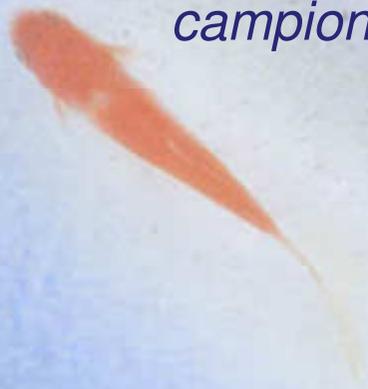


Seminario: I colloqui d'apertura nell'incontro e nel lavoro clinico

*Chi è ciascuno di noi se non una combinatoria d'esperienze,
d'informazioni, di letture, d'immaginazioni? Ogni vita è
un'enciclopedia, una biblioteca, un inventario d'oggetti, un
campionario di stili, dove tutto può essere continuamente
rimescolato e riordinato in tutti i modi possibili*

I. Calvino, Saggi



Il colloquio psicologico

Il colloquio è uno strumento fondamentale del metodo clinico e costituisce quindi una tecnica d'indagine scientifica della psicologia. In quanto tecnica ha i suoi propri procedimenti e le sue regole...

Josè Bleger, 1964

È una situazione in cui lo scambio avviene con la parola con lo scopo di capire il modo di vivere della persona che egli ritiene malato e della cui chiarificazione si attende un beneficio

H.S. Sullivan

Fasi possibili

Presentazione (scheda telefonica)

Prima fase: costruzione di una alleanza diagnostica “ALLEANZA DI LAVORO” con lo scopo di creare momenti di UNIONE con il paziente

Seconda fase: VALUTAZIONE, inizia il processo anamnestico e diagnostico (anche uso dei test)

In equipe, discussione del caso, definizione del dispositivo (individuale, focale o a tempo indefinito, di coppia, familiare) e definizione della traiettoria terapeutica (Racamier)

Terza fase: discussione del piano terapeutico con il paziente

Quarta fase: conclusione dei primi percorsi e RESTITUZIONE

Quinta fase: avvio

Lavoro in equipe di covisione

Cosa osserviamo

Materiale raccolto e ordinato nell'anamnesi descrittiva

Materiale emotivo e sintomatico mescolato nelle libere associazioni:

conflitto antico

conflitto recente

OSSERVIAMO

1. IL CONTENUTO storia del pz, stato emotivo, specifiche funzioni mentali
2. II PROCESSO relazione psicologo - paziente durante il colloquio

Cosa osserviamo

1. DATI ANAMNESTICI

- Ⓢ Ragioni della richiesta d'aiuto con particolare riferimento alla motivazione (intrinseca o estrinseca)
"che cosa la porta qui?"
- Ⓢ Storia personale con particolare attenzione all'infanzia ed in generale a tutte le fasi del ciclo di vita
- Ⓢ Relazioni emotive più rilevanti (affettive e sessuali)
- Ⓢ Quali siano stati i principali spostamenti o cambiamenti drammatici affrontati dalla famiglia del paziente e come lui vi ha reagito...
- Ⓢ La sua storia scolastica e lavorativa
- Ⓢ Le sue prime esperienze sessuali, la storia della sua vita sessuale e la sua vita sessuale attuale
- Ⓢ Storia medica (precedenti percorsi psicoterapeutici, interventi medici, ospedalizzazioni Incidenti e malattie affrontati durante l'infanzia ...)

Cosa osserviamo

2. ATTEGGIAMENTI E SENTIMENTI CONSCI DEL PZ

- Ⓢ Come il pz vive se stesso, i suoi disturbi, le sue sofferenze
- Ⓢ Aspettative ed ansie per il futuro (e per la consulenza psi)
- Ⓢ Sentimenti ed atteggiamenti verso gli altri, in particolare verso le figure per lui significative (attuali e passate)
- Ⓢ Funzionamento emotivo e mentale
- Ⓢ Relazione tra tendenze all'autonomia e tendenze alla dipendenza (ad esempio domande su come ha vissuto i primi giorni alla materna o all'università... se li ricorda, se vi sono racconti)
- Ⓢ Capacità di ricevere e dare amore
- Ⓢ Capacità di provare gratitudine

Cosa osserviamo

2. ATTEGGIAMENTI E SENTIMENTI CONSCI DEL PZ

- @ Interessamento e comprensione
- @ Sentimenti di inferiorità e vergogna, senso di colpa
- @ Narcisismo - autostima: (il concetto di sé, egocentrismo, investimento emotivo di sé e degli altri, rapporto sé reale e sé ideale, sentimenti di onnipotenza)
- @ Rapporto con il bisogno e il bisogno come pericolo
- @ Forze aggressive e forze libidiche
- @ Modelli relazionali e loro RIPETITIVITA'

