

# SETTING E DINTORNI: IL SIGNIFICATO DEL PRIMO COLLOQUIO NELLA TERAPIA COMPORTAMENTALE

**BARBARA ALESSIO**

*Psicologa e Psicoterapeuta Torino*

## Riassunto

La terapia comportamentale nella visita e nell'intervento comportamentale acquista natura di processo, in linea con la moderna epistemologia che lega la valutazione scientifica alla relazione tra osservatore ed osservato, e deve avvalersi del METODO CLINICO, che permette di confrontarsi con una situazione relazionale duale, unica ed irripetibile nella rete delle sue relazioni con l'ambiente. È il SETTING a collocarsi come garanzia di una corretta diagnosi, di un trattamento adeguato e di un'impostazione della relazione tra il medico ed il cliente che rispetti la complessità del processo sul quale insieme si andrà ad intervenire.

## Summary

*The behavioural therapy in the consultation and in the therapy is a process, not far from modern epistemology, which links scientific assessment to the relationship between who observes and who's observed. They have to use a clinical method, that allows to face a unique "couple", with its own way to be in touch with its environment. This is the "setting" and it guarantees a correct diagnosis and an adequate treatment. The doctor-client bond has to respect this complex process and together there will be to work on it.*

*"L'arte non è soltanto intuizione unita a intelligenza illuminata e acuta ma anche capacità di sentire l'avvenimento del passato e di assorbire e ricostruire l'intima atmosfera di una serie infinita di avvenimenti."*<sup>1</sup>

**La terapia comportamentale, in parte, si può definire come un complesso intervento di carattere sistemico**, che trova i suoi presupposti nell'alleanza col proprietario, nella capacità di indagine e comprensione dei sintomi e del rapporto che lega l'uomo al suo animale, nel sostegno offerto al percorso di cambiamento che sostanzia la terapia.

Proprio per questa sua natura può trarre vantaggio dal confronto con l'impostazione psicoterapeutica, alla ricerca di analogie utili ad illuminare percorsi con obiettivi di lungo periodo.

Se si accetta questa definizione iniziale, almeno nei suoi attributi generali, è possibile allora soffermarsi sugli elementi costitutivi della **"prima visita"**, portando la riflessione non solo sul significato di ciascuna sequenza nella sua singolarità ma ragionando sulla situazione in una prospettiva globale, cercando di delineare l'influenza di ogni elemento sulla catena processuale, e definendo le conseguenze alle quali potenzialmente conduce.

## I FONDAMENTI SCIENTIFICI

In ogni intervento formativo, i committenti e, ancora più insistentemente, i destinatari della formazione chiedono lumi e ragguagli sul "METODO", su cosa alla fin fine si "debba fare". I medici veterinari, concentrati sulla quotidianità della pratica medica, abituati ad un operare modellato sulla ricerca e sulla risoluzione del sintomo, sono indotti ad un'esiziale operazione di falsificazione della realtà stessa sulla quale lavorano. Il modello cosiddetto *medico-ortopedico* si rifà ad una teoria del cambiamento causale-lineare: curare l'organo malato, il meccanismo guasto, attraverso l'individuazione di un sintomo da eliminare quale causa della disfunzione. Un agire che è di tipo vettoriale, lungo un continuum che lega sintomo – causa – terapia: un agire che però, fatalmente, si rifà ad un modello vetusto.

Per quanto questa affermazione possa di primo acchito risultare assai sorprendente, esistono di fatto molti ragionamenti che la possono supportare. Quello più utile ai fini di questo scritto, riguarda la necessità di ragionare sul LIVELLO EPISTEMOLOGICO quale step propedeutico alla scelta del METODO, livello che a sua volta definisce le tecniche ed il punto di applicazione dell'agire professionale, cioè, in pratica, il suo oggetto di lavoro, il suo ambito

di intervento. Il livello epistemologico riguarda le assunzioni implicite in ogni scelta metodologica: ogni opzione di metodo poggia, per così dire, su presupposti di matrice filosofica che ne giustificano l'assunzione.

Pertanto, prima di riflettere sulle tecniche di conduzione del colloquio e ragionare su quale risulterebbe maggiormente adatta agli obiettivi della medicina comportamentale, occorre consapevolizzare quale TEORIA DELLA SCIENZA fonda oggi il metodo scientifico.

