

100 domande

Collana diretta da Daniele Berto

Il colloquio clinico

Roberto Anchisi e Mia Gambotto Dessy

Con un contributo di Marianna Vaccaro

100 domande





Il colloquio clinico

Roberto Anchisi e Mia Gambotto Dessy

ISBN: 978-88-98542-27-7

Come utilizzare questo libro

Nelle pagine che seguono troverete le seguenti icone:

	glossario	rinvia a un termine o a un contenuto spiegato nel glossario alla fine del volume; la parola o l'espressione cui la voce si riferisce è ombreggiata nel testo, o riportata sotto l'icona
	freccia	suggerisce di leggere la risposta alla domanda con quel numero per avere una visione più completa dell'argomento
	YouTube	suggerisce la visione di un video su YouTube
	video	suggerisce la visione del video indicato

© 2017, 2020, Hogrefe Editore, Firenze
Viale Antonio Gramsci 42, 50132 Firenze
www.hogrefe.it

Illustrazioni: Erica Anchisi
Coordinamento editoriale: Jacopo Tarantino
Redazione: Alessandra Galeotti
Impaginazione: Stefania Laudisa
Copertina: Stefania Laudisa

Tutti i diritti sono riservati. È vietata la riproduzione dell'opera o di parti di essa con qualsiasi mezzo, compresa stampa, copia fotostatica, microfilm e memorizzazione elettronica, se non espressamente autorizzata dall'Editore.

Presentazione

La collana 100 domande si apre con uno degli argomenti più delicati e difficili per coloro che si occupano di *ψύχη* e di *κλίνη*: il colloquio clinico.

Se la “Psicologia clinica costituisce uno dei più diffusi ambiti di ricerca e intervento professionale della psicologia il cui dominio di applicazione concerne i problemi di adattamento, i disturbi di comportamento, gli stati e condizioni di malessere e sofferenza allo scopo di valutarli e prendersene cura con mezzi psicologici per facilitare e sostenere il benessere e lo sviluppo cognitivo, emotivo e relazionale delle persone”¹, il colloquio clinico rappresenta lo strumento più importante e diffuso utilizzato a tali scopi.

Tuttavia non esiste una concezione unica ed armoniosa di questo strumento. E ciò dipende sia dal contesto o area specifica di utilizzo sia dal contesto epistemologico cui il professionista fa riferimento.

Il colloquio clinico, inteso come tecnica di osservazione e di studio del comportamento umano, ha come scopi principali ottenere dati, motivare ed informare.

Come noto, non è l'unica modalità che permette di raccogliere informazioni sulla persona e sul suo “funzionamento psichico” in quanto si affianca all'osservazione del comportamento, alla raccolta dei dati biopsicosociali, alla testistica. Tuttavia rappresenta lo strumento forse più efficace ma anche più difficile, tale da necessitare di una specifica conoscenza e training.

Nel considerare il colloquio clinico nella sua definizione più semplice e complessa nello stesso tempo, cioè come una *conversazione con uno scopo*, si comprende come siano necessarie competenza, conoscenza, esperienza e sensibilità.

Roberto Anchisi e Mía Gambotto Dessy affrontano il tema del colloquio clinico e rispondono in modo chiaro, pratico e sintetico a domande essenziali sull'argomento secondo un approccio cognitivo-comportamentale, rendendo affascinante e suggestivo l'incontro con l'interlocutore.

Un incontro non sempre facile ma, soprattutto, che non deve essere basato sull'improvvisazione.

Il libro è frutto non solo dello studio della tecnica del colloquio che gli Autori hanno intrapreso molti anni fa, ma anche della straordinaria e lunga esperienza didattica universitaria che ha permesso di focalizzare ed individuare le domande che più frequentemente gli studenti, gli specializzandi e anche i loro colleghi hanno posto loro nel tempo.

Daniele Berto

¹ Documento del Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi, consultato il 14/11/2017 in www.psy.it/allegati/aree-pratica-professionale/psicologo_clinico.pdf.

Gli autori

Roberto Anchisi

Docente di Psicologia clinica presso la Facoltà di Medicina, Dipartimento di Neuroscienze, Università degli Studi di Parma. È stato il primo Presidente dell'Associazione Italiana di Analisi e Modificazione del Comportamento (AIAMC), e attualmente è direttore scientifico di ASCCO – Accademia di Scienze Comportamentali e Cognitive di Parma.

Mia Gambotto Dessy

Impegnata a lungo come manager aziendale, è docente di Comunicazione assertiva e responsabile dell'Istituto di Scienza del Comportamento di Torino. Con Roberto Anchisi è autrice di numerosi volumi sul colloquio psicologico: gli ultimi, pubblicati per i tipi di Franco Angeli, sono il *Manuale per il colloquio psicologico* (2009) e il *Manuale di assertività* (2013).

Marianna Vaccaro

Psicologa e psicoterapeuta cognitivo-comportamentale, tecnico comportamentale ABA, frequenta il dottorato di ricerca in Economia, marketing e creatività – Behavioral Economics and Nudge, presso l'Università IULM di Milano.

