

LE PROFESSIONI NEL SOCIALE

SALUTE MENTALE E SERVIZI

Eugenio Gallo, Cecilia Neri
IL POTERE DI CURARE

La costruzione del setting terapeutico

Prefazione di Marco Monari



FrancoAngeli

Collana Le professioni nel sociale

Coordinata da Alberto Giasanti

Le grandi trasformazioni sociali e istituzionali che caratterizzano la società contemporanea si riflettono sul sistema dei servizi e sulla formazione professionale degli operatori.

In particolare il diverso rapporto tra istituzioni pubbliche ed iniziativa privata, il sorgere di nuove professionalità ed il fenomeno sempre più diffuso dell'associazionismo, l'ampliarsi delle attività del privato sociale e il diverso ruolo che stanno assumendo le comunità locali, richiedono risposte articolate e flessibili alle questioni sociali emergenti.

La collana si articola per aree tematiche e si prefigge, come obiettivi, di fornire agli operatori in formazione adeguati strumenti didattici e metodologici in grado di comprendere il mutamento della società e dei servizi e di valorizzare le competenze professionali degli operatori che già lavorano per un migliore rapporto tra cultura dei servizi e aspettative dei cittadini utenti.

Referenti per area tematica:

Cooperazione e sviluppo internazionale: *Luciano Carrino*

Interculture: *Ida Castiglioni*

Lavori di cura: *Carla Facchini*

Minori: *Susanna Galli*

Narrazioni: *Paolo Jedlowski*

Politiche sociali: *Franca Olivetti Manoukian*

Salute mentale e servizi: *Maria Zirilli*

I titoli della collana *Le professioni nel sociale* sono sottoposti a doppio referaggio anonimo.

Area tematica: Salute mentale e servizi

Dalla chiusura dei manicomi (1978) in avanti, la psichiatria italiana ha conosciuto uno sviluppo articolato e complesso, sul versante medico-biologico, su quello psicologico-psicoterapico e, specialmente, riabilitativo-sociale.

Tuttavia, la dissociazione, apparentemente insanabile, tra pubblico e privato, potenzialmente dannosa dal punto di vista culturale e dell'immaginario collettivo, ha riprodotto, una sorta di solco tra ciò che è curabile (privato) e ciò che, viceversa, è grave e potenzialmente incurabile (pubblico).

La nostra intenzione è quella di mostrare, quanto e come la cura offerta dal pubblico, sia, a tutti gli effetti, trasformativa, vuoi sul piano individuale che, specialmente, sociale nonostante il rischio di riduzionismo autoritario, insito perennemente nella delega che la società fa alla psichiatria. Da qui la scelta di offrire al lettore esperienze nucleari significative, forti, che illuminano ora l'uno ora l'altro degli aspetti di cui si compone la molteplicità della sofferenza psichica, e, a specchio, la poliedricità delle terapie.

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio "Informatemi" per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità.

Eugenio Gallo, Cecilia Neri

IL POTERE DI CURARE

La costruzione del setting terapeutico

Prefazione di Marco Monari

FrancoAngeli

Progetto grafico di copertina di Elena Pellegrini

Copyright © 2018 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it

Indice

Prefazione , di <i>Marco Monari</i>	pag.	7
Presentazione	»	11
Introduzione	»	13
Parte I		
La definizione di setting terapeutico		
1. Il concetto di setting in psicoanalisi e le sue modificazioni nel tempo	»	17
La figura dell'analista	»	25
Dal setting psicoanalitico alla definizione generale di setting terapeutico	»	27
2. La visita domiciliare e la creazione del setting	»	29
Il medico in visita domiciliare	»	29
L'infermiere in visita domiciliare	»	31
3. Il setting nei servizi psichiatrici pubblici al tempo della crisi	»	35
4. Gli elementi relazionali e concreti del setting terapeutico	»	47
La costruzione del setting terapeutico	»	47
Il tracollo del setting terapeutico	»	70

5. La differenza tra la relazione terapeutica e gli elementi relazionali del setting terapeutico	pag. 73
---	---------

Parte II
Come funziona il setting terapeutico?