Cosa osserviamo

2. ATTEGGIAMENTI E SENTIMENTI CONSCI DEL PZ

- @ FUNZIONI DELL'IO
 - @ Modalità difensive più consapevoli
 - @ ESAME DI REALTA'
 - @ Capacità di sviluppare interessi

Cosa osserviamo

3. MATERIALE ASSOCIATIVO INCONSCIO

- Ⓢ A cui possiamo avvicinarci attraverso i ricordi dell'infanzia (**qual è il suo primo ricordo**), sogni, fantasie, associazioni
- Ⓢ RESISTENZE
 - Ⓢ RIMOZIONE
 - Ⓢ ATTEGGIAMENTI DI TRASFERT
 - Ⓢ BISOGNI DI AUTOPUNIZIONE
 - Ⓢ PRESERVARE I VANTAGGI SECONDARI
 - Ⓢ COAZIONE A RIPETERE
 - Ⓢ DIFFICOLTÀ DI COMUNICAZIONE
 - Ⓢ RAZIONALIZZAZIONI, PARLARE CON UN LINGUAGGIO TECNICO, INVASIONE DELLE EMOZIONI, RITARDI, MANCANZE, ACTING IN E OUT

I primi 10 minuti

E. Gilliéron “il primo colloquio in psicoterapia”

In sala d’attesa:

1. arriva solo? Come è vestito? Che atteggiamento ha?

Primi 10 minuti:

2. atteggiamento... quali emozioni ci porta e come ce le presenta?
3. quali reazioni spontanee prova subito lo psicologo e quali comportamenti?

I primi 10 minuti

Primi 10 minuti:

4. caratteristiche di base della relazione

5. connotazione affettiva della relazione

a. conflittuale

b. compensatoria

c. cooperante

6. contenuto verbale

a. le PRIME FRASI (molto importante)

b. lamentele che giustificano la richiesta di consultazione

c. indicazioni date spontaneamente dal paziente riguardo il contesto della consultazione

Le prime frasi

Le prime frasi pronunciate dal paziente in occasione del primo incontro con il terapeuta saranno fondamentali in quanto permettono di percepire:

- che cosa spinge coscientemente il paziente alla consultazione (MOTIVAZIONE MANIFESTA Balint)
- ... perché ADESSO?
- Che cosa vuol far credere o pensare al terapeuta
- Perché espone il problema in questo modo?... in questo ordine gerarchico?

OCCORRE COME SEMPRE INTRECCIARE ASPETTI VERBALI

CON ASPETTI NON VERBALI

Le prime frasi e le prime emozioni controtransferali

Per capire le motivazioni cosce e inconscie si tratterà quindi di tener conto principalmente dell'ASPETTO RELAZIONALE delle prime parole:

Ad es:

- la lentezza dell'eloquio verbale spinge il terapeuta ad adottare una posizione attiva
- I disturbi leggeri del pensiero possono essere compensati dal terapeuta che corregge inconsciamente gli errori del paziente
- Lo sproloquio (insalata di parole) annoia e provoca disturbi dell'attenzione

Ad es cosa si può chiedere tra sé e sé il terapeuta se il pz dice:

“non mi fido di nessuno”

“Mi hanno fatto spesso dei torti”

“Se qualcuno non si prende cura di me io mi tolgo la vita”

- Audio 1: l'apertura

transfert

Pz: “non so come lei possa reggere, ascoltando i guai degli altri tutto il giorno...”

Poi chiede un bicchiere d'acqua perché dice di avere appena fatto una corsa...

Pz: “ sono in una situazione disperata: l'unica cosa che mi sostiene è la speranza che lei possa aiutarmi”

Cosa vi fanno venire in mente queste parole?

Queste possono essere precoci reazioni di transfert:

- il timore di non essere accettato
- Il bisogno di una risposta che gratifichi il suo desiderio di essere oggetto d'attenzione, interesse e cura
- Il desiderio che compaia una figura onnipotente o alla quale delegare l'onnipotenza

transfert

“come strumento terapeutico... si riferisce alle percezioni, ai bisogni ed alla qualità delle interazioni che l'individuo tende a creare nella relazione con il terapeuta e con altre persone significative. Queste relazioni riflettono quanto deriva dalle esperienze passate e si sovrappone alle relazioni attuali, spesso è diverso dalla realtà delle relazioni stesse”

M.C.Gislon “il colloquio clinico e la diagnosi differenziale” Bollati Boringhieri 2001

transfert

“nel transfert si realizza una ripetizione delle antiche relazioni oggettuali con le persone più importanti dei primi periodi dell’esistenza, e delle loro elaborazioni in fantasia... rappresenta la ricerca di tardive opportunità e di soddisfacimenti inibiti e frustrati nel passato... hanno comunque la caratteristica di essere inadeguate rispetto al passato”

M.C.Gislon “il colloquio clinico e la diagnosi differenziale” Bollati Boringhieri 2001

controtransfert

“Cosa il paziente rappresenta per l'inconscio del terapeuta?”

