Teoria, tecnica e metodologia clinica del primo colloquio

Elementare, Watson …!

Holmes smiled and said, ‘ Well, it's clear that Mr Wilson was a workman in the past and he also lived in China for some time. Recently, he did a lot of writing.'

Mr Wilson was very surprised: ‘ You are right - in the past I *was* a workman.‘

'Your hands show it, Mr Wilson,' Holmes said. 'Your right hand is bigger than your left. You used your right hand a lot.‘

'But how did you know that I wrote a lot recently?'

'I looked at the sleeves of your shirt. The material of the right sleeve is much thinner. That shows you were writing at a desk.'

'And how did you know that I lived in China?'

'You have a tattoo of a pink fish on your right hand. That tattoo is only done in China.

Mr Wilson laughed loudly and said, 'At first I thought you were extremely clever, but perhaps it wasn't so difficult after all!'

Holmes looked at me and said, 'Sometimes I think that it's better *not* to explain my methods, dear Watson.'

Due ipotesi di lavoro e due modelli di colloquio

Due ipotesi di lavoro e due modelli di colloquio

- **Modello psichiatrico** : il disturbo del paziente nasce da problemi di origine organica , anche se non identificabili con certezza, da superare mediante l'assunzione di farmaci.

- **Modello psicoterapico**: il disturbo del paziente può avere una origine organica o funzionale, In questo secondo caso il superamento avviene mediante cambiamenti nelle modalità mentali di funzionamento del paziente realizzabili con un percorso di psicoterapia.

Due ipotesi di lavoro e due modelli di colloquio

Terapia Psichiatrica	*Psicoterapia*
intervista strutturata e test per arrivare ad una diagnosi codificabile in base alla classificazione in uso	colloquio clinico per arrivare ad una comprensione delle modalità di funzionamento mentale. Talvolta uso di reattivi.
formulazione della diagnosi psichiatrica	formulazione di una diagnosi psicodinamica
prescrizione farmacologica ed eventualmente colloqui di controllo	prescrizione di un percorso psicoterapeutico ed eventualmente uso integrato di farmaci.

Modelli misti

Solomon & Patch. Manuale di Psichiatria 1974.

- Distingue fra tipi di esame psichiatrico: generale, centrato, del profondo e per scopi particolari.
- Molta attenzione è diretta verso il comportamento emotivo del paziente e del medico e sul loro rapporto psicologico.

Il colloquio clinico in psicoterapia

Il colloquio clinico in psicoterapia

Il colloquio clinico in psicoterapia è una risposta ad una richiesta di aiuto. Tende a :

- comprendere le modalità mentali utilizzate dal paziente che possono dare origine al disturbo che lamenta
- aiutarlo a trovare possibili percorsi di cambiamento

Il colloquio clinico in psicoterapia

La tecnica e la finalizzazione del primo colloquio clinico sono, almeno in parte, legati alla

impostazione teorica di riferimento

dello psicoterapeuta ed al

tipo di psicoterapia

che intenderà effettuare (psicoterapia psicoanalitica, sistemica, cognitivo-comportamentale, psicoterapia breve, psicoterapia di gruppo, familiare,ecc.).

Il colloquio clinico in psicoterapia

Approfondiremo il colloquio clinico nelle terapie ad indirizzo psicoanalitico, e quindi esamineremo cosa hanno scritto

- S. Freud
- Carl Rogers
- H. Stack Sullivan
- M. Balint
- J. Bergeret
- E. Gillieron
- O.F. Kernberg

S. Freud

S. Freud

- 1904 Il metodo psicoanalitico di Freud
- 1905 Sulla psicoterapia
- 1913 L'inizio del trattamento
- 1919 Vie della terapia psicoanalitica

1904
S. Freud. Il metodo psicoanalitico

Il metodo psicoanalitico viene presentato come estensione del metodo catartico di Josef Bleuer, eliminando l'ipnosi e sostituendola con una situazione nella quale:

- Il paziente è disteso su un divano,
- Il terapeuta è seduto dietro di lui.
- Il terapeuta non gli chiede di chiudere gli occhi ed evita di toccarlo.
- L'ampliamento della coscienza che si realizza nell'ipnosi viene ottenuto con le libere associazioni.