1. Creazione di possibilità e limiti	» 79
2. Coniugare costanza e flessibilità	» 83
3. I sensi e la comunicazione	» 88
Lo spazio peripersonale	» 89
L'olfatto	» 91
La percezione multimodale	» 93
Dagli stimoli sensoriali al pensiero	» 97
I sensi e il setting della telemedicina	» 100
Potenti sensazioni deboli: le carezze	» 104
4. Le sensazioni e i sentimenti in alcuni settings e la loro influenza sul processo di cura e sull'esito	» 106
I sensi e il setting psicoanalitico	» 106
La vista nel setting della psicoterapia verbale	» 108
Il ricovero in ospedale	» 109
5. Medicina amara... o no? La gratificazione e il piacere nel setting di cura	» 114
Il piacere del contatto visivo e di quello fisico nel setting	» 116
La gratificazione e le altre emozioni positive possono influenzare l'esito	» 117
La differenza fra gratificazione e piacere	» 119
Piaceri fondamentali e piaceri metaforici	» 122
6. Il setting può curare?	» 130
Il setting è un fattore terapeutico di per sé o è piuttosto una variabile di mediazione delle capacità del curante?	» 133
Utilità di questo libro per chi si occupa della cura dei pazienti	» 136
Bibliografia	» 144

Prefazione

di *Marco Monari**

La lettura del libro mi ha suscitato forti sensazioni di positiva condivisione circa l'argomento trattato, per la ricchezza dei suoi contenuti e per l'ampia varietà degli esempi clinici riportati.

Gli Autori sono infatti entrambi professionisti della salute mentale navigati ed esperti non solo nella clinica, ma anche nella sua trattazione scientifica e nella ricerca empirica. Come viene detto nell'introduzione, hanno fatto parte per anni del gruppo di colleghi che ha collaborato con Giuseppe Berti Ceroni nella ricerca-collaborazione con i Medici di Medicina Generale e l'argomento del libro è una continuazione del lavoro intorno ai Fattori Terapeutici Specifici Comuni (Gallo *et al.*, 2005) nelle relazioni di cura, di cui raccolgono il testimone, portandolo specificamente avanti su questo argomento.

Il libro propone in modo originale una definizione di *setting* terapeutico applicabile a tutti gli ambiti di cura ed una distinzione tra gli elementi concreti del *setting* (che determinano il tipo di trattamento) e gli elementi relazionali che gli conferiscono la qualità terapeutica, indipendentemente dal tipo di attività diagnostico-terapeutica generale o specialistica. La sua terapeuticità dipende, nella proposta degli Autori, dal modo in cui il *setting* è costruito, innanzitutto nella mente del curante, con l'impiego di tre elementi essenziali:

* Marco Monari è medico psichiatra e Membro Ordinario della Società Psicoanalitica Italiana. Dal 1980 al 2015 ha lavorato nelle istituzioni pubbliche a Bologna. Si è particolarmente occupato del trattamento psicoterapeutico dei pazienti dell'area borderline negli assetti istituzionali pubblici e privati. Da molti anni svolge supervisioni cliniche presso servizi psichiatrici pubblici e privati. È Autore e coautore di numerose pubblicazioni in libri e riviste dell'area psicoanalitica, psicoterapeutica e psichiatrica. Nel 2017 è uscito presso FrancoAngeli il volume collettaneo *La supervisione di equipe nel lavoro con i disturbi gravi di personalità*. È dal 2012 professore a contratto in Psicoterapia Psicodinamica presso la Scuola di Specializzazione in Psichiatria dell'Università di Bologna.

- l'asimmetria delle competenze;
- la *disponibilità* alla condivisione della sofferenza e dei problemi del paziente;
- la promessa di un comportamento etico.