Il termine "*epistemologia*" nasce dal greco "episteme" (scienza) e "logos" (discorso) e si riferisce a quella branca della teoria generale della conoscenza che si occupa di problemi quali i fondamenti, i limiti e le condizioni di validità di tutto il sapere scientifico, dunque tanto delle cosiddette scienze esatte quali logica e matematica quanto di quelle definite empiriche, come la chimica, la biologia, la psicologia, la storiografia... È in pratica "lo studio dei criteri generali che permettono di distinguere i giudizi di tipo scientifico da quelli di opinione tipici delle costruzioni metafisiche e religiose, delle valutazioni etiche ecc."<sup>2</sup>. L'epistemologia non è un esercizio intellettuale, non è frutto di speculazione astratta, non è nemmeno un punto di vista: non ha funzioni accessorie. Certo l'esplorazione dei suoi postulati e dei concetti che la riguardano richiede uno sforzo intellettuale notevole, che non è mai noioso, e nemmeno infruttuoso. Chi scrive si rende conto che pur rivolgendosi a professionisti, a persone laureate che da molto tempo studiano e praticano, si trova a dover illustrare un materiale lontano dagli argomenti che di solito catturano il loro interesse e sono oggetto di analisi. Un materiale arduo, che può apparir capzioso ed oscuro ma che a ben guardare, come spero di dimostrare, può appassionare e condurre per mano alla ricerca di ulteriori approfondimenti chi lavora con e per passione.

Dovrebbe far riflettere quanto il concetto di epistemologia rimanga normalmente estraneo alla formazione universitaria scientifica classica, quella attraverso cui tutti noi siamo passati, quella che forma i moderni studiosi: gli scienziati del 2000. Perché in realtà quello di cui normalmente si tace, in nome del miope pregiudizio che "intanto è tutta filosofia", costituisce proprio la cornice vincolante all'interno della quale andare a costruire qualsiasi ragionamento scientifico sulle tecniche e sulle prassi operative che fondano la professionalità spiccia. Qualunque professionalità scientifica.

Il livello epistemologico, insomma, determina ciò che il professionista vedrà, studierà, come lo interpreterà ma anche, ovviamente, quali saranno i risultati delle sue azioni. Per esempio, per calarci nella realtà della medicina comportamentale, crea le condizioni responsabili del ritorno dei proprietari dopo la prima visita, versus l'interruzione della relazione successivamente a quell'incontro.

## IL PROCESSO

Il modello "sintomo - diagnosi - terapia" rientra in una prospettiva epistemologica positivista<sup>3</sup>. In questa prospettiva il sintomo è la "realtà" concreta, la verità alla quale il medico deve guardare per fare una diagnosi e stabilire una terapia.

Per la cultura positivista della seconda metà dell'800 e degli inizi del '900 la scienza, considerata una forma di sapere univoco ed astorico, prevedibile ed ordinato, si rifaceva ad un modello che aveva le sue radici nella rivoluzione scientifica della quale furono protagonisti Bacone, Galilei, Newton e Cartesio. Essa aveva dato grande impulso alle scienze naturali, in particolare alla fisica, modellando perciò su quest'ultima caratteristiche e criteri distintivi. Tra questi risultavano prioritari:

- l'empirismo assoluto;
- l'oggettività intesa come studio di un fatto "oggettivo" che sta di fronte al soggetto e gli è del tutto estraneo;
- l'uso di categorie causali deterministiche e universali (leggi) alle quali ricondurre la spiegazione dei fatti osservati;
- la riduzione del complesso al semplice nel tentativo di costruire una spiegazione gerarchica della realtà.

Nel contesto di questa visione, definita dai filosofi recenti "received view", i fatti vengono irrefutabilmente stabiliti attraverso un'osservazione considerata oggettiva, e la scienza procede attraverso l'accumulazione di osservazioni neutrali.

Questo granitico ideale di scienza fu messo progressivamente in crisi nel corso del ventesimo secolo, in particolare negli anni '50 e '60. Fu proprio l'incredibile sviluppo della fisica a mostrarne i limiti concettuali: la teoria della relatività di Einstein, le scoperte nel campo della fisica atomica e sub-atomica (a cominciare dal "principio di indeterminazione" di Heisenberg), la cibernetica e la teoria della complessità costrinsero l'epistemologia ad una radicale revisione dei suoi palinsesti.

La riflessione condusse alla valorizzazione del metodo ipotetico-deduttivo, alla consapevolezza del legame necessario tra la teoria e l'oggetto osservato e soprattutto ad un ideale di scienza di tipo probabilistico, attraverso l'abbandono del concetto di causalità lineare a favore di quello di causalità multipla e circolare.

