

## Covid setting

### Alcune riflessioni sulle modifiche imposte dall'emergenza COVID-19 al setting psicologico

Narciso Maturo\* Ilaria Anzoise\*\*\* Sabrina Apostolico\*\* Concetta Orcano\*\*  
Speranza Panico\*\* Federica Trincone\*\*\* Filomena Verdoliva\*\*

L'emergenza sanitaria COVID-19 ha imposto modifiche radicali alla pratica clinica che, come tutte le altre prassi umane, ha dovuto fare i conti con il cambiamento repentino della quotidianità: nessuno aveva mai respirato, fino ad oggi, l'aria di un'emergenza sanitaria mondiale.

Le riflessioni che seguono sono frutto del lavoro di gruppo degli psicologi ordinari, volontari e tirocinanti del servizio di salute mentale ds 33 della ASL Napoli 1 centro che ha continuato ad operare in tutto il periodo dell'emergenza sanitaria, sia nella clinica che nelle riunioni di supervisione e di considerazioni metodologiche, centrando l'attenzione sull'esigenza di far fronte alle problematiche imposte dall'emergenza sanitaria.

Dopo una prima fase di blocco delle attività, si è data la possibilità di proseguire la relazione d'aiuto in modo surrogato, per telefono o su piattaforma digitale, per coloro i quali, portavano avanti un percorso psicologico di sostegno e d'aiuto all'interno dei servizi pubblici. Dopo una prima fase di congelamento della vita sociale e, naturalmente, della prassi clinica la risposta istituzionale non si è fatta attendere aprendo alla possibilità di impiegare diverse forme di smart working al fine di non interrompere la relazione d'aiuto.

Finora, il ricorso a strumenti tecnologici per effettuare colloqui, era circoscritto a situazioni particolari, cambiamenti di vita dei pazienti, difficoltà ad incontrarsi per lontananza, in cui l'unica soluzione per non interrompere il trattamento, rimaneva appunto un video collegamento, una modalità comunicativa, non accettata da tutti né, ancora molto diffusa.

Sebbene anche il padre della psicoanalisi, Freud, alla fine dell'Ottocento, abbia ritenuto utile fare ricorso ad una variazione del setting classico nel caso di Katharina – tenendo i colloqui al tavolino di un albergo in un rifugio alpino – tuttavia l'emergenza sanitaria ha determinato una situazione del tutto nuova per tutti i pazienti e tutti i clinici. Questi, infatti, si sono trovati nella condizione di dover modificare il proprio assetto interno proponendo al paziente la seduta online stravolgendo così il setting.

Dopo un approfondito confronto, il gruppo di lavoro costituito da psicologi ordinari, volontari e tirocinanti dell'UOSM 33 ha deciso di offrire spazi di ascolto diversi da quelli abituali al fine di non

---

\*Dirigente Psicologo \*\* Psicologo Volontario \*\*\* Psicologo Tirocinante

interrompere il trattamento, proponendo ai pazienti di continuare il percorso telefonicamente oppure via Skype. Alcuni pazienti – specie quelli appartenenti a contesti sociali più disagiati – hanno preferito rinunciare a questa modalità per questioni legate alla disponibilità di spazi o di strumenti adatti a garantire le condizioni indispensabili al colloquio psicologico.

Per i pazienti che hanno aderito a questa proposta, la ripresa dei colloqui in videochiamata o per telefono ha comportato notevoli modifiche che hanno investito – sebbene in modo differente – tutte le dimensioni sostanziali del setting: lo spazio, il tempo, i confini.

Il setting, inteso come cornice spazio-temporale in cui viene a collocarsi la relazione terapeutica deve, secondo Bleger «rappresentare una specie di standardizzazione degli elementi stimolo dell'incontro (luogo, tempo, modalità di pagamento)» (Bleger, 1963). Parlare di una standardizzazione degli elementi significa che, nei limiti del possibile, tutto deve restare uguale all'interno della stanza del clinico, di modo che, qualunque cambiamento possa essere considerato appartenente al paziente e quindi materiale clinico prezioso.