INDICE

Prefazione	1
------------------	---

INTRODUZIONE

Colloquio psicologico e colloquio clinico

1. Che cosa s'intende per colloquio clinico? (il colloquio psicologico secondo i gesuiti) ..	3
2. Come può il colloquio clinico aiutare le persone in difficoltà?	4
3. Come aiutare chi fraintende la natura dei suoi problemi?	5

PARTE I

Fasi del colloquio clinico

4. Quali sono le fasi del colloquio clinico?	7
--	---

AVVIARE LA RELAZIONE TERAPEUTICA

5. Come avviare la relazione terapeutica?	7
6. Cosa dire per chiudere la prima telefonata che prelude al colloquio?	8
7. Con quali parole si accoglie il cliente al primo incontro?	9
8. Cosa rispondere al cliente che chiede da dove iniziare?	10
9. Cosa pensare mentre il cliente parla del suo problema?	10

MANTENERE LA RELAZIONE TERAPEUTICA

10. Quali sono le doti e le abilità che un terapeuta deve avere?	11
11. Il cliente è un problema o ha un problema?	13
12. Cos'è e come si sviluppa l'empatia?	14
13. Ricorrendo all'autoapertura, che cosa dire a un cliente avvilito che ritiene di essersi comportato in modo inadeguato?	16
14. Cosa rappresentano le libere informazioni che ci fornisce il cliente?	17
15. Essere assertivi aiuta a risolvere i problemi?	19
16. Come rispondere alle critiche di un cliente?	20
17. Quali sono le parole da non dire, secondo Rogers?	21
18. Gli errori da evitare: quali sono?	23

RACCOLGERE INFORMAZIONI E FORMULARE IPOTESI

19. Quali sono le informazioni da raccogliere lungo il corso della terapia?	23
20. Come risolvere la paura dei ladri con il metodo sperimentale?	23
21. Come avviene l'analisi funzionale delle cause del disturbo lamentato dal cliente? ..	27
22. Perché è necessaria un'ipotesi iniziale per evitare che il colloquio si disperda in mille rivoli?	28
23. Che rilevanza ha il principio di parsimonia nella raccolta di informazioni?	28
24. Cosa dire al cliente perché non si perda nel raccontare troppi dettagli?	29

MOTIVARE AL CAMBIAMENTO

25. Come aiutare la signora Teresina che dichiara di avere la “morte nel cuore”, da quando è stata operata di tumore: psicoeducazione o analisi funzionale condivisa?	30
26. Resistenze e ostacoli al cambiamento: qual è il ruolo del linguaggio?	33
27. Come può il colloquio orientare nel dedalo dei pensieri e motivare alla scelta di una via diversa da quella “vecchia”, quando l’abitudine porta ad imboccarla automaticamente?	34
28. Come usare lo strumento delle “cornici relazionali” per modificare regole inflessibili e disfunzionali?	35
29. Giudicare o comprendere le azioni umane?	37
30. Cosa motiva le azioni umane?	37
31. Qual è la differenza tra bisogni e valori?	38
32. Come aiutare Annalisa giudicata anormale e incapace dai familiari?	39
33. Agire sui pensieri anticipatori può aiutare Federica a superare la paura del panico?	40
34. Come intervenire con il “controllo dello stimolo” in un caso complesso di rifiuto scolastico?	43

PIANIFICARE LE PROCEDURE DI TRATTAMENTO

35. Quali sono gli stadi del cambiamento da considerare nel colloquio clinico?	48
36. In base a quali principi il contestualismo funzionale organizza il colloquio clinico? ...	49
37. Come può il terapeuta modellare con la FAP il comportamento di un marito per migliorare il rapporto coniugale?	50
38. Come aiutare una moglie rifiutata dal marito?	53
39. Può il terapeuta con una semplice frase avviare il cliente all’autonomia?	56

ORIENTARE LE PROCEDURE DI TRATTAMENTO

40. Come aiutare i soccorritori a gestire lo stress emotivo, in seguito a un attentato o a una calamità naturale?	56
41. Come aiutare una persona sconvolta dalla rievocazione di un evento traumatico, seguendo il modello del debriefing?	58
42. Come aiutare le persone colpite da lutto o da abbandono?	61
43. Come si affrontano persone irritate, aggressive, “difficili”?	64
44. Come aiutare un genitore a comprendere le ragioni di conflitto col figlio?	66
45. Come si modifica il comportamento del cliente quando è governato da regole inflessibili?	68
46. Come aiutare una persona depressa e sfiduciata, intervenendo sulle sue regole disfunzionali?	69
47. Una studentessa sente delle voci che le impediscono di dormire e la tormentano tutto il giorno: come aiutarla?	71
48. Come smontare con la “deletteralizzazione” il disturbo ossessivo-compulsivo di Corinna?	73

49. Come far uscire Fabio dal circolo vizioso dei buoni propositi, inducendolo ad agire?	78
50. È possibile aiutare Maria a non pensare a ciò che vuole evitare di pensare?	82
51. Come evitare di rinforzare clienti con disturbo ossessivo, quando chiedono rassicurazione?	84

PARTE II

Principi del colloquio clinico nella terapia dei disturbi psicologici

52. DISTURBI D'ANSIA: che cosa li caratterizza e come tenerne conto nel condurre il colloquio?	88
53. Un cliente rifiuta di esporsi alle situazioni ansiogene: come strutturare il colloquio?	89
54. Perché e come usare la meditazione nei disturbi d'ansia?	91
55. Come giustificare l'aumento di pensieri durante la meditazione?	91
56. Come procedere nei casi di panico?	92
57. DISTURBO DA STRESS POST-TRAUMATICO: come condurre il colloquio con persone vittime di flash-back?	93
58. DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO: come aiutare Mariella ossessionata dalle malattie?	95
59. DISTURBI DI PERSONALITÀ: su cosa deve focalizzarsi il colloquio?	99
60. Giuseppe si sente incompreso nel rapporto di coppia: può imparare a comprendere i sentimenti di sua moglie?	100
61. Come aiutare Manlio considerato a lungo un fallito dal padre?	102
62. Perché Carlo chiede continue rassicurazioni?	105
63. Nel caso di Carlo è utile la matrice di Polk?	107
64. DISTURBO NARCISISTICO DI PERSONALITÀ: come può il terapeuta entrare nella roccaforte di chi presenta questo disturbo?	112
65. DISTURBO BORDERLINE DI PERSONALITÀ: come far superare la tentazione dell'autolesionismo?	113
66. DISTURBO DIPENDENTE DI PERSONALITÀ: come condurre il colloquio?	115
67. DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE: può il colloquio motivare chi soffre di anoressia o di binge eating a cambiare le proprie abitudini alimentari?	116
68. DISTURBI DEL NEUROSviluppo: problemi neurologici o di contesto?	121
69. Può la pratica meditativa agire su tic (ad es., l'onico-fagia) e balbuzie?	124
70. DISTURBI DELL'ATTENZIONE E IPERATTIVITÀ: come può l'insegnante motivare un allievo a prestare attenzione?	126