"Secondo questa nuova visione, non esistono fatti e osservazioni puramente oggettivi, fuori della teoria. La teoria, l'interpretazione, il modo di pensare di ciascuno determinano quanto può essere considerato verosimilmente un fatto, il modo in cui si osserva e che cosa. [...] La scienza opera quindi all'interno di una prospettiva concettuale, di una Weltanschauung."<sup>4</sup>

Questa teoria della conoscenza si propone come radicalmente costruttivista, non pretende di svelare verità assolute, "indipendenti cioè dal soggetto che le ricerca, dal suo punto di vista, dalla sua relazione affettiva, oltre che cognitiva, con l'oggetto di ricerca"<sup>5</sup>. Ogni approccio scientifico è parziale e contingente. Il soggetto osservante è inserito all'interno del campo osservativo ed inevitabilmente lo influenza: *la verità è un processo di costruzione legato al continuo e reciproco influenzarsi tra l'uomo e il mondo e non qualcosa che attiene intrinsecamente ad un dato o ad un oggetto*.

Il concetto di dato "vero", concreto, esistente di per sé è, paradossalmente, un falso: ogni elemento che il diagnosta rileva nel colloquio o nella visita non esiste al di fuori delle operazioni teorico-metodologiche che ne permettono la raccolta. Questo è precisamente il limite e l'utilità del metodo e degli strumenti che esso prevede.

Proviamo ad utilizzare un esempio: l'etologia fu la prima a dare all'osservazione una veste metodologica. Perché? Fu un approdo necessario, in quanto esistevano l'anatomia e la fisiologia con i loro strumenti (esami di laboratorio, test ematochimici, raggi x, dissezioni etc...) che non riuscivano però a fornire dati relativi al comportamento dell'animale vivo inserito nel suo habitat naturale. Eppure l'etologia si proponeva di studiare l'animale nel suo ambiente, nella sua vita normale, nelle interazioni sociali, durante la caccia... Pertanto lo poteva solo OSSERVARE in quel contesto. Il metodo sperimentale (che utilizzava il laboratorio e lo studio in vitro) non raggiungeva l'oggetto di indagine che invece interessava gli etologi.

Ma osservare cosa? E come? Ogni osservazione (non solo quella etologica) opera infatti una selezione delle informazioni: dunque col tempo l'etologia normò l'atto osservativo affinché acquisisse carattere metodologico, declinandolo in quello che prese appunto il nome di "osservazione etologica". Alla base stava la consapevolezza che quel tipo di osservazione fosse scientifica proprio perché condotta e registrata secondo precise indicazioni e specifiche. L'essere umano, infatti, non si limita mai a considerare neutralmente la realtà, ma continuamente la interpreta, le attribuisce significato, non considera alcuni elementi e dà risalto ad altri, sopravvaluta, fa relazioni indebite fra frammenti, proietta i suoi vissuti utilizzandoli per ragionare su quanto gli avviene davanti agli occhi. Ecco perché al professionista serve il METODO, senza il quale non studia nulla, vede con occhi profani, naïf, utilizzando categorie interpretative personali e soggettive, in alcun modo confrontabili, in nessun modo scientifiche.

Per rimanere in ambito scientifico si necessita di un metodo. Il professionista deve infatti osservare con le lenti del metodo professionale più appropriato al caso, lenti che permetteranno l'indagine soltanto di ciò che riusciranno a mettere a fuoco. Nient'altro<sup>6</sup>. Non vedrà tutto: al microscopio non si vede il muscolo. Si vede la composizione cellulare a seconda della potenza dello strumento. Ma non si vede "il muscolo": si possono inferire quei dati che quelle lenti (quel metodo e quello strumento) permettono.

Ecco perché ogni professionista in pratica troverà ciò che si è apprestato a cercare, come già ammoniva Goethe quando ricordava che "Si vede soltanto ciò che si sa". Il professionista si accinge al suo oggetto di lavoro indossando gli "occhiali" necessari: ma in questa propedeutica operazione ha già fatto tutta una serie di valutazioni, scegliendo fra diverse opzioni e dunque tagliando via la possibilità di indagini di alcune porzioni della realtà che ha di fronte.

Se è un veterinario comportamentista, lavora alla ricerca di una relazione disfunzionale, coerentemente alla definizione che abbiamo precedentemente enunciato.