Il *setting*, che assume questa qualità terapeutica al momento dell'incontro con il paziente, permette lo sviluppo di una relazione tra curante e paziente che si connota in modo diverso da ogni altra proprio perché nasce e si sviluppa in un contesto terapeutico, caratterizzato dagli elementi relazionali citati. Comprendendo la possibile confusione tra elementi relazionali del *setting* e relazione terapeutica, in un capitolo ne sono delineate le differenze. È allora forse possibile distinguere gli sbagli del terapeuta che possono essere legati alla mancata osservanza dei tre principi enunciati che lo caratterizzano e gli errori, che nella loro dimensione etimologica prossima al divagare e all'errare, paiono connessi alle difficoltà implicite all'interno della relazione terapeutica, spesso alle prese con pazienti gravi, gravosi o difficili. In questo senso, gli errori del terapeuta, se colti ed elaborati individualmente o in gruppo, possono aprire anche ad inattesi od inediti aspetti del mondo interno del paziente.

Vari esempi clinici esemplificano la costruzione del *setting* terapeutico, anche in condizioni difficili (come la visita domiciliare o l'attività di consulenza), ma frequenti nell'attività clinica.

Alla luce di tutto ciò, è facile affermare che la predisposizione di un *setting* personalizzato costituisce già di per sé una parte importante della terapia che si volgerà al suo interno, a seconda delle opzioni teorico-cliniche del curante singolo o del gruppo di professionisti che se ne occupa negli assetti istituzionali pubblici. A tal proposito il libro sottolinea indirettamente quanto questi ultimi possano introdurre un'esperienza utile e qualificante anche negli assetti di cura individuali e privati. Infatti il modello di cura diversificato tra professionisti diversi e la loro possibile integrazione all'interno del più ampio gruppo di lavoro, così come si è sviluppato nei servizi pubblici psichiatrici dopo la riforma del 1978, costituisce un esempio clinico fondante ed applicabile anche nella pratica privata, istituzionale od individuale tra i singoli curanti.

Inoltre, accanto alla predisposizione corretta di un *setting* esterno, modulato secondo le caratteristiche del paziente e delle sue risorse psicologiche, gli Autori sottolineano l'importanza fondante del *setting* interno del professionista come strumento personale in continua evoluzione. Esso si sviluppa con l'esperienza clinica, con la formazione teorica, con il confronto con i colleghi, con il gruppo di lavoro nella sua attività quotidiana e nei momenti di discussione clinica con un supervisore esterno, pratica che attualmente, a mio modo di vedere, non è praticata a sufficienza nei Servizi (Monari *et al.*, 2017). Ma è anche conseguenza, per una sua più piena

comprensione da parte degli operatori come cornice spazio-temporale al cui interno incontrare la sofferenza ed il dolore mentale, dell'aver potuto usufruire come paziente del dispositivo psicodinamico-psicoanalitico della cura, che circoscrive appunto il *setting* come un'area paradossale dell'incontro clinico, caratterizzata da vicinanza ed intimità nel massimo della separatezza.

La seconda parte mostra il suo funzionamento, contemplando la possibilità che gli elementi relazionali gli conferiscano il potere di essere di per sé terapeutico e strutturante nella sua coerenza, attendibilità e costanza nel tempo. Ciò evidenzia come il *setting* regoli gli scambi sensoriali tra curante e paziente ed anche sia fonte delle tantissime informazioni che entrambi si scambiano, influenzando, sul versante del curante, la conoscenza del paziente, della sua patologia e infine le scelte terapeutiche. Alcuni esempi riguardano l'impiego della telemedicina, il ricovero ospedaliero, ed i *setting* specialistici, come quello psicoanalitico, psichiatrico e psicoterapeutico.

Esso regola anche ciò che può rendere gratificante e persino piacevole la cura, emozioni positive che ne possono influenzare in modo marcato l'esito. Viene descritto in questo caso un'atmosfera psicologica attiva e viva di "stare con" il paziente che costituisce, in questa epoca assai tecnologizzata della medicina, un buon antidoto al rischio di trascurare l'aspetto psicoterapeutico implicito in ogni incontro tra medico e paziente.