Sono quindi risposte specifiche, in quanto collegate con le caratteristiche e i conflitti non risolti di chi conduce l'intervista e inappropriate alla situazione reale e attuale del paziente. Sono un'ottima guida per comprendere il paziente in quanto costituiscono importanti indizi delle sue motivazioni ad evocarli

Può nascere ad esempio nel clinico il desiderio di mostrarsi onnipotente, e di presentarsi come quello che sa o può tutto”

M.C.Gislon “il colloquio clinico e la diagnosi differenziale” Bollati Boringhieri 2001

- Audio 2: trauma, impotenza, transfert...

aperto o chiuso

il colloquio può essere CHIUSO nel senso che le domande sono già predisposte, così come è predisposto l'ordine e la modalità di formulazione, oppure APERTO, lo psicologo ha ampia libertà e flessibilità.

Occorre considerare nei primi colloqui il fatto che ogni situazione nuova è stressante

Quindi possiamo dire che nel primo incontro
un colloquio più strutturato aiuta il paziente a contenere l'ansia (anche se capire la
qualità dell'ansia e dell'angoscia è utile alla diagnosi)
un colloquio aperto permette al paziente di configurare l'ambito del colloquio secondo
la sua particolare struttura psicologica

il colloquio come campo

Occorre che il campo si configuri in base alle variabili che dipendono dalla personalità del paziente, la relazione fra paziente e psicologo delimita e determina il CAMPO, ma lo psicologo deve permettere che il campo della relazione interpersonale venga stabilito e configurato prevalentemente dal paziente

Per ottenere il campo del colloquio è necessario rimanere all'interno di una cornice fissa:

SETTING

Inoltre per arrivare ad una sistematizzazione che consenta l'esame dettagliato del colloquio come campo, lo studio deve essere centrato su:

lo psicologo: il suo atteggiamento, il controtrasfert, l'identificazione

Il paziente: il trasfert, le strutture di comportamento, le costanti relazionali, i tratti del carattere, le ansie, le difese

la relazione interpersonale: l'interazione, il processo di comunicazione (proiezione*, introiezione, identificazione) il problema dell'ansia

l'osservatore partecipante

Principio della relatività della conoscenza

La luce necessaria per vedere un elettrone con un microscopio

ne cambia lo stato e ...

Imprescindibilmente lo perturba

l'osservatore partecipante

Lo psicologo è una delle variabili del campo e lo perturba
ogni situazione umana è originale e unica

“l'interdipendenza e l'interrelazione, il condizionamento reciproco dei rispettivi comportamenti, si realizzano attraverso il processo della comunicazione nel senso che il comportamento dell'uno (conscio o meno) agisce (intenzionalmente o meno) come stimolo per il comportamento dell'altro e viceversa”

In questo processo la parola è legame, ma interviene attivamente anche tutta la comunicazione preverbale: gesti, atteggiamenti, timbro e tono affettivo della voce:

I primi colloqui sono sempre VIS a VIS

il tipo di comunicazione che si stabilisce - se lo psicologo sa fare il suo mestiere ed ha una discreta conoscenza di sé - è altamente indicativo della personalità del paziente

Tecniche...

“io interpreto per due ragioni: uno per far sapere al paziente che sono sveglio, e due per fargli sapere che mi posso sbagliare”
Winnicott

CAPACITA' DI PENSARE: e capacità di recuperarla

Trovare degli agganci mentre il pz racconta di sé e della sua vita per indagare la sua storia e co-costruire un intreccio, una **NARRAZIONE**

CHIARIFICAZIONE: ciò che il pz dice viene discusso e chiarito per rendere il paziente e lo psicologo pienamente consapevoli di ogni sua implicazione, rischiarare dalla nebbia

RIFORMULAZIONE: fare ordine dentro di noi del materiale che il pz porta, riunirlo in temi, sequenze e qualche nesso e riproporlo...

CONFRONTAZIONE: mettere in evidenza discrepanze e contraddizioni... “mi ha detto questa cosa... e poi quest'altra, mi pare che siano in contraddizione... cosa le pare?...”, o la discrepanza tra quello che dice e quello che fa “mi dice che è una cosa che la spaventa ma me lo dice sorridendo...”

Tecniche facilitanti...

Uso del silenzio induce il paziente a riempire il vuoto (occorre valutarne la qualità: paranoide, depressivo, fobico, confusionale, ecc...)