E qui si situa la grande opzione che solo a prima vista è teorica, ma che si riverbera su tutta la prassi, fino ai risultati finali dell'intervento: il medico veterinario può a questo punto indossare due occhiali diversi, che condurranno però all'osservazione di fenomeni diversi ed alla costruzione di un intervento distinto, giungendo allora ad esiti difforni. Se ciò che lo muove è l'idea di avere di fronte a sé un segmento comportamentale errato, in una visione positivista, comincerà ad osservare solo l'animale, a misurarne in diverso modo il comportamento per trovare quel comportamento disfunzionale. Comportamento che ri-

guarda solo l'animale (visione ortopedica), indipendentemente dalla vita che fa, dall'ambiente umano all'interno del quale è inserito, dall'educazione che ha ricevuto, dalle abitudini e dalle aspettative dei proprietari etc... **Se, invece, è convinto di dover procedere a valutare anche che tipo di relazione etologica si è impostata tra quel proprietario e quell'animale allora dovrà appellarsi ad un metodo ed a quelle tecniche in grado di osservare, valutare e misurare la relazione tra due soggetti.** Insomma: non potrà limitarsi alla visita dell'animale, ma dovrà utilizzare una lente che gli permetterà di valutare quale relazione li lega.

Accogliendo questa seconda prospettiva ne derivano importanti implicazioni e la visita e l'intervento comportamentale acquistano natura di **processo, in linea con la moderna epistemologia che sottolinea la visione circolare e multideterministica della realtà, e lega la valutazione scientifica alla relazione tra osservatore ed osservato.** Anche lo studio di un elemento inerte è in realtà processuale e complesso: a maggior ragione lo è l'osservazione della complessa rete di significati che unisce l'uomo ed il suo animale all'interno di un ambiente così particolare come quello familiare. Non è possibile soffermarsi solo sui sintomi perché la mancata considerazione della teoria di riferimento (che è quella che definisce ciò che è sintomatico e di che cosa lo è) conduce a cercare risposte senza essersi posti le giuste domande.

Insomma: **se si conviene su ciò che la medicina comportamentale osserva (una relazione) non ci si potrà poi appellare ad un metodo ortopedico.**

A supporto di queste considerazioni, che peraltro si connotano come fondanti la pratica, si può ricordare come anche la medicina umana stia compiendo un analogo percorso: dalla centratura sull'organo leso o disfunzionale sta lentamente e faticosamente approdando all'attenzione per l'uomo in rapporto al suo ambiente concreto, psicologico e sociale. Questo, tra l'altro, conduce ad una ri-umanizzazione del rapporto medico-paziente, impedendo che il progresso tecnologico sempre più sofisticato e la parcellizzazione di specializzazioni sempre più dettagliate dimentichino l'Uomo nella sua globalità di esperienze ed emozioni, inestricabilmente intrecciato alle componenti materiali, biologiche e psicologiche del suo habitat. La medicina sta recuperando l'antica concezione della pratica secondo quella che era la scuola ippocratica di Kohs<sup>a</sup>, basata su concetti dinamici, umorali e psichici, dunque psicosomatici, in netta contrapposizione con quella di Cnido ad orientamento meccanicistico ed organicistico. Il pensiero medico era a tal punto olistico da prevedere nella prassi diagnostica anche il ricorso all'interpretazione dei sogni: la diagnosi era la valutazione del rapporto, della relazione tra l'individuo inteso nelle sue specificità ed il suo ambiente, moltepliciamente inteso. L'uomo era visto come parte integrante di un tutto naturale, ed il punto di partenza era la *salute*, intesa come esistenza in armonia con l'ambiente: il compito del medico era quello di conoscere le grandi leggi della vita che regolavano l'universo, presenti anche nel corpo dell'uomo.

<sup>a</sup> Ippocrate visse nell'età più splendida dell'illuminismo ellenico, in un'atmosfera dove l'attività spirituale arrivò ad un altissimo livello. Fu il primo medico psicologo.

Un bellissimo articolo di Leonardo Ancona illustra significativamente questa duplice impostazione istituzionale della Medicina, mostrandone i differenti risvolti nella pratica:

“A Kohs, Ippocrate insegnava che la malattia è un processo che interessa tutto il paziente, nella sua organicità, ma anche nei suoi rapporti inter-individuali, e nella sua storia: vi sono compresi i suoi familiari, la società contemporanea, la sua geografia, persino i suoi antenati. La malattia vi era considerata come un fatto vitale, derivante da un disadattamento contingente, avente un significato ed un fine e dove i sintomi erano dei messaggi da decodificare; la loro comprensione è salvifica e nasce da una compartecipazione affettiva del medico col suo paziente: una sofferenza condivisa, una ricerca fatta insieme della guarigione o della morte. [...]. Galeno è stato invece il medico che, in veste di tecnico, ha visto la malattia come l'invasione di un corpo già buono da parte di un nemico: il paradigma della malattia batteriologica. La necessità è qui quella di scoprire il nemico per combatterlo, ucciderlo, sviluppando al massimo, a questo fine, i mezzi di intervento curativo.”<sup>7</sup>.