Il libro è infine rivolto a chi si prende cura in pratica del paziente, a prescindere dalla sua specifica professionalità, e a chi è interessato a conoscere da cosa deriva il proprio potere di curare, al di là delle ovvie competenze specifiche. Il lettore che non conosce il modo di operare delle terapie psicologiche potrebbe trovarsi all'inizio spaesato, ma superate le prime 25 pagine che esaminano l'ampia letteratura sul *setting* prodotta dalla psicoanalisi, si troverà su un terreno a lui più familiare. Buona lettura!

Bibliografia

- Gallo E., Berti Ceroni G., Neri C., Scardovi A. (2005), "I Fattori Terapeutici Specifici Comuni nelle psicoterapie e negli altri trattamenti", *Rivista di Psichiatria*, 40, 2: 63-81.
- Monari M., Sanza M., Nasuelli F. (a cura di) (2017), *La supervisione di equipe nel lavoro con i disturbi gravi di personalità*, FrancoAngeli, Milano.

Presentazione

Gli autori di questo libro hanno fatto parte di un gruppo di lavoro che si è costituito attorno a Giuseppe Berti Ceroni, psichiatra e psicoanalista, negli anni '90, formato da psicoanalisti, psichiatri, psicologi e da uno statistico esperto nel controllo delle molteplici variabili in gioco nelle ricerche svolte sul campo in ambito psichiatrico. L'interesse comune era lo studio della relazione terapeutica e la sua importanza per l'esito dei trattamenti, di quelli psicologici come di quelli medici e riabilitativi.

Il gruppo lavorava all'ipotesi che la relazione terapeutica fosse costituita da alcuni fattori terapeutici, necessari e ben identificabili, comuni a tutte le relazioni medico-paziente. Sei Fattori Terapeutici Specifici Comuni (FTSC), tra i quali c'era "la costruzione del setting" furono identificati e per ognuno di questi fattori furono documentate le ricerche che li correlavano in varia misura all'esito (Berti Ceroni *et al.*, 2007).

Il gruppo condusse una ricerca sul campo. La ricerca di tipo osservazionale si svolse nei servizi psichiatrici pubblici ed in studi privati di psicologi e psicoterapeuti della provincia di Bologna (Rucci *et al.*, 2011). Pur in presenza dei limiti metodologici di uno studio osservazionale svolto sul campo, i risultati documentarono correlazioni tra alcuni dei fattori terapeutici della relazione ed alcune delle misure di esito adottate, ma non per il fattore che riguardava il setting.

La mancanza di correlazione con l'esito ci è sembrata in analisi successive in buona parte dovuta alla mancanza di una definizione adeguata di setting da cui derivare validi criteri di misura. Abbiamo pertanto ripreso la riflessione a partire dalla clinica e dalla letteratura. Questo libro ne è il risultato.

Ci auguriamo che possa risultare utile anche per chi voglia provare a fare ricerca su questo argomento, ma esso è indirizzato soprattutto ai

“curanti”, cioè all’ampia platea di tutti quegli operatori sanitari che in ambito terapeutico e riabilitativo, in ogni specializzazione, incontrano un paziente con l’intento di curarlo e di aiutarlo a lenire le sofferenze psicologiche o fisiche, interessati non solo alla malattia, ma attenti anche alla persona.

Siamo riconoscenti a Paolo Borghi, Paola Rucci e Andrea Scardovi, membri del nostro gruppo di ricerca Relate sulla relazione terapeutica, che si sono prestati a fare tante volte da “incubatoio” e a discutere con partecipazione e competenza le idee originali espresse in questo libro.