Incoraggiamenti non verbali

Esclamazioni neutre

Commenti riflessivi - eco (scegliere una parola significativa)

Richieste e sintesi

INTERPRETAZIONE DI CAROTAGGIO

USO DEL SILENZIO: come capacità di attendere... il setting esige che voi possiate permettere a chi viene di esprimersi (e quindi è importante stare zitti... senza esagerare)

DOPO IL COLLOQUIO: raccogliere le idee e fare ipotesi (da verificare)

L'AMBIGUITA':

Quello che propone lo psicologo
deve essere sufficientemente ambiguo
da permettere al paziente
di mettere in gioco la propria personalità
Josè Bleger

- Audio 3: interpretazione di carotaggio, confrontazione e prima restituzione

regole...

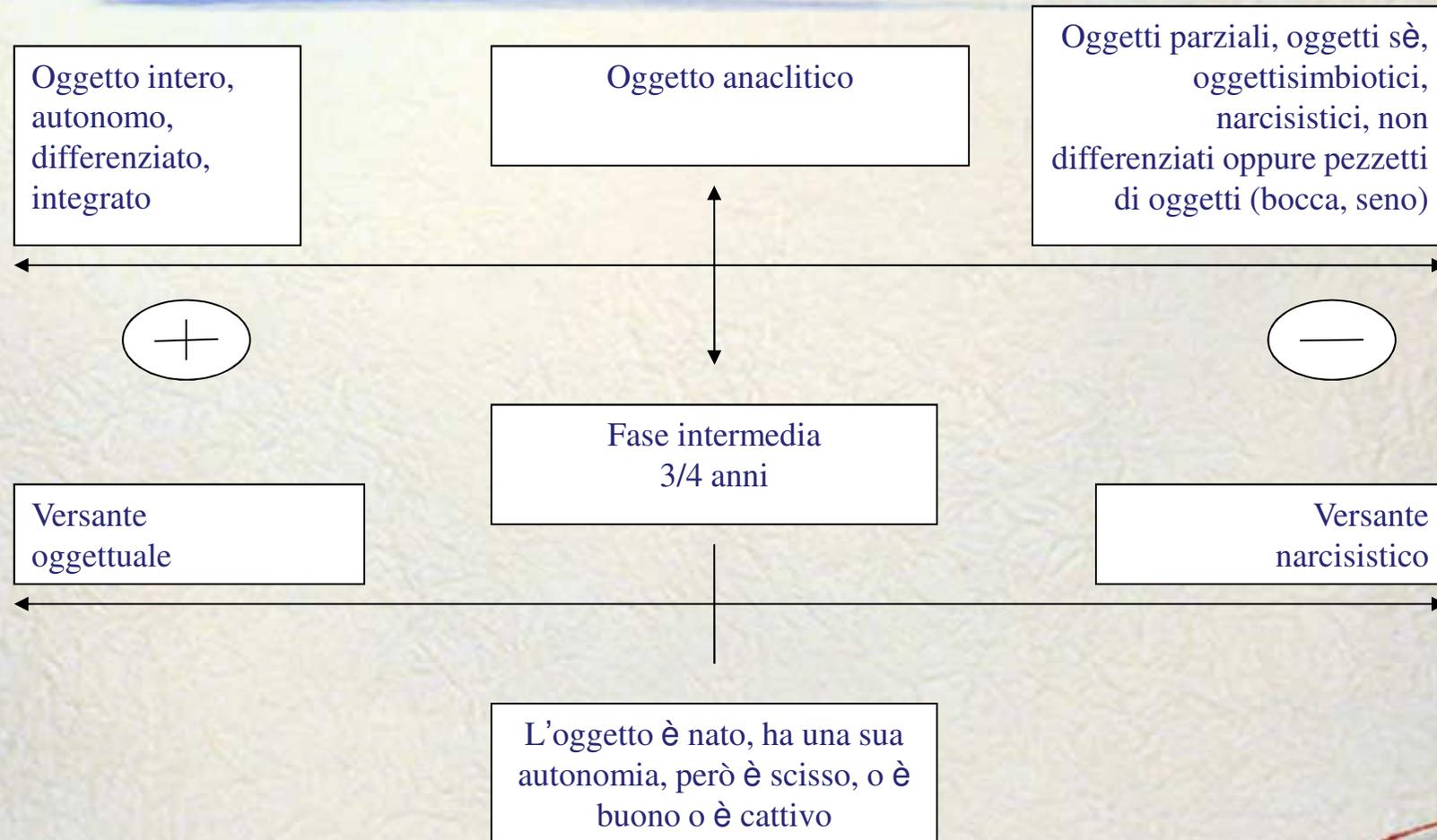
Del LINGUAGGIO

Della RECIPROCIITA'... il paziente uscendo deve aver ricevuto almeno quanto ha dato... il paziente ci osserva, le cose che ci porta girano dentro di noi e dobbiamo trovare il modo di restituirglielo in modo comprensibile... "ferita feritoia"...