PARTE III

Il colloquio clinico nell'infanzia e nell'adolescenza di Marianna Vaccaro

71. Come prepararsi a capire i problemi esistenziali degli adolescenti?	129
72. Come spiegare a un bambino le diverse funzioni del pensiero?	132
73. Come motivare i giovani a un uso funzionale del linguaggio e della cognizione?	134

74. È utile che il terapeuta parli delle proprie esperienze facendo autoapertura?	139
75. Come utilizzare lo smartphone in modo funzionale al colloquio?	141
76. Come coinvolgere i genitori nella terapia?	143
77. Come motivare i genitori al dialogo con i loro bambini?	147
78. Come introdurre i genitori ad un uso appropriato della lode?	149
79. Come coinvolgere i genitori nell'uso della token economy?	151
80. Come dialogare con gli adolescenti?	154

PARTE IV

Metanalisi del colloquio clinico

81. Modello medico o modello psicologico?	160
---	-----

MODELLO MEDICO

82. Cosa caratterizza il modello medico?	161
83. In psicologia clinica come viene utilizzato il modello medico e cosa comporta?	161
84. Il colloquio psicoanalitico rientra nel modello medico?	162
85. Come si svolge il colloquio nelle terapie psicodinamiche brevi?	163
86. La terapia cognitiva segue il modello medico?	164
87. Come la terapia cognitiva considera topografia e funzione?	165
88. Il colloquio secondo le "Quattro P" rientra nel modello medico?	166
89. La psicologia aristotelica anticipa il modello medico?	167
90. Come il modello aristotelico ha influenzato la "psicologia del senso comune"?	167
91. Il modello medico in psicologia può rendere rigido e fuorviante il colloquio clinico?	168

MODELLO PSICOLOGICO

92. Cosa caratterizza il modello psicologico?	169
93. L'oggetto del colloquio clinico sono le interazioni tra organismo e ambiente?	170
94. Qual è il contributo della fenomenologia al colloquio clinico?	171
95. Che cosa caratterizza il colloquio rogersiano?	172
96. Qual è la funzione del colloquio clinico nell'approccio sistemico-familiare?	173
97. Quali sono le caratteristiche del colloquio nella prospettiva del contestualismo funzionale?	175
98. Come si articola il momento terapeutico attraverso il colloquio contestualista funzionale?	177
99. Esistono principi di base comuni ai diversi modelli del colloquio clinico?	179
100. Quali sono i testi più utili per approfondire i temi del colloquio clinico?	182

Bibliografia	185
--------------------	-----

Glossario	191
-----------------	-----

Prefazione

Le 100 domande affrontano il tema del colloquio clinico, considerato come mezzo per aiutare chi non riesce ad aiutarsi da sé.

Per utilizzare in modo esperto il colloquio clinico, tutte le domande e le risposte fanno riferimento a una comprensione organica, unificata, del modo di affrontare le richieste ambientali da parte del cliente. Comprensione organica che si ricava dall'attenta osservazione e dall'attento uso del linguaggio. L'obiettivo è che terapeuta e cliente vedano le cose in modo più ampio, spazialmente e temporalmente, superando il limite di un orizzonte ristretto, verbalmente costruito.

La preconditione perché il terapeuta sviluppi e insegni tale capacità è l'empatia.

I disturbi psicologici derivano da comportamenti che non rispondono alle esigenze ambientali di adattamento e penalizzano il soggetto rendendolo disadattato, con tutta una serie di conseguenze più o meno negative: ansia, depressione, aggressività, passività e così via. Si tratta di comportamenti disadattivi abituali, frutto di apprendimenti sostenuti da regole e da formule verbali che rendono il soggetto insensibile ai cambiamenti richiesti per forme di adattamento più efficaci.

Per questo, è necessario l'intervento di un soggetto esterno e il colloquio clinico è un *mezzo*, che si pone *tra* due persone, una che si rivolge all'altra per comprendere la natura delle proprie difficoltà ed essere aiutata a superarle.

Il terapeuta ha il compito di rendere flessibili i processi di apprendimento, perché il cliente possa uscire dagli schemi comportamentali e cognitivi che lo intrappolano. La forma di colloquio che meglio risponde a tale compito è quella che si basa sui principi del *contestualismo funzionale*. La sua efficacia non solo è *evidence based*, ma è sostenuta da una teoria che presenta una coerenza interna in grado di spiegare il comportamento umano in modo convincente sul piano logico ed epistemologico.

Per questo le cento domande si articolano intorno ai temi del metodo sperimentale e del contestualismo funzionale, per sua natura darwiniano, nel senso che ogni organismo vivente, nel corso dell'evoluzione della specie, ha prodotto forme di

adattamento funzionali al contesto ambientale. Nella prospettiva del darwinismo evoluzionistico viene presentata la Relational Frame Theory (RFT), teoria del linguaggio che rappresenta oggi la base per utilizzare il colloquio clinico come strumento di cambiamento, con una efficacia e una consapevolezza mai raggiunte prima.

