-

vocare due effetti. Il primo effetto, di gran lunga il più frequente, è lo sviluppo, all'interno della relazione terapeutica, di una "alleanza" ulteriormente consolidata, dal fatto di essere in qualche modo entrambi "succubi" di una stessa situazione. Il secondo effetto, più raro, è una identificazione, da parte del paziente, del terapeuta con l'istituzione. In questa seconda situazione, il più delle volte il paziente incolpa il terapeuta di non volergli, ad esempio, concedere un incontro ulteriore o, più genericamente, "più tempo", negando le difficoltà e i limiti del contesto entro cui entrambi si muovono. Tale situazione, quando si verifica, è spesso comunque espressione di una patologia grave, di un problema di rapporto con il terapeuta, di una struttura cognitiva che ha difficoltà ad accedere ad un ragionevole *insight*. In questi casi, la possibile risposta del terapeuta è legata strettamente alla terapia e al tipo di interventi che sta mettendo in atto.

La seconda variazione di *setting* rispetto all'ambito privato è la *presenza di più figure terapeutiche*. In un servizio pubblico ben organizzato, tale situazione è di gran lunga la più vantaggiosa sia per il paziente che per il terapeuta. Il paziente infatti si può sentire rassicurato dalla presenza di un primario o di un professore o di un supervisore in quanto il lavoro svolto dal terapeuta nei suoi confronti è sottoposto ad un controllo e ad una garanzia; questo è avvertito in genere soprattutto all'inizio della terapia.

Il paziente ha inoltre la possibilità di richiedere dei colloqui con il primario o con il supervisore e di essere quindi rassicurato sulla terapia.

Per il terapeuta la presenza di altri colleghi con cui confrontarsi comporta un grosso aiuto nei confronti della terapia. In terapia cognitiva, infatti, la possibilità

di supervisione tra pari è considerata uno strumento utilissimo di confronto, supporto e conoscenza per ogni terapeuta (Pancheri L. et al. 1986).

La possibilità, di organizzare all'interno del servizio una 'rete' tra terapeuti di diverso orientamento teorico consente infine, se necessario, di strutturare dei nuovi contesti terapeutici all'interno della stessa struttura. Ad esempio, se durante la terapia individuale emerge chiaramente l'esigenza di strutturare dei colloqui di coppia per dei problemi specifici del paziente, il terapeuta può chiedere, in accordo con il paziente, ad un terapeuta sistemico che lavora nella stessa struttura, di effettuarli in aggiunta alla terapia individuale e senza che questa si modifichi. Lo stesso può succedere se il paziente e il terapeuta concordano la necessità di una terapia farmacologica in aggiunta alla terapia individuale.

La terza variazione importante del *setting* in ambito pubblico è la *eventuale presenza di un termine* prestabilito della terapia. L'istituzione del termine prefissato può essere legata a motivi di ordine teorico, motivi di ricerca clinica, o, più semplicemente, alla scarsità di terapeuti. La presenza del termine permette l'istaurarsi di una più rapida ed intensa relazione terapeutica, l'utilizzo di tecniche di autosservazione volte all'identificazione precoce degli schemi cognitivi e, soprattutto, una elaborazione del distacco dalla terapia e dalle tematiche relative all'attaccamento e alla storia infantile fin dalla prima seduta di terapia. L'elaborazione del distacco prende, in questo caso, una parte molto ampia della terapia, in quanto il termine prefissato spesso non è molto gradito dai pazienti.

La maggior parte di queste tematiche di *setting* in ambito pubblico, e altre relative alla psicoterapia cognitiva e alla re-

lazione terapeutica, sono state oggetto di una ricerca effettuata alcuni anni fa, presso l'Istituto di Psichiatria dell'Università di Roma da un gruppo di terapeuti di formazione cognitivista (Pancheri L. et al. 1988). La ricerca è stata effettuata su 16 pazienti, che avevano fatto richiesta di psicoterapia presso l'ambulatorio psichiatrico dell'Università. Secondo il disegno sperimentale della ricerca tutti i pazienti hanno ricevuto una terapia cognitiva della durata di circa 30 sedute più 5 di *follow up*, con un incontro settimanale. Era prevista una supervisione di cui i pazienti erano a conoscenza e la somministrazione sia ai pazienti che ai terapeuti di un questionario al termine della terapia. Il questionario era composto da una cinquantina di domande volte ad indagare in particolare i seguenti punti: motivo della domanda di terapia, aspettative, valutazione dei risultati, relazione terapeutica e impatto del *setting* universitario. In particolare le domande sul *setting* riguardavano l'influenza sulla terapia del contesto universitario, della mancanza di pagamento, dell'impossibilità di scegliere il terapeuta, del termine prefissato, del *follow up*. Infine veniva chiesto di fare un confronto (anche immaginario) tra la psicoterapia condotta in ambito universitario e in ambito privato.

Dei sedici pazienti facenti parte del gruppo sperimentale, tredici hanno terminato la terapia, mentre tre la hanno interrotta entro le prime dieci sedute.

Le risposte relative all'impatto del *setting* sono state molto interessanti. La maggioranza dei pazienti ha risposto di non aver trovato spiacevole l'ambiente universitario (più della metà lo ha trovato positivo).