Della FRUSTRAZIONE... evitare di soddisfare i desideri consci e inconsci del paziente, evitare soddisfazioni sostitutive (le persone accanto a lui di solito ci hanno già provato e se viene da noi è perché non ha funzionato)

frustrazione anche come stop...

Cosa valutiamo: le relazioni oggettuali



Cosa valutiamo: le identificazioni

... “nei primi colloqui i pazienti ci parlano delle persone del loro passato alle quali cercano di assomigliare, di quelle che hanno voluto emulare e di quelle a cui hanno cercato a tutti i costi di non assomigliare...”

qualche volta si apprendono molte informazioni dalle domande che cercano di indagare a chi il paziente assomigli, e da quale punto di vista, è importante anche chiedere al paziente se, nel corso del suo sviluppo, abbia risentito di altre influenze significative.

probabilmente non esiste un comportamento o un atteggiamento che non sia influenzato da identificazioni, e la natura di queste ultime può variare ampiamente, è quindi di assoluto interesse l'indagine delle identificazioni o delle **controidentificazioni** che sottendono i comportamenti dei pazienti.

Cosa valutiamo: le identificazioni

IDENTIFICAZIONI SUGGERITE DA REAZIONI DI TRANSFERT:

in un colloquio clinico il modo più veloce per valutare le identificazioni primarie di una persona è quello di cogliere il tono globale del transfert.

A volte le sue manifestazioni sono sottili come nel senso di benevolenza della relazione che si prova con una persona allevata da genitori amorevoli, la cui generosità di spirito è stata interiorizzata e permea il primo colloquio, o attraverso la vaga sensazione di essere svalutato che il terapeuta prova quando un paziente gli fa troppe domande sul suo training, così da suggerirgli l'ipotesi di trovarsi in presenza di una persona che si identifica con un oggetto scettico e diffidente.

Una parte importante di qualsiasi formulazione diagnostica è la valutazione di quanto i processi identificatori del cliente siano primitivi e maturi. Kernberg riconosce anche l'importanza di fare domande ai pazienti sui loro oggetti precoci, ha sostenuto la specifica utilità di chiedere ad un potenziale nuovo paziente di descrivere i propri genitori e le altre persone che hanno esercitato su di lui un'influenza significativa. (AAI, adult attachment interview).

Cosa valutiamo: le identificazioni

IMPLICAZIONI CLINICHE DELLA COMPrensIONE DELLE IDENTIFICAZIONI

I dati sulle interiorizzazioni segnalano al terapeuta come poter entrare in contatto con il paziente: una buona regola è infatti quella di mostrare al paziente la propria differenza dai suoi oggetti interni patogeni... se una persona racconta che uno dei suoi genitori era sempre centrato su se stesso il terapeuta deve dimostrare una sensibilità altruistica

ANCHE AL FINE DEL PROPORRE UN'ESPERIENZA EMOTIVA CORRETTIVA

Cosa valutiamo: i pattern relazionali

Costanti relazionali negative

Relazioni oggettuali interiorizzate di Kernberg

Rappresentazioni di Interazioni che sono state generalizzate (RIGs) di Stern

Giochi o copioni di Eric Bern

Il problema dei modi ripetitivi in cui una persona si relaziona agli altri è strettamente connesso a quello delle identificazioni. Mentre quest'ultimo riguarda principalmente "chi" sono i modelli del paziente e "quali" sono le qualità di questi oggetti che il paziente vuole assimilare o rifiutare, quello dei pattern relazionali concerne il modo in cui si esprimono i rapporti della persona con i suoi principali oggetti d'amore.

Cosa valutiamo: i pattern relazionali

Gli stili interpersonali dei caregiver e i temi sottostanti relativi alle relazioni che esprimono sono interiorizzati nell'infanzia insieme alle qualità più statiche degli oggetti, a cui ci si riferisce con il termine di "tratti".

Quando un pattern relazionale è la lamentela prevalente***, la formulazione che lo riguarda può essere piuttosto diretta, quando il problema manifestato è un disturbo dell'umore, un pensiero ossessivo, una reazione post traumatica o un problema comunque non particolarmente incastrato in un tema interpersonale, il terapeuta deve inferire i conflitti relazionali centrali dai dati del transfert e delle informazioni storiche che il paziente gli offre... qualche volta è utile anche fare domande del tipo:

**** paziente che continuava a lamentarsi di sua mamma, delle persone che conosceva, degli insegnanti, dei compagni di corso...*

Cosa valutiamo: i pattern relazionali

- ✓ Come descriverebbe le sue relazioni più importanti?
- ✓ Come va il suo matrimonio?
- ✓ Ha qualche amico intimo?
- ✓ Cosa apprezza delle persone?