La sequenza delle cento domande è suddivisa in quattro parti.

Nelle prime tre è privilegiato l'aspetto pratico del colloquio clinico, utile nell'immediato per avere spunti su come procedere nelle diverse fasi del trattamento e di fronte a particolari esigenze:

- la parte I riguarda le varie fasi del colloquio clinico e le procedure che contribuiscono a risolvere problemi e difficoltà specifiche;
- la parte II riguarda il trattamento dei principali disturbi descritti dal DSM-5;
- la parte III, curata da Marianna Vaccaro, riguarda le peculiarità del colloquio clinico nell'infanzia e nell'adolescenza, rispondendo a domande su come trattare i comportamenti oppositivi, i propositi autolesionistici adolescenziali, le difficoltà di apprendimento e simili, sia in seduta col giovane cliente sia coinvolgendo in modo appropriato genitori e insegnanti.

Molte risposte richiedono tuttavia un approfondimento teorico, e per questo le abbiamo raggruppate in un'ultima parte, la IV, che presenta una metanalisi delle differenti forme che il colloquio clinico ha assunto nel tempo e che ancora sono utilizzate in psicoterapia. Per comprenderne la natura sono state riferite ai modelli da cui derivano: il modello medico e il modello psicologico.

La centesima domanda riguarda i testi che riteniamo più utili per approfondire i temi del colloquio clinico nella prospettiva del contestualismo funzionale, affinché le indicazioni fornite nelle risposte alle novantanove domande precedenti siano pienamente comprensibili.

Roberto Anchisi e Mia Gambotto Dessy

INTRODUZIONE

Colloquio psicologico e colloquio clinico

1. Che cosa s'intende per colloquio clinico? (il colloquio psicologico secondo i gesuiti)

Il colloquio clinico è anzitutto un colloquio psicologico. Per la verità ogni colloquio dovrebbe essere di per sé psicologico, perché “colloquio” significa “parlare insieme”. Il termine deriva dal latino *cum loqui*, che esprime una comunità d'intenti, non necessariamente presente nei discorsi che si fanno quando si parla con altre persone.

Capire la *sottile* differenza tra un colloquio qualsiasi e il colloquio psicologico è il primo requisito dello psicologo clinico!

In un nostro precedente manuale (Anchisi e Gambotto Dessy, 2009) abbiamo presentato un esempio di colloquio psicologico ricorrendo alla storiella dei due giovani gesuiti con il loro padre spirituale:

PRIMO GESUITA: “Padre, posso fumare mentre prego?”

PADRE: “Vergogna! Pensare al fumo mentre si prega!”

SECONDO GESUITA: “Padre, posso pregare mentre fumo?”

PADRE: “Tu sì che sei un bravo figliolo: pensi sempre alla preghiera!”

Il contenuto è lo stesso, ma l'intento è diverso: il primo gesuita pensa solo a fumare, mentre il secondo ad avere l'approvazione del padre spirituale.

La comunità d'intenti richiede che ciascuno degli interlocutori

Il colloquio psicologico è uno strumento per comprendere le azioni umane

capisca il punto di vista dell'altro e le sue motivazioni, ossia la sua "psicologia"!

L'aggettivo *psicologico* qualifica il colloquio clinico come strumento di indagine per comprendere le azioni umane.

L'aggettivo *clinico* qualifica il colloquio come strumento per comprendere i disturbi del comportamento di una persona e motivare al cambiamento.

2. Come può il colloquio clinico aiutare le persone in difficoltà?

La storia che il cliente racconta: obiettivi desiderati e non raggiunti

Per utilizzare il colloquio clinico in modo mirato ed efficace, è necessario tenere presenti alcune caratteristiche dello scenario che il terapeuta si trova di fronte quando incontra il cliente. La storia che egli racconta riguarda obiettivi desiderati e non raggiunti, perché alcuni ostacoli glielo impediscono: se ad esempio soffre di claustrofobia, una galleria lo costringe a imboccare un'altra via, che però conduce verso obiettivi non desiderati (fig. 1).



Nel colloquio, dunque, è necessario considerare anzitutto come il cliente vede il suo problema: quali sono gli obiettivi che intende raggiungere, quali sono gli ostacoli che, nella sua

visione, glielo impediscono e quali sono i comportamenti messi in atto per superarli.

- Il colloquio psicologico ha per oggetto la persona, piuttosto che i problemi lamentati:

TERAPEUTA: Mi ha descritto i suoi problemi e i suoi disturbi: ma lei come li vede? Come li spiega?

- Nel colloquio clinico l'intento è quello di comprendere come "funzionano" le persone nel loro contesto, quando presentano difficoltà a realizzarsi secondo le proprie aspirazioni:

TERAPEUTA: Se avessimo la bacchetta magica, che cosa vorrebbe ottenere? Come vorrebbe essere?

- Nel colloquio non è importante focalizzarsi sul contenuto dei comportamenti (quali comportamenti vengono messi in atto dai clienti per realizzare i loro scopi), ma sulla funzione che svolgono (quali sono gli effetti, che cosa consentono di realizzare). Non la topografia, ma la funzione:

TERAPEUTA: Cosa fa per raggiungere i suoi obiettivi? E funziona?



87, 97

3. Come aiutare chi fraintende la natura dei suoi problemi?

È importante distinguere tra topografia e funzione dei comportamenti per aiutare chi è vittima di autoinganno. La topografia riguarda i contenuti del colloquio, la funzione l'effetto che produce o che intende promuovere.