1904
S. Freud. Il metodo psicoanalitico

- I fattori di resistenza si manifestano nelle amnesie durante il racconto del paziente.

- Da esse si comprende il contenuto nascosto dalle resistenze, che, se portato alla luce, dovrebbe modificare il processo che ha trovato sbocco nella formazione di sintomi.

1904
S. Freud. Il metodo psicoanalitico

- La psicoanalisi ha alcuni limiti. In particolare il paziente
  - Deve essere in condizioni psichicamente normali. Vanno evitati i periodi di confusione o depressione
  - Deve essere intelligente, colto ed avere avuto un “buon sviluppo etico”.
  - L’età deve essere inferiore alla cinquantina, altrimenti i tempi saranno troppo lunghi e l’esito incerto.
- I tempi della cura non sono brevi, da sei mesi a tre anni, ma molto dipende dal paziente.

1905
S. Freud -Sulla psicoterapia

- “Molti sono i modi di praticare la psicoterapia, e tutti quelli che portano alla guarigione sono buoni”.

- È giustificato l’impiego del metodo analitico se altri metodi più convenienti , meno difficoltosi e lunghi, non hanno portato risultati.

1905
S. Freud Sulla psicoterapia

- Il trattamento psicoanalitico in linea generale può essere concepito come una rieducazione a superare le resistenze interne.

- Le psicosi, gli stati confusionali, la depressione profonda non sono adatti alla psicoanalisi

1913
S. Freud L'inizio del trattamento

Dopo il 1904 alcune conferme ed alcune integrazioni:

- Abitudine di accettare un paziente **in via provvisoria** per una o due settimane per vedere se si presta alla psicoanalisi.

- Anche nel **periodo preliminare** valgono le regole della analisi, ma si lascia parlare il paziente e si danno solo le spiegazioni necessarie per proseguire.

1913
S. Freud L'inizio del trattamento

- Si utilizza questo periodo iniziale per fare una diagnosi differenziale fra nevrosi e psicosi.

- Con la psicosi l'esito sarà sfavorevole e "lo psicoanalista non potrà mantenere la promessa di guarigione".

1913
S. Freud L'inizio del trattamento

Orari e durata:

- "Prendo accordi precisi sul **tempo**": uso un'ora determinata della giornata per ogni paziente" (come avviene con l'insegnante di lingue o musica).
- Lavoro con un paziente tutti i giorni, escluso la domenica. Interruzioni anche brevi sono da evitare (la crisi del Lunedì).

1913
S. Freud L'inizio del trattamento

Orari e durata:

- Nei casi leggeri o se la terapia è già a buon punto possono essere sufficienti 3 gg alla settimana. Se il pz trova difficoltà ad aprirsi occorre anche **più** di un'ora al giorno.

- la psicoanalisi richiede tempo. Il paziente deve essere avvertito. Ciò dipende dalla **atemporalità dei processi inconsci**.

1913
S. Freud L'inizio del trattamento

- Conoscenza precedente, amicizia, rapporti di tipo medico hanno conseguenze sfavorevoli per la cura.

- E' bene diffidare di pazienti che chiedono rinvii. Non conta invece molto se un pz è fiducioso o scettico verso l'analisi.

1913
S. Freud L'inizio del trattamento

- Il **denaro**: a che prezzo valuto il mio tempo ? niente filantropia, si guadagna poco, e la gratuità accresce le resistenze del nevrotico.
- I poveri non possono pagare ? Non dispongono di un livello culturale sufficiente ed inoltre le dure esigenze quotidiane li tengono lontani dalle nevrosi. Quando ne sono colpiti scattano dei vantaggi secondari (assistenza) che rendono maggiori le resistenze.

1913
S. Freud L'inizio del trattamento

Come si comincia la cura ?

- la **regola fondamentale** consiste nel richiedere la sincerità del paziente e l'uso delle libere associazioni (come un viaggiatore osserva dal finestrino del treno il paesaggio e lo racconta ad un altro).

- Non cedere alla richiesta di suggerire l'argomento di cui parlare.