Se si accoglie l'ipotesi relazionale (rivestendo di significato sintomatico non solo qualcosa che sta nel cane o nel gatto ma, anche e in particolare, il sistema relazionale che si è costruito tra quell'animale e quel nucleo familiare), sorgono però una serie di interrogativi assai peculiari: quali sono i criteri metodologici che permettono di obiettivare un oggetto che non è mai uguale a se stesso? Come rendere scientifico lo studio di qualche cosa che è sempre particolare perché concerne il rapporto tra due specifici esseri viventi unici ed irripetibili? Fu il medesimo quesito che attraversarono la psicologia e la psicoanalisi in cerca della loro definizione di scientificità.

## NIENTE DI VERO SENZA IL SETTING

Come precedentemente ricordato, il livello epistemologico mette in evidenza i presupposti impliciti in ogni scelta metodologica e deve giustificarne l'assunzione: a fronte di una visione complessa della realtà, sistemica e relazionale che abbandona il modello ortopedico dovremo utilizzare un'opzione metodologica congruente. Il METODO è un insieme di regole con funzione normativa rispetto alle procedure del lavoro scientifico. Questo significa che in un ambito scientifico si dovranno utilizzare quelle regole, quel metodo per rimanere in quell'ambito e non scadere in altri.

**È il METODO CLINICO<sup>b</sup> che permette di confrontarsi con una situazione duale e relazionale, unica ed irripetibile nella complessità delle sue relazioni con l'ambiente, quale quella che costi-**

**tuisce l'oggetto di indagine della medicina comportamentale.** Metodo idiografico, cioè che si applica e studia il caso singolo ed ha natura ermeneutica dunque comprendente, interpretativa e storico-motivazionale. Coerentemente con la visione epistemologica contemporanea che ha dato rilievo al procedimento ipotetico-deduttivo, il lavoro diagnostico ha carattere squisitamente interpretativo e si pone come attività creativa del medico, difficilmente analizzabile in termini di pura logica, che orienta fin dall'inizio l'osservazione dei fenomeni per poi trarre deduttivamente le conseguenze delle ipotesi formulate e cercare una conferma della loro plausibilità sul piano osservativo. **L'osservazione, quindi (come la somministrazione di test), non è mai neutrale:** ecco che la consapevolezza delle teorie di riferimento diventa una delle garanzie di scientificità della propria professionalità. Il medico veterinario si ritrova così ad utilizzare quello che è stato acutamente definito “paradigma indiziario”<sup>8</sup>, in un lavoro di osservazione ed interpretazione dove l'oggetto di studio, il “fatto”<sup>c</sup>, è colto malgrado la sua frammentarietà, la sua ambiguità, la sua irripetibilità attraverso le tracce, gli indizi e i messaggi indiretti. Con finalità che non sono meramente conoscitive nella misura in cui contengono obiettivi di intervento terapeutico, di un intervento, cioè, che ha carattere trasformativo.

**Diventa comprensibile quanta importanza rivesta dunque la costruzione di quella situazione che permette l'osservazione dell'oggetto di lavoro, l'osservazione di quei fatti che rilevati, interpretati ed interconnessi andranno a costituire la diagnosi che supporterà la costruzione dell'intervento terapeutico. In questo risiede l'essenzialità del SETTING.**

**Il setting è l'insieme delle condizioni metodologiche entro le quali si può osservare, descrivere, comprendere l'oggetto di conoscenza, che ne permette l'obiettivazione.**

Rientra nella “lente” che lo studioso indossa per guardare al suo oggetto di indagine. In pratica, come illustreremo meglio più avanti, il setting, esteso oltre la sua specifica accezione psicoanalitica, esprime il contesto, delimitato nel modo più rigoroso possibile, in cui avviene la rilevazione diagnostica. Esso ha la funzione di mediare operativamente l'area della teoria con quella della prassi e la sua definizione non risponde ad esigenze didattiche o pleonastiche. Costituisce la cornice concettuale e materiale invariante all'interno della quale poter osservare e quindi dare significato ad una serie di situazioni (i casi clinici) che sono sempre variati e varianti. Se non c'è rispetto del setting non solo non è possibile attribuire significatività a ciò che si osserva ma, inevitabilmente, si cadrà in una situazione caotica, assolutamente arbitraria, dove non sarà nemmeno

<sup>b</sup> L'aggettivo “clinico” deriva dal termine che in greco significa “letto” e faceva riferimento al rapporto che si stabiliva tra il medico ed il paziente allettato. Ma il nucleo del significato risiedeva nel rapporto diretto che si stabiliva tra i due e nell'interessamento per un unico e specifico individuo.