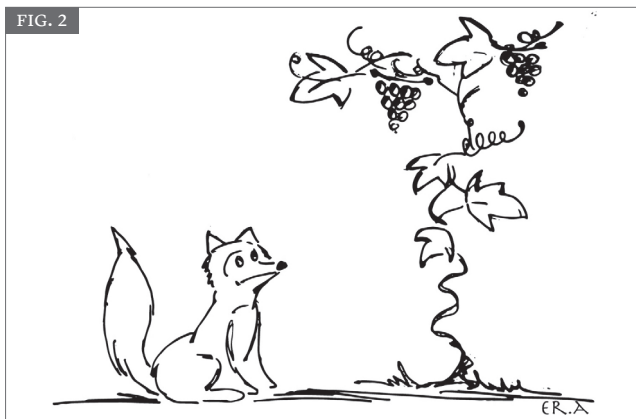
I contenuti che rivestono particolare rilevanza nella topografia di un colloquio sono le "storie" che una persona si racconta per giustificare il proprio comportamento: classico esempio è quello della volpe e l'uva (fig. 2).

Tali storie contribuiscono a mantenere i problemi e non aiutano ad affrontare le difficoltà. La favola della volpe e l'uva è chiara: la volpe dice che l'uva è acerba per giustificare la sua rinuncia a raggiungerla e così elimina la frustrazione, ma nel contempo si toglie la possibilità di trovare altre soluzioni, di-



87, 97

FIG. 2



**Uso astratto
del pensiero
e abitudini
ostacolano
la flessibilità
psicologica**

verse dai tentativi falliti di prenderla saltando. La riflessione che si può trarre è che anche gli umani, come la volpe, sono inclini a raccontarsi storie che giustifichino i loro comportamenti disfunzionali. Nel colloquio clinico ciò va sempre tenuto presente, perché tali storie, se non vengono affrontate adeguatamente, costituiscono un ostacolo per l'alleanza terapeutica. Il linguaggio è costitutivo sia del colloquio sia delle storie e se lo usiamo per discutere del contenuto della storia del cliente, rinforziamo l'idea dell'importanza del pensare, del raccontare e del raccontarsi, ossia rinforziamo l'uso di ciò che costruisce e mantiene gli ostacoli per il raggiungimento degli obiettivi desiderati. Capacità di adattamento significa flessibilità psicologica: considerando che cosa la ostacola, possiamo definire gli obiettivi che la realizzano. Gli ostacoli sono essenzialmente due: l'uso astratto del pensiero e le abitudini.

Il pensiero astrae e allontana dalla realtà quando non consente l'apprendimento per prove ed errori, perché dà maggiore importanza alla formula: "Se nel passato ho sbagliato, allora anche nel futuro...", rispetto alla formula: "Se nel passato ho commesso l'errore x , ora vedo di non commetterlo più". E per far questo si deve tener conto del secondo ostacolo al cambiamento: l'abitudine.

È come quando di fronte a un bivio riesce difficile scegliere una nuova via, perché ancora tutta da tracciare, mentre quella vecchia viene imboccata automaticamente! Tanto più che anche qui entra in gioco il pensiero: "Se lasci la via vecchia per la nuova, sai cosa lasci, ma non sai cosa trovi!".

PARTE I

Fasi del colloquio clinico

4. Quali sono le fasi del colloquio clinico?

Il colloquio clinico si articola in sei fasi, ciascuna con obiettivi specifici:

Le sei fasi del colloquio

- I. Avviare la relazione terapeutica
- II. Mantenere la relazione terapeutica
- III. Raccogliere le informazioni necessarie per formulare ipotesi sulla natura dei disturbi presentati dal cliente
- IV. Motivare al cambiamento
- V. Pianificare le procedure di trattamento
- VI. Orientare le procedure di trattamento.

Il colloquio è lo strumento per costruire e condurre, insieme al cliente, il processo diagnostico-terapeutico. Si possono usare molti strumenti per questo, come test, questionari, prove comportamentali, interviste, ma ciò che unifica e dà senso al tutto è il colloquio clinico.

AVVIARE LA RELAZIONE TERAPEUTICA

5. Come avviare la relazione terapeutica?

Il principale requisito, perché si instauri una relazione di aiuto, è l'autenticità, attraverso cui la persona si mostra come siste-

ma di valori, convinzioni, conoscenze, sentimenti in grado di accomunare le due esperienze che si incontrano nella relazione, quella del terapeuta e quella del cliente. Per questo il sistema di riferimento del terapeuta deve essere un sistema aperto, in grado di *comprendere* (e non a caso il significato originario della parola è quello di *accogliere*) il sistema del cliente: l'obiettivo è di portare anche lui a comprendere altri sistemi, accettando e allargando il proprio.

Questo riconoscimento, espresso empaticamente, è già parte della terapia, perché convalida di fatto l'emozione del cliente, favorendone l'accettazione. Non solo, ma è alla base di un inizio di modellamento (*modeling*) da parte del terapeuta, che "insegna" al cliente come affrontare una situazione emotiva senza farsi sconvolgere.

Nel primo colloquio presentiamo noi stessi al cliente. La prima conoscenza è totalmente visiva e riguarda il *contesto*. La zona della città, il caseggiato, i locali entro cui riceviamo il cliente, il nostro aspetto, tutto questo influenza il suo giudizio e le sue aspettative.