1913
S. Freud L'inizio del trattamento

Come si comincia la cura ?

- L'analisi è una questione fra terapeuta e paziente. Va avvertito il paziente che è bene **escludere tutti gli altri**, intimi o invadenti che siano, dal racconto delle sedute.

- In caso di bisogno di cure mediche meglio chiamare un altro medico.

1913
S. Freud L'inizio del trattamento

- Importante **l'osservazione del comportamento** per farsi una idea di un complesso nevrotico.

- I primi sintomi o le prime azioni casuali del paziente possono tradire un complesso che governa la loro nevrosi.

1913
S. Freud L'inizio del trattamento

l'osservazione del comportamento

- "Un giovane e intelligente filosofo dalle squisite sensibilità artistiche si affretterà ad aggiustare la piega dei pantaloni innanzi di distendersi per la sua prima ora: si rivelerà un coprofilo altamente raffinato, ciò che ci si doveva aspettare in base al suo senso per l'estetica

1913
S. Freud L'inizio del trattamento

- **L'interpretazione** (rivelazione del senso riposto delle idee che vengono in mente al paziente) è da farsi solo dopo che si sia stabilito un transfert efficace.
- Se si agisce in modo affrettato, l'interpretazione può essere errata oppure, se è giusta, può provocare un rifiuto e resistenze maggiori, senza effetti terapeutici.

1913
S. Freud L'inizio del trattamento

L'interpretazione

- L'interpretazione non deve essere data finchè il paziente non sia tanto vicino ad essa che con un solo passo in più arriverebbe alla spiegazione da solo.

1913
S. Freud L'inizio del trattamento

- L'abbreviazione della cura **non** si ottiene reperendo **dati da fonti esterne** su eventuali traumi e poi spiegando al paziente come è andata.
- Esempio della esperienza omosessuale di una ragazza rivelata all'analista dalla madre che l'ha sorpresa sul fatto : quando l'analista ne parla con la paziente questa ha un attacco isterico e poi dimentica tutto.
- Il paziente – osserva Freud - in questi casi quasi sempre permane nella sua resistenza.

- La **astinenza.**

Il trattamento analitico va condotto in condizioni di una certa privazione. Anche il transfert sul medico può diventare un piacere sostitutivo e quindi indurre una resistenza a procedere nella terapia.

1919
S. Freud Vie della psicoterapia psicoanalitica

La tecnica non può essere sempre la stessa.

- Le forme diverse di malattia non possono essere curate tutte con la stessa tecnica. *La tecnica si è formata principalmente nel trattamento dell'isteria.*
- Con i fobici gravi si ottiene il successo se si riesce ad **indurli** a comportarsi come i fobici meno gravi ossia ad andare per la strada a combattere l'ansia mentre compiono il tentativo.

1919
S. Freud Vie della psicoterapia psicoanalitica

- Solo dopo essere riusciti a tanto, grazie alle insistenze del medico, nella psiche del paziente compaiono le associazioni ed i ricordi che permettono di risolvere la fobia.

- Nei casi di **comportamento ossessivo** un atteggiamento passivo di attesa è ancor meno consigliabile. Questi casi tendono ad un interminabile prolungamento della cura. C'è sempre il pericolo che l'analisi riveli tante cose senza cambiare nulla.

S. Freud

riassumendo alcuni punti …

- Il **metodo** analitico è soprattutto una terapia
- E' importante la **diagnosi,** da ricavare dalle parole e dal comportamento del paziente
- Il **setting** descritto è in rapporto stretto con il tipo di patologia e può quindi variare.
- L'**interpretazione** è accettata ed operativa se è in atto un transfert efficace

Carl Rogers
Psicoterapia di consultazione 1942

Carl Rogers
Psicoterapia di consultazione 1942

- La relazione terapeutica non deve essere asimmetrica. La visione del paziente come oggetto di indagine è una difesa del terapeuta, che, invece, deve ispirarsi a una considerazione positiva incondizionata ed alla comprensione empatica dell'altro.

- La maggiore conoscenza di sè permette al paziente di avvicinarsi all'insight che può essere aiutato da un prudente uso di tecniche interpretative.