Il passaggio dal vis à vis all'uso di Skype – che, significativamente è l'anagramma di psyke – ha tirato in ballo la flessibilità, sia del paziente che dello psicologo, chiedendo ad entrambi il ripensamento proprio di quegli elementi standardizzati che contraddistinguono il setting. Se, infatti, mantenere giorni ed orari precedenti, per preservare i confini temporali del setting, appare relativamente facile (ma non sempre praticabile) lo spazio fisico necessariamente – dissolti i suoi confini materiali – risulta totalmente riconfigurato ed invaso da elementi di metasetting dal carattere, generalmente, “persecutorio”.

## **Tempo**

Subito è risultato impensabile lasciare illesa la "ritualità" dello stesso giorno alla stessa ora. Essa ne ha indubbiamente risentito, basti pensare ai pazienti che vediamo nella pausa pranzo o a fine giornata. Un primo problema da affrontare, quindi, sono stati l'organizzazione logistica e lo spazio interno, necessariamente flessibili. Nonostante lo stare comodamente nelle proprie abitazioni, sia lo psicologo che il paziente, in modo spontaneo, hanno cercato di ritagliarsi uno spazio ed un tempo per la “telefonata clinica” settimanale trovando un momento comune da sottrarre ai numerosi impegni in smart working di cui le giornate di ciascuno sono state riempite. Insomma si è reso necessario concordare con il paziente un orario che, avendo cambiato ritmi personali e familiari, potesse essere utile a preservare l'intimità necessaria ai colloqui psicologici.

Quindi, per quanto riguarda il tempo la scelta di mantenere o modificare la collocazione temporale del consueto appuntamento, è stata condizionata soprattutto dalla necessità di individuare un momento che fosse il più possibile protetto dal rischio di intrusioni esterne. Scegliere un nuovo orario ed un nuovo

giorno ha comportato l'abbandono della scansione cronologica abituale ma, contemporaneamente, ha restituito la natura di eccezionalità della situazione, cosa che in alcuni casi, ha potuto essere impiegata come costruttivo rimando al principio di realtà.

Inoltre la possibilità di contattarsi ad ogni orario non è stata motivo di diffusione di limiti i quali, al contrario, sono stati rigorosamente rispettati a testimonianza della volontà di entrambi di preservare uno spazio di continuità, nonostante la straordinarietà del momento, come speranza del ritorno alla normalità immaginata.

## Spazio

L'emotività, che ha contraddistinto la prima seduta on-line, ha portato con sé quell'aspetto di intimità che mai avremmo pensato di vivere. Entrambi, clinico e paziente nella propria casa, come se realtà e fantasia – qui e ora e là e allora – avessero trovato finalmente un punto di contatto: «Veda Dottoressa qui è dove le ho raccontato di quell'episodio di mio figlio, ma come mai la sua casa ha le pareti gialle e le scritte?». Così la perdita degli aspetti materiali ed esterni del setting, delle coordinate spaziali della stanza di consultazione, è stata, in alcuni casi, per così dire, compensata da nuovi apporti, da elementi del mondo e della realtà dei pazienti che hanno abitato e co-costruito ciò che si potrebbe definire, provvisoriamente, più che setting lo *scenario* del colloquio. Mai come in questa circostanza la partenza dal setting (materiale) è solo un pretesto: il paziente ci ricorda sempre l'impossibilità di essere ingabbiato in una somma di tecniche e teorie poiché la pratica terapeutica incontra un nucleo soggettivo che non può esservi riassorbito. Così un evento pandemico ha promosso il confronto con quegli standard che a volte rischiano di ostacolare il moto della nostra pratica clinica.

Il vuoto della stanza di consultazione è stato, in parte, riempito dall'introduzione – a discrezione del paziente – di elementi significativi del proprio contesto e dalla possibilità, per entrambi i componenti della coppia, di gettare uno sguardo furtivo alla dimensione domestica, all'habitat dell'altro. A qualcuno di noi i pazienti hanno riferito: «che cosa strana sentirci per telefono» mentre una signora, più di una volta, ha detto «...un attimo che faccio andare il cane di là, così resto da sola e mi sento tranquilla nel parlare» come a voler non solo cercare ma anche far notare il desiderio e la necessità di creare quello spazio sereno di narrazione e di ascolto, tipico di una seduta.