Questa risposta potrebbe sembrare del tutto normale se non si tenesse conto di

"come era l'ambiente": i pazienti, infatti, per raggiungere la stanza dove si effettuava la terapia dovevano attraversare un reparto di pazienti psichiatrici ricoverati cronici, spesso gravemente disturbati e disturbanti; le stanze dove si effettuava la terapia erano in realtà le stanze adibite alla ricerca clinica, quindi ricche di apparecchiature e per niente confortevoli; era frequente inoltre che la porta fosse aperta o che vi fossero svariati disturbi. L'ambiente tuttavia non fu ritenuto disturbante né dai pazienti né dai terapeuti, segno evidente della scarsa importanza che esso riveste all'interno di una buona relazione terapeutica. Tra tutti i pazienti solo uno (un *drop out*) ha ritenuto dannoso il fatto di non pagare le sedute e ha affermato che si sarebbe impegnato di più pagando. L'87,5% dei pazienti non ha ritenuto disturbante la supervisione.

Nessun paziente ha sostenuto che se avesse potuto scegliere il terapeuta la terapia sarebbe andata meglio, anche se metà dei pazienti ha risposto "non so".

Per quanto riguardava il "termine" prefissato dalla terapia ci sono state invece delle riserve. Metà dei pazienti ha considerato il termine "utile anche se difficile da accettare", il 44% lo ha considerato "negativo".

Inoltre il 62% dei pazienti ha dichiarato che una terapia di 30 sedute era "troppo breve" e questa è risultata essere l'unica critica che la maggioranza dei pazienti ha rivolto al *setting* in ambito pubblico. In particolare i pazienti "non migliorati" hanno ritenuto più frequentemente negativo il termine rispetto ai migliorati.

Alla richiesta di un confronto tra la psicoterapia effettuata in ambito pubblico e quella effettuata in ambito privato, i pazienti hanno risposto in grande maggioranza (87%), di ritenere che la psicot-

rapia si possa fare ugualmente bene nei due ambiti o addirittura meglio in ambito pubblico.

Le risposte dei terapisti sono state molto simili a quelle dei pazienti.

Essi hanno dichiarato che in nessun caso il contesto universitario, il fatto di non pagare, la presenza di una supervisione avevano avuto un impatto negativo sulla terapia.

Per quanto riguardava il termine, invece, anche i terapisti avevano avuto delle riserve: più frequentemente dei pazienti (68%) ritenevano che il termine fosse stato "utile, anche se doloroso per il paziente", e anche più frequentemente dei pazienti (75%) ammettevano che sarebbe stato meglio continuare la terapia oltre le 30 sedute. Inoltre hanno sostenuto che il 62% dei pazienti trattati avrebbe avuto ancora bisogno di terapia.

E' interessante notare infine che i dati relativi ai pazienti che hanno incontrato delle difficoltà sia nel *setting* che in altre variabili, pur non essendo statisticamente significativi, hanno mostrato una tendenza ad essere correlabili con la difficoltà di strutturare un buon rapporto con il terapeuta.

## Conclusioni

In ambito pubblico il *setting* psicoterapeutico varia, inevitabilmente, a prescindere da qualsiasi orientamento teorico di riferimento. La presenza di un ambiente ospedaliero, di altre figure terapeutiche, del non pagamento ecc. è una diversità incontrata da tutti i terapeuti e da ognuno affrontata secondo i propri schemi teorici di riferimento (Minguzzi 1986).

In terapia cognitiva, la possibilità di valutare con il paziente realisticamente queste differenze, l'esistenza di un rap-

porto improntato alla collaboratività e alla pariteticità, permettono di volgere fortemente in positivo queste variazioni. Un ambiente diverso, le difficoltà di orario o di frequenza delle sedute, possono infatti essere comunicate e gestite serenamente dal terapeuta, e, se il paziente incontra delle difficoltà, tali difficoltà possono divenire uno spunto importante per parlare dei suoi problemi e evidenziare i suoi schemi cognitivi di relazione. Alcuni disagi, a volte patiti da entrambi, possono inoltre essere riutilizzati per cementare l'alleanza terapeutica. La presenza di altre figure terapeutiche è infine utile e auspicabile per la terapia e permette la possibilità di strutturare interventi di rete.

Quello che comunque ci sembra interessante notare è che, all'interno di una relazione terapeutica collaborativa, tutte queste variazioni di *setting*, come mostrato dai risultati di una ricerca da noi effettuata, non sembrano avere sul paziente alcun effetto negativo.

## Bibliografia

- MINGUZZI G.F. (1986) (a cura di): *Il divano e la panca. Psicoterapia tra privato e pubblico*. Franco Angeli, Milano.
- PANCHERI L., IANNUCCI C., TOMBOLINI L., MITI G., DE ANGELIS G., ONOFRI A., LA ROSA C., COSTANTINI E. (1986): *Esperienza di formazione e supervisione cognitiva di gruppo in ambito universitario*. Atti del XX Congresso Nazionale della Società Italiana di Psicoterapia Medica, Napoli, 21-23 Novembre.
- PANCHERI L., COSTANTINI E., DE ANGELIS G., IANNUCCI C., LA ROSA C., MITI G., ONOFRI A., TOMBOLINI L. (1988): *Valutazione dell'esperienza di una psicoterapia cognitiva effettuata in ambito*

universitario. Rivista di psichiatria, 23,  
3,103-114.

*Summary. Therapeutic setting in cognitive psychotherapy, proposed in public institution, seems to be different from private particularly about the presence of supervision and of a network of therapists coming from different therapeutical perspectives. This difference, as demonstrated by a research, may be usefully accepted by therapist and patient.*