<sup>c</sup> A questo proposito vale la pena ricordare come l'oggetto di interesse del clinico possa essere compreso ma non spiegato. La teoria della complessità sottolinea come l'aggettivo complesso faccia riferimento ad una realtà che “non può essere ricondotta ad elementi semplici senza che si perda qualcosa di essenziale”. Spiegare, invece, significa letteralmente “togliere le pieghe”, cioè rendere liscio qualcosa che prima era accartocciato, piegato.

possibile legare le ipotesi ad un intervento terapeutico e nemmeno ci si potrà aspettare come soluzione gli eventi attesi o auspicati. *Insomma: è la garanzia di una corretta analisi diagnostica, di una adeguata impostazione terapeutica e di un'impostazione della relazione tra il medico ed il cliente che rispetti la complessità del processo sul quale insieme si andrà ad intervenire.* Se manca questa lente, allora lo studioso ne starà utilizzando un'altra, che però non è quella relativa all'osservazione di una relazione, ed interpreterà senza essere consapevole dei parametri che lo guidano nella lettura dei fatti: userà i pregiudizi, darà rilevanza arbitraria a qualcosa e tralascerà altro...

La medicina veterinaria comportamentale si propone di indagare tra le altre cose, la relazione tra l'animale ed il suo proprietario per accompagnare i due protagonisti nella ridefinizione di quel rapporto, oltre ad adottare un intervento farmacologico, qualora si rilevi un coinvolgimento di uno o più neuromediatori. Si definisce come un complesso processo di intervento che necessita di un momento diagnostico condotto attraverso l'osservazione di quella relazione, il colloquio con i partner umani e la visita dell'animale. Dall'attenta definizione e costruzione del momento di ricognizione di quei dati (osservazione, colloquio e visita) discendono necessariamente non solo il sistema di significato che si attribuisce a quanto si raccoglie (diagnosi), ma anche le rappresentazioni che il cliente comincia a farsi del medico e della situazione. Rappresentazioni che modificheranno la sua visione ed il suo comportamento già in prima battuta. Il metodo influenza il processo: **il modo di raccogliere i dati e formulare la diagnosi costituisce già una parte del trattamento, solo didatticamente è separato e considerato un'operazione a sé stante, propedeutica...**

Ogni nostra azione modifica il campo di intervento così come l'osservatore modifica l'oggetto di osservazione, ed altera immancabilmente, inquinandola, l'oggettività della realtà.

## DIMMI COSA FAI E TI DIRÒ CHI SEI

Ma che cos'è il setting? È quell'insieme di ruoli e funzioni, di norme esplicite ed implicite, l'area spazio-temporalmente vincolata che fa da cornice all'incontro tra diagnosta e coppia uomo-animale<sup>9</sup>. È il "chi, come, dove,

quando e quanto" che regola l'interazione e la raccolta anamnestica. Definirlo significa:

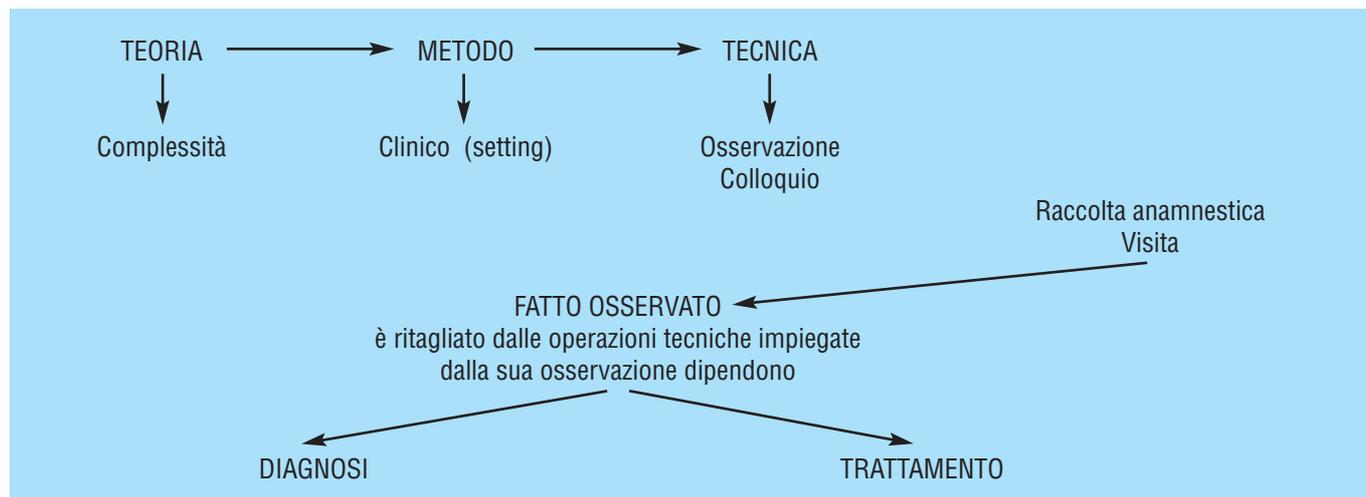
- tracciare uno spazio specifico, una stanza, sapendo che i colori, la temperatura, la disposizione dei mobili ed il tipo di arredamento contribuiranno a regolare il rapporto ed a connotare quanto accadrà e verrà osservato;
- limitare la durata dell'intervento così come le tecniche specificano;
- decidere quali operazioni compiere nel primo incontro e cosa demandare (e perché, naturalmente) agli incontri successivi, illustrando al cliente la struttura dell'intervento;
- decidere come abbigliarsi, come salutare, cosa dire e come dirlo;
- essere consapevole del proprio orientamento teorico-tecnico di riferimento;
- essere consapevole delle proprie emozioni, giudizi, reazioni etc...