**Il terapeuta
dev'essere
assertivo e
autentico**

L'esito della presentazione è però determinato dal nostro *stile* e questo non si improvvisa, ma si costruisce nel tempo. In altri termini, se è vero che l'abito e l'arredamento della stanza sono aspetti che si possono improvvisare, l'espressione del viso e lo sguardo, il tono e il volume di voce sono invece "finestre sull'anima" e non possono essere "maschere di scena": richiedono al clinico doti assertive, di autenticità, perché si presenti come *persona*, non come un personaggio irrigidito nel suo ruolo di psicologo.

6. Cosa dire per chiudere la prima telefonata che prelude al colloquio?

Il colloquio inizia con chi telefona per chiedere il primo appuntamento. La telefonata di chi chiama per fissare il primo incontro non va sprecata limitandosi a indicare data e ora dell'incontro, perché può fornirci importanti informazioni sul tipo di problema o disturbo che dovremo affrontare e sulle aspettative di chi chiama, che si tratti del diretto interessato o di un intermediario: in quest'ultimo caso è necessario chiedere in che rapporto è col cliente.

Se è il cliente a telefonare e si dilunga troppo, per evitare di trovarsi coinvolti in una consultazione fuori luogo, si può dire:

TERAPEUTA: Riprenderemo quello che mi sta dicendo quando ci vedremo.

7. Con quali parole si accoglie il cliente al primo incontro?

Sono utili frasi del tipo:

TERAPEUTA: Che cosa la porta qui?

oppure: *Mi dice il motivo dell'incontro?*

oppure: *Qual è il problema?*

Se il primo contatto è invece avvenuto per telefono e già sappiamo più o meno qual è il problema, allora possiamo dire:

TERAPEUTA: Mi ripete, in breve, il motivo di questo incontro?

oppure: *Per telefono mi ha accennato alla difficoltà di ...*

Per rendere più comprensibile l'andamento del colloquio dopo le parole di accoglienza al cliente, Joseph Wolpe, il padre della Behavior Therapy classica, suggerisce alcune regole generali:

- Il clima emotivo del colloquio è per tutto il tempo un misto di descrizione oggettiva e di permissività.
- Il paziente deve essere rassicurato che le sue reazioni di sofferenza e disagio sono reversibili: se sono state apprese, possono essere disapprese. Il terapeuta può generalmente illustrare il processo di apprendimento utilizzando la stessa storia del paziente.
- Vanno corrette le credenze erronee sulla natura dei propri disturbi e sull'efficacia della terapia (esempio: "Questa terapia agisce solo sui sintomi? Se trattiamo solo questi, il disturbo si ripresenterà sotto altra forma?").
- È necessario indurre quanto prima un comportamento asser-

Le regole di Joseph Wolpe

tivo, a meno che non vi siano gravi controindicazioni iniziali, come una marcata fobia sociale (ad esempio la paura di essere al centro dell'attenzione) (Wolpe, 1982, pag. 62).

8. Cosa rispondere al cliente che chiede da dove iniziare?

I clienti spesso dicono:

CLIENTE: Aspetti che le racconto dall'inizio: già da piccolo...

oppure chiedono: *Da dove inizio?*

TERAPEUTA: È importante partire dalla fine, da ciò che la disturba attualmente: che cosa l'ha spinto proprio adesso a chiedere aiuto?

Analisi comportamentale

Questa prima parte del colloquio prosegue con il chiedere esempi concreti delle difficoltà del cliente, per capire in quali contesti si presentano e quali sono i comportamenti messi in atto per fronteggiarle.

Questa fase del colloquio è definita *analisi comportamentale* e corrisponde all'analisi operativa che caratterizza le scienze sperimentali (Bridgman, 1950; Curi, 1975).

9. Cosa pensare mentre il cliente parla del suo problema?

Il colloquio come situazione sperimentale

Per orientarsi nel colloquio è necessario l'esame della letteratura¹ relativa al disturbo presentato dal cliente al telefono o nel primo colloquio. Non si tratta di acquisire un protocollo da seguire letteralmente, ma di prevedere una situazione sperimentale che consenta di confrontare i dati della letteratura con quelli idiografici dell'analisi funzionale e della storia del cliente.

1 Un testo attuale ed esauritivo è il Woods & Kanter: *Disturbi psicologici e terapia cognitivo-comportamentale*, la cui edizione italiana è stata curata da R. Anchisi e S. Stefanini (Milano, Franco Angeli, 2016).

Il rischio tuttavia è quello di “farsi prendere all’amo” dalle categorizzazioni della letteratura, inevitabilmente nomotetiche e di pretendere di far rientrare il cliente entro tali schemi (fig. 3).



MANTENERE LA RELAZIONE TERAPEUTICA

10. Quali sono le doti e le abilità che un terapeuta deve avere?

La guida che il terapeuta offre al cliente può essere paragonata a quella di Virgilio nella Divina Commedia: Virgilio, per traghettare Dante fino a un porto sicuro, si rende disponibile ad affrontare insieme difficoltà e pene, così come il terapeuta deve fare con il cliente (fig. 4).

Possiamo distinguere tra doti morali e abilità tecniche.

Le *doti morali* comprendono: coraggio, creatività, curiosità, costanza, autenticità e “compassione”. Sono doti che si sostengono a vicenda: il coraggio di affrontare situazioni difficili trae vantaggio dalla creatività, dalla curiosità e dalla costanza, che facilitano la ricerca di soluzioni, anche quando tutto sembra senza speranza. Autenticità e compassione sono due facce della stessa medaglia, perché essere autentici significa avere il coraggio di prendersi il rischio anche di sbagliare e la capacità

Le doti morali del terapeuta

FIG. 4



di perdonarsi quando accade, imparando dai propri errori:

RINALDO: L'avviso, sono qui solo perché mia moglie mi ha costretto, ma credo che non serva proprio a niente: negli ultimi anni sono stato in terapia da molti suoi colleghi e nessuno è mai riuscito ad aiutarmi. Possiamo salutarci subito, così lei non perde tempo e io evito l'ennesima delusione.