Introduzione

Nel linguaggio inglese comune, *setting* è il luogo teatrale in cui si predispone la recita o la sostanza-base che unisce le varie componenti del cemento nella costruzione della casa o, ancora, la parte che sorregge e contiene la pietra preziosa nel gioiello, definizioni che rimandano ai significati di matrice, cornice, contenitore, sfondo. Questi ultimi significati del termine sono stati da tempo usati in psicoterapia ed in psicoanalisi per descrivere il rapporto tra il setting ed il processo terapeutico che in esso si svolgeva. In queste terapie povere di contenuto tecnologico, ma ricche di una tecnica raffinata, il setting è stato spesso studiato in maniera approfondita in quanto è considerato un fondamento della pratica psicoanalitica e psicoterapeutica. Esso ne rappresenta l'aspetto esterno percettibile e descrivibile che ne è diventato finanche l'emblema e la garanzia.

La psicoanalisi, la medicina con le sue specializzazioni, il nursing e la riabilitazione hanno il compito di curare (to cure), ognuno con le proprie tecniche. Hanno anche il compito di prendersi cura (to care) dell'assistito come persona (Ong *et al.*, 1995), in questo caso, con modalità che appaiono trasversali alle diverse discipline e che sono basate sulla relazione col paziente. Ambedue i compiti, di curare e di prendersi cura, si svolgono in un setting terapeutico.

Vogliamo in questo libro tentare di cogliere gli elementi esclusivi ed invariati del setting terapeutico nei diversi tipi di trattamenti ed ambiti specialistici, mostrando in che modo esso possa essere di per sé terapeutico e come possa fornire un contributo alla cosiddetta umanizzazione delle cure.

Un obiettivo non secondario è arrivare a darne una definizione operativa che possa essere utilizzata in future ricerche per verificare sperimentalmente la validità euristica del concetto e le sue funzioni.

Freud in "Introduzione alla psicoanalisi" (1917) descrisse il setting come la realizzazione dell'ambiente e delle regole più adatte allo svolgimento

della cura psicoanalitica, facendo il paragone con la sala operatoria predisposta dal chirurgo per poter intervenire. La psicoanalisi, a quell'epoca giovane disciplina, si paragonava al modo noto di operare della medicina del corpo. Noi partiremo, al contrario, da quello che ci offre oggi la letteratura psicoanalitica in termini di conoscenze del setting, approfondite nel corso di oltre un secolo, per cercare di delineare un concetto più generale di setting terapeutico che possa essere utile a tutte le figure sanitarie che intendano prendersi cura del paziente per malattie del corpo o della mente. Cercheremo di mostrare come il setting terapeutico sia la base per sviluppare una buona relazione curante-paziente, le ragioni per cui può svolgere una funzione di per sé terapeutica ed influenzare in modo positivo, o negativo, l'esito in quasi tutti gli ambiti di trattamento.

Parte I

La definizione di setting terapeutico

“Se tu vieni, per esempio, tutti i pomeriggi alle quattro, dalle tre io comincerò ad essere felice. [...] Ma se tu vieni non si sa quando, io non saprò mai a che ora prepararmi il cuore... Ci vogliono i riti”.

A. Saint-Exupery, *Il piccolo principe*, capitolo XXI

1. Il concetto di setting in psicoanalisi e le sue modificazioni nel tempo

In campo psicoanalitico, la scoperta del transfert nel modo di relazionarsi del paziente indusse Freud (1912) a stabilire un assetto di base, un contesto di stabilità spaziale e temporale nell'ambito del quale potesse svolgersi la cura. Tale assetto era di solito chiamato cornice analitica o situazione analitica. Il termine setting è stato usato da Spitz (1956) esplicitando che ne era prototipo l'assetto relazionale madre-bambino, allora al centro dell'interesse dell'infant research, di cui Spitz era uno dei principali esponenti. Il setting era così avvicinato per regolarità e attendibilità alla buona relazione primaria, cosa che peraltro era già stata proposta da Greenacre (1954), esso cioè iniziava a delinearsi come un ambiente per lo sviluppo che non è solo fisico, ma soprattutto relazionale e mentale.