C'è un *setting esterno*, dato dagli elementi di confine materiale che limitano il luogo dell'incontro, che malgrado la sua aggettivazione non rimane affatto esterno alla relazione, poiché concorre alla sua significazione: basti pensare alla differenza tra il sedersi ed il rimanere in piedi, tra lo spostarsi in una camera che abbia carattere di studio ed il rimanere in una stanza ambulatoriale.

E c'è poi un *setting interno*, che meriterebbe un lungo approfondimento a parte, costituito dalla disposizione mentale del diagnosta, dal suo atteggiamento, le sue emozioni, la sua teoria di riferimento. Ricordando che "quanto e come" andrà ad osservare dipende da cosa lui ritenga degno di essere osservato e che ciò che rileva andrà a determinare cosa accadrà come conseguenza del suo intervento.

L'osservazione è già una valutazione: solo la stabilità del setting costituisce quel supporto all'interpretazione in grado di renderla, a tutti gli effetti, scientifica.

È a questo punto che possiamo interrogarci sulle TECNICHE, chiedendoci quali siano le migliori per rilevare ciò che ci si propone di osservare e studiare: una relazione complessa attraverso lo stabilirsi di un'altra relazione, che lega la coppia al diagnosta. Anche le tecniche, come il metodo generale, contribuiscono alla costituzione stessa del fatto indagato, in quanto specificano l'area di indagine, i vincoli da rispettare e gli strumenti da utilizzare.



## QUALE COLLOQUIO ALLORA?

La scelta della tecnica del colloquio sarà allora conforme agli obiettivi che ci si pone: dovrà strutturarsi come il momento cruciale e primario nel quale si fonda l'alleanza con il cliente, permettendo dapprima l'indagine della relazione fra uomo e animale e poi la fondazione di quei presupposti attraverso i quali modificarla. La diagnosi, infatti, non potrà essere strettamente nosografia per essere orientata all'obiettivo trasformativo.

Credo si possa comprendere dal ragionamento condotto fin qui come **il fine della prima visita e del primo colloquio non dovrebbe risiedere primariamente nella raccolta anamnestica bensì nella genesi della compliance del proprietario**. Il colloquio è una tecnica, che deve rimanere legata ad un metodo e discende da una precisa teoria.

Sempre, a questo punto, si raccolgono numerose e robuste le obiezioni dei veterinari, preoccupati da mille questioni, che ruotano invero tutte quante attorno alla considerazione che il cliente si aspetta subito una diagnosi, vuole subito risposte, non torna mai una seconda volta, è abituato ad uscire con la soluzione etc. Il cliente vuole tutto e subito. Benissimo, ma il problema sta altrove. Avallare aspettative umane e profane, laiche rispetto alla competenza del veterinario-scienziato significa però pervertire la situazione, che a questo punto diventa definita dal cliente e perde qualunque connotazione professionale. Il termine "professione" deriva dal verbo latino "profiteor" cioè "dichiaro di": la professionalità, insomma, alligna nel dichiarare ciò che si sa fare, ciò che costituisce problema in una situazione e cosa ne determinerà la soluzione.

Non importa ciò che il cliente crede prima del consulto col professionista: conta ciò che crederà e si aspetterà dopo di esso, e che peraltro dipenderà da cosa ha vissuto e da cosa abbiamo indotto attraverso il setting. Il nostro modo di agire (il setting e le tecniche che ritaglia) non solo ci permetterà una buona diagnosi ma indurrà delle aspettative su cosa succederà, su cosa ha causato il problema e su cosa si dovrà fare per sanare la situazione.