TERAPEUTA: Ci sono forme diverse di psicoterapia ed evidentemente quelle da lei seguite finora non erano adatte a risolvere i suoi problemi.

RINALDO: Mi sembra un po' presuntuoso quello che sta dicendo...

TERAPEUTA (dopo un momento di silenzio): Ha ragione: ho parlato senza neppure chiederle qual è il motivo per cui sua moglie ha insistito che venisse da me. Possiamo riprendere da lì?

Le abilità tecniche del terapeuta

Le *abilità tecniche* comprendono la capacità di fare domande, ma soprattutto di ascoltare il cliente prestando particolare attenzione agli aspetti non verbali delle sue risposte: le sfumature della voce, le esitazioni o le incrinature, le sottili variazioni della mimica e della postura.

TERAPEUTA (il cliente dopo avere ascoltato, esita a rispondere): Vedo che è perplesso: che cosa non la convince?

Il cliente esita perché teme di dire cose sbagliate, oppure per-

ché è confuso e non sa cosa dire: in ogni caso il fatto che il terapeuta lo noti, lo stimola a riprendersi e a parlare dei suoi dubbi e dei suoi timori con maggiore consapevolezza.

11. Il cliente è un problema o ha un problema?

Per avviare e mantenere una relazione terapeutica costruttiva, un requisito essenziale è considerare il cliente non come un problema, ma come una persona che ha un problema.

Nel colloquio clinico, più che aggiungere, ad es. consigli, prescrizioni, direttive, è invece opportuno togliere, come nel lavoro dell'artista. L'esempio dei Prigioni di Michelangelo suggerisce che lo scultore non deve incidere nel marmo i lineamenti della figura ma limitarsi a togliere il materiale superfluo che le impedisce di emergere (fig. 5).

Considerare il cliente come una persona, non come un problema

FIG. 5



Nella relazione d'aiuto ciò equivale a togliere i limiti entro cui si trova irretita l'esperienza del cliente. All'origine dei problemi soggettivi vi è spesso l'intolleranza dell'ambiguità e la rigidità degli schemi di giudizio che comportano un perfezio-

nismo sterile, l'adesione alla legge del tutto o nulla, il misconoscimento del principio che "il meglio è nemico del bene" e, in sostanza, l'incapacità di imparare dai propri errori e di tentare nuove soluzioni.

La tolleranza dell'ambiguità è un processo che si realizza a condizione che il terapeuta rappresenti un modello di relazione interpersonale, in cui anche il cliente è considerato parte attiva, perché si attui una sorta di transfert, che stimola la capacità di instaurare rapporti umani autentici e costruttivi.

12. Cos'è e come si sviluppa l'empatia?

Empatia è essere accettanti nei confronti di se stessi e del cliente

L'empatia è la capacità di comprendere la psicologia degli altri, vale a dire il sistema di percezione e di organizzazione del loro mondo, che spiega le loro attuali azioni e reazioni di fronte agli eventi. Non consiste nel chiedersi: "Io al suo posto cosa farei?", perché certamente agirei in modo diverso, utilizzando la mia esperienza e le mie competenze:

Non è possibile incoraggiare l'accettazione negli altri, senza essere accettanti nei confronti di se stessi e del cliente [...]

Nuove abilità nel trattare con le esperienze private sono stabilite dal modo in cui il terapeuta si pone in relazione con i propri pensieri, così come con i pensieri e le sensazioni del cliente (Hayes et al., 2016, pag. 93).

Se, ad esempio, il terapeuta è in grado di provare anch'egli tristezza quando nota che gli occhi del cliente sono umidi e in procinto di riempirsi di lacrime, può dire:

TERAPEUTA: Vedo che si è commosso per quello che abbiamo appena detto...

L'empatia si realizza chiedendosi:

TERAPEUTA (tra sé e sé): Quali circostanze, quali esperienze precedenti, quale modo di vedere le cose mi indurrebbero a comportarmi come il mio cliente?

Solo con domande come queste si può provare un'empatia autentica nei confronti degli altri, indispensabile per poterli affiancare perché trovino soluzioni ai loro problemi.

Per utilizzare l'empatia, il terapeuta deve essere in grado di affrontare le richieste che gli vengono rivolte dal cliente: invece di fare domande inutili, deve "buttarsi in acqua" per aiutare il cliente ad uscire dalle acque minacciose che rischiano di farlo affogare (fig. 6). Come la metafora dell'acqua suggerisce, per salvare il naufrago il terapeuta deve "saper nuotare", deve avere quelle conoscenze e quelle abilità che, trasferite anche al cliente, consentirebbero a entrambi di "uscir fuor del pelago alla riva" (*Divina Commedia*, Inferno, I).

FIG. 6



Il riferimento alla *Divina Commedia* non è casuale, perché il colloquio clinico, dal punto di vista dell'empatia, può essere assimilato al viaggio di Dante (Gulino Schaub e Schaub, 2014), dalla selva oscura alla luce, grazie alla comprensione e alla guida di Virgilio:

**Il colloquio clinico
come passaggio dal
buio alla luce**

DANTE: Miserere me!

VIRGILIO: Ma tu perché ritorni a tanta noia? - perché non sali il diletto monte - ch'è principio e cagion di tutta gioia?