H. Stack Sullivan
Il colloquio psichiatrico. 1954

H. Stack Sullivan
Il colloquio psichiatrico. 1954

Il colloquio

- Scopo: chiarire un modo di vivere che è caratteristico e che arreca molestie al cliente. Il cliente si attende un beneficio
- Il colloquio avviene sulla base di un rapporto esperto-cliente con ruoli ben distinti.
- Lo psichiatra ha il ruolo di esperto ed è osservatore partecipe (confronta gli stati emotivi del cliente con i propri).
- Grande importanza ha la comunicazione vocale, non solo verbale. il tono, il ritmo del discorso, gli aspetti emotivi che il dialogo evidenzia

H. Stack Sullivan
Il colloquio psichiatrico. 1954

- L’intervistato osserva l’intervistatore mentre questo gli fa l’intervista.
- L’ansia dell’intervistato e quella dell’intervistatore.
- Possibile “distorsione paratassica”.
- E’ impossibile esplorare il mondo intimo del cliente con una terza persona presente

H. Stack Sullivan
Il colloquio psichiatrico. 1954

Le quattro fasi nel primo colloquio:

1. ricevimento,
2. riconoscimento,
3. indagine dettagliata,
4. fase finale.

H. Stack Sullivan
Il colloquio psichiatrico. 1954

1. Il ricevimento del cliente:

Accoglienza sobria. Lo saluto per nome e lo invito ad entrare ed a sedere, (conferma della identificazione e dell'appuntamento). Lo guardo attentamente mentre è sulla porta e poi non lo fisso più.

Dico qualcosa che so sull'incontro in modo che il cliente possa cominciare, confermando o correggendomi. e inizio la raccolta delle notizie.

Attenzione alla impressione che l'altro riceve da noi. L'esperienza dello psichiatra consiste nella capacità di non fare nulla di cui non sia inconsapevole

H. Stack Sullivan
Il colloquio psichiatrico. 1954

4 fasi del colloquio come processo

2. il riconoscimento:

Durante l'ascolto effettuo una prima raccolta di dati, annoto le possibili omissioni e punti critici da riprendere successivamente.
Al termine il paziente dovrebbe sentire che "ora il dott comincia a capire perché sono qui".

H. Stack Sullivan
Il colloquio psichiatrico. 1954

4 Fasi del colloquio come processo :

3. ***Indagine dettagliata.***

   Informazioni sulla configurazione familiare, i ruoli ecc. In questa fase, oltre alle notizie più o meno obiettive, l'intervistatore comincia a comprendere i legami affettivi che emergono nei toni della narrazione.

   Di fronte ad un blocco è possibile utilizzare anche libere associazioni.

H. Stack Sullivan
Il colloquio psichiatrico. 1954

4 fasi del colloquio come processo

4. Fase finale e consolidamento.

Riassunto sintetico da parte dell'intervistatore alla fine del quale viene delineata al paziente quella che si ritiene sia la sua più importante difficoltà sul piano psichiatrico.

Segue la prefigurazione di un percorso costruttivo per il paziente ed il commiato finale.

Importante non ripetersi e non subire allungamenti della seduta.

M. Balint P.H. Ornstein E. Balint
Psicoterapia focale 1972

M. Balint P.H. Ornstein E. Balint
Psicoterapia focale 1972

Nella psicoterapia breve (10-20 sedute) i compiti del terapeuta sono

- Individuare il punto focale giusto fra tutto quello che il paziente produce.
- Affrontare il problema focale con un lavoro puramente interpretativo. Trascurare il resto.

Le prime due sedute hanno una funzione diagnostica ed al termine il terapeuta propone un'interpretazione iniziale

M. Balint P.H. Ornstein E. Balint
Psicoterapia focale 1972

Viene consigliato un modulo-traccia per il primo colloquio che annota:

- Il tipo di invio del paziente
- L'aspetto ed il comportamento del paziente. La motivazione.
- Sintomi. Dati anamnestici
- Concezione di sé e del mondo esterno
- Come agisce il disturbo nella vita del paziente

M. Balint P.H. Ornstein E. Balint Psicoterapia focale 1972

Inoltre sono considerati il comportamento del medico con il paziente e del paziente con il medico ed aspetti salienti del colloquio

Al termine il terapeuta dà una interpretazione al disturbo e chiarisce gli aspetti favorevoli e /o sfavorevoli ad una terapia focale

J. Bergeret
Psicologia patologica **1979**

J. Bergeret
Psicologia patologica 1979

"Nel colloquio non siamo interessati soltanto dal sintomo in sé e neppure dalle espressioni somatiche."