La caratteristica principale dello spazio definito dal colloquio via Skype è una bidimensionalità dominata dalla verticalità dell'immagine in cui lo sguardo vaga – rapito a volte dal piccolo riquadro che gli restituisce la propria immagine speculare – in una ricerca dell'altro, un andare alla deriva che troppo spesso si arena sul riflesso della propria *imago*, ripetendo così quotidianamente l'esperienza del giovane Narciso proteso sull'orlo dello specchio d'acqua, mortifera superficie riflettente.

Questa bidimensionalità, necessariamente asettica ha sostituito odori, sguardi, sfumature del tono di voce, in uno spazio in cui la voce dell'altro e quella del clinico sono digitalizzate, filtrate, distorte, private delle frequenze più elevate come dei suoni più bassi. È questa la superficie ed il terreno di confine in cui entrano in relazione due persone che però non possono più per-sonificarsi (cioè ri-suonare attraverso una maschera) ma devono necessariamente limitarsi ad essere effigie, evocando costantemente la presenza/assenza della persona dell'altro.

In questa modalità telematica – in cui il dispositivo informatico sembra volersi proporre come perturbante sostituto del *dispositivo setting* – accade spesso che non si riesca a distinguere, per quanto ci si sforzi, le inflessioni della voce del paziente che parla, ma si possa benissimo cogliere il respiro profondo del proprio cane che dorme sul tappeto.

In molti casi alcuni di noi hanno avuto la sensazione che determinati contenuti siano divenuti accessibili e nominabili nella relazione anche grazie al filtro posto dal monitor, dalla distanza fisica, cioè proprio grazie all'uso di un medium freddo – per utilizzare la classica definizione di McLhuan – anzi freddissimo proprio perché ci obbliga ad un costante sforzo per raggiungere un più alto livello partecipativo. Altri, invece, pur temendo che l'uso della piattaforma digitale per il colloquio potesse promuovere un blocco della capacità del paziente di aprirsi, non hanno riscontrato sostanziali differenze.

Solo il tempo potrà permettere di fare maggior chiarezza su ciò che è stato vissuto nei colloqui on-line, resta però significativo il fatto che, sebbene alcuni pazienti abbiano rifiutato di avere colloqui via Skype, in altri casi – la maggior parte dei quali adolescenti – che hanno accettato, è sembrato quasi che la modalità di lavoro in remoto abbia reso accessibili cose remote nel tempo e nello spazio psichico. Naturalmente potrebbe trattarsi anche di una circostanza favorita dalla concomitanza di due fattori: l'uso di una piattaforma digitale (specie per i nativi digitali) e le condizioni di rigido isolamento accompagnate dalla sospensione della quotidianità.

## **Silenzi**

Diversi sono i tipi di silenzio con cui clinico e paziente si sono trovati a confronto nella dimensione del *covid setting* on-line. Un silenzio del corpo che, come accennato, si eclissa configurando una diversa modalità di presenza. In questa situazione viene a mancare un elemento particolare: la comunicazione non verbale. Il peso di questa assenza risulta maggiore nel caso dei colloqui telefonici rispetto a quelli che fanno uso di webcam, per i primi infatti la voce è l'unico canale. Le difficoltà nell'ascolto dovute ad interferenze tecniche possono turbare profondamente quanto sta accadendo nell'incontro: capita spesso che la linea cada, che ci sia una meccanizzazione della voce, che ci si fraintenda o che sia necessario farsi

ripetere le cose più volte, tutti eventi che possono intervenire in modo brusco nel vissuto emotivo del colloquio, interferendo anche in quei momenti in cui ci si stava addentrando in questioni rilevanti.