L'empatia porta l'attenzione su come il cliente vede la propria condizione, contro quali ostacoli ha lottato finora e quali emozioni accompagnano le sue azioni (ansia e paure, frustrazione, insofferenza, rancore, odio, e così via):

TERAPEUTA: Cosa ha fatto finora per risolvere il suo problema?

Il terapeuta ascolta la risposta del cliente per capire il suo punto di vista, non per giudicare o correggere modalità inadeguate di affrontare il problema. E se il cliente risponde: “Ho provato di tutto!”, il terapeuta gli chiede di fare degli esempi concreti.

13. Ricorrendo all'autoapertura, che cosa dire a un cliente avvilito che ritiene di essersi comportato in modo inadeguato?

Aprirsi al cliente invece che dare consigli

L'autoapertura consiste nell'aprirsi, parlando di sé, chiarendo come si affronterebbe una situazione o una particolare difficoltà del cliente: sostituisce il dare consigli, che “sono sempre di chi li dà e non di chi li riceve” (Fine e Glasser, 1999). L'autoapertura va usata quando il terapeuta la ritenga efficace per motivare il cliente a confrontarsi con modalità diverse dalle sue per affrontare difficoltà simili. Può riguardare comportamenti, quando si voglia evitare un tono troppo didascalico:

TERAPEUTA: In una situazione simile alla sua, ho trovato utile comportarmi in questo modo...

In altre occasioni può essere pertinente riferirsi alle idee:

TERAPEUTA: Al riguardo io penso che...

Se attuata a livello dei sentimenti, aiuta ad affrontare una situazione emotivamente difficile:

TERAPEUTA: La sua è una storia molto commovente.

Oppure riduce il giudizio negativo che il cliente dà di se stesso:

TERAPEUTA: Di fronte ad alcune persone aggressive anch'io mi sono trovato in difficoltà, reagendo in modo collerico.

CLIENTE: Ma come? Anche lei ha reagito aggressivamente?

TERAPEUTA: A volte è difficile accettare le proprie emozioni senza reagire.

I contenuti dell'autoapertura devono essere autentici e per questo il terapeuta deve avere una buona considerazione di sé e sapersi esporre in prima persona, considerando i propri sentimenti come termine di paragone con quelli del cliente, per offrire un esempio di come si riconoscono e dell'importanza di esprimerli:

Alcune persone esprimono ciò che pensano, non ciò che provano. Altri non sanno dire ciò che provano nel momento in cui lo provano. Alcune persone depresse non sono in grado di riconoscere nessuna emozione. Altre non sono mai sicure di ciò che provano (Fensterheim e Baer, 1975).

L'incapacità di esprimere istante per istante i sentimenti porta a conseguenze distruttive: si perde il contatto con i propri sentimenti e, avendo perso il controllo su di un'importante area delle relazioni interpersonali, si diventa sempre più risentiti e ansiosi; l'autostima diminuisce, l'insoddisfazione per sé e per gli altri aumenta.

Per questo, il terapeuta deve essere autentico: il “saper essere”, che accompagna il sapere e il saper fare. In una parola, il terapeuta deve conoscere e praticare l'assertività.

Saper essere

14. Cosa rappresentano le libere informazioni che ci fornisce il cliente?

Le libere informazioni sono le autoaperture del cliente e sono preziose, quanto i minimi segnali non verbali, perché sono spontanee e aiutano a capire meglio le sue intenzioni, il suo punto di vista e la sua storia. Richiedono, da parte del terapeuta, l'abilità di rilevare, nel corso del colloquio, quei semplici spunti che indicano ciò che è ritenuto importante da chi parla:

TERAPEUTA (rivolgendosi a una giovane diciassettenne che manifesta segni di disturbo da stress post-traumatico, dopo un viaggio in Tunisia con la sorella di diciannove anni, campio-

nessa di atletica): *Mi hai detto che il giorno del ritorno siete state a visitare il suq di Tunisi: non avevi paura, così giovane, in un ambiente in cui i venditori ti si affollano intorno e ti sembra di averli addosso e di sentirne il fiato sul collo ad ogni passo?*

GIORGIA: *Non avevo paura, perché c'era mia sorella!*

TERAPEUTA: *Quindi avevi paura... perché se non ci fosse stata tua sorella ti saresti spaventata!*

Il terapeuta ha ascoltato con attenzione ogni parola e quel “No, perché c'era mia sorella” (*libera informazione*) ha chiarito l'origine dei disturbi di cui la ragazza soffriva dal giorno stesso del ritorno a casa.

Uso misurato delle libere informazioni

Già i Romani davano peso alle libere informazioni, quando osservavano: *Excusatio non petita, accusatio manifesta* (“una scusa non richiesta, equivale a un'autoaccusa”). Anche il terapeuta può utilizzare le libere informazioni, ma deve farlo con discrezione e per scopi ben precisi. Il cliente, solitamente, prova disagio o irritazione quando il terapeuta divaga, raccontando fatti personali per il solo gusto di mettersi in mostra. Peggio ancora se il motivo è il bisogno di confidarsi con qualcuno, perché ciò viene visto come un'indebita inversione di ruoli:

RODOLFO: *Sono andato su internet e ho visto che lei ha la mia stessa età...*

TERAPEUTA: *Ah, bene, allora possiamo darci del tu... E, che coincidenza, siamo colleghi, visto che anche lei insegna all'università [libera informazione del terapeuta].*

RODOLFO (esita...): *Eh, sì... Ma preferisco se manteniamo il rapporto su un piano più professionale: mi sentirei imbarazzato a confidarmi con un collega [libere informazioni del cliente!].*

TERAPEUTA: *Ha fatto bene a voler chiarire la natura del nostro rapporto, che è strettamente riservato e garantito dal segreto professionale.*