"Lo psicologo deve conoscere "l'insieme del discorso" e guardarsi dall'interpretare immediatamente le modalità del paziente. Conviene non immaginare niente in anticipo.

J. Bergeret
Psicologia patologica 1979

due parti del colloquio:

prima parte: non è un interrogatorio ma un ascolto. Il pz deve poter disporre della libertà di manifestare

- il suo modo di espressione relazionale (fusionale, anaclitica, triangolare)
- il suo tipo di angoscia (frammentazione, perdita di oggetto, castrazione)
- le sue principali difese abituali (psicotiche, borderline o nevrotiche)

Del sintomo è meglio non parlare a meno che il pz non voglia approfondirlo. Analisi del controtransfert.

J. Bergeret
Psicologia patologica 1979

seconda parte:

- raccolta dati anamnestici effettivi (precedenti, genitori,figli, stadi di crescita, sogni, rapporti sociali ecc). E' importante soffermarsi dove sono le lacune della parte precedente, senza comunque dare la sensazione di un interrogatorio.

- E' consigliabile prendere il minimo di appunti durante la presenza del pz ed il massimo dopo la fine del colloquio

E. Gilliéron
Il primo colloquio in psicoterapia 1994

E. Gilliéron Il primo colloquio in psicoterapia 1994

La teoria dell'appoggio oggettuale e dello sviluppo della relazione oggettuale sono importanti riferimenti per lo svolgimento, l'interpretazione e le finalità del primo colloquio clinico.

E. Gilliéron Il primo colloquio in psicoterapia 1994

Teoria dell'appoggio oggettuale

- **L'appoggio oggettuale** descrive come il soggetto utilizza l'oggetto per mantenere il proprio equilibrio interno, ovvero come regola le relazioni affettive in funzione della propria economia personale, carattere, struttura di personalità o patologia.

- Lo squilibrio può nascere da un problema fisico-biologico oppure relazionale oppure intrapsichico.

E. Gilliéron Il primo colloquio in psicoterapia 1994

Teoria dell'appoggio oggettuale

L'appoggio oggettuale ha una funzione **pulsionale** (utilizzo dell'altro per soddisfare le proprie pulsioni) ed una **difensiva** (utilizzo dell'altro per difendersi da pulsioni ansiogene o attacchi narcisistici)

Se l'ambiente cambia il paziente può avere difficoltà. Occorre aiutare il paziente nell'integrare psichicamente la nuova situazione di appoggio oggettuale.

E. Gilliéron Il primo colloquio in psicoterapia 1994

La relazione oggettuale

La costruzione dell'oggetto intrapsichico risulta dal doppio influsso dell'oggetto e del soggetto.

Ciò che viene interiorizzato è "il soggetto in relazione con l'oggetto".

Dopo la nascita il bambino si trova in situazioni nelle quali il rapporto con la madre dalla quale dipende non è più automatico come durante la gestazione.

E. Gilliéron Il primo colloquio in psicoterapia 1994

La relazione oggettuale

- situazioni critiche costringono il bambino a inventare un rimedio momentaneo, nel quale anima un oggetto transizionale che provvisoriamente sostituisce la madre assente (**fantasmatizzazione primaria).**

- Accettando di essere coinvolta e divenendo competitiva con l'oggetto primario la madre permette l'incontro fra l'oggetto primario e quello reale da cui si origina nel bambino il processo di formazione dell'Io, dell'Altro e della relazione (**fantasmatizzazione secondaria).**

E. Gilliéron Il primo colloquio in psicoterapia 1994

La psicopatologia si manifesta allorché avviene un

- *Cedimento o perturbazione nella elaborazione dei fantasmi primari (psicosi , borderline o organizzazioni perverse e antisociali)*
- Cedimento nella elaborazione dei fantasmi secondari (isteria, fobia e nevrosi ossessiva)