Un terapeuta deve acquisire familiarità con il mondo interno di un paziente:

- ✓ Gli abitanti di questo mondo sono generosi o tirchi, controllanti o permissivi, intrusivi o distanzianti, validanti o svalutanti, sfruttanti o supportivi, autocratici o consensuali, misericordiosi o punitivi, critici o accettanti, affettuosi o freddi, inibiti o espressivi, attivi o passivi, appassionati o indifferenti, coinvolti o trascuranti, prevedibili o caotici, stoici o autoindulgenti?
- ✓ Quali sono state le reazioni del paziente al suo ambiente emotivo infantile?
- ✓ Quali conflitti si sono ripresentati di frequente nella sua vita?

Le sottigliezze della storia personale di un individuo si manifestano nella sua vita, nelle sue relazioni attuali, colorano la relazione terapeutica e costituiscono un'area che il clinico deve affrontare se vuole esercitare un'influenza terapeutica

Cosa valutiamo: i pattern relazionali

TEMI RELAZIONALI NEL TRANSFERT

Il terapeuta nell'analisi del transfert, oltre a chiedersi, come suggeriva Freud, "chi sono io per questa persona?"

"questa persona è prevalentemente positiva o negativa?"

deve anche cogliere le sfumature di quello che gli è trasferito:

"come può essere descritto il pattern che viene messo in atto di continuo?"

"quali sono le origini, i significati, le motivazioni ed i rinforzi ricevuti dal pattern di questa persona?"

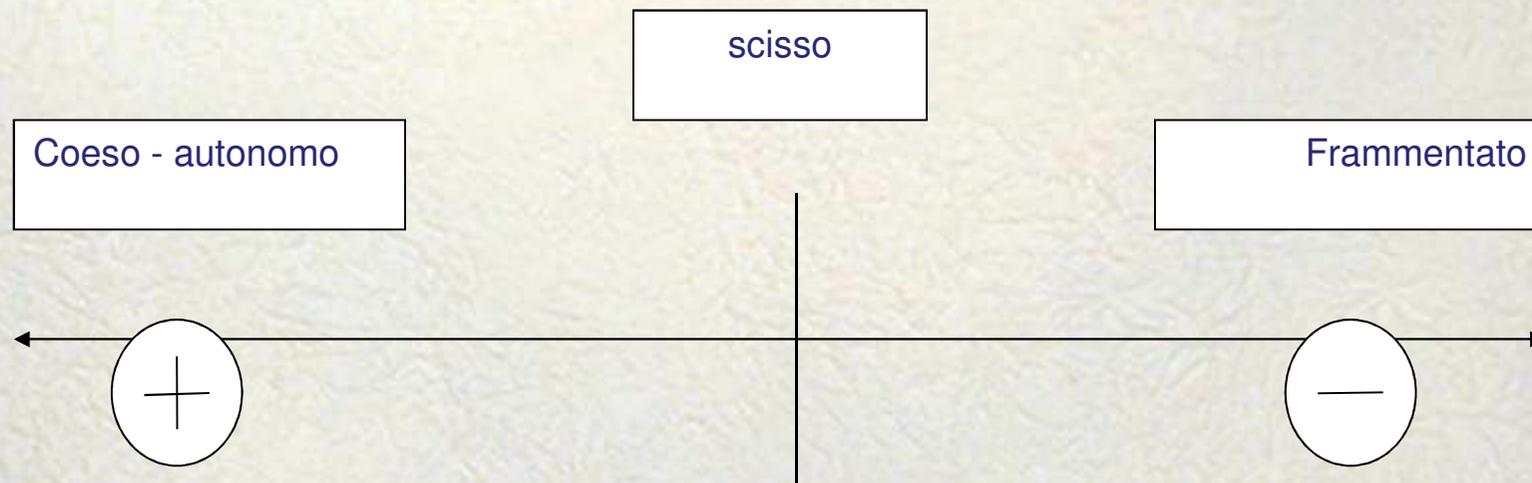
PATTERN RELAZIONALI COSPICUAMENTE ASSENTI NEL TRANSFERT

Un aspetto importante è quindi la comprensione delle esperienze relazionali che non hanno mai fatto parte dell'esperienza del paziente

- Audio 4: presentazione e paura dell'altro...

Cosa valutiamo: la rappresentazione del sé

VALUTIAMO L'INTEGRAZIONE O LA DIFFUSIONE DELL'IDENTITA' (Kernberg)
quanta coerenza ed integrazione c'è delle immagini che il paziente ha di sé?



Quali sono i sintomi cardinali?