In "Inizio del Trattamento", Freud (1913) raccolse alcune "regole del gioco" limitandosi espressamente ad esporre gli elementi per "una tecnica che in media è efficace", notando la difficoltà di osservare la ricchezza e la varietà dei processi psichici con un procedimento che sia troppo rigido e meccanico. Perciò diede soltanto dei "consigli", descrivendo il suo modo di procedere riguardo ad "elementi formali", considerando, in particolare, gli accordi sul tempo e sul denaro, la posizione (il lettino) in cui conviene eseguire la cura, la "regola fondamentale" dell'associazione libera, intesa come verbalizzazione di pensieri casuali, una libertà assoluta di pensiero e di parola che è peculiare della situazione analitica, non essendo consentita in nessun'altra situazione sociale (Menninger, 1958). Freud (1913, p. 344 trad. it., 1974) istruiva così il paziente:

Ancora una parola prima di incominciare. Quello che si dirà si differenzia sotto un certo aspetto da una conversazione ordinaria. Lei di solito cerca, con ragione, di mantenere un filo conduttore che unisca le successive osservazioni ed escluda idee parassite e collaterali che le possano venire in mente, in modo da non divagare troppo dall'argomento. Ma in questo caso, lei deve procedere differentemen-

te. Si accorgerà che, nelle riflessioni e nel riferirmi i fatti, le verranno in mente diversi pensieri che vorrebbe lasciare da parte, facendo loro obiezione per un senso critico. Sarà tentato di dire a se stesso che questo o quest'altro in questa sede è fuori luogo o è del tutto privo d'importanza o privo di senso, per cui non c'è bisogno di dirlo. Non deve accogliere mai queste critiche; anzi, deve dirmelo proprio perché sente un'avversione a farlo. Più tardi scoprirà e imparerà a comprendere la ragione di questa imposizione, l'unica che deve veramente rispettare.

Dunque mi dica tutto quello che le viene in mente. Si comporti, tanto per dire, come un viaggiatore seduto al finestrino di un treno che descrive a qualcuno dentro lo scompartimento il mutevole paesaggio che vede all'esterno. Infine non dimentichi mai di avere promesso di essere assolutamente onesto e di non tralasciare mai nulla che, per una qualsiasi ragione, sia spiacevole a dirsi.

Freud consigliò di fissare una data e un'ora per evitare la sensazione che l'incontro acquistasse un carattere accidentale, condizione che avrebbe favorito le resistenze al trattamento e le messe in atto a scapito della comunicazione verbale. L'ora appartiene al paziente e rimane a sua disposizione anche se non ne usufruisce, comunque pagata, per garantire la continuità del lavoro analitico ed evitare sospensioni (Freud, 1913, pp. 336-337 trad. it., 1974). Greenacre (1954) definì l'ora della seduta (di fatto tra i 45 e i 60 minuti, adattabile alla giornata lavorativa del paziente) come un tempo sufficientemente lungo da consentire "l'instaurarsi di un'organica struttura naturale nella relazione fra paziente e terapeuta che ne favorisca la produttività". Secondo Meltzer (1967) questa era una durata sufficiente in quanto permetteva lo sviluppo del processo analitico che ha un andamento ciclico con fasi che possono essere osservate anche all'interno di ogni seduta. La durata limitata poneva un limite alle fantasie onnipotenti del paziente ed al suo desiderio di un analista con una capacità di dare illimitata (Langs, 1979, p. 171). La regolarità dava ritmo e continuità. Gli appuntamenti si svolgevano in un tempo determinato e ricordavano pertanto la unidirezionalità del tempo oggettivo rispetto alla omnidirezionalità del tempo immaginario, che per certi pazienti può talora prevalere su quello reale (1978).