E. Gilliéron Il primo colloquio in psicoterapia 1994

Nel primo colloquio. Processi nel paziente e nel terapeuta

il paziente:

- cambia contesto (da “sano” a malato)
- Nella comunicazione iniziale inserisce normalmente le informazioni che ritiene più importanti (importanza dei primi **10 minuti**).
- Nelle associazioni segue un suo filo rigoroso (**focalizzazione**) che lo psicoterapeuta può intuire ed utilizzare nella costruzione della ipotesi interpretativa iniziale.

E. Gilliéron Il primo colloquio in psicoterapia 1994

- Si aspetta che il terapeuta **risolva i problemi** e che la terapia gli permetta di tornare allo **stato pre-crisi** ovvero *richiede un appoggio oggettuale in funzione dei suoi fantasmi inconsci.*

E. Gilliéron Il primo colloquio in psicoterapia 1994

Il terapeuta deve essere in grado di svolgere ***una funzione trasformativa:***

- gratificando la parte narcisistica del paziente *(bisogno **conservativo**)*
- ponendosi come oggetto reale di investimento per indurre una simbolizzazione ulteriore (risorse ***evolutive*** *)*
- scegliendo ***il setting più adatto*** alla domanda del paziente ed alla gravità del disturbo-(dal ricovero, ai farmaci, alla psicoterapia breve, di gruppo ecc.).

E. Gilliéron Il primo colloquio in psicoterapia 1994

Il Setting

- La relazione è vis a vis ed è Importante lo sguardo nella comunicazione non verbale.
- L'astinenza deve essere ben dosata. Il silenzio del terapeuta **non sempre è adeguato.** Può anche confermare nel paziente un oggetto interno indifferente.
- Vengono utilizzate domande aperte.

E. Gilliéron Il primo colloquio in psicoterapia 1994

L'analisi del <u>contenuto latente della richiesta</u> e la costruzione della diagnosi vengono effettuate tenendo conto

- della osservazione attenta della comunicazione verbale e non verbale.
- Dell'esame del controtransfert allorché Il paziente cerca di influire sullo psicoterapeuta ***ripetendo*** il tipo di appoggio oggettuale che è abituato ad utilizzare e la cui crisi è all'origine della richiesta di aiuto.
- Della percezione del livello di disturbo nei processi di fantasmatizzazione primaria o secondaria.

E. Gilliéron Il primo colloquio in psicoterapia 1994

Tenendo conto

della struttura di personalità, della diagnosi e della crisi attuale del paziente lo psicoterapeuta propone una ***"interpretazione iniziale".***

E. Gilliéron Il primo colloquio in psicoterapia 1994

L'interpretazione iniziale :

- Evidenzia il contesto relazionale della crisi
- Definisce la crisi ed il cambiamento che potrebbe avvenire
- Mostra il conflitto interno che il cambiamento propone
- Dà senso ai sintomi

E. Gilliéron 1994 Il primo colloquio in psicoterapia

Il primo colloquio si presenta dunque come una prima tappa del processo di terapia, che

- permette di effettuare una diagnosi
- inquadrare la crisi attuale del paziente
- e di proporre un percorso terapeutico adeguato (psicoterapia breve, terapia di gruppo, terapie analitiche più prolungate ecc.).

Otto F. Kernberg

Psicoterapia delle personalità borderline 1999 (in coll. con J.F.Clarkin e F.E.Yeomans)

Otto F. Kernberg

Psicoterapia delle personalità borderline 1999 (in coll. con J.F.Clarkin e F.E.Yeomans)

Nel trattamento del borderline Kernberg propone un tipo di psicoterapia che chiama "**Psicoterapia focalizzata sul transfert**" (TFP):

- La TFP si propone di aiutare i pazienti a sviluppare immagini di se stessi e degli altri che siano multidimensionali, coesive ed integrate.
- Il terapeuta mostra al paziente, tramite confronto e interpretazioni, le immagini parziali di sè e dell'oggetto che sono attive e le difese primitive che mantengono la frammentazione.