Sintomi su cui si incardina una patologia:

Ad esempio:

Somatizzazioni: svenimenti... assenze

Sbalzi d'umore

Pianto, tristezza

Ricorso ad una logica rigida

Silenzio (qualità del silenzio)

Rabbia

Rossore, vergogna

Inibizione a fare delle cose

Esame di realta

- Audio 5: rabbia e sintomi

Cosa valutiamo: l'autostima

L'autostima, o quello che alcuni chiamano narcisismo sano, è un'altra componente della vita emotiva in cui le persone differiscono in modo sorprendente.

Quanto è sicura la sua autostima?

Su cosa si basa?

Da cosa è scossa?

Come si ristabilisce quando è ferita?

Quanto sono realistiche le aspirazioni da cui dipende?

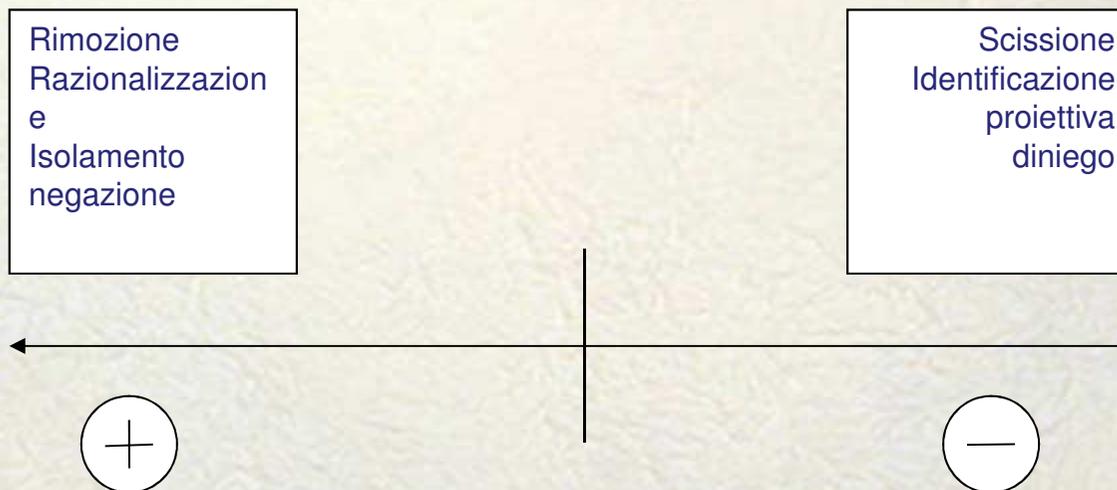
Cosa valutiamo: l'autostima

Per apprendere informazioni di rilievo sull'autostima di un paziente, forse la domanda più utile da fare è:

- y cosa ammira delle persone?
- y Quali sono le cose che la fanno sentire soddisfatta di se stessa?
- y Quali sono le cose che la rendono insoddisfatta di se?
- y Nel complesso, è soddisfatto di se e della sua vita, o è deluso e ha molte cose da rimproverarsi?

Una delle ragioni per cui l'autostima delle persone migliora nel corso di una psicoanalisi è che, a differenza dell'idea per cui le autorità dovrebbero riformulare tutto come buono, il paziente ha palesato molti aspetti di se cattivi o carichi di vergogna, e l'analista non ha rifuggito la comprensione di queste parti odiate del se del paziente.

Cosa valutiamo: le difese



Ci si difende

per evitare sentimenti spiacevoli
per mantenere l'autostima

- audio 6: prima conferma ipotesi diagnostica...
“depressione no, no”.

Cosa valutiamo: gli affetti

... può essere interessante in un paziente valutare la propria capacità di “integrazione affettiva”, intesa da molti come una conquista evolutiva: in circostanze ottimali, ogni individuo raggiunge gradualmente il senso di essere una persona sola che ha accesso ad affetti diversi, nessuno dei quali minaccia l'integrità del sé.

Il pz riesce a distinguere gli affetti dalle azioni?

Il paziente può rappresentare la propria esperienza affettiva in parole?