Sappiamo quanto, al di là di ciò che si dice, non solo è importante ciò che *non* si dice ma anche il comportamento non verbale che durante la seduta fornisce ulteriori importanti indicazioni: il clinico dà importanza al *non detto*. Normalmente ci sono due persone, due menti e due corpi che si impegnano insieme in un lavoro. In questa situazione ci sono due corpi, materialmente molto distanti, e due voci che cercano di ricreare un setting mentale per telefono o via Skype. In tale circostanza si possono osservare delle differenze tra pazienti che già seguivamo, che abbiamo imparato a conoscere e per i quali quindi possiamo sforzarci anche, in qualche modo, di fare a meno del contatto visivo; e nuovi pazienti che hanno fatto richiesta di una consultazione psicologica in questo periodo di emergenza. La situazione è diversa, perché si innescano maggiori fantasie sul tipo di paziente – a volte del tutto sconosciuto – che c'è dall'altra parte del telefono: *com'è fatto? fisicamente? psichicamente? che sta facendo durante la telefonata?*

I silenzi verbali, che normalmente siamo abituati ad interpretare, creano in questa circostanza notevole incertezza, soprattutto tenendo conto delle difficoltà tecniche descritte poc'anzi: *è caduta la linea? è entrato qualcuno in stanza? ... è quel silenzio fondamentale che c'è normalmente in una seduta?*

Ed infine, cosa pensare, come interpretare il mancato appuntamento on-line, la mancata telefonata o la mancata risposta nei casi in cui è il clinico a telefonare (conservando lui l'iniziativa). Questi infatti, normalmente, attende nella stanza di consultazione – all'interno del setting – per tutta la durata della seduta accettando ed interpretando ritardi, anticipi ed assenze. In questa nuova circostanza, al contrario, se on-line può restare disponibile segnalando la propria presenza, anche tramite l'uso della chat, ben diversa è la situazione che si verifica a telefono, sia nel caso in cui è il paziente a chiamare sia quando invece è il clinico a telefonare all'ora prestabilita. In quest'ultimo caso si genera un'ulteriore difficoltà: *cosa fare? continuare a chiamare? insistere rischiando di diventare invadente? o semplicemente accettare e interpretare la seduta mancata, come si farebbe normalmente?*

## **Incontrarsi**

Al di là di tutte queste novità e differenze rispetto al setting classico che tutti amiamo e difendiamo, si può osservare che in tutte le telefonate e videochiamate con i pazienti ci si riesce sempre e comunque ad *incontrare*, così come in presenza ci sono dei momenti particolarmente significativi. Anche in questo *covid setting* ci sono i racconti dei pazienti che possono riguardare eventi quotidiani, apparentemente frivoli, fino ad arrivare a racconti e riflessioni più profonde ed infine ci sono gli interventi del clinico. Per molti di noi si è verificata e ri-attualizzata, ogni volta, quella forma di accoglienza emotiva necessaria al lavoro clinico e si è proceduto, di volta in volta, seguendo un discorso che attraversava le varie sedute.

*... ed il transfert? dov'è?* Ci verrebbe da rispondere che è sempre lì. Ed è proprio grazie a questo che il lavoro può proseguire, seppure con modalità diverse. La bellezza è proprio questa, cambia la modalità

ma il transfert *no*, è ancora lì, dove lo avevamo lasciato. Quest'esperienza sicuramente è servita a tutti tanto per ricordare quanto sia la relazione terapeutica il motore ed il fulcro di un percorso personale (che quindi ha permesso di proseguire un lavoro psicologico anche mediante un telefono o vedendosi on-line), quanto per riflettere sull'importanza di acquisire una maggiore elasticità.

.... *e la ripresa?* Rivedersi a studio in modo diverso.

La ripresa in studio, con coloro che non hanno accettato l'on-line, è stata particolare: passare da colloqui liberi a colloqui connotati da dispositivi che, clinicamente parlando, sono rivestiti di significati in ciascun soggetto, anche in base alla personalità. L'impossibilità di riprendere il filo del discorso, da dove ci eravamo lasciati, era forse l'unica cosa prevedibile in questa nuova situazione.

Il setting vis à vis con mascherina ha sicuramente un peso che forse (?) ha lasciato emergere alcuni aspetti primitivi della mente. Il tutto nella cornice di privazione del sorriso, della mimica non verbale, supportata solo dallo sguardo – adesso reale – di entrambi.