Otto F. Kernberg

Psicoterapia delle personalità borderline 1999 (in coll. con J.F.Clarkin e F.E.Yeomans)

Nel primo colloquio il paziente viene sottoposto ad una valutazione clinica che si compone

1. della raccolta dei dati anamnestici (tradizionale)
2. della intervista strutturale

Otto F. Kernberg

Psicoterapia delle personalità borderline 1999 (in coll. con J.F.Clarkin e F.E.Yeomans)

L'intervista strutturale si focalizza

- Sulla storia della sintomatologia presente e passata
- Sulla concezione di sé
- Sulla qualità della interazione nel qui ed ora fra paziente e intervistatore.

Nell'incontro il terapeuta è attivo. Utilizza "con molto tatto" la confrontazione e interpreta le difese, il conflitto di identità, l'esame di realtà.

Otto F. Kernberg

Psicoterapia delle personalità borderline 1999 (in coll. con J.F.Clarkin e F.E.Yeomans)

Gli interventi del terapeuta puntano a creare nel paziente una

sufficiente tensione

tale da far emergere la sua predominante organizzazione strutturale o difensiva .

La diagnosi strutturale dipende sopratutto da come il paziente tratta la chiarificazione, il confronto e l'interpretazione nell'intervista strutturale.

Otto F. Kernberg

Psicoterapia delle personalità borderline 1999 (in coll. con J.F.Clarkin e F.E.Yeomans)

Il contratto terapeutico stabilisce la cornice del trattamento e definisce le responsabilità del terapeuta e del paziente, in particolare il rispetto della frequenza, dell'onorario, dell'orario, il metodo della terapia.

Il terapeuta comunque sa che nel trattamento di persone borderline il rispetto del contratto rappresenta una parte **importante e difficile** della psicoterapia.

Otto F. Kernberg

Psicoterapia delle personalità borderline 1999 (in coll. con J.F.Clarkin e F.E.Yeomans)

Nella TFP vengono utilizzate quattro strategie

- 1 . il terapeuta ascolta il pz, osserva il modo di relazionarsi a lui, identifica e interpreta gradualmente le relazioni oggettuali che il pz sta esponendo o provando nel qui ed ora.

- 2. osserva e interpreta i capovolgimenti di ruolo del pz (es: attacchi al terapeuta)

Otto F. Kernberg

Psicoterapia delle personalità borderline 1999 (in coll. con J.F.Clarkin e F.E.Yeomans)

- 3. osserva e interpreta i legami tra le diadi della relazioni oggettuali (es: il terapeuta-carceriere e paziente bambina arrabbiata o il terapeuta-madre buona e paziente bambina soddisfatta e amata)

- 4 . Integra le parti scisse degli oggetti. E' un processo ripetitivo: il terapeuta può mettere insieme due opposte coppie di rappresentazione del sè e dell'oggetto, tutto buono e tutto cattivo, aiutando il pz a comprendere le ragioni della scissione e ad integrare.

Accenni su Controtransfert e interpretazione

Controtransfert e interpretazione

- ***Controtransfert dell'Analista*** **:** percezione dei contenuti proiettivi di transfert provenienti dal paziente ed emersione di una risposta emotiva nel terapeuta che potrà dare luogo ad una specifica modalità relazionale d'oggetto verso il paziente.

- ***Analisi del Controtransfert***: rielaborazione consapevole sulla risposta emotiva controtransferale emersa nel terapeuta e sull'analisi dei contenuti trasferali ricevuti dal paziente.

Controtransfert e interpretazione

Il Controtransfert è una costruzione spontanea interna dell'analista che si compone

1. dell'informazione proiettiva che arriva dal paziente

2. e di una componente basata sulla struttura di personalità dell'analista.

Controtransfert e interpretazione

- Dunque la percezione controtransferale è uno strumento che non può essere usato in modo immediato ma deve invece essere sottoposto ad elaborazione consapevole, anche attraverso un filtro tecnico.

- Il rischio è una distorsione proiettiva da parte dell'analista sul paziente.