Freud (1913, p. 337 trad. it., 1974) faceva sei sedute la settimana per mantenersi al passo della vita reale del paziente e non perdere il contatto con il presente. L'alta frequenza delle sedute consolidava la relazione ed indicava al paziente la necessità di una comunicazione continua e particolareggiata (Greenson, 1974). Favoriva, inoltre, la regressione e l'instaurarsi di una nevrosi di transfert, come sostenuto concordemente da diversi autori (Greenacre, 1954; Spitz, 1956; Macalpine, 1971; Kernberg, 1980).

I rapporti spaziali fissi e la distanza fisica tra paziente e terapeuta istituzionalizzavano l'impossibilità reciproca di esprimere emozioni con il contatto o l'allontanamento dei corpi per promuovere l'immaginare e il dire rispetto al fare e all'accadere (Hautman, 1974), per evitare le messe in atto evacuative delle tensioni, che evitano la presa di coscienza e sono espres-

sioni di resistenza al trattamento, come già Freud (1914) aveva notato, per favorire in sostanza la comunicazione verbale e simbolica.

La struttura del setting analitico stabiliva le condizioni ideali per favorire l'alleanza di lavoro, la regressione, la nevrosi di transfert e per tentare di superare il predominio delle resistenze (Freud, 1918). L'orario, la durata, la frequenza, il luogo, il lettino, la persona dell'analista sono costanti e configurano un quadro di stabilità che vuole essere fonte di sicurezza e di fiducia, nucleo dell'alleanza di lavoro. Ciò permette al paziente di lasciarsi regredire e di arrischiarsi a modificare le proprie difese nevrotiche in cerca di un nuovo adattamento (Greenson, 1974). La chiave della stabilità sta nella sua semplicità, notava Meltzer (1967). Il setting può fornire così un modello e solide fondamenta per lo sviluppo psichico (Langs, 1979, p. 100).

Negli anni '50 iniziò un dibattito sulla tecnica, attorno alle regole "classiche" del setting e alla possibilità di modificarle per adattarsi alle esigenze di alcuni pazienti. In realtà, l'analisi infantile aveva già richiesto modifiche della tecnica. Anna Freud (1926) le riteneva ovvie e banali e non richiedenti particolari giustificazioni: "... il bambino è immaturo e dipendente. È ovvio che con un soggetto tanto diverso anche il metodo sarà diverso". Negli stessi anni, Ferenczi (Carloni e Molinari, 1974) aveva sperimentato varie modifiche sia della tecnica sia del setting. In una lettera a lui scritta nel 1928 (Jones, 1962), Freud scriveva al suo allievo prediletto:

Le raccomandazioni tecniche che scrissi tanto tempo fa erano d'ordine essenzialmente negativo. Mi pareva che la cosa più importante fosse sottolineare quello che non si deve fare e segnalare le tentazioni di scegliere direttive contrarie all'analisi. Lasciai al "tatto" tutto ciò che di positivo si dovrebbe fare. Lei ne ha ora avviato la discussione. È accaduto, per tutto risultato, che gli analisti docili non hanno afferrato l'elasticità delle regole che avevo proposto, e vi si sono sottomessi come se si trattasse di altrettanti tabù. Un giorno o l'altro tutto questo andrà riveduto, senza che gli obblighi di cui ho parlato debbano però andare ignorati (...) Ciò che troviamo nella realtà è un delicato equilibrio – per lo più a livello preconscious – delle varie reazioni che ci aspettiamo in seguito al nostro intervento. L'esito dipende soprattutto dalla valutazione quantitativa dei fattori dinamici della situazione. Naturalmente non si possono dare regole di misura: la decisione dipende dall'esperienza e dalla normalità dell'analista (pp. 297-298).

Negli anni dopo la seconda guerra mondiale, Eissler (1953) introdusse il concetto di "parametri" come deviazioni temporanee dalle regole classiche per certi pazienti che non potevano tollerare ad esempio una eccessiva frustrazione dei loro desideri in una certa fase del trattamento o viceversa che ne richiedevano una maggiore.

Bisognava poter rendere flessibili alcune condizioni della terapia per poter trattare pazienti più gravi e con aspetti psicotici di cui la psicoanalisi si