Cosa è cambiato? Nel setting, come nella vita quotidiana, sono entrati alcol e amuchina (e per chi li usa, anche i guanti). Sì. Ormai fanno anche loro parte del setting. L'odore di igienizzante caratterizza i nostri studi con chissà quale ripercussione (a posteriori?) sui nostri pazienti. Tra un paziente e l'altro si pulisce, per la sicurezza propria ed altrui e per salvaguardare la salute fisica di chi si reca da noi per un supporto psicologico. Tutto è cambiato e tutto sta cambiando.

Anche se, grazie all'on-line, con alcuni pazienti c'è stata una continuità, l'argomento COVID-19 si ripresenta, in presenza, con le mascherine. Rivedersi “senza bocca”, alzare il tono della voce per comunicare, usare l'amuchina... sono ormai gli attuali rituali di apertura e chiusura della seduta. Un setting connotato di dispositivi di protezione, verrebbe quasi da pensare a come la manifestazione di un “holding” (ingombrante?) sia ormai presente in tutti noi clinici, forse in chi più e in chi meno. Ma c'è.

## **Ananke**

Un'ultima riflessione, infine, per l'avverbio più utilizzato in queste pagine – *necessariamente* – con cui si evoca un concetto che Freud amava indicare facendo ricorso alla parola greca ἀνάγκη (ananke) la necessità (Freud, 1929). Unico motore della vita, nucleo originario della spinta ad accettare il principio di realtà, nell'emergenza che stiamo vivendo tutte le pratiche umane sono state riorientate in ossequio alla necessità, dalle abituali modalità di incontro alle previsioni del PIL per l'anno seguente, fino necessariamente, al dispositivo del setting.

L'esperienza del *covid setting* – inteso come allestimento di un setting provvisorio alternativo a quello abituale – ha messo in luce oltre alla centralità nelle relazioni di aiuto del setting interno, come assetto mentale del clinico, anche la necessità di una riflessione, a tutti i livelli, sulle modalità con cui adattare, in maniera elastica, gli strumenti teorici e la prassi clinica a congiunture straordinarie. Lo psicologo ha il

compito di fare i conti con la contemporaneità che vive, per la salvaguardia di un ascolto, la cui fondamentale condizione resta una: l'etica. «Per rendere possibile la creatività – ha affermato un paio di anni fa, a Pistoia, Massimo Recalcati – è necessario produrre il vuoto, è necessario cancellare le regole, o meglio la cristallizzazione delle regole». Il momento storico che stiamo vivendo non ha solo impresso un'accelerazione alla questione ma ne ha imposto una sua parziale riformulazione: non si tratta più di ragionare intorno alle scelte individuali ma di formulare risposte flessibili e adattabili per intere collettività.

Gli antichi Greci, che la sapevano lunga, avevano dedicato altari a moltissimi dei, tuttavia non ne avevano eretto che uno solo alla dea della necessità, Ἀνάγκη appunto, perché sapevano perfettamente – come ha osservato Roberto Calasso – che volgerle preghiere e farle offerte sarebbe stato inutile:

Un solo luogo di culto è riservato a Ananke: sulle pendici dell'Acrocorinto, il monte di Afrodite e delle sue sacre prostitute, si incontrava un santuario di Ananke e Bia, la Violenza. «Ma è tradizione non entrarvi» annota Pausania. E che cosa si potrebbe chiedere a colei che non dà ascolto? La differenza fra dèi e uomini si coglie innanzitutto in rapporto a Ananke. Gli dèi la subiscono e la usano; gli uomini la subiscono soltanto. (Calasso, 1991, p. 117).

## Bibliografia

Bleger, J. (1963). *Psicologia della condotta*. Roma: Armando (2018).

Calasso, R. *Le nozze di Cadmo e Armonia*. Milano: Adelphi (1991).

Freud, S. (1929). *Il disagio della civiltà*. Torino: Bollati Boringhieri (1978).

Monod, J. *Il caso e la necessità*, Milano Mondadori (1976).