Controtransfert e interpretazione

Infatti …

Particolari pazienti o patologie possono muovere parti dell'analista che possono tendere a difendersi oppure a destabilizzarsi alterando la elaborazione del controtransfert e influendo quindi

1. sulla diagnosi,
2. sulle eventuali interpretazioni
3. e sulle successive linee di cura.

Controtransfert e interpretazione

Al termine di questo processo elaborativo l'analista può ragionevolmente restituire al paziente, con gli opportuni filtri quantitativi e qualitativi, quello che viene compreso tramite il transfert e l'analisi del controtransfert offrendo una ***interpretazione*** che aiuti il paziente a rendere più consapevoli gli impulsi e le resistenze.

L’interpretazione si propone **un significato trasformativo**, e quindi è utile per segnalare con gradualità ed al momento opportuno al paziente

- che si sta difendendo,
- come si difende,
- da cosa si difende.

L’interpretazione corretta ha di solito un effetto trasformativo se esiste un legame di transfert.

Controtransfert e interpretazione

Il Controtransfert può essere per

- identificazione concordante (io dell'analista -> io del paziente. In questo caso nell'analista avvengono processi di introiezione, proiezione e risonanza con il paziente -> studio approfondito del paziente)

- Identificazione complementare (l'A si identifica con gli oggetti del paziente, e vive su di se un effettivo transfert)

Controtransfert e interpretazione

- **T+ → CT+ T- → CT-**

- Il CT negativo non va represso ma interpretato. Se l'analista si rende conto del processo in corso può cambiarlo, altrimenti, se lo agisce in modo inconsapevole, lo rinforza.

- La percezione di un CT non compreso o non controllabile può dare luogo **a vari disturbi** nell'analista, ad esempio ad ansia depressiva da CT (= faccio ammalare il paziente) e/o successive posizioni paranoidee (ansia da aggressione da parte del paziente o dell'ambiente medico).

Controtransfert e interpretazione

Le modalità difensive del paziente percepite a livello controtrasferale contribuiscono, come si è detto, in modo importante alla **formazione della diagnosi.**

Poiché sono “difese” ovvero tentativi (anche se talvolta inadeguati e primitivi) che il paziente mette in opera per limitare il dolore psichico è consigliabile essere prudenti nell’interpretarle con una conoscenza solo parziale ed una relazione di cura non stabilizzata.

Controtransfert e interpretazione delle difese

Se prematura, **l'interpretazione delle difese**, anche se corretta, viene spesso respinta ed attiva una barriera oppositiva talvolta difficile da superare in seguito. Può essere recepita come inutilmente destabilizzante.

Es. le difese ossessive possono essere utili per contenere una regressione psicotica o depressiva e possono essere rispettate finché non ve ne siano pronte di migliori.

IN SINTESI ….

IN SINTESI ….

Nella conduzione del primo colloquio clinico in ambito psicoterapico vi sono aspetti comuni e differenziazioni importanti

Determinanti sono

- I riferimenti teorici e tecnici dell'operatore
- La patologia del paziente
- Il setting utilizzato nella terapia per la quale avviene il colloquio

IN SINTESI ….

In comune fra i vari metodi:

- Raccolta anamnesi
- Osservazione della comunicazione verbale e non verbale
- Analisi del transfert e del controtransfert
- Formulazione di una ipotesi diagnostica
- Individuazione di un percorso terapeutico e definizione di un contratto.

IN SINTESI ….

la diversificazione si manifesta

In alcuni aspetti del setting (es. collocazione fisica e ruolo del terapeuta e del paziente)

- nei tempi di osservazione
- nell'uso o meno della interpretazione e, se utilizzata, nel suo contenuto (la situazione interpsichica-relazionale, intrapsichica o le difese ecc.)
- nella maggiore o minore direttività dell'intervistatore.

14.30 -18.30

Il colloquio nella pratica clinica.

Esercitazione e lavoro di gruppo.

… nel primo colloquio

1. ***Il non verbale***
2. ***la narrazione del paziente e l'anamnesi***
3. ***le difese prevalenti***
4. ***ipotesi sul transfert***
5. ***ipotesi sul contro-transfert***
6. ***ipotesi diagnostica***
7. ***ipotesi sul percorso di terapia***