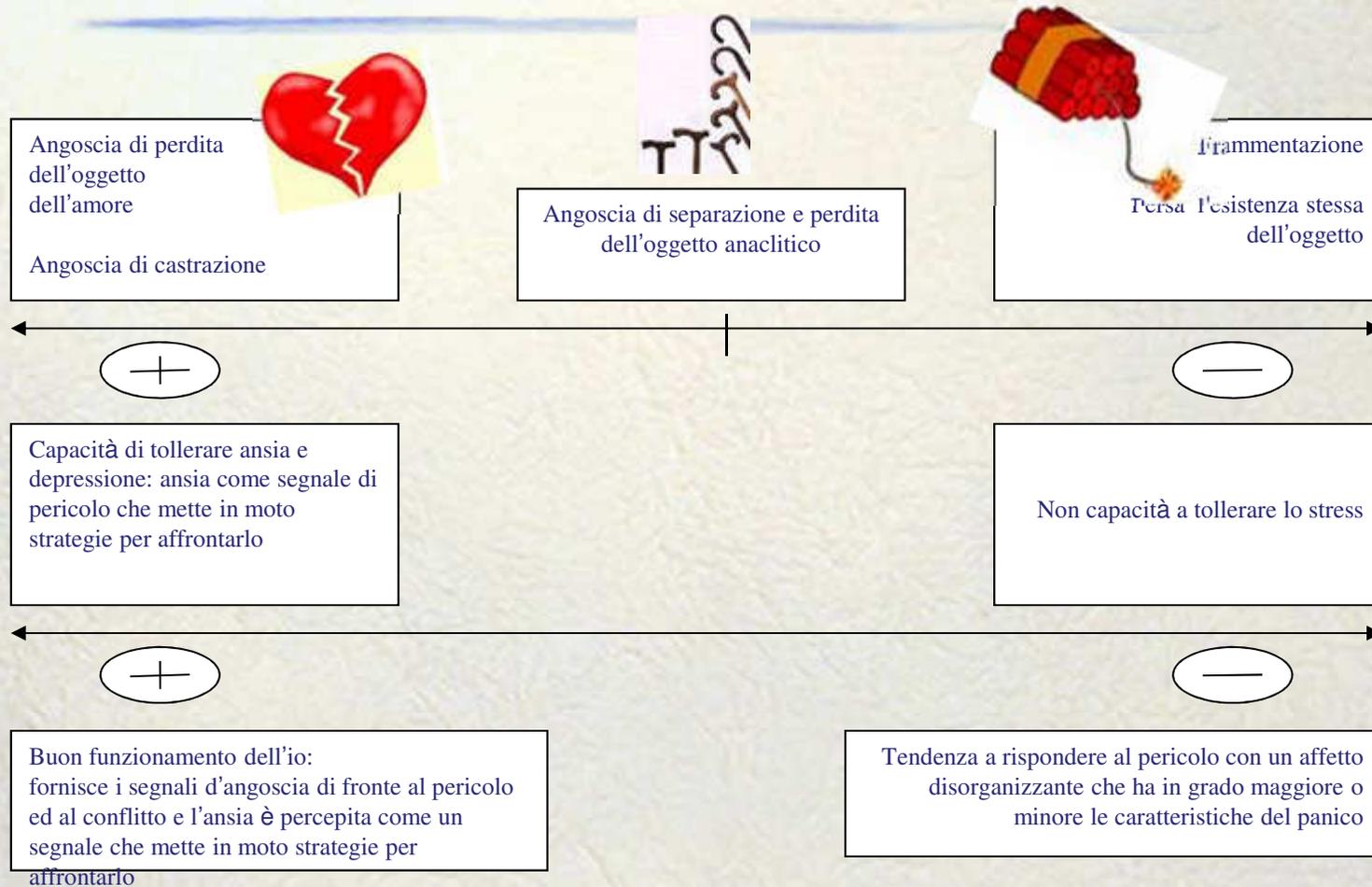
In che modo il paziente usa gli affetti a scopo difensivo?

l'ansia

Dinnanzi all'ansia del paziente non si deve far uso di alcun procedimento, come l'aiuto diretto o il consiglio, che la dissimuli o la reprima. L'ansia può essere utilizzata soltanto se si comprendono i motivi per cui si manifesta e si agisce in base a tale comprensione

Questo è possibile ed è consigliato farlo quando il paziente è in grado di sopportare la mobilitazione dell'ansia, questo rappresenta un capitolo particolarmente complesso: *il timing del colloquio*, il tempo di cui il paziente ha bisogno, strettamente dipendente dal tipo di organizzazione della sua personalità, per affrontare i propri conflitti e risolverli

l'angoscia



Conclusione del colloquio

7/8 minuti prima della conclusione... “cerchiamo di vedere cosa possiamo concludere...”

Cosa risponde il pz? In quel momento può essere giustamente preoccupato... ma il colloquio continua nella testa sia del paziente che del terapeuta anche dopo il saluto e ci si continua a pensare

Il momento del saluto è delicato... nella testa del paziente e del terapeuta si affollano ancora domande, idee, magari sentimenti di colpa o di insufficienza... magari gli pare di averci fornito un'immagine di sé insoddisfacente... se ne parla la volta successiva...

Piccola bibliografia

- M.C.Gislon “il colloquio clinico e la diagnosi differenziale” Bollati Boringhieri
- A.A.Semi “tecnica del colloquio” Raffaello Cortina Editore
- E. Gillièron “il primo colloquio in psicoterapia”
- J. Bleger “psicoigiene e psicologia istituzionale” cap. sul colloquio psicologico