Se il veterinario esaurisce la seduta in un incontro fiume di due ore, agglutinando un intero processo in uno spazio limitato, avrà difficoltà a studiare il divenire dinamico attivato dalla trasformazione cui ha già dato avvio. E potrà accadere che il cliente si limiti ad applicare qualche regola, senza in realtà cambiare il significato di una realtà complessa, senza essere motivato a tornare un'altra volta. Un'immagine ortopedica suggestiona con forza azioni ortopediche: tutto si esaurisce nella contemporaneità dello sguardo che osserva il sintomo, non rimanda a nient'altro perché non c'è nient'altro oltre al sintomo. E di più: anche la raccolta anamnestica e la formulazione diagnostica sono legate agli stessi indicatori ed alle stesse regole che normano le tecniche del colloquio.

L'attenzione per la relazione, invece, porterà a rimarcare gli elementi relazionali, complessi e processuali, a fare attenzione alla comunicazione col cliente in quei momenti in cui più che dare spiegazioni immediate si aiuteranno ed accompagneranno i partner umani a comprendere quanto accade e a modificare il campo, non ad eliminare il mero segmento comportamentale. Se la medicina comportamentale è un processo che interviene su una realtà dinamica

deve mantenere nel suo intervento il carattere di processualità e dinamicità. È questo l'assunto che permette di scegliere tra le tante tecniche operative, rispondendo al bisogno del professionista di sapere cosa è meglio fare per operare al massimo della competenza possibile. Altrimenti diventa arbitraria la discussione su quanto deve essere lungo l'incontro, su dove deve essere effettuato, su chi deve parteciparvi, su come raccogliere i dati, sull'utilizzo o meno dell'intervista etc... **La strutturazione del campo esperienziale della prima visita getterà letteralmente le fondamenta di tutto l'intervento successivo, fino ad arrivare alle conclusioni del medesimo**. Ogni variazione del setting determinerà delle variazioni nelle tecniche e ciò si ripercuoterà su tutti gli step successivi del processo.

Gli interrogativi sulla visita comportamentale che fino ad oggi ho raccolto in aula mi hanno sempre più convinto di come in realtà questa disciplina si trovi ancora in fase di ricerca. Ed in questo carattere di "work in progress" si nasconde la garanzia che si stia costituendo come disciplina scientifica. Non può tacere il dibattito sul metodo e sulle tecniche, in un lavoro di vaglio dove non vi sia spazio per i timori dei clienti o dei veterinari, dove la riflessione possa attraversare ogni elemento del processo per traguardare un corpo metodologico coerente e scientificamente adeso. D'altronde in questo riposa la bellezza ed il fascino a volte doloroso del lavoro clinico, che impone al professionista di saper coniugare ragione e sentimento e che non si lascia formalizzare in ricette operative aprioristiche. Partecipa della stessa natura dell'*arte* ed in quanto tale ha bisogno di domande, tante domande e di menti capaci di tollerare la lentezza e la problematilità che si nascondono in ogni atto trasformativo e creativo. Così come ogni madre sa...

## Parole chiave

*Medicina comportamentale - Epistemologia - Setting - Tecniche del colloquio.*

## Key words

*Behavioural Medicine - Epistemology - Setting - Dialogue techniques.*

## Bibliografia

1. Zilboorg G.; Henry G.W., "Storia della psichiatria", trad. it., Nuove Edizioni Romane, Roma, 1941.
2. Enciclopedia Garzanti di Filosofia, p. 256.
3. Carli R.; Paniccchia R.M.; Lancia F., "Il gruppo in psicologia clinica" Nuova Italia Scientifica, Roma, 1992.
4. Greenberg J.; Mitchell S., "Le relazioni oggettuali nella teoria psicoanalitica", trad. it., Il Mulino, Bologna, p.28, 1986.
5. Zanarini G., "Ludwig Boltzmann. Una passione scientifica", CUEN, Napoli, p. XXVI, 1992.
6. Zanarini G., "L'emozione di pensare", CLUP-CLUED, Milano, 1985.
7. Ancona L., "L'empatia nella relazione medico-paziente", in Il Sagittario n° 8, Rivista Scientifica dell'Istituto "Alfred Adler" di Torino, AGE, Reggio Emilia, p.17 ss, 2000.
8. Gargani A., "Crisi della ragione", (1979), a cura di, Einaudi, Torino.
9. Profita G; Ruvolo G., "Variazioni sul setting", a cura di, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1997.